

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE “CAROL DAVILA” -
BUCUREȘTI**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT
“ACCESUL PACIENȚILOR DIN ROMÂNIA LA
SERVICIILE DE CARDIOLOGIE.
STUDIU COMPARATIV.”

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:

PROF. UNIV. DR. CRINA JULIETA SINESCU

DOCTORAND:

DRĂGAN MIHAELA-ROXANA

BUCUREȘTI

2017

MOTIVAȚIA LUCRĂRII

În ultimii ani, în România, mortalitatea prin boli ale aparatului circulator, a crescut din cauza măririi frecvenței bolilor cardio-vasculare în populație, al stilului de viață (sedentarism, stres, fumat, alcool, alimente cu conținut crescut de grasimi saturate) și al accesului redus la servicii medicale de calitate.

Cele mai importante dimensiuni ale calității serviciilor medicale sunt: siguranța, competența profesională, acceptabilitatea, eficacitatea, relevanța, eficiența, accesibilitatea, continuitatea, relațiile interpersonale, satisfacția și complianța pacientului. [1]

Dintre acestea, accesibilitatea este reprezentată de posibilitatea pacientului de a obține îngrijirea la locul și momentul potrivit, în absența restricțiilor de ordin geografic, economic, social, cultural. [1]

Literatura de specialitate din România are puține referiri privitor la analiza costurilor îngrijirilor medicale și a calității serviciilor medicale oferite.

Prin lucrarea de față, s-a propus urmărirea și evaluarea unor aspecte privind calitatea serviciilor medicale acordate în departamentele de cardiologie, prin compararea acordării acestor servicii într-o clinică universitară și într-o secție dintr-un spital județean limitrof unui centru universitar.

S-a considerat necesară o paralelă între o clinică de cardiologie dintr-un spital universitar și o secție de cardiologie a unui spital județean limitrof unui centru universitar, pentru a putea stabili conduita corectă a pacientului cardiac în cadrul sistemului românesc de sănătate.

INTRODUCERE

Pacienții cu afecțiuni cardiace beneficiază de servicii medicale acordate în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, de la toate categoriile de furnizori, așa cum sunt sumarizate în paginile ce urmează.

Pachetul minimal de servicii acordate în **asistența medicală primară**, conform Ordinului MS-CNAS nr. 423-191/ 29.03.2013 , Anexa 1: servicii medicale în situațiile definite ca urgență medico-chirurgicală, depistarea și monitorizarea de boli cu potențial clar endemo-epidemic, consultații cu ocazia monitorizării în evoluție a sarcinii, consultațiile de planificare familială, servicii de prevenție, activități de suport. [12]

Pachetul de bază acordat în cadrul asistenței medicală primară se compune din: curăția acordată pentru: urgențele medico-chirurgicale și toate categoriile de afecțiuni fie acute, fie subacute, fie cronice dar și acutizările unor afecțiuni cronice, servicii medicale de prevenție dar și de profilaxie, servicii medicale la domiciliu, servicii medicale adiționale, activități de suport. [12]

Consultațiile de monitorizare activă se fac printr-un plan de management integrat pentru acele bolile cronice considerate ca fiind cu impact major asupra populației ca fiind definite cu risc cardiovascular înalt: Hipertensiune arterială, Boală cronică respiratorie obstructivă, Diabet zaharat tip 2 și alte boli ale metabolismului, Astm bronșic, și nu în ultimul rând, Boală cronică de rinichi.

Pachetul minimal de servicii (acordat persoanelor neasigurate) la nivelul **medicului specialist din ambulatoriu** constă în: asigurarea urgențelor medico-chirurgicale, suport în bolile care prezintă potențial endemo-epidemic. [12]

Pachetul de servicii medicale bazal (acordat persoanelor asigurate) la nivelul **medicului specialist din ambulatoriu**, conține conform Ordinului MS-CNAS nr. 423-191/29.03.2013, Anexa 7, consultația medicală de specialitate, care se acordă cu bilet de trimitere fie de la medicul de medicină primară, fie de la alt medic specialist (numai în situațiile când asiguratul are bilet de trimitere eliberat de medicul de medicină primară, inițial), care se află într-un contract cu casa de sănătate. Fac **excepție** urgențele medico-chirurgicale și consultațiile pentru afecțiuni cronice confirmate, prevăzute într-o anexă separată din Normele care aplică Contractul–Cadru (Anexa 9/ Ordinul CNAS nr. 191/ 29.03.2013, respectiv Anexa 13 din anul 2015). [12] La nivelul specialității Cardiologie se face vorbire despre: Infarctul miocardic, Angina pectorală instabilă, de Malformații congenitale dar și boli genetice, Insuficiența cardiacă clasa NYHA III-IV, Bolnavi care prezintă revascularizație percutanată, posesori de stimuloare cardiace, cu by-pass coronarian, cu proteze valvulare și endovasculare (stent), Arteriopatii periferice operate (din anul 2015, Ordin MS/CNAS nr. 388/186 din 30.03.2015). [13] Și în această situație, medicul de specialitate are obligația să informeze medicul de medicină primară prin scrisoare medicală, atunci când interven modificări în evoluția bolii sau în conduita terapeutică.

În cazul unui episod de boală acută sau subacută, casa de sănătate decontează un număr maximum trei (Ordin MS/CNAS nr. 864/538 din 31.05.2011, Ordin MS/CNAS nr. 619/360 din 30.05.2014), respectiv patru (anul 2012, 2013) consultații/asigurat, necesare pentru stabilire de diagnostic, de tratament și de evoluție a cazului. [14]

Serviciile diagnostice și terapeutice pe care le poate efectua medicul **cardiolog** și raporta către casa de sănătate spre decontare sunt:

- consult (10.8 puncte, pentru specialitățile medicale, pentru persoanele a căror vârstă este de până la 60 ani și peste 12.8 puncte, pentru persoana cu vârstă peste 60 ani)
- ECG standard (11 puncte/procedură până în anul 2014, apoi 10 puncte/procedură) [13, 14, 15]
- pulsximetrie (10 puncte/procedură, introdusă din anul 2014) [13, 14, 15]
- electrocardiografie continuă (Holter ECG) (17 puncte/procedură până în anul 2014, apoi 20 puncte/procedură) [13, 14, 15]
- tensiune arterială continuă (Holter TA) (17 puncte/procedură până în anul 2014, apoi 20 puncte/procedură) [13, 14, 15]
- ECG de efort la persoanele care nu au risc cardiovascular înalt (11 puncte/ procedură până în anul 2014, apoi 20 puncte/procedură) [13, 14, 15]
- monitorizare hemodinamică folosind metoda bioimpedanței toracice (40 puncte/ procedură din anul 2014) [13, 14, 15]

Cetățenii care se asigură **facultativ**, beneficiază de drepturi relativ apropiate de pachetul bazal de servicii medicale.

Pachetul de servicii medicale **minimal** acordate în sistem de **spitalizare continuă dar și de zi**, se acordă atunci când pacientul nu poate să-și dovedească calitatea de asigurat, potrivit Ordinului MS-CNAS nr. 423-191/ 29.03.2013, Anexa 16. [12].

Internarea pacienților într-o formă de spitalizare **continuă** se poate face doar în situație de urgență medico-chirurgicală, atunci când există pericol pentru viața pacientului sau care are potențial până când se rezolvă situația de urgență. Internarea pacienților într-o formă de spitalizare **de zi** poate fi făcută doar în situația de urgență fie medicală, fie chirurgicală.

Serviciile medicale corespunzătoare **pachetului de bază** (Anexa 16 din ordinul mai sus menționat) în asistența medicală **spitalicească** sunt de tip preventiv, curativ, de recuperare, de reabilitare medicală, paliative și cuprind: consultații medicale de specialitate, investigații, tratamente fie medicale, fie chirurgicale, îngrijire, medicație, monitorizare și supraveghere, cazare și masă, iar în funcție de timpul de spitalizare, asistența medicală spitalicească va fi în formă, fie de spitalizare continuă, fie spitalizare de zi. Asistența medicală spitalicească în formă de spitalizare continuă presupune îngrijiri de tip acut, dar și îngrijiri de tip cronic. [12]

Asistența medicală spitalicească în formă de spitalizare de zi, este alcătuită din îngrijiri de tip acut, dar și de îngrijiri de tip cronic și se poate acorda în următoarele situații: urgența medicală sau chirurgicală care presupune supraveghere medicală până la 12 ore, sau diagnosticul nu poate fi definit și terapia nu poate fi efectuată, sau pacientul nu poate fi monitorizat la nivelul ambulatoriului.

