



Analiza performanței economice și operaționale în sistemul de sănătate

Autori:

Conf.Univ.Dr. Sorin Anagnoste

Prof.Univ.Dr. Nicolae Istudor

Prof.Univ.Dr. Tănase Stamule

Prof.Univ.Dr. Alina Mihaela Dima

Prof.Univ.Dr. Vasile Alecsandru Strat

Drd. Irina Badiu

Drd. Cristinel George Rotaru

Radu-Bogdan Comșa - expert sănătate

Șef de lucrări Dr. Dragoș Nicolae Garofil – expert sănătate

CUPRINS:

<i>Reforma finanțării serviciilor spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate</i>	3
Introducere	3
Finanțarea serviciilor spitalicești din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate 3	3
Serviciile spitalicești furnizate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.....	7
Plățile efectuate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru serviciile spitalicești contractate	15
Propunere pentru integrarea transferurilor pentru influențe salariale în tarifele pentru servicii spitalicești	17
Etapa 1 - Distribuția veniturilor din subvenții pentru influențe salariale pe tipuri de servicii spitalicești ..	20
Etapa 2 - Calcularea tarifelor ajustate pentru servicii spitalicești în spitalele publice.....	21
Etapa 3 - Propuneri de noi tarife pentru fiecare tip de serviciu spitalicesc: două scenarii de lucru.....	26
Concluzii.....	32
Recomandări.....	34
<i>Analiză activității și a numărului de paturi contractate de CNAS în spitalele din România</i>	40
Reglementarea și impactul numărului de paturi de spital contractate în România	42
Procesul de contractare și impactul asupra spitalelor publice și private	43
Importanța numărului de paturi în finanțarea spitalelor.....	43
Discuții	107
O nouă etapă de analiză și reformă	109
<i>Analiza retrospectivă a tratamentului herniei inghinale în România (2019-2023)</i>	
<i>Compararea spitalelor publice și private și evoluția abordului minim invaziv</i>	111
Introducere	111
Aspecte legate de decontarea cazurilor de hernie inghinală	130
Discuții și Concluzii.....	132
<i>Bibliografie</i>	134
<i>ANEXA</i>	135

Reforma finanțării serviciilor spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Introducere

Prezentul raport efectuează o analiză a mecanismelor de finanțare din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) a serviciilor spitalicești contractate de casele de asigurări de sănătate cu unități sanitare publice și private. Obiectivul raportului este de a identifica deficiențele actualului cadru de finanțare și a oferi recomandări concrete pentru remedierea lor, inclusiv impactul bugetar al acestora.

Pe secțiuni, raportul prezintă:

- (i) o radiografie a fondurilor alocate din FNUASS – direct și indirect – serviciilor de spitalizare continuă și de zi;
- (ii) volumul, structura și distribuția serviciilor furnizate de unitățile sanitare contractate de casele de asigurări de sănătate și selectate în analiză;
- (iii) valoarea și distribuția plăților din FNUASS către unitățile sanitare, pe tipuri de servicii;
- (iv) o propunere pentru reforma tarifelor pentru servicii spitalicești;
- (v) concluzii și recomandări cu privire la reforma finanțării serviciilor spitalicești și implicațiile acesteia asupra spitalelor publice și private.

În vederea realizării sale, analiza a utilizat date statistice referitoare la paturi contractabile, servicii furnizate și plăți, publicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate, Institutul Național pentru Managementul Serviciilor de Sănătate și Ministerul Finanțelor. Analiza a fost efectuată pe un eșantion de 709 spitale publice și private, care au contractat în anul 2024 serviciile de spitalizare continuă și/ sau de zi cu casele de asigurări de sănătate. Având în vedere că acestea reprezintă 96% din numărul furnizorilor contractați și 95% din plățile efectuate din FNUASS cu aceeași destinație, considerăm eșantionul relevant pentru politicile de finanțare a serviciilor spitalicești.

Finanțarea serviciilor spitalicești din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

În anul 2024, Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) a înregistrat cheltuieli cu servicii de sănătate, medicamente, dispozitive medicale și de administrare în valoare de 69 de miliarde lei. Valoarea a fost dublă față de cea înregistrată în anul 2018, cel mai mare avans având loc chiar în anul 2024 (+24% față de anul anterior) (Figura 1).

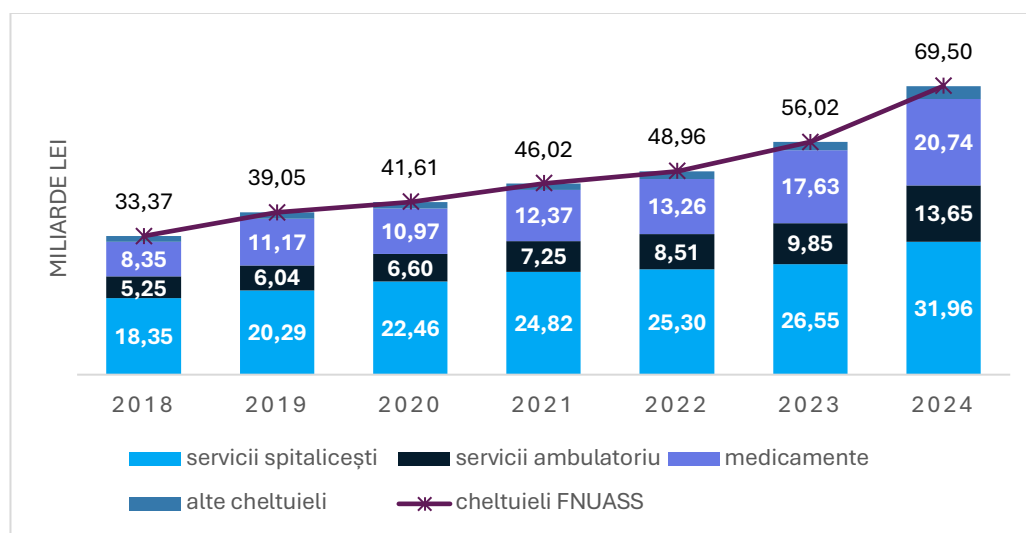
Un alt mod de a cuantifica dinamica cheltuielilor FNUASS, prin eliminarea efectelor inflației acumulate în perioada 2018 – 2024, indică o creștere reală de 37% a resurselor bugetare alocate sănătății din FNUASS¹. În cadrul cheltuielilor FNUASS, serviciile spitalicești au cea mai mare pondere: în anul 2024 lor le-au fost alocate 46% din totalul plăților. Deși foarte mare, acest procent marchează o ameliorare față de anul 2018, când serviciile spitalicești au atras 55% din totalul plăților FNUASS.

În context european, România alocă acestui nivel de asistență medicală printre cele mai mari ponderi din resursele sistemului de asigurări sociale de sănătate. Pentru această comparație pot fi utilizate datele publicate de Eurostat, clasificate potrivit Sistemului Conturilor de Sănătate 2011 (SCS 2011), deși acestea utilizează în raportare valoarea angajamentelor legale, nu cea a plăților. Totuși, ele arată o ierarhie și un ordin de mărime utile analizei comparative.

Din SCS 2011 au fost preluați indicatorii aferenți îngrijirilor spitalicești continue și de zi, curative și de reabilitare (HC11_21 și HC12_22). Pentru anul 2022, datele publicate arată că România se află pe locul 2 la nivelul Uniunii Europene din punct de vedere al ponderii angajamentelor legale alocate „serviciilor spitalicești curative și de reabilitare” (Figura 2).

Figura 1 – Evoluția și structura cheltuielilor pentru sănătate ale FNUASS 2018-2024

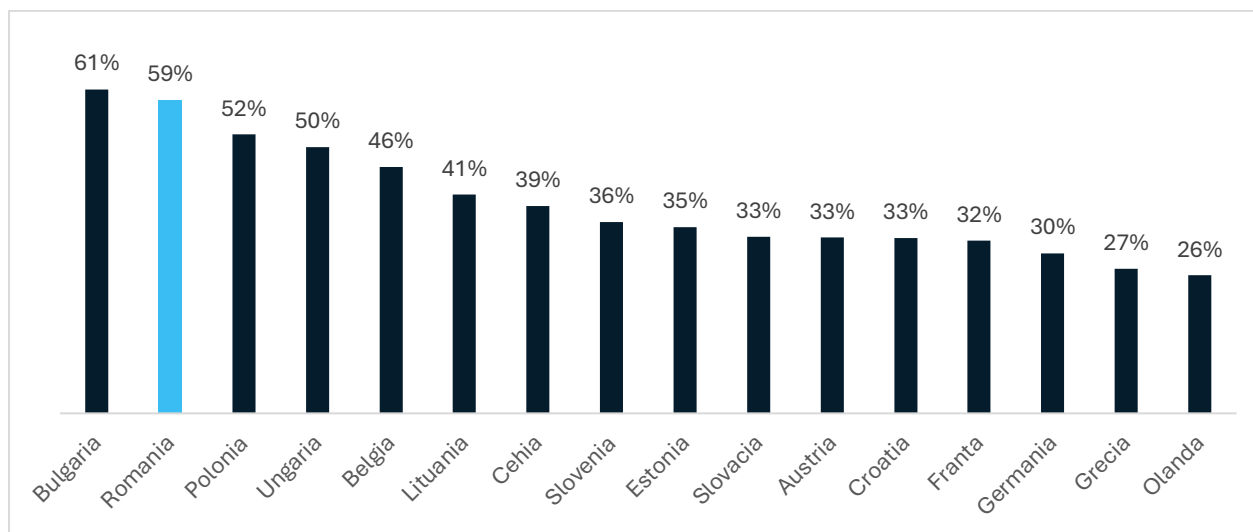
(sursa: Ministerul Finanțelor)



Notă: Valori exprimate în prețuri curente. Cheltuielile pentru sănătate ale FNUASS au fost calculate scăzând din valorile plățile pentru concedii medicale și indemnizații de creștere a copilului.

¹ Calculul creșterii în termeni reali s-a bazat pe prețuri curente 2018. Acestea au fost calculate eliminând din cheltuielile FNUASS ratele anuale ale inflației pentru medicamente și servicii medicale, astfel cum au fost publicate de Institutul Național de Statistică (INS) în portalul TEMPO, indicatorul IPC102E - Indicii preturilor de consum pe principalele mărfuri și servicii - evoluția lunară față de luna corespunzătoare din anul precedent ([TEMPO Online](#)). Inflația cumulată în perioada 2018 – 2024 la medicamente și servicii medicale a fost de 52%. La nivelul FNUASS a fost determinat un indice compozit, utilizând media ponderată a indicilor INS pentru prețurile medicamentelor și serviciilor medicale. Ponderile medicilor au fost determinate în funcție de ponderile anuale ale medicamentelor și serviciilor medicale în cheltuielile FNUASS.

Figura 2 – Ponderea angajamentelor legale alocate serviciilor spitalicești la nivelul sistemului de asigurări sociale de sănătate, potrivit SCS 2011 (sursa: Eurostat)



Notă: ponderile au fost calculate utilizând indicatorul bugetar „angajamente legale”, care desemnează valoarea contractelor încheiate, pentru cheltuielile totale curente ale fondurilor de asigurări sociale de sănătate (TOT_HC), la numitor, respectiv cheltuielile cu îngrijiri spitalicești continue și de zi curative și de reabilitare (HC11_21 și HC12_22), la numărător. Prin urmare, rezultatul pentru România se deosebește de cel prezentat în Figura 1, unde indicatorul bugetar utilizat a fost „plăți efectuate”, iar sursa raportării a fost Ministerul Finanțelor (conturile de execuție bugetară a FNUASS).

În sistemul de asigurări sociale de sănătate din țara noastră sumele alocate din FNUASS serviciilor spitalicești sunt alcătuite din:

- (i) plăți aferente tarifelor pe servicii („plăți pentru servicii”) și
- (ii) transferuri acordate spitalelor publice pentru acoperirea costurilor generate de majorările salariale acordate personalului propriu începând cu anul 2016 („transferuri pentru influențe salariale²”).

În prima categorie sunt incluse plățile pentru:

- cazuri rezolvate în spitalizare continuă pentru pacienți acuți (în sistem DRG, non-DRG sau în programele naționale de sănătate³),
- zilele de spitalizare ale pacienților cronici,
- servicii efectuate în spitalizare de zi și

² Pe parcursul raportului, expresiile „transfer pentru influențe salariale” și „subvenții pentru influențe salariale” sunt utilizate alternativ, în funcție de contextul frazei, desemnând aceleași alocări și valori monetare. Când sumele respective sunt analizate drept cheltuieli ale FNUASS, se utilizează „transfer”, iar când sunt analizate drept venituri ale spitalelor publice, se utilizează „subvenție”.

³ Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță.

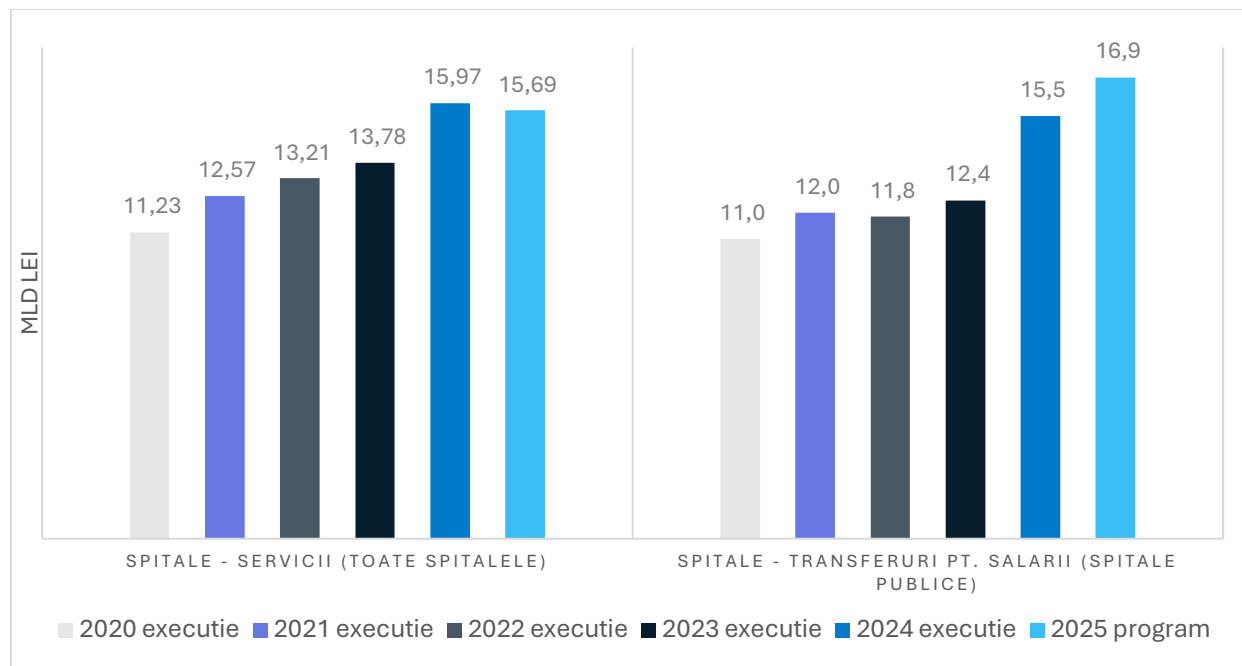
- servicii de radioterapie⁴.

Tot aici se regăsesc anumite plăți destinate exclusiv spitalelor publice respectiv:

- sume pentru alocația zilnică de hrană a pacienților din spitalizare continuă,
- sume pentru vouchere de vacanță ale personalului,
- indemnizațiile plătite medicilor-cadre universitare cu integrare clinică.

Plățile care fac parte din categoria „tarifelor pe servicii” se regăsesc în bugetul FNUASS la paragraful de cheltuieli „Spitale generale” (cod 66050601). În cea de-a doua categorie se regăsesc plăți pentru acoperirea creșterilor salariale acordate personalului spitalelor publice începând cu anul 2016. Ele servesc indirect furnizării serviciilor de spitalizare continuă și spitalizare de zi în spitalele respective, deoarece personalul beneficiar activează în toate compartimentele unităților sanitare⁵: secții clinice, staționare de zi, compartimente paraclinice, compartimente administrativ etc. În bugetul FNUASS, ele pot fi identificate la alineatul de cheltuieli „Transferuri din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate către unitățile sanitare pentru acoperirea creșterilor salariale” (cod 66050200510166).

Figura 3 – Evoluția și structura plăților FNUASS pentru servicii spitalicești (sursa: Ministerul Finanțelor)



Notă: plățile pentru servicii spitalicești includ și o serie de alocări, stabilite prin contract între casele de asigurări de sănătate și spitalele publice, pentru alocația zilnică de hrană a pacienților din spitalizare continuă, sume pentru vouchere de vacanță ale personalului și indemnizațiile plătite

⁴ În cadrul Programului național de oncologie.

⁵ Pe parcursul raportului termenii spital și unitate sanitară sunt utilizați alternativ cu aceeași semnificație.

medicilor cu integrare clinică. Valoarea acestora pe unitate sanitară nu este disponibilă public, însă cea totală aferentă anului 2024 este estimată la 1 mld. de lei. În anul 2023, potrivit raportului de activitate al CNAS, ea s-a situat la 760 mil. lei (sursa: CNAS, Raport de activitate ianuarie – decembrie 2023, www.cnas.ro).

În anul 2024, valoarea plăților pentru „tarife pe servicii” a fost de 16 mld. lei, iar cea a „transferurilor pentru influențe salariale” de 15,5 mld. lei. Potrivit bugetului aprobat pentru anul 2025, plățile aferente tarifelor pentru servicii vor scădea la 15,7 mld. lei (!), iar cele pentru influențe salariale vor crește la 17 mld. lei (Figura 3). Astfel, în anul 2025, în cadrul cheltuielilor FNUASS cu servicii spitalicești – directe și indirecte – ponderea sumelor destinate cheltuielilor de personal ale spitalelor publice o depășește pe cea aferentă „tarifelor pe servicii”. Această situație fără precedent arată că FNUASS achită din ce în ce mai puțin servicii și tot mai mult salarii în spitalele publice.

Serviciile spitalicești furnizate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

În analiză au fost incluse 709 de unități sanitare publice și private care au contractat servicii de spitalizare continuă și/ sau spitalizare de zi cu casele de asigurări de sănătate în anul 2024 (Anexa 1). Din eșantion au fost excluse spitalele administrate de Ministerul Apărării Naționale, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Justiției, Administrația Națională a Penitenciarelor și Serviciul Român de Informații. Dintre cele selectate, 353 au fost publice și 356 private.

Nu toate unitățile sanitare au furnizat gama completă de servicii analizate, respectiv spitalizare continuă pentru pacienți acuți, cronici și spitalizare de zi. Din total, 396 au furnizat spitalizare continuă acuți, 387 spitalizare continuă cronici și 618 spitalizare de zi (Tabelul 1).

Între spitalele publice și cele private se remarcă o diferență structurală cu privire la gama de servicii contractate cu casele de asigurări de sănătate: în timp ce 253 de spitale publice (72% din total) au contractat toate tipurile de servicii, numai 15 spitale private (4% din total) au făcut același lucru. Cele mai multe spitale private, respectiv 220 (62% din total), au contractat numai servicii de spitalizare de zi.

Distribuția pe categorii de competență a spitalelor publice analizate arată că cele mai multe se încadrează în categoria IV – spitale cu categorie de competență bazal (în general, spitale orașenești și municipale) – și categoria V – spitale cu categorie de competență limitată (spitale de cronici și monospecialitate) (Tabelul 1).

În rândul spitalelor private, marea majoritate a spitalelor incluse în eșantion sunt neclasificate din punct de vedere al competenței și activează în spitalizare de zi; dintre cele clasificate, cele

mai multe sunt încadrate în categoriile V și IV. În anul 2024, casele de asigurări de sănătate au contractat cu cele 709 de spitale din eșantion 121 de mii de paturi, din care 72% pentru spitalizare continuă acută, 20% pentru spitalizare continuă cronică și restul pentru spitalizare de zi. Paturile contractate au fost preponderent alocate spitalelor publice: 96% dintre cele pentru spitalizare continuă acută, 90% dintre cele pentru spitalizare continuă cronică și 76% dintre cele pentru spitalizare de zi.

Tabelul 1 – Distribuția unităților sanitare incluse în analiză din punct de vedere al serviciilor contractate, pe categorii de competență (sursa: INMSS, CNAS)

proprietate	categorie de competență ⁶	număr spitale în analiza	număr spitale cu cazuri SC acută	număr spitale cu cazuri SC cronici	număr spitale cu cazuri SZ
publică	I	7	7	6	7
publică	I M	32	30	17	31
publică	II	17	17	14	17
publică	II M	36	31	28	33
publică	III	45	43	45	42
publică	IV	137	136	109	134
publică	V	79	54	74	56
publică subtotal		353	318	293	320
privată	I M	2	1	1	2
privată	II	1	1		1
privată	II M	1	1		1
privată	III	3	3	1	3
privată	IV	22	21	8	21
privată	V	42	36	6	38
privată	n/c	285	15	78	232
privată subtotal		356	78	94	298
total eșantion		709	396	387	618

Notă: SC – spitalizare continuă, SZ – spitalizare de zi

⁶ OMS nr. 1408/2010 privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor în funcție de competență, cu modificările și completările ulterioare. Categoria I desemnează spitalele cu nivel de competență foarte înalt, categoria II pe cele cu nivel de competență înalt, categoria III pe cele cu nivel de competență mediu, categoria IV pe cele cu nivel de competență bazal, iar categoria V pe cele cu nivel de competență limitat.

Pe categorii de competență, cele mai multe paturi pentru pacienți acuți au fost contractate cu spitalele de categoriile III, IV și II, iar cele de pentru pacienți cronici cu spitalele de categoriile V, IV și III (Tabelul 2).

Tabelul 2 - Distribuția unităților sanitare incluse în analiză din punct de vedere al paturilor contractate, pe categorii de competență (sursa: INMSS, CNAS)

proprietate	categorie de competență	numărul paturilor contractate acuți	numărul paturilor contractate cronici	numărul paturilor contractate SZ	% din %	% din %	% din %
publică	I	6.783	513	480	8 %	2 %	6 %
publică	I M	9.393	1.766	841	11 %	7 %	10 %
publică	II	13.089	1.158	880	15 %	5 %	11 %
publică	II M	6.699	2.769	464	8 %	11 %	6 %
publică	III	26.603	3.492	1.503	30 %	14 %	18 %
publică	IV	19.074	4.092	1.721	22 %	17 %	21 %
publică	V	3.542	8.341	520	4 %	34 %	6 %
publică subtotal		85.183	22.131	6.409	96 %	90 %	76 %
privată	I M	111	20	50	0 %	0 %	1 %
privată	II	165	0	18	0 %	0 %	0 %
privată	II M	32	0	4	0 %	0 %	0 %
privată	III	489	14	85	1 %	0 %	1 %
privată	IV	1.527	449	328	2 %	2 %	4 %
privată	V	833	72	352	1 %	0 %	4 %
privată	n/c	12	2.006	1.134	0 %	8 %	14 %
privată subtotal		3.169	2.561	1.971	4 %	10 %	24 %
total eşantion		88.352	24.692	8.380	100 %	100 %	100 %

În anul 2024, cele 709 de spitale din eşantion au externat 3,27 milioane de cazuri de pacienți acuți. Dintre acestea, 95% au fost tratate în spitale publice, în corelare cu ponderea paturilor contractate. Cele mai multe cazuri au externate din spitalele publice de categoriile III (28%), IV (19%) și II (16%) (Tabelul 3).

Numărul cazurilor de cronici externate a fost de 390 de mii, din care 85% din spitale publice și 15% din spitale private.

Pe categorii de competență, cele mai multe cazuri au fost tratate în spitalele publice de categorie V și IV. În rândul spitalelor private, 4 din 5 pacienții cronici au fost îngrijiți în unități sanitare neclasificate. În ceea ce privește serviciile de spitalizare de zi, din totalul de 6,3 mil. de fișe, 79% au revenit spitalelor publice și 29% celor private.

Spitalizarea de zi se remarcă drept tipul de servicii cu cea mai mare participare a spitalelor private. Pe categorii de competență, în rândul spitalele publice, cele mai multe servicii au fost furnizate în unitățile de categoriile IV, IM și III, care, de altfel, au avut și cele mai multe paturi contractate. Între spitalele private, cele mai multe servicii de spitalizare de zi au fost furnizate în unitățile neclasificate, într-o proporție notabil mai mare decât cea a paturilor contractate (Tabelul 3).

Tabelul 3 – Distribuția unităților sanitare incluse în analiză din punct de vedere al numărului serviciilor furnizate, pe categorii de competență (sursa: INMSS, CNAS)

proprietate	categorie de competență	număr cazuri SC acuți	număr cazuri SC cronici	număr servicii SZ	% din numărul cazurilor de acuți	% din numărul cazurilor de cronici	% din numărul serviciilor de SZ
publică	I	284.948	9.042	273.102	9%	2%	4%
publică	I M	386.852	38.975	905.720	12%	10%	14%
publică	II	517.087	25.048	446.551	16%	6%	7%
publică	II M	276.481	43.106	452.125	8%	11%	7%
publică	III	922.974	46.871	750.251	28%	12%	12%
publică	IV	628.780	69.857	1.332.218	19%	18%	21%
publică	V	84.681	98.137	280.515	3%	25%	4%
publică subtotal		3.101.803	331.036	4.440.482	95%	85%	71%
privată	I M	7.061	631	104.847	0%	0%	2%
privată	II	9.928	0	17.662	0%	0%	0%
privată	II M	3.558	0	10.204	0%	0%	0%
privată	III	20.956	25	5.912	1%	0%	0%
privată	IV	69.349	8.728	201.181	2%	2%	3%
privată	V	51.467	2.290	231.620	2%	1%	4%
privată	n/c	5.512	47.877	1.267.359	0%	12%	20%
privată subtotal		167.831	59.551	1.838.785	5%	15%	29%
total eșantion		3.269.634	390.587	6.279.267	100%	100%	100%

Notă: SC – spitalizare continuă, SZ – spitalizare de zi

Rezultatele activității spitalelor contractate de casele de asigurări de sănătate pot fi evaluate comparativ din perspectiva unor indicatori consacrați precum indicele case-mix (ICM)⁷, durata medie de spitalizare (DMS) și gradul de ocupare a paturilor. Aceștia au impact asupra încasărilor de la casele de asigurări de sănătate, consumului de resurse pe timpul îngrijirilor și al eficienței generale a unităților sanitare.

ICM mediu al celor 396 de spitale din eșantion care au externat pacienți acuți în anul 2024 a fost 1,45, puțin mai mic la spitalele publice – 1,42 – și semnificativ mai mare la spitalele private – 1,67. În rândul spitalelor publice, ICM variază direct proporțional cu categoria de complexitate, cele mai mici valori fiind calculate pentru unitățile de categorie IV și V (Tabelul 4).

Între spitalele private, cel mai mare ICM în înregistrează cele din categoria IV, unde sunt încadrate cele mai mari unități private. Explicația pentru valoarea mai mare a ICM la spitalele private este procentul mai mare – aproximativ 50% – al cazurilor chirurgicale decontate, comparativ cu spitalele publice – 29%.

Din punct de vedere al duratei de spitalizare, media înregistrată pentru cazurile de acuți în anul 2024 a fost de 5,2 zile.

Diferența dintre spitalele publice și cele private a fost semnificativă: primele au raportat DMS de 5,5 zile, iar celelalte DMS de 2 zile. Ea s-a menținut în toate categoriile de competență. Cauzele sale pot fi multiple: profilul cazurilor tratate, tendința spitalelor private de utiliza intensiv paturile, preferința pacienților de a petrece cât mai puțin în spitalele private pentru a reduce valoarea coplăților etc.

Evaluarea contribuției fiecăreia din cauzele potențiale nu a făcut obiectul acestei analize, dar diferența sugerează că spitalele private utilizează paturile contractate într-un mod mai eficient decât spitalele publice.

În ceea ce privește DMS a cazurilor de pacienți cronici, media eșantionului a fost de 13,5 zile, ceva mai mică la spitalele publice și mai mare la spitalele private. În rândul spitalelor publice, cea mai mare durată a fost înregistrată de cele de categoria V, care îngrijesc cele mai multe cazuri de pacienți cronici. În spitalele private, cea mai mare DMS au avut-o spitalele neclasificate, care, de altfel, au internat 80% din cazurile de pacienți cronici în respectivele spitale.

Ultimul indicator de rezultat analizat, gradul de ocupare a paturilor contractate cu casele de asigurări de sănătate, are caracteristici similare cu durata medie de spitalizare. Media

⁷ Indicele case-mix este un indicator al complexității cazurilor de spitalizare continuă, reflectată în valoarea consumului de resurse necesare îngrijirilor. El este utilizat în contractare, fiind multiplicat cu numărul pacienților estimați a fi îngrijiți și cu tariful pe caz ponderat, potrivit formulei de stabilire a valorii de contract prevăzută în contractul-cadru. În implementarea contractului, pentru fiecare caz, tariful pe caz ponderat este multiplicat cu valoarea relativă a codului DRG în care este încadrat cazul.

eșantionului pentru pacienți acuți a fost de 49%, puțin mai mare pentru spitale publice (50%) și semnificativ mai mică pentru cele private (28%).

Diferența dintre cele două grupe de spitale a fost generată de duratele medii de spitalizare, discutate în alineatele anterioare. Dacă spitalele private ar fi avut durate medii de spitalizare similare cu cele publice, gradele de ocupare ar fi fost asemănătoare.

Tabelul 4 – Indicatori de rezultat ai unităților sanitare incluse în analiză pe categorii de competență (sursa: INMSS, CNAS)

proprietate	categorie competență	de mediana ICM acuți	mediana DMS acuți	mediana DMS cronici	mediana grad de ocupare acuți	mediana grad de ocupare cronici
publică	I	2,10	5,8	14,1	69 %	68 %
publică	I M	1,80	5,2	13,7	64 %	72 %
publică	II	1,76	5,2	13,5	56 %	79 %
publică	II M	1,51	5,0	16,1	59 %	64 %
publică	III	1,60	5,6	14,3	54 %	65 %
publică	IV	1,31	5,2	11,3	48 %	74 %
publică	V	1,27	6,8	20,8	47 %	80 %
publică subtotal		1,42	5,5	13,2	50 %	74 %
privată	I M	1,45	2,5	10,5	43 %	91 %
privată	II	2,01	2,9		47 %	
privată	II M	1,52	1,6		48 %	
privată	III	1,87	2,6	6,0	29 %	7 %
privată	IV	2,05	2,2	13,6	28 %	85 %
privată	V	1,51	2,1	10,8	28 %	82 %
privată	n/c	1,00	1,5	17,3	10 %	87 %
privată subtotal		1,67	2,0	15,1	28 %	86 %
total eșantion		1,45	5,2	13,5	49 %	76 %

În privința paturilor contractate pentru pacienți cronici, și aici rezultatele au reflectat ordinea duratelor medii de spitalizare respective: gradul de ocupare la nivelul eșantionului a fost de 76%, mai mic la spitalele publice (74%) și mai mare la cele private (86%) (Tabelul 4).

Se remarcă gradul de ocupare mai mare al paturilor de cronici decât al celor de acuți, care este o consecință a duratei de spitalizare mai lungă sau, în unele cazuri, a insuficienței capacității.

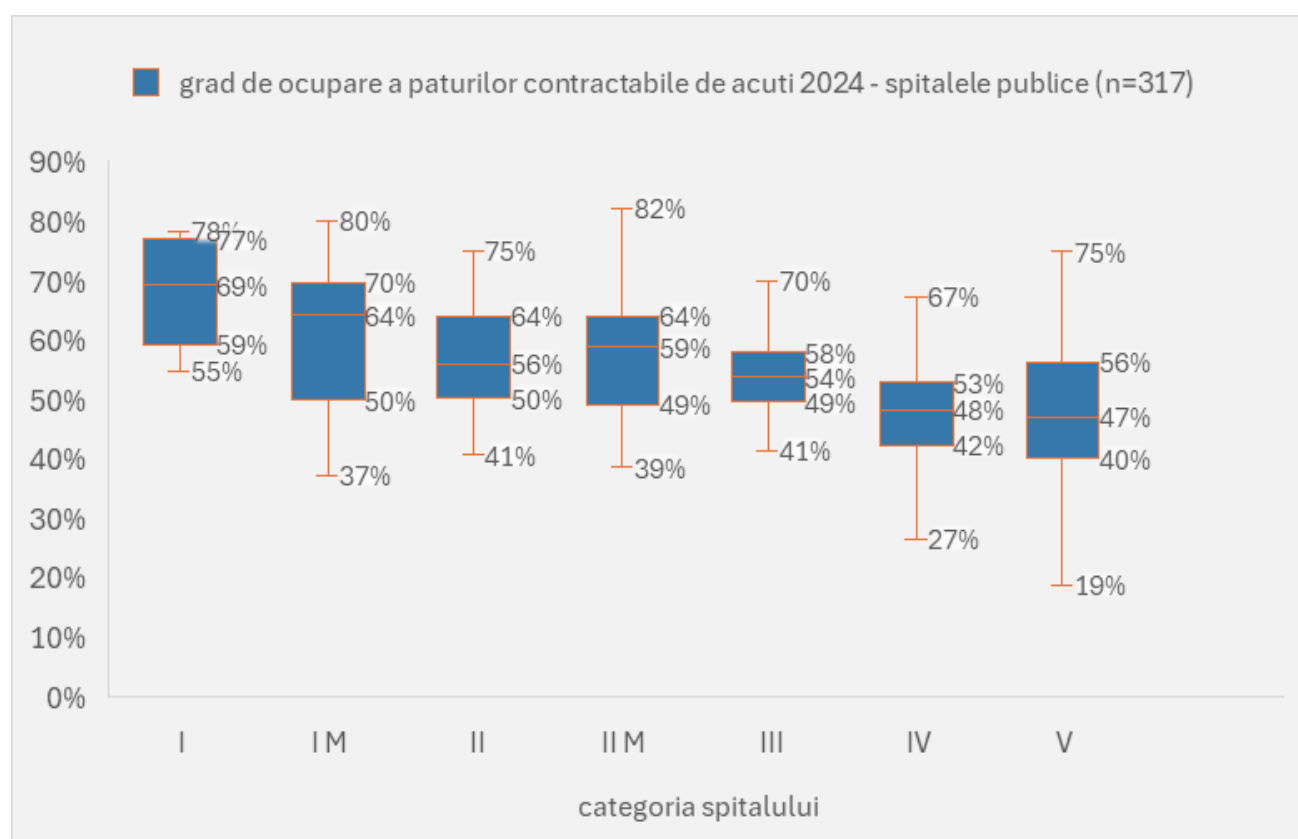
Distribuția gradelor de ocupare a paturilor contractate pentru pacienți acuți în spitalele publice sugerează o corelație cu categoria de competență, care este consecința formulei de contractare

utilizată de casele de asigurări de sănătate (procentul de referință „p” scade odată cu categoria de competență) (pentru o analiză a efectelor utilizării procentului de referință „p”, a se vedea raportul „Analiza activității și a numărului de paturi contractate de CNAS în spitalele din România”).

Ea arată scăderi semnificative odată cu trecerea de la categoria I spre categoriile IV și V, unde gradul median de ocupare este sub 50% (Figura 4).

Totodată, distribuția arată prezența unor valori centrifuge în categoriile IM, IIM, IV și V. În privința spitalelor private, gradele de ocupare în categoriile II, IV și V, care însumează 85% din cazuri, sunt similare, respectiv 28% - 29% (Tabelul 4).

Figura 4 - Gradul de ocupare a paturilor contractabile pentru pacienți acuti 2024 - spitalele publice din eșantion (n=317) (sursa: CNAS, INMSS)



Notă: indicatorii din figură desemnează pentru fiecare categorie: maxim, percentila 75, mediana, percentila 25 și minim. În figură nu sunt incluse valorile extreme, aflate la o distanță mai mare de $1,5 X$ (percentila 75 – percentila 25) de percentilele respective.

Distribuțiile de frecvență ale gradelor de ocupare a paturilor pentru pacienți acuti în spitalele din eșantion, ilustrate în Figura 5 și Figura 6, arată o distribuție aproape normală a valorilor spitalelor publice și una aproape uniformă a celor din spitalele private.

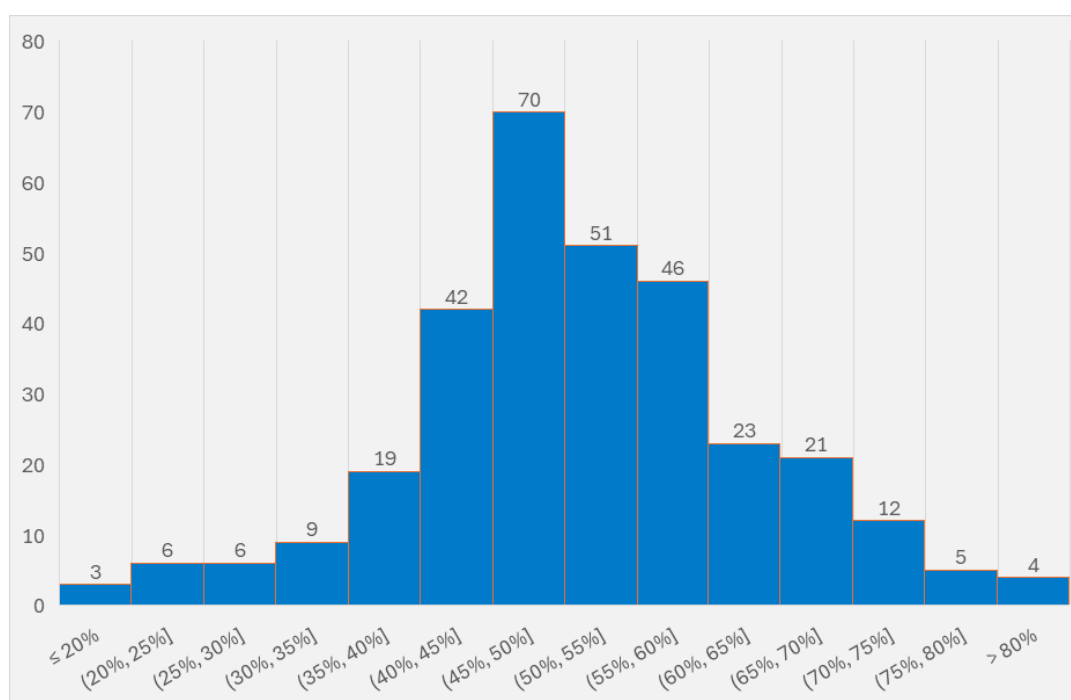
Ele arată că 155 de spitale publice și aproape toate spitalele private au un grad de ocupare sub 50%, ceea ce reprezintă o subutilizare evidentă a capacității⁸.

Spre deosebire de spitalele private, cele publice nu au pacienți care să își achite îngrijirile prin plăți directe, dar mențin personal și echipamente dimensionate în funcție de numărul paturilor aprobate, care este chiar mai mare decât al celor contractate.

Drept rezultat, în rândul a numeroase spitale publice se manifestă o lipsă de eficiență, determinată de gradul redus de ocupare a paturilor contractate și cheltuieli fixe ridicate.

Distribuția de frecvență în spitalele publice arată și că 28 de unități au un grad de ocupare mai mare de 68%, maximul permis de formula de contractare⁹, sugerând că acestea fie au fost exceptate de la aplicarea procentului de referință, fie au îngrijit pacienți peste valoarea inițială de contract.

Figura 5 – Distribuția de frecvență a gradelor de ocupare a paturilor pentru pacienți acuzi în spitalele publice (n=317) (sursa: CNAS, INMSS)

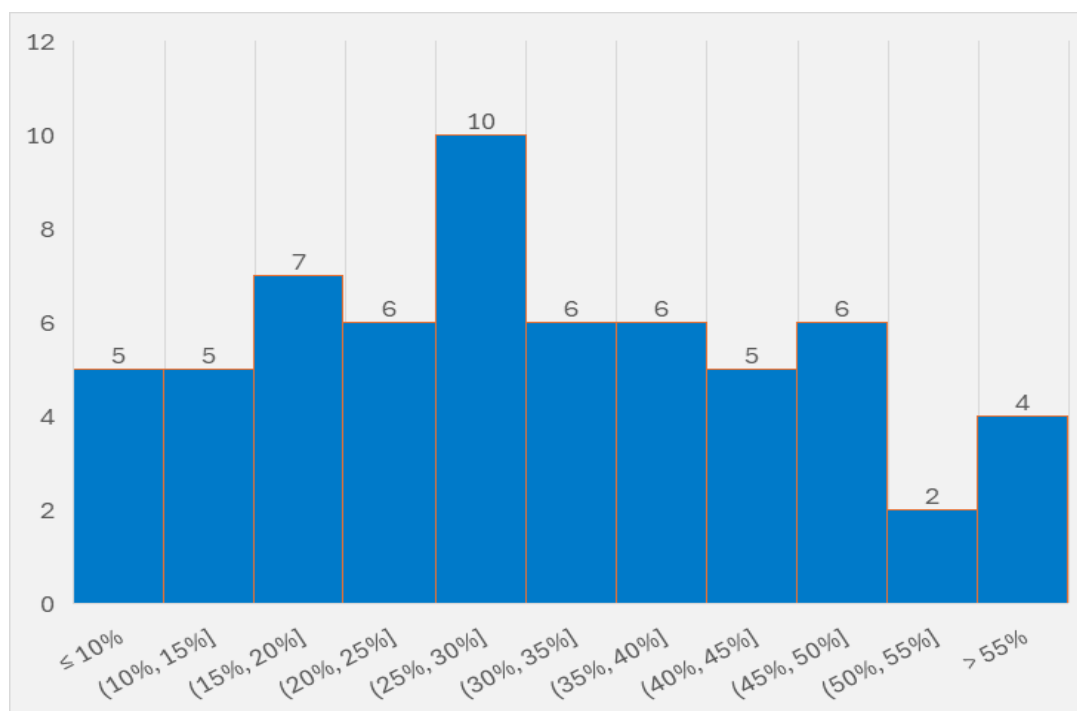


⁸ Potrivit Ravaghi et al., 2020, gradul de ocupare a paturilor recomandat pentru spitalele mari este 85%, iar pentru spitalele mici el poate fi mai mic.

Ravaghi, H., Alidoost, S., Mannion, R. et al. Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: a systematic scoping review. *BMC Health Serv Res* 20, 186 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5023-z>

⁹ Potrivit art. 5, alin. (1) lit. a) pct. a1 din Anexa nr. 23 din OMS/OCNAS nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Figura 6 - Distribuția de frecvență a gradelor de ocupare a paturilor pentru pacienți acuți în spitalele private (n=62) (sursa: CNAS, INMSS)



Plățile efectuate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru serviciile spitalicești contractate

În anul 2024, spitalele din eșantion au încasat din FNUASS 28,8 mld. lei, din care 14 mld. lei prin tarife pe servicii și 14,8 mld. lei prin transferuri pentru acoperirea costurilor generate de majorările salariale acordate personalului propriu începând cu anul 2016 („transferuri pentru influențe salariale”) (Tabelul 5).

Din sumele încasate pentru servicii, 70% au provenit din spitalizare continuă pentru pacienți acuți, 12,5% din spitalizare continuă pentru pacienți cronici și 17,5% din servicii în spitalizare de zi. Cele mai mari încasări le-au avut spitalele publice de categorie III și II.

Din total, 85% din fonduri au fost încasate de spitalele publice, iar 15% de spitalele private.

Tabelul 5 – Sumele încasate de spitalele din eșantion din FNUASS în anul 2024 pe tipuri de servicii (sursa: CNAS, MFP)

proprietate	categorie de competență	venituri de la FNUASS SC acuți	venituri de la FNUASS SC cronici	venituri de la FNUASS SZ	venituri de la FNUASS „influențe salariale”
publică	I	1.281,4	47,1	96,8	1.413,3
	I M	1.478,1	158,7	334,8	1.803,3
	II	1.742,7	101,6	178,1	2.242,1
	II M	818,3	226,2	150,8	1.324,3
	III	2.483,5	280,2	279,9	4.055,2
	IV	1.397,5	238,7	331,5	2.992,3
	V	189,0	468,1	77,0	965,9
publică subtotal		9.390,5	1.520,6	1.448,9	14.796,5
privată	I M	22,7	1,7	53,2	
	II	36,2	-	6,7	
	II M	9,2	-	4,4	
	III	76,3	0,1	3,6	
	IV	222,0	28,8	96,6	
	V	165,7	10,1	105,2	
	n/c	24,5	259,9	555,7	
privată subtotal		556,5	300,7	825,5	
total eșantion		9.947,0	1.821,3	2.274,4	14.796,5

Nota: plățile efectuate pentru servicii nu includ și sumele aferente alocațiilor pentru hrana, indemnizațiilor pentru personalul medical cu integrare clinică și voucherelor de vacanță pentru personalul din spitalele publice.

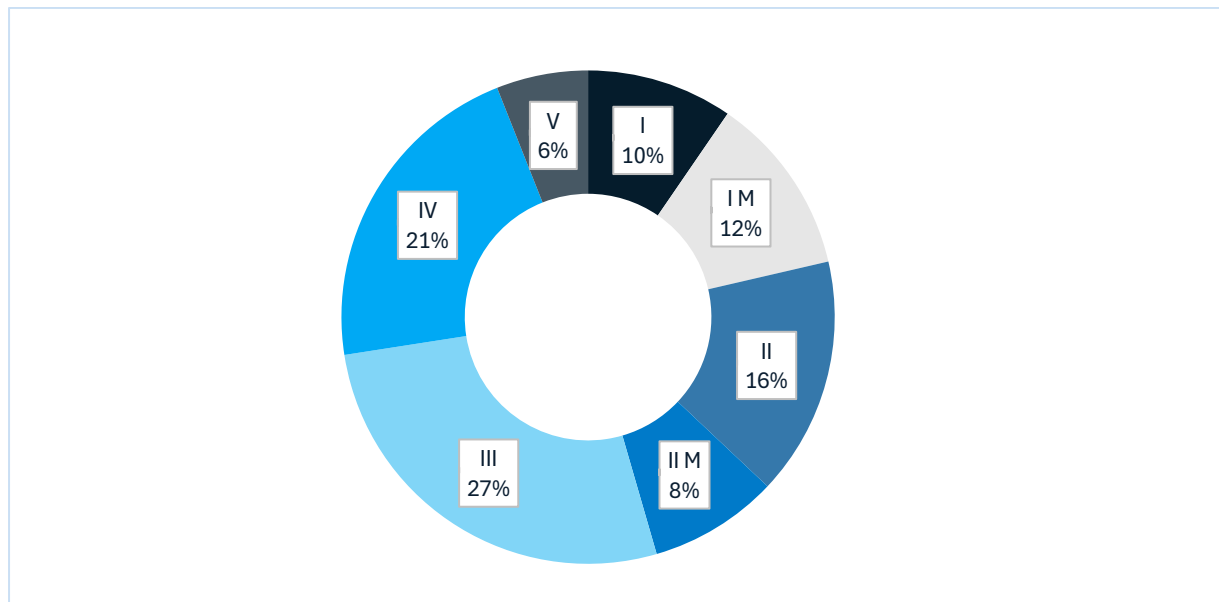
Pe tipuri de servicii distribuția public-privat a variat: spitalele publice au primit 94,4% din total în spitalizare continuă acuți, 83,5% în spitalizare continuă cronici și 63,7% în spitalizare de zi. Spitalele private au încasat cele mai mari sume din servicii în spitalizare de zi, care a totalizat aproape la fel de mult cât spitalizarea continuă pentru acuți și cronici la un loc (Tabelul 5). Astfel, spitalizarea de zi este principala sursă de venituri a spitalelor private din relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate

În privința „transferurilor pentru influențe salariale”, beneficiari au fost numai spitale publice. Se disting cele din categoria III și categoria IV, care, cumulat, au cel mai mare număr de personal (Tabelul 5 și Figura 7). Din cei 133 de mii de salariați ai spitalele publice analizate, 48% s-au regăsit în unitățile din cele două categorii.

În ansamblu, după alăturarea plăților pe servicii și pentru influențe salariale, sumele care au revenit spitalelor publice în anul 2024 au reprezentat 94% din totalul alocat din FNUASS.

Astfel, ponderea spitalele private în veniturile FNUASS destinate serviciilor spitalicești este de 6%.

Figura 7 – Distribuția personalului angajat în spitalele publice din eșantion în luna mai 2024 pe categorii de spitale (sursa: MS)¹⁰



Propunere pentru integrarea transferurilor pentru influențe salariale în tarifele pentru servicii spitalicești

Mecanismele actuale de finanțare a servicii spitalicești au deficiențe majore.

În primul rând, tarifele pe servicii sunt subdimensionate și nu acoperă costurile furnizorilor. În perioada 2016 – 2022 ele nu au fost actualizate, decât în cazuri punctuale. În anul 2023, a avut loc o majorare a tarifului pe caz ponderat pentru toate spitalele contractate de casele de asigurări de sănătate. În medie, aceasta a fost de 17%, însă nu a acoperit inflația cumulată a îngrijirilor medicale în cei 7 ani anterior. În anul 2024 ele nu au mai fost majorate, deși inflația cumulată în anii 2023 și 2024 a fost de 23%¹¹.

În al doilea rând, metodele pentru acoperirea diferenței dintre costuri și tarif conduc la :

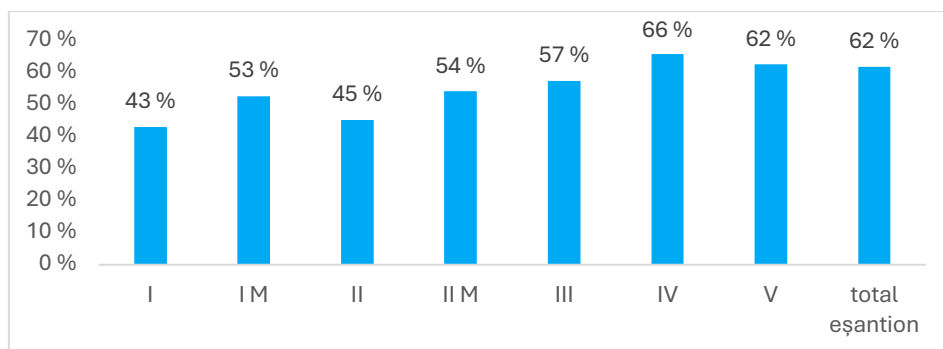
- (i) ineficiență: spitalele publice primesc subvenții pentru influențe salariale de la FNUASS indiferent de volumul activității pe care o prestează, ceea ce le permite să mențină nemodificate schemele de personal chiar și atunci când gradul de ocupare a paturilor este suboptim;

¹⁰ Ministerul Sănătății prin portalul www.data.gov.ro, setul de date Monitorizarea executiei bugetare a spitalelor publice - 2024 - Formular 2, luna mai 2024, [Monitorizarea executiei bugetare a spitalelor publice - 2024 - Formular 2 - Seturi de date - data.gov.ro](#), accesat în luna martie 2025.

¹¹ Institutul Național de Statistică, indicatorul IPC102E - Indicii preturilor de consum pe principalele mărfuri și servicii - evoluția lunară față de luna corespunzătoare din anul precedent ([TEMPO Online](#)).

- (ii) diminuarea motivației spitalelor publice de a-și optimiza funcționarea: în condițiile în care subvențiile pentru influențe salariale au ajuns să acopere majoritatea cheltuielilor de personal, mai ales în cazul spitalelor de categorie IIM, II, IV și V (Figura 8), acestea nu mai sunt motivate să urmărească eficientizarea activității proprii prin:
- creșterea volumului și complexității serviciilor curente,
 - contractarea de noi servicii¹²,
 - reducerea costurilor de funcționare,
 - reorganizarea compartimentelor fără adresabilitate,
 - asocierea cu alte unități în vederea achizițiilor publice comune,
 - punerea în comun cu alte unități a infrastructurii disponibile etc.
- (iii) concurența incorectă între furnizori pe baza forme de proprietate și înecitate față de asigurați: pe de o parte spitalele publice sunt de 2 ori mai bine remunerate din FNUASS decât cele private pentru aceleași servicii prestate; pe de altă parte, spitalele private sunt nevoite să perceapă contribuții personale de la pacienți, ceea ce restrânge și condiționează accesul asiguraților la servicii spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- (iv) periclitarea sustenabilității bugetare a FNUASS – orice majorare a remunerației personalului spitalelor publice determină suplimentarea transferurilor pentru influențe salariale, deturnând resurse ce ar putea fi alocate altor destinații (cost de oportunitate).

Figura 8 - Mediana % cheltuielilor de personal totale ale spitalelor publice acoperite din subvenții pentru influențe salariale în anul 2024, pe categorii de competență (sursa: Ministerul Finanțelor)



Notă: Datele utilizate au fost preluate din execuțiile bugetare anuale ale spitalelor publice (Raportare Entități Publice), care nu disting între sursele de finanțare ale cheltuielilor de personal. Ca urmare a limitărilor datelor bugetare disponibile public, numitorul, cheltuieli de personal totale, le include și pe acelea care sunt finanțate din bugetul Ministerului Sănătății, respectiv cu medici rezidenți, cu

¹² De exemplu, servicii nou-introduse în pachetele de servicii, cu tarife substanțiale, dar pentru care unitățile sanitare ar trebui să dezvolte capacitate tehnică și expertiză.

personalul din unități/ compartimente de primiri urgențe, cu personalul de cercetare etc. Prin urmare, valorile mediane calculate și reprezentate în figură sunt subdimensionate pentru spitalele publice care beneficiază de asemenea venituri, în special cele din categoriile I, IM, II, IIM și III.

Continuarea status-quo-ului riscă să amplifice deficiențele sus-menționate și să decupleze activitatea spitalelor publice de la obiectivele naționale în domeniul sănătății, de la tendințele epidemiologice și de la preferințele pacienților din ariile geografice deservite. În consecință, se impune nevoia unei reforme a finanțării serviciilor spitalicești din sistemul de asigurări sociale de sănătate. Având în vedere că problemele principale ale multor unități sanitare sunt lipsa de adresabilitate și ineficiența, scopul reformei este de a le determina să își adapteze oferta de servicii la prioritățile naționale și cererea locală și, în consecință, să își optimizeze structura costurilor.

În această secțiune a raportului prezentăm o propunere în acest sens. Ea are drept obiective:

- (i) remunerarea unităților sanitare contractate de casele de asigurări de sănătate exclusiv prin tarife pentru servicii;
- (ii) includerea actualelor sume reprezentând „transferuri pentru influențe salariale” (14,8 mld. lei în anul 2024 pentru cele 353 de spitale publice incluse în eșantion) în tarifele pentru servicii de spitalizare continuă acută, cronici și spitalizare de zi;
- (iii) generalizarea noilor tarife la nivelul tuturor furnizorilor contractați de casele de asigurări de sănătate. Drept urmare, tarifele achitate de acestea spitalelor private vor fi majorate până la nivelul tarifelor reale achitate spitalelor publice. Acest lucru va permite scăderea valorii contribuției personale pe care pacienții o achită în spitale private, crescând competiția între spitale și utilizarea paturilor contractate de casele de asigurări de sănătate cu spitalele private.

Propunerea de reformă a tarifelor pentru serviciilor spitalicești este elaborată din perspectiva plătitorului, a Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate. Ea vizează redimensionarea tarifelor plătite din Fond, utilizând exclusiv resursele acestuia. De asemenea, propunerea nu urmărește adaptarea tarifelor la costurile reale ale furnizării serviciilor spitalicești, ci numai alocarea eficientă și echitabilă a actualelor resurse ale Fondului¹³.

Algoritmul de calcul vizează numai transferurile pentru influențe salariale, deoarece nu există informații disponibile public cu privire la sumele pentru alocația de hrană și pentru vouchere

¹³ Adaptarea tarifelor la costurile serviciilor spitalicești este condiționată de continuarea proiectului „Capesscost: Îmbunătățirea Calității și Performanței Serviciilor Spitalicești prin Evaluarea Costurilor și Standardizare”, prin implementarea „Metodologiei unitare de calculare a costurilor serviciilor spitalicești la nivel de caz/pacient în spitalizare continuă”, dezvoltată în cadrul acestuia de Ministerului Sănătății, Institutul Național pentru Managementul Serviciilor de Sănătate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate.

de vacanță la nivel de unitate sanitară. El desființează transferurile pentru influențe salariale și distribuie sumele disponibilizate către finanțarea serviciilor de spitalizare continuă acută, cronici și spitalizare de zi. Distribuția a plecat de la premisa că veniturile pentru influențe salariale contribuie la cheltuielile cu personalul implicat în furnizarea tuturor serviciilor spitalicești. Algoritmul constă din trei etape principale, respectiv:

1. Distribuția veniturilor din subvenții pentru influențe salariale pe tipuri de servicii spitalicești – spitalizare continuă acută, cronici și spitalizare de zi – la nivel de unitate sanitară publică;
2. Calcularea tarifelor ajustate pentru servicii spitalicești în spitalele publice, după includerea veniturilor din subvenții pentru influențe salariale;
3. Stabilirea unor propuneri de noi tarife naționale pentru fiecare tip de serviciu spitalicesc și a unor reguli de tranziție a tuturor spitalelor publice și private la acestea.

Etapa 1 - Distribuția veniturilor din subvenții pentru influențe salariale pe tipuri de servicii spitalicești

La nivelul fiecărui spital public din eșantion, veniturile din subvenții pentru influențe salariale au fost distribuite pe tipuri de servicii direct proporțional cu încasările deja realizate din tarife pentru respectivele servicii în anul 2024. Formula de alocare a fost următoarea:

- i. Venituri din subvențiile pentru influențe salariale alocate spitalizării continue acute:

$$V_{sis\ sca} = V_{sis\ usp} * \frac{V_{t\ sca}}{V_{tt}}$$

- ii. Venituri din subvențiile pentru influențe salariale alocate spitalizării continue cronici:

$$V_{sis\ scc} = V_{sis\ usp} * \frac{V_{t\ scc}}{V_{tt}}$$

- iii. Venituri din subvențiile pentru influențe salariale alocate spitalizării de zi:

$$V_{sis\ sz} = V_{sis\ usp} * \frac{V_{t\ sz}}{V_{tt}}$$

Unde,

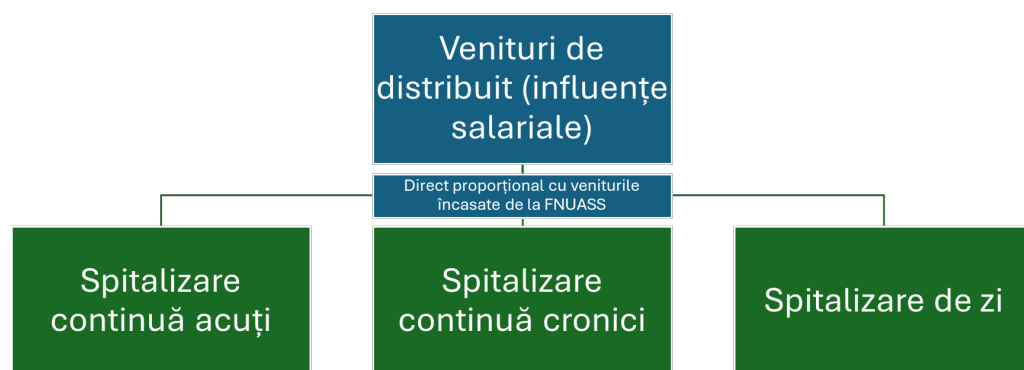
$V_{sis\ usp}$ – venituri din subvenții pentru influențe salariale alocate unității sanitare publice;

$V_{t\ sca/ scc/ sz}$ – venituri ale unității sanitare publice din tarife pentru spitalizare continuă acută/ spitalizare continuă cronici/ spitalizare de zi, după caz;

Vtt – venituri totale din tarife pentru servicii spitalicești ale unității sanitare publice.

