DOCUMENT ÎN LUCRU

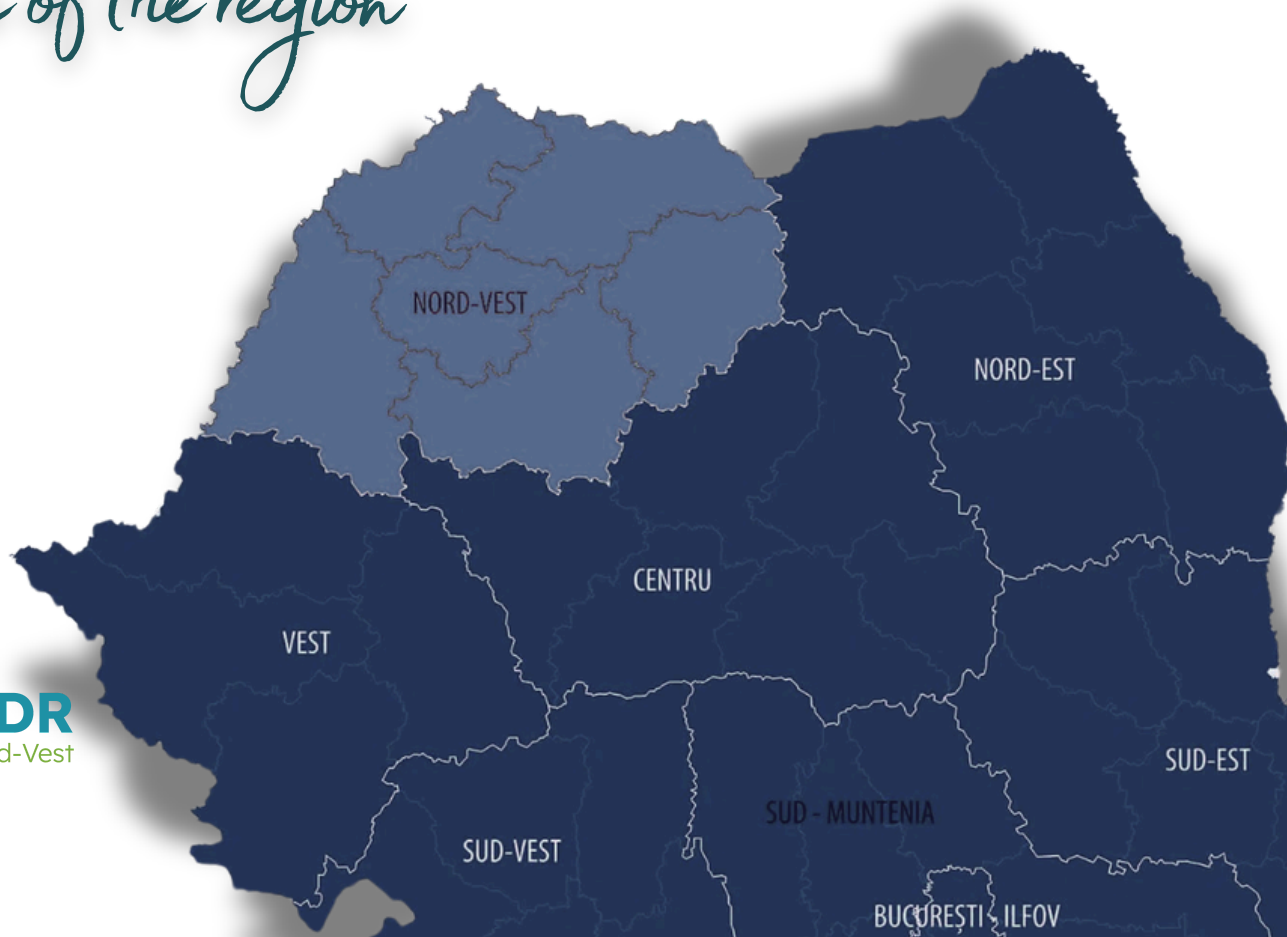
Cofinanțat de Uniunea Europeană

ADR Nord-Vest

Analiză diagnostic – Planul de Dezvoltare al Regiunii Nord-Vest 2028-2034

Sănătate publică, bunăstare și infrastructură sanitară

state of the region



ADR Nord-Vest

Capitolul **„Sănătate publică, bunăstare și infrastructură sanitară”** din cadrul analizei „State of the Region” a fost redactat de echipa Agenției de Dezvoltare Regională Nord-Vest ca parte integrantă a Planului de Dezvoltare Regională 2028-2034.

Document în lucru

Prezentul document de tip „Stadiul Regiunii”, publicat în contextul elaborării analizei diagnostic regionale, reprezintă un instrument de lucru preliminar cu caracter strict consultativ, asumat ca parte integrantă a unui demers de guvernare participativă . Publicarea și diseminarea acestui material se circumscriu unei etape de consultare publică structurate sub forma de call for evidence, având scopul de a asigura o fundamentare tehnică și obiectivă a viitoarelor direcții de planificare. În consecință, datele, concluziile preliminare și analizele incluse în capitolele acestui document nu constituie decizii finale, nu au caracter obligatoriu și nu angajează juridic autoritatea emitentă, acestea fiind supuse unui proces iterativ de revizuire, calibrare și completare.

Contact:

text și analiză: Departamentul de Dezvoltare Strategică și Valorificare Resurse
Ștefania Cazacu - stefania.cazacu@nord-vest.ro
Cătălin Hădadea - catalin.hadadea@nord-vest.ro

Disclaimer:

Opiniile exprimate aparțin exclusiv autorilor și nu ar trebui considerate ca reprezentând poziția oficială a Agenției de Dezvoltare Regională Nord-Vest.Acest document nu reprezintă componente, priorități sau acțiuni dintr-un program aprobat sau agreat la nivel național sau regional.
Această analiză reprezintă o situație de referință, punct de plecare pentru perioada 2028-2034 și nu implică nicio obligație din partea ADR Nord-Vest privind deschiderea unor apeluri, în cadrul Prgramului Regional Nord-Vest 2021-2027, care să vizeze intervențiile recomandate în conținutul acestui capitol.

©Agenția de Dezvoltare Regională Nord-Vest, Cluj-Napoca 2026

Cover: DDSVR

Reutilizarea este autorizată cu condiția ca sursa să fie menționată și ca sensul sau mesajul original al documentului să nu fie denaturat. ADR Nord-Vest nu va fi responsabilă pentru niciuna dintre consecințele rezultate din reutilizare.

Cuprins

CONTEXT

7 Context general
8 Cadrul european
10 Cadrul național
11 Din perspectivă strategică națională
11 Din perspectivă regională

STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI

15 Speranța de viață la naștere
18 Analiza principalelor cauze de îmbolnăvire
18 Profilul general al morbidității înregistrate
29 Analiza ratei mortalității generale și a mortalității infantile
32 Principalele cauze ale deceselor

INFRASTRUCTURA MEDICALĂ ȘI REȚEAU SPITALICEASCĂ

40 Rețeaua spitalicească
45 Analiza personalului medico-sanitar
51 Medicina de familie și accesul la asistență primară
56 Capacitatea spitalicească
63 Accesul la servicii medicale prin mijloace de furnizare la distanță

PERFORMANȚA SISTEMULUI SPITALICESC

67 Performanța sistemului spitalicesc
69 Volumul de activitate și evoluția post-pandemică
70 Complexitatea cazurilor tratate și dispersia intraregională
71 Structura funcțională a rețelei
72 Acoperirea teritorială
74 Retenția teritorială și fluxurile de pacienți
79 Filtrul asistenței primare
82 Eficiența utilizării resursei
84 Rezultatul îngrijirii și limitele indicatorilor
85 Echitatea accesului
86 Sectorul privat
87 Presiunea demografică pe orizontul 2028-2034

SATISFACȚIA PACIENȚILOR ȘI PERCEPȚIA ASUPRA SERVICIILOR SPITALICEȘTI

90 Mecanismul de feedback și limitele instrumentului
91 Satisfacția globală și efectul revizuirii chestionarului
93 Ierarhia regională și județeană
95 Ierarhia unităților spitalicești
97 Costurile suportate direct de pacient
98 Suprapunerea teritorială a indicatorilor de percepție

INVESTIȚII SECTORIALE

100 Politica de Coeziune
103 Planul Național de Redresare și Reziliență

DIAGNOSTIC, PROVOCĂRI ȘI MĂSURI POTENȚIALE

107 Constatări preliminare
110 Provocări privind sistemul de sănătate și infrastructura sanitară
111 Limitări constatate
113 Măsuri potențiale pentru abordarea provocărilor