Îngrijirile medicale la domiciliu dar și **paliatia la domiciliu** sunt acordate în conformitate cu Anexa 25 din Ordinul MS-CNAS nr. 423-191/29.03.2013. [12] Pacientul cu afecțiuni cardiovasculare are dreptul, fie la externare din spital (cazul cel mai frecvent uzitat), fie în anumite situații asociate cu alte comorbidități, la recomandarea medicului specialist sau mai rar, al medicului de familie, la îngrijiri la domiciliu.

Conform legislației în vigoare, un pacient are dreptul la maxim 90 zile calendaristice într-un interval de 11 luni calendaristice, dar nu mai mult de 30 zile în cadrul unei singure recomandări.

La nivelul fiecărei case de sănătate în funcție de buget, de cronologie și alte criterii care necesită aprobarea Consiliului de Administrație al casei de sănătate se întocmește lista de așteptare.

Din experiența caselor de sănătate, patologia cardiovasculară constituie motivul cel mai important pentru care se accesează această categorie de servicii medicale.

Recuperarea și reabilitarea medicală se acordă în conformitate cu Anexa 28 din Ordinul MS nr.191/ 29.03.2013. [12] Perioada pentru care se acordă procedurile specifice pentru reabilitare medicală este de **maximum 21 de zile/ an/ asigurat**, o dată într-un an, sau fracționată perioada în 2 cure/an. Din lista afecțiunilor posibil a fi tratate în ambulatoriu, la această specialitate de reabilitare medicală s-au extras afecțiunile cardiovasculare care permit astfel de servicii: Status urmare unui infarct miocardic acut, Insuficiența cardiacă clasa I-II NYHA

Dispozitivele medicale pentru recuperarea unor deficiențe fie organice, fie funcționale în ambulatoriu sunt acordate în concordanță cu Anexa 32 din Ordinul MS nr. 619 din 30.05.2014. [15] Cei mai mulți pacienți cu afecțiuni cardiace, care se adresează casei de sănătate au nevoie în regim de urgență de concentrator de oxigen. Pentru această categorie nu se întocmește listă de așteptare. Dacă dosarul depus este corect și complet, asiguratul beneficiază pe loc de decizie favorabilă. Perioada de prescripție este de 3 luni. Medici curanți care pot face recomandarea: pneumologi aflați într-o relație contractuală cu casele de sănătate, oncologi, **cardiologi**.

Medicamentele de uz cardiologic, cu contribuție personală sau fără contribuție personală în tratamentul din ambulatoriu se pot elibera de farmacii autorizate de M.S., evaluate, în baza

contractelor pe care le au cu casele de sănătate. Există o listă de medicamente aprobată de CNAS și MS, care suportă modificări și completări trimestriale sau când este nevoie, care este subîmpărțită în sublistele A, B, lista C (C1 și C2 - programe, C3), D și OTS de medicamente, cu nivele de compensare de 90% la nivelul prețului de referință pentru sublista A, 50% pentru sublista B, cu mențiunea că pensionarii cu venituri sub 700 lei, pentru medicamentele din sublista B, beneficiază de compensare 90% raportat la prețul de referință, 100 % la prețul de referință pentru sublista C și 20% din prețul de referință pentru sublista D, unde în prezent se regăsesc 21 de repere medicamentoase. De menționat că sublista D s-a introdus din anul 2015.

Pacienții cu afecțiuni cardiovasculare beneficiază de o gamă largă de medicamente, regasite în listele A, B, C și D de medicamente, cu mențiunea că nu se pot prescrie decât un număr de maxim șapte medicamente, dintre care maxim trei din lista B, cu un plafon maximal de 330 lei. Există în lista B de medicamente adnotate cu #, care chiar dacă depășesc 330 lei pot fi prescrise, doar singure, nefiind însoțite de alte medicamente din lista B. Pentru sublista C de medicamente, secțiunea C1, medicii pot prescrie pentru fiecare cod de boală în parte, o singură rețetă sau maxim două rețete lunar, cu un număr maxim de trei medicamente. Pentru acești pacienți, în sublista C1 de medicamente există pozițiile G1–G3: G1 (medicamente pentru tratamentul Insuficienței cardiace clasa NYHA III-IV), G2 (bolnavi cu proteze valvulare și vasculare), G3 (bolnavi cu proceduri intervenționale percutane, numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent)). Medicamentul din poziția G3, cu Denumirea Comună Internațională (DCI) Clopidogrelum, cu mai multe forme de prezentare comercială, se acordă cu compensare 100% la prețul de referință, pentru o perioadă de 9 luni, prin avizul dat de comisia de pe lângă CJAS/CASMB/CAS AOPSNAJ. În situația în care specialistul cardiolog consideră necesară prescrierea în continuare a acestui DCI, se va acorda prescriere din sublista B de medicamente.

Perioadele de timp în se prescriu medicamente sunt de la 3-7 zile pentru patologia acută, până la 8-10 zile pentru patologia subacută și până în 30-31 zile pentru patologia cronică. Pentru pacienții cu patologie cronică stabilizată care au schemă terapeutică stabilă, medicii de medicină primară/medicii specialiști din ambulatoriul, care se află în contrac cu casele de sănătate, prescriu medicație pentru perioade de maxim 90 sau 91 sau 92 zile, perioada va fi convenită de comun acord între asigurat și medic prescriptor. Acești asigurați nu mai po beneficia de o altă rețetă pentru acea boala cronică, în cadrul perioadei de timp acoperită de prescripția medicală.

În sistemul de sănătate din România, pentru anumite patologii, pacienții au dreptul de a fi incluși și beneficia de **Programul național de boli cardiovasculare**, cu subprogramele: [16]

A. Subprogramul de tratament al pacienților cu afecțiuni cardiovasculare

B. Subprogramul de tratament invaziv al infarctului miocardic acut, ce cuprinde tratamentul infarctului miocardic acut (sindroamelor coronariene acute cu supradenivelare de segment ST) prin intervenții coronariene percutane, în primele 12 ore de la debutul simptomelor.

Concediile medicale și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate se pot elibera conform OUG nr. 158/2005, cu modificările și completările ulterioare. [17] Certificatul de concediu medical se emite la data consultului, iar în funcție de gravitatea bolii este stabilită durata acestuia. Se poate accepta pentru certificatele de concediu medical "în continuare", ca data valabilității acestora să fie ulterioară datei acordării. În cazul certificatelor medicale "în continuare", data emiterii nu poate depăși data terminării valabilității certificatelor acordate anterior pentru aceeași afecțiune. Se pot emite certificate de concediu medical "inițial", cu retroactivitate de 24 ore, dacă pacientul se află în imposibilitatea de a se prezenta la medic.

Pentru pacienții care au necesitat internare, medicul curant poate acorda certificatul de concediu medical numai la externarea acestora. În situația în care durata internării cuprinde perioade din două sau mai multe luni calendaristice, medicul curant va elibera lunar acest certificat. La externare nu pot fi eliberate certificate de concediu, având cod de indemnizație de urgență (06). Dacă certificatul medical acordat pentru perioada internării în spital are înscris codul de indemnizație de urgență (06), este obligatorie eliberarea unui nou certificat medical pentru perioada acordată la externare.

Pentru patologia cardiovasculară, pacientul are dreptul la certificate de concediu medical, prescrise în perioada de incapacitate temporară de muncă: pentru perioada internării și la externare, din ambulatoriul de specialitate (din spital sau privat). Medicul de familie poate acorda certificate de concediu medical pentru această categorie de pacienți.

Există unele diferențe pentru durata acordării certificatelor de concediu medical: medicii specialiști (cardiologi sau alte specialități) au dreptul să prescrie până la 30 zile calendaristice de concediu medical, iar medicii de familie, maxim 10 zile/lună. La externare, medicul specialist (cardiolog) poate prescrie de la 7 zile calendaristice, până la maxim de 21 zile (numai cu avizul medicului șef de secție).