Diagrama algoritmului de distribuție este redată în Figura 9.

Figura 9 – Distribuirea veniturilor din subvenții pentru influențe salariale pe tipuri de servicii spitalicești la nivel de unitate sanitară publică



Etapa 2 - Calcularea tarifelor ajustate pentru servicii spitalicești în spitalele publice

În urma distribuirii veniturilor din subvenții pentru influențe salariale, la nivelul fiecărui spital public au fost recalculate tarifele medii pe tipuri de servicii. Acestea au fost denumite tarife ajustate și au generat valori relevante pentru anul 2024. Formulele utilizate au fost:

- i. Tariful ajustat pentru spitalizare continuă acuți:

$$Ta_{sca} = \frac{Vt_{sca} + Vsis_{sca}}{Pp}$$

- ii. Tariful ajustat pentru spitalizare continuă cronici:

$$Ta_{scc} = \frac{Vt_{scc} + Vsis_{scc}}{Zsc}$$

- iii. Tariful ajustat pentru spitalizare de zi:

$$Ta_{sz} = \frac{Vt_{sz} + Vsis_{sz}}{Ssz}$$

Unde:

Vt sca/ scc/ sz – venituri ale unității sanitare publice din tarife pentru spitalizare continuă acuți/ spitalizare continuă cronici/ spitalizare de zi, după caz;

Vsis sca/ scc/ sz - venituri din subvențiile pentru influențe salariale alocate spitalizării continue acuți/ spitalizării continue cronici/ spitalizării de zi, după caz;

P.p. – pacienți ponderați;

Zsc – zile de spitalizare pacienți cronici;

Ssz – servicii (fișe) de spitalizare de zi.

Drept rezultat, pentru fiecare spital public a fost calculat un câte un tarif ajustat pentru anul 2024:

- (i) pe caz ponderat în spitalizare continuă acuți,
- (ii) pe zi de spitalizare pentru pacienți cronici,
- (iii) pe serviciu de spitalizare de zi.

Fiecare dintre acestea au fost diferite – i.e. mai mari – decât tarifele curente medii, rezultate din împărțirea încasărilor din tarife pe tip de serviciu la indicatorii realizați, după caz pacienți ponderați, zile de spitalizare cronici sau servicii de spitalizare de zi. Mai departe, pentru fiecare unitate sanitară a fost calculat raportul dintre tariful ajustat și cel curent. Ulterior, au fost calculate tarife ajustate mediane și rapoarte dintre tarifele ajustate și cele curente mediane pe tip de serviciu și categorii de competență la nivelul întregului subșantion de spitale publice (Tabelul 6).

Tabelul 6 – Tarife ajustate mediane pe tipuri de servicii și rapoarte mediane dintre acestea și tarifele curente în spitalele publice în 2024

categ	mediana TCP acuți Co-Ca	mediana TCP ajustat	mediana raport între TCP ajustat vs. TCP Co-Ca	mediana tarif mediu zi cronici Co-Ca	mediana tarif ajustat mediu zi cronici	mediana raport între tarif ajustat vs. tarif Co-Ca mediu zi cronici	mediana tarif mediu SZ Co-Ca	mediana tarif ajustat mediu SZ	mediana raport între tarif ajustat vs. tarif Co-Ca mediu serviciu SZ
I	2.465	4.871	1,89	458	910	1,97	373	780	2,00
I M	2.086	4.027	1,91	274	504	2,01	387	766	2,01
II	1.854	4.094	2,12	288	591	2,13	372	818	2,12
II M	1.831	3.772	2,00	269	599	2,16	355	824	2,14
III	1.738	4.010	2,25	249	609	2,31	384	883	2,34
IV	1.709	4.252	2,49	225	586	2,61	264	662	2,56
V	1.657	3.792	2,27	221	531	2,35	345	790	2,40
total	1.709	4.052	2,27	231	578	2,37	343	764	2,36

Note: Co-Ca – contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

TCP – tarif pe caz ponderat.

Spre deosebire de spitalizarea continuă acută, unde TCP este unic la nivel de spital, pentru spitalizare continuă cronici și spitalizare de zi fiecare serviciu are un tarif distinct. De aceea, tarifele ajustate medii pentru pacienți cronici și spitalizare de zi variază între unitățile sanitare în funcție de mixul de servicii furnizate de acestea.

În toate cazurile, tarifele ajustate au fost mai mari decât cele curente cu cel puțin 90%.

La nivelul întregului subșantion, raportul median dintre tarifele ajustate și cele curente a fost 2,27 pentru spitalizare continuă acută, 2,37 pentru spitalizare continuă cronici și 2,36 pentru spitalizare de zi.

Cu alte cuvinte, în anul 2024, ca urmare a alocării sumelor pentru influențe salariale, costul mediu pentru FNUASS al unui serviciu de spitalizare a fost mai mare decât tariful contractat, potrivit Co-Ca, cu 127% pentru spitalizare continuă acută, 137% pentru spitalizare continuă cronici și 136% pentru spitalizare de zi.

Se remarcă la toate tipurile de servicii corelația negativă dintre categoria de competență și raportul dintre tariful ajustat și cel curent.

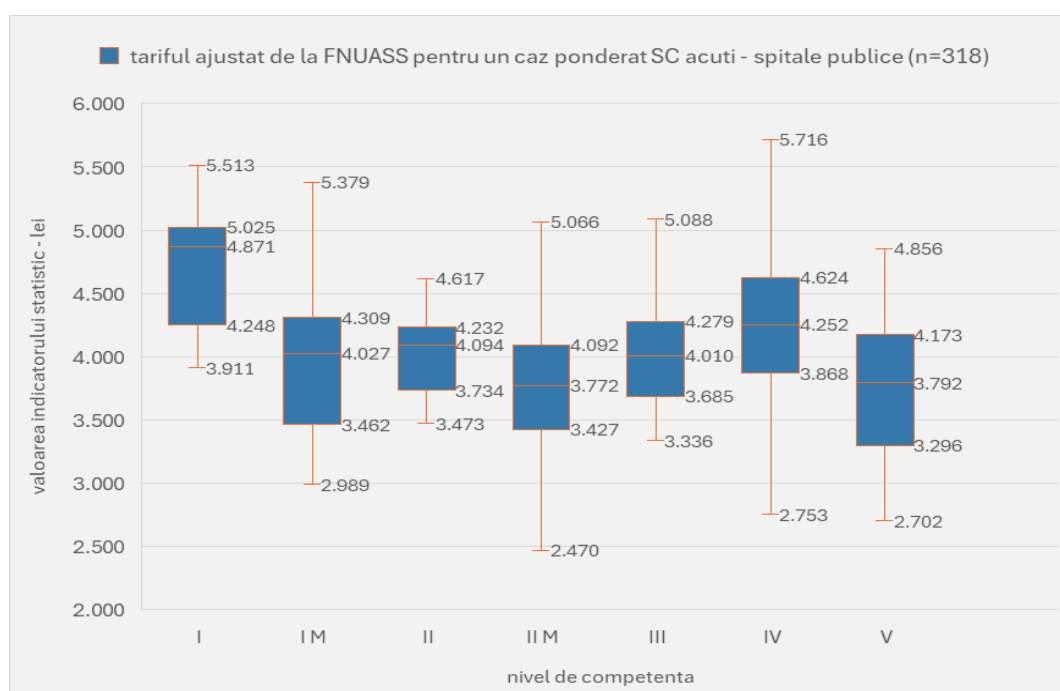
Cu cât nivelul de competență scade, cu atât mai mult subvențiile pentru influențe salariale au amplificat costul per caz/ serviciu pentru FNUASS. De asemenea, la spitalizare continuă acută se remarcă tendințele diferite ale medianelor tarifelor curente și ajustate: dacă primele sunt direct proporționale cu categoria de competență, cele ajustate au mai degrabă o traiectorie sinusoidală, mediana din categoria IV fiind mai mare decât a celorlalte categorii, cu excepția categoriei I (Tabelul 6).

În aceste condiții, costul mediu pe caz de spitalizare continuă acută într-un spital public de categoria IV a fost cu 149% mai mare decât tariful contractat.

Distribuția tarifelor ajustate pentru spitalizare continuă acută pe categorii de competență arată valori mediane comparabile pentru categoriile IM, II și III, pe de o parte, și categoriile IIM și V, pe de altă parte. Categoria I are o valoare mediană semnificativ mai ridicată decât a celorlalte, consecință a tarifelor pe caz ponderat superioare (Tabelul 6).

Categoria IV este aparte, având valoarea mediană mai ridicată decât a altor categorii, exceptând I, și cel mai mare interval dintre maxim și minim, indicând valori extreme mult depărtate de tendința centrală. Valori extreme mult îndepărtate de mediane se mai regăsesc în categoriile IM și IIM (Figura 10).

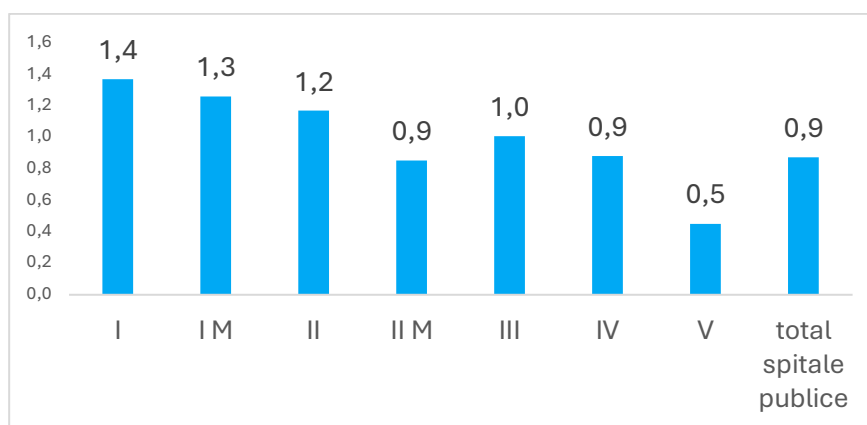
Figura 10 – Distribuția tarifelor ajustate pentru spitalizare continuă acută pe categorii de competență - spitale publice (n=318)



Notă: indicatorii din figură desemnează pentru fiecare categorie: maxim, percentila 75, mediana, percentila 25 și minim. În figură nu sunt incluse valorile extreme, aflate la o distanță mai mare de 1,5 X (percentila 75 – percentila 25) de percentilele respective.

Valoarea mediană ridicată a tarifului ajustat în categoria IV trebuie interpretată pe fondul gradului de ocupare al paturilor contractate mai redus – deci, pacienți ponderați mai puțini relativ la alte categorii –, asociat cu scheme de personal ocupate la un nivel comparabil cu ale categoriilor IIM și III. (Figura 11)

Figura 11 – Mediana numărului de personal medical propriu pe pat contractat în spitalele publice 2024 (sursa: MS)



Notă: personalul medical propriu nu include medicii rezidenți, însă include personalul UPU/ CPU, de cercetare și cabinetele HIV/ SIDA, distrofici, medicină sportivă, planificare familială, care este finanțat

din transferuri de la MS. Aceste categorii de personal se regăsesc mai ales în spitalele mari și medii (categoriile I, II și III). Din această cauză, valorile din figură aferente acestor spitale sunt supraestimate.

În ceea ce privește tarifele ajustate pe zi de spitalizare a pacienților cronici, analiza valorilor nominale mediane calculate pe categorii de competență nu este relevantă, deoarece ele depind de mixul de servicii furnizate de fiecare unitate sanitară publică.

În schimb, evaluarea rapoartelor dintre tarifele ajustate și cele medii curente este utilă, întrucât oferă o indicație cu privire la raportul dintre costul real al FNUASS și tarifele contractate pentru aceste servicii. De asemenea, raportul arată și amploarea majorării necesare a tarifelor curente pentru a integra subvențiile pentru influențe salariale.

Așadar, marea majoritate a spitalelor publice au rapoarte cuprinse între 1,9 și 2,7, sugerând că indexarea tarifelor curente cu un coeficient din jumătatea superioară a acestui interval ar satisface cele mai multe unități sanitare publice (Figura 12).

O abordare analitică similară trebuie adoptată și în privința serviciilor de spitalizare de zi, intervalul de referință relevant fiind 2 – 2,8 (Figura 13).

Figura 12 – Distribuția de frecvență a rapoartelor dintre tarifele ajustate medii și tarifele curente medii pentru spitalizare continuă cronici – spitale publice (n=293)

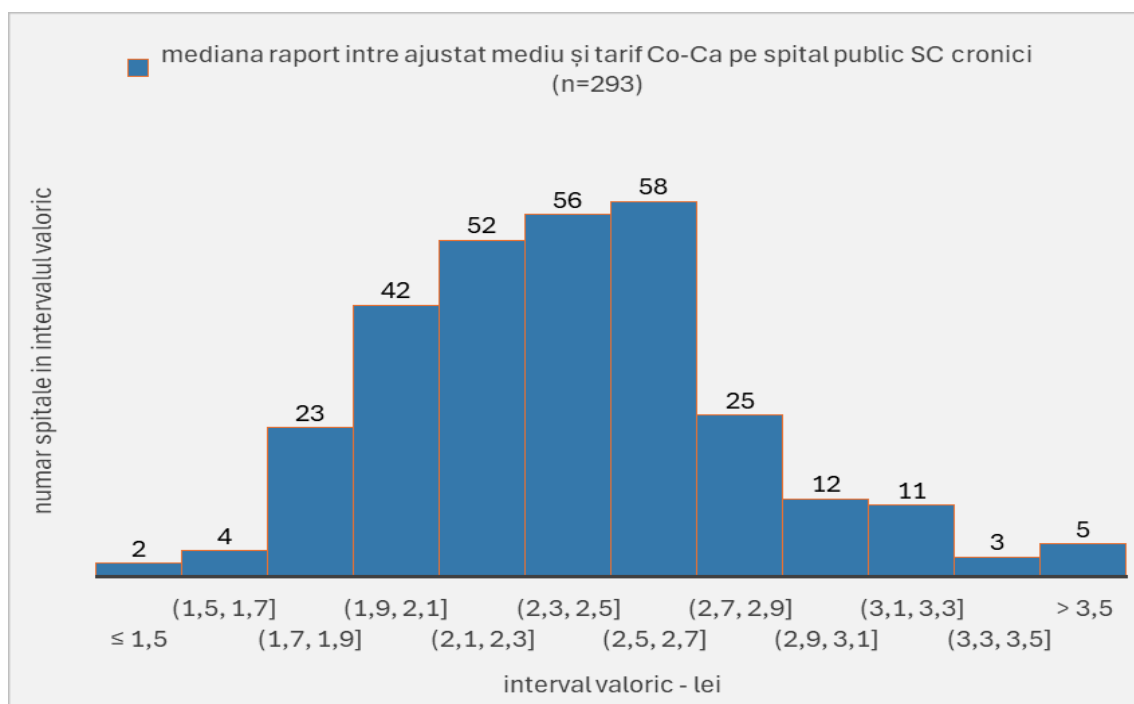
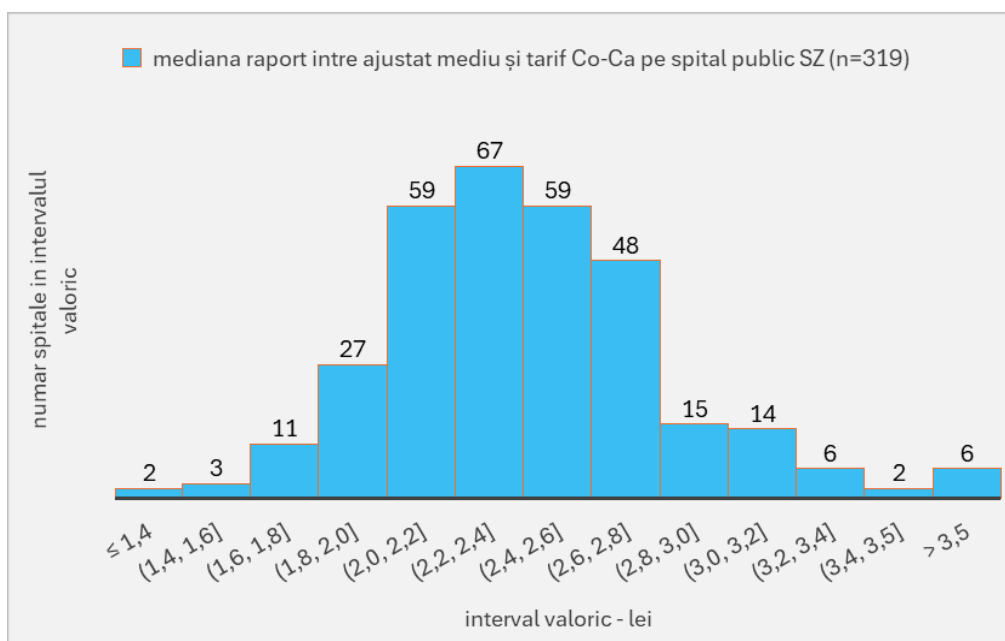


Figura 13 – Distribuția de frecvență a rapoartelor dintre tarifele ajustate medii și tarifele curente medii pentru spitalizare de zi – spitale publice (n=319)



Etapa 3 - Propuneri de noi tarife pentru fiecare tip de serviciu spitalicesc: două scenarii de lucru

Integrarea transferurilor pentru influențe salariale în tarifele pentru servicii spitalicești este o soluție viabilă pentru încurajarea câștigurilor de eficiență în spitalele publice și pentru creșterea receptivității lor la obiectivele naționale în domeniu și la tendințele epidemiologice ale populației deservite.

Fiind plătite numai pentru servicii, unitățile sanitare vor trebui să se adapteze sau să se desființeze.

De asemenea, reforma este benefică pentru creșterea accesului la servicii în spitale private, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, prin reducerea valorii contribuției personale pe care pacientul trebuie să o achite, dar și menținerea criteriilor de stabilire și comunicare a valorii acesteia.

Stabilirea valorilor concrete ale noilor tarife va fi făcută de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății în baza rezultatelor unor analize precum cele descrise în secțiunile anterioare.

În sprijinul acestui demers, în această secțiune prezentăm două scenarii care includ noi tarife, condiții de tranziție și estimarea impactului bugetar.

Caracteristicile comune celor două scenarii sunt:

- În ambele scenarii, obiectivul urmărit este finanțarea spitalelor publice din FNUASS exclusiv pentru serviciile furnizate, la niveluri tarifare care să integreze costurile curente cu personalul¹⁴, bunurile și serviciile.
- Pentru implementare, sumele actualmente virate sub formă de transferuri pentru influențe salariale vor fi distribuite și adăugate alocărilor curente pentru servicii de spitalizare continuă acută, spitalizare continuă cronică și spitalizare de zi.
- Stabilirea noilor tarife pornește de la rezultatele etapelor de calcul 1 și 2 descrise în secțiunile anterioare, care sunt relevante la nivelul anului 2024.
- În ambele scenarii, noile tarife din spitalizare continuă acută vor fi stabilite pe categorii de competență. Nu a fost luat în calcul un tarif pe caz ponderat uniform la nivel național.
- Pentru servicii de spitalizare continuă cronică și spitalizare de zi, noile tarife vor rezulta din înmulțirea celor actuale cu **coeficientul de majorare respectiv**¹⁵.
- Spitalele private vor beneficia de noile tarife din primul an de implementare pentru toate tipurile de servicii.
- Spitalele publice vor beneficia de noile tarife pentru spitalizare continuă cronică și spitalizare de zi din primul an de implementare.
- În cazul spitalizării continue acută, spitalele publice ale căror tarife ajustate 2024 sunt mai mici decât noile tarife nu vor trece direct la acestea, ci vor beneficia de majorări graduale până când le vor egala. În primul an de implementare, ele vor crește cu până la 10% fără a putea depăși noul tarif al categoriei de competență respectivă.
- În cazul în care tarifele ajustate 2024 pentru orice tip de servicii ale spitalelor publice sunt mai mari decât cele noi, atunci ele se păstrează primele până când celelalte le egalează treptat, astfel încât **nicio unitate sanitară publică să nu înregistreze venituri mai mici** dacă își menține volumul și mixul de servicii constat în anul 2024.
- După primul an de implementare, noile tarifele vor fi actualizate cu un coeficient care să reflecte inflația serviciilor medicale¹⁶.

¹⁴ Noile tarife nu vor acoperi cheltuielile cu personalul finanțat din bugetul Ministerului Sănătății: medici rezidenți, personalul UPU/ CPU, personalul din activitățile de cercetare etc.

¹⁵ În realitate, în cazul serviciilor de spitalizare de zi nou reglementate în anii 2023 și 2024 (de exemplu, serviciile grupate de investigații, evaluare și diagnostic al afecțiunilor oncologice: secțiunile B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 a normelor metodologice ale contractului-cadru, aprobat prin OMS/OCNAS nr. 1.857/441/2023) ar putea să nu fie actualizate cu coeficientul de majorare recomandat deoarece tarifele lor au fost calculate recent luând în considerare deopotrivă costurile spitalelor publice și private. CNAS va decide care sunt serviciile respective.

¹⁶ După cum a fost menționat în prima secțiune, Institutul Național de Statistică publică indicii ai prețurilor medicamentelor și serviciilor medicale în cadrul indicatorului IPC102E - Indicii prețurilor de consum pe principalele mărfuri și servicii - evoluția lunară față de luna corespunzătoare din anul precedent.

Cele două scenarii diferă prin valorile noilor tarife. Noile tarife utilizate în cele două scenarii sunt redate în Tabelul 7 și Tabelul 8.

Acestea au fost determinate astfel:

- În scenariul 1 tarifele pe caz ponderat în spitalizare continuă acuti și coeficienții de multiplicare ai tarifelor pentru ziua de spitalizare cronici și serviciu de spitalizare de zi sunt derivați din tarifele ajustate pentru anul 2024 și actualizate cu suplimentarea transferurilor pentru influențe salariale în anul 2025. Acestea din urmă au crescut cu 9% față de anul 2024, rezultând într-o creștere generală de 5% a tarifului median ajustat calculat pentru anul 2024.
- Scenariul 1 presupune că în anii 2025 și 2026 nu vor mai fi acordate creșteri salariale personalului din spitalele publice.
- În scenariul 2, care are în vedere o minimizare a impactului bugetar, noile tarife propuse sunt rotunjite, mai apropiate de tarifele ajustate constatate în anul 2024 și, la spitalizare continuă acuti, reflectă ierarhia categoriilor de competență.

Tabelul 7 – Valorile de referință ale noilor tarife pentru spitalizare continuă acuti în scenariile simulate, pe categorii de competență

Categorie de competență	Mediana TCP ajustat 2024	Scenariul 1 – TCP de referință în primul an de implementare	Scenariul 2 – TCP de referință în primul an de implementare	Scenariul 1 – TCP de referință în primul an de implementare	Scenariul 2 – TCP de referință în primul an de implementare
I	4.871	5.128	4.500	108%	83%
I M	4.027	4.239	4.300	103%	106%
II	4.094	4.310	4.200	132%	127%
II M	3.772	3.970	4.100	117%	124%
III	4.010	4.221	4.100	143%	136%
IV	4.252	4.475	4.000	162%	134%
V	3.792	3.992	4.000	141%	141%

Tabelul 8 – Coeficienții de multiplicare a tarifelor actuale pentru servicii de spitalizare continuă cronici și spitalizare de zi în scenariile simulate

	Raport median între tarif ajustat vs. tarif Co-Ca mediu 2024	Scenariul 1	Scenariul 2
Coeficientul de majorare a tarifelor pe zi de spitalizare pentru pacienți cronici	2,37	2,50	2,30
Coeficientul de majorare a tarifelor pe serviciu de spitalizare de zi	2,36	2,48	2,00

Notă: În ceea ce privește tarifele serviciilor de spitalizare de zi, coeficientul utilizat în scenariile 1 și 2 se referă la o majorare medie. În practică, unele din trife vor fi majorate la cu valoarea indicată de coeficient, altele cu mai mult, iar altele cu mai puțin. Obiectivul majorării selective este ca valoare revizuită să nu depășească prețul serviciilor respective în sectorul privat. Această analiză diferențiată nu a putut fi efectuată în cazul acestui raport din lipsa datelor de consum pe fiecare serviciu de spitalizare de zi.

Impactul bugetar calculat pentru ambele scenarii presupune menținerea volumului și mixului de servicii în toate unitățile sanitare din eșantion. În scenariul 1, rezultatele constatate au fost:

- Impactul bugetar cumulat al trecerii la noile tarife în unitățile sanitare din eșantion, în condițiile expuse în alineatele anterioare, este de 4,5 mld. lei în primul an de implementare. Valoarea reprezintă 13,5% din creditele bugetare aprobate în bugetul FNUASS în anul 2025 pentru servicii spitalicești și transferuri pentru influențe salariale.
- Din impactul total, 43% provine din spitalizare continuă acuti, 20% din spitalizare continuă cronici și 37% din spitalizare de zi (Tabelul 9). Din punct de vedere al formei de proprietate, 45% din impact este generat de spitalele publice, iar restul de spitalele private.
- La spitalele publice, cea mai mare contribuție o are spitalizarea continuă acuti, cu peste jumătate din impactul total. Ea provine de la unitățile sanitare al căror tarif ajustat a fost mai mic în anul 2024 decât noul tarif și care au beneficiat de o creștere a tarifelor ajustate de până la 10%. Pe categorii de competență, cel mai mare impact în spitalizare continuă acuti îl au unitățile de categoria III (26%), II (21%) și IV (17,5%).
- Impactul provenit din spitalizare continuă cronici este egal cu cel din spitalizare de zi, în concordanță cu încasările din cele două tipuri de servicii (Tabelul 9 și Tabelul 5).
- În spitalizare continuă cronici, cea mai mare contribuție la impact o au unitățile de categoria V, iar în spitalizare de zi cele de categoria IM.
- La spitalele private aproape jumătate din impactul bugetar provine din spitalizare de zi, care, pentru acestea, este cel mai important tip de servicii spitalicești rambursate din FNUASS. Urmează spitalizarea continuă acuti (33%) și spitalizarea continuă cronici (18%).
- În spitalizare continuă acuti, spitalele private din categoriile de competență IV și V beneficiază de o majorare a tarifelor cu 168% și, respectiv, cu 152%.
- Toate spitalele private beneficiază de majorări ale veniturilor în scenariul 1.
- Dintre spitalele publice, niciunul nu pierde venituri, chiar și dacă tarifele ajustate pentru anul 2024 sunt mai mari decât noile tarife. În plus, 215 de unități încasează

venituri mai mari din spitalizare continuă acuți (din 318 cu impact calculat), 179 de unități din spitalizare continuă cronici (din 293) și 195 de unități din spitalizare de zi (din 319). În ansamblu, trei sferturi din spitalele publice beneficiază de încasări suplimentare din noile tarife.

Tabelul 9 – Impactul bugetar in scenariul 1

	publică	privată	total
impact bugetar modificare tarife spitale (mld. lei)	2,02	2,50	4,52
impact bugetar modificare TCP (mld. lei)	1,11	0,83	1,93
impact bugetar modificare tarif zi cronici (mld. lei)	0,46	0,45	0,91
impact bugetar modificare tarif SZ (mld. lei)	0,46	1,22	1,68
număr spitale cu impact pozitiv SC acuți	215	78	293
număr spitale cu impact neutru SC acuți	103		103
număr spitale cu impact pozitiv SC cronici	179	93	272
număr spitale cu impact neutru SC cronici	114		114
număr spitale cu impact pozitiv SZ	195	297	492
număr spitale cu impact neutru SZ	124		124

- În scenariul 2, impactul bugetar cumulat al trecerii la noile tarife în unitățile sanitare din eșantion, în condițiile expuse în alineatele anterioare, este de 3,1 mld. lei în primul an de implementare. Valoarea reprezintă 9% din creditele bugetare aprobate în bugetul FNUASS în anul 2025 pentru servicii spitalicești și transferuri pentru influențe salariale.
 - Din impactul total, 51% provine din spitalizare continuă acuți, 20% din spitalizare continuă cronici și 29% din spitalizare de zi (Tabelul 10).
 - Din punct de vedere al formei de proprietate, 37% din impact este generat de spitalele publice, iar restul de spitalele private.
 - La spitalele publice, cea mai mare contribuție o are spitalizarea continuă acuți, cu aproape 3/4 din impactul total. Ea provine de la unitățile sanitare al căror tarif ajustat a fost mai mic în anul 2024 decât noul tarif și care au beneficiat de o creștere a tarifelor ajustate de până la 10%.
- Pe categorii de competență, cel mai mare impact în spitalizare continuă acuți îl au unitățile de categoria III (25%), II (23%) și IM (18%).
- Spitalele publice de categoria IV contribuie cu numai 9% la impact, deoarece nivelul noului tarif este mai mic decât al tariful ajustat median din anul 2024.

- Impactul provenit din spitalizare continuă cronică este egal cu cel din spitalizare de zi, în concordanță cu încasările din cele două tipuri de servicii (Tabelul 10 și Tabelul 5).
- În spitalizare continuă cronică, cea mai mare contribuție la impact o au unitățile de categoria V, iar în spitalizare de zi cele de categoria IM.
- La spitalele private, 41% din impactul bugetar provine din spitalizare de zi, care, pentru acestea, este cel mai important tip de servicii spitalicești rambursate din FNUASS. Urmează spitalizarea continuă acută (39%) și spitalizarea continuă cronică (20%).
- În spitalizare continuă acută, unitățile private din categoriile de competență IV și V beneficiază de o majorare a tarifelor cu 140% și, respectiv, cu 153%.
- Toate spitalele private beneficiază de majorări ale veniturilor în scenariul 2.
- Dintre spitalele publice, niciunul nu pierde venituri față de 2025, chiar și dacă tarifele ajustate pentru anul 2024 sunt mai mari decât noile tarife. În plus, 167 de unități încasează venituri mai mari din spitalizare continuă acută (din 318 cu impact calculat), 123 de unități din spitalizare continuă cronică (din 293) și 43 de unități din spitalizare de zi (din 319). În ansamblu, 60% din spitalele publice beneficiază de încasări suplimentare din noile tarife.

Tabelul 10 - Impactul bugetar în scenariul 2

	publică	privată	total
impact bugetar modificare tarife spitale (mld. lei)	1,17	1,97	3,14
impact bugetar modificare TCP (mld. lei)	0,85	0,76	1,61
impact bugetar modificare tarif zi cronici (mld. lei)	0,24	0,39	0,63
impact bugetar modificare tarif SZ (mld. lei)	0,07	0,82	0,90
număr spitale cu impact pozitiv SC acută	167	78	245
număr spitale cu impact neutru SC acută	151		151
număr spitale cu impact pozitiv SC cronici	123	93	216
număr spitale cu impact neutru SC cronici	170		170
număr spitale cu impact pozitiv SZ	43	297	340
număr spitale cu impact neutru SZ	276		276

Concluzii

În perioada 2018 – 2024, cheltuielile Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) cu serviciile de sănătate a crescut cu 108% în prețuri curente și cu 37% în prețuri constante (în termeni reali). Drept urmare ponderea a în PIB a acestora a urcat de la 3,5% la 3,9%. În cadrul cheltuielilor FNUASS, serviciile spitalicești au cea mai mare pondere, în anul 2024 fiindu-le alocate 46% din totalul plăților.

Sumele alocate din FNUASS serviciilor spitalicești sunt alcătuite din (i) plăți pentru servicii, în baza tarifelor, și (ii) transferuri acordate spitalelor publice pentru acoperirea costurilor generate de majorările salariale acordate personalului propriu începând cu anul 2016 („transferuri pentru influențe salariale”). Transferurile servesc indirect furnizării serviciilor de spitalizare continuă și spitalizare de zi în spitalele publice. În anul 2024, valoarea plăților pentru servicii a fost de 16 mld. lei, iar cea a „transferurilor pentru influențe salariale” de 15,5 mld. lei. În anul 2025, în cadrul cheltuielilor FNUASS cu servicii spitalicești ponderea sumelor destinate cheltuielilor de personal ale spitalelor publice o depășește pe cea aferentă serviciilor. Drept consecință, Casa Națională de Asigurări de Sănătate plătește spitalele publice mai mult pentru salarii decât pentru servicii.

Pentru a analiza structura sumelor alocate pentru servicii spitalicești din FNUASS, a estima efectele acestora și a emite recomandări, echipa de proiect a selectat 709 de unități sanitare publice și private care au contractat servicii de spitalizare continuă și/ sau spitalizare de zi cu casele de asigurări de sănătate în anul 2024. Din eșantion au fost excluse spitalele administrate de Ministerul Apărării Naționale, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Justiției, Administrația Națională a Penitenciarelor și Serviciul Român de Informații. Dintre spitalele selectate, 353 au fost publice și 356 private. Toate analizele statistice efectuate în raport s-ar raportat la spitalele din eșantion și la datele statistice disponibile public.

În anul 2024, casele de asigurări de sănătate au contractat cu cele 709 de spitale din eșantion 121 de mii de paturi, din care 72% pentru spitalizare continuă acută, 20% pentru spitalizare continuă cronică și restul pentru spitalizare de zi. Paturile contractate au fost preponderent alocate spitalelor publice: 96% dintre cele pentru spitalizare continuă acută, 90% dintre cele pentru spitalizare continuă cronică și 76% dintre cele pentru spitalizare de zi. Volumul de servicii furnizate de spitalele din eșantion a inclus (i) 3,27 milioane de cazuri de pacienți acută, dintre care 95% în spitale publice, (ii) 390 de cazuri de pacienți cronici, din care 85% în spitale publice, și (iii) 6,3 milioane de servicii de spitalizare de zi, din care 79% spitalele publice. Așadar, spitalizarea de zi se remarcă drept tipul de servicii cu cea mai mare participare a spitalelor private.

Unitățile sanitare din eșantion au încasat din FNUASS 28 de mld. lei, egal distribuiți între plăți pentru servicii și subvenții pentru influențe salariale. Din totalul încasat pentru servicii, 85% din fonduri au fost încasate de spitalele publice, iar 15% de spitalele private. Pe tipuri de servicii distribuția public-privat a variat: spitalele publice au primit 94,4% din total în spitalizare continuă acută, 83,5% în spitalizare continuă cronică și 63,7% în spitalizare de zi. Spitalele private au încasat cele mai mari sume din servicii în spitalizare de zi. De transferurile pentru influențe salariale au beneficiat numai spitale publice. În ansamblu, după alăturarea plăților pentru servicii și pentru influențe salariale, sumele care au revenit spitalelor publice în anul 2024 au reprezentat 94% din totalul alocat din FNUASS serviciilor spitalicești.

Mecanismele actuale de finanțare a servicii spitalicești au două deficiențe majore. În primul rând, tarifele pe servicii sunt subdimensionate și nu acoperă costurile furnizorilor.

În al doilea rând, metodele pentru acoperirea diferenței dintre costuri și tarif conduc la :

- (i) ineficiență: spitalele publice primesc subvenții pentru influențe salariale de la FNUASS indiferent de volumul activității pe care o prestează, ceea ce le permite să mențină nemodificate schemele de personal chiar și atunci când gradul de ocupare a paturilor este suboptim;
- (ii) diminuarea motivației spitalelor publice de a-și optimiza funcționarea: în condițiile în care subvențiile pentru influențe salariale au ajuns să acopere majoritatea cheltuielilor de personal, mai ales în cazul spitalelor de categorie IIM, II, IV și V (Figura 8), acestea nu mai sunt motivate să urmărească eficientizarea activității proprii;
- (iii) inechitate între furnizori și față de asigurați: pe de o parte spitalele publice sunt de peste 2 ori mai bine remunerate din FNUASS decât cele private pentru aceleași servicii prestate; pe de altă parte, spitalele private percep contribuții personale de la pacienți. Deși contribuția personală a lărgit accesul pacienților la servicii medicale cu spitalizare continuă în unități sanitare private, nivelul actual este, în unele cazuri, prohibitiv pentru mulți dintre aceștia;
- (iv) periclitarea sustenabilității bugetare a FNUASS – orice majorare a remunerației personalului spitalelor publice determină suplimentarea transferurilor pentru influențe salariale, deturnând resurse ce ar putea fi alocate altor destinații (cost de oportunitate).

Așadar, în prezent, finanțarea totală din FNUASS a serviciilor spitalicești nu mai reflectă exclusiv activitatea medicală a furnizorilor, iar plata pentru servicii nu mai reprezintă principala sursă de finanțare a spitalelor publice. Acoperirea a peste 60% din cheltuieli de personal ale spitalelor publice din subvențiile pentru influențe salariale primite de la FNUASS poate încuraja o pasivitate a acestora față de propria ineficiență și față de nevoile în schimbare ale sistemului de sănătate și ale pacienților.

Recomandări

Continuarea status-quo-ului riscă să amplifice deficiențele sus-menționate și să decupleze activitatea spitalelor publice de la obiectivele naționale în domeniul sănătății, de la tendințele epidemiologice și de la preferințele pacienților din ariile geografice deservite. În consecință, se impune nevoia unei reforme a finanțării serviciilor spitalicești din sistemul de asigurări sociale de sănătate. Având în vedere că problemele principale ale multor unități sanitare sunt lipsa de adresabilitate și ineficiența, scopul ei este de a le determina să își adapteze oferta de servicii la prioritățile naționale și cererea locală și să își optimizeze structura costurilor. Ca urmare a reformei, finanțarea spitalelor publice din FNUASS va fi bazată exclusiv pe serviciile furnizate, la niveluri tarifare care să integreze costurile curente cu personalul¹⁷, bunurile și serviciile.

Noul mecanism de finanțare a spitalizării continue și de zi va favoriza unitățile sanitare cu adresabilitate, dar le va penaliza pe cele care au deja un grad de ocupare suboptim și nu reușesc să crească numărul serviciilor. În cadrul celor dintâi, noile tarife vor expune vulnerabilitatea compartimentelor cu grad mic de ocupare, iar între cele din urmă întregul model de funcționare. Confruntate cu scăderea veniturilor, spitalele publice afectate vor trebui să se reorganizeze, să caute câștiguri de eficiență și să își adapteze oferta de servicii la obiectivele naționale în domeniu și la tendințele epidemiologice ale populației deservite. Printre cele mai probabile măsuri, enumerăm:

- transferul paturilor contractabile și al personalului din secțiile cu grad mic de ocupare în cele căutate de pacienți;
- contractarea noilor servicii incluse în pachet de servicii de bază și în programele naționale de sănătate, de exemplu, cele de investigații, diagnostic, tratament și monitorizare a afecțiunilor oncologice;
- reprofilarea pentru îngrijiri de lungă durată: îngrijiri post-acute, cronici, paliative, recuperare, geriatrie;
- reprofilarea pentru servicii în ambulatoriu și spitalizare de zi;
- asocierea cu alte unități sanitare pentru a realiza în comun achiziții publice și anumite activități administrative.

Măsurile pe care le pot lua spitalele publice pentru transforma reforma finanțării într-o oportunitate trebuie să facă parte dintr-un plan comprehensiv, care să anticipeze probleme și să ofere soluții pentru informarea și redirecționarea pacienților, relocarea personalului,

¹⁷ Noile tarife nu vor acoperi cheltuielile cu personalul finanțat din bugetul Ministerului Sănătății: medici rezidenți, personalul UPU/ CPU, personalul din activitățile de cercetare etc.

specializarea personalului existent, atragerea de nou personal specializat, acreditări și certificări obligatorii, investiții în dotări și imobile etc.

În ceea ce privește spitalele private, noile tarife majorate trebuie să ducă la scăderea contribuțiilor personale solicitate pacienților. Concomitent, regulile actuale existente privind stabilirea și comunicarea valorii contribuției personale trebuie menținute, astfel încât pacienții să decidă în cunoștință de cauză.

În sprijinul reformei finanțării serviciilor spitalicești a fost elaborată o propunere de reformă, care include noi tarife, condiții de tranziție și estimarea impactului bugetar. Propunerile prezentate au drept obiective specifice (i) includerea actualelor sume reprezentând „transferuri pentru influențe salariale” (14,8 mld. lei în anul 2024 pentru cele 353 de spitale publice incluse în eșantion) în tarifele pentru spitalizare continuă acută, cronici și spitalizare de zi și (ii) generalizarea acestora la nivelul tuturor furnizorilor contractați de casele de asigurări de sănătate, indiferent de forma de proprietate publică sau privată. După primul an de implementare, se recomandă actualizarea periodică a tarifelor cu variația anuală a indicelui prețurilor serviciilor medicale, calculat de Institutul Național de Statistică.

Metodologia de calcul al noilor tarife a fost descrisă în detaliu în secțiunea „

Propunere pentru integrarea transferurilor pentru influențe salariale în tarifele pentru servicii spitalicești”. Aceasta a constat din trei etape principale, respectiv:

1. Distribuția veniturilor pentru influențe salariale pe tipuri de servicii spitalicești – spitalizare continuă acută, cronici și spitalizare de zi – la nivel de unitate sanitară publică.
2. Calcularea tarifelor ajustate pentru servicii spitalicești în spitalele publice, după includerea veniturilor din subvenții pentru influențe salariale aferente anului 2024.
3. Stabilirea unor noi tarife pentru fiecare tip de serviciu spitalicesc și a unor reguli de tranziție a tuturor spitalelor publice și private la acestea. Noile tarife au fost determinate în baza rezultatelor etapei nr. 2, ținând cont de impactul bugetar potențial.

Veniturile pentru influențe salariale au fost distribuite pe tipuri de servicii direct proporțional cu încasările deja realizate din tarife pentru respectivele servicii în anul 2024. Drept rezultat, pentru fiecare spital public a fost calculat un câte un tarif ajustat (i) pe caz ponderat în spitalizare continuă acută, (ii) pe zi de spitalizare pentru pacienți cronici și pe (iii) serviciu de spitalizare de zi. Tarifele ajustate au fost mai mari decât cele contractate, potrivit contractului-cadru, cu 127% pentru spitalizare continuă acută, 137% pentru spitalizare continuă cronici și 136% pentru spitalizare de zi. Au fost elaborate două scenarii de tarife, care au servit la estimarea impactului bugetar. Ele au fost dimensionate pentru a reflecta limitele maximă și minimă ale impactului bugetar anticipat. În scenariul 1 tarifele pe caz ponderat în spitalizare continuă acută și coeficienții de multiplicare ai tarifelor pentru ziua de spitalizare cronici și serviciu de spitalizare de zi au fost derivați din tarifele ajustate calculate pentru anul 2024 și

actualizate cu suplimentarea transferurilor pentru influențe salariale în anul 2025 (+5%). În scenariul 2, care are în vedere minimizarea impactului bugetar, noile tarife propuse au fost rotunjite, mai apropiate de tarifele ajustate constatate în anul 2024 și – la spitalizare continuă acută – au reflectat ierarhia categoriilor de competență. Impactul bugetar calculat pentru ambele scenarii a presupus menținerea volumului și mixului de servicii în toate unitățile sanitare din eșantion. În ambele scenarii, regulile de tranziție nu au permis niciunei spital public să piardă venituri în condițiile în care își menține volumul și mixul de servicii din anul 2024.

În scenariul 1, impactul bugetar cumulat al trecerii la noile tarife în cele 709 de unități sanitare din eșantion de 4,5 mld. lei în primul an de implementare, respectiv 2026. Valoarea reprezintă 13,5% din creditele bugetare aprobate în bugetul FNUASS în anul 2025 pentru servicii spitalicești și transferuri pentru influențe salariale. Din impactul total, 43% provine din spitalizare continuă acută, 20% din spitalizare continuă cronică și 37% din spitalizare de zi. Din punct de vedere al formei de proprietate, 45% din impact este generat de spitalele publice, iar restul de spitalele private. Spitalele publice beneficiază cel mai mult din spitalizare continuă acută, iar cele privat din spitalizare de zi.

În scenariul 2, impactul bugetar cumulat al trecerii la noile tarife în unitățile sanitare din eșantion este de 3,1 mld. lei în primul an de implementare, i.e. 2026. Valoarea reprezintă 9% din creditele bugetare aprobate în bugetul FNUASS în anul 2025 pentru servicii spitalicești și transferuri pentru influențe salariale. Din impactul total, 51% provine din spitalizare continuă acută, 20% din spitalizare continuă cronică și 29% din spitalizare de zi. Din punct de vedere al formei de proprietate, 37% din impact este generat de spitalele publice, iar restul de spitalele private. Și în acest scenariu, spitalele publice beneficiază cel mai mult din spitalizare continuă acută, iar cele privat din spitalizare de zi. În ambele scenarii, impactul poate fi diminuat din anul 2 dacă tarifele contractate cu spitalele publice care în 2024 au înregistrat tarife ajustate mai mari decât noile tarife sunt diminuate treptat către acestea din urmă.

Reforma finanțării serviciilor spitalicești va impune costuri suplimentare asupra FNUASS pe termen scurt, în principal ca urmare a majorării tarifelor plătite spitalelor private. Pe termen mediu și lung, însă, ea va contribui la creșterea eficienței în spitalele publice și a accesului asiguraților la servicii în spitale private. Deși nu va genera economii bugetare, reforma va permite controlul creșterii cheltuielilor FNUASS și va aduce mai multă valoare pentru fondurile alocate: spitalele publice își vor concentra activitatea pe specialitățile cu adresabilitate suficientă și se vor reorganiza, adaptându-și oferta la serviciile prioritizate de autoritățile naționale și la așteptările pacienților.

Pentru a-și materializa potențialul, reforma finanțării trebuie sincronizată cu alte măsuri legate de contractarea serviciilor și managementul spitalelor publice. Acestea vor trebui reglementate

fie de Ministerul Sănătății, fie de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, fie de către Guvern, fie de Parlament. Printre cele mai importante se numără:

1. Reorganizarea unităților sanitare cu cerere în scădere trebuie realizată în acord cu tendințele epidemiologice și demografice specifice zonei deservite. Toate spitalele publice pentru care gradul de ocupare a paturilor contractate pentru spitalizare continuă este mai mic decât mediana națională trebuie să efectueze o analiză riguroasă a activității curente și a gamei de servicii oferite. În situațiile în care nu pot fi identificate soluții viabile de eficientizare și adaptare a serviciilor la nevoile reale ale populației, aceste unități trebuie să fie reorganizate în ambulatorii de specialitate, centre de spitalizare de zi sau în spitale pentru pacienți cronici și paliativi, pentru îngrijiri post-acute și/ sau recuperare, astfel încât resursele disponibile să fie utilizate optim, în beneficiul sistemului de sănătate și al pacienților. Acest proces trebuie inițiat și condus de unitățile sanitare și sprijin metodologic și investițional de Ministerul Sănătății.
2. Planificarea investițiilor necesare unităților sanitare care se reorganizează și acordarea sprijinului financiar al Ministerului Sănătății potrivit obiectivelor prevăzute. Finanțarea planurilor de reorganizare a unităților sanitare trebuie să devină un criteriu de prioritizare al alocărilor pentru investiții din bugetul Ministerului Sănătății, din Programul Sănătate și din Programului național de investiții în infrastructura unităților spitalicești¹⁸.
3. Crearea cadrului de reglementare care să sprijine realocarea resurselor umane în spitalele publice care își reorganizează capacitățile subutilizate - integral sau anumite specialități. De exemplu, el ar trebui să permită, ca parte a reorganizării, transferul medicilor către alte unități sanitare din aceeași regiune, redistribuirea lor către ambulatorii integrate sau menținerea pe secții, cu redefinirea atribuțiilor și a ariei de activitate. Spitalele publice în curs de reorganizare ar trebui să sprijine financiar medicii proprii care frecventează cursuri pentru supra-specializare, noi competențe sau noi specialități, cu condiția continuării activității în unitățile sanitare respective. Cheltuielile respective ar fi trebui suportate parțial de Ministerul Sănătății. De asemenea, este esențial ca personalul mediu să poată fi redistribuit către alte secții din cadrul spitalului respectiv sau către alte spitale publice, în funcție de nevoile reale ale pacienților și de dinamica activității medicale. Aceste măsuri ar facilita adaptarea structurii de personal la noile forme de organizare (spital de cronici, spitalizare de zi,

¹⁸ Aprobat prin O.U.G. nr. 29/2024 pentru aprobarea Programului național de investiții în infrastructura unităților spitalicești și pentru abrogarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 55/2023 privind unele măsuri pentru implementarea proiectelor de infrastructură publică de sănătate cu finanțare din fonduri externe nerambursabile în cadrul Programului Sănătate și din împrumuturi contractate cu instituțiile financiare internaționale.

ambulatoriu), contribuind la eficientizarea utilizării fondurilor publice și la creșterea calității actului medical.

4. Renunțarea (la) sau restructurarea normativelor de personal, având în vedere că plățile de la FNUASS vor fi dimensionate exclusiv în funcție de serviciile furnizate, nu și de numărul personalului salariat. Normativele trebuie referențiate la volumul serviciilor furnizate istoric și la necesarul minim pentru situații de urgență epidemiologică, unde este cazul. Drept urmare, unitățile sanitare publice vor avea flexibilitate să își dimensioneze personalul în funcție de activitatea realizată și de veniturile încasate.
5. Flexibilizarea managementului personalului prin eliminarea contractelor de muncă pe secții și transformarea lor în contracte pe unitate sanitară. În acest fel, unitățile sanitare vor putea să realoce personalul mediu din compartimentele cu activitate redusă către specialitățile prioritare sau adresabilitate ridicată, cu asigurarea competențelor necesare.
6. Stabilirea de indicatori de evaluare a personalului medical în funcție de volumul de activitate realizat, ținând cont de specialitate, tipul serviciilor posibil a fi furnizate de unitatea sanitară, morbiditatea spitalizată etc.
7. Reducerea numărului paturilor contractabile pentru pacienți acuți, având în vedere că aproape jumătate din ele stau neutilizate. Casele de asigurări de sănătate ar trebui să contracteze mai puține paturi în unitățile sanitare și specialitățile cu grad redus de ocupare, fără a coborî sub niveluri necesare răspunsului adecvat la situații de urgență epidemiologică, după caz. În acest fel, ele vor determina unitățile sanitare să se reorganizeze și să își crească eficiența.
8. Descentralizarea și flexibilizarea modului de stabilire a necesarului de paturi de spitalizare continuă, cu posibilitatea adaptării în dinamică, în funcție de activitatea și indicatorii realizați de fiecare unitate sanitară.
9. Renunțarea la procentul de referință „p” în contractarea serviciilor de spitalizare continuă acuți. Eliminarea „p” va permite unităților sanitare să utilizeze mai intensiv paturile contractate cu casele de asigurări de sănătate și, în asociere cu alte măsuri, să reducă capacitatea excedentară sau să o realoce către specialitățile cu adresabilitate. Modificarea modului de stabilire a valorii de contract pentru servicii spitalicești, care să ia în calcul, pe lângă capacitatea de îngrijiri, realizările din contractele anterioare.
10. Excluderea din Planul național de paturi a acelor specialități prioritare pentru îngrijiri de lungă durată, de exemplu, recuperare-reabilitare, geriatria etc. Această măsură va încuraja unitățile sanitare să investească și să crească oferta de servicii.
11. Stabilirea și publicarea indicatorilor de evaluare a unităților sanitare cu paturi în funcție de indici obiectivi care să măsoare eficiența și nivelul de utilizare a resurselor

(populația deservită, prevalența patologiilor, posibilitatea de diagnostic și tratament, activitatea curentă și istorică, atât sub aspect calitativ, cât și cantitativ, pe baza unor definiții stabilite la nivel național). Evaluarea unităților sanitare în funcție de acești indicatori, cu publicarea rezultatelor și a modului în care au fost folosite sumele decontate.

12. Încurajarea spitalelor publice să își diversifice sursele de finanțare, spre exemplu cele provenite din asigurări voluntare de sănătate de tip suplimentar.
13. Calcularea periodică a costurilor reale ale serviciilor de spitalizare continuă și de zi. „Metodologia unitară de calculare a costurilor serviciilor spitalicești la nivel de caz/pacient în spitalizare continuă”, elaborată în cadrul proiectului Capesscost trebuie implementată și utilizată pentru a stabili tarifele serviciilor spitalicești din contractul-cadru. Numai astfel li se vor deconta unităților sanitare servicii la niveluri apropiate de costurile reale, asigurându-li-se sustenabilitatea financiară pe termen lung.
14. Colectarea de către CNAS de date din decontul de cheltuieli al pacientului care beneficiază de îngrijiri în spitale private¹⁹, astfel încât să dețină și să utilizeze pentru analize o bază de date cu informații despre contribuțiile personale achitate și structura costurilor cazurilor rezolvate.
15. Reglementarea și dezvoltarea capacității de audit clinic a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, astfel încât să fie diminuată practica supracodificării cazurilor de spitalizare continuă acuți și irosirea resurselor limitate al FNUASS.
16. Ajustarea clasificăției bugetare a cheltuielilor Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate astfel încât serviciile spitalicești să fie reflectate distinct între servicii de spitalizare continuă și servicii de spitalizare de zi.

Stabilirea valorilor concrete ale noilor tarife și a mecanismelor de tranziție va fi făcută de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de Ministerul Sănătății. Principalele variabile care influențează impactul bugetar sunt: valoarea tarifelor, procentul din noile tarife acordat spitalelor private, ritmul în care spitalele publice cu tarife ajustate mai mici pot egala noile tarife. Autoritățile vor putea ajusta aceste variabile pentru a sincroniza impactul bugetar cu disponibilitățile de finanțare din FNUASS. În concluzie, implementarea acestei reforme financiare este esențială pentru modernizarea și eficientizarea sistemului de sănătate românesc, asigurând o utilizare responsabilă și strategică a fondurilor publice, simultan cu îmbunătățirea semnificativă a accesului și calității serviciilor medicale oferite pacienților.

¹⁹ Formularul decontului de cheltuieli este prevăzut în anexa nr. 23E a normelor metodologice ale Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate (OMS/ OCNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare).

Analiză activității și a numărului de paturi contractate de CNAS în spitalele din România

În 2022, conform Eurostat, România înregistra un număr total de 138.618 paturi de spital disponibile, dintre care 105.241 erau destinate spitalizării continue și de zi pentru afecțiuni acute (ACUȚI). Restul erau alocate secțiilor pentru afecțiuni cronice (CRONICI), îngrijire de lungă durată, reabilitare și paliativă (PALIATIVĂ).

Cu o medie de 727 paturi de spital la 100.000 de locuitori, România depășește considerabil media Uniunii Europene (UE), care este de aproximativ 516,3 paturi la 100.000 de locuitori. Țara noastră ocupă astfel locul 3 în UE în ceea ce privește numărul de paturi de spital, fiind devansată doar de Bulgaria (824 paturi/100.000 locuitori) și Germania (766 paturi/100.000 locuitori).

Sisteme similare, orientate către îngrijirea de nivel terțiar și spitalizare extinsă, se regăsesc în mai multe state foste comuniste, precum Polonia (630 paturi/100.000 locuitori), Ungaria (665), Cehia (654), dar și în Austria (672).

Pe de altă parte, Franța, un stat cu un sistem de sănătate avansat și bine organizat, înregistrează 549,9 paturi la 100.000 de locuitori, cu aproximativ 25% mai puțin decât România.

Această diferență sugerează o mai mare orientare a Franței către îngrijirea în afara spitalelor și utilizarea eficientă a resurselor medicale, păstrând totuși o capacitate semnificativă de spitalizare.

În Italia, sistemul medical este structurat diferit, având doar 308,5 paturi la 100.000 de locuitori, adică de peste două ori mai puține decât în România. Această realitate reflectă o strategie bazată mai mult pe consultații ambulatorii și spitale de zi, reducând astfel necesitatea unei capacități mari de internare. Dezavantajele acestui model au devenit vizibile însă în timpul pandemiei COVID-19.

La polul opus, Suedia, una dintre țările cu cele mai reduse rate de spitalizare din UE, dispune de doar 189,9 paturi la 100.000 de locuitori. Această valoare este de aproape patru ori mai mică decât cea a României, reflectând un model de îngrijire complet diferit, în care asistența medicală la domiciliu și centrele comunitare joacă un rol esențial în gestionarea sănătății populației.

Reducerea numărului de paturi de spital a fost un obiectiv constant al strategiilor de sănătate din România, însă progresele în această direcție au fost limitate.

Singura excepție notabilă a fost anul 2012, când un număr semnificativ de spitale a fost închis, declanșând o imensă nemulțumire în rândul populației. În ciuda acestei măsuri drastice, în anii următori nu au fost implementate reforme consistente care să continue reducerea numărului de

paturi într-un mod sustenabil. Astfel, sistemul sanitar a rămas puternic centrat pe îngrijirea spitalicească, fără a dezvolta suficient alternativele necesare, cum ar fi îngrijirea ambulatorie, centrele de recuperare și serviciile de îngrijire la domiciliu.

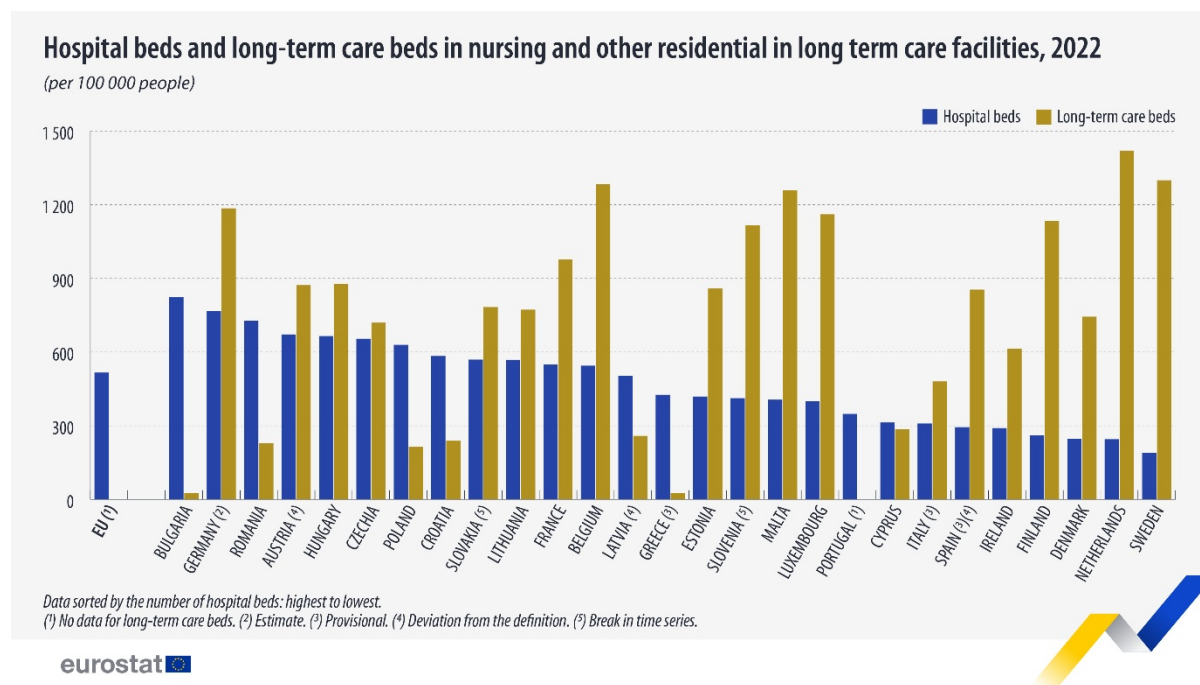
Dacă serviciile ambulatorii sunt într-o continuă dezvoltare atât la nivelul spitalelor publice cât mai ales prin inițiative private, persistă un deficit major în ceea ce privește paturile destinate îngrijirii pe termen lung în unități specializate din afara spitalelor, cum ar fi centrele de îngrijire pentru vârstnici sau pacienți cu afecțiuni cronice.