BIBLIOGRAFIE ȘI REFERINȚE

ANEXE

Listă figuri

Figura 1 - Evoluția speranței de viață în România, p. 15
Figura 2 - Evoluția speranței de viață la naștere pe gen la nivelul Regiunii Nord-Vest în perioada 2008-2024, p. 16
Figura 3 - Evoluția speranței de viață în România pe regiuni, p. 17
Figura 4 - Evoluția speranței de viață sănătoasă, p. 17
Figura 5 - Morbiditatea înregistrată în asistența primară la 100.000 locuitori, Regiunea Nord-Vest și România, anul 2024, și variația indicelui regional în perioada 2018-2024, p. 19
Figura 6 - Bolnavi cardiovasculari rămași în evidența medicului de familie pe județe la 100.000 locuitori, anul 2024, p. 21
Figura 7 - Obezitate, bolnavi rămași în evidența medicului de familie la 100.000 locuitori, pe județe, anul 2024, p. 24
Figura 8 - Poziția județelor la morbiditatea înregistrată în asistența primară, anul 2024, p. 29
Figura 9 - Evoluția numărului deceselor în cele opt regiuni din România, p. 29
Figura 10 - Evoluția numărului deceselor în Regiunea Nord-Vest pe gen (mii de decese), p. 30
Figura 11 - Evoluția ratei mortalității generale în Regiunea Nord-Vest, p. 32
Figura 12 - Ponderea cazurilor deceselor în Regiunea Nord-Vest în 2024, p. 34
Figura 13 - Clasificarea spitalelor în funcție de competență, conform Ordinului ministrului sănătății nr. 1.408/2010 și Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011, p. 41
Figura 14 - Situația acreditărilor unităților sanitare cu paturi pe regiuni în martie 2026 conform Ordinului nr. 10 din 2018, p. 42
Figura 15 - Distribuția unităților sanitare publice din Regiunea Nord-Vest în funcție de nivelul de subordonare administrativă și județ, p. 44
Figura 16 - Repartizarea unităților sanitare publice din Regiunea Nord-Vest pe medii de rezidență, p. 44
Figura 17 - Evoluția personalului medical (medici și personal sanitar mediu) la nivel național, p. 45
Figura 18 - Evoluția personalului medico-sanitar în Nord-Vest raportat la anul 2008, p. 46
Figura 19 - Densitatea medicilor la 1.000 locuitori în Regiunea Nord-Vest, p. 47
Figura 20 - Densitatea personalului medical la 1.000 locuitori în Regiunea Nord-Vest, p. 47
Figura 21 - Structura pe grupe de vârstă a corpului medical din Regiunea Nord-Vest, 2026, p. 49
Figura 22 - Raportul de înlocuire a corpului medical și media de vârstă a medicilor pe județe, 2026, p. 49
Figura 23 - Ponderea medicilor primari și specialiști pe județe, 2026, p. 50
Figura 24 - Efectivele pe specialități critice pe județe, anul 2026, p. 51
Figura 25 - Evoluția medicilor de familie în România, p. 52
Figura 26 - Evoluția medicilor de familie în Regiunea Nord-Vest, p. 52
Figura 27 - Densitatea medicilor de familie la 1.000 locuitori în România, p. 53
Figura 28 - Densitatea medicilor de familie la 1.000 locuitori în Regiunea Nord-Vest, p. 54
Figura 29 - Populația deservită deficitar de medici de familie în Regiunea Nord-Vest, p. 55
Figura 30 - Numărul necesar de medici de familie în Regiunea Nord-Vest, p. 56
Figura 31 - Numărul de paturi la 1.000 locuitori în România, pe regiuni de dezvoltare, p. 57
Figura 32 - Numărul paturilor din spitale în Regiunea Nord-Vest, anul 2022, p. 58
Figura 33 - Numărul paturilor la 1.000 locuitori în Regiunea Nord-Vest, anul 2022, p. 58
Figura 34 - Distribuția paturilor pe specialități în Regiunea Nord-Vest, anul 2022, p. 61
Figura 35 - Evoluția duratei medii de spitalizare pe regiuni de dezvoltare în perioada 2019-2025, p. 68
Figura 36 - Evoluția indicelui de concordanță a diagnosticelor (măsurat în puncte) pe regiuni de dezvoltare în perioada 2019-2025, p. 68
Figura 37 - Evoluția ratei de spitalizare la 1.000 de locuitori cu domiciliu, pe județe, în perioada 2019-2025, p. 69
Figura 38 - Evoluția indicelui de complexitate a cazurilor pe județe în Regiunea Nord-Vest în perioada 2019-2025, p. 70
Figura 39 - Dispersia complexității cazurilor între județele Regiunii, coeficient de variație, în perioada 2019-2025, p. 70
Figura 40 - Varietatea și complexitatea cazurilor tratate la nivel de unitate sanitară publică, 2025, p. 71
Figura 41 - Ponderea intervențiilor chirurgicale în activitatea spitalelor publice în Regiunea Nord-Vest, 2025, p. 72
Figura 42 - Retenția teritorială și complexitatea medie a cazurilor tratate, pe județe, 2025, p. 75
Figura 43 - Retenția teritorială și complexitatea cazurilor la nivelul unităților sanitare, Regiunea Nord-Vest, 2025, p. 77
Figura 44 - Internările în urgență și cele cu trimitere de la medicul de familie, pe județe, 2025, p. 79
Figura 45 - Evoluția internărilor în urgență pe județe în perioada 2019-2025, p. 80
Figura 46 - Evoluția internărilor cu trimitere de la medicul de familie pe județe în perioada 2019-2025, p. 80
Figura 47 - Structura modalităților de intrare în spital, pe județe, 2025, p. 81
Figura 48 - Deficitul de medici de familie raportat la populația cu domiciliu și ponderea internărilor în urgență, pe județe, 2025, p. 81
Figura 49 - Raport dintre durata de spitalizare și complexitatea cazurilor, pe specialități, 2025, valoarea 1,00 indică proporționalitatea, p. 82
Figura 50 - Zile de spitalizare în exces față de standardul național, pe specialități, 2025, p. 83
Figura 51 - Evoluția mortalității intraspitalicești, pe județe, 2019-2025, p. 84
Figura 52 - Mortalitatea intraspitalicească și complexitatea cazurilor la nivel de unitate publică, 2025, p. 85
Figura 53 - Reprezentarea populației rurale în activitatea spitalicească, diferență în puncte procentuale față de ponderea demografică, pe județe, 2025, p. 86
Figura 54 - Ponderea sectorului privat în activitatea spitalicească, pe specialități, 2025, p. 87
Figura 55 - Evoluția structurii pe grupe de vârstă a pacienților internați în Regiunea Nord-Vest în perioada 2019-2025, p. 88
Figura 56 - Nivelul de mulțumire privind calitatea serviciilor medicale în Regiunea Nord-Vest, p. 91
Figura 57 - Răspunsurile pe ani în Regiunea Nord-Vest privind nivelul de mulțumire privind serviciile medicale, p. 92
Figura 58 - Gradul de mulțumire privind personalul medical, curățenia și serviciile medicale din Regiunea Nord-Vest, p. 93
Figura 59 - Evoluția ratei de recomandare, a clarității explicațiilor și a stării de sănătate după externare în Regiunea Nord-Vest, 2021-2026, p. 94
Figura 60 - Ierarhia unităților spitalicești județene din Regiunea Nord-Vest după ponderea pacienților mulțumiți, anul 2025, unități cu cel puțin 300 de răspunsuri, p. 96
Figura 61 - Ierarhia unităților spitalicești municipale din Regiunea Nord-Vest după ponderea pacienților mulțumiți, anul 2025, unități cu cel puțin 300 de răspunsuri, p. 96
Figura 62 - Evoluția ponderii pacienților care au cumpărat medicamente sau materiale sanitare din surse proprii, pe județe, 2021-2025, p. 97
Figura 63 - Valoarea contractată pe tipuri de intervenție prin Politica de Coeziune la 26 august 2026, în milioane RON, p. 101
Figura 64 - Valoarea contractată pe județe prin Politica de Coeziune la 26 august 2026, cu și fără obiectivul spitalicesc regional, în milioane RON, p. 102

Listă figuri

Figura 65 - Rata plăților validate pe județe în Politica de Coeziune la 26 august 2026, p. 102
Figura 66 - Distribuția proiectelor Măsurii I1 pe clase de valoare, în EUR, la 26 august 2026, p. 103
Figura 67 - Acoperirea localităților cu deficit de asistență primară prin Măsura I1, la 26 august 2026, p. 104
Figura 68 - Localitățile cu deficit de asistență primară acoperite prin Măsura I1, pe județe, la 26 august 2026, p. 104
Figura 69 - Finanțarea contractată pe locuitor prin Politica de Coeziune și prin PNRR Componenta 12, pe județe, la 26 august 2026, în lei pe locuitor, p. 105

Listă tabele

Tabel 1 - Evoluția speranței de viață în Regiunea Nord-Vest pe gen, p. 16
Tabel 2 - Bolnavi rămași în evidența medicului de familie, indici la 100.000 locuitori, anul 2024, p. 18
Tabel 3 - Bolnavi cardiovasculari rămași în evidența medicului de familie, indici la 100.000 locuitori, anul 2024, p. 20
Tabel 4 - Bolnavi cu bronhopneumopatie obstructivă cronică rămași în evidența medicului de familie, indici la 100.000 locuitori, p. 21
Tabel 5 - Bolnavi de diabet zaharat rămași în evidența medicului de familie, indici la 100.000 locuitori, p. 22
Tabel 6 - Diabetul zaharat în cabinetele de nutriție și boli metabolice, Regiunea Nord-Vest, p. 23
Tabel 7 - Bolnavi de tumori maligne rămași în evidența medicului de familie, cifre absolute, p. 25
Tabel 8 - Bolnavi de tumori maligne rămași în evidență pe cele două circuite de raportare, indici la 100.000 locuitori, anul 2024, p. 25
Tabel 9 - Incidența tuberculozei, cazuri totale în Regiune și rate la 100.000 locuitori, p. 27
Tabel 10 - Rujeola, cazuri noi confirmate, p. 27
Tabel 11 - Mortalitatea prin boli ale aparatului circulator, decese și rate la 100.000 locuitori, p. 34
Tabel 12 - Mortalitatea prin boli ale aparatului circulator pe județe, anul 2024, p. 35
Tabel 13 - Mortalitatea prin tumori, decese și rate la 100.000 locuitori, p. 35
Tabel 14 - Mortalitatea prin boli ale aparatului respirator, decese și rate la 100.000 locuitori, p. 36
Tabel 15 - Mortalitatea prin boli ale aparatului digestiv și prin leziuni traumatice, rate la 100.000 locuitori, p. 37
Tabel 16 - Medici înscriși în colegiile teritoriale din Regiunea Nord-Vest, pe statute, la 1 ianuarie 2022 și 1 ianuarie 2026, p. 48
Tabel 17 - Componența grupelor funcționale și capacitatea aferentă, p. 59
Tabel 18 - Proiecte contractate prin Planul Național de Redresare și Reziliență, componenta 7, investiția 3, în Regiunea Nord-Vest, la data 21.08.2026, p. 64
Tabel 19 - Indicatori de performanță spitalicească pe regiuni de dezvoltare și pe județele Regiunii Nord-Vest, 2025, p. 67
Tabel 20 - Distribuția activității primelor 10 specialități pe județe în regiune în funcție de numărul fișelor, p. 74
Tabel 21 - Primele 20 de unități sanitare după retenția teritorială, Regiunea Nord-Vest, 2025, p. 77
Tabel 22 - Primele 20 de secții după fișele cu diagnostic secundar, Regiunea Nord-Vest, 2025, p. 78
Tabel 23 - Durata medie de spitalizare preoperatorie și postoperatorie, rata de internare în terapie intensivă și durata medie a șederii în terapie intensivă, pe județe, 2025, p. 83
Tabel 24 - Mortalitatea intraspitalicească în unitățile publice, pe categorii de volum de activitate, 2025, comparativ cu media națională a fiecărei categorii, p. 85
Tabel 25 - Structura sociodemografică a pacienților internați, pe județe, 2025, p. 86
Tabel 26 - Ponderea sectorului privat în activitatea spitalicească, pe județe, 2019-2025, p. 87
Tabel 27 - Numărul chestionarelor completate, pe județe, în perioada 2021-2025, p. 91
Tabel 28 - Ponderea pacienților mulțumiți de serviciile spitalicești, pe județe, în perioada 2021-2025, p. 94
Tabel 29 - Ponderea pacienților care au cumpărat medicamente sau materiale sanitare din surse proprii, pe județe, în perioada 2021-2025, p. 97
Tabel 30 - Ponderea demografică, povara mortalității, capacitatea de spitalizare și distribuția finanțării contractate la 26 august 2026, p. 100