Se impune avizul medicului expert de asigurări sociale de sănătate după depășirea a 90 zile de incapacitate de muncă. Acesta poate aviza certificate de concediu medical până în ziua 183-a. Excepție fac anumite patologii cardiace, care permit acordarea de certificate de concediu medical pentru o perioadă de la peste 183 zile până la 1 an. Bolile cardiovasculare pentru care se pot elibera concedii medicale pentru incapacitate de muncă cu durata de un an:

- Infarct miocardic complicat cu: disfuncție ventriculară stângă, angină pectorală postinfarct, tulburări de ritm (fibrilație/flutter atrial persistent, aritmii ventriculare severe, bloc atrioventricular de grad înalt);
- Angină pectorală stabilă cu crize frecvente, zilnice;
- Valvulopatii semnificative hemodinamic, cu Insuficiență cardiacă clasa NYHA II–III;
- Insuficiență cardiacă clasa II-III NYHA (orice etiologie);
- Valvulopatii/proteze valvulare complicate cu endocardite infecțioase;
- Transplantul cardiac și operații alternative transplantului cardiac;
- Hipertensiune arterială secundară necontrolată sub tratament medical: renoparenchimotoasă (cu insuficiență renală asociată), renovasculară, endocrină;
- Boală vasculară periferică invalidantă (cel puțin stadiul III Fontaine);
- Insuficiență venoasă cronică la nivelul membrelor pelvine, cu sindrom posttrombotic și tulburări trofice rezistente la tratamentul medicamentos;
- Afecțiuni cardiovasculare tratate chirurgical cu complicații postoperatorii severe.

CERCETARE PERSONALĂ

II.1. SCOPUL STUDIULUI

Studiul celor trei “e” (eficiență, eficacitate, economicitate) cu privire la pacientul cardiac.

Identificarea eventualelor dezechilibre, în contextul calității întregului pachet de servicii oferit pacientului cu afecțiuni cardiace, al timpului de intervenție, al structurii serviciilor oferite într-o clinică de cardiologie dintr-un centru universitar major și într-un județ limitrof neuniversitar.

II.2. IPOTEZE

1. Serviciile de sănătate din România asigură cu anumite limite condiții de diagnostic corecte.
2. Serviciile de sănătate din România oferă tratament parțial adecvat.
3. Circuitul pacientului este parțial complet, denotând inegalități în accesul la serviciile medicale oferite prin pachetul de bază.

II.3. OBIECTIVE

1. Descrierea circuitului pacientului cu afecțiuni cardiace până la nivelul serviciilor de specialitate dintr-o unitate cu paturi.
2. Descrierea condițiilor de diagnostic oferite de un spital clinic universitar și un spital județean pentru pacientul cardiac.
3. Descrierea abordărilor terapeutice oferite pacientului cardiac într-un spital județean și o clinică universitară.

II.4. METODOLOGIE

Tipul de cercetare propus a fost descriptiv observațional retrospectiv, iar perioada studiului, de la 01.01.2011 până la 31.12.2014. Studiul a presupus parcurgerea următorilor pași:

-colectare de date la nivelul unităților sanitare cu paturi (Clinica de Cardiologie din Spitalul Clinic de Urgență “Bagdasar Arseni” București (CSCUBA) și Secția de Cardiologie din Spitalul Județean de Urgență Călărași (CSJUC)),

-colectare de date de la nivelul CAS

Documentele purtătoare de informație au fost reprezentate de:

-Foi de observație (FOCG, FOSZ)

-Raportări ale secțiilor privind consumul și costurile serviciilor medicale și medicamentelor

Populația de referință a fost analizată prin caracteristicile personale (statut asigurat, vârstă, sex), spațiale (mediul de proveniență), temporale (tipul internării, intervalul orar al internării, tipul externării, durata spitalizării, diagnostic la externare).

Ne-am propus: măsurarea distribuției bolilor cardio-vasculare/ deceselor de cauze cardio-vasculare în funcție de vârstă, măsurarea deosebirilor între sexe a distribuției bolilor cardio-vasculare/ deceselor de cauze cardio-vasculare, tipului de patologie cardiacă, duratei de spitalizare și distribuția acesteia, costurilor serviciilor medicale pe parcursul spitalizărilor, frecvenței respitalizărilor, distribuția spitalizărilor în funcție de mediul de proveniență, indice de utilizare al paturilor, etc.

Pentru pacienții cu domiciliul în județul Călărași, care au fost spitalizați în Clinica de Cardiologie SCUBA în perioada 01.01.2011-31.12.2014, s-a monitorizat în dinamică consumul serviciilor medicale.

Informațiile obținute au fost structurate în funcție de caracteristicile generale epidemiologice, episodul medical-clinic și economic (costuri).

Prelucrarea datelor: S-a folosit programul de calculator Windows 7, iar ca softuri statistice, Microsoft Office Professional Plus 2010, Microsoft Office Professional Plus 2013 (cu subprogramul Analyse-it Tool Pack). S-au analizat grupurile studiate prin statistică descriptivă. S-a descris existența unor corelații dintre variabilele studiate. Reprezentarea grafică a fost efectuată prin diagrame (histograme, rozete, etc). S-a utilizat Testul T pereche (după ce am stabilit cu testul F, dacă varianțele sunt egale sau inegale), variante ale Testului Anova.

Rezultate scontate: Evaluarea accesului pacientului cu afecțiuni cardiace la serviciile medicale necesare, așa cum sunt ele delimitate în sistemul de sănătate din România, cu o analiză comparativă între aplicarea acestui sistem de sănătate la nivelul unui centru universitar și a unui centru neuniversitar limitrof acestuia. Analiza aspectelelor pozitive și negative existente atât în cadrul unei locații, cât și în cadrul celeilalte, cu găsirea posibilității legale, dar și manageriale de a aplica părțile pozitive în ambele locații. Identificarea elementelor negative existente la nivelul întregului sistem de sănătate din România cu privire la circuitul unui pacient cu patologie cardiacă.

Identificarea unor măsuri care pot fi implementate pentru eficientizarea acestui circuit, cu propuneri pentru forurile în drept să aplice aceste măsuri.

S-a considerat util un astfel de studiu în contextul în care majoritatea actorilor din domeniul sanitar (producători de sănătate) utilizează timp și resurse pentru studii strict de specialitate medicală, în detrimentul până la urmă a unui aspect atât de important în sănătate, accesul corect și complet al pacientului la servicii medicale conforme.

II.5. REZULTATE

OBIECTIV 1: Descrierea circuitului pacientului cu afecțiuni cardiace până la nivelul serviciilor de specialitate dintr-o unitate sanitară cu paturi

În perioada 2011-2014, s-au internat (spitalizare continuă) 8613 pacienți în Clinica de Cardiologie din Spitalul Clinic de Urgență “Bagdasar Arseni” (CSCUBA) și 5588 pacienți în Secția de Cardiologie din Spitalul Județean de Urgență Călărași (CSJUC). La CSCUBA, s-a înregistrat un număr mediu de internări/an de 2153.25, iar la SJUC de 1397. În amândouă secțiile, numărul internărilor s-a distribuit uniform pe luni și pe ani. Nu s-au evidențiat corelații statistice liniare între numărul de internări distribuit pe luni și pe ani. Privitor la *numărul de internări* din cele două secții de cardiologie:

- Cele mai multe internări s-au efectuat în clinica de cardiologie din spitalul universitar (60.6% din numărul de internări).
- S-au înregistrat mai multe internări la sexul feminin în cele două secții de cardiologie (51% la CSCUBA și 52% la CSJUC).
- Cele mai multe internări s-au efectuat în sezonul rece în cele două secții.
- S-au observat diferențe statistice semnificative, între numărul mediu de internări din cele două secții. Nu s-au obținut diferențe statistice semnificative între numărul mediu de internări distribuit pe ani ($p=0.58$)
- Spitalizările de zi au fost absente (CSJUC) sau foarte reduse (CSCUBA).

Conform Ordinului MS nr. 1782/2006, cu modificările și completările ulterioare, privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, rubrica “Tipul internării” are următoarele variante: “Urgență”, “Trimitere de la medicul de familie”, “Trimitere de la medicul specialist din ambulatoriu”, “Transfer interspitalicesc”.

Internările care s-au efectuat în Clinica de Cardiologie a Spitalului “Bagdasar”, în perioada 2011-2014, au fost în cea mai mare parte urgențe, cu ponderea următoare: 84.1% (2011), 79.5% (2012), 77% (2013), 63.2% (2014). Ponderea urgențelor din această clinică s-a redus în ultimul an din perioada studiată, unele internări efectuându-se cu programare, mai ales după introducerea procedurilor de cardiologie intervențională, care nu s-au efectuat în urgență imediată.

Internările efectuate în Secția de Cardiologie a Spitalului Județean Călărași sunt în și ele în cea mai mare parte urgențe, având ponderea următoare: 91.96% (2011), 99.48% (2012), 97.17% (2013), 85.41% (2014). Din cauza lipsei de medici cu specialitatea de Cardiologie din acest spital, secția a funcționat cu medici din specialitatea Medicină Internă. Din acest motiv, s-au internat numai pacienții în stare gravă. Ponderea internărilor în urgență a început să se reducă, după angajarea unui medic cu specialitatea Cardiologie, din anul 2014.