Cu doar 105,2 paturi la 100.000 de locuitori, România se află printre ultimele locuri în Uniunea Europeană la acest capitol (Figura 1).

Prin comparație, Germania și Suedia au de aproape două ori mai multe astfel de paturi, ceea ce le permite să gestioneze mai eficient pacienții care necesită îngrijire de lungă durată. În România, lipsa severă de infrastructură pentru îngrijire extra-spitalicească forțează spitalele să preia pacienți care ar trebui să fie tratați în centre specializate.

Astfel, paturile din secțiile de cronici și, uneori, chiar și cele destinate pacienților acuți, sunt utilizate pentru a suplini aceste lipsuri, fiind ocupate de pacienți care nu necesită tratament intensiv, ci mai degrabă asistență și supraveghere medicală continuă.

Figura 1 - Paturi de spital și de îngrijire pe termen lung la nivelul UE în 2022 (EUROSTAT)



Sursă: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_beds#Hospital_beds

Reglementarea și impactul numărului de paturi de spital contractate în România

Nu toate paturile din structura spitalelor, avizată și aprobată de Ministerul Sănătății, sunt contractate de către CNAS. Numărul maxim de paturi pentru care casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale cu spitalele publice și private este stabilit anual, conform art. 167 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, prin hotărâre de guvern. Cea mai recentă reglementare în acest sens este HG nr. 410 din 4 mai 2023, care stabilește Planul Național de Paturi pentru perioada 2023-2025.

Astfel, pentru perioada 2023-2025, numărul total de paturi aprobat la nivel național este de 117.284, după ce, între 2016 și 2022 (conform HG 337/2020), acesta a rămas nemodificat la 119.579. HG 401/2023 a redus acest număr prin eliminarea din limita maximă a paturilor destinate îngrijirilor paliative (PALIAȚIE).

Numărul total de paturi aprobat include:

1. Paturile din secțiile de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute (ACUȚI).
2. Paturile din secțiile de spitalizare continuă pentru afecțiuni cronice (CRONICI) – inclusiv paturile din sanatorii și preventorii.

Numărul total de paturi aprobat NU include:

1. Paturile destinate pacienților aflați în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate.
2. Paturile din penitenciarele-spital.
3. Paturile pentru îngrijiri paliative (PALIAȚIE) – contractate separat de către CNAS fără plafon maxim
4. Paturile pentru spitalizările de ZI (SZ) – contractate separat de către CNAS fără plafon maxim

Detalierea pe județe și pentru municipiul București a numărului total de paturi contractabile este aprobată anual prin ordin al ministrului sănătății. Cel mai recent act normativ este Ordinul nr. 2.033 din 20 iunie 2023, care stabilește numărul total de paturi din unitățile sanitare publice și private pentru care casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești pentru anul 2023, începând cu data de 1 iulie 2023.

Prin acest ordin, numărul total de 117.284 de paturi este distribuit la nivel județean și pentru municipiul București, stabilind numărul maxim de paturi ce pot fi contractate în fiecare dintre acestea.

Procesul de contractare și impactul asupra spitalelor publice și private

În interiorul acestor limite județene, casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu spitalele publice și private prin negociere directă, însă datele referitoare la numărul exact de paturi contractate nu sunt publice. Procesul de negociere se bazează exclusiv pe istoricul de contractare, prioritizând spitalele publice în detrimentul celor private.

Un aspect problematic este că nu există o analiză realizată la nivelul CNAS privind utilizarea paturilor în anul anterior contractării. Astfel, numărul de paturi contractate rămâne aproape constant pentru spitalele publice, care nu au niciun interes să renunțe la paturi, odată contractate.

Pentru spitalele private, contractarea paturilor pentru spitalizare continuă este extrem de dificilă, iar în ultimii cinci ani creșterea numărului de paturi contractate pentru sectorul privat a fost de doar câteva sute.

Importanța numărului de paturi în finanțarea spitalelor

Numărul de paturi contractate joacă un rol esențial în finanțarea spitalelor, fiind unul dintre factorii principali care influențează suma contractată prin sistemul DRG (Diagnosis-Related Groups). Spre exemplu formula de calcul pentru suma contractată pentru spitalizările continue ACUȚI în anul 2025 este următoarea:

Formula 1 Suma contractată pentru spitalizări continue afecțiuni acute în sistem DRG

$$SC_{2025} = p * \frac{Nr_{pat} * IU_{pat}}{DMS_{Spital\ 2024}} * ICM_{norme} * TCP$$

unde:

- **SC₂₀₂₅** – suma contractată pentru spitalizările continue ACUȚI anul 2025
- **p**– procentul de referință ce variază în funcție de categoria spitalului – stabilit prin normele COCA în funcție de OMS nr 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență
- **Nr_{pat}** – numărul de paturi aprobate și contractabile la nivelul spitalului, conform prevederilor Planului Național de Paturi, excluzând paturile din secțiile ATI. Acest număr este stabilit prin negociere directă cu CNAS, bazându-se în principal pe istoricul spitalului și suferind variații minime de la an la an, în special în cazul spitalelor publice.
- **IU_{pat}** – indicele de utilizare a paturilor, o valoare fixă de **290 de zile** pentru secțiile de acuți, conform normelor COCA din 2023.

- **DMS_{Spital 2024}** – durata medie de spitalizare la nivelul spitalului, calculată pentru anul 2024 (anul precedent), determinată ca media aritmetică a numărului de zile de spitalizare pentru toți pacienții externăți
- **TCP** – tariful pe caz ponderat, o valoare fixă stabilită pentru fiecare spital în funcție de clasificarea acestuia, conform normelor COCA
- **ICM_{norme}** – indicele case-mix, care reflectă complexitatea cazurilor tratate. Acesta este calculat ca media aritmetică a valorilor relative DRG ale tuturor cazurilor externate într-un an și are o valoare fixă stabilită prin normele COCA. De la an la an, CNAS poate ajusta acest indice pentru un spital, în funcție de **ICM_{realizat}** în anul precedent

Suma contractată pentru 2025 reprezintă **valoarea maximă pe care un spital o poate deconta de la CNAS pentru serviciile medicale prestate**. La sfârșitul anului 2025, spitalele vor putea deconta doar suma corespunzătoare serviciilor efectiv realizate, însă fără a putea depăși suma contractată pentru acel an, conform formulei de calcul de mai jos:

Formula 2. Suma decontată pentru spitalizări continue afecțiuni acute în sistem DRG

$$\mathbf{Decont}_{2025} = \mathbf{Nr}_{\text{pacienți } 2025} * \mathbf{ICM}_{\text{realizat } 2025} * \mathbf{TCP}$$

Unde:

Decont₂₀₂₅ – suma decontată de către CNAS spitalului pentru spitalizările continue acuți în sistem DRG pentru anul 2025

Nr_{pacienți 2025} – numărul de externări după spitalizări continue acuți realizate de către spital în anul 2025

ICM_{realizat 2025} - indicele de complexitate al cazurilor realizat, calculat ca media aritmetică a valorilor relative DRG ale tuturor cazurilor externate în 2025).

TCP – același tarif pe caz ponderat din formula anterioară, stabilit prin normele COCA

Astfel, conform formulelor de mai sus, spitalului i se stabilește un plafon maxim de decontare a serviciilor = **SC₂₀₂₅**

Astfel, **Decont₂₀₂₅ ≤ SC₂₀₂₅**

Înlocuind cei 2 termeni cu formulele de mai sus rezultă următoarea ecuație:

$$Nr_{pacienți\ 2025} * ICM_{realizat\ 2025} * TCP \leq p * \frac{Nr_{pat} * IU_{pat}}{DMS_{Spital\ 2024}} * ICM_{norme} * TCP$$

Reducând TCP și rearanjând termenii rezultă că:

$$Nr_{pacienți\ 2025} \leq p * IU_{pat} * \frac{Nr_{pat}}{DMS_{Spital\ 2024}} * \frac{ICM_{norme}}{ICM_{realizat\ 2025}} \text{ (ECUAȚIA 1)}$$

Astfel, după cum se poate observa, toți termenii din dreapta ecuației, cu excepția $ICM_{realizat\ 2025}$, sunt valori fixe stabilite de CNAS în normele COCA sau calculate pe baza activității spitalului din anul precedent. Practic, numărul de pacienți pe care un spital îi poate trata și pentru care CNAS decontează serviciile este plafonat superior. Acest număr poate crește doar dacă singura variabilă din ecuație, $ICM_{realizat\ 2025}$, scade, deoarece este invers proporțional.

CNAS impune astfel spitalului un număr maxim de pacienți pe care îl poate trata, iar singura modalitate de a crește numărul pacienților decontați este reducerea complexității cazurilor. În caz contrar, pacienții tratați peste acest plafon nu vor fi decontați, iar cheltuielile aferente vor trebui suportate de spital.

Pentru a simplifica și mai mult ecuația și pentru a o face aplicabilă tuturor spitalelor, este necesar un alt indicator des utilizat în analiza performanței, dar arareori calculat în România: **gradul de ocupare al paturilor**, care se determină conform următoarei formule:

Formula 3. Gradul de ocupare al paturilor

$$Ocupare_{paturi\ 2025} = \frac{Nr_{pacienți\ 2025} * DMS_{Spital\ 2025}}{Nr_{pat} * 365}$$

Unde:

$Nr_{pacienți\ 2025}$ – numărul de externări după spitalizări continue acuți realizate de către spital în anul 2025 – din formula 2

Nr_{pat} – numărul de paturi aprobate și contractabile la nivelul spitalului – din formula 1

$DMS_{Spital\ 2025}$ – durata medie de spitalizare la nivel de spital, calculată în anul 2025 – se calculează ca media aritmetică a numărului de zile de spitalizare ale tuturor pacienților externați în 2025

365 – numărul de zile ale anului 2025

Se poate observa că un spital își poate crește gradul de ocupare al paturilor în 3 situații:

1. Creșterea numărului de pacienți
2. Creșterea Duratei medii de spitalizare – măsură de nedorit, dovadă a lipsei de performanță și care va afecta contractarea în anul ce urmează, fiind invers proporțională cu Suma contractată
3. Reducerea numărului de paturi – măsură necesară în multe din spitalele din România, dar imposibilă în actualele condiții

Rearanjând formula 3, obținem :

$$Nr_{pacienți\ 2025} = \frac{Ocupare_{paturi\ 2025} * Nr_{pat} * 365}{DMS_{Spital\ 2025}}$$

Înlocuind $Nr_{pacienți\ 2025}$ în ECUAȚIA 1, obținem:

$$\frac{Ocupare_{paturi\ 2025} * Nr_{pat} * 365}{DMS_{Spital\ 2025}} \leq p * IU_{pat} * \frac{Nr_{pat}}{DMS_{Spital\ 2024}} * \frac{ICM_{norme}}{ICM_{realizat\ 2025}}$$

Reducând Nr_{pat} și rearanjând termenii, obținem:

$$Ocupare_{paturi\ 2025} \leq \frac{p * IU_{pat}}{365} * \frac{DMS_{Spital\ 2025}}{DMS_{Spital\ 2024}} * \frac{ICM_{norme}}{ICM_{realizat\ 2025}}$$

Având în vedere că $\frac{p * IU_{pat}}{365}$ este o constantă ai căror termeni sunt stabiliți de către CNAS în nomele COCA în funcție de categoria spitalului, pentru simplificare,

fie $C = \frac{p * IU_{pat}}{365}$ (îl putem numi Coeficientul antiperformanță al CNAS)

Astfel ecuația finală devine:

$$Ocupare_{paturi\ 2025} \leq C * \frac{DMS_{Spital\ 2025}}{DMS_{Spital\ 2024}} * \frac{ICM_{norme}}{ICM_{realizat\ 2025}}$$

(ECUAȚIA 2 – Gradul maxim de ocupare cu cazuri decontabile)

Unde valoarea lui C, pe care îl vom denumi „coeficient antiperformanță”, o putem calcula din normele COCA conform tabelului de mai jos:

Tabelul 1 - Calculul Coeficientului antiperformanță al CNAS în funcție de categoria de spital

Categorie spital	p	IU _{pat}	Formulă	C
I	85%	290	$C = \frac{p \cdot IU_{pat}}{365}$	67,53%
IM	81%			64,35%
II	82%			65,15%
IIM	80%			63,56%
III	80%			63,56%
IV	70%			55,61%
V	62%			49,26%
NC (neclasificat)	52%			41,31%

Astfel, prin formula de calcul a sumei contractate, CNAS plafonează artificial Gradul de ocupare al paturilor spitalelor de diferite categorii la valoarea Coeficientului antiperformanță C. Deoarece variabilele care influențează direct această formulă – durata medie de spitalizare (DMS) și indicele de complexitate al cazurilor (ICM) – sunt singurele elemente ce pot fi ajustate de spitale pentru a crește gradul de ocupare cu cazuri decontabile, acestea sunt forțate să aleagă între două opțiuni profund neperformante: fie mențin pacienții internați mai mult timp decât este necesar pentru a încetini fluxul și a evita depășirea plafoanelor, fie reduc complexitatea cazurilor tratate, concentrându-se pe pacienți cu patologii mai puțin severe.

Această abordare contravine principiilor de eficiență și performanță recomandate în managementul sanitar. Studiile internaționale indică faptul că un spital performant trebuie să își scurteze durata medie de spitalizare, să își crească indicele de complexitate al cazurilor tratate și să își mențină gradul de ocupare între 80-85% pentru a asigura utilizarea optimă a resurselor și un flux constant de pacienți. În România, însă, sistemul de finanțare impus de CNAS face imposibilă această performanță, forțând spitalele să rămână într-o zonă de subutilizare controlată, pentru a se încadra în limita sumei contractate.

CNAS impune plafoane de ocupare a paturilor care sunt mult sub nivelul optim: unui spital de categoria I i se permite un grad maxim de ocupare cu cazuri decontabile de doar 67,53%, unui spital de categoria III – 63,56%, iar unui spital de categoria V – doar 49,26%, Valori mult sub nivelul recomandat de 80-85%.

Mai mult, dacă un spital își îmbunătățește performanța, crescând ICM și tratând cazuri mai complexe, este penalizat printr-o scădere a gradului maxim de ocupare decontabil, ceea ce îl obligă fie să refuze pacienți, fie să își suporte costurile suplimentare din fonduri proprii. Spre exemplu, un spital de categoria I cu un grad optim de ocupare de 80% și o creștere a ICM realizat peste valoarea ICM din norme ar trebui să reducă numărul de pacienți tratați, deoarece depășirea pragului de ocupare impus de CNAS ar însemna că serviciile suplimentare nu vor fi decontate. Aceasta nu doar că descurajează excelența medicală, dar creează și un sistem rigid, în care spitalele sunt interesate mai degrabă să își mențină status quo-ul decât să evolueze.

Totodată, dacă un spital își eficientizează procesele și reușește să obțină o durată medie de spitalizare (DMS) mai mică decât în anul precedent, acest progres va conduce implicit la scăderea gradului de ocupare al paturilor. Acest fenomen este vizibil în cadrul analizei de față în special în cazul spitalelor private, care, deși tratează un număr mai mare de pacienți raportat la fiecare pat contractat, înregistrează un DMS redus și, implicit, un grad de ocupare al paturilor mai scăzut comparativ cu spitalele publice.

În aceste condiții, spitalele care au secții cu un grad de ocupare ridicat sunt forțate să mențină, în contrapartidă, alte secții cu grad de ocupare scăzut pentru a echilibra media generală, sau să dețină paturi contractate dar neutilizate, doar pentru a nu pierde finanțarea. Drept consecință, în județe unde infrastructura spitalicească este deficitară și unde spitalele ar trebui să funcționeze la capacitate maximă – precum Giurgiu (257 paturi la 100.000 locuitori) sau Ialomița (311 paturi la 100.000 locuitori) – aceste plafoane impuse afectează grav accesul pacienților la servicii medicale.

Numărul de paturi contractate este direct proporțional cu suma maximă contractată cu CNAS, ceea ce face ca renunțarea la paturi să fie echivalentă cu pierderea finanțării, indiferent de necesitățile reale ale unității medicale. Aceasta explică rezistența la schimbare și menținerea unui număr mare de paturi în spitalele publice, chiar și în lipsa unei analize obiective privind gradul lor real de utilizare.

Astfel, mecanismele de contractare CNAS condamnă spitalele din România la un sistem de finanțare care descurajează performanța. În loc să fie recompensate pentru optimizarea fluxului de pacienți, reducerea duratei medii de spitalizare și creșterea complexității cazurilor tratate, spitalele sunt obligate să mențină structuri ineficiente și să își ajusteze activitatea la limitele impuse de Coeficientul antiperformanță al CNAS. Acest mecanism rigid împiedică adaptarea spitalelor la realitățile demografice și epidemiologice, menținând un sistem închis, dependent

de reguli financiare depășite, în care interesul pentru pacienți și calitatea serviciilor medicale sunt subordonate unei formule financiare restrictive.

O analiză detaliată a numărului de paturi de spital, corelată cu specialitățile medicale și activitatea desfășurată în fiecare unitate sanitară, este esențială pentru optimizarea resurselor, asigurând o distribuție echilibrată a capacității de spitalizare în funcție de nevoile reale ale pacienților și evitând atât supraîncărcarea unor secții, cât și ineficiența utilizării unor paturi nejustificate din punct de vedere medical. CNAS ar trebui să realizeze o astfel de analiză anual. Studiul de față se bazează pe date furnizate de CNAS privind paturile contractate la nivel de secție pentru anul 2024. De asemenea, activitatea spitalelor publice și private la nivel de secție pentru anii 2019 și 2024 a fost obținută de la Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS).

O dificultate majoră în realizarea acestei analize a fost modul diferit de raportare al celor două instituții, ceea ce a generat diferențe semnificative între codificarea secțiilor utilizată de CNAS și cea a Institutului Național de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS). În plus, raportarea nestandardizată a spitalelor publice și private a complicat și mai mult procesul de aliniere a datelor. Pentru a corela cele două baze de date cu pierderi minime de informații, a fost necesară recodificarea manuală a aproximativ 800 de intrări, astfel încât paturile și internările să fie corect asociate.

În continuare, vom structura analiza în trei secțiuni:

I. Analiza paturilor contractate de către CNAS

II. Analiza activității spitalelor publice și private

III. Analiza gradului de ocupare al paturilor

I. Analiza paturilor contractate de către CNAS

Conform raportarii CNAS numărul de paturi contractate pentru spitalizare continuă (SC) a fost de 116.947, la care se adaugă 3.123 paturi pentru îngrijiri paliative și 10.579 paturi pentru contracatte pentru spitalizare de zi (SZ).

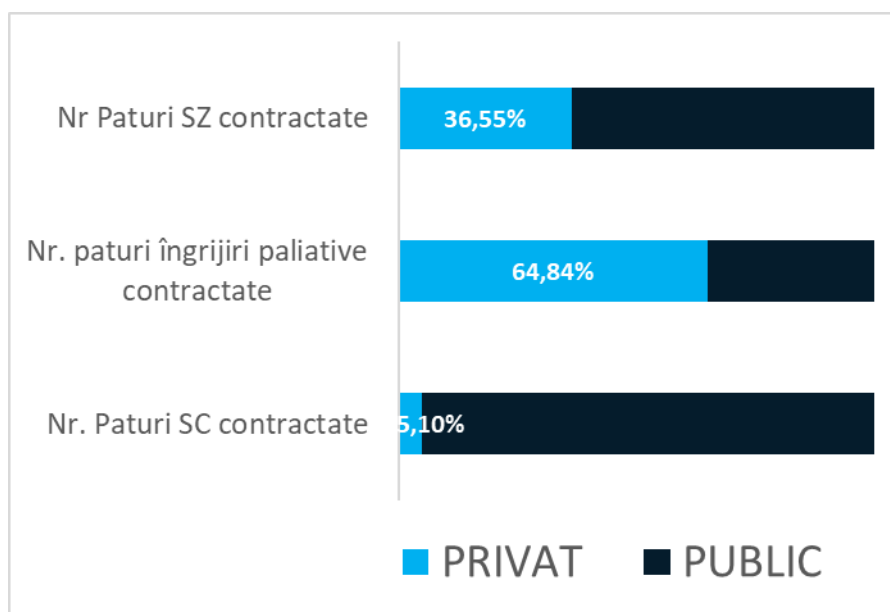
Spitalele publice domină sistemul sanitar din România, deținând peste 94% din totalul paturilor contractate pentru spitalizare continuă, conform datelor CNAS (Tabel 1). Această realitate contrastează puternic cu percepția publică, conform căreia spitalele private ar concura serios sectorul public în ceea ce privește furnizarea de servicii medicale. În realitate, spitalele private dețin doar 5,10% din paturile contractate pentru spitalizare continuă, ceea ce indică un acces limitat al acestora la fondurile publice și o dependență mai mare de finanțarea directă din partea

pacienților. Această situație este vizibilă în Figura 2, unde sunt reprezentate ponderile sectorului privat pe diferite tipuri de paturi.

Tabelul 1- Numărul total de paturi contractate la nivel național

Forma de organizare	Nr. Paturi SC contractate	Nr. paturi ACUT	Nr. Paturi CRONIC	Nr. paturi îngrijiri paliative contractate	Nr Paturi SZ contractate
PRIVAT	5.960	3.743	2.217	2.025	3.867
PUBLIC	110.987	88.518	22.362	1.098	6.712
TOTAL	116.947	92.261	24.579	3.123	10.579
%PRIVAT	5,10%	4,06%	9,02%	64,84%	36,55%

Figura 2 - Raportul paturilor contractate între spitale publice și private



Analizând detaliat distribuția paturilor, observăm că în sectorul privat ponderile diferitelor tipuri de paturi nu sunt distribuite uniform. Numărul de paturi destinate pacienților cronici este procentual mai mare decât cel pentru pacienți acuți (9,02% vs. 4,06% din total). Această tendință sugerează că spitalele private se orientează mai degrabă către îngrijirea pe termen lung decât către tratarea urgențelor sau cazurilor acute, unde sistemul public este dominant.

Un aspect distinct este reprezentat de paturile pentru îngrijiri paliative, unde situația se inversează față de tendința generală. Spre deosebire de celelalte categorii, majoritatea paturilor pentru îngrijiri paliative sunt în sectorul privat, cu 64,84% din total (Figura 2). Această distribuție sugerează o orientare clară a sectorului privat către îngrijirea paliativă, în timp ce spitalele publice au un rol mai redus în această direcție. Explicația acestui fenomen poate fi

legată de faptul că îngrijirea paliativă este mai ușor de gestionat în unități private, cu costuri operaționale mai previzibile și mai puține cerințe tehnologice avansate. În plus, finanțarea serviciilor paliative a fost adesea insuficientă în sectorul public, ceea ce a permis spitalelor private să își consolideze poziția în acest domeniu.

Pe de altă parte, spitalizarea de zi este segmentul unde sectorul privat are cea mai mare prezență în comparație cu alte forme de îngrijire. Privatul acoperă 36,55% din totalul paturilor pentru spitalizare de zi, ceea ce arată o implicare mai mare a unităților private în acest domeniu. Această tendință poate fi explicată prin caracterul mai flexibil și mai puțin costisitor al spitalizării de zi, care nu necesită internare prelungită și implică mai puține resurse comparativ cu spitalizarea continuă. De asemenea, Figura 3 și Figura 4 evidențiază distribuția tipurilor de paturi în spitalele publice și private, confirmând diferențele majore de orientare între cele două sectoare. În timp ce spitalele publice sunt axate în special pe afecțiuni acute și cronice, spitalele private se concentrează pe îngrijiri paliative și spitalizare de zi, unde accesul la finanțare și modelul de operare sunt mai favorabile.

Este de remarcat faptul că ponderile ridicate ale spitalelor private în domeniul spitalizării de zi (SZ) și îngrijirilor paliative (PALIATIE) sunt rezultatul lipsei unui plafon maxim de contractare impus de CNAS pentru aceste tipuri de servicii. Spre deosebire de spitalizarea continuă pentru afecțiuni acute și cronice, unde contractarea paturilor este strict reglementată prin Planul Național de Paturi și prin ordinul anual al ministrului sănătății, spitalizarea de zi și îngrijirea paliativă au fost mai flexibile din punct de vedere al contractării. Această realitate a permis spitalelor private să acceseze mai ușor fondurile publice pentru aceste tipuri de servicii, compensând astfel accesul lor limitat la finanțare în ceea ce privește spitalizarea continuă.

Dacă Planul Național de Paturi și Ordinul de ministru nu ar fi impus un plafon pentru paturile de spitalizare continuă (SC) destinate afecțiunilor acute și cronice, este foarte probabil ca și în aceste domenii situația contractării ar fi fost diferită. Într-un astfel de scenariu, spitalele private ar fi putut negocia un număr mai mare de paturi contractate, ceea ce ar fi condus la o concurență mai echilibrată între sectorul public și cel privat.

Această situație ridică o întrebare esențială despre eficiența și echitatea mecanismelor de contractare utilizate de CNAS. Reglementările actuale favorizează în mod clar spitalele publice în ceea ce privește spitalizarea continuă, limitând astfel dezvoltarea sectorului privat în acest domeniu. În același timp, permit o mai mare libertate de contractare în alte segmente, ceea ce sugerează o politică de sănătate neuniformă, bazată mai degrabă pe constrângeri administrative decât pe nevoile reale ale pacienților și pe eficiența furnizorilor de servicii medicale.

Figura 3 - Distribuția paturilor contractate în spitale publice

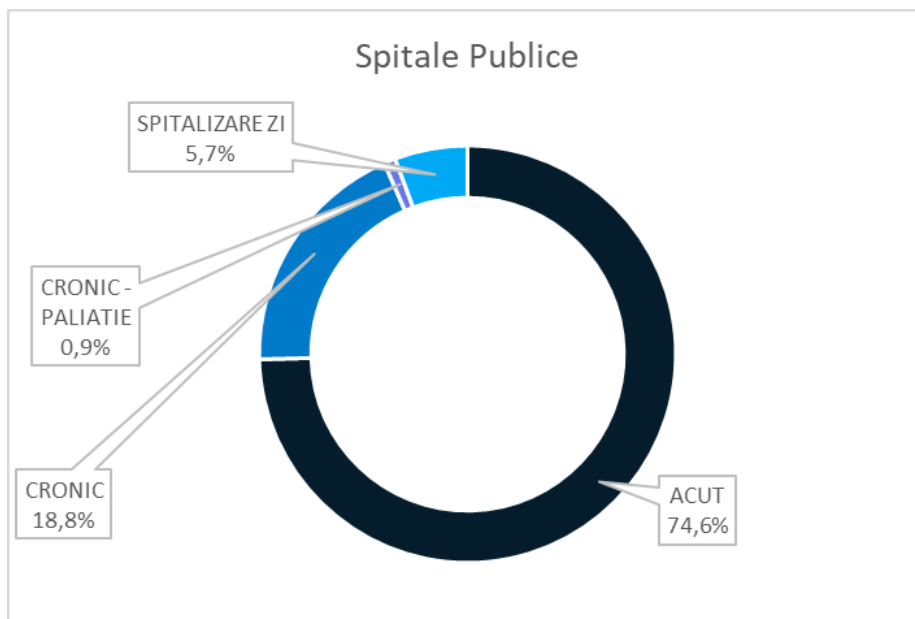
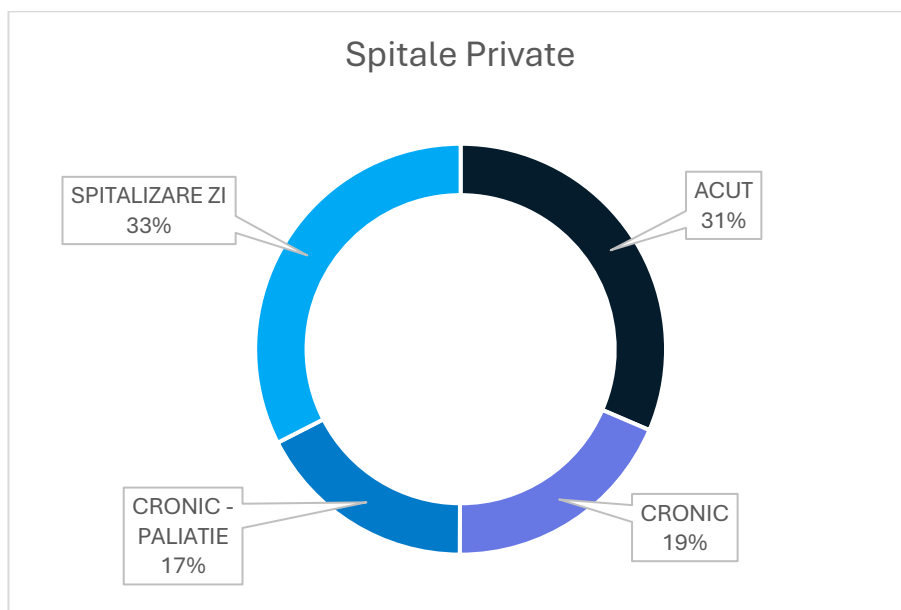


Figura 4 - Distribuția paturilor contractate în spitale private



Comparând numărul de paturi contractate cu structura aprobată de Ministerul Sănătății, observăm diferențe semnificative între sectorul public și cel privat, în special în ceea ce privește spitalizarea continuă.(Figura 5)

Pentru spitalizarea continuă, spitalele publice au contractat 89,35% din paturile aprobate, în timp ce spitalele private au reușit să contracteze doar 63,30% din paturile pe care le au avizate de Ministerul Sănătății.

Această diferență substanțială sugerează o restricție clară impusă asupra accesului spitalelor private la contractele CNAS pentru internarea continuă, sectorul public având o prioritate evidentă în acest tip de servicii.

În schimb, pentru îngrijirea paliativă și spitalizarea de zi, diferențele între public și privat sunt aproape inexistente. Practic, atât unitățile publice, cât și cele private, pot accesa finanțare aproape integral pentru acest tip de servicii.

Această tendință este clar demonstrată și de evoluția paturilor contractate pentru îngrijiri paliative după HG 401/2023, prezentată în Figura 6. Datele arată o creștere semnificativă a numărului de paturi contractate în perioada 2022-2024, dar cu o accentuată favorizare a sectorului privat.

Această evoluție confirmă faptul că, în lipsa unor restricții rigide privind contractarea în acest domeniu, spitalele private au reușit să își consolideze poziția în îngrijirea paliativă, devenind principalul furnizor al acestor servicii în România.

Pe de altă parte, spitalele publice, deși au înregistrat o creștere moderată a numărului de paturi contractate, nu au beneficiat de aceeași expansiune ca sectorul privat.

Această tendință reflectă nu doar o posibilă subfinanțare a îngrijirilor paliative în sistemul public, ci și o orientare a politicilor de sănătate spre externalizarea acestor servicii către sectorul privat, unde modelul de operare permite o flexibilitate mai mare și, probabil, costuri mai bine gestionate.

Figura 5 - Raportul dintre paturile contractate și structura aprobată de Ministerul Sănătății

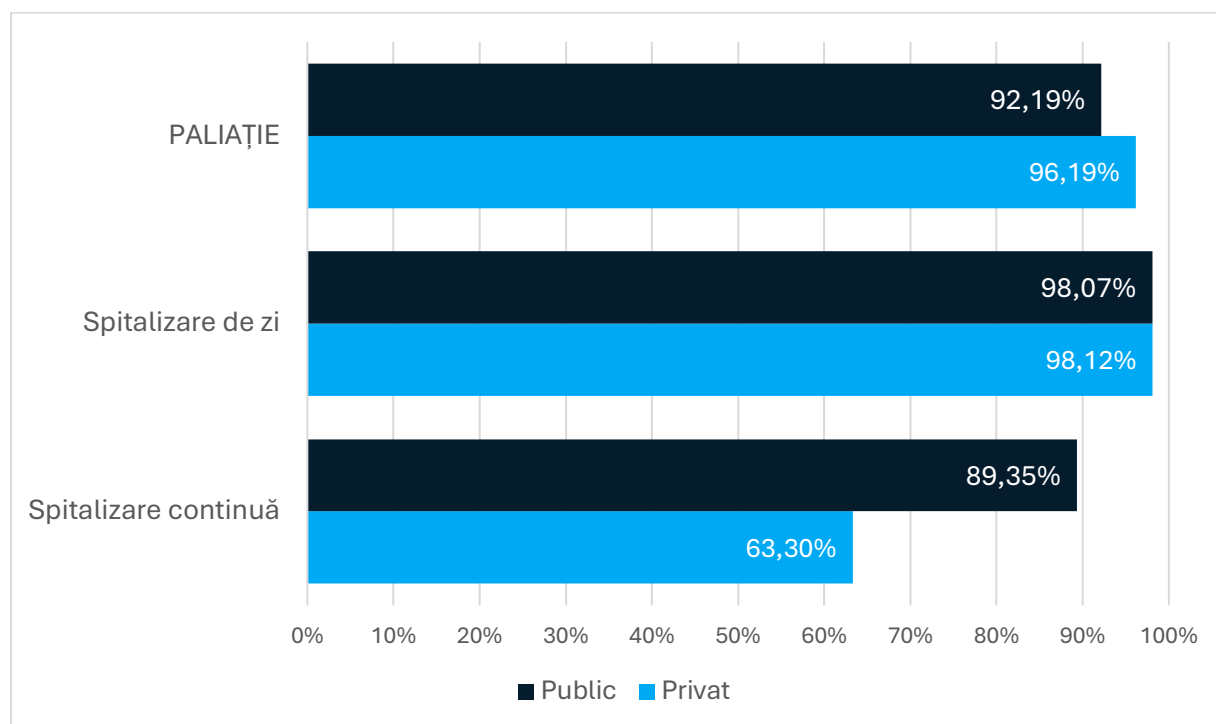
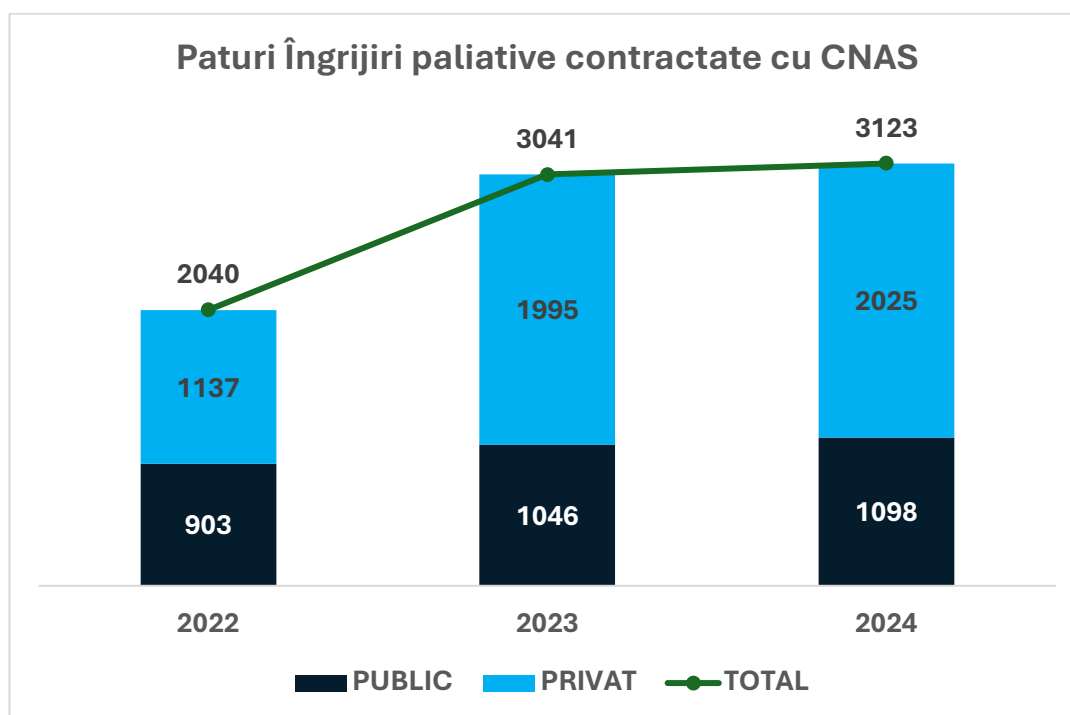


Figura 6 - Evoluția paturilor contractate de îngrijiri paliative după HG 401/2023



Distribuția geografică a paturilor contractabile

Tabelul 2 prezintă distribuția spitalelor publice și private la nivel național, evidențiindu-se o concentrare semnificativă în centrele universitare precum București (100), Iași (43), Cluj (34), Timiș (28) și Dolj (47). De asemenea, există județe în care nu funcționează niciun spital privat, cum ar fi Covasna, Dâmbovița și Ialomița, ceea ce subliniază discrepanțele regionale în accesul la servicii medicale private la nivel național, evidențiindu-se o concentrare semnificativă în centrele universitare precum București.

În județe precum Teleorman (504), Bacău (587), Arad (482) și Vâlcea (571), unde infrastructura spitalicească publică este mai redusă ca dimensiune și diversitate de servicii, sectorul privat pare să fi intervenit într-o anumită măsură pentru a acoperi golurile din sistem. Aceste județe înregistrează procente semnificative de paturi private contractate – 12,70% în Teleorman, 12,44% în Bacău, 11,57% în Arad și 10,12% în Vâlcea – ceea ce poate sugera fie o lipsă de capacitate în sistemul public, fie o preferință a pacienților pentru serviciile oferite de unități private. În aceste cazuri, dezvoltarea sectorului privat joacă un rol esențial în echilibrarea accesului la servicii medicale și în reducerea presiunii asupra spitalelor de stat. Disparitățile regionale sunt accentuate și de județele cu cel mai mic număr de paturi raportat la 100.000 de locuitori, unde accesul la servicii medicale poate fi considerabil mai dificil. Ilfov (109), Giurgiu (257), Ialomița (311), Călărași (338), Vrancea (373) și Tulcea (417) sunt județele cel mai slab reprezentate din acest punct de vedere. Majoritatea acestora se află în proximitatea unor mari centre universitare, precum București, Iași, Cluj sau Timișoara, care concentrează

nu doar infrastructura spitalicească avansată, dar mai ales resursa umană medico-sanitară. Acest fenomen determină o migrație constantă a pacienților din județele mai slab echipate către marile orașe, unde pot beneficia de servicii medicale mai complexe, ceea ce duce la supraîncărcarea unităților spitalicești din centrele universitare și la dificultăți în gestionarea cererii mari de tratamente și internări.

Tabelul 2 - Distribuția numărului de spitale publice și private precum și a paturilor contractate la nivel național

JUDET	SPITALE PUBLICE	SPITALE PRIVATE	TOTAL SPITALE	PATURI SC	PATURI ACUTI	PATURI CRONICI	% PRIVAT PATURI SC
Alba	9	4	13	1.800	1.616	184	1,06%
Arad	7	7	14	1.979	1.303	676	11,57%
Argeș	14	11	25	2.757	2.151	606	2,36%
Bacău	7	24	31	3.496	2.633	756	12,44%
Bihor	12	13	25	3.419	2.650	769	7,25%
Bistrița- Năsăud	4	3	7	1.268	926	342	4,18%
Botoșani	5	1	6	1.753	1.287	466	0,00%
Brăila	4	1	5	1.753	1.274	479	0,00%
Brașov	14	13	27	3.291	2.497	794	9,18%
București	50	50	100	20.080	17.431	2.649	7,69%
Buzău	6	11	17	1.747	1.502	245	2,69%
Călărași	5	3	8	945	718	227	3,70%
Caraș- Severin	5	1	6	1.471	1.290	181	1,77%
Cluj	18	16	34	6.169	5.082	1.087	4,77%
Constanța	12	28	40	4.318	2.367	1.951	12,85%
Covasna	4	0	4	1.453	810	643	0,00%
Dâmbovița	4	0	4	2.010	1.290	720	0,00%
Dolj	13	34	47	4.306	3.205	1.101	4,69%
Galați	10	3	13	2.815	2.349	466	0,00%
Giurgiu	3	2	5	666	538	128	0,00%
Gorj	8	1	9	1.888	1.494	394	0,00%
Harghita	5	1	6	1.714	1.415	299	0,00%
Hunedoara	12	1	13	2.818	2.080	738	0,00%
Ialomița	4	0	4	775	752	23	0,00%
Iași	20	23	43	6.373	5.197	1.176	5,41%
Ilfov	3	7	10	639	457	182	5,79%
Maramureș	8	11	19	2.456	1.895	561	2,44%
Mehedinți	4	4	8	1.045	850	195	1,91%
Mureș	9	14	23	3.869	3.151	718	7,47%
Neamț	7	7	14	2.283	1.727	556	0,00%
Olt	5	3	8	1.840	1.482	358	1,36%

Prahova	16	18	34	3.564	2.697	867	4,43%
Sălaj	4	2	6	1.034	846	188	6,48%
Satu Mare	5	3	8	1.596	1.294	302	1,75%
Sibiu	9	8	17	2.494	2.074	420	5,05%
Suceava	9	8	17	2.740	2.306	434	1,75%
Teleorman	6	1	7	1.591	1.209	382	12,70%
Timiș	15	13	28	4.903	3.872	1.031	5,57%
Tulcea	2	3	5	790	668	122	2,78%
Vâlcea	6	6	12	1.946	1.416	530	10,12%
Vaslui	4	2	6	1.852	1.491	361	0,00%
Vrancea	6	4	10	1.241	969	272	0,64%
TOTAL	373	365	738	116.947	92.261	24.579	6,46%

La polul opus, județele cel mai slab deservite din punct de vedere al numărului total de spitale sunt Covasna (4), Dâmbovița (4), Ialomița (4) și Giurgiu (5), reflectând o disponibilitate limitată a serviciilor medicale.

Deși, numeric, spitalele private par să fie aproape la paritate cu cele publice (365 vs. 373), numărul de paturi contractate disponibile în sectorul privat este incomparabil mai mic, ceea ce indică o diferență majoră în capacitatea de spitalizare între cele două sisteme.

Disparitatea regională în ceea ce privește infrastructura spitalicească este evidentă, atât în distribuția paturilor de spital, cât și în implicarea sectorului privat.

Județele unde se află centrele universitare majore precum București (1166 paturi contractate la 100.000 locuitori), Iași (818), Cluj (890), Timiș (739) și Dolj (720) beneficiază de o infrastructură publică solidă, cu spitale regionale, universitare și clinici de specialitate care deservește nu doar județele respective, ci și pacienți din zonele învecinate.

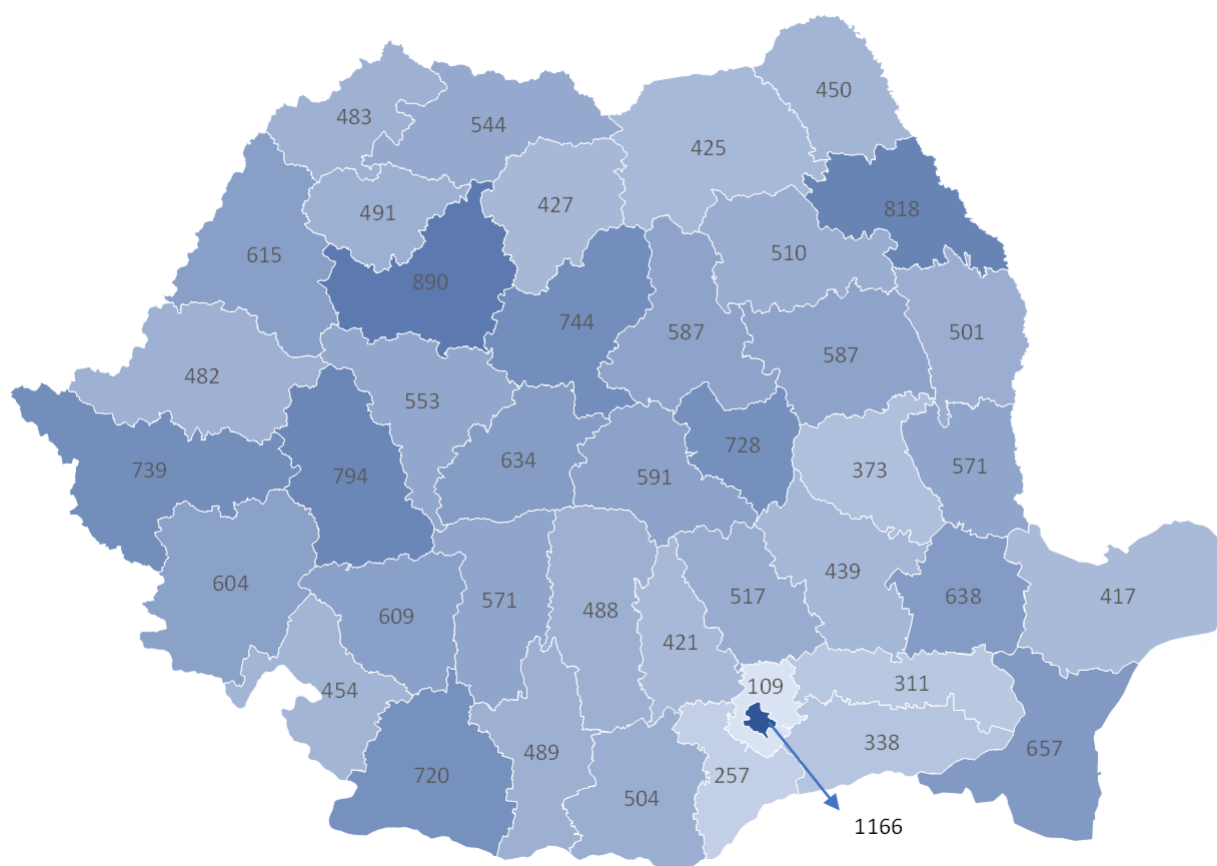
(Figura 7) Cu toate acestea, în județe precum Constanța (657) și Brașov (591), care au de asemenea un sistem public bine dezvoltat, se remarcă o pondere semnificativă a sectorului privat, respectiv 12,85% în Constanța și 9,18% în Brașov. Acest lucru indică fie o cerere mai mare pentru servicii alternative, fie o complementaritate între cele două sisteme, care permit o diversificare a opțiunilor pentru pacienți.

Există însă județe cu infrastructură publică precară unde sectorul privat nu s-a implicat deloc, ceea ce amplifică dificultățile de acces la servicii medicale de calitate. În județele Botoșani (450), Brăila (638), Covasna (728), Dâmbovița (421), Galați (571), Giurgiu (257), Gorj (609), Harghita (587), Hunedoara (794), Ialomița (311), Neamț (510) și Vaslui (501) nu există paturi de spital contractate în sectorul privat, ceea ce înseamnă că populația depinde exclusiv de spitalele publice, fără alternative suplimentare.

Acest dezechilibru ridică probleme serioase privind accesibilitatea serviciilor medicale, mai ales în situațiile în care infrastructura existentă este subdimensionată, dotările sunt insuficiente, iar personalul medical se confruntă cu suprasolicitare sau deficit.

Lipsa unei prezențe private în aceste județe indică fie un interes redus din partea investitorilor, fie o putere de cumpărare scăzută a populației, care nu ar susține o dezvoltare profitabilă a sectorului privat în zonă.

Figura 7 - Distribuția paturilor contractate raportată la populație (Nr. Paturi SC la 100,000 locuitori)



Distribuția spitalelor în funcție de numărul de paturi contractate evidențiază o diferențiere clară între sectorul public și cel privat. Așa cum se poate observa în tabelul 3, majoritatea spitalelor private sunt de dimensiuni mici, având sub 100 de paturi contractate (346 unități), în timp ce spitalele mari, cu peste 500 de paturi, sunt exclusiv publice.

În total, doar trei spitale private din țară au peste 200 de paturi contractate ceea ce confirmă că spitalele mari, care asigură o capacitate ridicată de servicii medicale și tratamente complexe, sunt gestionate de stat.

Tabelul 3 - Infrastructura spitalicească în funcție de numărul de paturi

Nr. Paturi SC contractate	Nr. Spitale PRIVATE	Nr. Spitale PUBLICE	TOTAL
0-19	280	8	288
20-49	47	12	57
50-99	19	61	80
100-199	16	125	141
200-299	2	54	56
300-499	1	49	50
500-699		31	31
700-999		19	19
1000-1199		15	15
1200-1668		7	7

Următoarele două tabele (Tabelul 4 și Tabelul 5) prezintă cele mai mari spitale publice și cele mai mari spitale private din România în ceea ce privește numărul de paturi contractate

Cel mai mare spital din țară a devenit Spitalul Clinic Județean de Urgență Bihor, rezultat din contopirea cu Spitalul Municipal Oradea, având în prezent 1668 de paturi contractate. Această fuziune a consolidat infrastructura medicală a județului Bihor, oferind o capacitate extinsă de servicii și facilități pentru pacienți, precum și o mai bună coordonare a resurselor umane și logistice în cadrul sistemului sanitar local.

Distribuția spitalelor publice mari din România este relativ echilibrată la nivel național, reflectând o bună acoperire teritorială realizată prin rețeaua spitalelor județene de urgență. (tabelul 4) După cum se observă din topul celor mai mari spitale publice ca număr de paturi, multe dintre unitățile medicale de mari dimensiuni se află în afara Bucureștiului și a centrelor universitare tradiționale, fiind reprezentate județe precum Dâmbovița (Spitalul Județean de Urgență Târgoviște – 1.503 paturi), Botoșani („Mavromati” – 1.395 paturi), Prahova (Ploiești – 1.319 paturi) și Vâlcea (1.128 paturi). Acest lucru sugerează că sistemul public asigură o prezență importantă și în județele non-universitare și ar putea teoretic garanta populației acces direct și relativ rapid la servicii medicale complexe, fără a fi neapărat necesară deplasarea spre marile centre universitare.

Tabelul 4 - Clasamentul spitalelor publice în funcție de numărul de paturi contractate

Nr crt	Judet	Spitalul	Nr paturi SC contractate
1	Bihor	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA BIHOR	1.668
2	Dâmbovița	SPITAL JUDETEAN DE URGENTA TARGOVISTE	1.503
3	Cluj	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA CLUJ	1.422
4	Botoșani	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "MAVROMATI" BOTOSANI	1.395

5	Bacău	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BACAU	1.352
6	Prahova	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PLOIESTI	1.319
7	Dolj	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA	1.298
8	București	SUUMC „DR. CAROL DAVILA	1.188
9	Constanța	SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "SF. APOSTOL ANDREI" CONSTANȚA	1.181
10	Galați	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA SF. APOSTOL ANDREI GALATI	1.165
11	Arad	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA ARAD	1.149
12	București	SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE PROF. DR ALEXANDRU OBREGIA	1.145
13	Brăila	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA BRAILA	1.133
14	Vâlcea	SPITALUL JUDETEAN DE URGENȚĂ VÂLCEA	1.128
15	Timiș	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA TIMISOARA	1.117
16	Suceava	SPITAL JUDETEAN DE URGENTA "SFANTUL IOAN CEL NOU "SUCEAVA	1.117
17	Iași	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA SF SPIRIDON	1.103
18	Olt	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SLATINA	1.067
19	Mureș	SPITAL CLINIC JUDETEAN MURES	1.066
20	Mureș	SPITAL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA TG MURES	1.027
21	București	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA BUCURESTI	1.019
22	Satu Mare	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SATU MARE	1.000
23	București	INSTITUTUL CLINIC FUNDENI	976
24	Sibiu	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA SIBIU	916
25	București	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENȚĂ "ELIAS"	878
26	Gorj	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TG-JIU	864
27	Timiș	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENTA TIMISOARA	857
28	Constanța	SANATORIUL BALNEAR ȘI DE RECUPERARE TECHIRGHIOI	855
29	Maramureș	SP. JUD. DE URGENTA DR. CONSTANTIN OPRIS	850
30	Argeș	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PITESTI	836

Sectorul privat din România rămâne încă dominat de spitale de dimensiuni reduse: dintre sutele de unități private existente, doar 19 spitale depășesc pragul de 100 de paturi. Cel mai mare spital privat este Sanador (București) cu 322 de paturi contractate (tabelul 5).

***Tabelul 5 - Clasamentul spitalelor private în funcție de numărul de paturi de spitalizare
continuă (SC) contractate***

Nr crt	Judet	Spitalul	Nr paturi SC contractate
1	București	SPITALUL SANADOR	322
2	Teleorman	SC SPITALUL ORASENESC VIDELE SRL - spital al primăriei	202
3	București	MED LIFE SA	200
4	București	SPITALUL DELTA HEALTH CARE	170
5	Bihor	SC PELICAN IMPEX SRL	165
6	București	SPITALUL CENTRUL MEDICAL UNIREA	159
7	Constanța	SC ASCLEPIOS SRL	137
8	București	SC MEDICOVER HOSPITAL SRL	136
9	Arad	SPITALUL "SF. GHEORGHE" SC TERAPEUTICA SA	136
10	Mureș	SC NOVA VITA HOSPITAL	134
11	Bacău	SC MAGURA	133
12	Bacău	SC POLIMED SRL	133
13	București	CENTRUL MEDICAL POLICLINICO DI MONZA	120
14	Sibiu	CLINICA POLISANO SRL SIBIU	118
15	Dolj	SC TOP MED BUNA VESTIRE SRL	118
16	Constanța	SC OVIDIUS CLINICAL HOSPITAL SRL	114
17	Timiș	ASOCIATIA ONCOHELP TIMISOARA	111
18	Iași	ARCADIA HOSPITAL SRL	105
19	Timiș	SC MATERNA CARE TIMISOARA	103

Dintre aceste 19 spitale private mari, cele mai multe sunt situate în București (5 spitale: Sanador, Med Life, Delta Health Care, etc.), reflectând concentrarea generală a infrastructurii medicale și în sectorul privat tot în capitală.

Există un singur furnizor privat care are trei spitale în acest top al capacității, anume Rețeaua Regina Maria, prin spitalele Delta Health Care (170 paturi), Spitalul Unirea (parte din rețea, de asemenea peste 100 de paturi) precum și SC MATERNA CARE TIMISOARA. Alți 2 mari furnizori dețin câte 2 spitale : Medcover (SC PELICAN IMPEX SRL și SC PELICAN IMPEX SRL) și Medlife (MED LIFE SA și CLINICA POLISANO SRL SIBIU).

Distribuția spitalelor private mari în afara Bucureștiului este destul de dispersată și inegală. Unele centre universitare (ex. Iași, Timiș, Mureș) au doar câte unul sau două spitale private de dimensiuni mari, iar altele lipsesc complet (de exemplu Clujul, deși centru universitar major, nu are niciun spital privat cu peste 100 paturi contractate în acest top). Trebuie subliniat faptul că, în cazul spitalelor private, există diferențe semnificative între numărul de paturi prevăzute în structura aprobată de Ministerul Sănătății și numărul de paturi efectiv contractate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Procesul de contractare a paturilor pentru spitalizarea

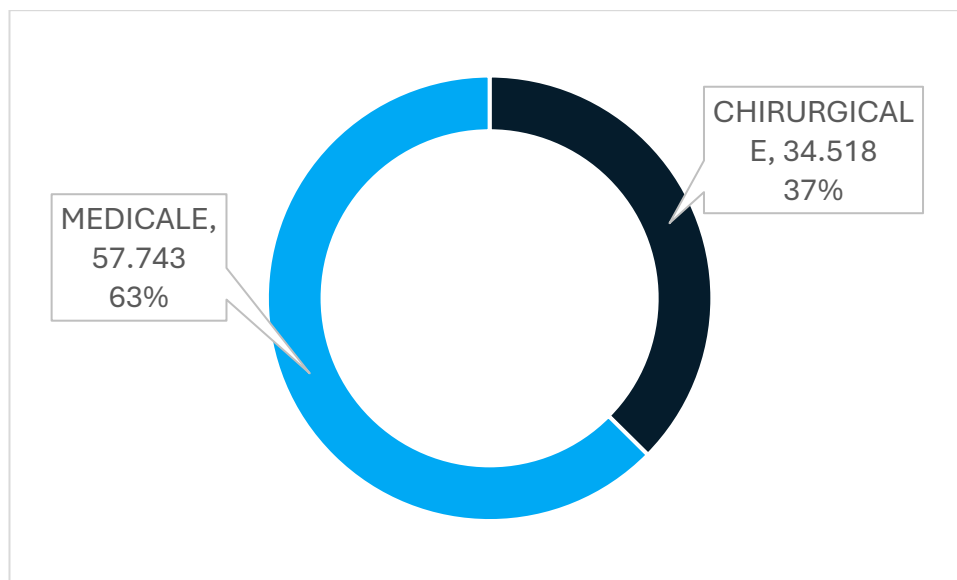
continuă în sectorul privat este adesea dificil și variabil, fiind influențat de politicile și disponibilitățile specifice fiecărei Case Județene de Asigurări de Sănătate (CASJ).

Distribuția paturilor pe tipuri de specialități

În continuare, vom intra în profunzimea lucrurilor analizând distribuția paturilor pe tipuri de specialități. Secțiile și compartimentele au fost codificate utilizând nomenclatorul prevăzut în ORDIN nr. 457 din 2 iulie 2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România. Din păcate, Ministerul Sănătății a permis, de-a lungul timpului, înființarea unor secții și compartimente cu denumiri diferite și a adăugat noi codificări fără a actualiza corespunzător ordinul de ministru, ceea ce a generat inconsistențe și dificultăți în uniformizarea datelor. Astfel, a fost necesară o muncă laborioasă de recodificare pentru a pune în acord structurile existente cu prevederile inițiale ale ordinului.

Figura 8 ilustrează faptul că, la nivel național, în structura paturilor pentru spitalizare continuă de tip acut predomină secțiile medicale (63%), în timp ce secțiile chirurgicale dețin o pondere mai redusă (37%). Tranziția către îngrijirea ambulatorie ar trebui să conducă la o scădere a ponderii paturilor alocate specialităților medicale, deoarece multe tratamente care necesitau anterior spitalizare pot fi acum gestionate în regim ambulatoriu.

Figura 8 - Ponderea paturilor de spitalizare continuă ACUȚI în funcție de tipul secției



Tabelul 6 prezintă distribuția paturilor de spitalizare continuă ACUȚI pe specialitățile medicale, incluzând atât spitalele publice, cât și cele private. Din analiză rezultă că specialitatea cu cel mai mare număr de paturi continuă să fie medicina internă (10.707 paturi), reflectând încă structura tradițională și predominanța abordărilor conservatoare în sistemul spitalicesc

românesc, desi este vizibilă tendința de dezvoltare a unor specialități derivate din aceasta. Aceasta este urmată, în ordine descrescătoare, de pediatrie (6.503 paturi), psihiatrie acuți (5.649 paturi), cardiologie (4.999 paturi), neurologie (4.678 paturi), pneumologie (3.361 paturi) și neonatologie nou-născuți (2.365 paturi).