Listă hărți

Harta 1 - Distribuția spitalelor publice în Regiunea Nord-Vest, p. 43
Harta 2 - Deficitul de medici de familie în Regiunea Nord-Vest, p. 55

Acronime

ANMCS - Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate
AVC - accident vascular cerebral
BPOC - bronhopneumopatie obstructivă cronică
C12 - componenta 12 „Sănătate" din PNRR
CAS - Casa de Asigurări de Sănătate (județeană)
CE - Comunitatea Europeană (în numerotarea directivelor și regulamentelor)
CEE - Comunitatea Economică Europeană
CMR - Colegiul Medicilor din România
CNAS - Casa Națională de Asigurări de Sănătate
COM - document al Comisiei Europene
COVID-19 - boala provocată de coronavirusul SARS-CoV-2
CSR - recomandări specifice de țară (Country Specific Recommendations)
DRG - sistemul de finanțare pe grupe de diagnostice
DSP - Direcția de Sănătate Publică
ECLI - identificatorul european de jurisprudență
EHDS - Spațiul European al Datelor privind Sănătatea
EU4Health - programul „UE pentru sănătate" 2021-2027
EUR - euro
FNUASS - Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate
GDPR - Regulamentul general privind protecția datelor
HG - Hotărâre a Guvernului
I1 - măsura de investiții în infrastructura prespitalicească
I2 - măsura de investiții în infrastructura spitalicească
IA - inteligență artificială
ICM - indicele de complexitate a cazurilor
INMSS - Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate
INS - Institutul Național de Statistică
INSP - Institutul Național de Sănătate Publică
INSSE - Institutul Național de Statistică (variantă de notare folosită în citări)
JO - Jurnalul Oficial al Uniunii Europene
MAPN - Ministerul Apărării Naționale
MIPE - Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene
MS - Ministerul Sănătății
MTI - Ministerul Transporturilor și Infrastructurii
MyHealth@EU - infrastructura europeană de schimb transfrontalier de date medicale
NUTS - nomenclatorul unităților teritoriale de statistică
OCDE - Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică
OECD - Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (variantă în limba engleză folosită în text)
ORL - otorinolaringologie
PNRR - Planul Național de Redresare și Reziliență
POR - Programul Operațional Regional
RIS3 NV - Strategia de Specializare Inteligentă a Regiunii Nord-Vest
RNC - Registrul Național de Cancer
RON - leu românesc
SEE - Spațiul Economic European
TBC - tuberculoză
TFUE - Tratatul privind Funcționarea Uniunii Europene
UE - Uniunea Europeană
USP - unitate sanitară cu paturi

Context general

Analiza de tip State of the Region pentru perioada de programare 2028-2034 constituie fundamentul în configurarea traiectoriei strategice a Regiunii de Dezvoltare Nord-Vest, axată pe consolidarea infrastructurii sanitare și îmbunătățirea calității vieții populației. Luând în calcul presiunile demografice structurale și evoluția profilului epidemiologic, este esențială o analiză a sectorului de sănătate publică și a infrastructurii medicale. Obiectivul principal al acestui capitol este identificarea nevoilor pe care regiunea le are și a dificultăților cu care se confruntă din perspectiva stării de sănătate a populației și a performanței sistemului de sănătate.

Analiza își propune, de asemenea, să fundamenteze politicile de dezvoltare regională post-2027, folosind o abordare „data-driven", urmărind să contureze o direcție strategică adecvată pentru grupurile vulnerabile și pentru a îmbunătăți calitatea vieții cetățenilor. Accesul inegal la servicii medicale, deficitul de personal în asistența primară și concentrarea resurselor în polul urban generează incertitudine pentru numeroase categorii de populație, în special în mediul rural și în zonele periferice, fapt care determină necesitatea unei astfel de lucrări. Situația demografică actuală, marcată de îmbătrânire și de declin al populației, se suprapune peste vulnerabilitățile sistemului de sănătate și amplifică cererea de îngrijire, motiv pentru care trebuie abordată cu multă atenție, în vederea asigurării unui viitor stabil și competitiv pentru regiune.

Pentru perioada de planificare 2028-2034, este esențial ca regiunea să își stabilească obiective clare și integrate pentru abordarea dificultăților sănătății în strânsă legătură cu provocările demografice. Prevenția insuficientă, inechitățile teritoriale de acces și ponderea ridicată a îmbolnăvirilor și a deceselor care ar putea fi evitate pot spori disparitățile dintre județe și pot suprasolicita secțiile cele mai costisitoare ale sistemului spitalicesc, cu efecte directe asupra capitalului uman, asupra coeziunii teritoriale și asupra capacității regiunii de a-și susține traiectoria de dezvoltare.

Sănătate publică: Știința și arta de a preveni bolile, de a prelungi viața și de a promova sănătatea umană prin intermediul eforturilor organizate și al alegerilor informate ale societății, ale organizațiilor publice și private, ale comunităților și ale indivizilor.[1]

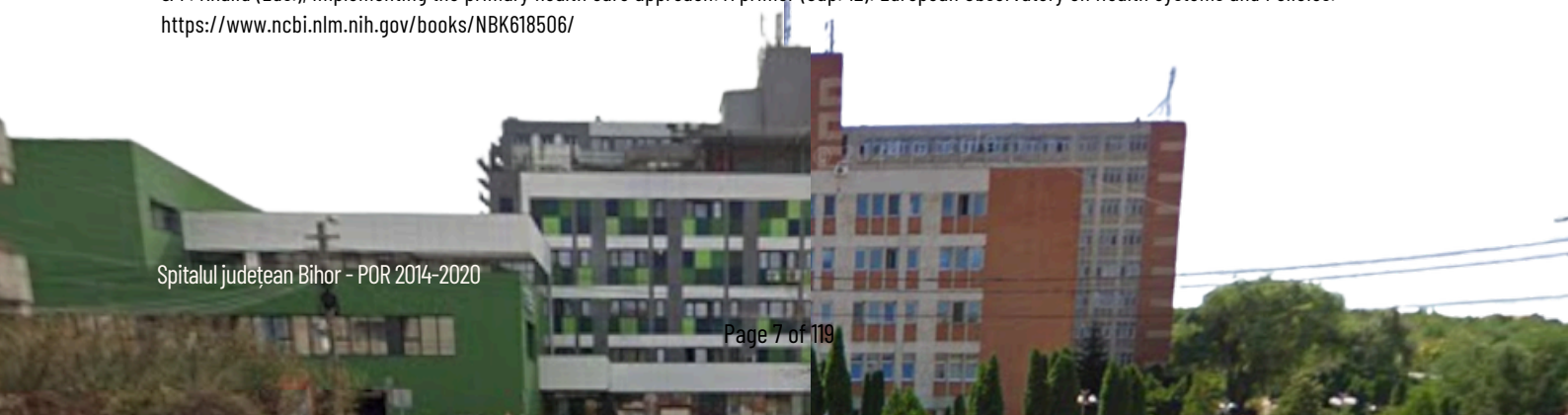
Bunăstare: Un concept multidimensional care reunește condițiile materiale de trai și calitatea vieții, măsurat prin sănătate, educație, echilibru între viață și muncă, siguranță și legături sociale, evaluate atât la nivel mediu, cât și prin distribuția lor în populație.[2]

Infrastructura Sanitară: include clădirile, echipamentele nemedicale, utilitățile și sistemele de alimentare[3].

[1]Cabaj JL, Musto R, Ghali WA. Public health: who, what, and why? Can J Public Health. 2019 Jun;110(3):340-343. doi: 10.17269/s41997-019-00207-2. Epub 2019 Apr 12. PMID: 30980334; PMCID: PMC6964624.

[2] OECD, How's Life? Measuring Well-being, cadrul OCDE de măsurare a bunăstării și progresului.

[3] Wright, S., Dykgraaf, S. H., Kwankam, S. Y., & Deeves, M. (2024). Health infrastructure. În D. Rajan, K. Rouleau, J. Winkelmann, D. Kringos, M. Jakab, & F. Khalid (Eds.), Implementing the primary health care approach: A primer (Cap. 12). European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK618506/



Spitalul județean Bihor - POR 2014-2020

Cadrul european

Cadrul european pe care se fundamentează planificarea infrastructurii și a serviciilor de sănătate pornește de la delimitarea de competențe stabilită prin articolul 168 din Tratatul privind Funcționarea Uniunii Europene[1], care rezervă statelor membre organizarea și prestarea serviciilor de sănătate, precum și alocarea resurselor destinate acestora, iar acțiunii Uniunii îi atribuie un rol complementar, orientat spre îmbunătățirea sănătății publice, prevenirea bolilor și eliminarea resurselor de pericol pentru sănătatea umană. Mobilitatea pacienților și drepturile acestora sunt reglementate prin Directiva 2011/24/UE privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere [2], al cărei conținut a fost precizat prin hotărârea Curții de Justiție UE din 11 septembrie 2025 în Cauza C-115/24[3], prin care instanța a delimitat noțiunea de telemedicină, recunoscând drept serviciu transfrontalier doar îngrijirea prestată integral la distanță prin mijloace electronice, îngrijirea hibridă rămânând în afara acestui regim, și a stabilit că un astfel de serviciu se supune regulilor statului în care este stabilit furnizorul, cu relevanță pentru dezvoltarea serviciilor de telemedicină din regiune.
Din perspectiva dotării noilor unități sanitare, Regulamentul UE 2017/745 privind dispozitivele medicale [4] și Regulamentul UE 2017/746 privind dispozitivele medicale pentru diagnostic in vitro [5] impun standarde stricte de conformitate, siguranță și trasabilitate pentru toate echipamentele introduse pe piața europeană, condiție care se răsfrânge asupra oricărei investiții regionale în aparatură. Acest cadru este consolidat de Regulamentul UE 2021/2282 [6] privind evaluarea tehnologiilor medicale introduce, începând din ianuarie 2025 și eșalonat pe categorii, evaluări clinice comune la nivelul Uniunii pentru anumite medicamente și dispozitive medicale cu risc ridicat, iar, deciziile privind prețul și rambursarea rămân în competența statelor membre, care trebuie să țină seama în mod corespunzător de rapoartele comune. Prevenirea și răspunsul la crizele sanitare majore sunt coordonate prin Regulamentul UE 2022/2371 privind amenințările transfrontaliere grave la adresa sănătății [7], act care stabilește cadrul comun de pregătire, supraveghere epidemiologică și reacție coordonată la nivelul Uniunii. Acesta este completat de Regulamentul UE 2022/2372 [8] privind cadrul de măsuri pentru asigurarea furnizării contramăsurilor medicale în situații de urgență de sănătate publică, act care atribuie Autorității pentru Pregătire și Răspuns în Caz de Urgență Sanitară un rol operațional în achiziția și distribuția acestora.