- ✓ În cele două servicii de cardiologie, au predominat internările de urgență, la fiecare din motive separate. Acest lucru a coincis cu profilul “de urgență” al celor două spitale.
- ✓ În perioada 2011-2013, numărul internărilor cu bilete de trimitere de la medicul de familie și de la alte specialități a fost redus în cele două servicii. S-a înregistrat o creștere a numărului internărilor programate în anul 2014.
- ✓ Transferurile interspitalicești au avut o pondere mult mai mare în clinica universitară (15.7-22.9% din numărul total de internări (CSCUBA) și între 0-0.03% la CSJUC), explicabil prin gravitatea și complexitatea cazurilor internate în clinica universitară.

Privitor la **statutul de asigurat** al pacienților cu afecțiuni cardiace spitalizați în Clinica de Cardiologie SCUBA, s-a remarcat inițial o scădere a numărului de pacienți neasigurați, în primii doi ani din studiu, apoi o creștere acestora în ceilalți doi ani. Numărul total al pacienților asigurați din cei patru ani a fost de 8151 (94.7%), iar cei neasigurați, în număr de 459 (5.3%). În Secția de Cardiologie a SJUC, s-a observat o creștere a numărului pacienților neasigurați în primii doi ani din studiu, apoi o reducere a numărului acestora. Totalul pacienților asigurați în perioada studiată este de 5057 (90.1%), iar a celor neasigurați este de 554 (9.9%).

S-a studiat distribuția numărului pacienților cardiaci, în funcție de casa de asigurări de sănătate unde sunt asigurați. În cei patru ani analizați pentru Clinica de Cardiologie-SCUBA, proporția pacienților asigurați la CASMB variază, de la 65.3% (anul 2013), la 86.2% (anul 2014). Proporția pacienților cardiaci asigurați la CASMB a fost 74.7% (din totalul spitalizărilor). Restul pacienților asigurați, au provenit de la casele de sănătate din județele limitrofe. După pacienții asigurați la

CASMB, au urmat ca pondere cei asigurați la CAS GR (24.6%) și CAS IF (23% din totalul pacienților asigurați la alte CAS decât CASMB). Pacienții asigurați la CAS CL au reprezentat 14.7% din totalul pacienților asigurați la alte CAS decât CASMB și 3.5% din totalul spitalizărilor.

În perioada analizată, pentru Secția de Cardiologie-SJUC, proporția pacienților asigurați la CAS CL a variat, de la 96.4% (anul 2011), la 98.1% (anul 2014). Pacienții asigurați la CAS CL au reprezentat 97.1% din totalul externărilor din Secția de Cardiologie a SJUC. Restul pacienților, au fost asigurați la casele de sănătate din județele limitrofe.

- ✓ Majoritatea pacienților din cele două servicii de cardiologie au prezentat asigurări sociale de sănătate (94.4% la SCUBA, respectiv 90.1% la SJUC).
- ✓ În cele două departamente de cardiologie au predominat spitalizările pacienților cu asigurare de sănătate la CAS-ul de unde este arondat respectivul spital. Acest fapt s-a corelat cu procentul majoritar de urgențe, pacienții prezentându-se la cea mai apropiată unitate sanitară de domiciliu.

S-au analizat numărul de spitalizări în funcție de **mediul de proveniență** al pacienților. În ceea ce privește proporția pacienților proveniți din mediul rural, din total spitalizări în CSCUBA, s-au observat valori apropiate: 20% în anul 2011, 17% în anul 2012, 22% în anul 2013 și 21% în anul 2014. S-a remarcat un acces redus al pacienților din mediul rural la serviciile medicale dintr-o clinică universitară.

Ponderea anuală pentru pacienții proveniți din mediul rural în CSJUC a fost de: 38% (anul 2011), 25% (anul 2012), 28% (anul 2013) și 30% (anul 2014). S-a observat că accesul pacienților din mediul rural la serviciile medicale dintr-o secție de spital județean a fost mai crescut, față de accesul într-o clinică universitară. În perioada mai sus menționată, pentru pacienții proveniți din mediul rural, media anuală a internărilor a fost de 431 la CSCUBA și de 424.25 la CSJUC.

Media internărilor pentru pacienții cu domiciliul în Sectorul 1, spitalizați la CSCUBA a fost cea mai redusă pentru perioada studiată (32.75), fiind urmată de pacienții domiciliați în Sectorul 2 (46.75), Sectorul 6 (47.25), apoi cei din Sectorul 3 (93.5), Sectorul 5 (270.5). Au predominat internările pacienților cu domiciliul în Sectorul 4 (1269). Acestea au reprezentat 72.11% din totalul pacienților din capitală. S-a dedus că urgențele cardiologice au fost direcționate către cea mai apropiată unitate sanitară de domiciliul pacientului.

S-a efectuat analiza statistică a **vârstelor** pacienților internați în secțiile de cardiologie din două spitale în perioada 2011-2014. Inițial s-au analizat vârstele pacienților internați din fiecare spital pe o perioadă de 4 ani, în funcție intervalele de vârstă (intervale de câte 5 și 10 ani), aplicându-se testele statistice corespunzătoare. Apoi s-au comparat vârstele pacienților tratați în serviciile de cardiologie din aceste două unități sanitare cu paturi.

S-a observat că media de vârstă a pacienților internați în perioada 2011-2014, în Clinica de Cardiologie din Spitalul Bagdasar a fost 67.2 ± 14.5 ani. În această perioadă s-au internat un număr de 8613 pacienți, 51% de sex feminin. Intervalul de normalitate s-a situat între 38 și 96 ani.

În Secția de Cardiologie a Spitalului Județean Călărași, în perioada mai sus menționată, s-au internat un număr de 5588 pacienți, 52% sex feminin, cu media de vârstă 68.3 ± 14.1 ani. Intervalul de normalitate din această Clinică s-a situat între 40 și 96 ani.

Între vârstele pacienților din cele două spitale, pentru perioada studiată, nu s-au observat corelații statistice liniare, atât între spitale, cât și între sexe. Datele furnizate de mediile vârstelor pacienților în funcție de sex diferă semnificativ, cu excepția anului 2013, la CSCUBA. S-a remarcat că predomină intervalul de vârstă 75-79 ani pentru spitalizările din cele două departamente de cardiologie. S-a constatat o importantă asimetrie între sfertul vârstelor pacienților celor mai tineri și sfertul celor mai vârstnici pacienți din secțiile de cardiologie ale celor două unități sanitare cu paturi.

S-au analizat numărul internărilor în funcție de vârstă și de **intervalul orar al internării**. Intervalul orar al internării a fost împărțit în trei grupe, de câte opt ore fiecare. Prin analiza vârstelor pacienților internați în cele două servicii de cardiologie, în funcție de intervalul orar al internării, s-au remarcat următoarele:

- ✓ S-a observat că cele mai multe internări s-au efectuat în intervalul orar 08:00-15:59 (aproximativ o jumătate din totalul internărilor), indiferent de sex și de secție.
- ✓ Mediile de vârstă ale pacienților internați în Secția de Cardiologie SJUC s-au menținut constante în cele trei intervale orare (68 ani). În Clinica de Cardiologie SCUBA, au diferit mediile de vârstă: 65 ani (interval 08:00-15:59), 68 ani (interval 00:00-07:59), 70 ani (interval 16:00-23:59).
- ✓ Pacienții cu vârstele cele mai înaintate s-au internat în intervalul 00:00-07:59 (103 ani la CSCUBA și 99 ani la CSJUC).

- ✓ Cea mai mare pondere a internărilor s-a constatat la grupa de vârstă 75-79 ani, indiferent de intervalul orar al internării și secție (15.2-17.4%).
- ✓ Indiferent de intervalul orar al internării, s-a constatat că distribuția vârstelor pacienților internați în cele două spitale, a fost moderat asimetrică la dreapta, platicurtică, cu predominanța vârstelor înaintate.
- ✓ S-a remarcat absența unei corelații liniare între vârstele pacienților din cele două secții.
- ✓ În intervalul orar 00:00-07:59, în cele două servicii de cardiologie, s-a stabilit egalitatea dispersiilor ($p=0.448$, F-Test), mediile de vârstă au fost similare ($p=0.587$, T-Test pentru dispersii egale). În celelalte două intervale orare, s-a constatat inegalitatea dispersiilor, mediile de vârstă au fost neomogene.
- ✓ S-a consemnat lipsa omogenității mediilor de vârstă, în funcție de intervalul orar al internării și secție.