În contrast, există specialități medicale importante care sunt subreprezentate în rețeaua națională, având un număr foarte mic de paturi, ceea ce limitează accesul pacienților la servicii specializate. De exemplu, secțiile de geriatrie și gerontologie au doar 898 paturi la nivel național, o cifră scăzută comparativ cu necesarul determinat de îmbătrânirea populației. De asemenea, specialități precum reumatologia (1.006 paturi), hematologia (1.041 paturi), endocrinologia (736 paturi) sau imunologia clinică și alergologia (93 paturi) dispun de un număr limitat de paturi comparativ cu necesarul real, reflectând o capacitate redusă de a răspunde cererilor pacienților.

Un aspect de menționat separat îl constituie specialitățile pediatrice supraspecializate, recent introduse în nomenclatorul din România. Endocrinologia pediatrică, diabetul pediatric, imunologia și alergologia pediatrică, nefrologia pediatrică și neurologia pediatrică dispun în prezent de un număr foarte redus de paturi (între 14 și 351 la nivel național) și nu sunt prezente deloc în unitățile private. Această situație reflectă faptul că dezvoltarea supraspecializărilor pediatrice se află încă într-o etapă incipientă în România.

Specialitățile medicale în care spitalele private din România contractează cele mai multe paturi sunt neonatologia pentru nou-născuți (215 paturi), oncologia medicală (254 paturi), pediatria generală (208 paturi), medicina internă (376 paturi) și cardiologia (328 paturi).

Tabelul 6 - Distribuția paturilor contractate de Spitalizare continua ACUȚI pe Secțiile medicale

Cod secție	Denumire Secție	PRIVAT	PUBLIC	Total	% privat
1011	Boli infecțioase	0	3.750	3.750	0,00%
1012	Boli infecțioase copii		768	768	0,00%
1023	HIV/SIDA		285	285	0,00%
1033	Boli parazitare		25	25	0,00%
1051	Cardiologie	328	4.671	4.999	6,56%
1052	Cardiologie copii	4	138	142	2,82%
1061	Cronici	0	6	6	0,00%
1071	Dermatovenerologie	1	1.101	1.102	0,09%
1072	Dermatovenerologie copii		5	5	0,00%
1081	Diabet zaharat, nutriție și metabolice	4	1.119	1.123	0,36%
1082	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii		61	61	0,00%
1093	Dializă peritoneală		31	31	0,00%

1101	Endocrinologie	8	728	736	1,09%
1102	Endocrinologie copii		61	61	0,00%
1111	Gastroenterologie	39	2.197	2.236	1,74%
1131	Hematologie	28	1.013	1.041	2,69%
1132	Hematologie copii		53	53	0,00%
1151	Imunologie clinică și alergologie		93	93	0,00%
1152	Imunologie clinică și alergologie copii		29	29	0,00%
1171	Medicină internă	376	10.379	10.755	3,50%
1191	Nefrologie	1	998	999	0,10%
1192	Nefrologie copii		90	90	0,00%
1202	Neonatologie (nn și prematuri)	137	587	724	18,92%
1212	Neonatologie (nou născuți)	215	2.150	2.365	9,09%
1222	Neonatologie (prematuri)	8	33	41	19,51%
1231	Neurologie	35	4.578	4.613	0,76%
1232	Neurologie pediatrică		351	351	0,00%
1241	Oncologie medical	254	2.087	2.341	10,85%
1242	Oncopediatrie		114	114	0,00%
1252	Pediatrie	208	6.295	6.503	3,20%
1262	Pediatrie (pediatrie și recuperare pediatrică)		189	189	0,00%
1272	Pediatrie (recuperare pediatrică)		14	14	0,00%
1291	Pneumologie	28	2.937	2.965	0,94%
1292	Pneumologie copii		160	160	0,00%
1311	Psihiatrie acuți	15	5.634	5.649	0,27%
1312	Psihiatrie pediatrică		370	370	0,00%
1321	Psihiatrie (Nevroze)		63	63	0,00%
1343	Psihiatrie (acuți și cronici)		1.005	1.005	0,00%
1353	Toxicomanie		100	100	0,00%
1363	Radioterapie	13	600	613	2,12%
1371	Recuperare, medicină fizică și balneologie	0	5	5	0,00%
1433	Reumatologie	1	1.005	1.006	0,10%
1453	Terapie intensivă coronarieni - UTIC	2	98	100	2,00%
1463	Toxicologie		57	57	0,00%
1493	Genetică medical		5	5	0,00%

Implicarea sectorului privat în anumite specialități esențiale este minimă sau chiar inexistentă, confirmând orientarea sa spre servicii profitabile, cu adresabilitate demografică și pacientura dispusă să achite contribuția individuală. Astfel, spitalele private nu dețin deloc sau dețin foarte puține paturi în specialități importante precum bolile infecțioase (0), neurologie (35), hematologie (28), gastroenterologie (39), pneumologie (28), psihiatrie acuți (15).

Și mai surprinzător este că desi centrele de hemodializă sunt majoritar private în România, nu dețin deloc paturi de internare în specialitate nefrologie.

Această distribuție relevă preferința sectorului privat exclusiv către tipuri de îngrijire cu complexitate și riscuri financiare reduse, evitând în general specialitățile dificile și mari consumatoare de resurse.

Tabelul 7 - Distribuția paturilor contractate de Spitalizare continua ACUȚI pe Secțiile chirurgicale

Cod secție	Denumire Secție	PRIVAT	PUBLIC	Total	% privat
2013	Arși		139	139	0,00%
2023	Anestezie și Terapie Intensivă – ATI	2	261	263	0,76%
2033	Chirurgie cardiovasculară	99	539	638	15,52%
2043	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari		35	35	0,00%
2051	Chirurgie general	778	9.155	9.933	7,83%
2063	Chirurgie laparoscopică		22	22	0,00%
2073	Chirurgie artroscopică		18	18	0,00%
2083	Chirurgie oncologică	0	619	619	0,00%
2092	Chirurgie și ortopedie pediatrică	13	674	687	1,89%
2102	Chirurgie pediatrică	33	355	388	8,51%
2113	Chirurgie plastică și reparatorie	23	981	1.004	2,29%
2123	Chirurgie toracică	22	500	522	4,21%
2133	Chirurgie vasculară	51	436	487	10,47%
2141	Ginecologie	36	195	231	15,58%
2151	Gineco-oncologie		47	47	0,00%
2163	Microchirurgie neurovasculară		20	20	0,00%
2173	Neurochirurgie	59	1.351	1.410	4,18%
2181	Obstetrică	152	395	547	27,79%
2191	Obstetrică-ginecologie	352	6.812	7.164	4,91%
2201	Oftalmologie	26	1.387	1.413	1,84%
2202	Oftalmologie copii		26	26	0,00%
2211	Ortopedie și traumatologie	229	3.626	3.855	5,94%
2212	Ortopedie pediatrică	2	197	199	1,01%
2221	Otorino-laringologie (ORL)	49	1.880	1.929	2,54%
2222	Otorino-laringologie (ORL) copii	4	173	177	2,26%
2233	Otorino-laringologie (ORL) – implant cohlear		5	5	0,00%
2241	Sterilitate – infertilitate		2	2	0,00%
2263	TBC osteo-articular		43	43	0,00%
2281	Transplant medular adulți		25	25	0,00%
2282	Transplant medular copii		8	8	0,00%
2293	Transplant renal		5	5	0,00%

2301	Urologie	102	2.093	2.195	4,65%
2302	Urologie pediatrică		4	4	0,00%
4173	Medicină nucleară		2	2	0,00%
6013	Chirurgie maxilo-facială	6	425	431	1,39%

Tabelul 7 prezintă distribuția paturilor de spitalizare continuă pentru specialitățile chirurgicale din România, diferențiind implicarea sectorului public față de cel privat.

Specialitatea cea mai bine reprezentată numeric în structura chirurgicală este **chirurgia generală** (9.933 paturi), urmată de **obstetrică-ginecologie** (7.164 paturi), **ortopedie și traumatologie** (3.855 paturi), **urologie** (2.195 paturi), **otorinolaringologie (ORL)** (1.929 paturi) și **neurochirurgie** (1.410 paturi).

În contrast, există mai multe specialități chirurgicale importante care sunt slab reprezentate, având un număr redus de paturi raportat la nevoile populației.

Printre acestea se numără **chirurgia toracică** (522 paturi), **chirurgia vasculară** (487 paturi), **chirurgia oncologică** (619 paturi), **chirurgia plastică și reparatorie** (1.004 paturi), precum și specialități chirurgicale foarte nișate precum **chirurgia laparoscopică** (22 paturi), **chirurgia artroscopică** (18 paturi), **microchirurgia neurovasculară** (20 paturi) sau **transplantul renal** (5 paturi).

De asemenea, serviciile chirurgicale extrem de specializate, precum **transplantul medular** (33 paturi însumate pentru adulți și copii) și **implantul cohlear** (5 paturi), sunt foarte slab reprezentate, limitând accesul pacienților la aceste intervenții.

Sectorul privat demonstrează o implicare mai puternică în specialitățile chirurgicale cu proceduri relativ simple sau moderate ca dificultate, cele mai multe paturi fiind concentrate în **chirurgia generală** (778 paturi), **obstetrică-ginecologie** (352 paturi), **ortopedie și traumatologie** (229 paturi), **obstetrică simplă** (152 paturi) și **urologie** (102 paturi)

Figura 9 - Distribuția paturilor contractate în spitalele publice și private în funcție de tipul secției

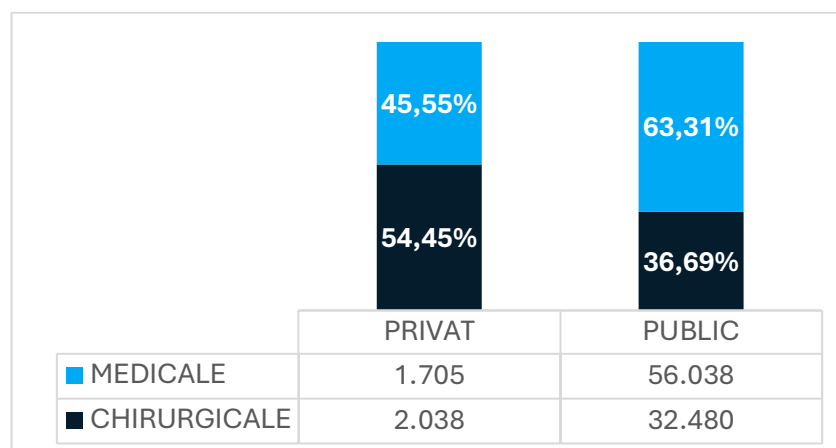


Figura 9 ilustrează diferențele structurale dintre spitalele publice și cele private din România, în ceea ce privește raportul dintre specialitățile medicale și chirurgicale. În spitalele publice predomină clar secțiile medicale (63,31%), comparativ cu cele chirurgicale (36,69%), în timp ce spitalele private prezintă o distribuție poate mai firească pentru contextul actual, având o ușoară predominanță a specialităților chirurgicale (54,45%), având în vedere că multe patologii medicale beneficiază astăzi de rezolvare eficientă în regim ambulatoriu. Totuși, trebuie subliniat că această distribuție din mediul privat reflectă și orientarea explicită a spitalelor private spre specialitățile chirurgicale mai profitabile, cu intervenții predictibile și costuri ușor gestionabile.

Tabelul 8 prezintă distribuția paturilor de spitalizare continuă dedicate secțiilor cronice din România, incluzând atât spitalele publice, cât și cele private. Numărul total al acestor paturi (27.625) rămâne foarte mic raportat la nevoile reale ale populației, mai ales în contextul creșterii constante a prevalenței bolilor cronice și îmbătrânirii populației.

Dintre specialitățile cronice, cea mai bine reprezentată numeric este psihiatria cronică (6.643 paturi), urmată de recuperarea medicală și balneologia (4.717 paturi) și pneumoftiziologie (2.868 paturi).

În schimb, specialități precum geriatria și gerontologia, esențiale în contextul demografic actual, dispun de un număr insuficient de paturi (898 paturi), iar specialități precum recuperarea neurologică (1.371 paturi), recuperarea cardiovasculară (796 paturi) sau recuperarea ortopedică (355 paturi) sunt în continuare insuficient dezvoltate.

Tabelul 8 - Distribuția paturilor de Spitalizare continua CRONICI pe Secțiile cornice

Cod secție	Denumire Secție	PRIVAT	PUBLIC	Total	% privat
1061	Cronici	417	1.914	2.331	17,89%
1121	Geriatric și gerontologie	25	873	898	2,78%
1212	Neonatologie (nou născuți)	0	23	23	0,00%
1222	Neonatologie (prematuri)	29	819	848	3,42%
1231	Neurologie	31	29	60	51,67%
1232	Neurologie pediatrică	0	15	15	0,00%
1272	Pediatric (recuperare pediatrică)		246	246	0,00%
1282	Pediatric cronici		43	43	0,00%
1291	Pneumologie		289	289	0,00%
1292	Pneumologie copii		25	25	0,00%
1301	Pneumoftiziologie		2.868	2.868	0,00%
1302	Pneumoftiziologie copii		131	131	0,00%
1312	Psihiatrie pediatrică	0	5	5	0,00%
1321	Psihiatrie (Nevroze)		94	94	0,00%
1333	Psihiatrie cronici	111	6.532	6.643	1,67%
1343	Psihiatrie (acuți și cronici)	0	143	143	0,00%
1371	Recuperare, medicină fizică și balneologie	753	3.964	4.717	15,96%
1372	Recuperare, medicină fizică și balneologie copii	22	87	109	20,18%
1383	Recuperare medicală-cardiovasculară	34	762	796	4,27%
1393	Recuperare medicală neurologie	340	1.031	1.371	24,80%
1403	Recuperare medicală-ortopedie și traumatologie	88	267	355	24,79%
1413	Recuperare medicală – respiratorie	5	397	402	1,24%
1423	Recuperare neuro-psiho-motorie	86	784	870	9,89%
1473	Secții sanatoriale	273	862	1.135	24,05%
1061_PAL	Îngrijiri paliative	2.073	1.050	3.123	66,38%

În acest segment al îngrijirii medicale cronice, implicarea sectorului privat este ușor crescută față de cea înregistrată în cazul secțiilor pentru acuți. Astfel, sectorul privat deține ponderi semnificative în anumite specialități cronice: îngrijiri paliative (66,38%), neurologie cronică (51,67%), recuperare neurologică (24,80%), recuperare ortopedică (24,79%), secții sanatoriale (24,05%) și recuperare pediatrică (20,18%).

Totuși, există încă multe specialități cronice în care spitalele private au o prezență minimă sau absentă, cum ar fi geriatria și gerontologia (doar 2,78% privat), psihiatria cronică (1,67%) și recuperarea respiratorie (1,24%).

În ceea ce privește distribuția paturilor pe diferite-specialități la nivel teritorial este clar că **infrastructura spitalicească este puternic concentrată în câteva centre universitare mari, în special București, Iași, Cluj, Timiș și Dolj**, care dețin majoritatea resurselor pentru specialități complexe și supraspecializate. De exemplu, secțiile de **chirurgie cardiovasculară** sunt prezente doar în București (**302 paturi**), Cluj (**67 paturi**), Iași (**57 paturi**) și Timiș (**66 paturi**), fiind absente complet în majoritatea celorlalte județe.

Similar, neurochirurgia este disponibilă aproape exclusiv în centrele universitare mari – București (607 paturi), Timiș (173 paturi), Cluj (68 paturi), Iași (45 paturi). Multe județe din țară fie nu dispun deloc de această specialitate, fie au foarte puține paturi, ceea ce limitează accesul rapid la tratamente neurochirurgicale.

Secțiile pentru arși sunt aproape inexistente în majoritatea județelor, fiind prezente doar sporadic și în număr mic chiar și în județe mari. Majoritatea județelor nu au niciun pat destinat explicit pacienților arși, iar distribuția existentă (predominant în București și câteva județe mari precum Timiș și Iași) este insuficientă pentru acoperirea nevoilor populației.

O situație similară se regăsește și la oncologie medicală, unde de asemenea Bucureștiul (294 paturi), Clujul (104 paturi), Timiș (162 paturi) și Dolj (78 paturi) concentrează majoritatea resurselor. În județe precum Giurgiu, Ialomița, Covasna sau Sălaj, numărul de paturi oncologice este extrem de mic sau chiar zero, fapt ce limitează accesul pacienților la tratamente esențiale.

Județele mici și medii sunt deficitare inclusiv la specialități relativ comune, cum ar fi hematologia, nefrologia sau gastroenterologia. În hematologie, județe precum Călărași sau Giurgiu au zero paturi, în timp ce județe ca Mehedinți sau Vrancea au doar câteva locuri disponibile. Nefrologia este de asemenea slab reprezentată în multe județe mici, cum ar fi Harghita, Covasna sau Giurgiu, cu sub 10 paturi. Gastroenterologia prezintă dezechilibre similare: județele Ialomița, Covasna și Bistrița-Năsăud au foarte puține paturi raportat la populație, iar județul Giurgiu dispune doar de câteva paturi.

În majoritatea județelor mici și de provincie, singurele specialități larg disponibile sunt medicina internă și chirurgia generală, în timp ce specialitățile de nișă, precum neurologia pediatrică, recuperarea medicală (neurologică, cardiovasculară sau ortopedică) sau chirurgie toracică și vasculară, lipsesc aproape în totalitate.

Județele mici sunt astfel forțate să trimită pacienții cu patologii specifice către centre universitare sau județe vecine.

Analiza paturilor din specialitățile obstetrică-ginecologie, ginecologie și obstetrică reflectă o pondere semnificativă în structura spitalizării continue din România, cumulând împreună peste 7.900 de paturi la nivel național (7.164 obstetrică-ginecologie, 547 obstetrică și 231 ginecologie).

Totuși, acest număr mare de paturi poate ridica întrebări cu privire la eficiența reală a utilizării lor. Distribuția acestor paturi la nivelul județelor este echilibrată, majoritatea județelor dispunând de secții de obstetrică-ginecologie, asigurând astfel o bună acoperire teritorială.

Secțiile pediatrice specializate, cum ar fi **neurologia pediatrică, endocrinologia pediatrică și diabetul pediatric**, sunt slab reprezentate sau chiar inexistente în multe județe, inclusiv în unele județe mari sau centre universitare importante, forțând familiile să călătorească către centre mai îndepărtate (București, Cluj, Iași).

Recuperarea medicală (neurologică, cardiovasculară, respiratorie) prezintă deficite clare în multe județe, mai ales cele mici și fără spitale universitare. În județe precum Giurgiu, Covasna sau Sălaj, numărul paturilor este minim sau inexistent, iar acest lucru îngreunează recuperarea eficientă a pacienților după afecțiuni acute grave.

Secțiile de **psihiatrie pentru cronici** sunt grupate preponderent în câteva județe (ex. Dolj, Iași, Cluj), în timp ce alte județe dispun de capacități minime sau chiar zero pentru această categorie de pacienți.

Îngrijirile paliative sunt o altă zonă problematică. Unele județe, cum ar fi Caraș-Severin, Covasna, Gorj, Ialomița, Olt sau Vâlcea, nu au deloc paturi dedicate îngrijirii paliative sau au doar câteva unități disponibile (spre exemplu Alba are doar 6 paturi paliative). Acest deficit generează dificultăți în îngrijirea bolnavilor cronici și în faze terminale, aceștia fiind nevoiți să se deplaseze spre județele vecine pentru astfel de servicii.

Analiza distribuției paturilor de terapie intensivă (ATI) evidențiază o concentrare pronunțată în București (1.197 paturi) și în marile centre universitare precum Cluj (342 paturi), Timiș (278 paturi), Iași (305 paturi), Brașov (228 paturi) și Dolj (197 paturi).

În contrast, în restul județelor numărul mediu al paturilor ATI este semnificativ mai redus (70 de paturi), existând o mare disparitate geografică ce poate afecta accesul echitabil al pacienților la servicii vitale de urgență și terapie intensivă.

De exemplu Alba, Argeș, Botoșani, Călărași, Covasna, Giurgiu și altele. Acest deficit poate fi critic în cazurile grave care necesită suport vital avansat imediat. (Figura 9)

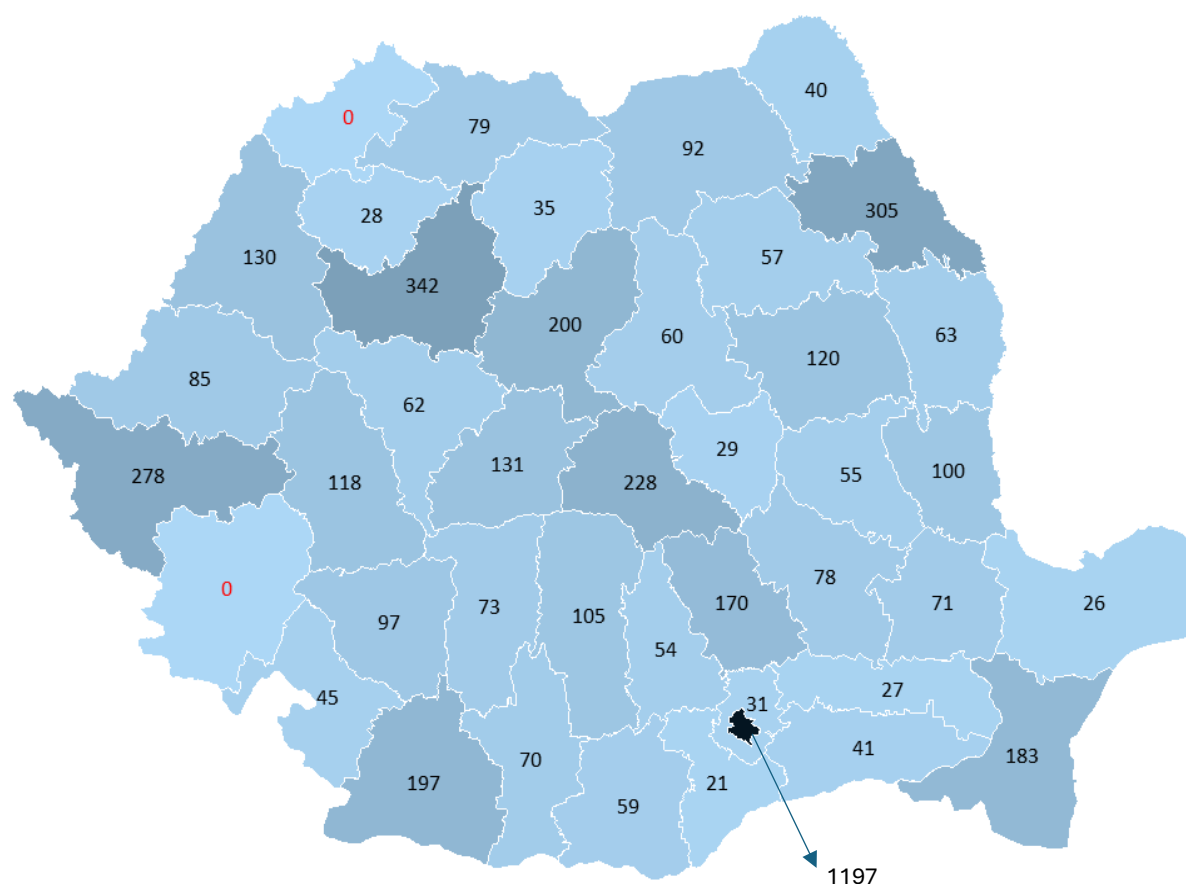
Această distribuție neuniformă a devenit evidentă mai ales în contextul pandemiei COVID-19, când presiunea pe secțiile ATI a scos la iveală vulnerabilitățile sistemului și necesitatea stringentă de extindere și uniformizare teritorială a capacității acestor servicii esențiale.

De menționat este faptul că județele Caraș-Severin și Satu Mare figurează în această raportare cu zero paturi ATI, o situație neobișnuită care ar putea reflecta erori de raportare, însă care subliniază nevoia stringentă de monitorizare și actualizare a datelor pentru o planificare realistă a resurselor.

Una dintre posibilele concluzii ale analizei este că piața serviciilor medicale s-a orientat, în mod natural, către o regionalizare a furnizării spitalizării continue.

Această tendință este determinată de o serie de factori, printre care se numără atractivitatea marilor centre urbane pentru medicii supraspecializați, preferința pacienților pentru spitalele din centrele universitare, necesitatea unei interconectări eficiente a serviciilor medicale într-o arie geografică restrânsă, precum și disponibilitatea limitată a unei părți a resursei umane în zonele mai puțin dezvoltate.

Figura 9 - Distribuția paturilor de Terapie intensivă



II. Analiza activității spitalelor publice și private

Analiza a fost realizată prelucrând datele de la Institutul National de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS), instituție ce validează pentru CNAS raportările spitalelor publice și private în privința spitalizărilor continue acuți (SC acuți), spitalizărilor continue cronici (SC cronici) și a spitalizărilor de zi (SZ), decontabile din FNUASS, aferente paturilor contractate.

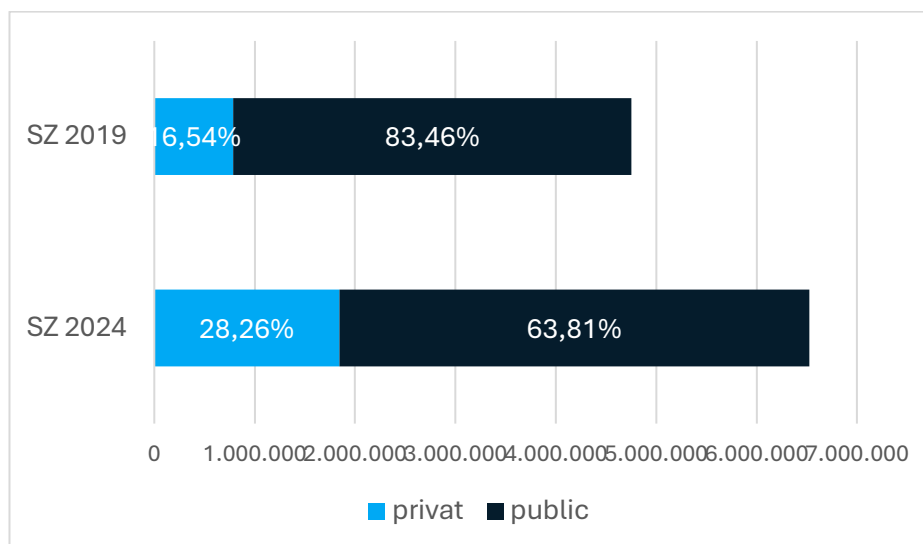
Am decis să utilizăm doar cazurile validate de către INMSS pe toate cele trei tipuri de spitalizări, pentru că acestea sunt decontate de către CNAS. Diferențele față de numărul de cazuri raportate de către spitale sunt mici, având în vedere că INMSS validează 99,50% din spitalizările continue și 99,68% din spitalizările de zi, fără nici o diferență legată de tipul furnizorului, public sau privat. În 2024 au fost invalidate de către INMSS un număr total de 19.113 SC și 16.356 SZ. Menționăm că nu am avut acces la datele privind cazurile nedecontate de către CNAS și, implicit, neraportate în sistem, acestea regăsindu-se cu predilecție în cadrul spitalelor private. Această limitare poate influența parțial interpretarea completă a volumului real de activitate desfășurat în aceste unități. În perioada 2019-2024, numărul total de spitalizări continue (SC) în România a scăzut cu 7,39%, de la 4.130.401 la 3.824.975. (tabelul 8) Această reducere generalizată s-a produs aproape exclusiv în sectorul public, unde spitalizările continue au înregistrat o scădere de 9,31%, în timp ce în sectorul privat s-a observat o creștere de 34,87%. Deși spitalele publice continuă să gestioneze marea majoritate a internărilor de lungă durată, această tendință indică o creștere a încrederii pacienților în spitalele private și o posibilă schimbare a strategiilor de tratament, cu un accent mai mare pe servicii ambulatorii și intervenții minim invazive.

Tabelul 9 - Activitatea spitalelor în anul 2024 comparativ cu anul prepandemic 2019

SPITALE	SC 2019	SC 2024	SC 2024 vs 2019	SZ 2019	SZ 2024	SC 2024 vs 2019	SZ 2024 vs 2019
Private		241.254	+34,87%	786.904	1.844.492	+34,87%	+134,39%
Publice		3.583.721	-9,31%	3.969.255	4.682.322	-9,31%	+17,96%
Total	4.130.401	3.824.975	-7,39%	4.756.159	6.526.814	-7,39%	+37,22%
% private		6,31%		16,54%	28,26%		

În schimb, spitalizările de zi (SZ) au crescut per total cu 37,22%, de la 4.756.159 în 2019 la 6.526.814 în 2024. Această creștere globală este rezultatul unui fenomen interesant: sectorul privat a cunoscut o explozie a spitalizărilor de zi, cu o creștere de 134,39%, în timp ce sectorul public a înregistrat o creștere moderată, dar semnificativă de 17,96%. Astfel, pacienții au migrat masiv către spitalele private pentru servicii de zi, unde condițiile sunt mai bune, timpul de așteptare mai scurt, iar procedurile medicale sunt adesea mai rapide și mai eficiente.

Figura 10 - Raportul public privat în privința numărului de spitalizări de zi realizate



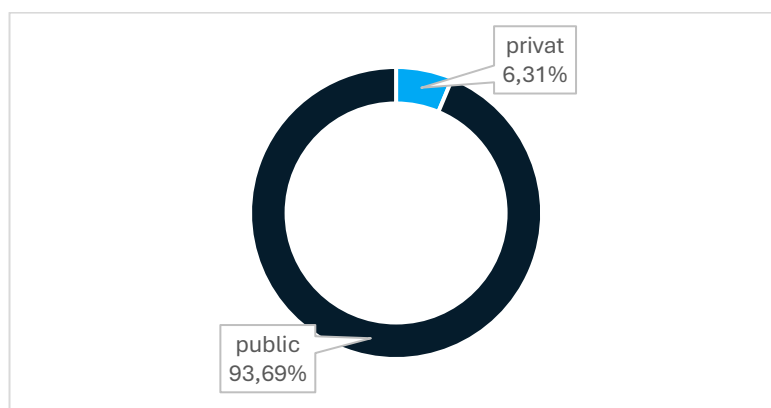
Această dinamică reflectă o redistribuire a serviciilor medicale, în care spitalele publice continuă să gestioneze internările de lungă durată, dar pierd teren pe segmentul spitalizărilor de zi, unde privatul și-a dublat aproape ponderea, ajungând la 28,26% din totalul SZ în 2024, comparativ cu doar 16,54% în 2019. Aceasta sugerează că spitalele private au devenit o alegere principală pentru pacienții care caută intervenții rapide, fără a necesita internare prelungită. (Figura 10) În ansamblu, scăderea globală a spitalizărilor continue și creșterea globală a spitalizărilor de zi arată o transformare în modul în care pacienții accesează serviciile medicale. Se observă o tranziție spre un sistem mai flexibil, în care tratamentele ambulatorii și spitalizările de zi sunt preferate în detrimentul internărilor clasice. În acest context, spitalele private au reușit să capitalizeze această tendință și să atragă un număr semnificativ de pacienți, în timp ce spitalele publice, deși rămân dominante pe internările continue, pierd din influență în ceea ce privește tratamentele rapide și eficiente. Dacă această tendință continuă, este posibil să vedem o creștere și mai mare a influenței sectorului privat, în special în segmentul SZ, și o nevoie urgentă de adaptare a spitalelor publice pentru a rămâne competitive.

Spitalele private au înregistrat o creștere semnificativă a numărului de spitalizări continue (SC) în perioada 2019-2024, de la 178.884 la 241.254, ceea ce reprezintă o creștere de 34,87%.

În schimb, spitalele publice au pierdut pacienți în acest segment, numărul de internări scăzând cu 9,31%, de la 3.951.517 la 3.583.721. Deși sectorul public continuă să domine în acest tip de servicii, ponderea privatului a crescut de la 4,33% în 2019 la 6,31% în 2024 (figura 11), indicând o tendință de diversificare a alegerilor pacienților, care încep să aibă mai multă încredere în spitalele private pentru tratamentele ce necesită internare prelungită și totodată resurse financiare pentru a acoperi contribuțiile personale.

În anexa sunt prezentate datele activității tuturor spitalelor publice, respectiv private din România pentru anul 2024, incluzând numărul de spitalizări continue (SC), numărul de spitalizări de zi (SZ), precum și evoluția acestora față de anul 2019 (SC și SZ). Astfel, se permite o analiză comparativă detaliată a performanței fiecărei unități sanitare în perioada menționată.

Figura 11 - Raportul public privat în privința numărului de spitalizări continue realizate în 2024



Din cele 402 spitale private analizate, 58 doar spitalizare continua, 172 de spitale private realizeaza atât SC cât și SZ, 199 spitale , doar SZ, si 31 spitale nu au raportat activitate în 2024. În tabelul 11 este prezentată activitatea spitalelor publice din România în anul 2024 comparativ cu anul prepandemic 2019, în ceea ce privește numărul de spitalizări continue (SC). Deși, în medie, spitalele publice au înregistrat o scădere moderată de doar 9,31%, aparent conformă cu Strategia Națională de Sănătate care promovează reducerea spitalizărilor continue în favoarea dezvoltării serviciilor ambulatorii și a spitalizărilor de zi, situația reală este mai complexă și îngrijorătoare.

Analiza individuală a spitalelor publice relevă faptul că un număr considerabil de spitale au raportat scăderi semnificative ale numărului de spitalizări continue. Astfel, 17 spitale publice au înregistrat scăderi extrem de mari, de peste 30%, alte 50 de spitale au scăderi între 20-30%, iar un număr mare, de 116 spitale, au avut scăderi cuprinse între 10% și 20%. Este evident că spitalele care au pierdut un număr atât de mare de internări în raport cu anul 2019 sunt expuse riscului unor probleme financiare majore, având în vedere faptul că finanțarea prin sistemul DRG este direct dependentă de volumul activității medicale și complexitatea cazurilor tratate. Aceste scăderi puternice pot fi explicate parțial de impactul pandemiei COVID-19, când în anul 2020 activitatea medie în spitale a fost redusă cu aproximativ 40%. Totuși, revenirea activității după pandemie nu s-a produs uniform. În plus, renunțarea temporară la sistemul DRG în favoarea unei finanțări bazate exclusiv pe decontarea integrală a cheltuielilor (la nivel

de factură), a stimulat, indirect, ineficiența și complacerea în anumite spitale, care nu au mai avut motivația necesară pentru a reveni la nivelul anterior de performanță. Astfel, la doi ani de la sfârșitul pandemiei, unele spitale publice încă se confruntă cu incapacitatea de a-și recupera pacienții și implicit veniturile aferente activității.

Pe de altă parte, există și spitale publice care au înregistrat creșteri notabile în perioada analizată: 8 spitale au raportat creșteri foarte mari, de peste 30%, alte 12 spitale au avut creșteri între 20% și 30%, iar 19 spitale între 10% și 20%. Aceste spitale reprezintă modele pozitive, dovedind că este posibilă adaptarea și chiar dezvoltarea în contextul actual al sistemului sanitar. Evoluția pozitivă a acestor spitale reflectă o abordare proactivă în adaptarea serviciilor oferite și optimizarea fluxurilor interne, demonstrând că performanța și eficiența sunt posibile chiar și în condițiile restrictive actuale.

Aceste rezultate sugerează necesitatea unor măsuri diferențiate, bazate pe o analiză atentă a performanței individuale a spitalelor, astfel încât cele aflate în dificultate să poată beneficia de sprijin adaptat realității cu care se confruntă, iar exemplele pozitive să fie promovate ca modele de bună practică în întregul sistem sanitar.

Tabelul 11 - Activitatea spitalelor publice în anul 2024 comparativ cu anul prepandemic 2019 în ceea ce privește spitalizările continue (SC)

ACTIVITATE 2024 vs 2019	Nr spitale publice
Scădere mai mare de 30%	17
Scădere cu 20-30%	50
Scădere cu 10-20%	116
Scădere cu 0-10%	96
Crestere cu 0-10%	56
Crestere cu 10-20%	19
Crestere cu 20-30%	12
Crestere cu peste 30%	8

Tabelul 12 - Activitatea spitalelor publice în anul 2024 comparativ cu anul prepandemic 2019 pe categorii de spitale

Clasificare	SC 2024 vs					
CNAS	SC 2024	SZ 2024	SC 2019	SZ 2019	2019	SZ 2024 vs 2019
I	388.887	398.012	418.722	283.555	-7,13%	40,37%
IM	371.815	905.720	401.845	748.987	-7,47%	20,93%
II	561.702	484.919	604.519	376.109	-7,08%	28,93%
IIM	266.465	452.125	278.231	304.231	-4,23%	48,61%
III	1.044.115	814.354	1.184.415	763.590	-11,85%	6,65%
IV	722.705	1.336.560	813.351	1.259.946	-11,14%	6,08%
V	131.242	280.515	145.915	187.760	-10,06%	49,40%
neclasificat	96.790	10.117	104.519	45.077	-7,39%	-77,56%

Din tabelul 12 se observă că spitalele mari, respectiv cele de categorie I și II (în principal spitale județene de urgență), au înregistrat scăderi mult mai mici ale activității comparativ cu spitalele de categorie inferioară. Spre exemplu, spitalele de categoria I au avut o reducere a spitalizărilor continue (SC) de doar 7,13%, iar cele de categoria II de 7,08%, ambele valori fiind sub media națională de -9,31%. Aceeași tendință se menține și pentru institute și spitale monodisciplinare (IM și IIM), care au suferit reduceri moderate de -7,47% și -4,23%. Suplimentar, aceste categorii de spitale public au performat și în privința spitalizărilor de zi cu creșteri de 40,37% pentru categoria I, respective 28,93% pentru categoria II.

În schimb, spitalele mici – categoria III, IV și V (spitale municipale și orășenești) – au fost cele mai afectate. Spitalele de categoria III au pierdut 11,85% din internările continue, iar spitalele categoria IV și V au suferit scăderi de 11,14% și 10,06%. De asemenea, spitalele de categoria III și IV au înregistrat o creștere marginală a spitalizărilor de zi (SZ), de cca 6%. Surprinzător, spitalele de categoria V au înregistrat o creștere remarcabilă a numărului de spitalizări de zi de 49,4%. În acest context, spitalele orășenești și municipale ar trebui să se concentreze mai mult pe dezvoltarea spitalizării de zi, mai ales că unele dintre ele au început deja să facă pași în această direcție.

Dacă spitalele mici nu își revin în ceea ce privește activitatea, există un risc ridicat de nesustenabilitate financiară, ceea ce ar putea duce fie la închideri, fie la transformarea lor în ambulatorii/spitalizare de zi sau spitale pentru pacienți cronici. Totuși, având în vedere că aceste spitale încă deservesc un număr semnificativ de pacienți, o astfel de măsură trebuie analizată foarte atent și de la caz la caz. Închiderea sau transformarea lor fără o strategie clară ar putea agrava disparitățile geografice existente în România, afectând accesul la servicii medicale pentru populația din orașele mai mici și zonele rurale.

Tabelul 13 arată că, deși per ansamblu spitalele private au înregistrat o creștere a numărului de spitalizări continue față de 2019, această evoluție nu a fost uniformă. Un număr semnificativ de spitale private (50) au avut scăderi de activitate, unele chiar majore, de peste 30%. În același timp, 24 de spitale private și-au dublat numărul de internări, iar alte 23 au înregistrat creșteri între 30% și 100%, indicând o polarizare a performanței în acest sector. Aceste creșteri impresionante sugerează fie o expansiune a serviciilor oferite de anumite spitale private, fie o creștere a cererii din partea pacienților, care au migrat către sectorul privat pentru anumite tipuri de tratamente.

Tabelul 14 evidențiază creșteri spectaculoase ale numărului de spitalizări de zi (SZ) în sectorul privat între 2019 și 2024. Spre deosebire de spitalizările continue, unde formula CNAS plafonează numărul de internări și gradul de ocupare al paturilor, în cazul spitalizărilor de zi nu există un astfel de mecanism de limitare.

Această lipsă de reglementare a permis o adevărată explozie a SZ-urilor în spitalele private, cu 14 unități care au înregistrat creșteri de peste 1000%, iar alte 32 de spitale au avut o creștere între 200% și 500%. Aceste valori ridică semne de întrebare privind sustenabilitatea acestui model de finanțare, iar în unele cazuri, ar putea fi necesară o analiză mai detaliată din partea CNAS pentru a verifica justificarea acestor creșteri spectaculoase.

Am identificat 24 de spitale private dar și publice care raportează în medie între 5 și 16 SZ/pat contractat/zi, 365 zile/an lucru cu adevărat “incredibil”, ceea ce ar trebuie să fie investigat imediat și în mod continuu de către CNAS pentru a se evita fraudele sau erorile de raportare.

Tabelul 13 - Activitatea spitalelor private în anul 2024 comparativ cu anul prepandemic 2019 în ceea ce privește spitalizările continue (SC)

ACTIVITATE 2024 vs 2019	Nr spitale private
Scădere mai mare de 30%	19
Scădere cu 20-30%	13
Scădere cu 10-20%	9
Scădere cu 0-10%	9
Creștere cu 0-10%	17
Creștere cu 10-20%	7
Creștere cu 20-30%	11
Creștere cu 30-100%	23
Creștere cu peste 100%	24

***Tabelul 14 - Activitatea spitalelor private în anul 2024 comparativ cu anul prepandemic
2019 în ceea ce privește spitalizările de zi (SZ)***

ACTIVITATE 2024 vs 2019	Nr spitale private
Scădere mai mare de 50%	7
Scădere cu 0-50%	22
Creștere cu 0-50%	57
Creștere cu 50-100%	46
Creștere cu 100-200%	37
Creștere cu 200-500%	32
Creștere cu 500-1000%	9
Creștere cu peste 1000%	14

Tabelul 15 - Numărul spitalizărilor continue în 2024 la nivel național

JUDET	SC 2024	din care privat	%privat	2024 vs 2019	SC 2024 la 1000 locuitori
ALBA	52.947	664	1,25%	-11,17%	163
ARAD	58.537	5.224	8,92%	-5,50%	142
ARGES	88.827	2.161	2,43%	-9,06%	157
BACAU	104.780	9.055	8,64%	-4,05%	176
BIHOR	128.286	13.496	10,52%	1,06%	231
BISTRITA NASAUD	41.015	3.317	8,09%	-0,21%	138
BOTOSANI	59.380	247	0,42%	-12,35%	152
BRAILA	41.359	267	0,65%	-14,13%	151
BRASOV	111.993	20.468	18,28%	-5,32%	201
BUCURESTI	755.073	56.669	7,51%	-7,64%	439
BUZAU	51.369	1.175	2,29%	-16,28%	129
CALARASI	29.026	205	0,71%	-17,16%	104
CARAS SEVERIN	44.280	612	1,38%	-13,97%	182
CLUJ	217.918	15.137	6,95%	-1,99%	314
CONSTANTA	149.719	28.841	19,26%	0,52%	228
COVASNA	43.799	0	0,00%	-5,03%	219
DAMBOVITA	53.063	0	0,00%	-11,73%	111
DOLJ	142.343	9.429	6,62%	-2,11%	238
GALATI	84.308	0	0,00%	-13,46%	171
GIURGIU	18.192	1.468	8,07%	-5,94%	70
GORJ	56.771	0	0,00%	-19,24%	183
HARGHITA	55.253	0	0,00%	-1,30%	189
HUNEDOARA	76.893	0	0,00%	-5,75%	217
IALOMITA	25.369	0	0,00%	-15,30%	102
IASI	224.903	20.845	9,27%	0,67%	289
ILFOV	23.027	1.564	6,79%	-21,09%	39
MARAMURES	80.736	2.395	2,97%	-1,70%	179
MEHEDINTI	33.162	1.018	3,07%	-22,44%	144
MURES	108.367	7.815	7,21%	-8,35%	208
NEAMT	60.421	22	0,04%	-11,37%	135
OLT	54.055	804	1,49%	-15,37%	144
PRAHOVA	103.863	6.612	6,37%	-9,84%	151
SALAJ	34.654	1.966	5,67%	-6,18%	165
SATU MARE	47.649	581	1,22%	-11,99%	144
SIBIU	86.070	7.366	8,56%	-2,55%	219
SUCEAVA	91.340	3.289	3,60%	-4,70%	142
TELEORMAN	44.716	0	0,00%	-19,11%	142
TIMIS	166.813	13.200	7,91%	-5,02%	251
TULCEA	26.362	750	2,85%	-11,10%	139
VALCEA	52.486	3.335	6,35%	-17,04%	154
VASLUI	54.452	76	0,14%	-15,39%	147
VRANCEA	41.399	1.181	2,85%	-17,85%	125
TOTAL	3.824.975	241.254	6,31%	-7,39%	201

Tabelul 15 reflectă distribuția spitalizărilor continue (SC) la nivel național, evidențiind o corelare clară între volumul internărilor și infrastructura spitalicească existentă în fiecare județ.

Se menține polarizarea obișnuită în București (755.073 spitalizări continue) și județele cu mari centre universitare – Iași (224.903), Cluj (217.918), Timiș (166.813) și Dolj (142.343) – unde se concentrează atât spitale regionale de mari dimensiuni, cât și institute specializate. În contrast, județe cu o infrastructură medicală limitată, precum Giurgiu (18.192), Ialomița (25.369), Tulcea (26.362) sau Călărași (29.026), înregistrează un număr mult mai mic de internări, ceea ce sugerează că pacienții sunt nevoiți să migreze către județele învecinate sau marile centre medicale.

Un aspect deosebit de important este mobilitatea pacienților. O analiză a INMSS a arătat că aproximativ 50% dintre pacienții internați în spitalele din București provin din afara capitalei, ceea ce indică o presiune majoră asupra sistemului sanitar al orașului. O hartă a mobilității pacienților, care să arate fluxurile între județele de domiciliu și județele în care au fost tratați, ar fi extrem de utilă pentru a înțelege mai bine dezechilibrele regionale și accesul inegal la servicii medicale.

În ceea ce privește ponderea spitalizărilor continue realizate în sectorul privat, aceasta variază considerabil între județe. Observăm procente ridicate în Constanța (19,26%), Brașov (18,28%) și Bihor (10,52%), județe unde există facultăți de medicină și o dezvoltare notabilă a sectorului privat, dar care istoric nu au fost recunoscute pentru un sistem public de sănătate foarte performant. Aceste valori ridicate sugerează că privatul a umplut golurile lăsate de sectorul public și a devenit o alternativă viabilă pentru o parte dintre pacienți.

La polul opus, în multe județe, sectorul privat are o prezență aproape inexistentă în ceea ce privește spitalizările continue, cu valori sub 1% din totalul internărilor: Neamț (0,04%), Vaslui (0,14%), Botoșani (0,42%), Brăila (0,65%) și Călărași (0,71%). Aceste județe depind aproape exclusiv de spitalele publice pentru îngrijirea pacienților în regim de spitalizare continuă.

Cele mai bine reprezentate specialități medicale, în funcție de numărul de spitalizări continue în 2024, sunt medicina internă (360.027 cazuri), pediatria (264.123 cazuri), cardiologia (221.776 cazuri), neurologia (144.473 cazuri) și psihiatria acută (148.616 cazuri) (tabelul 16). Acestea sunt specialitățile de bază în spitale și reflectă atât prevalența ridicată a patologiilor asociate, cât și necesitatea internărilor pentru diagnostic și tratament.

Cele mai complexe cazuri, reflectate prin cel mai mare indice de case mix (ICM), sunt înregistrate în secțiile de HIV/SIDA (ICM 3,93), hematologie (ICM 2,65), terapie intensivă coronarieni (ICM 2,25), gastroenterologie (ICM 1,82) și oncologie pediatrică (ICM 1,82). Aceste valori indică faptul că pacienții internați în aceste secții necesită îngrijiri avansate, consum intensiv de resurse medicale și tratamente de specialitate. La polul opus, specialitățile cu cele mai scăzute valori ale indicelui de case mix sunt toxicologia (ICM 0.93), neonatologia nou-născuți (ICM 1.03), diabetul pediatric (ICM 1.03) și imunologia clinică și alergologia (ICM 1.09). Deși sunt specialități importante și dificile, acestea sunt relativ prost codificate de

sistemul DRG, care nu a mai fost revizuit de la introducerea sa în România acum mai bine de 20 de ani.

Tabelul 16 - Activitatea spitalelor în 2024 pe secțiile acuți medicale

Cod Secție	DENUMIRE SECȚIE	SC	DMS	ICM realizat
1011	Boli infecțioase	129.565	6,35	1,64
1012	Boli infecțioase copii	27.107	4,66	1,35
1023	HIV/SIDA	7.110	5,55	3,93
1033	Boli parazitare	823	5,01	1,91
1051	Cardiologie	221.776	4,96	1,75
1052	Cardiologie copii	3.037	4,79	1,47
1071	Dermatovenerologie	31.661	5,56	1,61
1072	Dermatovenerologie copii	180	3,05	1,28
1081	Diabet zaharat, nutriție și metabolice	35.826	5,41	1,34
1082	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii	1.316	3,85	1,03
1093	Dializă peritoneală	177	6,44	2,17
1101	Endocrinologie	32.923	2,98	1,22
1102	Endocrinologie copii	3.410	2,33	1,18
1111	Gastroenterologie	115.225	4,77	1,82
1131	Hematologie	43.921	5,42	2,65
1132	Hematologie copii	2.005	4,14	1,19
1151	Imunologie clinică și alergologie	2.258	3,01	1,09
1152	Imunologie clinică și alergologie copii	1.633	3,33	1,43
1163	Medicina generală	251	5,68	1,26
1171	Medicină internă	360.027	6,06	1,57
1191	Nefrologie	41.132	6,11	1,84
1192	Nefrologie copii	5.772	3,74	1,62
1202	Neonatologie (nn și prematuri)	35.734	3,99	1,12
1212	Neonatologie (nou născuți)	92.648	3,91	1,03
1231	Neurologie	144.473	7,34	1,90
1232	Neurologie pediatrică	15.124	3,73	1,38
1241	Oncologie medicală	114.302	3,99	1,34
1242	Oncopediatrie	5.142	5,38	1,82
1252	Pediatrie	264.123	4,15	1,17
1262	Pediatrie (pediatrie și recuperare pediatrică)	6.389	3,68	1,68
1291	Pneumologie	98.695	7,04	1,68
1292	Pneumologie copii	5.420	4,83	1,51
1311	Psihiatrie acuți	148.616	8,86	1,62
1312	Psihiatrie pediatrică	11.207	4,87	1,69
1321	Psihiatrie (Nevroze)	1.673	7,47	1,58
1343	Psihiatrie (acuți și cronici)	10.643	8,06	1,47

1353	Toxicomanie	3.396	9,71	1,47
1363	Radioterapie	15.074	6,56	1,52
1433	Reumatologie	34.757	5,48	1,56
1453	Terapie intensivă coronarieni – UTIC	4.452	5,70	2,25
1463	Toxicologie	3.082	2,78	0,93
1493	Genetica medicala	140	2,68	1,49
	TOTAL	2.082.225	5,58	1,56

Din perspectiva profitabilității pentru spitale, cea mai avantajoasă specialitate medicală este terapia intensivă coronarieni (UTIC) urmată de hematologie și gastroenterologie, care înregistrează cel mai bun raport ICM/DMS. Aceasta indică o combinație optimă între complexitatea cazurilor tratate și durata de spitalizare relativ redusă, ceea ce maximizează eficiența financiară a spitalului.

Cele mai bine reprezentate specialități chirurgicale în funcție de numărul de spitalizări continue în 2024 sunt chirurgia generală (351.828 cazuri), obstetrică-ginecologie (290.341 cazuri), ortopedia și traumatologia (136.662 cazuri), urologia (109.278 cazuri), otorino-laringologia (71.996 cazuri), oftalmologia (66.787 cazuri), neurochirurgia (55.600 cazuri) și chirurgia plastică și reparatorie (45.726 cazuri) (tabelul 17).

Tabelul 17 - Activitatea spitalelor în 2024 pe secțiile acuți chirurgicale

Cod Secție	DENUMIRE SECȚIE	SC	DMS	ICM realizat
2013	Arși	2.331	14,39	4,38
2033	Chirurgie cardiovasculară	12.759	9,10	4,30
2043	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	2.704	10,78	4,96
2051	Chirurgie generală	351.828	5,83	2,12
2063	Chirurgie laparoscopică	938	5,03	2,44
2073	Chirurgie artroscopică	112	1,71	0,97
2083	Chirurgie oncologică	19.655	6,00	1,86
2092	Chirurgie și ortopedie pediatrică	26.243	3,42	1,52
2102	Chirurgie pediatrică	20.672	3,78	1,47
2113	Chirurgie plastică și reparatorie	45.726	4,32	2,42
2123	Chirurgie toracică	16.716	6,88	2,68
2133	Chirurgie vasculară	20.706	5,66	2,89
2141	Ginecologie	11.648	2,79	1,51
2151	Gineco-oncologie	969	3,34	1,62
2173	Neurochirurgie	55.600	7,08	3,08
2181	Obstetrică	25.394	3,78	1,28
2191	Obstetrică-ginecologie	290.341	3,69	1,20
2201	Oftalmologie	66.787	2,57	0,74
2202	Oftalmologie copii	1.202	2,84	0,66
2211	Ortopedie și traumatologie	136.662	5,75	2,18
2212	Ortopedie pediatrică	10.092	3,12	1,42
2221	Otorino-laringologie (ORL)	71.996	3,93	1,81
2222	Otorino-laringologie (ORL) copii	16.981	2,00	1,55
2233	Otorino-laringologie (ORL) - implant cohlear	293	4,10	1,67
2241	Sterilitate - infertilitate	206	1,61	0,73
2263	TBC osteo-articular	625	10,09	1,45
2281	Transplant medular adulți	559	9,48	2,95
2282	Transplant medular copii	154	8,47	2,28
2301	Urologie	109.278	4,35	1,76
2302	Urologie pediatrică	402	4,00	1,35
6013	Chirurgie maxilo-facială	21.983	3,84	2,27
	TOTAL	1.341.562	4,80	1,85

Cele mai complexe cazuri, indicate de cel mai mare indice de case mix (ICM), sunt tratate în secțiile de chirurgie cardiovasculară (ICM 4,30), chirurgie cardiacă și a vaselor mari (ICM 4,96), chirurgie pentru pacienți arși (ICM 4,38) și transplant medular (ICM 2,95 pentru adulți). La polul opus, specialitățile cu cel mai scăzut ICM sunt oftalmologia (ICM 0.74) și obstetrică-ginecologia (ICM 1,2). Din perspectiva profitabilității pentru spitale, specialitățile chirurgicale

cu cel mai bun raport ICM/DMS sunt chirurgia cardiovasculară, transplantul medular adulți și chirurgia vasculară.

Tabelul 18 - Activitatea spitalelor în 2024 pe secțiile de cronici

Cod Secție	DENUMIRE SECȚIE	SC	DMS
1061	Cronici	58.773	10,38
1061_PAL	Paliatie	28.587	33,41
1121	Geriatric și gerontologie	20.766	12,78
1181	Medicina muncii	4.264	5,84
1222	Neonatalogie (prematuri)	12.381	15,59
1272	Pediatric (recuperare pediatrică)	1.565	17,28
1282	Pediatric cronici	873	8,08
1301	Pneumoftiziologie	23.022	28,48
1302	Pneumoftiziologie copii	2.612	11,53
1333	Psihiatric cronici	32.126	83,13
1371	Recuperare, medicină fizică și balneologie	125.503	11,21
1372	Recuperare, medicină fizică și balneologie copii	1.846	18,21
1383	Recuperare medicală-cardiovasculară	19.058	12,08
1393	Recuperare medicală neurologie	32.516	12,51
1403	Recuperare medicală-ortopedie și traumatologie	9.482	10,13
1413	Recuperare medicală - respiratorie	10.205	9,85
1423	Recuperare neuro-psiho-motorie	16.071	14,49
1473	Secții sanatoriale	1.488	22,59
	TOTAL	401.138	19,89

Specialitatea **recuperare, medicină fizică și balneologie** a înregistrat cel mai mare număr de pacienți în 2024 dintre secțiile de cronici, cu **125.503** spitalizări continue. (tabelul 18)

Activitatea secțiilor de cronici reflectă specificul îngrijirilor de lungă durată, cu durate medii de spitalizare semnificativ mai mari decât în secțiile de acuți. Psihiatria cronică are cea mai ridicată DMS (83,13 zile), ceea ce evidențiază natura îngrijirii pe termen lung pentru acești pacienți. De asemenea, îngrijirile paliative (33,41 zile) și pneumoftiziologia (28,48 zile) au valori ridicate, confirmând necesitatea prelungită a internării în aceste domenii. Recuperarea medicală, în toate formele sale (neurologică, cardiovasculară, ortopedică), prezintă o DMS între 10 și 14 zile, ceea ce indică o utilizare eficientă a paturilor, optimizând procesul de reabilitare a pacienților.

III. Analiza gradului de ocupare al paturilor

După analiza infrastructurii spitalicești și a numărului de paturi contractabile în prima parte a studiului, precum și a activității spitalelor publice și private în partea a doua, următorul pas firesc este analiza gradului de ocupare al paturilor. Acest indicator permite corelarea capacității existente cu utilizarea efectivă a resurselor, oferind o imagine clară asupra eficienței sistemului de spitalizare din România.

După cum am afirmat în introducere, am identificat diferențe semnificative între codificarea secțiilor raportată de unitățile sanitare către CNAS și cea raportată către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS). În plus, raportarea nestandardizată a spitalelor publice și private a activității pe secții și compartimente a complicat și mai mult procesul de aliniere a datelor. Pentru a corela cele două baze de date cu pierderi minime de informații, a fost necesară recodificarea manuală a aproximativ 800 de intrări, astfel încât paturile contractate și internările să fie corect asociate. Am reușit astfel să păstrăm factorul de eroare mult sub 1%. Totuși atenționăm că cifrele din această a treia secțiune diferă ușor față de cele prezentate anterior.

Amintim formula de calcul a Gradului de ocupare al paturilor (**Formula 3**) și anume:

$$\text{Grad ocupare paturi} = \frac{\text{Nr. SC} * \text{DMS}}{\text{Nr. Paturi} * 365}$$

Acest indicator este esențial în evaluarea performanței spitalelor, deoarece reflectă măsura în care paturile disponibile sunt utilizate eficient. Literatura internațională indică faptul că un grad optim de ocupare a paturilor în secțiile pentru afecțiuni acute se situează între 80-85%, asigurând un echilibru între disponibilitatea resurselor și evitarea supraîncărcării unității. În cazul spitalelor pentru pacienți cronici, gradul optim de ocupare este adesea mai ridicat, putând ajunge la 90%, având în vedere durata mai lungă a internărilor și fluxul mai stabil de pacienți. În România, însă, gradul de ocupare al paturilor este afectat de factori artificiali impuși de sistemul de finanțare al CNAS. După cum s-a demonstrat în analiza matematică prezentată în prima parte a studiului, CNAS plafonează gradul de ocupare la un nivel mult sub cel optim, prin formula de calcul a sumei contractate. Astfel, spitalele din România nu sunt încurajate să își optimizeze utilizarea paturilor, ci sunt forțate să funcționeze sub capacitatea reală, pentru a se încadra în plafoanele de decontare impuse de CNAS. În plus, spitalele evită reducerea numărului de paturi, chiar și acolo unde activitatea scăzută ar justifica o restructurare, deoarece această decizie ar duce automat la o diminuare a sumelor contractate. Astfel, menținerea unor paturi neutilizate devine o strategie financiară impusă de actualul model de contractare, iar în

timp ce unele secții sunt supraaglomerate și au liste lungi de așteptare, altele rămân subutilizate, ceea ce accentuează ineficiențele sistemului sanitar.