[1] Versiune Consolidată a Tratatului Privind Uniunea Europeană Și a Tratatului Privind Funcționarea Uniunii Europene Tratatul Privind Uniunea Europeană (Versiune Consolidată) Tratatul Privind Funcționarea Uniunii Europene (Versiune Consolidată) Protocoale Anexe La Tratatul Privind Funcționarea Uniunii Europene Declarații Anexate La Actul Final al Conferinței Interguvernamentale Care a Adoptat Tratatul de La Lisabona Semnat La 13 Decembrie 2007 Tabele de Corespondență (2016). https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=celex%3A12016ME%2FTXT

[2] Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere, CONSIL, PE, JO L 88 (2011). http://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj

[3] Hotărârea Curții (Camera a patra) din 11 septembrie 2025. UJ împotriva Österreichische Zahnärztekammer.
Cererea de decizie preliminară formulată de Oberster Gerichtshof. Trimitere preliminară - Sănătate publică - Asistență medicală transfrontalieră - Directiva 2011/24/UE - Articolul 3 literele (d) și (e) - Prestare de servicii de asistență medicală prin telemedicină - Noțiunea de «telemedicină» - Asistență medicală transfrontalieră furnizată prin telemedicină – Tratament medical complex care cuprinde asistență medicală furnizată prin telemedicină și cu prezență fizică – Statul membru în care se efectuează tratamentul - Directiva 2000/31/CE - Serviciu al societății informaționale - Directiva 2005/36/CE - Calificări profesionale - Libertatea de a presta servicii - Domeniu de aplicare - Articolul 56 TFUE. Cauza C-115/24.

[4] Regulamentul UE 2017/745 al Parlamentului European și al Consiliului din 5 aprilie 2017 privind dispozitivele medicale, de modificare a Directivei 2001/83/CE, a Regulamentului (CE) nr. 178/2002 și a Regulamentului (CE) nr. 1223/2009 și de abrogare a Directivelor 90/385/CEE și 93/42/CEE ale Consiliului (Text cu relevanță pentru SEE), JO L 117 (2017). http://data.europa.eu/eli/reg/2017/745/oj

[5] Regulamentul UE 2017/746 al Parlamentului European și al Consiliului din 5 aprilie 2017 privind dispozitivele medicale pentru diagnostic in vitro și de abrogare a Directivei 98/79/CE și a Deciziei 2010/227/UE a Comisiei. Preluat în 29 iulie 2026, din https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2017/746/oj?eliuri=eli%3Areg%3A2017%3A746%3Aoj&locale=ro.

[6] Regulamentul (UE) 2021/2282 al Parlamentului European și al Consiliului din 15 decembrie 2021 privind evaluarea tehnologiilor medicale și de modificare a Directivei 2011/24/UE (Text cu relevanță pentru SEE), PE/80/2021/INIT, JO L 458, 22.12.2021, pp. 1-32. Disponibil la: https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2021/2282/oj/ron.

[7] Regulamentul UE 2022/2371 al Parlamentului European și al Consiliului din 23 noiembrie 2022 privind amenințările transfrontaliere grave pentru sănătate și de abrogare a Deciziei nr. 1082/2013/UE (Text cu relevanță pentru SEE), 314 OJ L (2022). http://data.europa.eu/eli/reg/2022/2371/oj

Cadrul este întregit de Regulamentul UE 2022/123 [9] privind consolidarea rolului Agenției Europene pentru Medicamente în monitorizarea și gestionarea deficitelor de medicamente și dispozitive medicale critice și de Regulamentul UE 2022/2370 [10] privind consolidarea rolului Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor în digitalizarea supravegherii epidemiologice și funcționarea rețelelor de laboratoare de referință. Pe latura oncologică Planul European de Luptă Împotriva Cancerului [11] constituie agenda de referință, susținută pe componenta de prevenție primară de reglementări precum Directiva 2014/40/UE privind produsele din tutun [12]. În domeniul transplantologiei și transfuziilor, standardele de calitate și siguranță pentru organele umane sunt reglementate prin Directiva 2010/53 [13], care stabilește normele de autorizare a centrelor de transplant, trasabilitatea și sistemul de biovigilență, cadru completat și reconfigurat pentru celelalte terapii biologice prin Regulamentul UE 2024/1938 privind substanțele de origine umană [14], cu aplicabilitate din 7 august 2027.

Tranziția către un sistem sanitar digitalizat este reglementată prin Regulamentul UE 2025/327 privind Spațiul European de Date privind Sănătatea [15], care așază dreptul pacienților de a accesa gratuit propriile date de sănătate într-un format european standardizat, prin infrastructura MyHealth@EU. Obligația statelor membre de a asigura primele schimburi transfrontaliere de rezumate medicale și de rețete electronice până în martie 2029 fixează pentru unitățile sanitare din regiune o cerință concretă de interoperabilitate a sistemelor informatice, a cărei nerespectare ar exclude furnizorii regionali din rețeaua europeană. Prelucrarea datelor privind sănătatea rămâne guvernată de Regulamentul UE 2016/679 [16], care încadrează aceste date în categoria specială reglementată de articolul 9 și impune furnizorilor de servicii la distanță un nivel ridicat de securitate a comunicării și a stocării, iar în cazul soluțiilor care încorporează inteligență artificială. Pe lângă acesta se adaugă cerințele Regulamentului UE 2024/1689 [17], întrucât sistemele integrate în dispozitive medicale supuse

[8]Regulamentul (UE) 2022/2372 al Consiliului din 24 octombrie 2022 privind un cadru de măsuri pentru asigurarea furnizării contramăsurilor medicale necesare în situații de criză în cazul unei urgențe de sănătate publică la nivelul Uniunii, ST/6569/2022/INIT, JO L 314, 6.12.2022, pp. 64-78. Disponibil la: https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2022/2372/oj/ron.

[9] Regulamentul (UE) 2022/123 al Parlamentului European și al Consiliului din 25 ianuarie 2022 privind consolidarea rolului Agenției Europene pentru Medicamente în ceea ce privește pregătirea pentru situații de criză în domeniul medicamentelor și al dispozitivelor medicale și gestionarea acestora (Text cu relevanță pentru SEE), PE/76/2021/REV/1, JO L 20, 31.1.2022, pp. 1-37. Disponibil la: https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2022/123/oj/ron.

[10] Regulamentul (UE) 2022/2370 al Parlamentului European și al Consiliului din 23 noiembrie 2022 de modificare a Regulamentului (CE) nr. 851/2004 de creare a unui Centru European de prevenire și control al bolilor. PE/82/2021/REV/1. JO L 314, 6.12.2022, pp. 1-25. Disponibil la: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=CELEX%3A32022R2370&qid=1709303671172.

[11] Un plan european de combatere a cancerului—Comisia Europeană. (f.a.). Preluat în 29 iulie 2026, din https://commission.europa.eu/topics/public-health/european-health-union/cancer-plan-europe_ro

[12] Directiva 2014/40/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 3 aprilie 2014 privind apropierea actelor cu putere de lege și a actelor administrative ale statelor membre în ceea ce privește fabricarea, prezentarea și vânzarea produselor din tutun și a produselor conexe și de abrogare a Directivei 2001/37/CEText cu relevanță pentru SEE. (f.a.). Preluat în 29 iulie 2026, din https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0040

[13] Directiva 2010/45/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 7 iulie 2010 privind standardele de calitate și siguranță referitoare la organele umane destinate transplantului, JO L 207, , pp. 14-29. Disponibil la https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ro/TXT/?uri=CELEX:32010L0053.

[14] Regulamentul UE 2024/1938 al Parlamentului European și al Consiliului din 13 iunie 2024 privind standardele de calitate și siguranță pentru substanțele de origine umană destinate utilizării la om și de abrogare a Directivelor 2002/98/CE și 2004/23/CE (Text cu relevanță pentru SEE) (2024). http://data.europa.eu/eli/reg/2024/1938/oj

[15]Regulamentul UE 2025/327 al Parlamentului European și al Consiliului din 11 februarie 2025 referitor la spațiul european al datelor privind sănătatea și de modificare a Directivei 2011/24/UE și a Regulamentului UE 2024/2847 (Text cu relevanță pentru SEE) (2025). http://data.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj

[16] Regulamentul UE 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor). https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679.

[17]Regulamentul (UE) 2024/1689 al Parlamentului European și al Consiliului din 13 iunie 2024 de stabilire a unor norme armonizate privind inteligența artificială și de modificare a Regulamentelor (CE) nr. 300/2008, (UE) nr. 167/2013, (UE) nr. 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 și (UE) 2019/2144 și a Directivelor 2014/90/UE, (UE) 2016/797 și (UE) 2020/1828 (Regulamentul privind inteligența artificială) (Text cu relevanță pentru SEE). https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ro/ALL/?uri=CELEX:32024R1689.

evaluării conformității de către un organism notificat sunt clasificate ca prezentând risc ridicat, obligațiile aferente urmând să se aplice începând cu 2 august 2027. Pe plan financiar, aceste reforme sunt susținute de programul EU4Health [18] și de instrumentele Politicii de Coeziune, cu precădere prin Fondul European de Dezvoltare Regională și Fondul Social European Plus, care vor asigura suportul intervențiilor prevăzute în Planul de Dezvoltare Regională 2028-2034.

Cadrul național

La nivel național, funcționarea sistemului sanitar este reglementată prin Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății [19], cu modificările și completările ulterioare, act care stabilește regimul asigurărilor sociale de sănătate, organizarea rețelei de furnizori și competențele autorităților din domeniu. La acestea se adaugă Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului [20], care instituie RNC și reglementează traseul standardizat al pacientului oncologic, de la depistare până la tratament.