OBIECTIV 2: Descrierea condițiilor de diagnostic oferite de un spital clinic universitar și un spital județean pentru pacientul cardiac

În perioada 2011-2014, s-au **externat** 8610 pacienți la CSCUBA și 5611 pacienți la CSJUC. La CSCUBA, numărul mediu de externări/an a fost 2152.5, iar la CSJUC 1402.75. În amândouă spitalele, numărul externărilor se distribuie uniform pe luni și pe ani. Între numărul externărilor/an nu există corelație statistică. S-au comparat numărul internărilor, cu al externărilor din cele două servicii de cardiologie și s-au constatat următoarele:

- ✓ Numărul de internări și externări s-au menținut la extreme diferite pe luni și pe ani. Cele mai multe internări s-au efectuat în sezonul rece. Numărul externărilor nu respectă această regulă.
- ✓ Numărul internărilor și a externărilor din CSCUBA este în creștere în cei patru ani. Numărul spitalizărilor din CSJUC este în ușoară creștere între anii 2011-2012, cu o reducere importantă în anul 2013, iar din anul 2014, reîncep să crească.
- ✓ În cele două servicii de cardiologie, numărul internărilor și externărilor s-au distribuit uniform pe luni și pe ani.
- ✓ Nu s-au observat corelații statistice între numărul internărilor și externărilor din cele două secții, repartizate pe luni și pe ani.

Principalele **diagnostice de externare** înregistrate în Clinica de Cardiologie SCUBA au fost: Insuficiența cardiacă congestivă (ICC, 23.5%), Valvulopatiile nereumatismale mitrale și aortice

(VPMA, 14.1%), Sindroamele coronariene acute (SCA, 13.9%), Insuficiența ventriculară stângă acutizată (IVS, 13.3%), Hipertensiunea arterială esențială (HTA, 8.8%), Aritmiile (Ar, 7.1%), Cardiomiopatiile dilatative (CMD, 4%). S-au grupat principalele diagnostice de externare în ordine crescătoare și s-au luat în discuție cele mai reprezentative procentual. Pentru o analiză statistică mai facilă, diagnosticele la externare s-au introdus în baza de date codificate (așa cum s-au codificat de către medicul curant în foaia de observație).

În perioada studiată, în Secția de Cardiologie din Spitalul Județean Călărași, au predominat următoarele diagnostice de externare: Insuficiența ventriculară stângă acutizată (IVS, 54.25%), fiind urmată de Insuficiența cardiacă congestivă (ICC, 20%) și Sindroamele coronariene acute (SCA, 8.5%). Diagnosticul de externare “Insuficiența ventriculară stângă acutizată” (I50.1) a predominat în toți cei patru ani.

Cu privire la cuantificarea diagnosticilor principale la externare, s-a observat că:

- ✓ Diagnosticile de externare s-au codificat diferit în cele două unități sanitare.
- ✓ Între numărul mediu de externări distribuit pe ani, nu s-au înregistrat diferențe statistice semnificative, în cele două secții de cardiologie.
- ✓ Există diferențe statistice între numărul mediu de externări distribuite în funcție diagnostic, în cele două servicii de cardiologie.
- ✓ În Clinica de Cardiologie a SCUBA, diagnosticul predominant de externare este Insuficiența cardiacă congestivă (23.5%), fiind urmat de Valvulopatii nereumatismale și Sindroame coronariene acute.
- ✓ La Secția de Cardiologie a SJUC, predomină ca diagnostic de externare Insuficiența ventriculară stângă acutizată (54.25%), fiind urmat de Insuficiența cardiacă congestivă și Sindroamele coronariene acute.

Pentru a reprezenta facilă a numărului de externări, s-a utilizat Clasificarea Internațională Statistică a Bolilor și Problemelor de Sănătate Înrudite, Revizia 10, Modificarea australiană (ICD-10-AM).

În Clinica de Cardiologie a SCUBA, diagnosticele grupate sub forma “Alte forme de cardiopatie”, reprezintă între 43.5-70.5% din totalul externărilor dintr-un an. Acestea includ: Pericarditele, Valvulopatiile nereumatismale, Aritmiile, Insuficiențele cardiace. Pentru perioada studiată, numărul externărilor cu diagnostice cuprinse în această grupă au fost în creștere, cea mai mare pondere înregistrându-se în anul 2014 (70.5%). Procentual au urmat, diagnosticele grupate

sub titlul “Bolile ischemice ale inimii”, care reprezintă 12-16.8%, având o pondere mai mare în anul 2013. Acestea au inclus: Angina pectorală instabilă, Infarctul miocardic, Angina pectorală stabilă. Totalizând externările din Clinica de Cardiologie a SCUBA, pentru perioada studiată în grupele ICD-10-AM, conform Tabelului nr. 9, grupa “Alte forme de cardiopatie” (I30-I52), a deținut cea mai mare proporție (59.5%), urmată de grupa “Bolile ischemice ale inimii”(I20-I25, 14.8%) și de grupa “Bolile hipertensive” (I10-I15 , 9.3%). Cea mai redusă proporție a fost reprezentată de grupa “Bolile arterelor, arteriolelor și capilarelor” (I70-I79, 0.4%). În grupa “Bolile venelor, vaselor limfatice și ganglionilor limfatici” (I80-I89) au fost incluse predominant Trombozele venoase profunde înalte (1.83% din totalul externărilor).

Diagnosticile de externare din Secția de Cardiologie a SJUC, grupate sub forma “Alte forme de cardiopatie”, au reprezentat între 70.1-81.2% din totalul externărilor dintr-un an, cu cea mai mare proporție în anul 2014. Au urmat ca frecvență, diagnosticile de externare grupate sub titlul “Bolile ischemice ale inimii”, care au reprezentat 6.6-21.4%, cu o pondere mai mare în anul 2013.

Analizând numărul externărilor din cele două secții, grupate ICD-10-AM, s-a constatat:

- ✓ Au predominat externările cu diagnosticul principal “Insuficiența cardiacă”, fiind urmate de “Bolile ischemice ale inimii” și “Bolile hipertensive”.
- ✓ În cele două departamente de cardiologie nu s-au înregistrat diferențe semnificative statistice între mediile externărilor distribuite pe ani.
- ✓ S-au remarcat diferențe statistice semnificative între mediile externărilor grupate conform ICD-10-AM.

S-a efectuat o analiză a **duratei de spitalizare** pentru pacienții externați din serviciile de cardiologie din cele două spitale, în perioada 2011-2014, pe intervale variabile, aplicându-le testele statistice corespunzătoare. S-au comparat duratele de spitalizare, pentru fiecare spital în parte. Ulterior, s-au calculat: durata medie de spitalizare, rata utilizare paturi și indicii de utilizare paturi. S-a observat că media duratei de spitalizare a pacienților care au beneficiat de servicii medicale prin spitalizare continuă, în perioada 2011-2014, în Clinica de Cardiologie din Spitalul Bagdasar a fost de 5.6 ± 3.7 zile. În această perioadă au fost externați un număr de 8610 pacienți, cu o durată totală de spitalizare de 46635 zile. Durata medie de spitalizare în cei patru ani a fost de 5.4 zile. Durata de spitalizare a 95% dintre pacienți s-a situat în intervalul 2-13 zile.

Din Secția de Cardiologie a Spitalului Județean Călărași, în perioada mai sus menționată, s-au externat un număr de 5611 pacienți, cu o durată totală de spitalizare de 36616 zile și o durată

medie de spitalizare de 6.5 ± 3.4 zile. Durata medie de spitalizare în cei patru ani a fost de 6.5 zile. Duratele de spitalizare a 95% dintre pacienți s-au situat între 0.3-13.3 zile.

Raportat la numărul externărilor, s-a observat că durata medie de spitalizare pentru cei patru ani este de 5.4 zile, în clinica din capitală, respectiv, de 6.5 zile în serviciul de cardiologie din provincie.

Analizând durata de spitalizare din cele două secții, s-a constatat:

- ✓ Cele mai multe spitalizări au avut o durată de 5-6 zile (CSCUBA), respectiv 7-8 zile (CSJUC).
- ✓ Durata medie de spitalizare în cei patru ani a fost de 5.4 zile (CSCUBA), respectiv 6.5 zile (CSJUC).
- ✓ Indiferent de intervalul de spitalizare, s-au evidențiat diferențe statistice semnificative între numărul mediu de externări din cele două spitale, dar între numărul mediu de externări repartizate pe luni, nu s-au constatat diferențe statistice semnificative.