În analiza următoare, obiectivul principal va fi identificarea secțiilor și spitalelor unde o reducere a numărului de paturi se impune din lipsa activității, fără a compromite accesul pacienților la servicii medicale.

Această evaluare trebuie realizată ținând cont de anomalii impuse de CNAS, care au determinat spitalele să păstreze artificial paturi neutilizate pentru a nu pierde din contractare. Identificarea zonelor unde există dezechilibre între capacitate și utilizare reală este esențială pentru optimizarea infrastructurii și îmbunătățirea eficienței sistemului spitalicesc, precum și a mecanismului de contractare a spitalizării continue acută.

Valorile medii prezentate în tabele, la nivel de spitale, categorii de spitale, furnizori publici sau privați și specialități, nu reprezintă o simplă medie aritmetică a indicatorilor ICM, DMS sau grad de ocupare al paturilor. Acestea au fost obținute printr-o metodologie ponderată, bazată pe datele colectate la nivel de secție.

Pentru fiecare secție, s-au calculat numărul total de zile de spitalizare ($DMS \times \text{număr SC}$) și valoarea relativă totală sau pacienții ponderați ($ICM \times \text{număr SC}$). Ulterior, ICM la nivel de spital a fost determinat prin raportarea sumei valorilor relative totale la numărul total de spitalizări continue din toate secțiile spitalului. În mod similar, DMS-ul spitalului a fost calculat prin raportul dintre suma zilelor totale de spitalizare și numărul total de spitalizări continue.

Tabelul 19 - Activitatea spitalelor publice și private în 2024

	PUBLIC	PRIVAT	TOTAL
ACUTI			
Număr SC	3.242.211	181.626	3.423.837
ICM MEDIU	1,6630	1,9326	1,6773
DMS (zile)	5,44	2,2993	5,2740
Nr. Paturi	88.518	3.743	92.261
Grad de ocupare al paturilor	54,60%	30,57%	53,62%
CRONICI			
Număr SC	327.281	45.270	372.551
DMS (zile)	19,60	13,4879	18,8552
Număr Paturi	22.362	2.217	24.579
Grad de ocupare al paturilor	78,58%	75,46%	78,30%
PALIATIVE			
Număr SC	14.229	14.358	28.587
DMS	23,15	43,58	33,41
Nr. Paturi	1.098	2.025	3.123
Grad de ocupare al paturilor	82,21%	84,66%	83,80%
TOTAL			
Număr SC	3.583.721	241.254	3.824.975
DMS (zile)	6,80	6,86	6,81
Nr. Paturi	111.978	7.985	119.963
Grad de ocupare al paturilor	59,66%	56,75%	59,46%

Aceeași metodologie a fost utilizată și pentru gradul de ocupare, care a fost calculat inițial la nivel de secție și apoi agregat la nivel de spital și categorie prin raportarea ponderată a numărului total de zile de spitalizare la numărul total de paturi contractate. Astfel, valorile prezentate în tabele reflectă o medie ponderată care oferă o imagine mai fidelă a activității reale desfășurate în spitale, comparativ cu o simplă medie aritmetică a valorilor la nivel de unitate medicală.

Tabelul 19 evidențiază diferențele semnificative dintre spitalele publice și cele private în ceea ce privește utilizarea paturilor și tipurile de pacienți tratați. Spitalele publice rămân dominante, gestionând majoritatea spitalizărilor continue, însă există sectoare unde spitalele private joacă un rol important.

În spitalele pentru pacienți acuți, sectorul public tratează de aproape 18 ori mai mulți pacienți decât sectorul privat (3.242.211 vs. 181.626). Totuși, spitalele private au un indice de

complexitate al cazurilor (ICM) mai mare decât cele publice (1,9326 vs. 1,6630), ceea ce sugerează deopotrivă nivelul ridicat al complexității medicale, dar și faptul că preiau mai degrabă cazuri selectate, probabil intervenții chirurgicale programate și proceduri specializate. Diferența dintre durata medie de spitalizare este semnificativă: în spitalele private, pacienții rămân internați, în medie, doar 2,30 zile, în timp ce în spitalele publice durata medie este de 5,44 zile. Aceasta reflectă fie o eficiență mai mare a sectorului privat, fie o selecție atentă a cazurilor, cu accent pe proceduri rapide, dar are și un impact direct în scăderea gradului de ocupare al paturilor din spitalele private.

Gradul de ocupare al paturilor pentru acuți în spitalele private este extrem de scăzut, de doar 30,57%, comparativ cu 54,60% în spitalele publice. La prima vedere, acest lucru ar putea ridica semne de întrebare asupra sustenabilității financiare a spitalelor private, dar explicația principală este durata foarte mică a internării. Dacă analizăm numărul de pacienți raportat la numărul de paturi, spitalele private tratează anual 48,54 pacienți per pat, față de doar 36,64 pacienți per pat în spitalele publice. În plus, subliniem că nu au fost luate în calcul decât cazurile decontate de CNAS, neavând informații în legătură cu numărul de cazuri nedecontate de CNAS sau decontate exclusiv prin intermediul asigurărilor private sau achitate integral de pacient. Aceasta confirmă că spitalele private operează într-un regim intensiv, dar cu un grad de ocupare mic, ceea ce indică faptul că și ele, la fel ca spitalele publice, mențin un număr mare de paturi contractate din motive financiare, pentru a nu pierde din suma decontată de CNAS.

În cazul pacienților cronici, distribuția între spitalele publice și cele private este mai echilibrată, sectorul privat gestionând 12% dintre cazuri (45.270 dintr-un total de 372.551). Spre deosebire de spitalele pentru acuți, aici gradul de ocupare al paturilor este mult mai ridicat (78,58% în public și 75,46% în privat), ceea ce indică o utilizare aproape de capacitate maximă. Durata medie de spitalizare este considerabil mai lungă, ceea ce este normal în cazul pacienților cronici, dar se observă o diferență semnificativă între cele două sectoare: în spitalele private, pacienții stau internați, în medie, 13,49 zile, comparativ cu 19,60 zile în cele publice.

Pentru îngrijirile paliative, spitalele publice și private tratează un număr aproape egal de pacienți (14.229 vs. 14.358).

Aici, durata medie de spitalizare este mult mai mare decât în restul categoriilor: în spitalele publice, pacienții rămân internați în medie 23,15 zile, în timp ce în privat internările ajung la 43,58 zile. Această diferență poate reflecta fie o selecție a cazurilor mai severe în privat, fie o abordare diferită a îngrijirii pacienților terminali. Gradul de ocupare al paturilor pentru îngrijiri paliative este cel mai ridicat dintre toate categoriile, atât în public (82,21%), cât și în privat (84,66%), ceea ce confirmă cererea ridicată pentru aceste servicii și utilizarea eficientă a resurselor.

Gradul aparent satisfăcător de ocupare a paturilor în secțiile de cronici și paliative nu reflectă neapărat o utilizare optimă a resurselor, ci mai degrabă un număr insuficient de paturi contractate în raport cu nevoile reale ale populației.

Conform unui studiu realizat de Banca Mondială pentru Ministerul Sănătății (https://ms.ro/media/documents/Studiu-ingrijire-la-domiciliu-de-lunga-durata-PaPlan_2021_fin.pdf), peste 172.000 de pacienți din România necesită anual îngrijiri paliative, dintre care 81.121 în mediul urban și 91.541 în mediul rural.

Faptul că în 2024 au fost raportate doar 28.587 de spitalizări continue pe paturile de îngrijiri paliative, iar gradul de ocupare al acestora este de 83,80%, arată clar că numărul de paturi este total insuficient, putând să acopere doar 17% din nevoi.

Aceasta înseamnă că peste 83% dintre pacienții care ar avea nevoie de îngrijiri paliative nu beneficiază de internare.

Deși numărul de paturi a crescut după decizia Ministerului Sănătății de a scoate paturile de paliative din limita de paturi contractate de CNAS, acestea rămân cu mult sub necesar. Aceasta este o dovadă clară că paturile de acuți neutilizate ar trebui convertite în paturi pentru îngrijiri cronice și, mai ales, în paturi de paliative, unde există o nevoie uriașă nesatisfăcută.

Per ansamblu, spitalele publice continuă să fie pilonul principal al sistemului sanitar, gestionând 93% dintre pacienții acuți, 88% dintre pacienții cronici și jumătate dintre pacienții paliativi.

Cu toate acestea, gradul general de ocupare al paturilor în sistem este mult sub cel optim: 59,66% în public și 56,75% în privat. Acest lucru confirmă problemele generate de formula de contractare impusă de CNAS. Spitalele sunt forțate să mențină un număr mare de paturi pentru a nu pierde finanțarea, chiar și atunci când nu au activitate suficientă pentru a le justifica.

Tabelul 20 - Gradul de ocupare mediu pe secțiile de ACUȚI al spitalelor PUBLICE în funcție de categorie

Categorie spital	Grad ocupare mediu realizat	ICM realizat	ICM norme	Grad ocupare maxim decontabil impus de CNAS prin coeficientul antiperformanță C
I	66,56%	2,06	1,94	67,53%
IM	62,16%	1,83	1,71	64,35%
II	56,21%	1,81	1,67	65,15%
IIM	60,47%	1,63	1,58	63,56%
III	53,96%	1,58	1,45	63,56%
IV	47,23%	1,36	1,28	55,61%
V	50,25%	1,45	1,21	49,26%
Spitale publice - sectii ACUTI	54,60%	1,66	1,49	

În mod ideal, aceste date ar trebui folosite pentru a reevalua numărul de paturi contractate și pentru a reorganiza unitățile unde gradul de ocupare este foarte scăzut.

Tabelul 20 ilustrează efectele directe ale mecanismului impus de CNAS asupra gradului de ocupare al paturilor în spitalele publice de urgență, confirmând concluziile analizei teoretice asupra formulei de calcul a sumei contractate. În loc să permită spitalelor să își optimizeze activitatea și să funcționeze la un grad de ocupare apropiat de nivelul optim recomandat internațional (80-85%), sistemul de finanțare plafonează artificial gradul maxim de ocupare prin coeficientul antiperformanță C. Astfel, fiecare categorie de spital este limitată la un grad de ocupare inferior necesităților reale, ceea ce distorsionează funcționarea normală a unităților sanitare.

În cazul spitalelor de categoria I, care includ principalele spitale regionale și județene de urgență, gradul de ocupare mediu realizat (66,56%) se apropie de plafonul maxim decontabil impus de CNAS (67,53%). Aceasta înseamnă că aceste spitale nu pot interna mai mulți pacienți și nu își pot crește activitatea, chiar dacă infrastructura și necesitățile pacienților ar permite acest lucru pentru că ar trebui să suporte din bugetul propriu costurile pacienților supliemntari nedeconțați. În mod similar, spitalele din categoria IM (62,16%) sunt plafonate la 64,35%, iar spitalele de categoria II (56,21%) sunt limitate la 65,15%.

Efectul acestui sistem este cel mai vizibil la spitalele mici, de categoria IV și V, unde gradul de ocupare maxim decontabil este extrem de scăzut: 55,61% pentru categoria IV și doar 49,26% pentru categoria V. Aceste valori sunt departe de pragul optim și creează o situație paradoxală: spitalele mici, care ar trebui să fie utilizate intens pentru a compensa lipsa infrastructurii medicale din anumite regiuni, sunt forțate să funcționeze mult sub capacitatea reală, limitând astfel accesul pacienților la îngrijire.

Mai mult, tabelul demonstrează și impactul negativ al formulei CNAS asupra complexității cazurilor tratate. Deși datele arată că în 2024, pe medie toate categoriile de spitale au un ICM realizat mai mare decât cel din norme acestea sunt în mod clar afectate de restricțiile impuse. De exemplu, spitalele de categoria I, spitale mari de urgență ce nu pot refuza internarea pacienților au un ICM realizat de 2,06, peste valoarea din norme de 1,94, deci este foarte posibil ca ele să fi depășit plafonul CNAS. La polul opus, spitalele de categoria IV au un ICM realizat de 1,36, depășind ICM din norme (1,28), însă tocmai din acest motiv sunt forțate să funcționeze la un grad de ocupare și mai mic (47,23%) față de plafonul maxim decontabil de 55,61%.

Aceasta demonstrează că spitalele care își îmbunătățesc performanța și tratează cazuri mai complexe nu sunt recompensate, ci, dimpotrivă, sunt penalizate printr-o scădere a gradului maxim de ocupare decontabil. Un spital care crește ICM realizat riscă să își piardă finanțarea pentru pacienții tratați peste plafonul impus de CNAS, ceea ce îl obligă fie să refuze pacienți,

fie să suporte costurile suplimentare din fonduri proprii. În aceste condiții, spitalele sunt descurajate să trateze cazuri dificile și sunt tentate să își reducă nivelul de complexitate pentru a nu depăși limita artificială de ocupare.

Este limpede că toate spitalele publice încearcă să se încadreze în acest grad de ocupare maxim decontabil, fără a-l depăși. Această strategie nu este rezultatul unei optimizări firești a activității, ci o adaptare impusă de constrângerile sistemului de finanțare. În acest fel, spitalele reușesc să se încadreze în suma contractată și evită riscul de a înregistra datorii, tratând doar pacienții pentru care CNAS asigură decontarea. Aceasta explică de ce gradul de ocupare mediu realizat pentru fiecare categorie de spitale este foarte apropiat de plafonul maxim impus de CNAS, dar rareori îl depășește. Practic, spitalele sunt obligate să își calibreze activitatea nu în funcție de necesitățile reale ale pacienților, ci în funcție de pragurile artificiale stabilite prin contractele cu CNAS.

Atunci când analizăm gradul de ocupare al paturilor pe medie, spitalele par să funcționeze în apropierea plafonului maxim impus de CNAS. Totuși, această medie maschează realități foarte diferite în interiorul aceleiași categorii de spitale. Există spitale întregi, dar și secții individuale cu un număr semnificativ de paturi care operează la un grad de ocupare extrem de scăzut. Acest fenomen evidențiază atât menținerea artificială a unor paturi neutilizate, cât și discrepanțele majore dintre spitale în ceea ce privește utilizarea resurselor.

Distribuția spitalelor în funcție de gradul de ocupare (Tabelul 21) arată că aproape jumătate dintre spitalele publice din România au un grad de ocupare sub 50% (151 din 333 de spitale). Cele mai afectate sunt spitalele de categoria IV și V, unde 83 din 141 de spitale (59%) și, respectiv, 26 din 51 de spitale (51%) funcționează la un grad de ocupare sub această valoare. Există și spitale care operează la un grad extrem de redus, 14 spitale având un grad de ocupare sub 30%, ceea ce indică o utilizare nejustificată a resurselor. Spre deosebire de acestea, spitalele de categoria I și IM au o distribuție mai echilibrată, fără spitale cu grad de ocupare sub 30%, ceea ce confirmă că spitalele mari sunt cel mai bine utilizate.

Tabelul 21 - Distribuția spitalelor PUBLICE în funcție de gradul de ocupare al paturilor de acuity și cronici și categorie

Grad ocupare	I	IM	II	IIM	III	IV	V	NC	TOTAL
0- 10%							1		1
10-20%							2	1	3
20-30%					2	7	2		11
30-40%		1	3		3	21	5		33
40-50%		6	5	7	13	62	20	1	114
50-60%	3	3	8	9	25	43	9		100
60-70%	3	8	7	8	5	5	7		43
70-80%	4	8	1	4	1	2	3		23
80-90%		1		1		1	2		5
Nr. Spitale publice	9	27	24	29	49	141	51	2	333

Dacă se analizează numărul de paturi în loc de spitale (Tabelul 22), datele arată că peste 28.000 de paturi (32% din total) au un grad de ocupare sub 50%, ceea ce ridică semne de întrebare privind eficiența alocării acestora. Dintre acestea, 8.752 de paturi funcționează cu un grad de ocupare sub 30%, incluzând 1.038 de paturi cu o ocupare sub 10% și 1.881 între 10-20%. Cel mai afectat este din nou segmentul spitalelor de categorie IV și V, unde o mare parte a paturilor se regăsesc în zona de subutilizare. Spre exemplu, în categoria IV, 10.052 de paturi (51%) au un grad de ocupare sub 50%, iar în categoria V, 1.558 de paturi (52%) se află în aceeași situație.

Tabelul 22 - Distribuția numărului de paturi ACUȚI în funcție de gradul de ocupare al secțiilor și de categoria spitalelor PUBLICE din România

Grad ocupare	I	IM	II	IIM	III	IV	V	Total
0- 10%	50	17	211	35	322	366	37	1.038
10-20%	14	123	193	7	509	933	102	1.881
20-30%	265	69	783	132	1.830	2.613	141	5.833
30-40%	355	607	1.516	457	5.110	3.428	340	11.813
40-50%	766	1.329	2.857	964	5.408	4.312	938	16.574
50-60%	2480	1.796	2.908	1.780	6.283	3.223	739	19.209
60-70%	1733	800	2.446	1.305	4.356	2.349	387	13.376
70-80%	1729	2.381	1.423	575	2.290	1.530	235	10.163
80-90%	754	192	516	233	1.086	425	94	3.300
>90%	1005	492	813	416	1.446	500	0	4.672
TOTAL Paturi	9151	7.806	13.666	5.904	28.640	19.679	3.013	87.859

În ciuda faptului că spitalele de categoria I operează, pe medie, la un grad de ocupare decent, și aici există secții care au un număr semnificativ de paturi subutilizate. În această categorie, 679 de paturi au un grad de ocupare sub 30%, iar 1.121 de paturi sunt utilizate la un grad cuprins între 30-50%. Aceasta demonstrează că, deși spitalele mari sunt mai eficiente per ansamblu, există în continuare sectoare în care resursele sunt risipite.

Analiza confirmă că problema nu este una izolată, ci sistemică, afectând spitalele de toate categoriile. Există un număr mare de paturi care fie nu sunt necesare, fie sunt păstrate doar pentru a evita pierderea finanțării. Aceasta sugerează necesitatea unei reevaluări a modului în care sunt distribuite paturile, în special în spitalele cu grad scăzut de ocupare, unde conversia acestora către alte tipuri de îngrijiri, precum cele cronice sau paliative, ar trebui luată serios în considerare.

Gradul de ocupare al spitalelor PRIVATE pe secțiile de acuți este semnificativ mai mic decât cel din spitalele publice, o situație determinată în principal de durata medie de spitalizare mult mai redusă. Spre deosebire de spitalele publice, unde plafonul impus de CNAS limitează creșterea gradului de ocupare, spitalele private reușesc să mențină un DMS mic, ceea ce le permite să funcționeze fără a fi constrânse de plafonul decontabil. Cu toate acestea, adresabilitatea redusă a acestor unități, determinată de obligația pacienților de a acoperi contribuția personală permisă de lege, face ca gradul de ocupare al paturilor să rămână scăzut. Furnizorii privați urmăresc constant extinderea numărului de paturi contractate, în încercarea de a-și consolida prezența pe piață și de a atrage mai mulți pacienți în sistemul decontat de CNAS.

Tabelul 23 - Gradul de ocupare mediu pe secțiile de ACUȚI al spitalelor PRIVATE în funcție de categorie

Categorie Spital	Grad ocupare mediu	Grad ocupare maxim decontabil impus de CNAS prin coeficientul antiperformanță C	Nr spitale private
II	47,42%	65,15%	1
IIM	45,14%	63,56%	2
III	34,62%	63,56%	6
IV	28,54%	55,61%	16
V	30,28%	49,26%	30
NC	27,85%	41,31%	34
Spitale private secții ACUȚI	30,57%		89

Este firesc ca furnizorii privați nou intrați să își dorească acces la contractare, însă suplimentarea numărului de paturi ar trebui să fie precedată de o analiză atentă a gradului de ocupare al spitalelor publice și private din județul respectiv. În acest context, extinderea anvelopei naționale de paturi ar trebui să fie atent cântărită, pentru a asigura o utilizare eficientă a resurselor. Având în vedere că, în prezent, gradul mediu de ocupare în sectorul privat este mai redus (30,57%), orice decizie de alocare suplimentară ar trebui corelată cu nevoia locală de servicii și cu perspectivele reale de creștere a activității furnizorilor existenți sau nou intrați.

Analizând categoriile de spitale private, observăm că toate operează mult sub nivelul maxim de ocupare decontabil impus de CNAS. Spitalele private de categoria II au cel mai ridicat grad de ocupare (47,42%), în timp ce unitățile din categoriile IV și V, care reprezintă majoritatea spitalelor private de dimensiuni mici, operează la un nivel extrem de scăzut, cu un grad de ocupare de 28,54%, respectiv 30,28%.

Această situație indică o supra-contractare a paturilor, fără o utilizare reală eficientă a acestora. În acest context, extinderea rețelei de paturi private ar trebui să fie subordonată unei creșteri a gradului de ocupare al celor existente, evitând astfel fragmentarea finanțării și subutilizarea resurselor.

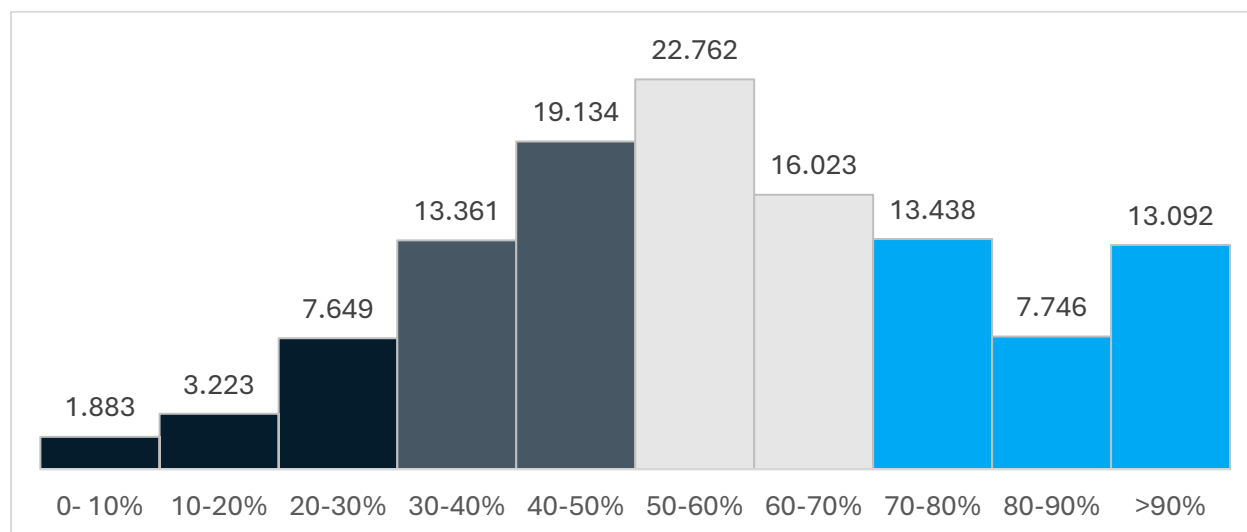
Gradul de ocupare al celor mai mari spitale private după numărul de paturi contractate (Tabelul 24) variază considerabil, reflectând atât specificul activității fiecărei unități, cât și nivelul de adresabilitate al pacienților. Spitalele cu cele mai multe paturi contractate, precum SANADOR (314 paturi, 34,57%) și MedLife (198 paturi, 16,25%), înregistrează un grad de ocupare modest, ceea ce confirmă tendința generală a sectorului privat de a opera sub capacitatea optimă. Există însă și unități cu un grad de ocupare mai ridicat, cum ar fi Euromaterna (70 paturi, 54,27%) sau Polaris Medical (78 paturi, 49,26%), însă acestea rămân excepții.

Tabelul 24 - Gradul de ocupare al celor mai mari spitale private după numărul de paturi contractate pentru Spitalizare continuă ACUȚI

Cod CNAS	Denumire spital	Nr paturi SC ACUTI	Grad ocupare
B_116	SANADOR	314	34,57%
B_96	SC MED LIFE SA	198	16,25%
B_113	SC DELTA HEALTH	170	30,94%
BH26	SPITALUL PELICAN ORADEA	165	47,42%
B_103	S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L.	158	34,06%
TR12	SPITALUL ORASENESC VIDELE	143	20,54%
B_128	SC MEDICOVER HOSPITALS SRL	136	22,28%
B_169	MONZA ARES SRL	120	33,03%
CT32	SC OVIDIUS CLINICAL HOSPITAL SRL	114	44,65%
SB11	SC CLINICA POLISANO SRL	113	37,46%
TM22	CENTRUL DE ONCOLOGIE ONCOHELP	111	42,75%
IS30	ARCADIA HOSPITAL	95	39,27%
TM27	MATERNA CARE	89	31,92%
CJ31	SC POLARIS MEDICAL CLINICA DE TRATAMENT SI RECUPERARE SA	78	49,26%
B_124	SC MEDLIFE SA SUCURSALA BUCURESTI	78	13,30%
MS19	SC NOVA VITA HOSPITAL SA	71	8,69%
CT20	EUROMATERNA SA	70	54,27%
B_95	EUROCLINIC HOSPITAL S.A.	60	14,32%

În continuare, vom analiza o serie de histograme care ilustrează distribuția numărului de paturi de spitalizare continuă, atât pentru spitalele publice, cât și pentru cele private, în funcție de gradul de ocupare al secțiilor. Aceste grafice permit o vizualizare clară a modului în care paturile sunt utilizate în diferite unități sanitare, evidențiind segmentele în care gradul de ocupare este optim (albastru), suboptim (gri deschis), dar și zonele unde resursele rămân subutilizate (gri închis și negru). Mai jos, este prezentată Figura 12, care reflectă distribuția paturilor de spitalizare continuă (acuți și cronici) în funcție de gradul de ocupare al secțiilor din spitalele publice și private din România.

Figura 12 - Distribuția numărului de total de paturi de spitalizare continuă (ACUȚI + CRONICI) în funcție de gradul de ocupare al secțiilor în spitalele PUBLICE ȘI PRIVATE din România



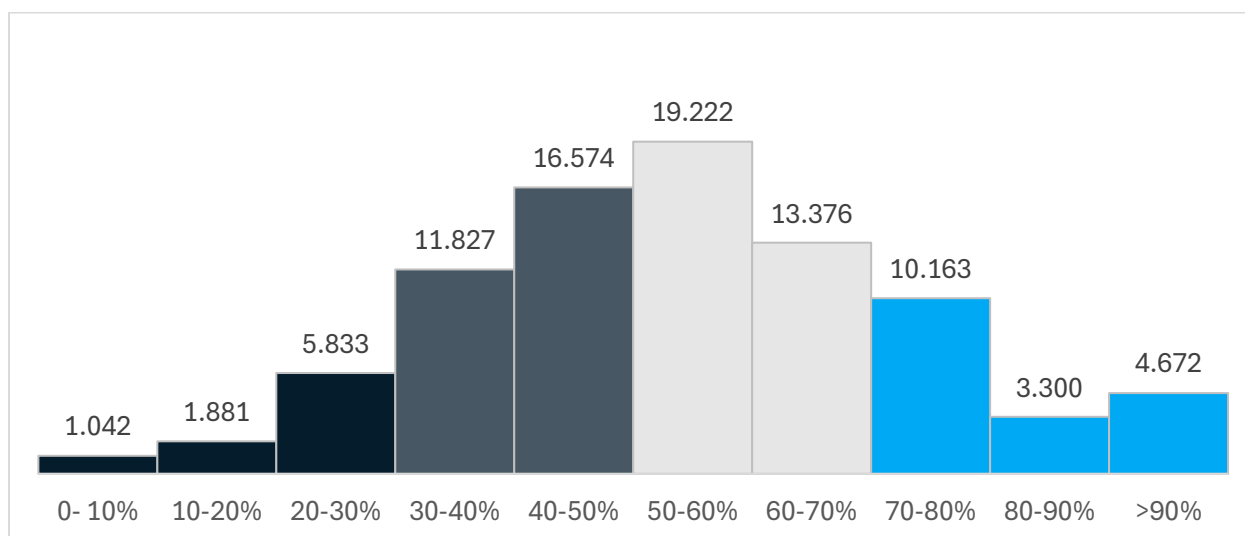
Având în vedere analiza detaliată a gradului de ocupare al paturilor din secțiile de spital, se poate propune o ajustare justificată a capacității spitalicești actuale, care să conducă la utilizarea mai eficientă a resurselor financiare și umane, dacă se renunța la alocarea bugetelor disponibile în funcție de numărul de paturi contractate. Astfel, pentru secțiile care au înregistrat constant un grad de ocupare foarte scăzut (între 0% și 30%), este rațională reducerea numărului de paturi cu **50%**, deoarece chiar și în cazul unei fluctuații a numărului de pacienți, capacitatea existentă va fi în continuare suficientă pentru a evita orice risc în privința accesului pacienților la servicii medicale. În plus, pentru secțiile cu un grad modest de ocupare, situat între **30% și 50%**, o reducere moderată, de **20%**, este justificată și poate fi implementată fără a genera riscuri semnificative asupra accesibilității serviciilor, ținând cont de marja suficientă pentru absorbția eventualelor creșteri de cerere.

Aplicând acest raționament pe numărul total de paturi la nivel național:

- Paturi în intervalele de ocupare scăzută (0-30%): 12.755 paturi
Reducere propusă (50%) = 6.377 paturi
- În intervalele medii de ocupare (30-50%): 32.495 paturi
Reducere propusă 20% = 6.499 paturi
- Reducerea totală propusă ar fi: **12.877 paturi (14,7% din total)**

Astfel, aplicând formula propusă, la nivel național s-ar putea reduce fără riscuri aproximativ **12.877 paturi** din totalul paturilor contractabile de spitalizare continuă acută și cronici, cumulat din spitalele publice și private

Figura 13 - Distribuția numărului de paturi SC ACUȚI în funcție de gradul de ocupare al secțiilor în spitalele PUBLICE din România



Analizând *Figura 13*, observăm că forma histogramei evidențiază o distribuție simetrică, ceea ce indică o concentrare semnificativă a paturilor de ACUȚI în spitalele publice în zona de mijloc, cu un grad de ocupare suboptim (40-60%) și o prezență considerabilă a secțiilor în zona de subutilizare moderată (30-50%). Totodată, observăm un număr redus de paturi în intervalele superioare de ocupare (70-90% și >90%), ceea ce sugerează o utilizare inefficientă a capacității spitalicești. Ideal ar fi o deviere spre dreapta a distribuției, indicând o creștere a ponderii paturilor utilizate eficient, în special în zona optimă de 70-85%. Aceasta ar reflecta un sistem mai echilibrat, unde resursele sunt alocate eficient și gradul de ocupare al paturilor este optimizat în funcție de nevoile reale ale pacienților.

Aplicând raționamentul de mai sus:

- Paturi în intervalele de ocupare scăzută (0-30%): 8.756
Reducere propusă (50%) = 4.378
 - Paturi în intervalele medii de ocupare (30-50%): 28.401
 - Reducere propusă (20%) = 5.680
- Reducerea totală propusă: 10.058 paturi

Astfel, aplicând formula propusă, în spitalele publice din România s-ar putea reduce fără riscuri **aproximativ 10.058 paturi** din totalul paturilor de spitalizare continuă pentru pacienți acuți. Tabelul 25 prezintă distribuția geografică a numărului total de paturi de spitalizare continuă ACUȚI în funcție de gradul de ocupare al secțiilor din spitalele publice din România, oferind o imagine detaliată asupra modului în care aceste paturi sunt utilizate la nivel județean. Această analiză permite identificarea județelor unde se înregistrează cele mai mari dezechilibre și unde o eventuală ajustare a capacității spitalicești ar putea fi justificată.

Tabelul 25 - Distribuția geografică a numărului de paturi SC ACUȚI în funcție de gradul de ocupare al secțiilor în spitalele PUBLICE din România

Judet	0- 10%	10-20%	20-30%	30-40%	40-50%	50-60%	60-70%	70-80%	80-90%	>90%	Mediu
Alba	63	77	242	293	301	156	244	73	89	95	48,60%
Arad	0	0	111	81	115	236	230	356	20	74	60,72%
Argeș	42	97	154	279	565	519	131	299	47	23	49,20%
Bacău	84	8	167	627	394	486	270	168	258	39	50,25%
Bihor	21	51	135	184	471	468	527	207	236	178	58,69%
Bistrița-Năsăud	0	24	50	52	67	225	189	142	35	102	63,14%
Botoșani	20	10	129	323	426	338	83	130	34	116	52,10%
Brăila	0	59	81	148	444	219	193	92	0	48	50,24%
Brașov	28	2	83	386	315	443	319	290	160	201	57,40%
București	242	389	582	1.723	3.336	2.775	1.749	2.600	524	949	56,19%
Buzău	19	55	61	281	483	125	317	66	19	78	50,81%
Călărași	16	48	30	67	148	76	35	251	17	32	56,86%
Caras-Severin	6	7	157	215	395	175	134	146	15	44	50,53%
Cluj	0	109	200	363	585	1.704	1.049	640	92	195	56,82%
Constanța	33	119	132	145	344	145	316	282	249	294	62,71%
Covasna	12	3	21	173	261	108	108	25	44	50	52,99%
Dâmbovița	15	5	134	257	122	200	243	211	81	35	54,38%
Dolj	5	45	157	290	389	1.213	559	255	65	193	56,95%
Galați	10	15	288	523	381	843	151	98	0	64	47,83%
Giurgiu	4	44	55	74	166	68	87	0	0	45	48,51%
Gorj	26	44	96	324	275	298	282	67	25	48	51,48%
Harghita	20	62	45	257	368	256	210	77	95	25	50,76%
Hunedoara	0	32	218	275	415	452	504	145	40	9	51,39%
Ialomița	28	44	162	131	135	109	60	23	28	20	42,56%
Iași	51	10	217	391	1.001	778	1.286	786	189	305	60,09%
Ilfov	0	10	69	18	80	56	189	14	0	0	52,03%
Maramureș	28	19	130	232	160	318	83	484	46	341	61,82%
Mehedinți	5	80	72	61	193	148	163	102	3	28	51,08%
Mureș	33	19	277	583	542	652	412	480	25	10	50,51%
Neamț	16	21	152	335	207	411	300	95	20	113	54,08%
Olt	29	0	81	320	278	462	230	82	0	11	49,53%
Prahova	0	43	101	394	559	764	405	168	115	108	53,55%
Sălaj	0	45	78	52	200	230	184	5	26	32	53,68%
Satu Mare	49	5	83	253	199	185	281	143	37	61	53,51%
Sibiu	27	37	132	76	443	552	338	149	107	112	55,60%
Suceava	0	38	126	260	477	645	427	147	120	33	53,84%
Teleorman	11	27	88	393	177	274	46	0	31	14	44,25%
Timiș	35	94	309	296	349	909	541	468	217	359	59,35%
Tulcea	13	5	58	222	86	197	57	25	0	15	47,19%
Vâlcea	6	34	81	295	376	282	101	87	121	17	50,87%
Vaslui	11	35	96	152	233	523	243	105	32	75	54,10%
Vrancea	34	10	193	23	113	199	100	180	38	81	56,62%
TOTAL	1.042	1.881	5.833	11.827	16.574	19.222	13.376	10.163	3.300	4.672	54,60%

Se poate observa că nici centrele universitare nu sunt scutite de problema unor secții cu grad redus de ocupare. Spre exemplu, Bucureștiul, în ciuda dimensiunii și adresabilității ridicate, înregistrează 1.213 paturi cu o utilizare sub 30%, ceea ce indică existența unor secții subutilizate chiar și în spitalele mari.

Clujul are, de asemenea, 309 paturi în această categorie, iar Iașiul 278, ceea ce sugerează că fenomenul nu este limitat doar la județele mai mici, ci și la cele cu infrastructură medicală avansată.

Dintre județele cu cele mai mici grade medii de ocupare, se remarcă Ialomița (42,56%), Teleorman (44,25%) și Giurgiu (48,51%), toate cu valori semnificativ sub media națională (54,60%). În aceste județe, un număr important de paturi rămâne constant subutilizat, ceea ce le face candidate pentru o eventuală restructurare.

Tabelul 26 identifică spitalele publice cu un grad de ocupare sub 40% pe secțiile de ACUȚI, evidențiind unități sanitare care operează mult sub capacitatea lor optimă.

Aceste spitale fie au o adresabilitate redusă, fie mențin un număr de paturi nejustificat din punct de vedere al activității reale desfășurate.

Identificarea acestora este esențială pentru a lua măsuri de optimizare a infrastructurii spitalicești, fie prin redistribuirea paturilor către secții cu cerere mai mare, fie prin conversia lor în paturi pentru îngrijiri cronice sau paliative.

Tabelul 26 - Lista spitalelor publice cu grad de ocupare sub 40% pe secțiile de ACUȚI

Cod CNAS	Denumire Spital	Grad de ocupare
AG14	SPITALUL DE PNEUMOLOGIE „SF. ANDREI” VALEA LASULUI	4,26%
B_91	SC CRESTINA MEDICALA MUNPOSAN ,94 SRL	16,59%
B_40	SPITALUL DE PNEUMOTIZIOLOGIE „SF.STEFAN”	18,54%
BV34	SPITALUL ORASENESC VICTORIA	18,88%
BR05	SPITALUL ORASENESC FAUREI	21,75%
T12	SPITAL GENERAL CF SIBIU	23,69%
NT03	SPITALUL ORASENESC BICAZ	24,49%
BR09	SPITALUL DE PNEUMOTIZIOLOGIE BRAILA	24,97%
GL04	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE „BUNAVESTIRE” GALATI	26,16%
T02	SPITALUL UNIVERSITAR CF WITING	26,44%
M12	SPITALUL MILITAR DE URGENTA FOCSANI	27,11%
T03	SPITALUL CLINIC CF CONSTANTA	28,13%
MH02	SPITALUL MUNICIPAL ORSOVA	28,92%
CT07	SPITALUL ORASENESC HARSOVA	29,41%
B_42	SPITALUL CLINIC „NICOLAE MALAXA” BUCURESTI	29,49%
AB12	SPITALUL DE PNEUMOTIZIOLOGIE AIUD	30,25%

T10	SPITALUL C.F.R. GALATI	31,07%
M14	SPITALUL DE URGENTA „PROF.DR. DIMITRIE GEROTA”	31,90%
T07	SPITALUL UNIVERSITAR CF TIMISOARA	32,45%
AB03	SPITALUL MUNICIPAL BLAJ	32,68%
M06	SPITALUL CLINIC „AVRAM IANCU” ORADEA	32,79%
T14	SPITALUL GENERAL CF PASCANI	33,57%
GR05	SPITALUL ORASENESC BOLINTIN-VALE	33,58%
SV06	SPITALUL DE BOLI CRONICE SIRET	33,62%
M01	SPITALUL MILITAR DE URGENTA „REGINA MARIA’ BRASOV	33,67%
SB06	SPITALUL ORASENESC CISNADIE	34,08%
SJ02	SPITALUL ORASENESC „PROF. DR. IOAN PUSCAS” SIMLEU SILVANIEI	34,21%
BR07	SPITALUL „SF.PANTELIMON” BRAILA	35,06%
CL02	SPITALUL MUNICIPAL OLTENITA	35,09%
T04	SPITAL CLINIC CF CRAIOVA	35,20%
AG05	SPITALUL MUNICIPAL CAMPULUNG	35,73%
MS11	CENTRUL DE SANATATE SANGEORGIU DE PADURE	36,20%
M16	SPITALUL „PROF.DR. CONSTANTIN ANGELESCU”	36,23%
TR04	SPITALUL ORASENESC ZIMNICEA	36,78%
B_32	INSTITUTUL ORL „PROF. DR. D. HOCIOTA” BUCURESTI	36,79%
TR08	SPITALUL PSIHIATRIE POROSCHIA	36,85%
HD07	SPITALUL MUNICIPAL BRAD	37,15%
IL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SLOBOZIA	37,26%
T15	SPITALUL GENERAL CF SIMERIA	37,35%
PH09	SPITALUL ORASENESC MIZIL	37,51%
TM07	SPITALUL MUNICIPAL LUGOJ	38,13%
T06	SPITALUL UNIVERSITAR C.F. IASI	38,43%
B_16	SPITALUL CLINIC COLENTINA BUCURESTI	38,52%
CT06	SPITALUL MUNICIPAL MANGALIA	38,58%
AG04	SPITALUL DE PNEUMOFIZIOLOGIE CAMPULUNG	38,77%
GL08	SPITALUL ORASENESC TARGU BUJOR	39,19%
VL03	SPITALUL MUNICIPAL „COSTACHE NICOLESCU” DRAGASANI	39,34%
T09	SPITALUL GENERAL CF BRASOV	39,86%

Figura 14 ilustrează distribuția paturilor de spitalizare continuă pentru acuți în spitalele private din România, evidențiind o utilizare extrem de scăzută a capacității disponibile. Forma histogramei arată o concentrare majoră a paturilor în intervalele inferioare de ocupare, cu 1.992 de paturi (74,3% din total) situate în zonele critice de subutilizare (0-50%).

Spre deosebire de spitalele publice, unde distribuția este mai echilibrată, spitalele private înregistrează un grad de ocupare inferior, în mare parte ca rezultat cumulativ al limitării sumei totale contractabile, a penalizării creșterii ICM și a nivelului real al acoperirii costurilor serviciilor de spitalizare – aproximativ la jumătate din acoperirea reală în sistemul public, ținând cont de subvențiile pentru compensarea influențelor salariale.

Totodată, analiza a fost efectuată exclusiv pe datele privind cazurile decontate de CNAS, motiv pentru care credem că acest grad de utilizare este mult diferit având în vedere numărul de pacienți care nu beneficiază de decontare CNAS în cadrul spitalelor private.

Aceasta confirmă că, în loc să fie crescut artificial numărul de paturi private, o optimizare a infrastructurii existente ar trebui să fie prioritară.

Paturile subutilizate trebuie redistribuite către furnizori noi sau existenți care ar putea avea o cerere mai mare și o utilizare mai eficientă a acestora, coroborat cu eliminarea patului ca unitate de măsură pentru stabilirea alocărilor bugetare.

Figura 14 - Distribuția numărului de paturi SC ACUȚI în funcție de gradul de ocupare al secțiilor în spitalele PRIVATE din România

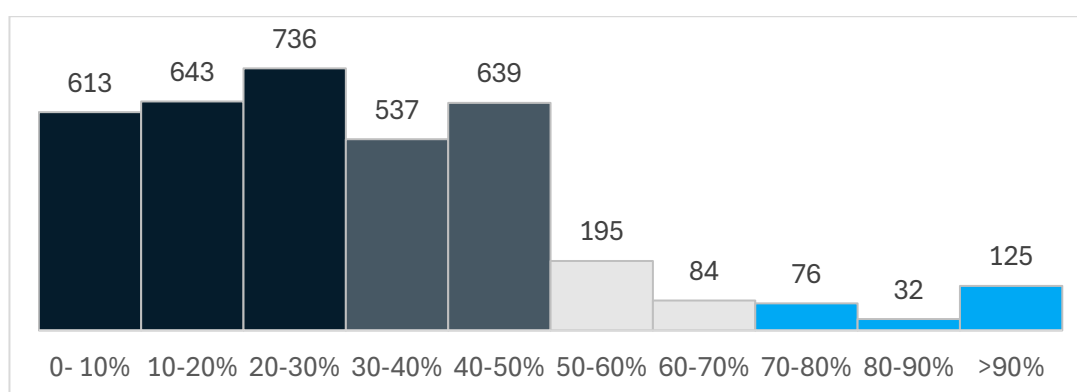


Figura 15 - Distribuția numărului de paturi CRONICI în funcție de gradul de ocupare al secțiilor în spitalele din România

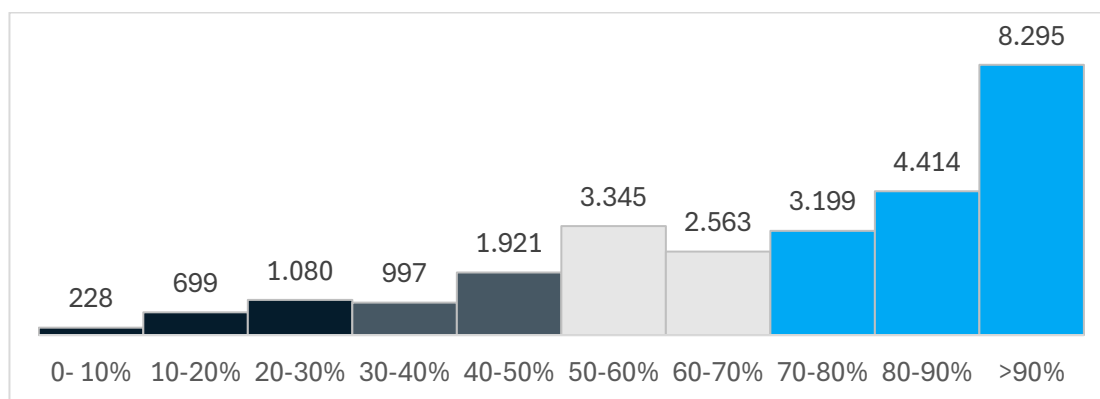


Figura 15 prezintă distribuția numărului de paturi de spitalizare continuă pentru pacienți cronici în funcție de gradul de ocupare al secțiilor din spitalele din România.

Spre deosebire de situația paturilor de acută, această histogramă este mult mai aproape de un model optim de utilizare, având o distribuție clar deviată spre dreapta, cu un număr semnificativ de paturi încadrate în intervalele de ocupare de peste 70%.

Cele mai multe paturi se regăsesc în zonele de utilizare eficientă, cu 8.295 de paturi având un grad de ocupare de peste 90% și alte 4.414 paturi în intervalul 80-90%. Acest aspect indică o presiune ridicată asupra infrastructurii existente, confirmând că serviciile pentru pacienți cronici sunt mult mai solicitate.

Totuși, și în cazul paturilor de cronici se pot observa segmente subutilizate. Aproximativ 3.004 paturi (20,2% din total) se află în zona de utilizare scăzută (0-50%), ceea ce necesită o analiză detaliată pentru a înțelege cauzele acestui fenomen.

Spre deosebire de situația paturilor de acută, unde eliminarea paturilor neutilizate ar fi justificată, în cazul paturilor de cronici și îngrijiri paliative, o astfel de reducere nu este oportună, având în vedere numărul deja insuficient de paturi raportat la nevoile pacienților. În locul unei reduceri, măsurile adecvate ar trebui să vizeze creșterea activității în secțiile care înregistrează utilizare scăzută și o extindere a capacității de îngrijire.

O soluție viabilă ar fi conversia paturilor de acută subutilizate în paturi pentru cronici și îngrijiri paliative, având în vedere că cererea pentru aceste servicii depășește cu mult oferta existentă. De asemenea, ar fi necesară crearea unei infrastructuri noi, modernizate, care să asigure condiții adecvate pentru îngrijirea acestor pacienți.

Analizând gradul de ocupare pe diferitele specialități de acută, se poate observa o diferență semnificativă între specialitățile cu o utilizare optimă a paturilor și cele care înregistrează un grad redus de ocupare.

Specialitățile cele mai performante din perspectiva gradului de ocupare (Tabelul 27) sunt cele care se confruntă, în mod tradițional, cu o cerere mare de servicii medicale și care gestionează cazuri complexe, necesitând spitalizări frecvente. Neurochirurgia înregistrează cel mai ridicat grad de ocupare (76,82%), urmată de chirurgie vasculară (70,75%), nefrologie (69,60%) și gastroenterologie (69,16%).

Tot în zona de utilizare eficientă a paturilor se regăsesc și alte specialități chirurgicale sau cu pacienți cu patologii severe, precum chirurgie cardiovasculară (68,82%), terapia intensivă coronariană - UTIC (68,58%) și pneumologia (65,33%).

Un factor important care contribuie la aceste valori ridicate este și numărul relativ mic de paturi disponibile la nivel național pentru aceste specialități, paturi care sunt în mare parte concentrate în centrele universitare suprasolicitate.

Aceasta determină o adresabilitate crescută și o utilizare intensivă a resurselor, ceea ce menține gradul de ocupare ridicat în aceste secții.

Tabelul 27 - Specialitățile cu cel mai mare grad de ocupare în spitalele publice din România

Specialitate	Grad de ocupare mediu
Neurochirurgie	76,82%
Chirurgie vasculară	70,75%
Nefrologie	69,60%
Gastroenterologie	69,16%
Chirurgie cardiovasculară	68,82%
Terapie intensivă coronarieni – UTIC	68,58%
Pneumologie	65,33%
Chirurgie toracică	64,88%
Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	64,58%
Neurologie	62,09%
Hematologie	61,68%

La polul opus, specialitățile cu cel mai redus grad de ocupare sunt otorinolaringologia (39,68% pe 1.875 paturi), endocrinologia (38,92% pe 688 paturi), obstetrică-ginecologie (40,06% pe 7.567 paturi) și radioterapia (44,57% pe 613 paturi).

În cazul endocrinologiei și ORL, specialități ce au devenit din ce în ce mai ambulatorii, gradul redus de ocupare indică o supraevaluare a necesarului de paturi de spitalizare continuă în raport cu cererea reală.

Radioterapia reprezintă un exemplu clar al dezechilibrului dintre sectorul public și cel privat în furnizarea serviciilor medicale. Deși în România sectorul privat este majoritar în domeniul

radioterapiei, beneficiind de 80% din fondurile alocate de CNAS, spitalizările continue pentru această specialitate rămân aproape exclusiv în spitalele publice.

Din cele 613 paturi destinate radioterapiei la nivel național, 600 sunt în sistemul public, în timp ce sectorul privat operează cu doar 13 paturi de internare în toată țara. În acest context, gradul redus de ocupare, de doar 45%, ridică semne de întrebare asupra eficienței menținerii unui număr atât de mare de paturi pentru internare continuă.

În realitate, radioterapia modernă este un serviciu care poate fi oferit în regim ambulatoriu în majoritatea cazurilor, ceea ce sugerează necesitatea unei reorientări și în spitalele publice, astfel încât să urmeze modelul practicat de sectorul privat, unde internările sunt excepționale, iar tratamentele se desfășoară în regim de zi.

Obstetrica-ginecologia (inclusiv Ginecologia și Obstetrica) este una din speciilitățile cu cele mai multe paturi contractate – 7.567 de paturi .

Pe aceste paturi s-au realizat un număr foarte mare de spitalizări continue (306.512) cu o durată medie de spitalizare de 3,66 zile.

Dintre acestea, doar 58% au fost cazuri cu o procedură chirurgicală. Rezultă un grad mediu de ocupare al paturilor de 40.06 %.

Figura 16 - Distribuția numărului de paturi de Obstetrică-ginecologie în funcție de gradul de ocupare al secțiilor în spitalele din România

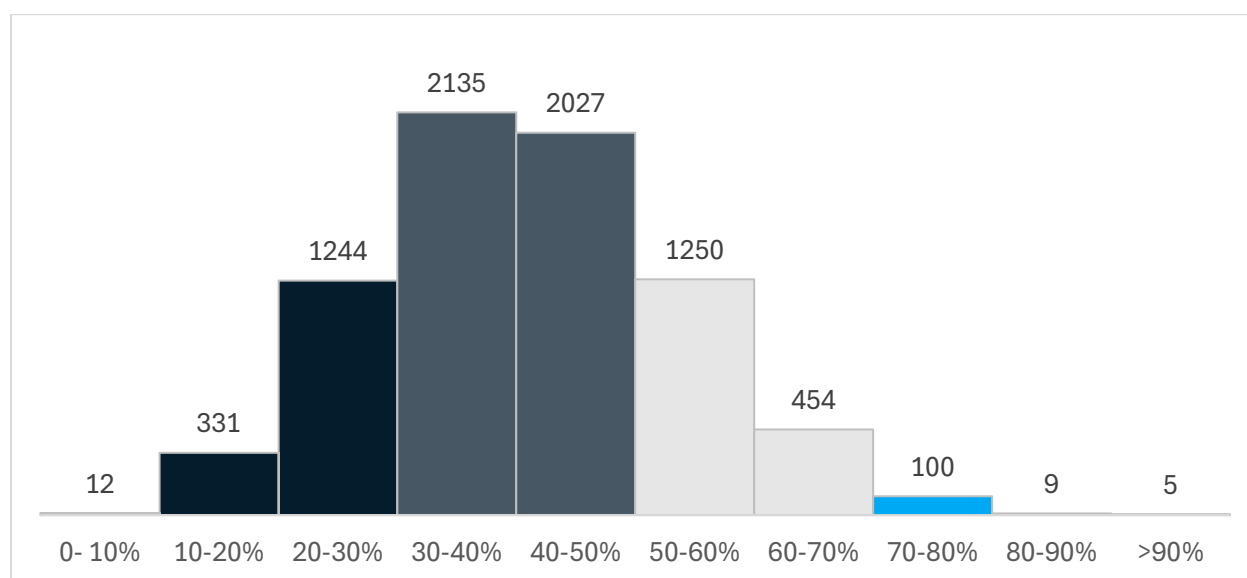


Figura 16 arată că majoritatea paturilor din specialitatea obstetrică-ginecologie înregistrează un grad de ocupare modest, concentrat preponderent în intervalul 30-60%. Astfel, cele mai multe paturi (2.135) au avut un grad de ocupare între 30% și 40%, urmate îndeaproape de cele cu o ocupare între 40%-50% (2.027 secții). Remarcabil este numărul mare al secțiilor cu grad redus de ocupare, între 20%-30% (764 secții), iar un număr semnificativ de secții (331) au chiar

sub 20%. În schimb, doar un număr extrem de redus de secții (14) depășește un grad de ocupare de 80%, ceea ce sugerează o capacitate excedentară a secțiilor de obstetrică-ginecologie. Aceste cifre confirmă ipoteza că, la nivel național, numărul actual al paturilor alocate specialității obstetrică-ginecologie este semnificativ mai mare decât necesarul real, ceea ce generează o utilizare inefficientă a resurselor în multe spitale.

Aplicând formula de reducere a paturilor asupra specialității Obstetrică-Ginecologie, care deține în prezent un total de **7.567 paturi** la nivel național, obținem următoarele rezultate:

- Secțiile cu grad de ocupare între 0%-30% totalizează **1.587 paturi** (12 + 331 + 1244), astfel încât o reducere cu **50%** ar determina eliminarea a aproximativ **794 paturi**.
- Secțiile cu grad de ocupare între 30%-50% au împreună **4.162 paturi** (2.135 + 2.027), iar o reducere de **20%** ar echivala cu eliminarea a aproximativ **832 paturi**.

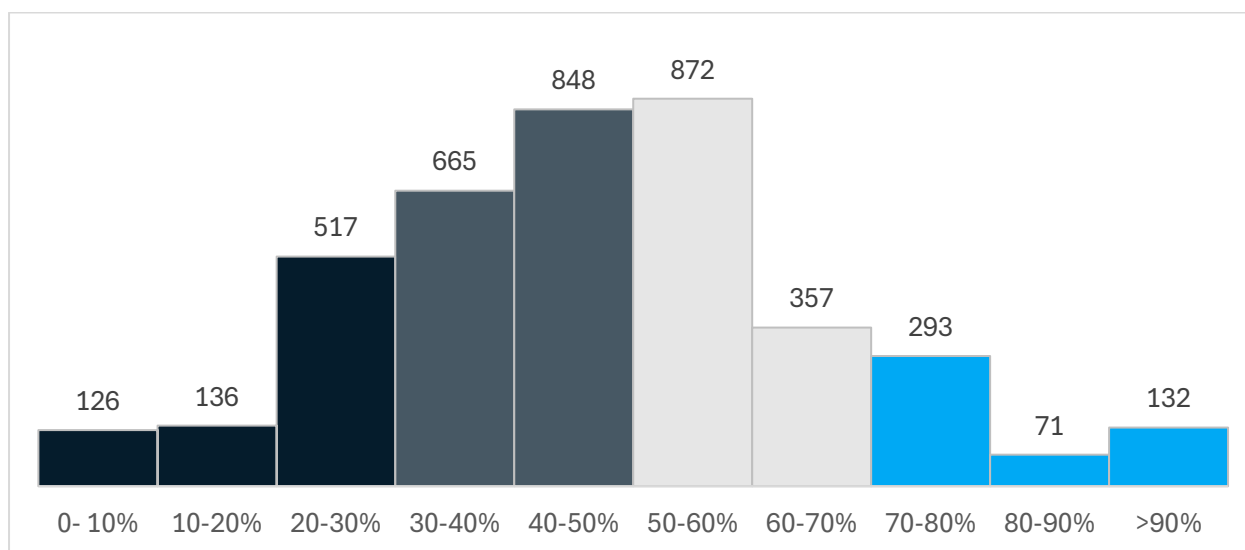
Astfel, prin aplicarea acestor măsuri de optimizare, s-ar putea reduce capacitatea totală a secțiilor de Obstetrică-Ginecologie cu aproximativ **1.626 paturi** (aproximativ **21,5%** din total), fără ca acest lucru să afecteze accesul pacienților la îngrijirile necesare, având în vedere gradul actual scăzut de utilizare a paturilor existente.

Cuplat cu secțiile de Obstetrică-Ginecologie, Neonatologia (incluzând atât paturile de acuti, cât și cele pentru cronici) dispune de un total de 4.017 paturi contractate. Pe aceste paturi s-au realizat 140.050 de spitalizări continue, cu o durată medie de spitalizare de 4,95 zile, ceea ce a dus la un grad mediu de ocupare de 47,06%. Distribuția paturilor în funcție de gradul de ocupare al secțiilor este prezentată în Figura 17.

Analizând histograma din figura 17 observăm o distribuție problematică a gradului de utilizare a paturilor de Neonatologie. Cele mai multe paturi sunt grupate în zonele de ocupare medie și suboptimă, cu un număr semnificativ în intervalul 40-60%, ceea ce indică o utilizare fluctuantă a resurselor. Există însă și un număr important de paturi situate în zona de subutilizare severă (0-30%), ceea ce ridică întrebări despre necesitatea menținerii acestor capacități fără o analiză detaliată a fluxului de pacienți.

Comparativ cu Obstetrică-Ginecologia, unde problemele de subutilizare sunt evidente, în Neonatologie distribuția este ceva mai echilibrată, însă rămâne departe de optim. Deși există și paturi cu o ocupare ridicată (peste 80%), acestea sunt insuficiente pentru a compensa deficitul general de eficiență. În acest context, este necesară o evaluare a modului în care aceste paturi sunt distribuite geografic și a măsurilor ce ar putea fi implementate pentru a îmbunătăți utilizarea lor, fie prin ajustarea capacităților, fie prin reorganizarea serviciilor pentru a răspunde mai bine nevoilor reale ale pacienților.

Figura 17 - Distribuția numărului de paturi de Neonatologie în funcție de gradul de ocupare al secțiilor în spitalele din România



Aplicând formula de reducere a paturilor asupra specialității Neonatologie, care deține în prezent un total de 4.017 paturi la nivel național, obținem următoarele rezultate:

- Secțiile cu grad de ocupare între 0%-30% totalizează **1.266 paturi** ($126 + 136 + 517 + 487$), astfel încât o reducere cu 50% ar determina eliminarea a aproximativ **633 paturi**.
- Secțiile cu grad de ocupare între 30%-50% au împreună **1.504 paturi** ($665 + 848$), iar o reducere de 20% ar echivala cu eliminarea a aproximativ **301 paturi**.

Astfel, prin aplicarea acestor măsuri de optimizare, s-ar putea reduce capacitatea totală a secțiilor de Neonatologie cu aproximativ **934 paturi** (aproximativ **23,3% din total**), fără ca acest lucru să afecteze accesul pacienților la îngrijirile necesare.