Furnizarea serviciilor medicale la distanță a fost introdusă în legislația națională prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 196/2020 [21], care a completat Legea nr. 95/2006 cu definiția telemedicinei, înțeleasă ca totalitatea serviciilor medicale furnizate fără prezența fizică simultană a personalului medical și a pacientului, în scopul stabilirii diagnosticului, al indicării tratamentului, al monitorizării unor afecțiuni sau al indicării unor metode de prevenție, prin intermediul tehnologiei informației și al mijloacelor electronice de comunicare securizate. Normele metodologice au fost aprobate abia doi ani mai târziu, prin Hotărârea Guvernului nr. 1.133/2022 [22], care stabilește prin anexa nr. 1 specialitățile medicale și lista serviciilor ce pot fi furnizate în acest regim, iar prin anexa nr. 2 condițiile de organizare și funcționare, cu șase tipuri de servicii reglementate, respectiv teleconsultația, teleexpertiza, teleasistența, teleradiologia, telepatologia și telemonitorizarea.

Cadrul astfel construit atribuie unității sanitare furnizoare responsabilitatea pentru calitatea actului medical prestat la distanță, condiționează acordarea serviciului de consimțământul expres al pacientului, cu excepția situațiilor de urgență, și lasă în competența Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate elaborarea standardelor și a metodologiei de evaluare și acreditare a serviciilor de telemedicină, potrivit Legii nr. 185/2017, precum și posibilitatea emiterii unor norme specifice pe specialități, prin ordin al ministrului sănătății, atunci când particularitățile domeniului o impun.

Arhitectura furnizorilor de servicii este organizată ierarhic, de la asistența medicală primară asigurată prin cabinetele de medicină de familie și asistența ambulatorie de specialitate, până la asistența spitalicească furnizată prin spitale județene de urgență, spitale clinice și monodisciplinare și viitoarele spitale regionale de urgență, la care se adaugă asistența medicală comunitară destinată grupurilor vulnerabile și sistemul de urgență prespitalicească, structurat prin unitățile și compartimentele de primire urgențe, serviciile județene de ambulanță și Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare. Guvernanța acestei rețele este distribuită

[18] Regulamentul (UE) 2021/522 al Parlamentului European și al Consiliului din 24 martie 2021 de instituire a unui program de acțiune a Uniunii în domeniul sănătății („programul «UE pentru sănătate»") pentru perioada 2021-2027 și de abrogare a Regulamentului (UE) nr. 282/2014 (Text cu relevanță pentru SEE), PE/69/2020/REV/1, JO L 107, 26.3.2021, pp. 1-29. Disponibil la: https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2021/522/oj/ron.

[19] LEGE nr. 95 din 14 aprilie 2006 (republicată) privind reforma în domeniul sănătății. Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 652 din 28 august 2015

[20] LEGE nr. 293 din 3 noiembrie 2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului. Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1077 din 8 noiembrie 2022

[21] ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 196 din 18 noiembrie 2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1108 din 19 noiembrie 2020

[22] HOTĂRÂRE nr. 1.133 din 14 septembrie 2022 privind aprobarea Normelor metodologice de punere în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 196/2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 909 din 15 septembrie 2022

între Ministerul Sănătății, care asigură coordonarea strategică și administrează o parte importantă a rețelei spitalicești publice, CNAS care gestionează FNUASS și stabilește pachetele de servicii decontate prin contractul-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 [23], direcțiile de sănătate publică, responsabile de monitorizarea stării de sănătate la nivel județean și de aplicarea politicilor de prevenție și de inspecție sanitară, INSP care oferă suportul metodologic și coordonează supravegherea bolilor transmisibile și netransmisibile, și ANMCS care acreditează unitățile medicale. Această distribuție a responsabilităților între finanțator, coordonator și autoritate de acreditare arată de ce disfuncțiile de acces nu pot fi corectate printr-o singură pârghie, întrucât o unitate poate fi finanțată de CNAS, subordonată administrativ Ministerului sau autorității locale și evaluată separat pentru calitate, iar organizarea pe niveluri de competență determină ca populația din județele mai mici să depindă de rețeaua polului universitar pentru serviciile complexe.

Din perspectivă strategică națională

Cadrul strategic național este definit de Strategia Națională de Sănătate 2023-2030 [24], care structurează intervenția pe trei arii strategice, respectiv sănătatea publică orientată spre reziliență și calitatea vieții, serviciile de îngrijire axate pe accesibilitate și cost-eficacitate și un sistem inteligent și echitabil, centrat pe guvernanță, digitalizare, resurse umane și cercetare. Operaționalizarea acestor priorități se realizează prin programele naționale de sănătate publică, finanțate din bugetul Ministerului Sănătății, care includ vaccinarea și screeningul organizat și prin programele naționale de sănătate curative, administrate de CNAS din FNUASS, care finanțează tratamentul pe patologii cu cea mai mare pondere în mortalitate, respectiv oncologia, diabetul zaharat și bolile cardiovasculare.

Componenta de resurse umane, decisivă pentru corectarea disparităților teritoriale, este reglementată prin Strategia Multianuală pentru Dezvoltarea Resurselor Umane în Sănătate 2022-2030 [25], care vizează asigurarea unei resurse umane adecvate, profesionalizarea, formarea continuă și retenția personalului medical, cu accent explicit pe zonele deficitare, respectiv mediul rural și orașele mici, orientare cu miză regională ridicată. Dimensiunea de bunăstare a populației este reglementată strategic prin Strategia Națională pentru Sport 2023-2032 [26], care poziționează sportul de masă, activitatea fizică și recreerea ca priorități naționale de sănătate publică și de prevenție primară. Structurată pe trei piloni, respectiv sportul comunitar, sportul în educație și sportul de performanță, strategia urmărește dezvoltarea infrastructurii sportive și reducerea sedentarismului în populația generală.

Din perspectivă regională

Documentul strategic de referință pentru sectorul sanitar la nivel regional îl constituie Planul General Regional

[23] HOTĂRÂRE nr. 521 din 26 mai 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. Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 466 din 26 mai 2023. (f.a.). Preluat în 29 iulie 2026, din https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/270773

[24] Ministerul Sănătății. (f.a.). Strategia Națională de Sănătate 2023-2030 „Pentru sănătate, împreună". Preluat în 29 iulie 2026, din https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf

[25] Strategia Multianuală pentru Dezvoltarea Resurselor Umane în Sănătate 2022-2030. Preluat în 29 iulie 2026, din https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/256964

[26] Strategia Națională pentru Sport 2023-2032. Preluat în 29 iulie 2026, din https://sport.gov.ro/wp-content/uploads/2023/05/Monitorul-Oficial-Partea-I-nr.-452Bis.pdf

de Servicii Sanitare 2021-2027 [27], care identifică un sistem puternic dezechilibrat, în care asistența primară nu își exercită adecvat funcția de filtru, ceea ce supraîncarcă spitalele și generează spitalizări evitabile, pe fondul unui sector de spitalizare continuă pentru acuți supradimensionat și al unei infrastructuri spitalicești construite în majoritate în perioada 1965-1975, cu spații dispersate și funcționalitate redusă. La acestea se adaugă fragmentarea modelului de îngrijire, prin absența echipelor interdisciplinare și a integrării pe verticală, între medicul de familie, ambulatoriu și spital, și pe orizontală, între asistența medicală, comunitară și socială, precum și barierele de acces. Un studiu din 2021 [28] arată că 9,5% din populația de peste 15 ani nu a putut accesa un medic specialist atunci când a avut nevoie, dintre care 75,6% au invocat costurile drept impediment principal. Pe acest fond, viziunea regională este structurată pe trei piloni, respectiv receptivitatea, prin îmbunătățirea accesului fizic și reducerea nevoilor nesatisfăcute, echitatea și protecția financiară, prin eliminarea barierelor de cost și reducerea decalajelor urban-rural și interjudețene, și eficacitatea și sustenabilitatea financiară, prin redirecționarea resurselor dinspre sectorul spitalicesc supradimensionat către îngrijirile primare, spitalizarea de zi și serviciile ambulatorii.

Direcțiile de acțiune ale planului se ordonează pe niveluri de îngrijire. La nivelul asistenței primare și comunitare, planul vizează atragerea medicilor de familie în mediul rural și în comunele complet descoperite, cu o creștere regională țintită de 3% până la 5% a numărului acestora, care din păcate nu a fost îndeplinită, creșterea fiind de 0,96% a numărului medicilor de familie la nivel regional în anul 2024 raportat la anul 2018; dezvoltarea echipelor comunitare integrate orientate spre comunitățile vulnerabile și identificarea de fonduri structurale pentru renovarea și dotarea cabinetelor. La nivelul asistenței ambulatorii, planul urmărește consolidarea rețelei de cabinete de specialitate și a ambulatoriilor integrate ale spitalelor, cu accent pe județele defavorizate. În privința rețelei spitalicești, planul prevede trecerea treptată, până în 2027, de la internarea continuă de lungă durată către spitalizarea de zi și tratamentul ambulatoriu, precum și conversia unei părți din paturile de acuți redundante în paturi de cronici, recuperare și îngrijiri paliative, cu o creștere regională țintită de 25% a capacității de recuperare și paliație.

În vârful rețelei, Spitalul Regional de Urgență Cluj urmează să preia cazurile critice complexe din întreaga Regiune și să înlocuiască actualul Spital Județean de Urgență Cluj, cu excepția secțiilor reabilitate de obstetrică-ginecologie și neonatologie, funcționând pe conceptul de centre multidisciplinare integrate. În paralel, planul prevede consolidarea celorlalte cinci spitale județene de urgență, din Oradea, Baia Mare, Satu Mare, Zalău și Bistrița, și stabilirea unor trasee integrate ale pacienților la nivel regional pentru patologiile acute majore, respectiv accidentul vascular cerebral, bolile cardiovasculare, prin crearea a trei centre de cardiologie intervențională la Cluj, Oradea și Baia Mare, și oncologia, prin păstrarea Institutului Oncologic Prof. Dr. Ion Chiricuță din Cluj-Napoca, completată de dezvoltarea unui al doilea centru de referință la Baia Mare, dotat cu buncăre de radioterapie, și de extinderea capacităților de oncologie medicală în regim de spitalizare de zi și ambulatoriu la nivelul celorlalte județe. Nu în ultimul rând, planul dezvoltă componenta de îngrijire pe termen lung și paliație, țintind un volum regional de aproximativ 3.475 de paturi și locuri de zi, repartizate în funcție de nevoile estimate ale județelor, și corectând deficitul major de servicii paliative din județele Bistrița-Năsăud, Satu Mare și Sălaj.