S-a efectuat o analiză statistică a valorilor ICM (**indicele de case mix**), pentru pacienții externăți din cele două servicii de cardiologie, în perioada 2011-2014. S-a remarcat că valoarea medie a ICM-ului pacienților care au beneficiat de servicii medicale prin spitalizare continuă, în perioada 2011-2014, în Clinica de Cardiologie din Spitalul Bagdasar a fost de 1.21 ± 0.92 . Din Secția de Cardiologie a Spitalului Județean Călărași, în perioada mai sus menționată, s-au externat un număr de 5611 pacienți și s-a calculat un ICM mediu de 0.92 ± 0.49 .

Analizând valorile ICM ale pacienților externăți din Clinica de Cardiologie a Spitalului Clinic de Urgență “Bagdasar Arseni”, repartizați pe sexe, s-a constatat că cele mai multe externări au avut valori ale ICM cuprinse între 0.9-1.49, iar ale pacienților externăți din Secția de Cardiologie a Spitalului Județean de Urgență Călărași, au avut valori ale ICM cuprinse între 0.6-0.89.

OBIECTIV 3: Descrierea abordărilor terapeutice oferite pacientului cardiac într-un spital județean și o clinică universitară

În conformitate cu Ordinul MS nr. 1782/2006, cu modificările și completările ulterioare, privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, rubrica “Starea la externare” are următoarele variante: “Ameliorat”, “Staționar”, “Agravat”, “Decedat”, “Vindecat”.

În perioada studiată, la Spitalul Clinic de Urgență Bagdasar (Cardiologie), media de externări cu pacienții “Ameliorați” a fost de 2053.25, cea a pacienților externăți „Staționari” a fost de 12, a

deceselor, de 78.25, iar a pacienților externăți „Agravați”, de 9. Pacienții cu stare la externare „Staționară” au reprezentat 0.56% din totalul externărilor, cei cu stare „Agravată” de 0.42%, iar cei „decedați” 3,63% din externări. Pacienții „Ameliorați” au reprezentat un procent de 93% (anul 2011), 96% (anii 2012-2014).

În perioada analizată, pentru Secția de Cardiologie a Spitalului Județean Călărași, media de externări cu pacienții „Ameliorați” a fost de 1299, cel al pacienților externăți „Staționari” a fost de 23.5, al deceselor, de 47.25, iar al pacienților „Agravați”, de 15.25. Pacienții cu stare la externare „Staționară” au reprezentat 1.69% din totalul externărilor, cei cu stare „Agravată”, 1.1%, iar cei decedați, 3,54% din numărul de externări. Pacienții „Ameliorați” au reprezentat un procent de 93% (anii 2011, 2013, 2014), 94% (anul 2012).

Privitor la “Starea la externare”, în cele două servicii de cardiologie, s-a observat că a predominat starea “Ameliorat” (93-96% la SCUBA și 93-94% la SJUC, pentru cei patru ani).

Conform Ordinului Ministerului Sănătății nr. 1100/2005 (calculul decontului de cheltuieli, adică a costurilor serviciilor medicale pentru perioada spitalizării), s-a dedus că acestea sunt alcătuite din tariful pe zi de spitalizare și contravaloarea consumabilelor. Tariful pe zi de spitalizare s-a stabilit anual, de fiecare spital. În tariful pe zi de spitalizare nu s-au inclus contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare sau prestațiilor, care s-au putut identifica la nivel de pacient. Consumabilele s-au constituit din medicamente, materiale sanitare, analize de laborator, alte investigații, alocații de hrană.

Costul mediu de spitalizare pentru un pacient la Cardiologie-SCUBA a fost de 1830.9 lei/pacient, iar la Cardiologie-SJUC, de 1569.1 lei/pacient (sumele nu au avut o distribuție normală). Costurile de spitalizare pentru jumătate dintre pacienții celor două secții de cardiologie, s-au situat între 1157-2421 lei, la CSCUBA și 1048-2007 lei, la CSJUC.

Media cheltuielilor/pat în cei patru ani a fost de 157641 lei/pat la CSCUBA și de 94310 lei/pat la CSJUC. S-a observat că media cheltuielilor/pat a fost de 1.7 ori mai mare la CSCUBA.

Costul mediu al unei zile de spitalizare, a fost de 338 lei/zi, la CSCUBA și 240.4 lei/zi, la CSJUC. În medie, o zi de spitalizare a costat de 1.4 ori mai mult în Clinica de Cardiologie SCUBA.

Privitor la sumele cheltuite de cele două servicii de cardiologie, s-au consemnat următoarele:

- Cheltuielile de spitalizare au fost mai mari pentru subgrupul sex feminin.
- La CSCUBA, cheltuielile de spitalizare au fost în creștere în cei patru ani (cu 118.6% mai mari în ultimul an, față de primul an studiat).

-La CSJUC, cheltuielile de spitalizare au fost în scădere, în primii trei ani din perioada studiată, în anul 2014, cheltuielile au crescut cu 38.9% față de anul 2011.

-Media cheltuielilor din Clinica de Cardiologie SCUBA a fost mai mare 1.8 ori față de media cheltuielilor din Secția de Cardiologie a SJUC.

-Costul mediu pe pat a fost de 157641 lei/pat (CSCUBA), respectiv 94310 lei/pat (CSJUC), adică cu 67.1% mai mari la CSCUBA.

-Costul mediu pe pacient a fost de 1802 lei/pacient la CSCUBA, respectiv 1554 lei/pacient la CSJUC (cu 15.9% mai mari).

-Costul mediu pe zi de spitalizare a fost de 338 lei/zi (CSCUBA), respectiv 240.4 lei/zi (CSJUC), adică cu 40.6% mai mare.

-Cheltuielile de spitalizare au fost mai crescute decât veniturile la Cardiologie SCUBA, pe toată perioada. La Cardiologie SJUC, veniturile au fost mai mari decât cheltuielile din primii trei ani.

În Clinica de Cardiologie a SCUBA, media de vârstă a pacienților **decedați** a fost 73.8 ± 12.3 ani, cu o distribuție moderat asimetrică la stânga, iar jumătate dintre pacienții decedați au avut vârsta între 75-77 ani. S-a constatat o vârstă minimă de deces de 18 ani, iar vârsta maximă, de 95 ani (amplitudine de 78 ani). Repartiția pe sexe a aratat că predomină sexul masculin (51.1%). Între vârstele pacienților decedați, distribuiți pe sexe, nu s-au evidențiat corelații liniare ($r=0.065$).

S-a remarcat că media de vârstă a pacienților decedați în Secția de Cardiologie a SJUC, a fost de 73.6 ± 11.5 ani, cu o distribuție moderat asimetrică la stânga, iar jumătate dintre pacienții decedați aveau vârsta între 74-78 ani. S-a notat o vârstă minimă de deces de 45 ani, iar vârsta maximă, 95 ani, cu o amplitudine maximă de 50 ani. Repartiția pe sexe a indicat că predomină sexul masculin (51.8%). Între vârstele pacienților decedați, repartizat pe sexe, nu s-au constatat corelații liniare ($r= -.1155$).

Din analiza deceselor la cele două servicii de cardiologie, s-au constatat următoarele:

- ✓ Media de vârstă a deceselor a fost apropiată ($p=0.890$) în cele două secții de cardiologie, fiind de 73.8 ± 12.3 ani, la CSCUBA și de 73.6 ± 11.5 ani, la CSJUC.
- ✓ S-a stabilit că au predominat decesele la pacienții cardiaci de sex masculin, cu o pondere puțin mai mare la CSJUC (51.1% la CSCUBA și 51.8% la CSJUC).
- ✓ În perioada studiată, cele mai multe decese s-au înregistrat la CSCUBA. Distribuite pe ani, numărul deceselor s-au menținut ridicate în anii 2014 și 2011 (CSCUBA). La CSJUC, numărul

deceselor s-a menținut aproape constant, timp de trei ani, reducându-se semnificativ în anul 2013.

- ✓ Decesele au apărut cu 10 ani mai precoce la pacienții cardiaci, tratați la spitalul din provincie (au predominat decesele la 70-79 ani, la CSJUC și la 80-89 ani, la CSCUBA).
- ✓ Durata medie de spitalizare pentru pacienții decedați a fost de 4.8 zile la SCUBA și 4.7 zile la SJUC ($p=0.872$).
- ✓ În ambele servicii de cardiologie, cele mai lungi spitalizări le-au avut decesele de sex feminin, fiind de 51.2% (CSCUBA) și 56.8% (CSJUC).
- ✓ Durata de spitalizare de 1-4 zile a predominat ca pondere în cele două secții, reprezentând 47.9% la SCUBA și 48.48% din totalul deceselor, la SJUC. Decesele cu durată de spitalizare sub 24 ore și între 5-10 zile, au de asemenea, ponderi apropiate în cele două departamente.
- ✓ În ambele secții, au predominat decesele în sezonul rece.
- ✓ Dacă la SJUC, rata de mortalitate a fost în scădere în cei patru ani, la SCUBA, s-a menținut aproape în platou, în perioada studiată.