În acest context, o astfel de măsură ar trebui corelată cu o evaluare detaliată a distribuției geografice a acestor paturi, pentru a asigura menținerea accesului în zonele cu cerere crescută și reorganizarea resurselor în funcție de nevoile reale ale nou-născuților.

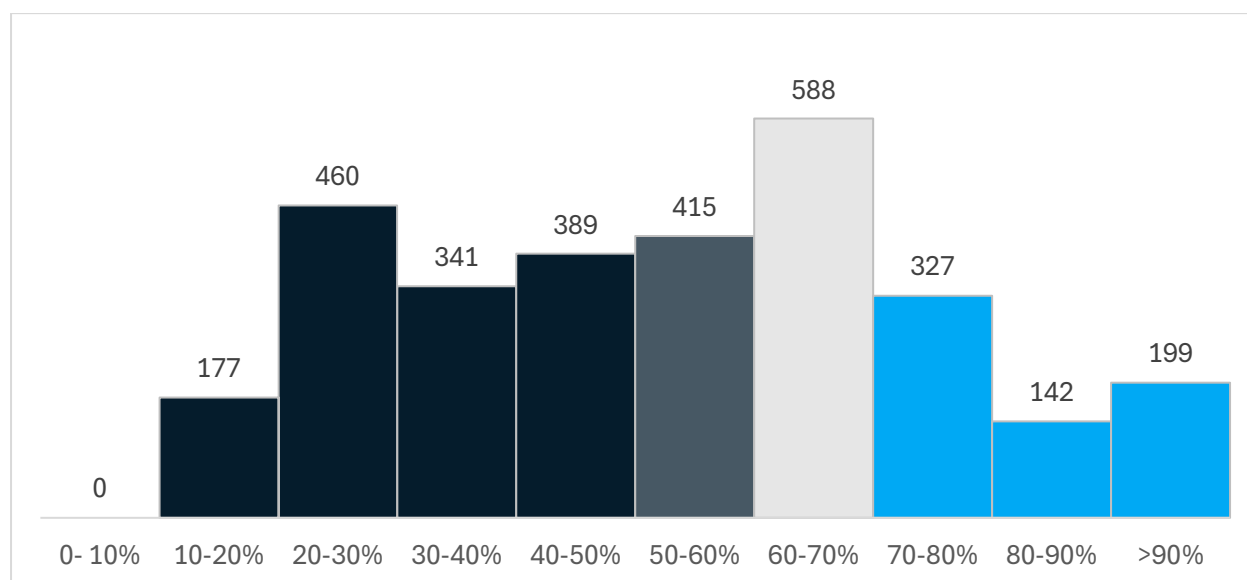
Pneumoftiziologia reprezintă o specialitate unde există un număr semnificativ de paturi contractate, totalizând 3.038 de paturi. Deși incidența tuberculozei în România este de aproximativ 10.000 de cazuri anual, pe aceste paturi s-au realizat 21.774 de spitalizări continue, cu o durată medie de spitalizare de 27,85 zile.

Acest lucru generează un grad mediu de ocupare de 54%, considerabil mai scăzut decât media generală a paturilor de cronici, care depășește 80%. Aceasta indică o posibilă supraestimare a necesarului de paturi în această specialitate.

În plus, tratamentul actual al tuberculozei se realizează din ce în ce mai mult în regim ambulator, astfel că numărul pacienților internați, care depășește incidența bolii, nu reflectă exclusiv cazuri de tuberculoză activă, ci include și pacienți internați pentru alte afecțiuni pulmonare. Distribuția paturilor în funcție de gradul de ocupare al secțiilor este ilustrată în figura 18, care arată o concentrare importantă a paturilor în zonele suboptime și de subutilizare.

Se remarcă faptul că peste 31% dintre paturi (977 paturi) se regăsesc în secții cu un grad de ocupare sub 30%, iar alte 341 de paturi sunt utilizate într-un interval de 30-40%, ceea ce indică un grad scăzut de eficiență. Deși există și segmente cu o utilizare mai bună, histograma sugerează un dezechilibru între capacitatea alocată și utilizarea reală a paturilor.

Figura 18 - Distribuția numărului de paturi de Pneumoftiziologie în funcție de gradul de ocupare al secțiilor în spitalele din România



Aplicând formula de reducere a paturilor, se obțin următoarele rezultate:

- Secțiile cu grad de ocupare între 0%-30% totalizează 977 paturi (177 + 460 + 341), astfel încât o reducere cu 50% ar determina eliminarea a aproximativ 489 paturi.
- Secțiile cu grad de ocupare între 30%-50% însumează 730 paturi (389 + 341), iar o reducere de 20% ar echivala cu eliminarea a aproximativ 146 paturi.

Astfel, prin aplicarea acestor măsuri, s-ar putea reduce capacitatea totală a secțiilor de pneumoftiziologie cu aproximativ 635 paturi (20,9% din total), fără a compromite accesul pacienților la servicii medicale, având în vedere gradul actual de utilizare scăzut al acestora. Această ajustare ar trebui să fie parte a unei strategii mai ample de reorganizare a paturilor de cronici, pentru a alinia mai bine resursele disponibile cu necesitățile reale ale pacienților.

Discuții

Analiza sistemului de paturi de spitalizare continuă din România evidențiază multiple dezechilibre, generate atât de reglementările impuse de CNAS, cât și de inerția structurală a sistemului sanitar. Studiul relevă mai multe probleme esențiale care influențează eficiența utilizării resurselor spitalicești și accesul pacienților la servicii medicale adecvate.

Un prim aspect critic este reprezentat de gradul de ocupare plafonat impus de CNAS, care limitează artificial capacitatea spitalelor de a-și optimiza activitatea. Prin aplicarea unui coeficient antiperformanță, spitalele sunt forțate să opereze sub capacitatea optimă, ceea ce generează o utilizare ineficientă a paturilor. Acest mecanism penalizează spitalele care tratează cazuri mai complexe și menține artificial structuri ineficiente, afectând calitatea actului medical și accesul pacienților la servicii spitalicești. Regimul actual de contractare favorizează menținerea unui număr ridicat de paturi, fără o analiză clară asupra necesarului real de servicii medicale. Aceasta duce la o distribuție ineficientă a resurselor, cu spitale care mențin paturi puțin utilizate doar pentru a nu pierde finanțarea.

Studiul de față este unic în România, deoarece analiza a fost realizată pornind de la un nivel de granularitate extrem de ridicat. Toate variabilele urmărite au fost colectate la nivel de secție: atât cele legate de paturile contractate, obținute de la CNAS, cât și cele referitoare la activitate, obținute de la INMSS. Analiza în comun a acestor două baze de date a întâmpinat dificultăți majore din cauza diferențelor de codificare între CNAS și INMSS, precum și a lipsei de standardizare în raportarea spitalelor. Aceste obstacole explică, în parte, de ce astfel de analize nu sunt realizate frecvent. Pe lângă capacitatea redusă de analiză la nivelul CNAS, formatul actual al datelor între instituții care ar trebui să colaboreze strâns nu permite o evaluare fără eforturi considerabile.

Singurele studii similare sunt reprezentate de cele cinci Masterplanuri Regionale de Servicii de Sănătate, realizate în 2023 ca o condiție favorizantă pentru Programul Operațional Sănătate 2022-2027, precum și de cele trei Planuri Regionale de Servicii Sanitare 2021-2027, elaborate în 2020 de către Ministerul Sănătății. Deși aceste planuri oferă informații valoroase ele prezintă multiple probleme:

- Au utilizat date colectate în timpul pandemiei, când întreaga activitate a fost profund perturbată, făcând astfel concluziile nerelevante pentru perioada post-pandemică.
- Datele analizate au avut un nivel de granularitate inferior, concentrându-se pe indicatori la nivel de spitale, ceea ce maschează realitatea la nivel de secție.
- Nu au luat în considerare restricțiile impuse de CNAS prin formula de calcul a sumei contractate pentru spitalizările continue acuti.

- Au fost realizate la nivel de regiune, în documente separate, fără o viziune integrativă la nivel național.
- Măsurile propuse s-au bazat exclusiv pe gradul de ocupare la nivel de spital, ceea ce a condus la concluzii imprecise, dacă nu chiar eronate.

Rezultatele acestui studiu oferă o perspectivă de ansamblu extrem de necesară înaintea oricărui proces de reformă. Totuși, un mare minus al analizei este că nu a inclus componenta esențială care se află între infrastructura spitalicească și activitatea prestată: resursa umană. Corpul profesioniștilor din spitale – medici, asistenți medicali și personalul de suport – reprezintă factorul limitator în orice reformă. Spre deosebire de paturile de spital, care pot fi modificate relativ ușor, resursa umană nu poate fi ajustată la fel de rapid. Prin urmare, este imperios necesară o analiză aprofundată a resursei umane din sănătate, care să fie corelată cu infrastructura spitalicească și activitatea desfășurată.

Măsuri necesare înaintea unei reforme structurale

Orice reformă care implică reducerea și transformarea de paturi trebuie să fie precedată de implementarea unor măsuri fundamentale:

1. **Stabilirea cadrului pentru descentralizarea și flexibilizarea modului de stabilire a necesarului de paturi de spitalizare continuă**, cu posibilitatea adaptării în dinamica, în funcție de activitatea și indicatorii realizați de fiecare unitate sanitară.
2. **Eliminarea coeficientului P din formula de calcul a sumei contractate**, ceea ce ar permite spitalelor să contracteze un grad optim de ocupare decontabil de aproximativ 80% pentru acuți. Această măsură ar putea genera inițial probleme de execuție bugetară pentru casele de asigurări de sănătate, dar acestea ar putea fi corectate printr-o monitorizare semestrială și realocarea fondurilor la rectificarea bugetară.
3. **Eliminarea influențelor pentru creșterile salariale prin includerea acestora în tarifele pe servicii**. Aceasta presupune recalcularea TCP-urilor pentru acuți, a tarifelor pe zi de spitalizare pentru acuți și a tarifelor pentru spitalizările de zi.
4. **Regândirea normativelor de personal impuse de Ministerul Sănătății**, astfel încât acestea să fie raportate la numărul de pacienți, volumul și complexitatea serviciilor și la noile forme de îngrijiri introduse în spitale – spitalizările de zi și ambulatoriul integrat – și nu doar la numărul de paturi.
5. **Stabilirea și publicarea indicatorilor de evaluare a unităților sanitare cu paturi** în funcție de indici obiectivi care să măsoare eficiența și nivelul de utilizare a resurselor

(demografia deservita, prevalenta patologiilor, posibilitatea de diagnostic si tratament, activitatea curenta si istorica, sub aspect cantitativ si calitativ, calitatea actului medical).

6. Evaluarea unitatilor sanitare in functie de acesti indicatori, cu publicarea rezultatelor.

Prin implementarea acestor măsuri, regulile jocului ar fi normalizate, astfel încât furnizorii publici și privați să fie tratați similar, iar CNAS să deconteze spitalelor doar serviciile efectiv realizate.

- Spitalele performante, care în prezent sunt plafonate de CNAS, își vor putea crește activitatea și gradul de ocupare al paturilor.
- Spitalele neperformante vor fi forțate să își crească activitatea pentru a-și putea susține costurile salariale. În caz contrar, multe dintre ele vor înregistra datorii sau vor intra în insolvență, determinând autoritățile locale și ministerele ordonatoare să ia măsuri.
- Spitalele private, printr-un TCP crescut, se vor putea dezvolta mai bine în sectorul internărilor continue pentru acuți. Aceasta va impune, însă, un grad crescut de disciplina și transparența față de pacienți în ceea ce privește procesul de percepere a contribuției personale pentru serviciile decontate de CNAS.

O nouă etapă de analiză și reformă

După unul sau doi ani de la implementarea acestor măsuri, o nouă analiză a activității spitalelor va releva un grad real de ocupare al paturilor și va permite identificarea zonelor neperformante la nivel de județe, spitale și secții. Aceasta va facilita o reformă bazată pe date reale, și nu pe proiecții nerealiste. Analiza trebuie să fie realizată individual, spital cu spital, secție cu secție, iar UAT-urile și ministerele care administrează spitale trebuie să fie puse în fața cifrelor de către CNAS.

O astfel de analiză va permite stabilirea termenelor pentru conversia paturilor și va conduce la transformări majore în sistemul spitalicesc:

- Transformarea unor spitale orășenești și municipale de îngrijiri acute în unități pentru îngrijiri de lungă durată, cronici și recuperare.
- Reprofilarea spitalelor generale neperformante în centre de diagnostic și tratament cu paturi de spitalizare de zi.
- Dezvoltarea unor centre ambulatorii și comunitare pentru sănătate mintală, care să permită reducerea numărului de paturi de psihiatrie.

- Creșterea capacităților de diagnostic și tratament pentru oncologie, conform Planului Național de Control al Cancerului.
- Conversia paturilor de acuity subutilizate în paturi pentru îngrijiri cronice și paliative, în funcție de nevoile reale ale populației.

O asemenea reformă nu se poate realiza fără modificarea actualelor normative de personal. În același timp, va fi necesară o dezvoltare accentuată a sectorului prespitalicesc, care să poată prelua și gestiona cazurile ce nu necesită internare. Această transformare trebuie să fie graduală, bine planificată și să urmărească obiective clare: reducerea numărului de paturi de îngrijiri acute, creșterea ponderii spitalizărilor de zi și a îngrijirilor ambulatorii, precum și optimizarea resurselor pentru îngrijirile cronice și paliative.

Spitalele publice care se restructurează trebuie să aibă la dispoziție un cadru de reglementare care să sprijine realocarea resurselor umane. De exemplu, ca parte a reorganizării, el ar trebui să permită transferul medicilor către alte unități sanitare din aceeași regiune, redistribuirea lor către ambulatorii integrate sau menținerea pe secții, cu redefinirea atribuțiilor și a ariei de activitate. De asemenea, este esențial ca personalul mediu să poată fi redistribuit către alte secții din cadrul spitalului respectiv sau către alte spitale publice, în funcție de nevoile reale ale pacienților și de dinamica activității medicale. Aceste măsuri ar facilita adaptarea structurii de personal la noile forme de organizare (spital de cronici, spitalizare de zi, ambulatoriu), contribuind la eficientizarea utilizării fondurilor publice și la creșterea calității actului medical. Un alt element esențial îl constituie refacerea nomenclatoarelor și a codificării specialităților, secțiilor și compartimentelor spitalicești, precum și impunerea unei uniformități riguroase în raportarea activității spitalelor. Lipsa unor clasificări standardizate și coerente generează confuzii, neconcordanțe între spitale și dificultăți majore în colectarea, compararea și interpretarea datelor. O astfel de uniformizare este imperativă pentru ca datele raportate să fie corecte, complete și comparabile între unități sanitare, permițând realizarea de analize obiective și recurente privind performanța, costurile și eficiența spitalelor. În absența acestui efort, analizele precum cea de față devin dificil de realizat, consumatoare de resurse și vulnerabile la erori metodologice, afectând astfel fundamentarea politicilor publice în domeniul sănătății.

Fără aceste măsuri fundamentale, fără date corecte, colectate la cel mai înalt grad de granularitate și fără ca aceste date să fie analizate periodic de către instituțiile responsabile – CNAS și INMSS – și nu doar în cadrul unor proiecte de cercetare izolate, orice încercare de reformă ar fi sortită eșecului, menținând un sistem rigid, costisitor și inefficient, incapabil să răspundă real nevoilor pacienților.

Analiza retrospectivă a tratamentului herniei inghinale în România (2019-2023) Compararea spitalelor publice și private și evoluția abordului minim invaziv

Introducere

Cura herniei inghinale este una dintre cele mai frecvente intervenții chirurgicale electivă la nivel global. Această patologie afectează un procent semnificativ al populației, iar necesitatea intervenției chirurgicale apare frecvent din cauza disconfortului, a riscului de complicații și a impactului negativ asupra calității vieții pacienților. În România, la fel ca în alte țări, intervenția chirurgicală reprezintă tratamentul standard pentru herniile inghinale, deoarece acestea au o rată foarte mică de rezolvare spontană. Deși majoritatea intervențiilor sunt efectuate în regim programat, între 2 și 7 % dintre cazuri sunt tratate în regim de urgență, din cauza complicațiilor precum încarcerarea sau strangularea herniei. (Köckerling F)

Chirurgia herniei inghinale a evoluat de la tehnicile de herniorafie la tehnici fără tensiune, prin utilizarea plasei sintetice și, în ultimele decenii, la proceduri minim invazive, precum abordul laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) și abordul total extraperitoneal (TEP). Intervențiile laparoscopice prezintă avantaje importante, inclusiv reducerea durerii postoperatorii, o recuperare mai rapidă, spitalizări mai scurte și o rată mai mică a complicațiilor legate de plaga operatorie. Cu toate acestea, adoptarea chirurgiei minim invazive este inegală și variază în funcție de mai mulți factori, cum ar fi disponibilitatea echipamentului, experiența chirurgilor, costurile asociate și strategia de finanțare a serviciilor medicale.

În România, sistemul de sănătate include atât spitale publice, cât și private, fiecare având abordări diferite în ceea ce privește managementul pacienților cu hernie inghinală. Spitalele private, prin flexibilitatea lor și modelul de finanțare bazat pe contribuții suplimentare din partea pacienților, pot adopta mai rapid tehnologiile noi, în timp ce spitalele publice sunt adesea limitate de constrângeri financiare și logistice. Pe de altă parte, spitalele publice rămân principalii furnizori de servicii medicale pentru majoritatea populației, în special pentru pacienții care nu își pot permite intervenții în sistemul privat.

Scopul acestui studiu este de a realiza o analiză detaliată a tratamentului herniei inghinale în România pe o perioadă de cinci ani (2019-2023), comparând activitatea din spitalele publice și cele private. Un obiectiv esențial al analizei este evaluarea progresului în ceea ce privește adoptarea tehnicilor minim invazive și identificarea tendințelor în abordarea laparoscopică a

acestor intervenții. Studiul oferă o imagine de ansamblu asupra modului în care sunt gestionate aceste cazuri în sistemul sanitar românesc, evidențiind diferențele dintre unități și identificând eventuale oportunități de îmbunătățire a serviciilor chirurgicale.

Metode

Acest studiu retrospectiv național a analizat 76.553 de cazuri de cură chirurgicală a herniei inghinale realizate între 2019 și 2023, utilizând date anonimizate din baza de date DRG (Diagnosis-Related Group), furnizate de Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS). Studiul a inclus toate cele 272 de spitale din România în care se efectuează intervenții pentru hernie inghinală, dintre care 231 sunt spitale publice (PUBLIC) și 41 spitale private (PRIVAT).

Colectarea și selecția datelor

Au fost extrase toate cazurile de spitalizare continuă care au implicat o intervenție chirurgicală pentru hernie inghinală, identificate pe baza codurilor ICD-10 specifice procedurilor, după cum urmează:

- Abord laparoscopic:
 - Hernie femurală unilaterală (J12701)
 - Hernie femurală bilaterală (J12702)
 - Hernie inghinală unilaterală (J12601)
 - Hernie inghinală bilaterală (J12602)
- Abord chirurgical clasic (deschisă):
 - Hernie femurală unilaterală (J12703)
 - Hernie femurală bilaterală (J12704)
 - Hernie inghinală unilaterală (J12603)
 - Hernie inghinală bilaterală (J12604)

Pentru a menține coerența analizei, au fost excluși pacienții cu vârsta sub 18 ani.

Pacienții au fost împărțiți în două grupuri în funcție de tehnica chirurgicală utilizată:

- Cura herniei inghinale pe cale clasică: 63.271 cazuri (CLASIC)
- Cura herniei inghinale pe cale laparoscopică: 13.282 cazuri (LAPAROSCOPIC)

Această divizare a permis compararea tendințelor în ceea ce privește utilizarea tehnicii minim invazive, atât în spitalele publice, cât și în cele private.

Importanța studiului

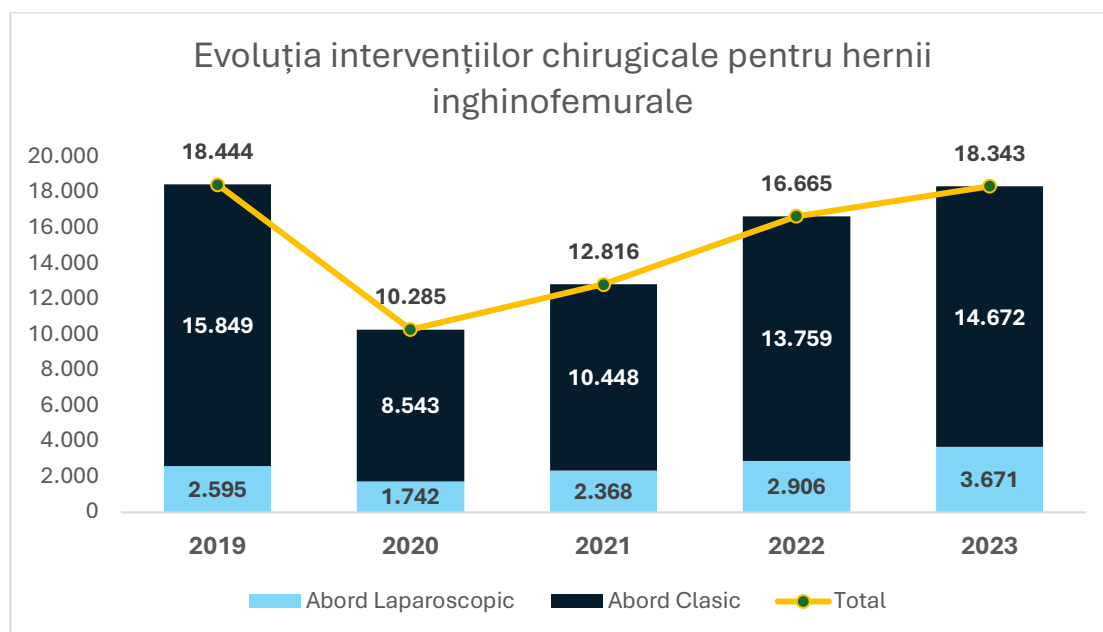
Această analiză oferă o primă imagine completă și detaliată a evoluției tratamentului herniei inghinale în România, bazată pe date reale colectate pe parcursul a cinci ani. Prin compararea activității din spitalele publice și private, studiul permite identificarea diferențelor de acces la tehnologia minim invazivă, a gradului de utilizare a chirurgiei laparoscopice și a tendințelor în practica chirurgicală.

În plus, rezultatele obținute pot contribui la optimizarea managementului pacienților cu hernie inghinală, oferind dovezi obiective pentru elaborarea unor politici de sănătate informate, inclusiv în ceea ce privește finanțarea și promovarea tehnicilor minim invazive. Într-un sistem medical modern, reducerea duratei de spitalizare, scăderea ratei complicațiilor și recuperarea rapidă a pacienților sunt obiective esențiale, iar studiul de față poate sprijini adaptarea strategiilor naționale pentru îmbunătățirea calității actului medical. Astfel, analiza oferă nu doar o evaluare retrospectivă a situației actuale, ci și o bază solidă pentru viitoare decizii în ceea ce privește implementarea unor metode chirurgicale mai eficiente și accesibile pentru pacienți

Rezultate

Dintre cele 230 de spitale publice în care se realizează intervenții pentru hernia inghinală, 152 efectuează și intervenții laparoscopice, în timp ce, dintre cele 41 de spitale private, 33 utilizează această tehnică minim invazivă.

Figura 1 - Evoluția intervențiilor chirurgicale pentru hernia inghino-femurală în perioada 2019-2023



În anul 2020, numărul total de intervenții pentru hernii inghino-femorale a scăzut cu aproximativ **44,2%**, comparativ cu anul 2019, reflectând impactul pandemiei COVID-19 asupra activității chirurgicale electivă. După această scădere abruptă, s-a observat o recuperare progresivă, iar în 2022 s-a revenit aproape complet la cifrele prepandemice, tendința fiind consolidată în 2023. În ceea ce privește abordul laparoscopic, numărul de intervenții minim invazive a crescut constant din 2020, atingând în 2023 un nivel cu **41,5%** mai mare decât în 2019. Această creștere confirmă adoptarea progresivă a tehnicilor minim invazive în tratamentul herniilor inghinale, reflectând beneficiile acestora în ceea ce privește recuperarea mai rapidă, durerea postoperatorie redusă și riscul scăzut de complicații.

Tabelul 1 - Distribuția intervențiilor chirurgicale în funcție de localizarea herniei

Tip Hernie	Clasic	Laparoscopic	Total
Inghinală	60.377	13.009	73.386
Femurală	2.894	273	3.167

Tabelul 1 reflectă distribuția intervențiilor pentru hernii inghinale și femurale pe întreaga perioadă de cinci ani, evidențiind o diferență majoră între cele două tipuri de afecțiuni tratate chirurgical. Herniile inghinale constituie **95,9%** din totalul cazurilor, cu **73.386 de intervenții**, în timp ce herniile femurale reprezintă doar **4,1%**, cu **3.167 de cazuri**. Se observă, de asemenea, că abordul minim invaziv este utilizat într-un procent semnificativ mai mare în cazul herniilor inghinale (**17,7%**, adică **13.009 cazuri**) decât în cazul herniilor femurale (**8,6%**, adică **273 cazuri**). Această diferență poate fi explicată prin caracteristicile anatomice și tehnicile chirurgicale specifice fiecărui tip de hernie, hernia femurală fiind mai frecvent tratată prin tehnici deschise, în special în situațiile de urgență.

Tabelul 2 prezintă distribuția totală a intervențiilor pentru hernii inghino-femorale pe parcursul celor cinci ani analizați, diferențiată în funcție de tipul de abord chirurgical și tipul de spital. Se observă că intervențiile realizate în spitalele publice reprezintă majoritatea cazurilor (93,1% din total), în timp ce spitalele private contribuie cu doar 6,9% din volumul total de proceduri. Acestea nu includ și intervențiile finanțate exclusiv privat, în afara contractului cu CNAS, însă spitalele private nu raportează nicăieri aceste date. Numărul lor însă nu poate fi foarte mare. În ceea ce privește tipul de abord chirurgical, metoda clasică rămâne predominantă, fiind utilizată în **82,7%** dintre cazuri, în timp ce abordul laparoscopic este folosit în **17,3%** dintre intervenții. Această diferență este semnificativă mai ales în sectorul public, unde doar **14,6%** dintre intervenții au fost realizate laparoscopic, comparativ cu **54,7%** în sectorul privat.

Această discrepanță indică o adopție mai rapidă a tehnicilor minim invazive în spitalele private, în timp ce spitalele publice continuă să efectueze preponderent intervenții prin abord deschis.

Tabelul 2 - Distribuția numărului total de intervenții chirurgicale în funcție de abord și de tipul spitalului

Tip abord	Privat	Public	Total
Clasic	2.380	60.891	63.271
Laparoscopic	2.877	10.405	13.282
Total	5.257	71.296	76.553

Analizând evoluția intervențiilor chirurgicale în perioada 2019-2023, se observă o creștere progresivă a utilizării abordului laparoscopic, atât în spitalele publice, cât și în cele private. (Tabelul 3) În spitalele private, procentul intervențiilor laparoscopice a rămas constant în primii ani, situându-se în jurul valorii de **52-54%**, dar a înregistrat o creștere semnificativă în **2023**, ajungând la **61,79%** din totalul intervențiilor. Acest lucru indică o tendință clară de adoptare a tehnicii minim invazive în sectorul privat, unde accesul la echipamente moderne și expertiza chirurgilor pot favoriza această tranziție. În spitalele publice, utilizarea tehnicii laparoscopice a crescut gradual, de la **12,27% în 2019** la **17,39% în 2023**, cu o creștere constantă în fiecare an. Această evoluție este pozitivă, dar mai lentă comparativ cu sectorul privat, ceea ce poate indica bariere precum accesul limitat la echipamente, costurile asociate și disponibilitatea resursei umane specializate.

Tabelul 3 - Evoluția intervențiilor chirurgicale în funcție de tipul de abord și tipul spitalului

	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Privat	803	881	1.374	1.105	1.094	5.257
Clasic	369	405	667	521	418	2.380
Laparoscopic	434	476	707	584	676	2.877
% Laparoscopic	54,05%	54,03%	51,46%	52,85%	61,79%	54,73%
Public	17.641	9.404	11.442	15.560	17.249	71.296
Clasic	15.480	8.138	9.781	13.238	14.254	60.891
Laparoscopic	2.161	1.266	1.661	2.322	2.995	10.405
% Laparoscopic	12,27%	13,48%	14,51%	14,94%	17,39%	14,61%
Total	18.444	10.285	12.816	16.665	18.343	76.553
% Laparoscopic	14,07%	16,94%	18,48%	17,44%	20,01%	17,35%

Analizând Figurile 2 și 3, se remarcă diferențe semnificative între sectorul public și cel privat în ceea ce privește tipul de abord chirurgical utilizat pentru herniile inghinale și femurale.

În cazul intervențiilor clasice (deschise), spitalele publice domină în mod categoric, realizând 96% dintre aceste proceduri (60.891 din totalul de 63.271 de cazuri). Prin contrast, spitalele private au efectuat doar 2.380 de astfel de intervenții, reprezentând un procent de 4%.

Această diferență majoră poate fi explicată prin faptul că spitalele publice asigură în cea mai mare măsură tratamentul pacienților cu hernie inghinală, având infrastructura și personalul necesar pentru a gestiona volume mari de pacienți, inclusiv urgențele.

În ceea ce privește abordul laparoscopic, deși spitalele publice continuă să fie dominante, ele dețin o pondere mult mai mică (78%) comparativ cu intervențiile clasice.

Din totalul de 13.282 de intervenții minim invazive realizate în perioada analizată, 10.405 au fost efectuate în spitale publice și 2.877 în spitale private. Spre deosebire de intervențiile deschise, spitalele private contribuie semnificativ mai mult în ceea ce privește chirurgia laparoscopică, realizând 22% dintre aceste intervenții.

Această pondere superioară a sectorului privat în abordul laparoscopic sugerează o mai mare orientare către tehnici minim invazive, ceea ce poate fi explicat de profilul pacienților din sectorul privat, de disponibilitatea mai mare a echipamentelor moderne și de accesibilitatea mai ridicată la chirurghi specializați în această tehnică.

Figura 2 - Raportul public/privat în cura herniilor pe cale clasică

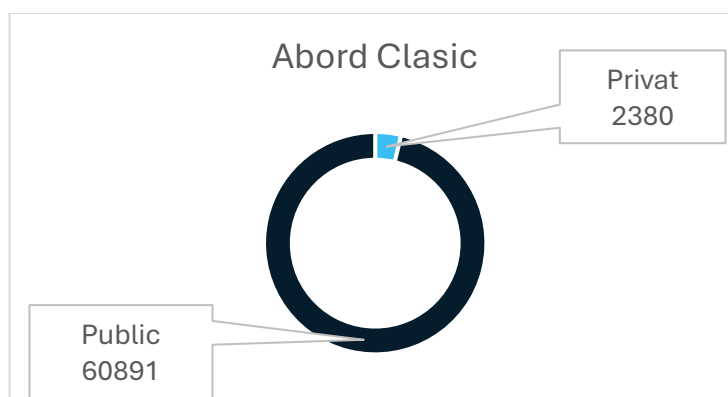
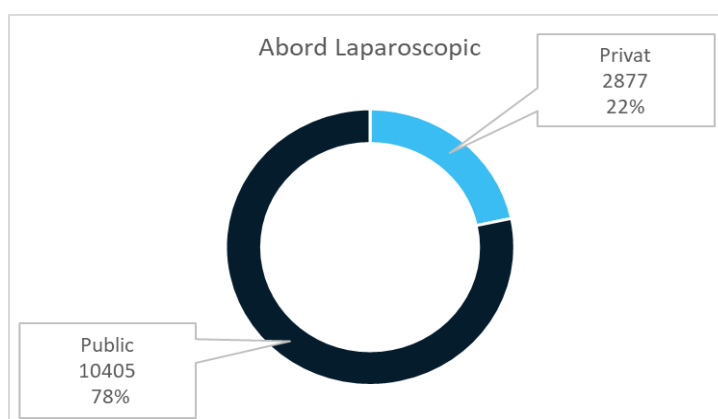


Figura 3 - Raportul public/privat în cura herniilor pe cale laparoscopică



În spitalele publice, impactul pandemiei asupra intervențiilor chirurgicale pentru hernii a fost sever. Numărul total al operațiilor a scăzut cu 46,7% în 2020 față de 2019, ceea ce reflectă atât restricțiile impuse în unitățile medicale, cât și redirectionarea resurselor către pacienții COVID-19. Totuși, în anii următori, activitatea chirurgicală a cunoscut o revenire constantă, cu o creștere anuală medie de 27,8% între 2020 și 2023. Această recuperare graduală a permis ca, în 2023, numărul intervențiilor să ajungă aproape la nivelul pre-pandemic, ceea ce indică o reluare a activității normale și o capacitate crescută de a gestiona atât cazurile restante, cât și noile necesități chirurgicale. (Figura 4) În contrast, spitalele private au avut o evoluție diferită. Spre deosebire de sistemul public, care a înregistrat o scădere abruptă în 2020, numărul intervențiilor în sectorul privat nu doar că nu a scăzut, dar a crescut ușor față de anul anterior. Această tendință s-a accentuat puternic în 2021, când numărul total de operații a fost cu 71,1% mai mare decât în 2019. Cel mai probabil, această creștere s-a datorat atât restricțiilor din spitalele publice, care au determinat mulți pacienți să se orienteze către sectorul privat, cât și unei mai mari flexibilități în organizarea activității chirurgicale în acest mediu. Totuși, după acest vârf din 2021, ritmul intervențiilor nu a fost susținut, iar în 2022 și 2023 s-a observat o stabilizare, cu un număr de cazuri ușor mai ridicat decât în perioada pre-pandemică. Astfel, în anul 2023 au fost raportate cu doar 36,2% cazuri mai multe decât în anul 2019. (Figura 5)

Un aspect notabil este creșterea intervențiilor laparoscopice, care a fost semnificativă atât în spitalele publice, cât și în cele private. În sistemul public, numărul operațiilor laparoscopice a crescut cu 38,6% față de 2019, ceea ce indică o tendință clară spre utilizarea tehnicilor minim invazive. În spitalele private, creșterea intervențiilor laparoscopice a fost și mai accentuată, ajungând la 55,8% peste nivelul din 2019.

Figura 4 - Evoluția intervențiilor chirurgicale în spitalele publice

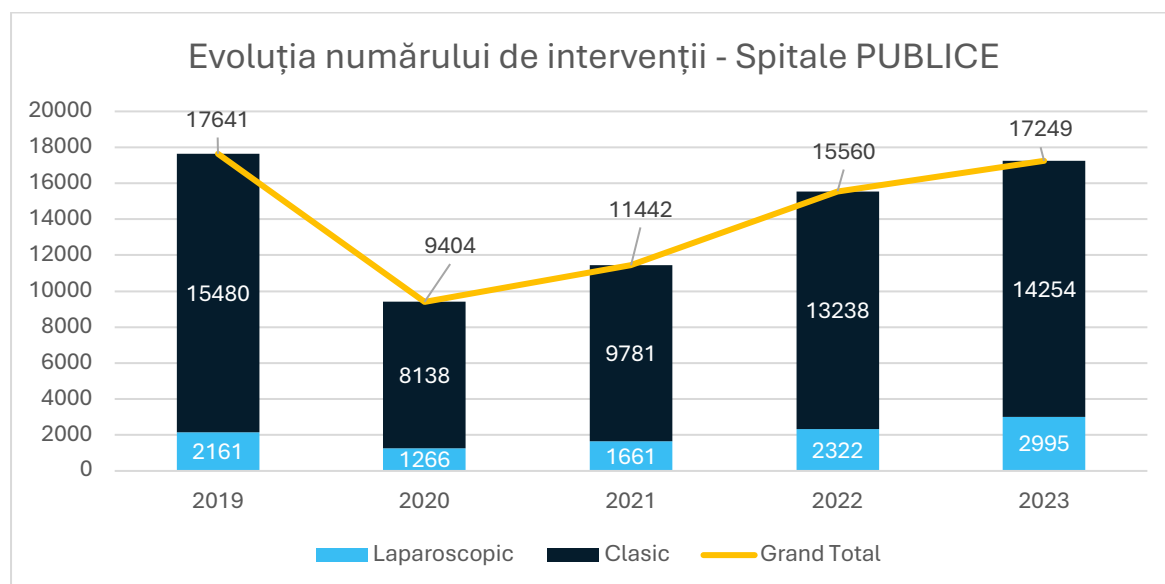
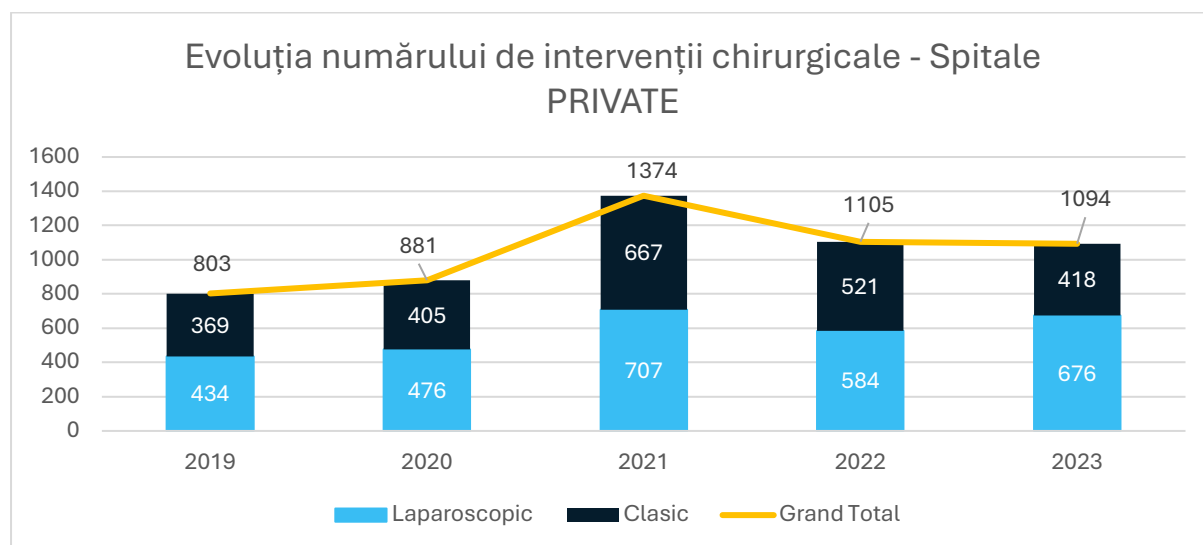
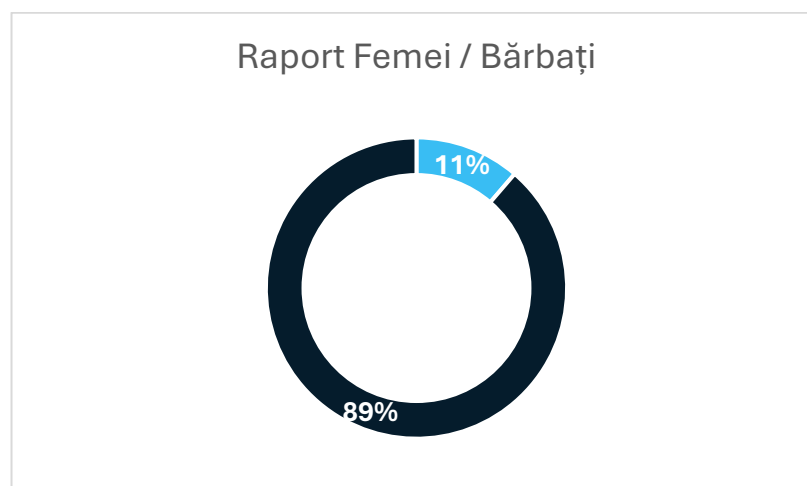


Figura 5 - Evoluția intervențiilor chirurgicale în spitalele private



Așa cum era de așteptat, herniile sunt mult mai frecvente în rândul bărbaților, aceștia reprezentând 89% din totalul pacienților operați, în timp ce femeile au fost doar 11% dintre cazuri. Totuși, distribuția pe sexe variază în funcție de tipul de hernie. Deși bărbații sunt majoritari în cazul herniilor inghinale, herniile femurale sunt mult mai frecvente la femei, 78% dintre pacienții operați pentru acest tip de hernie fiind de sex feminin. În ceea ce privește abordul laparoscopic, acesta a fost utilizat într-o proporție mai mică la femei comparativ cu bărbații. Doar 13,3% dintre intervențiile la femei au fost realizate laparoscopic, față de 17% în cazul bărbaților. Această discrepanță se menține și în sectorul privat, unde 46% dintre femeile operate au beneficiat de laparoscopie, comparativ cu 55% dintre bărbați. Aceste diferențe pot fi influențate de factori anatomici, de complexitatea cazurilor sau de preferințele chirurgicale, laparoscopia fiind utilizată mai frecvent în cazul herniilor inghinale, care sunt predominante la bărbați.

Figura 6 - Distribuția intervențiilor chirurgicale pentru hernii în funcție de sex



Așa cum se poate observa în **Figura 7** și **Figura 8**, distribuția pe grupe de vârstă este relativ similară între spitalele publice și cele private, cu o ușoară tendință de echilibrare în sectorul privat. Cele mai reprezentative grupe de vârstă pentru intervențiile chirurgicale sunt **60-69 de ani**, urmate de **70-79 de ani** și **50-59 de ani**, atât în public, cât și în privat.

Diferențele notabile apar în ceea ce privește utilizarea abordului laparoscopic. În spitalele publice, se observă o scădere clară a procentului de intervenții laparoscopice odată cu înaintarea în vârstă.

Dacă în grupa **20-29 de ani**, laparoscopia a fost utilizată în **25,97%** dintre cazuri, iar în grupa **30-39 de ani** în **27,82%**, acest procent scade treptat la **22,16%** pentru pacienții de **40-49 de ani**, apoi la **17,36%** pentru cei de **50-59 de ani**.

Tendința devine și mai evidentă la pacienții peste **60 de ani**, unde doar **12,56%** au fost operați laparoscopic, iar procentul continuă să scadă la **8,65%** în grupa **70-79 de ani** și ajunge la un minim de **4,47%** pentru cei de **80-89 de ani**.

Acest tipar sugerează o utilizare mai selectivă a laparoscopiei în funcție de vârstă, probabil din cauza comorbidităților asociate sau a dificultăților tehnice.

În schimb, în spitalele private, procentul intervențiilor laparoscopice este semnificativ mai ridicat și distribuit mult mai uniform între grupele de vârstă.

În categoria **20-29 de ani**, laparoscopia a fost utilizată în **64,26%** dintre cazuri, iar în **30-39 de ani** chiar în **66,05%**, un procent mult mai mare decât cel observat în public.

Spre deosebire de sistemul public, unde se remarcă o scădere progresivă, în spitalele private procentul de laparoscopie rămâne ridicat și în grupele de vârstă mai avansată.

Pentru pacienții de **40-49 de ani**, **62,69%** dintre intervenții au fost laparoscopice, în timp ce în **50-59 de ani** s-a menținut la **55,91%**. În grupa **60-69 de ani**, aproape jumătate dintre pacienți (**52,66%**) au beneficiat de chirurgie minim invazivă, iar în **70-79 de ani** procentul a fost de **45,33%**.

Chiar și la pacienții de **80-89 de ani**, laparoscopia a fost utilizată în **34,48%** dintre cazuri, un procent considerabil mai mare față de **4,47%** în public.

Figura 7 - Distribuția pacienților operați pentru hernii pe grupe de vârstă în spitalele publice și procentul intervențiilor laparoscopice

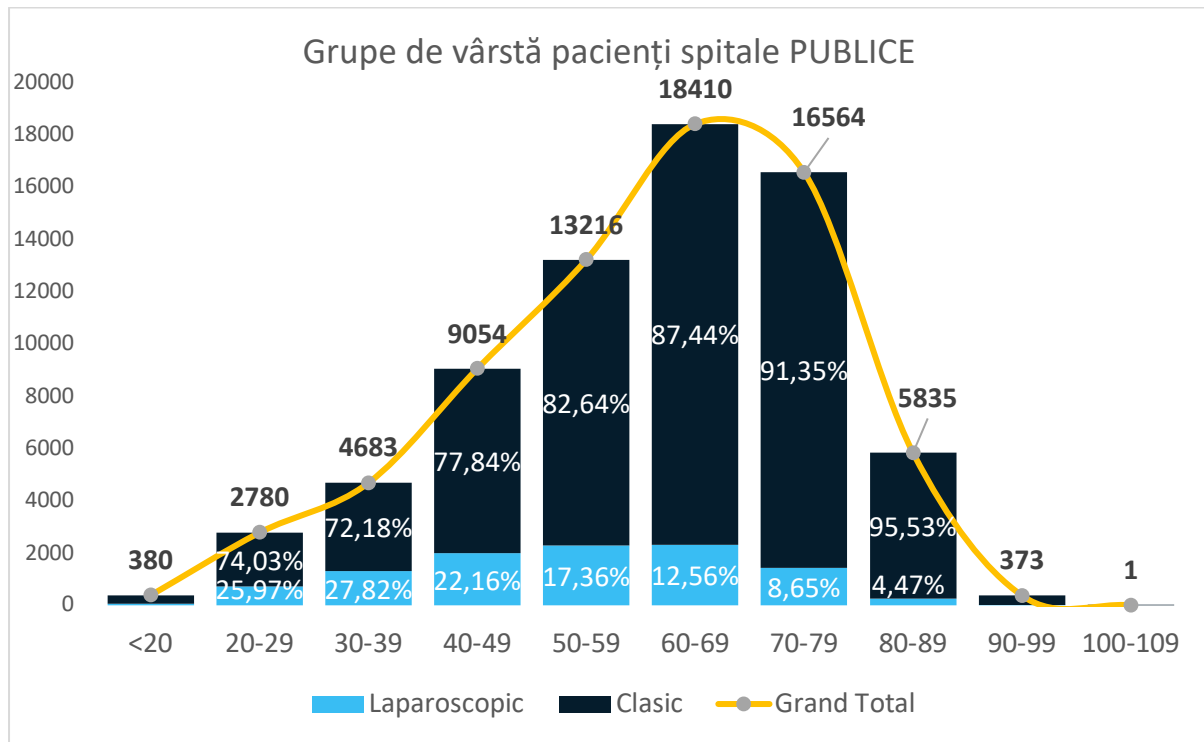
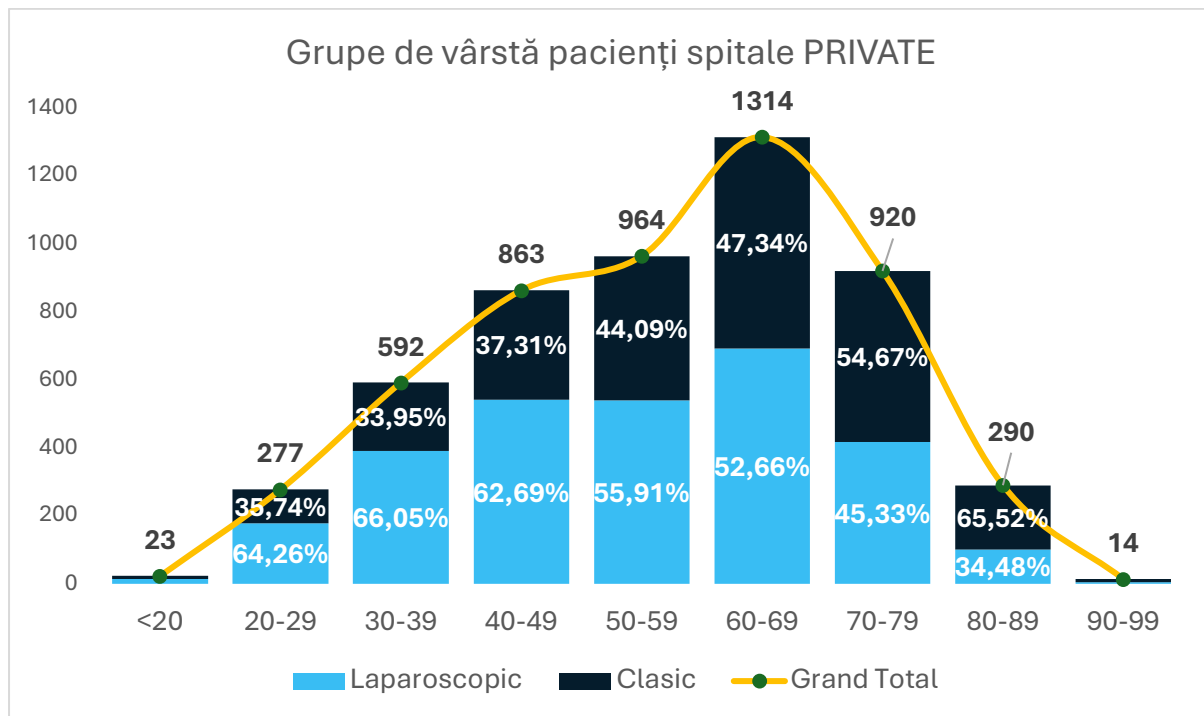


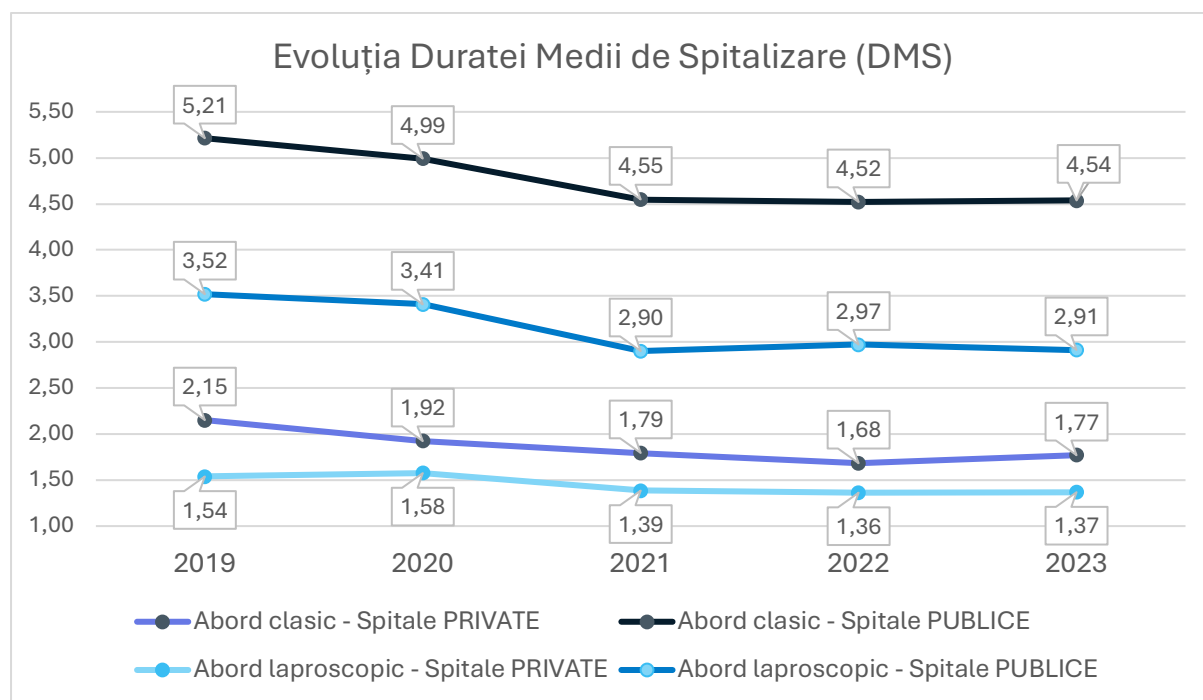
Figura 8 - Distribuția pacienților operați pentru hernii pe grupe de vârstă în spitalele private și procentul intervențiilor laparoscopice



Această diferență în utilizarea laparoscopiei între spitalele publice și cele private sugerează o abordare diferită în selecția pacienților pentru tehnicile minim invazive. În sectorul public, laparoscopia este preferată pentru pacienții mai tineri, iar utilizarea sa scade odată cu vârsta, în

timp ce în privat, această tehnică este aplicată într-o proporție mai mare și relativ constantă chiar și în grupele de vârstă avansată.

Figura 9 - Evoluția Duratei Medii de spitalizare (DMS)



Analizând evoluția duratei medii de spitalizare (DMS) în spitalele publice și private pentru intervențiile clasice și laparoscopice, se observă diferențe semnificative atât între cele două sisteme, cât și între tipurile de intervenții chirurgicale. În spitalele publice, se remarcă o scădere importantă a DMS în ultimii ani, în special pentru abordul clasic. Dacă în 2019 pacienții operați clasic petreceau în medie **5,21 zile** în spital, în 2023 această durată s-a redus la **4,54 zile**, ceea ce indică o optimizare a îngrijirilor postoperatorii și o eficientizare a fluxului pacienților. Și în cazul laparoscopiei, durata internării a scăzut de la **3,52 zile** în 2019 la **2,91 zile** în 2023, ceea ce confirmă tendința de scurtare a perioadei de spitalizare în sectorul public.

În spitalele private, durata internării a fost constant mai redusă decât în public, iar variațiile în timp sunt mai puțin evidente. Pentru intervențiile clasice, DMS a scăzut de la **2,15 zile** în 2019 la **1,77 zile** în 2023, în timp ce în cazul laparoscopiei valorile s-au menținut relativ constante, situându-se între **1,36 și 1,58 zile** pe întreaga perioadă analizată.

Principala cauză a diferențelor mari dintre cele două sisteme poate fi observată analizând momentul efectuării intervenției chirurgicale în raport cu internarea pacientului. Datele din Tabelul 4 arată că în spitalele private pacienții sunt operați predominant în aceeași zi cu internarea, având în medie doar 0,16 zile de spitalizare preoperatorie. În schimb, în spitalele publice, timpul de așteptare preoperator este semnificativ mai mare, pacienții fiind operați în medie după 1,30 zile de la internare, ceea ce înseamnă că intervenția are loc, de regulă, în a

doua sau chiar a treia zi de internare. Acest decalaj contribuie direct la prelungirea duratei totale de spitalizare în sistemul public.

Tabelul 4 - Defalcarea Duratei de spitalizare în funcție de ziua intervenției chirurgicale în cursul internării

	DMS	Nr Zile Preoperator	Nr zile postoperator
Privat	1,78	0,16	1,62
Clasic	2,03	0,14	1,89
Laparoscopic	1,57	0,18	1,39
Public	4,80	1,30	3,51
Clasic	5,06	1,33	3,73
Laparoscopic	3,31	1,13	2,19
Grand Total	4,60	1,22	3,38

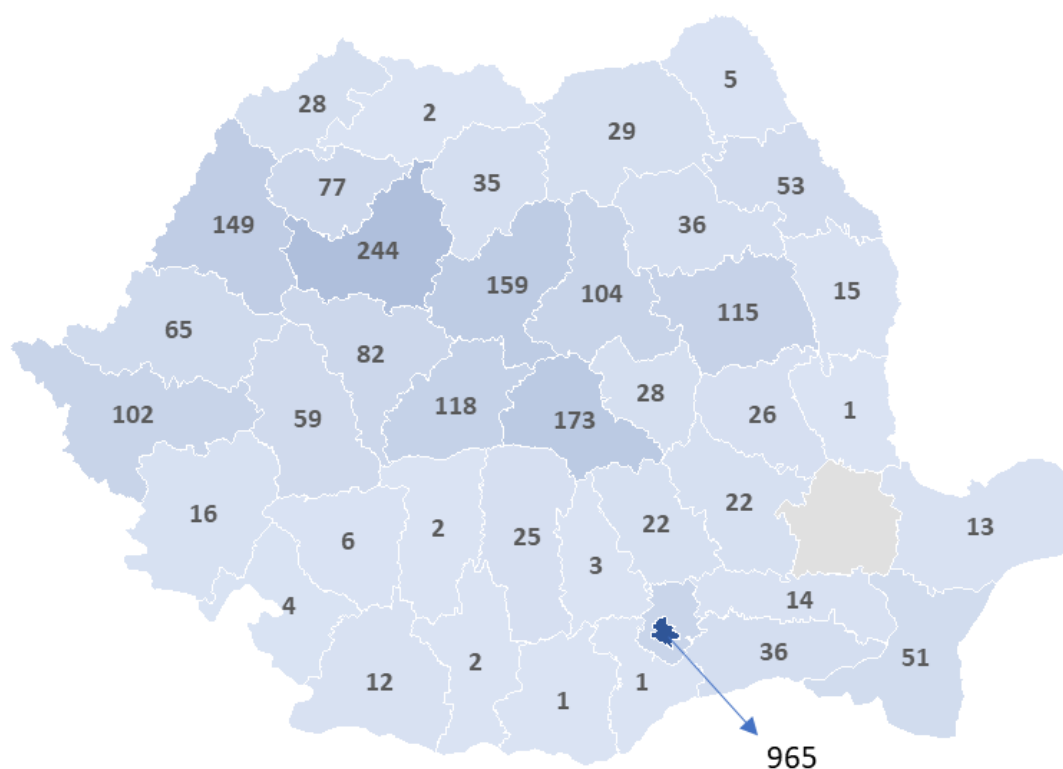
Un alt factor major este durata internării postoperatorii. În spitalele private, pacienții sunt externați rapid după intervenție, cu o durată medie postoperatorie de **1,62 zile**, iar pentru abordul laparoscopic chiar mai redusă, de **1,39 zile**. În spitalele publice, însă, pacienții petrec în medie **3,51 zile** postoperator, aproape dublu față de cei din privat. Dacă analizăm separat abordul clasic și cel laparoscopic, diferențele sunt și mai accentuate: în public, pacienții operați clasic rămân internați **3,73 zile** postoperator, față de doar **1,89 zile** în privat, iar pentru laparoscopie diferența este de **2,19 zile** în public comparativ cu **1,39 zile** în privat. Aceste cifre sugerează o tendință mai mare de supraveghere prelungită a pacienților în spitalele publice, fie din precauție, fie din cauza unor limitări administrative sau logistice care întârzie externarea. Deși laparoscopia este asociată cu un timp de spitalizare mai scurt în ambele sisteme, în spitalele publice acest avantaj nu este exploatat la maximum.

Dacă în privat DMS pentru laparoscopie este de **1,57 zile**, în public rămâne mult mai ridicată, la **3,31 zile**. Aceasta indică faptul că, deși tehnica minim invazivă este aplicată și în spitalele publice, beneficiile ei în ceea ce privește reducerea duratei de internare nu sunt pe deplin valorificate.

Un alt aspect observat este numărul extrem de mic de pacienți externați în aceeași zi după operație, ceea ce arată că **one-day surgery** nu este încă un concept adoptat pe scară largă în România, nici măcar în sistemul privat. În perioada de 5 ani analizată, doar **212 pacienți** din spitalele private și **181 pacienți** din spitalele publice au fost externați în aceeași zi, ceea ce reprezintă un procent nesemnificativ raportat la numărul total de intervenții.

Dintre aceștia, în privat **101 pacienți** au fost operați clasic și **111 laparoscopic**, iar în public **114 pacienți** au fost externați în aceeași zi după intervenții clasice și doar **67** după laparoscopie.