[27]Plan General Regional de Servicii Sanitare 2021-2027 Regiunea Nord-Vest. Preluat în 29 iulie 2026, din https://andis.gov.ro/1/wp-content/uploads/2022/08/MASTER-PLAN-NV.pdf

[28] Pisică, S., Barti, C., Cuturela, A., Gheorghe, A. M., Toma, S., Simion, C., Masala, C., Chiran, V.-C., Ştefan, M.-E., Munteanu, L., & Uruc, C. Condițiile de viață ale populației din România, anul 2021. Institutul Național de Statistică. Preluat în https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/conditiile_de_viata_ale_populatiei_din_romania_in_anul_2021.pdf

Complementar planului de servicii, prioritizarea cercetării, inovării și investițiilor se sprijină pe alte două documente regionale. În Strategia de Specializare Inteligentă a Regiunii Nord-Vest 2021-2027 [29] sănătatea este încadrată ca Domeniul I.3 în cadrul Pilonului I, „Inovare pentru Sănătate și Bunăstare", relevanța sa strategică decurgând din suprapunerea dintre cercetare medicală, concentrată în polul universitar clujean în jurul Universității de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu" și al institutelor clinice de profil, și sfera economică capabilă să transforme această cercetare în valoare adăugată, ceea ce distinge sănătatea de un simplu sector de servicii și o califică drept direcție de dezvoltare economică.

Viziunea strategiei este trecerea de la furnizarea de servicii medicale către un ecosistem regional de inovare în sănătate, în care spitalele, mediul universitar și sectorul privat colaborează pentru medicină de precizie și tehnologii medicale și farmaceutice. În acest scop, strategia își propune ca obiective consolidarea transferului tehnologic dinspre cercetare către practica clinică și mediul industrial, digitalizarea clinică și dezvoltarea telemedicinei, precum și concentrarea investițiilor pe nișe de specializare cu potențial competitiv, de la oncologia personalizată și farmaceuticele de nouă generație până la robotica medicală, diagnosticarea precoce și biomaterialele. Aceste obiective au o miză regională dublă, întrucât valorifică avantajul competitiv al polului clujean și, în același timp, condiționează capacitatea regiunii de a reține resursa umană înalt calificată și de a atrage investiții în sectoarele medical și farmaceutic.

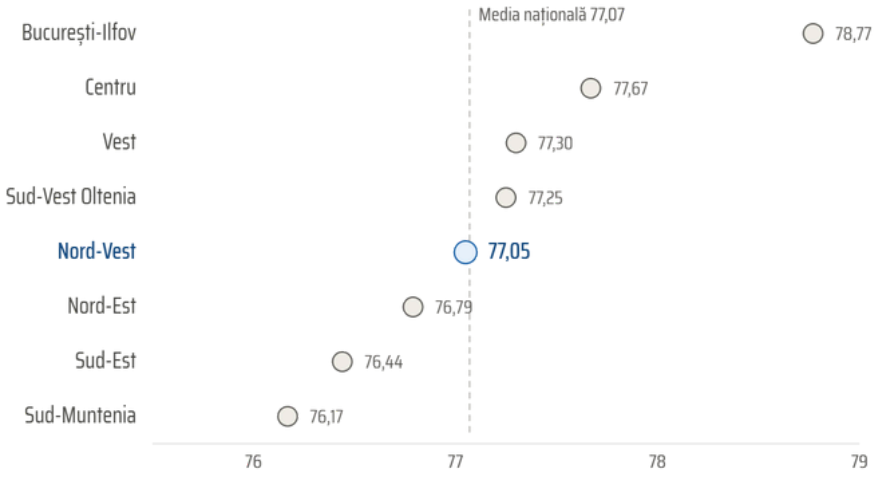
[29] Agenția de Dezvoltare Regională Nord-Vest. (f.a.). Strategia de Specializare Inteligentă Regiunea Nord-Vest 2021-2027. Preluat în 29 iulie 2026, din https://www.nord-vest.ro/wp-content/uploads/2023/01/RIS3-Nord-Vest-2021-2027-.pdf

Starea de sănătate a populației

Speranța de viață la naștere

Starea de sănătate a populației reprezintă una dintre dimensiunile calității vieții și un indicator al nivelului de dezvoltare, reflectând totodată efectele mediului de viață, ale accesului la servicii medicale, precum și ale factorilor socioeconomici care definesc condițiile de trai. În regiune, această analiză capătă relevanță în contextul transformărilor demografice în curs, marcate de îmbătrânirea populației și de declinul numeric al acesteia, tendințe care reconfigurează atât cererea de servicii de sănătate, cât și capacitatea sistemului de a răspunde în mod echitabil pe întreg teritoriul. Identificarea stării actuale de sănătate a populației, a principalelor disparități teritoriale și a nevoilor prioritare reprezintă un pas important pentru fundamentarea intervențiilor strategice ale perioadei 2028-2034, în vederea asigurării unui acces echitabil la îngrijire și a îmbunătățirii calității vieții pentru toți locuitorii regiunii.

În perioada 2008-2024, speranța de viață la naștere a înregistrat o evoluție pozitivă la nivelul regiunii, crescând de la 72,87 ani în 2008 la 77,05 ani în 2024, ceea ce reprezintă o creștere de 4,18 ani în perioada analizată, ușor peste progresul înregistrat la nivel național [30]. La nivelul Uniunii Europene, speranța medie de viață la naștere a atins 81,5 ani în 2024, în creștere față de 81,4 ani în 2023 [31], România situându-se sub această medie cu o valoare de 76,5 ani. Valorile pentru regiune și pentru România provin din seria INS, calculată pe baza populației după domiciliu și a decedaților cu domiciliul sau reședința obișnuită în România, în timp ce media Uniunii Europene și valoarea de referință pentru România sunt calculate de Eurostat pe populația rezidentă, conform Regulamentului UE nr. 1260/2013 [32]. Cele două serii nu sunt comparabile direct, diferența dintre ele fiind de natură metodologică, iar comparația cu media europeană se face folosind exclusiv valorile Eurostat. La nivelul celor opt regiuni de dezvoltare, Nord-Vest se situează pe locul cinci în 2024, cu o valoare de 77,05 ani, ușor sub media națională de 77,07 ani, deasupra regiunilor Nord-Est cu 76,72 ani, Sud-Est cu 76,40 ani și Sud-Muntenia cu 76,12 ani, dar sub regiunile Sud-Vest Oltenia cu 77,21 ani, Vest cu 77,30 ani, Centru cu 77,67 ani și București-Ilfov cu 78,77 ani.



Figură 1 - Evoluția speranței de viață în România

[30] INSSE. (f.a.). TEMPO Online, TCP0341 - Tinta 4 - Social - Speranta de viata la nastere. Preluat în 4 iunie 2026, din http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table.

[31] Eurostat. (f.a.). Eurostat Mortality and life expectancy statistics. Preluat în 4 iunie 2026, din https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics.

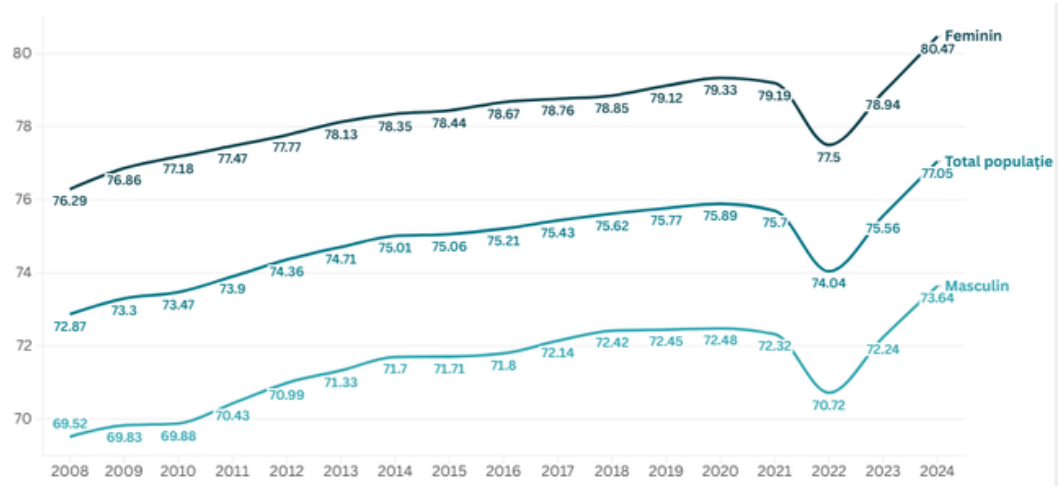
[32] Mortality (national level) (demo_mor). (f.a.). Preluat în 27 august 2026, din https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/demo_mor_esms.htm

Județul Cluj se situează pe primul loc la nivel regional cu o medie de 76,56 ani pe întreaga perioadă analizată și cu o valoare de 78,41 ani în 2024, în vreme ce județul Satu Mare înregistrează valorile cele mai scăzute, cu o medie de 73,08 ani și o valoare de 75,48 ani în 2024. Diferența de 3,48 ani între mediile de perioadă ale celor două județe evidențiază discrepanțele intra-regionale, care nu pot fi separate de diferențele în accesul la servicii medicale, inclusiv cele preventive, de profilul socioeconomic și de gradul de acoperire cu asistență primară. În 2024, Bistrița-Năsăud a înregistrat o valoare de 78,04 ani, apropiindu-se de nivelul județului Cluj, în vreme ce Maramureș se situează la 76,73 ani, Sălaj la 76,58 ani și Bihor la 76,25 ani, județe care se plasează în intervalul median al regiunii.