S-au analizat **internările efectuate în mai puțin de 30 zile** de la ultima externare în spitalul respectiv, acest lucru fiind impus de gravitatea morbidităților acestor pacienți. În cele două servicii de cardiologie, în perioada studiată, au predominat pacienții cu două internări în mai puțin de 30 zile de la ultima externare (93.2% la SCUBA și 75% la SJUC). Între tipurile de reinternări din cele două secții, s-au constatat diferențe semnificative statistic ($p=0.037$). Nu s-au remarcat diferențe semnificative statistic între secții ($p=0.972$, Anova: Two-Factor Without Replication).

II.6. CONCLUZII

Se poate astfel afirma că pachetul de servicii medicale oferite la nivelul Clinicii de Cardiologie este calitativ superior față de pachetul de servicii oferit de o secție de cardiologie a unui spital județean limitrof. Calitatea a provenit prin diverși factori, în special cei care țin de: personal calificat, cu un management de resurse umane corect aplicat, coordonare eficientă, aparatură corespunzătoare, medicație și materiale sanitare adaptate, experiență și educație medicală permanentă. Desigur, o calitate crescută, conduce automat și la costuri mai mari, care printr-o legislație încă insuficient de precis și de specific elaborată, nu sunt acoperite proporțional prin utilizarea FNUASS, în cadrul proceselor de contractare cu casele de asigurări de sănătate.

OBIECTIV 1: Descrierea circuitului pacientului cu afecțiuni cardiace până la nivelul serviciilor de specialitate dintr-o unitate sanitară cu paturi

S-a remarcat o adresabilitate mai mare către clinica universitară (de 1.5 ori mai mare). Patologia cardiacă a fost mai gravă la sexul feminin (51% SCUBA, 52% SJUC), necesitând internări mai numeroase.

Spitalizările de zi au fost absente (SJUC) sau foarte reduse (SCUBA). Pacienții care au beneficiat de serviciile medicale din cadrul spitalizării de zi au fost în procent mult mai redus decât spitalizarea continuă (9.9% din numărul total de internări), gravitatea cazurilor adresate Clinicii de Cardiologie necesitând în special spitalizare continuă. În cele două secții de cardiologie, s-a menținut un număr mare de internări în sezonul rece.

În cele două servicii de cardiologie, au predominat internările de urgență, lucru care coincide cu profilul “de urgență” al celor două spitale.

Numărul internărilor cu bilete de trimitere de la medicul de familie și de la alte specialități a fost redus în cele două servicii.

Internările prin transferuri interspitalicești au avut o pondere mult mai mare în clinica universitară (15.7-22.9%) explicabil prin gravitatea și complexitatea cazurilor din această clinică.

Majoritatea pacienților au avut asigurare de sănătate (94.4% la SCUBA și 90.1% la SJUC). Aceștia s-au internat la spitalele cele mai apropiate de domiciliu.

Urgențele cardiologice au fost direcționate către cea mai apropiată unitate sanitară de domiciliul pacientului.

Accesul pacienților din mediul rural la serviciile medicale dintr-o clinică universitară a fost redus. S-a remarcat creșterea accesului pacienților din mediul rural la serviciile medicale dintr-un spital județean, față de o clinică universitară.

S-au înregistrat medii de vârstă apropiate pentru pacienții din cele două servicii (67.2 ani la SCUBA, respectiv 68.3 ani, la SJUC). S-a remarcat că media de vârstă a internărilor diferă cu aproximativ un an, adică pacienții din capitală au avut nevoie de internare în serviciul de cardiologie, cu un an mai devreme decât cei din provincie. Distribuit pe sexe, mediile de vârstă diferă mai mult. Media de vârstă a pacienților de sex masculin, a fost de 65 ani la SCUBA și 67 ani la SJUC, iar la femei, de 67 ani la SCUBA și 70 ani la SJUC. Chiar dacă numărul internări la sexul feminin a fost mai mare, pacienții de sex masculin, au prezentat patologie cardiacă mai devreme.

Jumătate dintre internări au avut loc la vârste situate între 58-78 ani la CSCUBA și între 59-79 ani la CSJUC, adică aceste intervale au semnatificat vârstele pacienților cu afecțiuni cardiace.

În intervalul de vârstă 75-79 ani au predominat spitalizările în cele două departamente de cardiologie. S-a constatat o puternică asimetrie între sfertul vârstelor pacienților celor mai tineri și sfertul celor mai vârstnici pacienți din secțiile de cardiologie ale celor două unități sanitare cu paturi.

Cele mai multe internări s-au efectuat în intervalul orar 08:00-15:59. Acestea au reprezentat aproximativ o jumătate din totalul internărilor, indiferent de sex și de spital.

Mediile de vârstă ale pacienților internați în Secția de Cardiologie SJUC s-au menținut constante în cele trei intervale orare (68 ani). La Clinica de Cardiologie SCUBA, au diferit mediile de vârstă: 65 ani (interval 08:00-15:59), 68 ani (interval 00:00-07:59), 70 ani (interval 16:00-23:59).

Pacienții cu vârstele cele mai înaintate s-au internat în intervalul 00:00-07:59 (103 ani la SCUBA și 99 ani la SJUC).

Cea mai mare pondere a internărilor s-a constatat la grupa de vârstă 75-79 ani, indiferent de intervalul orar al internării și secție (15.2-17.4%).

OBIECTIV 2: Descrierea condițiilor de diagnostic oferite de un spital clinic universitar și un spital județean pentru pacientul cardiac

În cele două servicii de cardiologie, s-a observat că au predominat externările cu Diagnosticul Principal “Insuficiența cardiacă”, fiind urmate de “Bolile ischemice ale inimii” și “Bolile hipertensive”. Diagnosticile de externare s-au codificat diferit în cele două unități sanitare.

Diagnosticile prevalente de externare au fost “Insuficiența cardiacă congestivă” (23.5%), “Valvulopatii nereumatismale” și “Sindroame coronariene acute”, în CSCUBA, iar la CSJUC, “Insuficiența ventriculară stângă acutizată” (54.25%), “Insuficiența cardiacă congestivă” și “Sindroamele coronariene acute”.

Cu toate că patologia cardiacă a fost asemănătoare în cele două secții, duratele de spitalizare au diferit. La Secția de Cardiologie a SJUC, s-a înregistrat o durată mai mare de spitalizare. Astfel, cele mai multe spitalizări au avut o durată de 5-6 zile, în Clinica de Cardiologie SCUBA și de 7-8 zile, în Secția de Cardiologie SJUC.

Jumătate din durata externărilor la SCUBA a fost de 3-7 zile, iar la SJUC, de 4-8 zile. La Secția de Cardiologie a SJUC, s-a înregistrat o durată mai lungă de spitalizare. Distribuit pe sexe, s-a remarcat că durata de spitalizare cea mai lungă a fost în subgrupul de sex feminin (51.9% la SCUBA și 52.2% la SJUC), lucru care a coincis cu numărul de externări. S-a observat însă o durată medie de spitalizare mai redusă în subgrupul de sex feminin (5.4 zile la SCUBA și 6.5 zile la SJUC), comparativ cu subgrupul de sex masculin (5.5 zile la SCUBA și 6.6 zile la SJUC).

Durata medie de spitalizare în cei patru ani a fost de 5.3 zile, la SCUBA și de 6.5 zile, la SJUC.

S-au observat diferențe importante la cuantificarea indicelui de case mix. Clinica de Cardiologie a prezentat un ICM mai mare, având în vedere complexitatea mai mare a cazurilor spitalizate. Cele mai multe externări au avut valori ale ICM cuprinse între 0.9-1.49 (39.9%), în Clinica de Cardiologie SCUBA și 0.6-0.89 (63.4%), în Secția de Cardiologie SJUC.

Valoarea medie a ICM pentru cei patru ani a fost de 1.19, la SCUBA și de 0.913, la CSJUC.