Figura 11 - Distribuția geografică a intervențiilor laparoscopice în spitalele PUBLICE în 2023



În ceea ce privește chirurgia laparoscopică, **Figura 11** arată că aproape toate județele încearcă să implementeze această metodă minim invazivă, dar în multe zone este încă într-un stadiu incipient. Cele mai multe intervenții laparoscopice s-au realizat tot în centrele universitare, cu un vârf în București (**965 de cazuri**), urmat de Cluj (**244 de cazuri**) și Timiș (**149 de cazuri**). De remarcat este că, în unele județe, abordul laparoscopic este aproape inexistent.

De exemplu, în Giurgiu, unde s-au operat doar **22 de cazuri de hernie**, doar **un singur pacient** a beneficiat de intervenție minim invazivă.

Alte județe cu număr extrem de mic de intervenții laparoscopice sunt Vaslui (**2 cazuri**), Ialomița (**3 cazuri**) și Călărași (**4 cazuri**).

Chiar dacă în majoritatea județelor există o încercare de a introduce abordul laparoscopic, numărul redus de astfel de intervenții în multe zone indică fie o lipsă de infrastructură și experiență în chirurgia minim invazivă, fie o preferință încă dominantă pentru abordul clasic. Pe de altă parte, prezența laparoscopiei chiar și în județele cu activitate redusă este un semn pozitiv, sugerând că această tehnică începe să fie adoptată la nivel național, deși ritmul de implementare este foarte variabil.

Tabelul 5 - Topul spitalelor publice cu cea mai mare experienta in cura herniei inghinale pe cale laparoscopică (2019-2023)

Judet spital	Denumire spital	Clasic	Laparo	% Laparo
BUCURESTI	Spitalul Clinic de Urgență Militar Central	1143	1071	48,37%
BRASOV	Spitalul Militar de Urgență Regina Maria	399	490	55,12%
BUCURESTI	Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti	1148	460	28,61%
MURES	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Targu Mures	1257	444	26,10%
SIBIU	Spitalul Militar de Urgenta "Dr. Alexandru Augustin" Sibiu	620	415	40,10%
CLUJ	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Cluj-Napoca	795	336	29,71%
TIMIS	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Pius Brinzeu" Timisoara	1446	336	18,86%
BUCURESTI	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucuresti	288	327	53,17%
CLUJ	Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie Cluj Napoca	1027	323	23,93%
BUCURESTI	Spitalul Clinic de Urgenta Bucuresti	1832	303	14,19%
BUCURESTI	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan" Bucuresti	651	257	28,30%
BACAU	Spitalul Judetean de Urgenta Bacau	569	246	30,18%
IASI	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Spiridon" Iasi	1736	246	12,41%
BIHOR	Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea	813	242	22,94%
ARAD	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Arad	726	235	24,45%
HARGHITA	Spitalul Municipal Odorheiu Secuiesc	549	203	26,99%
ALBA	Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia	600	199	24,91%
BUCURESTI	Spitalul Clinic CF2	234	198	45,83%
BUCURESTI	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucuresti	124	183	59,61%
BUCURESTI	Spitalul Clinic "Coltea" Bucuresti	461	181	28,19%

Analizând distribuția intervențiilor laparoscopice în spitalele publice, se observă că experiența în această tehnică este concentrată în câteva unități cu volume mari de cazuri. **Tabelul 5** evidențiază spitalele publice cu cea mai mare activitate în cura laparoscopică a herniei inghinale, unde procentul de utilizare a acestei metode variază considerabil.

Se remarcă **Spitalul Clinic de Urgență Militar Central București**, care a realizat aproape jumătate dintre intervenții pe cale laparoscopică (**48,37%**), dar și **Spitalul Militar de Urgență Regina Maria din Brașov**, unde laparoscopia a fost utilizată chiar mai frecvent decât abordul clasic (**55,12%**). Pe de altă parte, în unele centre mari, precum Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Spiridon" Iasi (12,41%), Spitalul Clinic de Urgenta Bucuresti (14,19%) sau Spitalul Județean Clinic de Urgență "Pius Brînzeu" din Timișoara (18,86%), procentul

laparoscopiei este mai scăzut ceea ce indică variabilitatea utilizării acestei metode chiar și între unități medicale cu volum mare de pacienți.

Este de remarcat și faptul că în anumite spitale, deși numărul total de cazuri laparoscopice este mai mic, ponderea acestora este semnificativă. Spre exemplu, la **Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" București**, **59,61%** dintre cazurile de hernie inghinală au fost tratate laparoscopic, ceea ce sugerează o preferință clară pentru abordul minim invaziv în anumite instituții.

Aceste diferențe reflectă atât disponibilitatea echipamentului și experiența echipelor chirurgicale, cât și opțiunile terapeutice ale fiecărui centru.

Analizând Figura 10 și Figura 11, observăm o dezvoltare extrem de dezechilibrată a sistemului privat de sănătate, care este concentrat într-un număr limitat de județe. Majoritatea intervențiilor sunt realizate în București (280 de cazuri), Constanța (185 de cazuri) și Iași (146 de cazuri), în timp ce în multe județe nu există deloc activitate chirurgicală privată.

În 26 de județe nu s-a efectuat nicio intervenție pentru hernie în spitalele private, ceea ce ridică semne de întrebare privind disponibilitatea serviciilor chirurgicale private în mare parte din țară. Dacă nici măcar astfel de intervenții relativ comune nu sunt efectuate în aceste județe, este puțin probabil ca pacienții să aibă acces la alte tipuri de intervenții chirurgicale mai complexe în sistemul privat, în aceste zone.

Situația este similară și în cazul intervențiilor laparoscopice, prezentate în Figura 11. Bucureștiul rămâne centrul dominant, cu 190 de cazuri operate laparoscopic, urmat de Constanța (93 de cazuri) și Cluj (80 de cazuri). În multe județe, numărul acestor intervenții este extrem de redus sau inexistent, ceea ce sugerează că accesul pacienților la chirurgie minim invazivă în sectorul privat este limitat și distribuit inegal la nivel național.

Un alt aspect important este că spitalele private sunt bine reprezentate exact în județele unde și sistemul public este bine dezvoltat, cum ar fi București, Cluj, Timiș și Iași.

În loc să suplinească lipsa serviciilor publice în județele mai mici, unitățile private concurează în aceleași regiuni unde infrastructura publică este deja solidă. Excepții notabile sunt județele Brașov și Constanța, unde activitatea privată este mai bine conturată și ar putea suplini parțial cererea de servicii chirurgicale în zonă.

Figura 10 - Distribuția geografică a cazurilor în spitalele PRIVATE în 2023

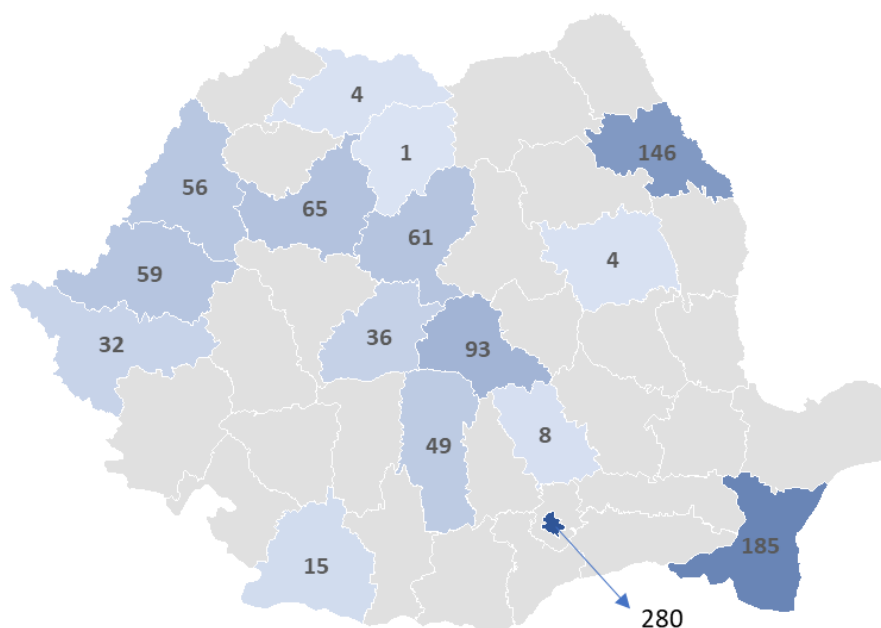
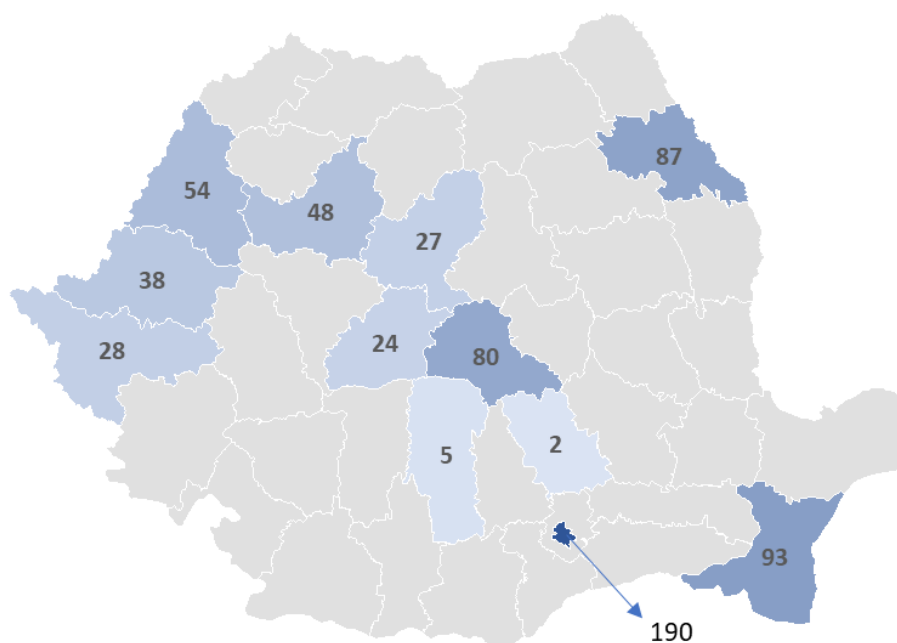


Figura 11 - Distribuția geografică a intervențiilor laparoscopice în spitalele PRIVATE în 2023



Tabelul 6 prezintă spitalele private cu cea mai mare experiență în tratarea herniei inghinale pe cale laparoscopică, evidențiind unitățile care au realizat cele mai multe astfel de intervenții în ultimii cinci ani. Datele reflectă activitatea principalelor centre private specializate în chirurgia minim invazivă a herniei, oferind o perspectivă asupra distribuției și volumului acestor proceduri în sectorul privat.

Tabelul 6 - Topul spitalelor private cu cea mai mare experienta in cura herniei inghinale pe cale laparoscopică

Spital	2019	2020	2021	2022	2023	Total
SC MED LIFE SA	88	76	74	116	97	451
ARCADIA HOSPITAL	70	79	103	87	87	426
S.C. GENESYS MEDICAL CLINIC S.R.L.	51	54	85	55	38	283
SC OVIDIUS CLINICAL HOSPITAL SRL	41	41	72	53	60	267
SPITALUL PELICAN ORADEA	38	41	53	55	54	241
SANADOR	21	33	43	27	49	173
SC MEDICOVER HOSPITALS	24	33	78	19	16	170
SPITALUL TEO HEALTH SA	25	31	59	25	28	168
MATERNA CARE	10	31	37	19	25	122
SC NOVA VITA HOSPITAL	20	19	27	20	25	111
S.C. PDR S.A.	4	7	30	35	24	100
SC MEDSTAR 2000 S.R.L.		1	6	11	25	43
SC Delta Health	14	9	11	4	4	42
SC CLINICA POLISANO SRL	3	3	2	2	24	34

Alte variabile studiate

În continuare, vom analiza și alte variabile relevante, precum tipul herniei, complexitatea intervențiilor și rata recidivei, pentru a obține o imagine mai detaliată asupra caracteristicilor pacienților operați și a rezultatelor postoperatorii.

Herniile femurale au reprezentat **4,33%** din totalul intervențiilor pentru hernii (3.162 din 72.956), fiind mult mai puțin frecvente decât herniile inghinale. Dintre acestea, doar **8,63%** au fost tratate laparoscopic (273 de cazuri), ceea ce arată o preferință clară pentru abordul clasic. În cazul herniilor inghinale, laparoscopia a fost utilizată într-un procent mai mare, reprezentând **17,6%** din totalul intervențiilor (12.841 din 72.956)

Când analizăm intervențiile laparoscopice pentru hernii cu grad ridicat de complexitate, observăm că în cazul herniilor încarcerate și al celor recidivate nu există diferențe notabile între spitalele publice și cele private. Proporția intervențiilor pentru hernii obstruate este relativ apropiată, cu un procent ușor mai ridicat în spitalele publice (22,08%) față de cele private (18,8%). La fel, în cazul herniilor recidivate, reintervențiile laparoscopice sunt raportate într-o proporție similară, cu 4,53% în sistemul public și 3,48% în cel privat.

În schimb, diferența devine semnificativă atunci când privim numărul intervențiilor laparoscopice realizate pentru hernii bilaterale. În spitalele private, 17,27% dintre pacienți au beneficiat de un abord bilateral, ceea ce înseamnă că aproape unul din cinci pacienți a avut ambele hernii rezolvate într-o singură intervenție minim invazivă. În sistemul public, acest tip de abord este mult mai rar întâlnit, cu o rată de doar 4,81%. Acest contrast sugerează că în

sectorul privat există o tendință mai pronunțată spre intervenții laparoscopice extinse, care permit tratarea ambelor hernii într-o singură operație.

Analizând cazurile cu diagnostic de hernie recidivată pe întreaga perioadă studiată, nu am fi putut calcula cu precizie rata recidivelor, deoarece multe dintre aceste cazuri ar fi putut reprezenta recidive ale unor hernii operate înainte de 2019, iar pentru pacienții operați în ultimul an analizat, 2023, am fi putut lua în considerare doar recidivele survenite în același an, ceea ce ar fi însemnat o perioadă de urmărire prea scurtă.

Din acest motiv, am ales să analizăm doar cazurile în care prima intervenție chirurgicală a avut loc în 2019, pentru a avea o perioadă suficientă de urmărire și pentru a putea estima mai fidel rata recidivelor.

În 2019, un număr de 18.444 de pacienți au fost operați pentru hernii. Dintre aceștia, 889 au necesitat cel puțin o a doua intervenție chirurgicală, iar 29 au suferit trei sau mai multe reintervenții. În cazul acestora din urmă, este clar că vorbim despre recidive, însă situația celor care au avut doar două internări este mai dificil de interpretat.

Numai 107 dintre cei 18.444 de pacienți operați în 2019 au avut diagnosticul de hernie recidivată la a doua sau a treia intervenție, ceea ce ar indica o rată minimă a recidivei de doar 0,58%. Spunem „minimă” deoarece am constatat numeroase erori în codificarea diagnosticului de hernie recidivată, ceea ce înseamnă că, dacă ne-am baza exclusiv pe această categorie de pacienți, rata recidivei ar fi semnificativ subevaluată.

O a doua problemă vine din modul în care sistemul de codificare DRG înregistrează aceste cazuri. DRG nu face distincție între hernia inghinală dreaptă și cea stângă, ceea ce înseamnă că pacienții care apar cu două intervenții chirurgicale ar putea fi ori cazuri reale de recidivă ori pacienți care au avut nevoie de operații separate pentru hernii pe ambele părți ale corpului. Această lipsă de specificitate introduce o incertitudine semnificativă în interpretarea datelor.

Dacă ne-am baza strict pe numărul pacienților reoperați, am putea spune că rata maximă de recidivă la nivel național este de $(889 / 18.444) * 100 = 4,82\%$. Totuși, această valoare este supraestimată din cauza limitărilor codificării. În realitate, recidiva herniară pare să fie mai redusă, situându-se probabil între 2 și 3%, conform unei estimări empirice.

Interesant este faptul că nu există diferențe semnificative între pacienții reoperați care au avut prima intervenție pe cale laparoscopică și cei care au fost operați prin metoda clasică.

În perioada analizată, numărul deceselor postoperatorii în rândul pacienților operați pentru hernie este extrem de redus, indiferent de tipul de intervenție sau de tipul unității medicale.

În spitalele private, au fost înregistrate doar două decese – unul după o intervenție clasică și unul după o intervenție laparoscopică – dintr-un total de peste 5.200 de pacienți operați.

În spitalele publice, numărul deceselor este mai mare, dar raportat la un volum mult mai mare de intervenții: 248 de pacienți operați clasic și 12 pacienți operați laparoscopic au decedat,

dintr-un total de peste 71.000 de cazuri.. Astfel, mortalitatea în perioada studiată de 5 ani a fost de 0,34%.

Aspecte legate de decontarea cazurilor de hernie inghinală

Analizând **Tabelul 7** și **Tabelul 8**, observăm că indicii de complexitate al cazurilor (ICM) variază considerabil pentru intervențiile de hernie, ceea ce indică o codificare DRG eterogenă. Atât în spitalele publice, cât și în cele private, majoritatea cazurilor sunt încadrate în categoriile de complexitate <1, 1-2 și 2-3, reprezentând peste **95%** din totalul pacienților.

Nu s-au identificat diferențe majore între spitalele publice și cele private în ceea ce privește distribuția cazurilor în funcție de complexitate.

În spitalele publice, **44,94%** dintre cazuri sunt încadrate cu ICM <1, comparativ cu **34,10%** în privat, iar proporțiile rămân similare și pentru celelalte categorii.

La fel, nu există diferențe relevante între abordul clasic și cel laparoscopic, semn că **grouperul DRG nu diferențiază între tipul de abord chirurgical**.

Această situație sugerează că există un **potențial clar de optimizare a codificării** atât în spitalele publice, cât și în cele private, pentru o mai bună reflectare a complexității reale a intervențiilor.

Valorile relative DRG pot varia semnificativ în funcție de modul în care sunt codificate cazurile, ceea ce poate influența atât analiza statistică a complexității intervențiilor, cât și mecanismele de finanțare bazate pe DRG.

Tabelul 7 - Indicii de complexitate al cazurilor (ICM – case mix index) in spitalele PUBLICE

ICM - spitale publice	Clasic	Laparoscopic	Total	% din Total
<1	28.520	3.405	31.925	44,94%
1-2	14.226	3.908	18.134	25,53%
2-3	16.250	2.901	19.151	26,96%
3-4	49	21	70	0,10%
4-5	1.561	150	1.711	2,41%
5-6	15		15	0,02%
>6	22	8	30	0,04%
Total	60.643	10.393	71.036	

Tabelul 8 - Indicele de complexitate al cazurilor (ICM – case mix index) in spitalele

PRIVATE

ICM - spitale private	Clasic	Laparoscopic	Total	% din Total
<1	902	890	1792	34,10%
1-2	632	1278	1910	36,35%
2-3	802	701	1503	28,60%
3-4	4	1	5	0,10%
4-5	39	5	44	0,84%
>6		1	1	0,02%
Total	2.379	2.876	5.255	

Tabelul 9 arată că decontul mediu al CNAS pentru cura chirurgicală a herniilor inghinale este relativ similar între spitalele publice și cele private, ceea ce era de așteptat având în vedere mecanismul de finanțare bazat pe DRG. În spitalele publice, decontul mediu este de **2.565 RON**, ușor mai mare decât în spitalele private, unde se situează la **2.415 RON**.

Dacă analizăm separat abordul clasic și cel laparoscopic, observăm diferențe minore în decontare, ceea ce sugerează că **CNAS și INMSS nu diferențiază între cele două tehnici chirurgicale**. Pentru intervențiile clasice, decontul este de **2.469 RON** în privat și **2.514 RON** în public, în timp ce pentru laparoscopie valoarea este de **2.369 RON** în privat și **2.861 RON** în public. Acest lucru indică faptul că, deși intervențiile laparoscopice sunt asociate cu beneficii evidente pentru pacienți, cum ar fi recuperarea mai rapidă și un risc redus de complicații, ele nu sunt stimulate printr-un mecanism de finanțare diferențiat.

Tabelul 9 - Decontul mediu al CNAS pentru cura chirurgicală a herniilor inghinale

Spital / Abord	Decont CNAS mediu (TCP x VR) (RON)	ICM mediu
Privat	2.415	1,61
Clasic	2.469	1,67
Laparoscopic	2.369	1,56
Public	2.565	1,56
Clasic	2.514	1,54
Laparoscopic	2.861	1,67
Total	2.555	1,56

Mai mult, decontul CNAS nu reflectă faptul că intervențiile laparoscopice presupun **costuri mai mari pentru spitale**, în special din cauza consumabilelor specifice și a echipamentului necesar. În absența unei finanțări adecvate care să țină cont de aceste aspecte, spitalele nu sunt încurajate să adopte pe scară largă abordul minim invaziv, ceea ce poate influența negativ accesul pacienților la acest tip de intervenție.

Discuții și Concluzii

Analiza comparativă a tratamentului chirurgical al herniei inghinale în România evidențiază diferențe semnificative între spitalele publice și cele private, atât în ceea ce privește volumul de activitate, cât și tipul de abord chirurgical utilizat. De asemenea, se remarcă variații importante în durata medie de spitalizare, distribuția geografică a cazurilor și modul în care sunt finanțate aceste intervenții de către CNAS.

În spitalele private, abordul laparoscopic este utilizat într-o proporție mult mai mare, reprezentând 54,7% din totalul intervențiilor pentru hernii inghinale, comparativ cu doar 14,6% în spitalele publice. Această diferență semnificativă poate fi explicată printr-un acces mai facil la echipamente specifice, dar și printr-o organizare mai eficientă care permite optimizarea resurselor pentru chirurgia minim invazivă. De asemenea, pacienții care aleg sectorul privat sunt, în general, mai bine informați și dispuși să opteze pentru metode moderne de tratament. În schimb, în spitalele publice, laparoscopia avansează lent, cu o creștere graduală în ultimii cinci ani, dar fără a atinge nivelurile observate în alte țări europene.

O altă diferență majoră între sistemul public și cel privat este **durata medie de spitalizare (DMS)**. În spitalele private, pacienții sunt operați aproape imediat după internare, iar durata postoperatorie este semnificativ mai scurtă, ceea ce reduce considerabil timpul total petrecut în spital. În schimb, în sistemul public, pacienții sunt operați, în medie, la **1,30 zile** după internare, ceea ce prelungește inutil spitalizarea. De asemenea, perioada de recuperare postoperatorie este mult mai lungă în public (**3,51 zile**, comparativ cu **1,62 zile** în privat). Această tendință arată că spitalele publice mențin pacienții internați pentru o perioadă mai lungă, fie din motive administrative, fie dintr-o abordare mai conservatoare privind externarea acestora.

În ceea ce privește **rata recidivei**, analiza realizată nu a identificat diferențe notabile între abordul clasic și cel laparoscopic, ceea ce sugerează că tehnica minim invazivă nu este asociată cu un risc mai mare de recidivă. Totuși, interpretarea acestor date este îngreunată de deficiențele în codificarea DRG, care nu permite o diferențiere clară între recidivele reale și intervențiile realizate pe partea contralaterală. Acest aspect evidențiază nevoia unei optimizări a modului în care sunt raportate și înregistrate aceste proceduri, pentru a permite o analiză mai precisă a eficienței fiecărui tip de abord chirurgical.

Unul dintre cele mai importante aspecte evidențiate de acest studiu este **lipsa de stimulare financiară a chirurgiei minim invazive de către CNAS**. Decontul mediu pentru o intervenție laparoscopică este aproape identic cu cel pentru abordul clasic, în ciuda faptului că laparoscopia implică **costuri mai mari pentru spitale**, atât prin necesitatea echipamentelor specializate, cât și prin utilizarea unor consumabile specifice. Această realitate face ca spitalele

publice să nu fie încurajate să adopte chirurgia minim invazivă pe scară largă, chiar dacă aceasta aduce beneficii clare pentru pacienți.

Beneficiile chirurgiei laparoscopice sunt cunoscute (*Bittner, 2021*) și includ:

- **Durată mai scurtă de spitalizare**, ceea ce reduce costurile per pacient și optimizează utilizarea resurselor spitalicești.
- **Recuperare mai rapidă**, permițând pacienților să revină mai repede la activitățile zilnice și profesionale.
- **Risc redus de infecții nozocomiale**, esențial în contextul sistemului public, unde supra-aglomerarea și controlul infecțiilor rămân provocări importante.
- **Durere postoperatorie mai redusă**, ceea ce necesită o utilizare mai mică de analgezice și îmbunătățește confortul pacientului.
- **Risc scăzut de complicații legate de plaga operatorie**, cum ar fi infecțiile de plagă sau eventrațiile postoperatorii.

În contextul în care CNAS alocă fonduri considerabile pentru programe naționale de tratamente medicamentoase, dar **nu face nicio diferențiere între chirurgia clasică și cea laparoscopică**, este evident că sistemul actual de finanțare nu sprijină suficient dezvoltarea chirurgiei minim invazive. În alte țări cu sisteme DRG similare, valorile relative sunt ajustate periodic pentru a reflecta progresul tehnologic și complexitatea reală a procedurilor. În România, aceste liste nu au fost actualizate de **peste 15 de ani**, ceea ce înseamnă că multe proceduri chirurgicale minim invazive nici măcar nu sunt recunoscute corespunzător din punct de vedere al finanțării.

În ciuda subfinanțării și a lipsei unui sprijin real din partea CNAS pentru chirurgia minim invazivă, faptul că România a ajuns la un procent de peste **17%** din totalul herniilor operate laparoscopic în 2023 este un progres REMARCABIL. Acest nivel este relativ apropiat de cel din **Anglia (23%)** (*Palser, 2019*) și mult peste cel raportat în **Spania (5,3%)** (*Guillaumes S, 2021*) sau **Italia (5,3%)** (*Ortenzi M, 2023*). Totuși, există încă un decalaj considerabil față de **SUA (38%)** (*Madion M, 2021*) sau **Germania (63,8%)** (*Bittner, 2021*), unde laparoscopia este utilizată pe scară mai largă datorită unei politici de finanțare mult mai bine adaptate la realitățile chirurgiei moderne.

Pentru ca pacienții din România să beneficieze de avantajele chirurgiei minim invazive, este esențial ca INMSS să implementeze o **actualizare a sistemului DRG**, astfel încât chirurgia minim invazivă să fie finanțată corespunzător. În lipsa unor stimulente financiare clare, spitalele publice vor continua să opereze majoritar prin metodele clasice, iar accesul pacienților la cele mai moderne și, în acest caz, eficiente tratamente chirurgicale va rămâne limitat.

Bibliografie

Bittner, Reinhard R.; Felix, Edward L.¹. History of inguinal hernia repair, laparoendoscopic techniques, implementation in surgical praxis, and future perspectives: Considerations of two pioneers. *International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery* 4(4):p 133-155, Oct–Dec 2021. | DOI: 10.4103/ijawhs.ijawhs_85_21

Hidalgo NJ, Guillaumes S, Bachero I, Holguín V, Momblán D. Trends and predictors of laparoscopic bilateral inguinal hernia repair in Spain: a population-based study. *Surg Endosc.* 2023 Jun;37(6):4784-4794. doi: 10.1007/s00464-023-09967-y. Epub 2023 Mar 13. PMID: 36914783; PMCID: PMC10234937.

Köckerling F, Heine T, Adolf D, Zarras K, Weyhe D, Lammers B, Mayer F, Reinhold W, Jacob D. Trends in Emergent Groin Hernia Repair-An Analysis From the Herniamed Registry. *Front Surg.* 2021 Mar 30;8:655755. doi: 10.3389/fsurg.2021.655755. PMID: 33859994; PMCID: PMC8042323.

Madion M, Goldblatt MI, Gould JC, Higgins RM. Ten-year trends in minimally invasive hernia repair: a NSQIP database review. *Surg Endosc.* 2021 Dec;35(12):7200-7208. doi: 10.1007/s00464-020-08217-9. Epub 2021 Jan 4. PMID: 33398576.

Ortenzi M, Botteri E, Balla A, Podda M, Guerrieri M, Sartori A. Nationwide analysis of laparoscopic groin hernia repair in Italy from 2015 to 2020. *Updates Surg.* 2023 Jan;75(1):77-84. doi: 10.1007/s13304-022-01374-7. Epub 2022 Sep 7. PMID: 36070056; PMCID: PMC9450816.

Palser TR, Swift S, Williams RN, Bowrey DJ, Beckingham IJ. Variation in outcomes and use of laparoscopy in elective inguinal hernia repair. *BJS Open.* 2019 Apr 5;3(4):466-475. doi: 10.1002/bjs5.50158. PMID: 31388639; PMCID: PMC6677107.

ANEXA

ACTIVITATEA SPITALELOR și SIMULAREA REFORMEI FINANȚARII PENTRU SPITALIZĂRILE CONTINUE ACUȚI

Cod – Codul CNAS al spitalului

Categ. – Categoria de competență a spitalului

SC 2024 – Numărul de spitalizări continue acuți și cronici în anul 2024

SZ 2024 – Numărul de spitalizări de zi în anul 2024

SC 2024 vs SC 2019 - Rata de creștere/scădere a spitalizărilor continue acuți și cronici în 2024 față de 2019 (%)

SZ 2024 vs SZ 2019 - Rata de creștere/scădere a spitalizărilor continue în 2024 față de 2019 (%)

TCP Scenariul 1 – Tariful pe caz ponderat al spitalului în Scenariul 1 de simulare în RON

TCP Scenariul 2 – Tariful pe caz ponderat al spitalului în Scenariul 2 de simulare în RON

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
B_02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA BUCURESTI	I	28.228	3.302	-7,76%	37,87%	5.128	5.115
B_33	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA BUCURESTI	I	48.617	92.203	-5,12%	17,50%	5.513	5.513
B_80	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA ELIAS	I	30.938	47.164	-9,88%	71,73%	5.128	4.936
CJ01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA CLUJ-NAPOCA	I	53.547	64.207	-6,98%	99,61%	4.302	4.302
CT01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA "SF. APOSTOL ANDREI" CONSTANTA	I	53.617	26.533	-4,09%	24,98%	4.455	4.455
MS01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA TARGU MURES	I	36.342	27.351	-6,42%	-2,07%	4.891	4.500
TM01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA PIUS BRINZEU TIMISOARA	I	42.701	12.342	-7,98%	28,38%	5.128	4.871
B_03	SPITALUL CLINIC DE URGENTA DE CHIRURGIE PLASTICA, REPARATORIE SI ARSURI	I M	1.846	763	2,21%	3,11%	7.060	7.060
B_05	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII „GRIGORE ALEXANDRESCU”	I M	19.928	29.401	-6,12%	62,51%	4.239	4.300
B_06	SPITALUL CLINIC FILANTROPIA BUCURESTI	I M	12.863	28.930	0,99%	132,99%	3.732	3.732
B_08	SPITALUL CLINIC DE URGENTE OFTALMOLOGICE	I M	10.407	2.864	19,41%	5,92%	4.239	4.300
B_11	INSTITUTUL ONCOLOGIC "PROF. DR. AL. TRESTIOREANU" BUCURESTI	I M	17.242	66.066	-18,39%	1,72%	4.239	4.300
B_12	INSTITUTUL NATIONAL DE ENDOCRINOLOGIE C.I. PARHON, BUCURESTI	I M	18.769	23.100	3,12%	37,24%	3.529	3.529

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
B_14	INSTITUTUL NATIONAL DE DIABET, NUTRITIE SI BOLI METABOLICE „PROF. DR. NICOLAE PAULESCU”	I M	3.728	8.206	-28,53%	-33,09%	4.942	4.942
B_15	SPITALUL CLINIC DE ORTOPEDIE, TRAUMATOLOGIE SI TBC OSTEOARTICULAR FOISOR	I M	6.109	-	-23,41%	-	5.379	5.379
B_18	INSTITUTUL CLINIC FUNDENI	I M	47.474	79.522	-6,94%	-2,69%	4.331	4.331
B_19	INSTITUTUL DE URGENTA PENTRU BOLI CARDIOVASCULARE „PROF. DR. C.C.ILIESCU”	I M	11.936	15.325	-18,59%	-12,09%	4.239	4.300
B_20	INSTITUTUL NATIONAL PENTRU SANATATEA MAMEI SI COPILULUI "ALESSANDRESCU-RUSESCU"	I M	15.054	79.448	-20,80%	31,79%	5.018	5.018
B_23	SPITALUL CLINIC COLTEA	I M	10.578	37.429	-7,99%	-4,40%	3.713	3.713
B_28	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII „M.S.CURIE"	I M	21.244	17.339	0,61%	152,61%	4.738	4.738
B_32	INSTITUTUL DE FONOAUDIOLOGIE SI CHIRURGIE FUNCTIONALA ORL „PROF. DR. DORIN HOCIOTA”	I M	6.775	10.904	-10,50%	19,08%	4.180	4.180
B_35	SPITALUL CLINIC DE URGENTA " BAGDASAR - ARSENI"	I M	20.154	13.081	-12,76%	46,11%	3.797	3.797
B_36	INSTITUTUL NATIONAL DE NEUROLOGIE SI BOLI NEUROVASCULARE	I M	7.835	3.232	-15,78%	-9,54%	3.334	3.334
B_47	INSTITUTUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE "MARIUS NASTA"	I M	8.969	38.744	-3,27%	51,91%	4.239	4.300
B_48	INSTITUTUL NATIONAL DE BOLI INFECTIOASE PROF. DR. MATEI BALS, BUCURESTI	I M	19.870	123.101	-9,12%	-8,28%	3.374	3.374
CJ02	INSTITUTUL REGIONAL DE GASTENTEOLOGIE-HEPATOLOGIE "PF. DR. OCTAVIAN FODOR" CLUJ-NAPOCA	I M	14.806	22.221	-3,11%	93,60%	3.599	3.599
CJ08	INSTITUTUL ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUTA"	I M	19.169	95.790	-14,70%	34,47%	3.842	3.842
CJ09	INSTITUTUL INIMII DE URGENTA PENTRU BOLI CARDIOVASCULARE "NICULAE STANCIOIU" CLUJ-NAPOCA	I M	7.108	17.492	4,67%	26,79%	4.356	4.356
CJ21	INSTITUTUL CLINIC DE UROLOGIE SI TRANSPLANT RENAL CLUJ-NAPOCA	I M	3.588	4.916	1,64%	37,13%	4.239	4.300
IS03	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE "PROF. DR. GEORGE I.M. GEORGESCU" IASI	I M	7.025	19.661	24,29%	-9,35%	4.239	4.281
IS04	SPITALUL CLINIC ”DR. C. I. PARHON”	I M	7.424	38.800	-5,37%	9,57%	4.057	4.057
IS36	INSTITUTUL REGIONAL DE ONCOLOGIE	I M	11.684	65.665	11,50%	25,29%	4.181	4.181
MS24	INSTITUTUL DE URGENTA PENTRU BOLI CARDIOVASCULARE SI TRANSPLANT TARGU MURES	I M	6.320	4.515	-4,49%	37,28%	4.504	4.504

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
TM03	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "LOUIS TURCANU" TIMISOARA	I M	19.304	1.960	1,71%	428,30%	4.239	4.300
TM06	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE TIMISOARA	I M	8.145	819	10,59%	-50,51%	4.239	4.300
AR01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA ARAD	II	40.845	27.122	-11,26%	23,46%	4.170	4.170
B_01	SPITALUL CLINIC "SF. MARIA" BUCURESTI	II	10.589	18.730	-6,56%	18,97%	4.534	4.534
B_16	SPITALUL CLINIC COLENTINA - SPITAL DE ADULTI SI AMBULATORIU DE SPECIALITATE	II	28.645	70.813	-7,57%	25,68%	3.820	3.820
B_21	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "SFANTUL PANTELIMON", BUCURESTI	II	19.337	13.607	-22,11%	58,35%	4.434	4.434
B_29	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "SFANTUL IOAN" BUCURESTI	II	26.581	22.557	-11,61%	-17,04%	4.617	4.617
BH01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA ORADEA	II	74.048	49.103	88,35%	602,47%	3.263	3.263
BN01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BISTRITA	II	31.230	13.995	0,65%	98,17%	4.310	4.200
BV01	SPITAL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA BRASOV	II	34.257	9.399	-1,60%	120,58%	3.871	3.871
CJ07	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL CLUJ NAPOCA	II	8.464	23.703	-9,67%	-2,68%	5.163	5.163
DJ01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA CRAIOVA	II	52.730	4.739	-1,14%	39,63%	4.310	4.232
GL01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA „SF.APOSTOL ANDREI” GALATI	II	34.770	15.188	-11,02%	159,45%	4.310	4.200
HR01	SPITAL JUDETEAN DE URGENTA MIERCUREA CIUC	II	26.163	23.629	0,52%	34,85%	4.310	4.200
IS01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTE SF. SPIRIDON IASI	II	40.669	69.081	-6,34%	71,75%	4.310	4.200
MS02	SPITALUL CLINIC JUDETEAN MURES	II	29.988	45.247	-12,24%	1,23%	4.235	4.200
SB01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA SIBIU	II	36.099	25.312	-11,25%	14,07%	4.107	4.107
T05	SPITAL CLINIC CAI FERATE CLUJ NAPOCA	II	9.783	5.048	-1,11%	1,84%	4.052	4.052
TM02	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENTA TIMISOARA	II	37.937	9.278	-6,89%	-4,35%	4.310	4.200
B_04	SPITALUL CLINIC DE NEFROLOGIE "DR. CAROL DAVILA"	II M	11.701	9.033	11,50%	45,67%	3.550	3.550
B_09	SPITALUL CLINIC DE CHIRURGIE ORO-MAXILO-FACIALA "PROF. DR. DAN THEODORESCU"	II M	3.227	13.838	-2,63%	-28,76%	4.180	4.180
B_22	SPITALUL CLINIC DE COPII "DR. VICTOR GOMOIU"	II M	11.958	35.726	17,01%	725,27%	3.970	4.100
B_25	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI TROPICALE "DR.VICTOR BABES"	II M	14.879	27.198	-12,77%	-10,58%	3.970	4.100
B_31	SPITALUL CLINIC "PROF.DR. TH. BURGHELE"	II M	9.507	31.974	-2,00%	32,83%	3.970	4.100
B_34	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA - GINECOLOGIE " PROF. DR. PANAIT SIRBU "	II M	10.360	10.540	-15,47%	126,62%	3.742	3.742

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
B_41	CENTRUL CLINIC DE BOLI REUMATISMALE "DR. ION STOIA"	II M	4.207	6.471	4,03%	35,29%	3.185	3.185
BV02	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA GINECOLOGIE "DR.I.A.SBARCEA"	II M	12.286	1.828	-12,04%	-21,55%	3.970	4.062
BV03	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII BRASOV	II M	9.975	8.520	-5,23%	46,77%	4.574	4.574
CJ03	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII CLUJ NAPOCA	II M	24.256	16.067	-3,78%	-9,72%	3.970	4.072
CJ05	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CLUJ-NAPOCA	II M	6.291	50.321	-2,21%	29,27%	3.970	4.100
CT14	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CONSTANTA	II M	6.522	25.343	-15,94%	60,08%	2.717	2.717
DJ03	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI PNEUMFTIZIOLOGIE "VICTOR BABES" CRAIOVA	II M	13.469	13.355	16,81%	0,88%	3.970	4.100
GL02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "SF. IOAN" GALATI	II M	11.961	5.029	-11,47%	63,17%	4.684	4.684
IS02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "SF. MARIA" IASI	II M	28.161	26.913	18,97%	34,59%	3.970	4.100
IS05	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA SI GINECOLOGIE „CUZA VODA" IASI	II M	14.556	8.653	-3,28%	6,87%	3.613	3.613
IS06	SPITAL CLINIC DE OBSTETRICA GINECOLOGIE "ELENA DOAMNA"	II M	4.856	7.163	-18,76%	1,83%	4.172	4.172
IS09	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE "SFANTA PARASCHEVA" IASI	II M	11.031	18.767	-2,16%	-4,19%	3.797	3.797
IS11	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "PROF.DR.N.OBLU" IASI	II M	11.623	16.579	5,46%	5,92%	3.970	4.002
SB08	SPITALUL CLINIC DE PEDIATRIE SIBIU	II M	9.658	15.178	11,19%	75,08%	4.201	4.201
TM04	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTOASE SI PNEUMFTIZIOLOGIE DR. VICTOR BABES TIMISOARA	II M	7.514	20.001	0,40%	51,43%	4.067	4.100
AB01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA ALBA IULIA	III	21.366	17.001	-17,41%	-2,49%	4.221	4.100
AG01	SPITAL JUDETEAN DE URGENTA CU AMBULATORIU INTEGRAT DE SPECIALITATE PITESTI	III	28.349	18.808	-9,63%	-16,67%	4.221	4.100
B_13	SPITAL CLINIC "DR. I.CANTACUZINO"	III	14.191	6.661	-11,04%	-27,53%	3.670	3.670
B_42	SPITALUL CLINIC NICOLAE MALAXA	III	6.303	11.247	-41,44%	-4,89%	4.420	4.420
BC01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BACAU	III	46.745	29.124	-10,24%	15,43%	4.221	4.100
BC03	SPITALUL MUNICIPAL,,SF.IERARH DR.LUCA,,ONESTI	III	18.830	30.258	-7,45%	125,08%	3.996	3.996
BC06	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA MOINESTI	III	17.237	34.147	18,81%	86,43%	2.957	2.957
BT01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "MAVROMATI" BOTOSANI	III	42.729	24.319	-15,56%	-16,73%	4.197	4.100
BZ01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BUZAU	III	25.979	14.044	-15,85%	7,87%	4.221	4.216
CL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA CALARASI "DR. POMPEI SAMARIAN"	III	17.407	16.505	-17,15%	81,95%	3.708	3.708
CS01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA RESITA	III	19.707	9.949	-18,51%	29,87%	3.956	3.956

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
CS02	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA CARANSEBES	III	11.841	3.288	-13,14%	493,50%	3.840	3.840
CT04	SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA	III	10.476	20.055	-11,30%	2,44%	4.221	4.184
CV01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA DR.FOGOLYÁN KRISTÓF SFANTU GHEORGHE	III	20.290	11.696	-3,36%	32,64%	3.858	3.858
DB01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TARGOVISTE	III	37.914	13.188	-8,66%	-34,87%	3.958	3.958
GJ01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TARGU JIU	III	27.131	8.769	-20,11%	-25,96%	4.413	4.413
GJ03	SPITALUL DE URGENTA TG CARBUNESTI	III	9.816	6.766	-18,16%	98,59%	4.221	4.100
GR01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA GIURGIU	III	12.589	19.443	-7,10%	34,27%	4.221	4.100
HD01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA DEVA	III	20.417	21.189	-4,44%	1,89%	4.221	4.176
HD02	SPITALUL MUNICIPAL "DR. ALEXANDRU SIMIONESCU" HUNEDOARA	III	16.175	41.404	-0,43%	-5,44%	4.483	4.483
HD03	SPITAL DE URGENTA PETROSANI	III	14.388	7.689	-10,49%	-36,86%	4.275	4.275
HR02	SPITALUL MUNICIPAL ODORHEIU SECUIESC	III	17.458	18.672	-4,87%	17,38%	4.852	4.852
IF06	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA ILFOV	III	10.545	6.556	-28,74%	102,22%	5.088	5.088
IL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SLOBOZIA	III	14.633	12.097	-19,35%	25,97%	4.221	4.106
MH01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA DR. TR. SEVERIN	III	23.744	2.700	-28,21%	-76,53%	4.587	4.587
MM01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "DR. CONSTANTIN OPRIS" BAIA MARE	III	35.258	36.856	-0,66%	35,03%	4.221	4.100
NT01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PIATRA NEAMT	III	27.941	25.495	-14,17%	-14,60%	4.221	4.100
NT02	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA ROMAN	III	19.362	15.133	-10,65%	95,24%	4.221	4.100
OT01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SLATINA	III	32.888	19.992	-18,21%	-26,57%	4.221	4.100
PH01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PLOIESTI	III	39.381	29.996	-0,04%	15,82%	4.557	4.557
SJ01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA ZALAU	III	25.513	19.354	-2,35%	7,16%	4.221	4.100
SM01	SPITAL JUDETEAN DE URGENTA SATU MARE	III	32.841	26.017	-11,56%	31,01%	4.355	4.355
SV01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "SF. IOAN CEL NOU" SUCEAVA	III	42.019	16.727	-9,33%	4,73%	3.744	3.744
T01	SPITALUL CLINIC CF NR 2 BUCURESTI	III	17.328	17.005	-15,41%	78,62%	4.180	4.100
TL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TULCEA	III	23.694	8.167	-11,59%	38,64%	4.408	4.408
TR01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA ALEXANDRIA	III	19.241	6.675	-14,18%	-24,48%	4.110	4.100
VL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA VALCEA	III	35.809	16.487	-14,72%	-20,70%	4.294	4.294
VN01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "SF.PANTELIMON" FOCSANI	III	26.584	24.686	-11,38%	12,64%	4.221	4.100
VS01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA VASLUI	III	22.986	12.248	-10,69%	10,32%	4.221	4.100
VS02	SPITAL MUNICIPAL DE URGENTA "ELENA BELDIMAN" BARLAD	III	20.730	12.230	-18,60%	6,57%	4.142	4.100

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
AB03	SPITAL MUNICIPAL BLAJ	IV	7.210	10.738	-3,03%	54,46%	4.408	4.007
AB04	SPITALUL ORASENESC „DR. ALEXANDRU BORZA” ABRUD	IV	2.358	4.823	-14,16%	51,00%	4.475	4.139
AB05	SPITALUL MUNICIPAL AIUD	IV	5.572	3.296	-17,24%	-18,25%	5.344	5.344
AB06	SPITALUL ORASENESC CAMPENI	IV	4.240	7.420	5,79%	45,80%	3.886	3.886
AB08	SPITALUL MUNICIPAL SEBES	IV	5.593	5.362	-14,27%	72,13%	4.595	4.595
AB09	SPITALUL ORASENESC CUGIR	IV	3.000	6.207	-9,77%	348,16%	4.475	4.325
AG02	SPITALUL DE PEDIATRIE PITESTI	IV	9.349	4.814	-17,35%	2,14%	4.399	4.000
AG05	SPITALUL MUNICIPAL CU AMBULATORIU INTEGRAT DE SPECIALITATE CAMPULUNG	IV	9.925	25.356	-22,15%	-17,06%	4.475	4.301
AG06	SPITALUL ORASENESC "REGELE CAROL I" COSTESTI	IV	4.305	8.772	4,64%	28,66%	4.097	4.000
AG07	SPITAL MUNICIPAL CURTEA DE ARGES CU AMBULATORIU DE SPECIALITATE INTEGRAT	IV	6.807	22.701	-13,93%	16,33%	4.281	4.000
AG08	SPITALUL ORASENESC MIOVENI	IV	6.726	18.603	80,13%	37,99%	4.012	4.000
AR05	SPITALUL ORASENESC INEU	IV	3.588	7.942	11,92%	76,76%	4.369	4.000
AR06	SPITALUL ORASENESC LIPOVA	IV	2.471	632	28,16%	16,39%	4.342	4.000
BC04	SPITALUL „PROF.DR.EDUARD APETREI” BUHUSI	IV	5.282	35.027	-10,57%	183,92%	3.242	3.242
BC05	SPITALUL ORASENESC"IOAN LASCAR"COMANESTI	IV	3.682	17.662	-9,06%	31,13%	4.117	4.000
BH07	SPITALUL ORASENESC ALESD	IV	3.135	15.564	-15,70%	182,16%	4.475	4.353
BH09	SPITALUL MUNICIPAL "EPISCOP NICOLAE POPOVICI" BEIUS	IV	7.808	5.466	13,36%	74,30%	4.193	4.000
BH10	SPITAL MUNICIPAL 'DR. POP MIRCEA' MARGHITA	IV	7.079	11.151	-17,09%	18,78%	4.475	4.163
BH12	SPITALUL MUNICIPAL SALONTA	IV	4.636	12.232	1,71%	64,70%	3.824	3.824
BN02	SPITALUL ORASENESC DR.GEORGE TRIFON NASAUD	IV	4.517	14.254	-10,77%	33,48%	4.690	4.690
BN03	SPITALUL ORASENESC BECLEAN	IV	1.970	2.062	-12,52%	-2,92%	4.517	4.517
BT06	SPITALUL MUNICIPAL DOROHOI	IV	10.916	9.715	-0,25%	132,53%	4.212	4.000
BV06	SPITALUL MUNICIPAL DR. AUREL TULBURE FAGARAS	IV	8.390	12.488	-19,97%	-2,67%	4.444	4.040
BV10	SPITALUL ORASENESC”DR. CAIUS TIBERIU SPARCHEZ” ZARNESTI	IV	3.422	6.693	-8,75%	372,67%	4.933	4.933
BV12	SPITAL ORASENESC RUPEA	IV	2.678	3.529	1,40%	31,83%	4.412	4.011
BZ02	SPITALUL MUNICIPAL RAMNICU SARAT	IV	10.162	12.735	-17,42%	-32,02%	4.475	4.194
BZ04	SPITALUL ORASENESC NEHOIU	IV	3.102	3.113	-12,40%	8,62%	4.540	4.540
CJ10	SPITALUL MUNICIPAL DEJ	IV	7.451	5.582	-23,45%	-16,34%	4.475	4.467
CJ11	SPITALUL MUNICIPAL TURDA	IV	9.495	23.229	3,47%	-16,41%	4.187	4.000

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
CJ12	SPITALUL MUNICIPAL GHERLA	IV	3.455	2.520	-5,50%	-65,03%	4.475	4.078
CJ13	SPITALUL ORASENESC HUEDIN	IV	3.814	2.085	-19,13%	-58,92%	4.969	4.969
CJ14	SPITALUL MUNICIPAL „DR. CORNEL IGNA,, CAMPIA TURZII	IV	4.464	13.330	9,17%	165,54%	4.150	4.000
CL02	SPITALUL MUNICIPAL OLTENITA	IV	4.677	2.095	-29,96%	-91,40%	5.191	5.191
CL03	SPITAL ORASENESC LEHLIU-GARA	IV	3.876	7.247	1,87%	-28,35%	3.805	3.805
CS03	UNITATE SANITARA PUBLICA SPITALUL ORASENESC ORAVITA	IV	4.955	7.289	-5,94%	44,42%	4.158	4.000
CS05	SPITALUL ORASENESC MOLDOVA NOUA	IV	4.830	6.097	9,67%	24,33%	3.234	3.234
CS07	SPITAL ORASENESC OTELU-ROSU	IV	2.591	5.582	-23,09%	21,96%	4.475	4.308
CT05	SPITALUL ORASENESC CERNAVODA	IV	3.716	12.116	23,78%	-2,28%	3.633	3.633
CT06	SPITALUL MUNICIPAL MANGALIA	IV	6.029	36.734	-26,08%	4,46%	4.475	4.156
CT07	SPITALUL ORASENESC HARSOVA	IV	2.384	8.372	0,85%	28,50%	3.917	3.917
CV03	SPITALUL MUNICIPAL TARGU SECUIESC	IV	5.599	9.752	-7,52%	9,25%	4.475	4.232
CV04	SPITAL ORASENESC BARAOLT	IV	3.067	6.653	-1,98%	51,24%	4.475	4.341
DB02	SPITALUL ORASENESC PUCIOASA	IV	5.807	9.197	-21,43%	13,56%	4.840	4.840
DB03	SPITALUL ORASENESC GAESTI	IV	3.975	3.482	-26,58%	-8,18%	4.475	4.363
DB04	SPITAL MUNICIPAL MORENI	IV	5.606	12.495	-3,41%	335,97%	4.475	4.226
DJ02	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL FILANTROPIA CRAIOVA	IV	19.245	21.722	-7,08%	-0,44%	4.174	4.000
DJ04	SPITALUL MUNICIPAL "PROF. DR. IRINEL POPESCU" BAILESTI	IV	4.300	8.264	-10,15%	17,52%	4.596	4.596
DJ05	SPITALUL FILISANILOR	IV	5.647	3.157	-1,22%	-41,96%	4.079	4.000
DJ06	SPITALUL ORASENESC SEGARCEA	IV	3.886	7.691	-7,48%	25,83%	4.295	4.000
DJ07	SPITALUL MUNICIPAL CALAFAT	IV	8.406	15.559	-19,45%	39,88%	4.475	4.259
DJ13	SPITALUL ORASENESC "ASEZAMINTELE BRANCOVENESTI" DABULENI	IV	3.026	4.394	-12,44%	-5,55%	4.475	4.152
GJ02	SPITALUL MUNICIPAL MOTRU	IV	4.005	5.046	-33,86%	18,06%	4.702	4.702
GJ04	SPITALUL ORASENESC „SF.STEFAN" ROVINARI	IV	3.500	3.208	-10,39%	75,40%	4.555	4.555
GJ05	SPITALUL ORASENESC NOVACI	IV	3.488	4.407	-18,35%	146,61%	4.475	4.180
GJ06	SPITALUL ORASENESC BUMBESTI-JIU	IV	2.923	5.487	-16,05%	46,13%	4.266	4.000
GJ11	SPITALUL ORASENESC TURCENI	IV	2.795	2.792	-21,99%	50,59%	4.475	4.261
GL07	SPITALUL MUNICIPAL "ANTON CINCU" TECUCI	IV	8.852	-	-26,21%	-	5.031	5.031
GL08	SPITALUL ORASENESC TG. BUJOR	IV	2.329	844	-9,80%	-39,50%	5.028	5.028
GR05	SPITAL ORASENESC BOLINTIN VALE	IV	4.171	16.489	-1,46%	9,68%	4.632	4.632

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
HD05	SPITALUL MUNICIPAL LUPENI	IV	4.279	4.571	-2,82%	10,07%	4.475	4.253
HD06	SPITALUL MUNICIPAL VULCAN	IV	2.934	11.866	-9,56%	-16,00%	5.145	5.145
HD07	SPITAL MUNICIPAL BRAD	IV	3.699	19.108	-1,02%	-0,12%	4.475	4.329
HD08	SPITALUL MUNICIPAL ORASTIE	IV	4.154	22.188	2,75%	0,88%	4.475	4.420
HD09	SPITALUL ORASENESC HATEG	IV	3.638	17.019	-9,88%	12,63%	5.147	5.147
HR03	SPITAL MUNICIPAL GHEORGHENI	IV	5.395	12.379	0,43%	-2,51%	4.984	4.984
HR04	SPITALUL MUNICIPAL TOPLITA	IV	4.645	5.341	2,47%	-46,36%	5.081	5.081
IL02	SPITALUL MUNICIPAL URZICENI	IV	4.646	13.523	18,46%	4,63%	4.100	4.000
IL03	SPITALUL MUNICIPAL "ANGHEL SALIGNY" FETESTI	IV	4.294	18.737	-25,00%	-2,76%	4.475	4.187
IL04	SPITALUL ORASENESC TANDAREI	IV	1.862	8.731	-13,88%	0,73%	4.528	4.528
IS13	SPITALUL ORASENESC HIRLAU	IV	3.515	5.542	-19,20%	46,15%	4.475	4.250
IS14	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA PASCANI	IV	10.636	10.104	-11,98%	0,22%	4.253	4.000
MH02	SPITALUL MUNICIPAL ORSOVA	IV	2.543	964	-32,01%	-38,01%	6.547	6.547
MH05	SPITALUL ORASENESC BAIA DE ARAMA	IV	2.122	1.752	-20,20%	15,26%	4.518	4.518
MM04	SPITAL MUNICIPAL SIGHETU-MARMATIEI	IV	14.499	38.354	-3,82%	34,85%	4.475	4.107
MM08	SPITALUL ORASENESC TG. LAPUS	IV	3.056	12.127	18,40%	19,47%	4.475	4.305
MM09	SPITALUL ORASENESC VISEU DE SUS	IV	5.524	14.108	6,87%	22,19%	4.723	4.723
MS04	SPITALUL MUNICIPAL SIGHISOARA	IV	5.990	12.432	-22,90%	-23,66%	5.145	5.145
MS05	SPITALUL ORASENESC „DR. VALER RUSSU” LUDUS	IV	4.246	2.480	-12,76%	-76,51%	5.716	5.716
MS06	SPITALUL MUNICIPAL DR.EUGEN NICOARA REGHIN	IV	7.074	27.102	-14,65%	31,30%	4.699	4.699
MS07	SPITALUL MUNICIPAL "DR. GHEORGHE MARINESCU"	IV	9.163	8.101	-10,25%	360,81%	4.475	4.395
NT03	SPITALUL ORASENESC SFANTUL IERARH NICOLAE BICAZ	IV	1.240	9.228	-21,37%	-13,13%	4.331	4.000
NT04	SPITALUL ORASENESC "SFANTUL DIMITRIE" TIRGU NEAMT	IV	8.185	34.378	-5,13%	58,21%	4.432	4.029
OT02	SPITALUL ORASENESC BALS	IV	3.027	4.441	-13,49%	91,09%	5.213	5.213
OT03	SPITALUL MUNICIPAL CARACAL	IV	13.130	4.172	-11,33%	-47,34%	4.475	4.269
OT04	SPITALUL ORASENESC CORABIA	IV	3.763	12.354	-13,23%	157,80%	4.475	4.338
PH06	SPITALUL ORASENESC BAICOI	IV	2.413	1.390	-10,73%	-87,08%	4.404	4.003
PH07	SPITALUL MUNICIPAL CAMPINA	IV	8.823	31.348	-14,16%	-12,35%	4.475	4.249
PH08	SPITALUL ORASENESC SINAIA	IV	2.253	5.278	-23,70%	37,66%	5.395	5.395
PH09	SPITALUL ORASENESC „ SFANTA FILOFTEIA" MIZIL	IV	1.914	15.468	-35,73%	-9,57%	4.477	4.477
PH101	SPITALUL ORASENESC URLATI	IV	3.002	28.489	36,58%	45,87%	2.891	2.891