Row Labels	Anul 2008	Anul 2009	Anul 2010	Anul 2011	Anul 2012	Anul 2013	Anul 2014	Anul 2015	Anul 2016	Anul 2017	Anul 2018	Anul 2019	Anul 2020	Anul 2021	Anul 2022	Anul 2023	Anul 2024
Bihor	144.78	145.46	145.69	146.79	147.78	148.51	148.8	148.87	149.38	150.09	150.47	150.65	151.03	150.2	146.12	149.22	152.57
Feminin	75.43	75.93	76.32	76.84	77.28	77.63	77.76	77.86	77.88	78.11	78.44	78.73	78.97	78.42	76.28	77.7	79.41
Masculin	69.35	69.53	69.37	69.95	70.5	70.88	71.04	71.01	71.5	71.98	72.03	71.92	72.06	71.78	69.84	71.52	73.16
Bistrita-Nasaud	147.39	148.22	149.07	149.81	149.94	150.39	151.28	151.93	152.14	151.64	151.77	152.37	152.91	152.25	148.4	152.54	156.29
Feminin	76.65	76.98	77.57	77.83	77.87	78.29	78.83	79.52	79.58	78.87	78.92	79.49	79.74	79.39	77.28	79.45	81.68
Masculin	70.74	71.24	71.5	71.98	72.07	72.1	72.45	72.41	72.56	72.77	72.85	72.88	73.17	72.86	71.12	73.09	74.61
Cluj	149.05	150.14	150.71	151.36	152.1	152.7	153.25	153.36	153.63	154.29	154.76	155.02	154.77	154.57	152.08	154.47	156.76
Feminin	77.89	78.77	78.94	79.04	79.17	79.44	79.68	79.7	79.83	80.13	80.37	80.54	80.63	80.58	79.45	80.6	81.81
Masculin	71.16	71.37	71.77	72.32	72.93	73.26	73.57	73.66	73.8	74.16	74.39	74.48	74.14	73.99	72.63	73.87	74.95
Maramures	145.79	146.73	146.77	146.96	148.11	149.22	149.78	149.74	149.35	149.75	150.46	150.84	151.18	150.91	147.92	150.83	153.5
Feminin	76.53	76.83	77.08	77.3	77.66	78.11	78.16	78.19	78.21	78.34	78.46	78.59	79.01	78.88	77.23	78.61	80.07
Masculin	69.26	69.9	69.69	69.66	70.45	71.11	71.62	71.55	71.14	71.41	72	72.25	72.17	72.03	70.69	72.22	73.43
Salaj	144.55	145.22	145.29	146.67	147.53	147.68	149.2	149.29	149.93	150.55	150.09	150.09	150.6	151.3	147.85	149.9	153.31
Feminin	75.89	76.66	76.55	76.69	77.35	77.42	77.94	78.16	78.84	79.06	78.67	78.77	78.71	79.29	77.61	78.76	80.51
Masculin	68.66	68.56	68.74	69.98	70.18	70.26	71.26	71.13	71.09	71.49	71.42	71.32	71.89	72.01	70.24	71.14	72.8
Satu Mare	141.5	142.4	142.87	144.01	145.38	145.94	146.23	146.4	147.05	147.02	147.21	148.07	148.43	148.19	145.03	148.36	150.96
Feminin	74.71	75.24	75.75	76.18	76.66	76.92	77.01	76.88	77.63	77.4	77.23	77.81	78.02	77.99	76.4	77.97	79.11
Masculin	66.79	67.16	67.12	67.83	68.72	69.02	69.22	69.52	69.42	69.62	69.98	70.26	70.41	70.2	68.63	70.39	71.85

Tabel 1 - Evoluția speranței de viață în Regiunea Nord-Vest pe gen

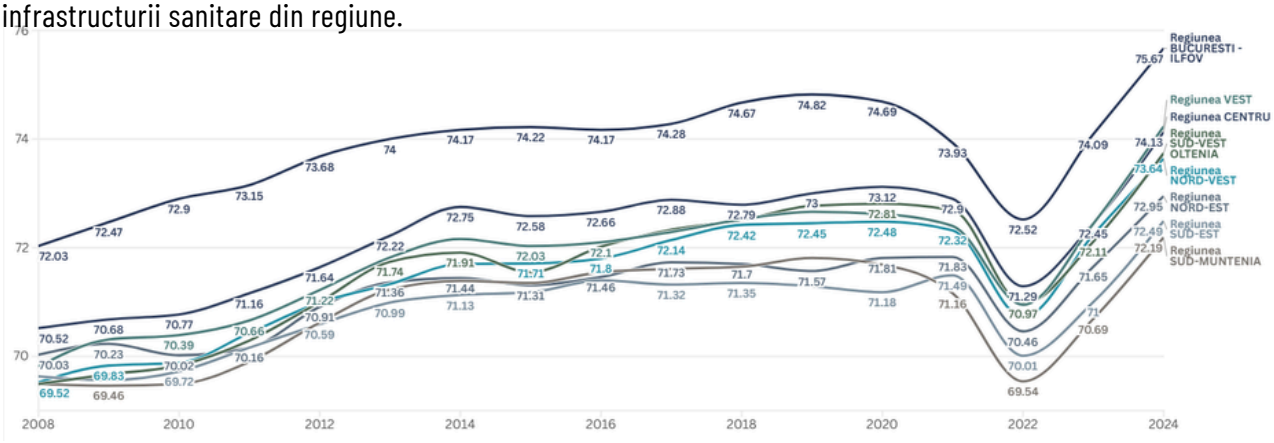
Decalajul de gen constituie o dimensiune structurală a indicatorului, din această perspectivă la nivelul regiunii, speranța de viață feminină a fost, în medie, de 78,31 ani pe întreaga perioadă, față de 71,51 ani în cazul populației masculine, o diferență de 6,80 ani care se menține relativ constantă de-a lungul seriei de timp. Cel mai accentuat decalaj de gen în 2024 se înregistrează în județul Sălaj, unde diferența dintre cele două sexe atinge 7,71 ani, cu o speranță de viață de 80,51 ani pentru femei și de 72,80 ani pentru bărbați, iar județul Bihor prezintă cel mai redus decalaj de gen în același an, de 6,25 ani. Pe parcursul întregii perioadei analizate, județul Satu Mare înregistrează cea mai scăzută speranță de viață în rândul bărbaților din regiune, cu o medie de 69,18 ani, acest indicator s-a situat sub pragul de 70 de ani în cea mai mare parte a perioadei analizat.



Figură 2- Evoluția speranței de viață la naștere pe gen la nivelul Regiunii Nord-Vest în perioada 2008-2024

În perioada 2008-2020, atât Nord-Vest, cât și celelalte regiuni de dezvoltare ale României au înregistrat un trend ascendent privind speranța de viață la naștere, reflectând potențiale progrese înregistrate în sistemul de sănătate și îmbunătățirea condițiilor de viață. Această tendință a fost întreruptă pe fondul pandemiei COVID-19, cu cea mai accentuată scădere consemnată în 2022, când speranța de viață la naștere a coborât la

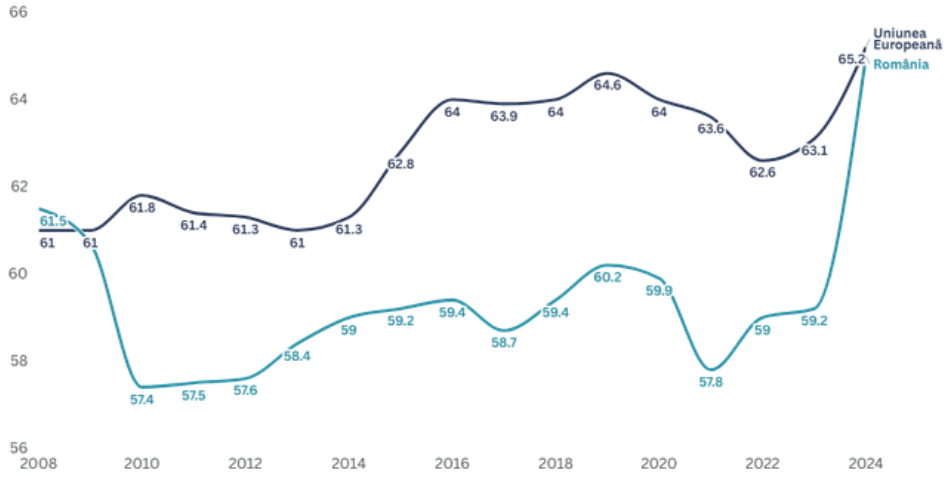
74,04 ani la nivelul regiunii, față de 75,89 ani în 2020, situându-se astfel sub valorile tuturor anilor anteriori pandemiei, începând cu 2015. Ulterior, indicatorul a urcat la 75,56 ani în 2023 și la 77,05 ani în 2024, depășind maximul pre-pandemic și marcând reluarea tendinței ascendente. Valorile din 2024 reprezintă o reechilibrare statistică post-pandemică, și nu exclusiv îmbunătățiri structurale ale stării de sănătate a populației sau ale infrastructurii sanitare din regiune.



Figură 3 - Evoluția speranței de viață în România pe regiuni

Speranța de viață sănătoasă constituie un indicator de referință în analiza calității vieții, acesta cuantifică numărul mediu de ani pe care o persoană este estimat să îi parcurgă în absența limitărilor funcționale sau a dizabilităților, conturând o imagine asupra dinamicii demografice.

Se poate observa o ușoară creștere a speranței de viață sănătoase la naștere, însă media României se află în continuare sub media Uniunii Europene, cu o diferență de 0,2 ani. Speranța de viață la naștere ajunge la 76,6 în anul 2024, iar speranța de viață sănătoasă doar la 65,0 ani. Rezultă că aproximativ 15,14% din durata vieții, respectiv 11,6 ani, populația României se confruntă cu limitări funcționale sau dizabilități în desfășurarea activităților zilnice. Perioada în care persoanele depind de infrastructura sanitară pentru a-și putea desfășura activitățile uzuale se suprapune astfel aproape integral peste anii de după ieșirea la pensie, întrucât vârsta standard de pensionare a ajuns la 65 de ani [33], iar speranța de viață sănătoasă atinge exact același prag. Presiunea asupra sistemului sanitar se concentrează prin urmare în segmentul de vârstă imediat următor pensionării, prin creșterea cererii de servicii de îngrijire de lungă durată și de asistență medicală recurentă.



Figură 4 - Evoluția speranței de viață sănătoasă [34]

[33]Lege nr. 360/2023 privind sistemul public de pensii. (f.a.). Preluat în 9 iunie 2026, din https://mmuncii.gov.ro/wp-content/uploads/2025/09/Lege-nr.-360_2023-privind-sistemul-public-de-pensii.pdf.

[34]Eurostat-Healthy life years by sex (from 2004 onwards). DOI: 10.2908/hlth_hlye. Disponibil la: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hlye/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_state.hlth_hly.