OBIECTIV 3: Descrierea abordărilor terapeutice oferite pacientului cardiac într-un spital județean și o clinică universitară

Privitor la “Starea la externare” și la “Tipul externării”, în cele două servicii de cardiologie, s-a observat că a predominat starea “Ameliorat” (93-96% la SCUBA și 93-94% la SJUC, pentru cei patru ani), respectiv tipul “Externat” (86-92% la SCUBA și 87-93% la SJUC, pentru cei patru ani).

În cele două secții de cardiologie, au predominat pacienții cu două reinternări în mai puțin de 30 zile de la ultima externare (93.2% la SCUBA și 75% la SJUC).

Costurile pe perioada spitalizării au prezentat valori mai crescute la sexul feminin, reprezentând 51.8% (SCUBA), respectiv 52.5% (CSJUC) din totalul costurilor.

În Clinica de Cardiologie SCUBA, s-a observat creșterea costurilor de spitalizare, prin creșterea adresabilității pacienților cu afecțiuni cardiace (înființarea compartimentului de Cardiologie Intervențională). Pentru Secția de Cardiologie-SJUC, în primii trei ani, s-a înregistrat o reducere a costurilor de spitalizare (lipsa personalului de specialitate a determinat adresarea pacienților cardiaci către alte spitale), urmate de o creștere în ultimul an (mai mare decât în primul an).

Pentru toată perioada studiată, costurile de spitalizare din Clinica SCUBA au fost de 1.8 ori mai mari decât cele din Secția CSJUC.

Media cheltuielilor/pat a fost de 1.7 ori mai mare la SCUBA.

Media cheltuielilor/bolnav a fost de 1.2 ori mai mare la CSCUBA.

În medie, o zi de spitalizare a costat de 1.4 ori mai mult în Clinica de Cardiologie SCUBA.

Veniturile din Clinica de Cardiologie SCUBA au fost de 1.55 ori mai mari decât cele ale Secției de Cardiologie SJUC.

Cheltuielile de spitalizare au fost mai crescute decât veniturile la Cardiologie SCUBA, pe toată perioada. La Cardiologie SJUC, veniturile au fost mai mari decât cheltuielile din primii trei ani.

În Clinica de Cardiologie SCUBA au decedat de 1.6 ori mai mulți pacienți decât în Secția de Cardiologie SJUC, cu o durată de spitalizare de 1.7 ori mai lungă. În cele două secții au predominat decesele la pacienții de sex masculin (51.1% la CSCUBA și 51.8% la CSJUC).

Media de vârstă a deceselor pacienților cardiaci a fost apropiată în cele două secții, fiind de 73-74 ani, cu aproape patru ani mai ridicată decât media de vârstă a pacienților internați în cele două secții.

Au predominat decesele la pacienții de sex masculin, cu o pondere puțin mai mare la CSJUC. Însă, în cele două servicii de cardiologie, cele mai lungi spitalizări le-au avut decesele de sex feminin.

Dacă la CSJUC, rata de mortalitate a fost în scădere în cei patru ani, la CSCUBA, s-a menținut aproape în platou, în perioada studiată.

Decesele au apărut cu 10 ani mai precoce la pacienții cardiaci, tratați la spitalul din provincie (au predominat decesele la 70-79 ani, la CSJUC și la 80-89 ani, la CSCUBA).

Durata medie de spitalizare a pacienților decedați a fost de 4.8 zile la CSCUBA și 4.7 zile la CSJUC. S-a remarcat o durată medie de spitalizare mai redusă, la pacienții decedați.

Pentru pacienți decedați, a predominat intervalul de spitalizare de 1-4 zile, în cele două secții. În ambele secții, au predominat decesele în sezonul rece.

Pentru pacienții domiciliați în județul Călărași, care au beneficiat de spitalizare în Clinica de Cardiologie a Spitalului Bagdasar, monitorizați retroactiv în perioada 2011-2014, s-au observat următoarele:

- ✓ Vârsta medie a fost de 66-67 ani, cu 52.52% femei, cea mai mare parte cu vârste între 75-79 ani, iar 59.05% au provenit din mediul rural.
- ✓ Un procent de 1,78%, nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie, iar 10.97% nu au beneficiat de serviciile acordate de medicul de familie.

- ✓ Indiferent de mediul de proveniență și sex, cea mai mare pondere au avut-o costurile serviciilor furnizate de către medicul de familie cu valoare de până în 100 lei și contribuțiile personale pentru medicamentele compensate în valoare de până în 100 lei.
- ✓ Indiferent de mediul de proveniență și sex, pacienții s-au prezentat mai rar la medicul de familie. Aceștia s-au prezentat direct la camera de gardă.
- ✓ Nu s-au respectat recomandările terapeutice, preferându-se internările, în locul medicației de fond.
- ✓ S-a remarcat un număr redus de solicitări la ambulanță, comparativ cu numărul spitalizărilor. O proporție de 78.93% dintre pacienți, nu au solicitat serviciile de ambulanță.
- ✓ Cea mai mare parte a pacienților nu au beneficiat de investigații paraclinice în ambulator (71.51%) sau consulturi de specialitate (52.52%). Cele mai multe consulturi și investigații paraclinice s-au înregistrat la intervalul de vârstă 75-79 ani.
- ✓ Din totalul pacienților domiciliați în județul Călărași, un procent de 53.4%, nu s-au mai reinternat. Dintre pacienții reinternați, numai 26.1% s-au reinternat la Cardiologie-SCUBA.
- ✓ Cea mai lungă durată de spitalizare s-a observat la intervalul de vârstă 75-79 ani, cu o durată de până la 9 zile (61.1%).

Privitor la respectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale aflați în contract cu casele de sănătate, s-a constatat:

- ✓ La externarea pacientului din spital, nu s-a inițiat prima prescripție medicală de către medicul specialist din unitatea sanitară cu paturi.
- ✓ Majoritatea prescripțiilor medicale s-au recomandat pentru o durată de 30 zile și s-au eliberat de către farmacii în primele 24-48 h după prescriere.
- ✓ Nu s-a respectat schema terapeutică de pe “Biletul de externare”.
- ✓ S-au observat cazuri, când schema terapeutică a rămas nemodificată ani de zile, deoarece pacienții nu s-au prezentat la controalele periodice.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. Mincă DG, Marcu MG. Sănătate publică și Management sanitar, Note de curs pentru învățământul postuniversitar. Ediția a II-a. București: Editura Carol Davila; 2005.
2. Pașa F, et all. Sistemul de sănătate-România în context european. [Online].2009;[85].URL:http://www.cnpv.ro/studiu_i_medicamente_2009
3. Zegreanu I, Costin D. Politicile sociale de sănătate în Uniunea Europeană. [Online]. 2010; [cited 2015 August]; 1:83[49]. Available from: <http://www.clujulmedical.umfcluj.ro/Supliment-1-2010/08%20Zegreanu>
4. Marin M. Sistemele medicale de asigurări de sănătate europene și cel din România. [Online]. 2014; [cited 2015 May]; [1] Available from: <https://www.argesexpres.ro/index.php/magazin/939-sistemele-medicale-de-asigurari-de-sanatate-europene-si-cel-din-romania>
5. Stănescu C, Barbu C. Harta asigurărilor de sănătate: Cum e în Europa, cum va fi în România. [Online]. 2012; [cited 2015 May]; [1] Available from: http://www.hotnews.ro/stiri-doctorh_actualitate-11163699-harta-asigurarilor-sanatate-europa-versus-romania.htm
6. Bjornberg A. Euro Health Consumer Index 2015. [Online]. 2016; [cited 2016 May]; Available from: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf
7. Bjornberg A. Euro Health Consumer Index 2014. [Online]. 2015; [cited 2016 May]; Available from: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf
8. Bechir M. Sistemele de Sănătate în Europa: România, pe roșu la toți indicatorii. [Online]. 2013; [cited 2015 May]; [1] Available from: <http://cursdeguvernare.ro/sistemele-de-sanatate-in-europa-romania-pe-rosu-la-toti-indicatorii-cresc-diferentele-dintre-statele-bogate-si-cele-sarace.html>
9. Moldovan A. Sistemul sanitar românesc, de la anamneza la un tratament corect. [Online]. 2015; [cited 2015 August]; Available from: <http://www.med-farm.ro/anamneza-profesionala-importanta-pentru-un-diagnostic-corect-si-succesul-tratamentului/>
10. Legea nr. 95/2006, privind reforma în cadrul sistemului de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

11. Hotărârea de Guvern nr. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012.
12. Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2013 de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2013-2014.
13. Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015.
14. Ordin nr. 864/538/2011 al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011–2012.
15. Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2014 de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2013-2014.
16. Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor de sănătate curative pentru anii 2013–2014.
17. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.