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
PH12	SPITALUL ORASENESC VALENII DE MUNTE	IV	3.075	7.664	-21,07%	-78,66%	4.475	4.249
PH98	SPITALUL MUNICIPAL PLOIESTI	IV	8.051	21.401	5,78%	4,03%	4.208	4.000
SB04	SPITALUL MUNICIPAL MEDIAS	IV	10.719	28.869	2,44%	375,21%	4.255	4.000
SB05	SPITALUL ORASENESC AGNITA	IV	1.555	489	-15,26%	-33,38%	4.475	4.466
SB06	SPITALUL ORASENESC CISNADIE	IV	1.597	6.038	-20,15%	37,51%	4.475	4.368
SJ02	SPITALUL ORASENESC "PROF.DR.IOAN PUSCAS" SIMLEU SILVANIEI	IV	3.944	9.664	-23,00%	-4,46%	4.680	4.680
SM04	SPITALUL MUNICIPAL CAREI	IV	6.556	7.343	-4,99%	89,59%	4.475	4.224
SM05	SPITALUL ORASENESC NEGRESTI OAS	IV	5.070	3.833	-21,35%	-80,19%	5.245	5.245
SV02	SPITALUL MUNICIPAL CAMPULUNG MOLDOVENESC	IV	6.373	10.271	-0,76%	44,72%	3.931	3.931
SV03	SPITALUL MUNICIPAL FALTICENI	IV	11.157	22.881	-2,08%	77,91%	3.728	3.728
SV04	SPITALUL ORASENESC GURA HUMORULUI	IV	3.240	10.420	-20,90%	267,81%	4.352	4.000
SV05	SPITALUL MUNICIPAL "SF. DOCTORI COSMA SI DAMIAN" RADAUTI	IV	16.459	22.548	9,62%	-3,53%	3.508	3.508
SV07	SPITALUL MUNICIPAL VATRA DORNEI	IV	5.479	7.617	-11,11%	14,01%	4.475	4.319
T02	SPITALUL CLINIC NR.1 C.F. WITTING	IV	7.055	3.488	-22,24%	-3,65%	4.494	4.494
T03	SPITAL CLINIC CAI FERATE CONSTANTA	IV	2.799	1.460	-16,75%	23,21%	5.372	5.372
T04	SPITALUL CLINIC C. F. CRAIOVA	IV	3.198	402	-5,83%	24,84%	5.836	5.836
T06	SPITALUL CLINIC C.F. IASI	IV	7.590	5.236	-19,11%	157,17%	4.475	4.139
T07	SPITALUL CLINIC C.F. TIMISOARA	IV	5.212	1.199	10,17%	19883,33%	3.591	3.591
T08	SPITALUL CLINIC C.F.ORADEA	IV	3.899	1.936	-1,24%	15,86%	3.973	3.973
T09	SPITALUL GENERAL C.F. BRASOV	IV	2.956	1.973	-19,01%	13,78%	4.437	4.034
T10	SPITALUL GENERAL C.F. GALATI	IV	3.404	1.807	-26,03%	-25,88%	8.566	8.566
T11	SPITALUL GENERAL C.F.PLOIESTI	IV	3.607	6.956	-11,83%	19,48%	4.475	4.277
T12	SPITALUL GENERAL C.F. SIBIU	IV	1.110	3.398	-45,80%	250,31%	4.475	4.404
T13	SPITALUL GENERAL CAI FERATE DROBETA TURNU SEVERIN	IV	3.815	1.149	16,28%	6,78%	3.028	3.028
T14	SPITALUL GENERAL C.F. PASCANI	IV	2.554	764	-27,59%	69,40%	4.592	4.592
T15	SPITALUL GENERAL CF SIMERIA	IV	1.567	2.746	-36,17%	-54,78%	5.604	5.604
TL03	SPITAL ORASENESC MACIN	IV	1.943	3.012	-8,95%	-68,39%	5.310	5.310
TM07	SPITALUL MUNICIPAL "DR. TEODOR ANDREI" LUGOJ	IV	7.478	-	-25,17%	-	4.586	4.586
TM09	SPITALUL ORASENESC DETA	IV	3.434	15.772	22,64%	11,79%	3.077	3.077
TM10	SPITALUL DR. KARL DIEL JIMBOLIA	IV	3.304	1.144	-7,53%	-74,31%	5.323	5.323
TM11	SPITALUL ORASENESC SANNICOLAU MARE	IV	4.813	15.700	-19,69%	58,92%	4.200	4.000

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
TM12	SPITALUL ORASENESC FAGET	IV	4.201	10.146	2,64%	80,37%	4.141	4.000
TR02	SPITALUL MUNICIPAL TURNU MAGURELE	IV	5.572	724	-17,85%	-91,55%	4.895	4.895
TR03	SPITALUL MUNICIPAL CARITAS ROSIORI DE VEDE	IV	7.421	16.693	-10,24%	-9,69%	4.621	4.621
TR04	SPITALUL ORASENESC ZIMNICEA	IV	4.583	5.415	-12,19%	159,46%	4.474	4.067
VL03	SPITALUL MUNICIPAL "COSTACHE NICOLESCU "DRAGASANI	IV	4.643	24.988	-28,68%	-13,55%	5.176	5.176
VL04	SPITALUL ORASENESC HOREZU	IV	3.819	16.659	-31,73%	-17,17%	5.602	5.602
VN02	SPITALUL MUNICIPAL ADJUD	IV	4.759	5.227	-29,20%	5,66%	4.553	4.553
VN04	SPITALUL ORASENESC PANCIU	IV	2.593	3.924	0,97%	-16,10%	4.113	4.000
VN07	SPITALUL "N.N. SAVEANU" VIDRA, VRANCEA	IV	1.962	1.438	-18,62%	-45,26%	4.475	4.096
VS04	SPITAL MUNICIPAL "DIMITRIE CASTROIAN" HUSI	IV	10.292	14.333	-10,28%	8,42%	4.373	4.000
B_38	CENTRUL DE EVALUARE SI TRATAMENT A TOXICODEPENDENTELOR PENTRU TINERI SF. STELIAN	V	1.173	255	-21,17%	-	4.603	4.603
BH13	SPITALUL ORASENESC STEI	V	1.157	5.622	-15,05%	117,99%	4.395	4.395
BR05	SPITALUL ORASENESC FAUREI	V	1.035	9.341	-40,96%	13,17%	4.559	4.559
BV08	SPITALUL MUNICIPAL CODLEA	V	1.994	2.709	-0,85%	89,97%	4.117	4.117
BV09	SPITALUL MUNICIPAL SACELE	V	1.163	18.839	-14,80%	6,83%	5.862	5.862
GL04	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA GINECOLOGIE "BUNA VESTIRE" GALATI	V	2.080	1.037	-42,87%	112,50%	5.951	5.951
GL06	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE "SF. CUVIOASA PARASCHEVA"	V	4.572	13.127	-11,72%	-0,53%	3.838	3.838
IF01	SPITALUL DE OBSTETRICA GINECOLOGIE BUFTEA	V	4.024	19.514	21,06%	107,64%	3.992	4.000
MS11	SPITAL ORASENESC SANGEORGHIU DE PADURE	V	820	4.678	-12,39%	48,79%	4.053	4.053
MS21	SPITALUL SOVATA-NIRAJ	V	850	4.086	5,59%	59,86%	3.997	4.000
PH05	SPITALUL DE ORTOPEDIESI TRAUMATOLOGIE AZUGA	V	2.662	7.247	2,70%	-7,11%	3.232	3.232
PH99	SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI	V	6.892	39.017	31,10%	9,94%	4.406	4.406
SJ03	SPITALUL ORASENESC JIBOU DR. TRAIAN HERTA	V	2.424	8.461	5,99%	33,37%	3.992	4.000
TM17	CENTRUL MEDICAL DE EVALUARE, TERAPIE, EDUCATIE MEDICALA SPECIFICA SI RECUPERARE PENTRU COPII SI TINERI "CRISTIAN SERBAN"	II M	1.567	-	-5,03%	-	4.115	4.115
IS08	INSTITUTUL DE PSIHIATRIE SOCOLA IASI	II M	12.485	7.847	-8,69%	-0,56%	5.066	5.066
BZ09	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA SAPOCA	III	8.345	9.489	-12,83%	55,43%	3.904	3.904

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
TM16	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA JEBEL	III	649	-	-15,71%	-	3.883	3.883
CV05	SPITALUL DE RECUPERARE CARDIOVASCULARA DR.BENEDEK GEZA	IV	15.163	12.058	-4,89%	40,54%	3.599	3.599
MM07	SPITALUL DE RECUPERARE BORSA	IV	8.251	11.432	-7,84%	-5,82%	4.674	4.674
T17	SPITALUL CF GALATI – SECTIA EXTERIOARA BUZAU	IV	1.984	1.612	-29,24%	-16,95%	1.849	1.849
AR11	SPITALUL DE RECUPERARE NEUROMOTORIE "DR.CORNELIU BARSAN" DEZNA	V	1.310	-	4,05%	-	-	-
BH18	SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE MEDICALA BAILE FELIX	II M	5.049	-	-16,42%	-	-	-
CT12	SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE, MEDICINA FIZICA SI BALNEOLOGIE	II M	4.401	-	6,87%	-	-	-
T16	SPITALUL CLINIC CF ORADEA- SECTIE EXTERIOARA CF SATU MARE	IV	166	-	-22,43%	-	-	-
B_10	INSTITUTUL NATIONAL DE GERONTOLOGIE SI GERIATRIE "ANA ASLAN"	I M	14.091	2.115	1,78%	-	-	-
B_49	CENTRUL NATIONAL CLINIC DE RECUPERARE NEUROPSIHOMOTORIE COPII "DR. NICOLAE ROBANESCU"	II M	2.858	2.255	-2,66%	228,24%	-	-
B_70	INSTITUTUL NATIONAL DE RECUPERARE, MEDICINA FIZICA SI BALNEOCLIMATOLOGIE	I M	6.963	17.045	-4,67%	24,17%	-	-
BH14	SPITAL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA STEI	III	94	-	-5,05%	-	-	-
CT11	SANATORIUL BALNEAR SI DE RECUPERARE TECHIRGHIOL	V	14.291	-	-1,18%	-	-	-
CT16	SANATORIUL BALNEAR SI DE RECUPERARE MANGALIA	V	5.101	-	-20,10%	-	-	-
DJ19	SPITALUL DE PSIHIATRIE POIANA MARE	V	1.451	-	26,17%	-	-	-
IS21	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA PADURENI GRAJDURI	III	96	-	-25,00%	-	-	-
VN08	SPITALUL DE PSIHIATRIE CRONICI DUMBRAVENI	V	1.113	153	-29,06%	-86,61%	-	-
HD18	SPITALUL DE PSIHIATRIE ZAM	V	2.820	1.663	-4,37%	-	2.972	2.972
TM15	SPITALUL DE PSIHIATRIE GATAIA	V	2.442	-	-5,31%	-	3.572	3.572
B_27	SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE „PROF. DR. ALEXANDRU OBREGIA”	I M	22.000	22.734	-15,41%	1,03%	4.244	4.300
IS12	SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE IASI	I M	17.419	14.532	5,62%	39,08%	3.288	3.288
BV05	SPITAL CLINIC PNEUMOPTIZIOLOGIE SI BOLI INFECTIOASE BRASOV	II M	4.967	11.348	87,79%	20532,73%	4.239	4.239
BV13	SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE SI NEUROLOGIE BRASOV	II M	4.815	3.276	-23,83%	124,38%	3.853	3.853
CJ04	SPITALUL CLINIC DE PNEUMOPTIZIOLOGIE "LEON DANIELLO" CLUJ-NAPOCA	II M	5.724	14.074	9,38%	67,63%	3.281	3.281

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
DJ18	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE LEAMNA	II M	3.152	1.259	18,41%	762,33%	3.690	3.690
DJ20	SPITALUL CLINIC DE NEUROPSIHIATRIE CRAIOVA	II M	9.162	14.045	-21,87%	19,39%	3.970	4.100
IS07	SPITALUL CLINIC DE PNEUMFTIZIOLOGIE IASI	II M	7.404	22.369	-0,23%	71,59%	3.666	3.666
SB02	SPITALUL DE PSIHIATRIE "DR. GHEORGHE PREDA" SIBIU	II M	1.974	245	-72,02%	-44,57%	-	-
SB03	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE SIBIU	II M	3.770	2.154	22,64%	158,58%	4.068	4.100
CJ06	SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE CLUJ-NAPOCA	II M	11.098	1.240	-6,11%	39,80%	3.977	4.100
BR01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BRAILA	III	32.826	48.119	-16,97%	-23,20%	4.283	4.283
TR12	SC SPITALUL ORASENESC SRL	IV	3.889	4.519	-45,26%	28,82%	1.755	1.755
AG16	SPITALUL DE RECUPERARE CU AMBULATORIU DE SPECIALITATE INTEGRAT BRADET	V	4.337	-	-5,18%	-	-	-
CT03	SPITALUL CLINIC DE PNEUMFTIZIOLOGIE CONSTANTA	II M	3.163	3.516	2,79%	167,17%	-	-
HD15	SANATORIUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE GEOAGIU	V	1.317	1.853	-10,71%	197,91%	-	-
HD16	SANATORIUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE BRAD	V	1.644	3.127	5,45%	430,00%	-	-
AG10	SPITAL DE BOLI CRONICE SI GERIATRIE "CONSTANTIN BALACEANU STOLNICI" STEFANESTI CU AMBULATORIU INTEGRAT	V	1.868	317	-3,36%	-	-	-
AG25	SPITAL BOLI CRONICE CALINESTI CU AMBULATORIU INTEGRAT	V	1.209	537	34,04%	2457,14%	-	-
AR08	SPITALUL DE PSIHIATRIE MOCREA	V	341	-	-17,43%	-	-	-
AR13	SPITALUL DE PSIHIATRIE CAPALNAS	V	328	-	3,47%	-	-	-
B_60	SPITALUL DE BOLI CRONICE "SF.LUCA"	V	5.841	1.423	-24,69%	-54,21%	-	-
BZ07	SPITALUL DE BOLI CRONICE SMEENI	V	1.004	4.878	3,51%	162,96%	-	-
CJ19	SPITALUL DE BOLI PSIHICE CRONICE BORSA	V	236	-	162,22%	-	-	-
GR07	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE IZVORU	V	1.143	-	-2,22%	-	-	-
IS15	SPITALUL DE BOLI CRONICE "SFANTUL IOAN" TARGU FRUMOS	V	196	1.338	-17,99%	1265,31%	-	-
NT08	SPITALUL DE PSIHIATRIE SF. NICOLAE ROMAN	V	644	-	-18,69%	-	-	-
OT08	SPITALUL DE PSIHIATRIE CRONICI SCHITU GRECI	V	930	-	9,41%	-	-	-
SJ05	SPITALUL DE BOLI CRONICE CRASNA	V	919	-	-3,47%	-	-	-
VL09	SPITALUL DE PSIHIATRIE DRAGOESTI	V	506	-	6,30%	-	-	-
AG04	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE CU AMBULATORIU INTEGRAT CAMPULUNG	V	1.189	2.378	-10,26%	-31,76%	4.856	4.856
AG13	SPITALUL DE PSIHIATRIE "SF. MARIA" VEDEA	V	2.602	1.404	8,10%	-	3.562	3.562
AG14	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE "SF.ANDREI" VALEA IASULUI	V	1.963	1.970	-10,49%	-	5.932	5.932

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
AG15	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE CU AMBULATORIU INTEGRAT	V	1.092	2.351	1,87%	21,88%	3.992	4.000
B_40	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE "SF STEFAN"	V	1.847	5.039	-12,38%	-10,31%	3.992	4.000
B_90	SPITALUL DE PSIHIATRIE TITAN "DR. CONSTANTIN GORGOS"	V	1.773	2.383	-3,22%	8,86%	3.863	3.863
BC02	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE BACAU	V	2.917	3.299	3,18%	24,49%	3.747	3.747
BH11	SPITAL PSIHIATRIE NUCET	V	1.595	-	-10,64%	-	2.171	2.171
BR07	SPITAL DE PSIHIATRIE "SF.PANTELIMON" BRAILA	V	4.726	9.482	2,81%	2,18%	3.301	3.301
BR09	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE BRAILA	V	2.669	3.268	35,83%	72,73%	3.953	3.953
BT02	SPITALUL DE RECUPERARE "SF. GHEORGHE" BOTOSANI	V	4.153	1.139	-12,20%	21,04%	3.992	4.000
BT10	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE BOTOSANI	V	1.291	1.500	-7,65%	451,47%	3.992	4.000
CL06	SPITALUL DE PSIHIATRIE SAPUNARI	V	2.086	-	-1,74%	-100,00%	3.630	3.630
CL07	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE CALARASI	V	1.087	1.678	-4,48%	106,65%	3.625	3.625
GJ10	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE TUDOR VLADIMIRESCU	V	3.651	-	19,94%	-	3.992	4.000
GL03	SPITALUL DE PSIHIATRIE " ELISABETA DOAMNA" GALATI	V	5.901	7.699	-2,46%	9,86%	3.839	3.839
GL05	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE GALATI	V	4.014	5.967	-8,79%	70,10%	4.201	4.201
HR07	SPITALUL DE PSIHIATRIE TULGHES	V	1.757	4	3,60%	-	3.488	3.488
IF03	SPITALUL DE PSIHIATRIE EFTIMIE DIMANDESCU BALACEANCA	V	2.278	1.954	-20,77%	151,48%	4.639	4.639
MM02	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE SI PSIHIATRIE BAIA MARE	V	4.820	38.446	-1,69%	16,13%	3.609	3.609
MM03	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE "DR. NICOLAE RUSDEA" BAIA MARE	V	5.416	7.429	-6,02%	-9,17%	4.170	4.170
MM06	SPITALUL DE PSIHIATRIE CAVNIC	V	1.915	866	10,12%	-31,81%	3.992	4.000
NT07	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE BISERICANI	V	3.189	2.921	8,58%	41,25%	3.992	3.996
PH102	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE DRAJNA	V	772	303	-38,14%	-	3.992	4.000
PH13	SPITALUL DE PSIHIATRIE VOILA	V	9.104	1.613	1,11%	4,60%	3.270	3.270
PH14	SPITALUL DE BOLI PULMONARE BREAZA	V	1.677	552	-17,19%	-35,44%	3.992	4.000
SM03	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE SATU MARE	V	2.664	5.276	13,65%	300,61%	4.522	4.522
SV08	SPITALUL DE PSIHIATRIE CRONICI SIRET	V	651	344	-29,70%	-2,27%	3.992	4.000
SV12	SPITALUL DE PSIHIATRIE	V	1.357	151	-3,07%	-77,22%	3.992	4.000
TR08	SPITALUL DE PSIHIATRIE POROSCHIA	V	1.975	-	-32,52%	-	4.472	4.472
VL06	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE "CONSTANTIN ANASTASATU" MIHAESTI	V	2.660	407	-6,31%	0,99%	3.606	3.606
VS07	SPITALUL DE PSIHIATRIE MURGENI	V	489	-	-69,55%	-	3.032	3.032

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
AB02	SPITALUL DE BOLI CRONICE CIMPENI	V	1.613	931	24,56%	675,83%	3.166	3.166
AB12	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE AIUD	V	1.381	1.877	22,65%	39,97%	3.992	4.000
AR07	SPITALUL DE BOLI CRONICE SEBIS	V	1.551	9.099	0,85%	94,46%	3.431	3.431
BV14	SANATORIUL DE NEVROZE PREDEAL	V	1.168	-	-24,25%	-	-	-
PH22	SANATORIUL BALNEOCLIMATERIC DE COPII	V	2.175	-	49,59%	-	-	-
PH96	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE FLORESTI	V	1.663	801	13,83%	62,15%	3.929	3.929
SV06	SPITALUL DE BOLI CRONICE SIRET	V	1.838	434	-2,60%	-43,56%	4.019	4.019
TR05	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE ROSIORII DE VEDE	V	2.209	1.647	-13,54%	146,19%	4.174	4.174
VL05	SPITALUL ORASENESC BREZOI	V	1.929	6.681	-15,28%	20,53%	4.332	4.332
BN05	PREVENTORIUL TBC DE COPII	V	84	-	-3,45%	-	-	-
BT09	SANATORIUL DE NEUROPSIHIIATRIE PODRIGA	V	90	-	23,29%	-	-	-
BV34	SPITALUL ORASENESC VICTORIA	IV	375	1.521	-	-	8.282	8.282
DJ42	CENTRUL DE ONCOLOGIE SF. NECTARIE SRL	I M	-	69.413	-	153,16%	-	-
TM22	ASOCIATIA ONCOHELP- CENTRUL DE ONCOLOGIE ONCOHELP	I M	7.692	35.434	24,33%	78,90%	4.239	4.300
BH26	SOCIETATEA COMERCIALA "PELICAN IMPEX" S.R.L. ORADEA	II	9.928	17.662	44,66%	10,64%	4.310	4.200
BV18	SOCIETATEA CLINICILE ICCO SRL	II M	3.558	10.204	24,84%	1148,96%	3.970	4.100
TM27	SOCIETATEA MATERNA CARE SRL	III	3.960	472	-1,32%	11,32%	4.221	4.100
B_116	SANADOR SRL	III	15.226	5.429	14,91%	53,97%	4.221	4.100
B_124	MED LIFE SA BUCURESTI- SUCURSALA BUCURESTI	III	1.795	11	-46,19%	-92,67%	4.221	4.100
B_101	SOCIETATEA TINOS CLINIC SRL	IV	837	-	-20,59%	-	4.475	4.000
B_103	S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREA SRL	IV	5.936	212	-13,97%	17,13%	4.475	4.000
B_113	SOCIETATEA DELTA HEALTH CARE SRL	IV	6.230	14.107	72,48%	108,38%	4.475	4.000
BN09	CLINICA SANOVIL	IV	3.319	3.957	24,26%	91,16%	4.475	4.000
MS16	SPITAL - CENTRUL MEDICAL TOPMED	IV	2.855	22.121	565,50%	219,76%	4.475	4.000
AR14	SPITALUL "SFANTUL GHOERGHE"	IV	3.004	813	-16,35%	-17,55%	4.475	4.000
AR21	GENESYS MEDICAL CLINIC SRL	IV	3.389	3.395	45,83%	171,60%	4.475	4.000
B_128	SOCIETATEA MEDICOVER HOSPITALS SRL	IV	4.577	7.556	194,91%	15012,00%	4.475	4.000
B_140	FUNDATIA DR. VICTOR BABES	IV	172	1.205	145,71%	64,84%	4.475	4.000
B_95	SOCIETATEA EUROCLINIC HOSPITAL SA	IV	1.643	6.098	-53,89%	188,05%	4.475	4.000
B_96	MED LIFE SA	IV	5.140	14.579	1,40%	130,72%	4.475	4.000
B_99	SOCIETATEA GRAL MEDICAL SRL	IV	756	32.439	9350,00%	102,20%	4.475	4.000

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
BC08	S.C POLIMED S.R.L.	IV	3.812	4.864	-8,06%	64,60%	4.475	4.000
BV21	TEO HEALTH S.A	IV	3.729	20.769	50,79%	231,09%	4.475	4.000
BV23	SC CENTRUL MEDICAL UNIREA SRL BRASOV	IV	3.903	3.798	64,13%	1043,98%	4.475	4.000
BV24	SOCIETATEA POLICLINICA DE DIAGNOSTIC RAPID SA	IV	4.359	11.701	128,58%	39,36%	4.475	4.000
CJ36	CENTRUL MEDICAL UNIREA SRL	IV	-	1.234	-	-	-	-
IS28	SPITALUL PROVIDENTA IASI	IV	5.508	12.873	71,06%	118,78%	4.475	4.000
IS30	ARCADIA HOSPITAL SRL	IV	8.882	7.258	39,54%	45,45%	4.475	4.000
MM12	SOCIETATEA EUMEDICA HOSPITAL SA	IV	806	3.389	-56,50%	77,25%	4.475	4.000
MS19	S.C. NOVA VITA HOSPITAL S.A.	IV	2.322	12.769	-27,39%	22,53%	4.475	4.000
SB11	S.C. CLINICA POLISANO S.R.L.	IV	6.898	16.044	45,80%	522,10%	4.475	4.000
AG23	SPITALUL SFANTUL NICOLAE SRL	n/c	1.563	16.462	1,63%	341,46%	-	-
AG31	ENDOSCOPIE ARGES SRL	n/c	-	845	-	359,24%	-	-
AR20	CENTRUL MEDICAL LASER SYSTEM	n/c	1.385	3.095	26,95%	66,22%	-	-
B_111	SOCIETATEA CLINICA NEWMEDICS SRL	n/c	-	626	-	121,99%	-	-
B_118	SC WEST EYE HOSPITAL SRL	n/c	-	1.764	-	110,50%	-	-
B_150	CENTRUL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT PROVITA SRL	n/c	-	4.977	-100,00%	405,79%	-	-
B_167	SPITALUL DE ONCOLOGIE MONZA S.R.L.	n/c	-	16.242	-	-	-	-
B_168	DONNA ONCOLOGY S.R.L.	n/c	-	1.466	-	-	-	-
BC31	PRORENAL SRL	n/c	-	1.696	-	29,86%	-	-
BH28	SOCIETATEA CLINICA NEWMEDICS SRL	n/c	243	2.959	19,70%	24,80%	-	-
BH39	CENTRUL MEDICAL LASER SYSTEM SRL	n/c	271	-	-27,73%	-	-	-
BV20	VITALMED CENTER SRL – UNIT. SANITARA PRIVATA PATURI	n/c	676	-	16,15%	-	-	-
CJ26	ASOCIATIA SFANTUL NECTARIE CLUJ	n/c	849	-	21,81%	-	-	-
CJ28	RECARDIO SRL	n/c	-	1.756	-	68,68%	-	-
DJ29	ONCOLAB SRL	n/c	-	7.260	-	-1,35%	-	-
DJ31	CENTRUL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT OB GYN SRL	n/c	-	3.553	-	6,89%	-	-
DJ33	SC ONCO LIFE CENTER SRL	n/c	-	4.610	-	19,71%	-	-
DJ34	SOCIETATEA CENTRUL MEDICAL PHOENIX SRL	n/c	705	18.732	0,43%	31,53%	-	-
DJ58	SC ONCO CLINIC CONSULT SA	n/c	-	8.670	-	29,36%	-	-
IS37	PRO LIFE CLINICS SRL	n/c	-	6.190	-	47,70%	-	-
IS40	SANOPTIC SRL	n/c	-	920	-	-10,51%	-	-

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
IS46	SC BELLA PRAXIS SRL	n/c	-	11.798	-	82,46%	-	-
IS50	ARCADIA RECUPERARE MEDICALA S.R.L	n/c	116	-	-	-	-	-
MH06	CENTRU DE ONCOLOGIE DROBETA TURNU SEVERIN SRL	n/c	-	13.077	-	50,07%	-	-
MM15	SOCIETATEA COMERCIALA CLINICA SOMESAN SRL BAIA MARE	n/c	-	-	-100,00%	-100,00%	-	-
MM16	ONCOPREMIUM TEAM SRL	n/c	-	10.457	-	86,60%	-	-
MS32	REHABCARE SRL	n/c	106	1.111	-	-	-	-
PH106	SOCIETATEA SPITAL LOTUS SRL	n/c	47	1.493	-	67,56%	-	-
PH109	SOCIETATEA CENTRUL MEDICAL MEDIURG S.R.L - SPITALUL PRIVAT DE RECUPERARE "SFANTUL ANTON"	n/c	984	-	0,92%	-	-	-
SB07	CENTRUL MEDICAL DE RECUPERARE SI INGRIJIRI PALIATIVE	n/c	173	-	-73,05%	-	-	-
SJ09	FUNDATIA "ACASA"- CENTRUL DE RECUPERARE,TRATAMENT SI INGRIJIRE "ACASA"	n/c	1.756	-	-14,72%	-	-	-
SJ10	S.C. SALVOSAN CIOBANCA I S.R.L.	n/c	210	3.103	-46,43%	37,24%	-	-
TM18	FEDERATIA CARITAS A DIECEZEI TIMISOARA	n/c	134	-	-28,72%	-	-	-
AB16	SC KIO ENERGY SRL	n/c	-	289	-	-1,03%	-	-
B_132	SC IMUNOCLASS SRL	n/c	-	3.853	-	45,34%	-	-
B_163	REVERA ASSISTED S.R.L.	n/c	819	17	-	-	-	-
B_169	MONZA ARES SRL	n/c	-	1.322	-	-	-	-
BC22	CIM MEDICAL	n/c	-	1.203	-	67,08%	-	-
BC26	CLINIC GROUP SRL	n/c	-	7.920	-	69,88%	-	-
BC33	SC CIN MED SRL	n/c	161	2.745	-	88,53%	-	-
BC40	ELYTIS CARE SRL	n/c	172	4.389	-	-	-	-
BH43	PRESIDENT PREMIUM MEDCENTER S.A.	n/c	1.325	-	-	-	-	-
CL10	ALPHA CLINIC CALARASI S.R.L	n/c	-	7.158	-	-	-	-
CT27	SC MEDSTAR 2000 CLINIC SRL	n/c	-	8.757	-	5,44%	-	-
CT29	SC CENTRUL DE DIGNOSTIC SI TRATAMENT STAL SRL	n/c	-	3.884	-	-12,36%	-	-
CT35	SC ROM-GESTA SRL	n/c	-	2.119	-	-2,80%	-	-
CT36	SC HELP MED CONSULT SRL	n/c	-	5.856	-	33,55%	-	-
CT37	SC CIVICA MED SRL	n/c	-	8.484	-	55,87%	-	-
CT38	SC AQUA-MED CONSULTING SRL	n/c	-	23.075	-	122,97%	-	-
DJ41	SC CENTRUL MEDICAL AMARADIA SRL	n/c	-	8.111	-	154,34%	-	-

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
DJ45	SC OPEN MEDICAL SRL	n/c	-	2.222	-	25,82%	-	-
DJ47	CENTRUL MEDICAL TOMMED SRL	n/c	-	3.654	-	34,64%	-	-
DJ53	SOCIETATEA DR. IANOSI SRL	n/c	-	8.940	-	161,79%	-	-
IS34	CONSULTMED	n/c	-	6.254	-	25,99%	-	-
IS43	S.C. ELYTIS HOSPITAL HOPE S.R.L.	n/c	878	56.752	362,11%	321,07%	-	-
IS49	HYGEIA CLINIC SRL	n/c	46	-	-	-	-	-
IS51	RED HOSPITAL-SPITALUL SF. SAVA S.R.L.	n/c	516	1.866	-	-	-	-
MH09	SC LASER HOSPICE SRL	n/c	1.018	2.457	-	-	-	-
MM14	CLINICA SFANTA MARIA SRL	n/c	-	5.686	-	39,19%	-	-
NT10	THEO'S MEDICAL CLINIC SRL	n/c	-	5.976	-	82,75%	-	-
NT14	CENTRUL MEDICAL BUNA VESTIRE SRL	n/c	-	3.374	-	127,21%	-	-
PH117	SOCIETATEA CENTRU MEDICAL SANCONFIND SRL - SPITAL	n/c	-	3.582	-	111,70%	-	-
SB12	SOCIETATEA MISAN MED SRL	n/c	-	3.445	-	85,71%	-	-
SV22	S.C. SIGMEDICAL SERVICES SRL	n/c	-	2.453	-	152,37%	-	-
TM36	KARDINAL ONE MEDICAL SRL	n/c	703	214	-	-	-	-
VL16	SPITALUL DE REABILITARE MEDICALA BALNEOMEDCENTER	n/c	847	2.696	12,04%	-14,28%	-	-
VS11	SPITALIS SRL	n/c	-	2.644	-	-16,14%	-	-
AR25	CENTRU MEDICAL SPERANTA PENTRU VIATA SRL	n/c	213	-	-14,11%	-	-	-
B_126	FUNDATIA "BUCURIA AJUTORULUI" - CENTRU MEDICAL DE INGRIJIRI PALIATIVE	n/c	326	-	2,52%	-	-	-
B_147	FUNDATIA HOSPICE CASA SPERANTEI	n/c	500	-	-18,83%	-	-	-
B_149	ASOC CENTR DE INGRIJ CASA SUTER	n/c	137	-	2,24%	-	-	-
BC12	SOCIETATEA MALP SRL	n/c	2.341	1.326	17,28%	93,86%	-	-
BC24	SOCIETATEA NEW CENTRAL MED SRL	n/c	1.330	4.364	7,78%	93,35%	-	-
BC36	ASOCIATIA LUMINA - CENTRUL DE INGRIJIRI PALIATIVE PENTRU COPII	n/c	87	-	-44,94%	-	-	-
BR10	SOCIETATEA VENETIA MEDICAL SRL- SPITAL DE RECUPERARE SI BOLI CRONICE BRAILA	n/c	267	44.467	-15,77%	2370,39%	-	-
BV16	FUNDATIA HOSPICE CASA SPERANTEI	n/c	435	-	-32,87%	-	-	-
BV26	ASOCIATIA CENTRU REZIDENTIAL PENTRU VARSTNICI MARIA	n/c	650	-	20,82%	-	-	-
BZ10	S.C. ECOMED S.R.L. VINTILA-VODA	n/c	210	-	-21,05%	-	-	-

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
BZ11	SPITALUL SF SAVA S.R.L.	n/c	679	5.309	-23,54%	5,71%	-	-
BZ19	CENTRUL MEDICAL MEDINVEST SRL - SPITALUL MEDINVEST MARACINENI	n/c	236	-	73,53%	-	-	-
CJ22	SOCIETATEA MEDISPROF SRL	n/c	-	34.564	-	84,26%	-	-
CJ25	SOCIETATEA EUROTRAT SRL- SPITAL DE REABILITARE MEDICALA	n/c	2.292	-	39,59%	-	-	-
CJ27	SOCIETATEA RECHINUL IMPEX SRL	n/c	791	-	112,06%	-	-	-
CL08	S.C. ALPHA MEDICAL INVEST S.R.L.	n/c	205	13.722	-27,82%	41,29%	-	-
CS10	CENTRUL DE RECUPERARE NEUROMOTORIE PRO VITAM - PUNCT DE LUCRU	n/c	612	-	-0,16%	-	-	-
CT21	SOCIETATEA ASCLEPIOS SRL	n/c	3.369	4.601	2,84%	-	-	-
CT41	ASOCIATIA BUNICUL SI BUNICA - CENTRU DE INGRIJIRI PALIATIVE CU 49 PATURI SPITALIZARE CONTINUA	n/c	330	-	-28,26%	-	-	-
DJ36	SOCIETATEA TOP MED BUNAVESTIRE SRL	n/c	3.350	4.971	8,06%	145,00%	-	-
DJ56	CENTRUL MEDICAL DE INGRIJIRI PALEATIVE SF. ELENA S.R.L.	n/c	121	-	-39,50%	-	-	-
DJ59	S.C.CENTRUL MEDICAL GALAXY MED S.R.L.	n/c	126	-	-23,17%	-100,00%	-	-
DJ62	CENTRUL MEDICAL QUALITYLIFE S.R.L.	n/c	134	-	204,55%	-	-	-
GR09	QUALITY COMPAS SRL	n/c	325	-	-16,24%	-	-	-
IF07	FUNDATIA SF. IRINA - CENTRU DE INGRIJIRI PALIATIVE	n/c	395	-	5,61%	-	-	-
IF08	SPITALUL OXXYGENE MED PLUS SRL	n/c	231	453	-69,36%	-	-	-
IS29	SOCIETATEA VITAL MEDICAL CENTER MEMORY SRL	n/c	19	-	-52,50%	-	-	-
IS41	CENTRU MEDICAL DR. MICU VASILE	n/c	40	-	-27,27%	-	-	-
MM17	SOCIETATEA CENTRUL MEDICAL CATALINA SRL	n/c	384	2.818	146,15%	136,41%	-	-
MM20	SIM CRONIC CLINIC SRL	n/c	93	-	-	-	-	-
MS25	SOCIETATEA BESTMED SERV SRL	n/c	625	-	2,12%	-	-	-
MS26	SOCIETATEA RALMED CENTRU MEDICAL SRL	n/c	227	-	-4,62%	-	-	-
MS29	SC DR. AMER CLINIC SRL REGENMED - SPITAL PRIVAT DE RECUPERARE	n/c	400	-	214,96%	-	-	-
NT11	CENTRUL DE INGRIJIRI PALIATIVE PALIMED	n/c	22	-	29,41%	-	-	-
OT10	SC DOMUS MED SRL	n/c	804	-	372,94%	-	-	-
PH107	S.C. WIA KINETO-DENT S.R.L.	n/c	125	-	101,61%	-	-	-
PH108	SOCIETATEA DARIUS MEDICAL CENTER SRL	n/c	1.278	-	34,38%	-	-	-

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
PH115	SC PATRIK MEDICAL CENTER SRL	n/c	737	1	-4,29%	-96,67%	-	-
PH118	SFANTA SOFIA HOSPITAL MED S.R.L	n/c	235	923	1707,69%	-	-	-
SB09	CENTRUL DE INGRIJIRE PALIATIVA "HOSPICE" -ASOCIATIA "DR.CARL WOLFF"	n/c	282	-	-31,88%	-	-	-
SM10	SOCIETATEA SARA CLINIC RECOVERY SRL	n/c	460	-	-12,71%	-	-	-
SV20	SOCIETATEA SERVICII PALIATIVE SRL	n/c	166	-	-9,29%	-	-	-
SV21	S.C. TOP MEDICAL CRONIC S.R.L. - CENTRU DE INGRIJIRI PALIATIVE "SFANTUL LUCA"	n/c	64	-	-25,58%	-	-	-
SV23	SC RITMIC MEDICAL SRL- CENTRU DE INGRIJIRI PALIATIVE "SF. MC. ZENOVIE DOCTOR"	n/c	204	-	183,33%	-	-	-
TL07	SOCIETATEA MEDICAL CENTER SPITAL SRL	n/c	750	338	4,17%	-	-	-
VL13	SOCIETATEA AMAMED SRL SPITAL DE BOLI CRONICE	n/c	248	-	-29,14%	-	-	-
VL18	SPITALUL DE BOLI CNICE DOINAMED, DRAGOESTI	n/c	481	258	32,51%	-	-	-
VS12	CENTRUL MEDICAL CU SPITALIZARE SC RECUMED SRL	n/c	76	484	-1,30%	-58,70%	-	-
AB14	SOCIETATEA CENTRUL MEDICAL LAURA CATANA SRL	V	400	-	-18,37%	-	3.992	4.000
B_110	S.C. CLINICA ANGIOMED S.R.L.	V	1.592	2.649	156,36%	192,38%	3.992	4.000
B_136	SOCIETATEA PROMED SYSTEM SRL, SPITAL PRIVAT CU AMBULATORIU DE SPECIALITATE, LABORATOR FIV	V	769	806	327,22%	54,41%	3.992	4.000
B_91	CRESTINA MEDICALA MUNPOSAN'94 SRL	V	468	2.415	-55,17%	-	-	-
BC38	SC CLINICA NEWMEDICS SRL	V	-	609	-100,00%	130,68%	-	-
BH32	SPITAL OBSTETRICA - GINECOLOGIE "SC EUCLID SRL"	V	1.328	-	40,23%	-	3.992	4.000
BV22	CLINICA NEWMEDICS SRL	V	-	3.225	-100,00%	-18,33%	-	-
BV25	ONCO CARD SRL - CENTRUL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT ONCOLOGIC	V	2.005	18.882	57,75%	80,76%	3.992	4.000
BV28	CLINICILE ICCO ORTOPEDIE SRL	V	601	-	-2,12%	-	3.992	4.000
CJ34	ANGIOCARE S.R.L.	V	-	2.050	-	-	-	-
CT20	SOCIETATEA EUROMATERNA SA	V	4.168	13.688	5,95%	69,51%	3.992	4.000
CT22	ISIS MEDICAL CENTER S.R.L.	V	4.002	14.514	28,02%	165,19%	3.992	4.000
CT24	SOCIETATEA ROCOMEDICOR SRL	V	176	419	-48,84%	66,93%	3.992	4.000
CT28	DIAGNOST S.R.L.	V	2.328	13.755	725,53%	251,52%	3.992	4.000
DJ40	SOCIETATEA EIFFELMED SRL	V	1.662	2.304	92,58%	301,39%	3.992	4.000

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
DJ55	SOCIETATEA ONIOPTIC MEDICAL PD SRL	V	408	9.115	41,18%	974,88%	3.992	4.000
IF10	CARDIO-REC SRL	V	938	9.269	55,56%	389,90%	3.992	4.000
IS31	ARCADIA CARDIO	V	3.164	1.513	31,94%	102,54%	3.992	4.000
IS32	SOCIETATEA CENTRUL DE ONCOLOGIE EUROCLINIC SRL	V	1.430	11.048	22,96%	25,59%	3.992	4.000
MM11	SC. CHE COSMEDICA SRL	V	785	490	129,53%	-42,89%	3.992	4.000
MS18	CARDIO MED S.R.L. TARGU MURES	V	1.177	6.385	34,36%	-	3.992	4.000
MS20	S.C. COSAMEXT S.R.L.-CENTRUL MEDICAL PULS-SPITAL PRIVAT	V	91	3.632	-65,27%	9,50%	3.992	4.000
PH105	SOCIETATEA DENTIRAD HOSPITAL SRL	V	997	22.331	28,15%	625,74%	3.992	4.000
PH111	SPITAL AS MEDICA SRL	V	1.439	980	22,78%	-	3.992	4.000
SB14	CLINICA NEWMEDICS SRL - PUNCT DE LUCRU SIBIU	V	-	1.273	-100,00%	-14,10%	-	-
SM08	CLINICA GYNOPRAX	V	121	1.041	-78,99%	-11,78%	3.992	4.000
SV17	SPITALUL PRIVAT S.C. BETHESDA S.R.L.	V	2.869	-	54,08%	-	3.992	4.000
TM26	S.C. CENTRUL MEDICAL SFANTA MARIA S.R.L.	V	138	1.306	72,50%	-2,68%	3.992	4.000
VL11	SPITAL INCARMED (CARDIOLOGIE SI MEDICINA INTERNA)	V	1.438	2.496	2,71%	76,02%	3.992	4.000
VN09	SOCIETATEA MATERNA S.R.L.	V	68	45	-74,14%	2,27%	3.992	4.000
AB13	SC CMC PRAXIS SRL	V	264	3.288	438,78%	135,19%	3.992	4.000
AG24	S.C. MUNTENIA MEDICAL COMPETENCES S.A	V	598	9.844	78,51%	40,51%	3.992	4.000
B_153	VICTORIA MEDICAL CENTER SRL	V	-	679	-100,00%	-61,00%	-	-
B_97	SC CLINICA "SF. LUCIA" SRL	V	1.169	536	-	-	3.992	4.000
BC14	S.C. CLINICA PALADE S.R.L.	V	286	198	-37,96%	36,55%	3.992	4.000
CT19	S.C. MEDSTAR 2000 S.R.L	V	1.975	9.714	-13,49%	46,19%	3.992	4.000
CT32	OVIDIUS CLINICAL HOSPITAL SRL - UNITATE SANITARA PRIVATA	V	8.905	41.105	175,78%	198,60%	3.992	4.000
DJ30	SOCIETATEA MOGOS MED SRL	V	45	4.156	-56,31%	778,65%	3.992	4.000
VL15	SOCIETATEA RAPITEST CLINICA SRL	V	322	2.728	-54,65%	169,30%	3.992	4.000
CJ31	S.C POLARIS MEDICAL CLINICA DE TRATAMENT SI RECUPERARE S.A	V	4.572	5.296	156,85%	850,81%	3.992	4.000
B_129	SOCIETATEA CENTRUL MEDICAL POLICLINICO DI MONZA SRL	n/c	-	-	-100,00%	-100,00%	-	-
CT30	S.C. COMPLEX BALNEAR SI DE RECUPERARE C.A.A. S.R.L.	n/c	3.105	-	10,22%	-	-	-
AB17	AMETHYST RADIOTERAPIA ALBA IULIA S.A	n/c	-	2.827	-	-	-	-
AG26	SC NATISAN MEDICINA GENERALA SRL	n/c	-	15.829	-	421,72%	-	-
AG27	SANAMED HOSPITAL	n/c	-	4.412	-	61,20%	-	-
AG28	SC CLUBUL SANATATII SRL	n/c	-	1.232	-	298,71%	-	-

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
AG29	SC LAURUS MEDICAL SRL	n/c	-	2.894	-	221,91%	-	-
AG30	CENTRUL MEDICAL COLINA PRIMAVERII	n/c	-	2.172	-	369,11%	-	-
AG32	SC GRAL MEDICAL SRL	n/c	-	8.475	-	3303,61%	-	-
AR22	C.D.T. AFFIDEA ARAD	N/C	-	1.649	-	28,23%	-	-
AR24	INFOMEDICA	n/c	-	2.473	-	42,45%	-	-
AR28	CENTRUL MEDICA ONCOHELP SRL	n/c	244	4.892	-	-	-	-
B_109	SC FOCUS LAB PLUS SRL	n/c	-	5.622	-	-65,01%	-	-
B_112	C.D.T. AFFIDEA FUNDENI	n/c	-	2.121	-	-17,02%	-	-
B_114	CLINICA MEDICALA HIPOCRAT 2000	n/c	89	21.375	-	93,14%	-	-
B_117	S.C. SANAMED HOSPITAL S.R.L.	n/c	-	22.484	-	174,36%	-	-
B_122	S.C. MEDICOVER S.R.L.	n/c	-	6.229	-	1197,71%	-	-
B_130	LAURUS MEDICAL	n/c	-	4.967	-	2,50%	-	-
B_131	SC BAU M.A.N. CONSTRUCT SRL	n/c	-	10.312	-	116,73%	-	-
B_133	OVERMED MEDICAL CENTER	n/c	-	4.767	-	20,38%	-	-
B_134	SC NUTRILIFE SRL	n/c	-	5.848	-	34,59%	-	-
B_138	SC MNT HEALTHCARE EUROPE SRL	n/c	-	15.947	-	63,64%	-	-
B_146	SAPIENS MEDICAL CENTER	n/c	-	953	-	-13,68%	-	-
B_152	CENTRU MEDICAL SC ELIGON PHARMA SRL	n/c	-	7	-	-98,41%	-	-
B_156	SC LOTUS MED SRL	n/c	-	4.445	-	464,80%	-	-
B_158	SC AIS CLINICS & HOSPITAL SRL	n/c	-	21.832	-	4373,77%	-	-
B_159	INFOSAN SRL	n/c	-	365	-	444,78%	-	-
B_160	SC MEDICAL CITY BLUE SRL	n/c	-	641	-	589,25%	-	-
B_161	MEDEUROPA	n/c	-	24.775	-	-	-	-
B_162	DIGESTMED	n/c	-	2.734	-	-	-	-
B_164	INTERCARDIOCLINIQUE	n/c	-	11.334	-	-	-	-
B_165	DIAMEDICA HOSPITAL	n/c	-	4.939	-	-	-	-
B_166	IMUNOMEDICA PROVITA SRL	n/c	-	3.229	-	-	-	-
B_170	ANNA CLINICS	n/c	-	1.274	-	-	-	-
B_171	NEUROCITY	n/c	-	343	-	-	-	-
B_172	ST LUKAS CLINIC SRL	n/c	-	63	-	-	-	-
B_174	GMH (GLOBAL MEDICAL HEALTH)	N/C	-	217	-	-	-	-

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
BC19	SC GTL MEDICAL CLINIC	n/c	-	3.641	-	31,59%	-	-
BC23	SC MEDICALTEST SRL	n/c	-	10.070	-	70,27%	-	-
BC25	SC CARDIO MED SRL	n/c	-	2.934	-	59,28%	-	-
BC28	SC MINIMED SRL	n/c	-	3.350	-	40,99%	-	-
BC30	SC LAURUS MEDICAL	n/c	-	1.854	-	64,07%	-	-
BC34	SC CABINET MEDICAL BOANA SRL	n/c	-	1.488	-	17,35%	-	-
BC35	SC CMI DR PLETEA NOEMI SRL	n/c	-	2.855	-	60,48%	-	-
BC37	SC CLINICA LUXOR SRL	n/c	-	2.880	-	1928,17%	-	-
BC39	SC SPINAL CARE DOBREOI SRL	n/c	-	10.930	-	1294,13%	-	-
BC41	SMART HOSPITAL	n/c	522	2.364	-	-	-	-
BC42	LOTUS BACAU	n/c	-	1.853	-	-	-	-
BH29	S.C. LABORATOR MEDICAL BIOCONSULTING S.R.L.	n/c	-	4.857	-	92,05%	-	-
BH31	MEDETIL	n/c	-	1.296	-	22,50%	-	-
BH35	SC OSTEOPROTECT SRL – CLINICA MEDENA	n/c	-	3.793	-	200,79%	-	-
BH37	CENTRUL MEDICAL GRANDMED	n/c	-	2.395	-	200,88%	-	-
BH40	CLINICA LAVINIA DAVIDESCU	n/c	328	1.628	-	-	-	-
BH41	SC MEDEUropa SRL-PCT LUCRU ORADEA	n/c	-	34.395	-	-	-	-
BH42	CENTRUL VASCULAR VENUS	n/c	100	615	-	-	-	-
BH44	CENTRUL MEDICAL UNIREA PCT LUCRU ORADEA	n/c	-	695	-	-	-	-
BN08	CENTRUL MEDICAL POLICLINICA NOUA MURIVISAN	n/c	-	2.938	-	127,58%	-	-
BN10	HARDMED	n/c	-	3.520	-	-	-	-
BT12	ASOCIATIA STRUCTURALA DE ECONOMIE SOCIALA BIO CLEANING NORD	n/c	247	-	-	-	-	-
BV29	POLIMED DACIA	n/c	-	3.927	-	8,09%	-	-
BV32	SC DIABETCENTER SRL	n/c	-	2.587	-	1131,90%	-	-
BV33	MEDEUropa SRL-PUNCT DE LUCRU BRASOV	n/c	-	10.072	-	-	-	-
BZ12	SC MAT CORD BIOMEDICA SRL	n/c	-	9.587	-	33,58%	-	-
BZ13	MEDCON	n/c	-	1.927	-	-14,39%	-	-
BZ14	SC ANGI SAN SRL	n/c	50	5.655	-	188,23%	-	-
BZ15	CENTRUL MEDICAL OVIDIUS SRL	n/c	-	3.788	-	46,25%	-	-
BZ16	CARDIO CLINIQUE NCS SRL	n/c	-	3.009	-	22,32%	-	-

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
BZ17	MEDINTERN	n/c	-	2.172	-	-9,80%	-	-
BZ18	SC AMAMED EXPERT CENTER SRL	n/c	-	12.075	-	333,11%	-	-
BZ21	LAURUS MEDICAL BUZAU	n/c	-	807	-	-	-	-
CJ24	SC TVM MED SERV SRL	n/c	443	3.191	-	123,62%	-	-
CJ29	RADIOTHERAPY CENTER CLUJ	n/c	-	22.145	-	64,86%	-	-
CJ30	SC LAURUS MEDICAL	n/c	-	1.139	-	200,53%	-	-
CJ32	CARDIOMED SRL	n/c	-	1.345	-	73,32%	-	-
CJ33	GASTRO MED	n/c	-	2.439	-	786,91%	-	-
CJ35	OPHTALENS	n/c	-	468	-	-	-	-
CJ37	CENTRUL MEDICAL TRANSILVANIA	n/c	1.966	-	-	-	-	-
CJ38	OCULENS MED SRL	n/c	-	804	-	-	-	-
CJ39	MEDLIFE HUMANITAS	n/c	417	566	-	-	-	-
CL09	BROTAC MEDICAL CENTER	n/c	-	3.395	-	-39,92%	-	-
CT23	C.D.T. AFFIDEA CONSTANTA	n/c	-	9.715	-	23,27%	-	-
CT25	SC CENTRUL MEDICAL DOROBANTI SRL	n/c	-	4.474	-	-2,59%	-	-
CT34	SC MOGADORMED SRL	n/c	-	13.382	-	230,01%	-	-
CT39	SC IOWEMED SA	n/c	-	8.444	-	537,28%	-	-
CT40	GASTROMED SRL	n/c	-	14.775	-	449,05%	-	-
CT42	SC POZITRON MEDICAL INVESTIGATION SRL	n/c	-	6.381	-	2055,74%	-	-
CT43	MEDEUROPA SRL SEDIU SECUNDAR CONSTANTA	n/c	-	10.182	-	-	-	-
CT44	CENTRUL MEDICAL UNIREA SRL - SEDIUL SECUNDAR CONSTANTA	n/c	-	11.322	-	-	-	-
CT45	MEDICAL CERMED	n/c	-	3.909	-	-	-	-
CT46	BRAINAXY CLINIC SRL	n/c	-	1.263	-	-	-	-
CT47	ABC MEDICAL CENTER	n/c	-	549	-	-	-	-
DJ23	HIT MED SRL	n/c	-	3.073	-	211,98%	-	-
DJ35	SC ENDOLIFE SRL	n/c	-	2.617	-	-4,49%	-	-
DJ37	SC POLICLINICA CENTRALA DR. VLAESCU SRL	n/c	-	2.016	-	186,77%	-	-
DJ43	CENTRUL MEDICAL SAMA	n/c	-	13.706	-	370,67%	-	-
DJ44	SC ECOGRAFIE 3D SRL	n/c	-	2.122	-	6,90%	-	-
DJ46	GRAL MEDICAL SRL - PUNCTUL DE LUCRU CRAIOVA	n/c	-	5.495	-	95,34%	-	-
DJ49	CARDIOMED SRL	n/c	392	3.499	-	122,72%	-	-

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
DJ50	SC CENTRUL DE EXCELENTA IN RINOLOGIE	n/c	-	1.461	-	174,11%	-	-
DJ52	A&C MEDICAL PRIME SRL	n/c	-	12.279	-	473,52%	-	-
DJ57	CENTRUL MEDICAL UNIREA	n/c	-	1.959	-	9,14%	-	-
DJ60	CENTRUL MEDICAL RENASTEREA	n/c	-	2.612	-	1585,16%	-	-
DJ63	RO-OPTIC	n/c	-	1.475	-	-	-	-
DJ64	CAB. DR. VATAN VENERA ECATERINA	n/c	-	1.675	-	-	-	-
DJ65	CENTRUL MEDICAL SF. ANTONIE SRL	n/c	81	-	-	-	-	-
DJ67	SC GYN-MED SRL	n/c	871	2.256	-	-	-	-
DJ68	UROSCAN CRAIOVA	n/c	1	946	-	-	-	-
GJ12	SC PHOENIX PRIVATE HOSPITAL SRL	n/c	-	7.035	-	116,93%	-	-
GL14	LAURUS MEDICAL	n/c	-	2.582	-	337,63%	-	-
GL15	DIAMED OBESII	n/c	-	2.134	-	102,08%	-	-
GL16	SC FIZIOACTIV SRL	n/c	-	1.991	-	-	-	-
GR10	MADELONA CLINIC	n/c	-	3.319	-	-	-	-
HD22	LAURUS MEDICAL	n/c	-	2.469	-	56,46%	-	-
HR09	VISION 2009	n/c	-	760	-	-	-	-
IF09	SC RTC RADIOLOGY THERAPEUTIC CENTER SRL	n/c	-	31.237	-	289,05%	-	-
IF11	BIODERM MEDICAL CENTER SRL	n/c	-	1.353	-	33,17%	-	-
IF13	ASH MEDICAL FAMILY	n/c	-	1.693	-	-	-	-
IS33	CARDIO MED	n/c	-	5.247	-	18,31%	-	-
IS39	SC TRANSMED EXPERT SRL	n/c	-	9.796	-	96,39%	-	-
IS44	MEDLIFE SA PUNCT DE LUCRU STABIL IASI	n/c	-	3.718	-	72,45%	-	-
IS45	C.M. SF. NICOLAE	n/c	-	1.522	-	32,12%	-	-
IS47	RODERMA SRL	n/c	-	999	-	76,19%	-	-
IS48	MNT HEALTH CARE EUROPE	n/c	-	4.293	-	289,92%	-	-
IS53	MEDEUROPA SRL - PUNCT DE LUCRU IASI	n/c	-	1.891	-	-	-	-
IS55	SC NOBEZ MEDICAL SRL	n/c	-	236	-	-	-	-
MH08	ENDODIABET	n/c	-	1.904	-	23,32%	-	-
MH10	HOSPIMED SRL	n/c	-	1.627	-	-	-	-
MM13	FORTIS DIAGNOSIS CENTER	n/c	-	8.177	-	229,19%	-	-
MM19	POLICLINICA SFANTUL IOAN	n/c	11	3.934	0,00%	3576,64%	-	-

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
MM21	CENTRUL MEDICAL UNIREA PCT DE LUCRU BAIA MARE	V	316	4.268	-	-	-	-
MS27	LOTUS LIFE	n/c	-	11.487	-	33,90%	-	-
MS28	SC ENDO-ATROSCOPIA SRL	n/c	-	356	-	-48,41%	-	-
MS30	CENTRU DE INGRIJIRI PALIATIVE POPMED SERV SRL	n/c	114	-	-	-	-	-
MS31	ARTA NEUROLOGICA	n/c	-	50	-	-	-	-
MS33	DENTOSIM QUEEN- CENTRUL MEDICAL DIAMED	n/c	-	566	-	-	-	-
MS34	SPITALUL ONCOLOGIC MEDEX	n/c	-	65	-	-	-	-
NT09	SC CLINICA MEDICALA SF ANDREI	n/c	-	6.627	-	48,59%	-	-
NT12	FUNDATIA MEDICALA SPERANTA BOLNAVILOR	n/c	-	5.621	-	157,61%	-	-
NT13	CENTRAL CLINIC SRL	n/c	-	1.352	-	-0,44%	-	-
NT15	ONCOLOG UDREA	n/c	-	3.659	-	-	-	-
OT09	SC HOSPITAL NETWORK PHOENIX ONE DAY SRL	n/c	-	8.512	-	43,83%	-	-
OT11	S.C. LISIMED S.R.L.	n/c	-	18.992	-	-	-	-
PH103	SC BESTMED SERV SRL	N/C	655	-	2,83%	-	-	-
PH104	SC MEDICAL CENTER GRAL SRL	n/c	-	6.485	-	727,17%	-	-
PH112	SC PROARTMED MEDICAL CENTER SRL	n/c	-	4.927	-	202,08%	-	-
PH114	SC LAURUS MEDICAL	n/c	-	7.608	-	80,33%	-	-
PH116	MIROPTIC MED	n/c	-	1.646	-	60,43%	-	-
PH119	SC DR.POPESCU NICULAE SRL-SPITALUL UROMED	n/c	-	6.105	-	-	-	-
PH120	OPHTAMAX	n/c	-	5.917	-	-	-	-
PH121	GRAL MEDICAL	N/C	-	846	-	-	-	-
SB15	CENTRUL MEDICAL DR. STANILA	n/c	-	180	-	-	-	-
SB16	SC OPHTA-CONSULT	n/c	-	1.226	-	-	-	-
SB17	RMN DIAGNOSTIC SI TRATAMENT	n/c	-	3.892	-	-	-	-
SM11	VITREUM MEDICAL	n/c	50	417	-	-	-	-
SV18	LAURUS MEDICAL	n/c	-	3.070	-	295,11%	-	-
SV19	SC CORAMED SV SRL	n/c	-	2.243	-	76,75%	-	-
SV24	MATER ANIMA	n/c	-	683	-	-	-	-
TL08	SC MERCADO IMPEX SRL	n/c	-	1.849	-	33,12%	-	-
TL10	REGINA MARIA POLICLINICA CENTRALA	n/c	-	5.029	-	-	-	-
TM29	CM. SF. STEFAN	n/c	-	3.119	-	11,31%	-	-

COD	DENUMIRE SPITAL	Categ	SC 2024	SZ 2024	SC 2024 vs SC 2019	SZ 2024 vs SC 2019	TCP Scenariul 1	TCP Scenariul 2
TM30	SC CABINET PARTICULAR POLICLINIC ALGOMED SRL	n/c	-	770	-	-37,50%	-	-
TM31	M-PROFILAXIS	n/c	-	3.901	-	256,91%	-	-
TM33	SC MEDLIFE SA TIMISOARA	n/c	-	3.186	-	47,36%	-	-
TM34	POLICLINICA DARIMEDIC SRL	n/c	-	4.993	-	74,09%	-	-
TM35	ONCOCENTER- ONCOLOGIE CLINICA SRL	n/c	-	4.845	-	100,87%	-	-
TM37	SC RTC RADIOLOGY THERAPEUTIC CENTER SRL	n/c	-	9.172	-	-	-	-
TM38	ROCORDIS	n/c	588	-	-	-	-	-
VN12	SC LAURUS MEDICAL	n/c	-	1.581	-	2,40%	-	-
VN13	SC EXPERT MEDICAL MANAGEMENT SRL	n/c	-	7.318	-	131,66%	-	-
VN14	SC THEOS MEDICAL CLINIC SRL	n/c	-	1.575	-	-	-	-
CT18	MEDICAL ANALYSIS CONSTANTA	V	743	3.568	13,44%	362,18%	3.992	4.000