Analiza principalelor cauze de îmbolnăvire

Morbiditatea reprezintă un indicator statistic din domeniul demografiei și al sănătății publice care măsoară frecvența și răspândirea bolilor, traumatismelor sau a dizabilităților într-o anumită populație, pe parcursul unui interval de timp determinat.

Cifrele de morbiditate folosite în acest capitol provin din evidențe administrative care numără pacienții ajunși în contact cu sistemul sanitar și rămași în urmărire, ceea ce face ca ele să reflecte deopotrivă frecvența bolii și capacitatea rețelei județene de a o depista, doi factori care nu pot fi separați din datele publicate, iar ultimul explică cea mai mare parte a variației dintre județe.

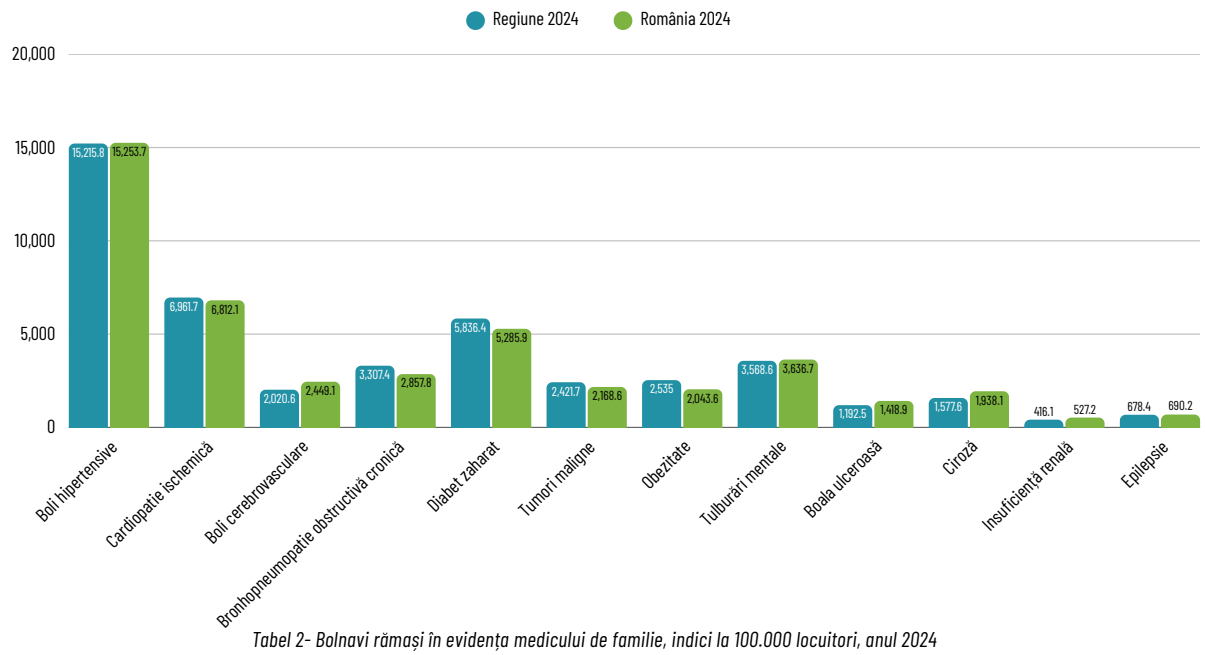
Numărul bolnavilor rămași în evidența cabinetelor de medicină de familie, indicator colectat direct de direcțiile de sănătate publică și publicat în buletinul anual privind principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate [35], măsoară câți pacienți au ajuns să fie înregistrați și au rămas în evidență la sfârșitul fiecărui an, iar diferențele dintre județe se explică în primul rând prin acoperirea cu personal și prin practica de raportare, nu prin diferențe de povară a bolii.

Cabinetele de specialitate, în special cele de diabet, nutriție și boli metabolice și cele de oncologie, raportează aceleași patologii cu valori sistematic diferite de cele raportate de medicina de familie pentru aceleași patologii, iar indicii lor sunt calculați cu populația rezidentă la 1 iulie a fiecărui an [36]. Diferența dintre cele două evidențe este consecința a două circuite administrative separate și constituie ea însăși un indicator util privind gradul de integrare a rețelei de îngrijiri.

Din acest motiv, concluziile privind povara reală de boală se construiesc pe mortalitate și pe incidența bolilor transmisibile aflate sub supraveghere epidemiologică, indicatori care se înregistrează independent de activitatea cabinetelor, iar datele de morbiditate se citesc ca măsură a capacității de înregistrare a fiecărui județ.

Profilul general al morbidității înregistrate în Regiunea Nord-Vest

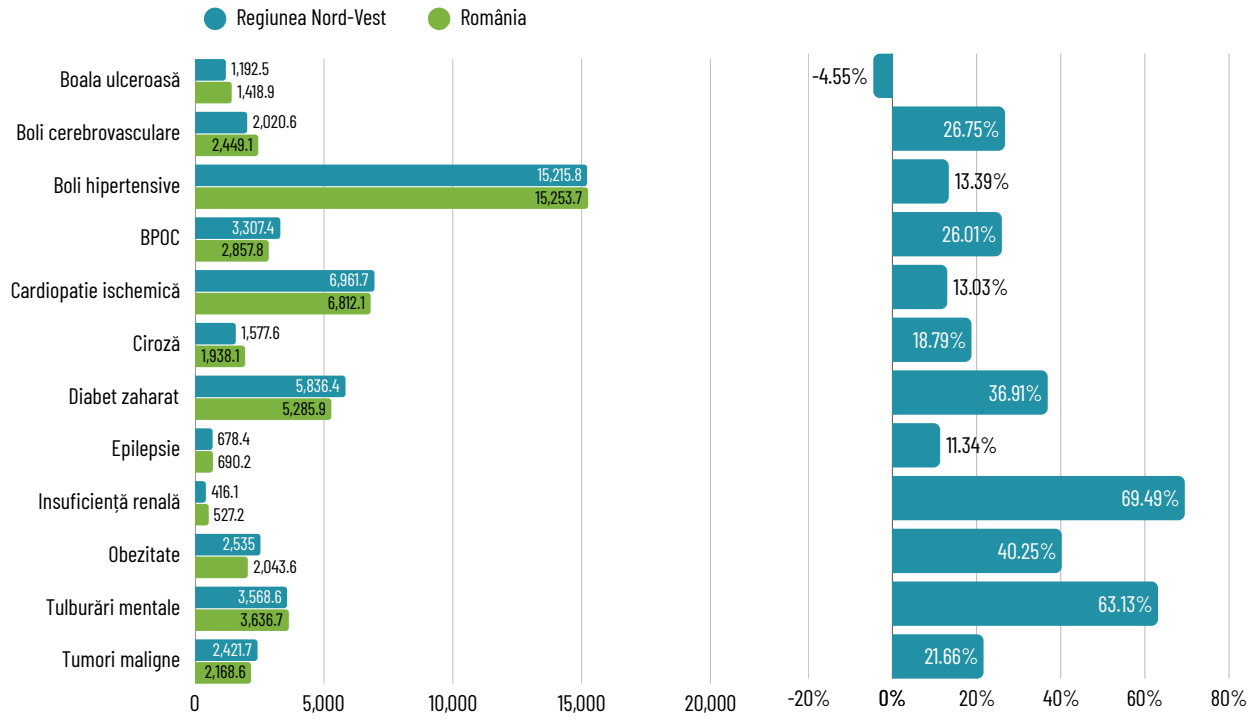
Poziția regiunii față de nivelul național nu este uniformă pe clasele de afecțiuni, iar tiparul abaterilor spune mai mult despre funcționarea rețelei de îngrijiri decât despre starea de sănătate a populației.



Tabel 2- Bolnavi rămași în evidența medicului de familie, indici la 100.000 locuitori, anul 2024

Regiunea se situează peste media națională la afecțiunile metabolice și respiratorii, diferența cea mai mare este înregistrată în cadrul obezității, la paritate cu nivelul național la bolile hipertensive și la epilepsie, și sub media națională la bolile cerebrovasculare, la patologia digestivă cronică și la insuficiența renală. Grupul de afecțiuni la care regiunea raportează sub nivelul național este format aproape integral din patologii al căror diagnostic depinde de o investigație pe care medicul de familie nu o poate efectua, respectiv imagistica cerebrală, endoscopia digestivă și evaluarea funcției renale, în timp ce afecțiunile la care regiunea raportează peste nivelul național sunt cele care se depistează prin măsurători efectuate în cabinet [37].

Insuficiența renală ilustrează cel mai clar acest mecanism, întrucât nivelul regional de 416,1 cazuri la 100.000 de locuitori reprezintă 78,9% din media națională, deși regiunea înregistrează simultan o prevalență a diabetului zaharat cu 10,4% peste media națională, iar nefropatia diabetică este principala cauză a bolii cronice de rinichi. Coexistența acestor două constatări, incompatibile epidemiologic, ar putea indica o subdiagnosticare a complicațiilor renale. Creșterea generală a indicilor regionali în intervalul 2018-2024 nu se citește însă ca o deteriorare a stării de sănătate. Numărul bolnavilor rămași în evidență a crescut la unsprezece din cele douăsprezece afecțiuni analizate, iar singura scădere, la boala ulceroasă, cu 4,55% [38], se explică prin generalizarea schemelor de eradicare a infecției cu Helicobacter pylori și prin scoaterea din evidența a pacienților la care eradicarea a reușit. Evoluția reflectă în principal extinderea informatizării cabinetelor și a raportării electronice, iar amplitudinea ei diferă atât de mult între județe încât interpretarea epidemiologică devine imposibilă, ceea ce constituie obiectul secțiunilor următoare.



Figură 5 - Morbiditatea înregistrată în asistența primară la 100.000 locuitori, Regiunea Nord-Vest și România, anul 2024, și variația indicelui regional în perioada 2018-2024

[37] Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, ediții anuale 2018-2024, ultima ediție fiind cea pentru anul 2024 comparativ cu anul 2023, publicată în anul 2025, tabelele „Bolnavi rămași în evidență", cifre absolute și indici la 100.000 locuitori. Sursa datelor: date colectate de direcțiile de sănătate publică de la cabinetul medicului de familie. Valorile pentru Regiunea Nord-Vest reprezintă prelucrare proprie prin însumarea cifrelor absolute ale celor șase județe și raportarea la populația regională corespunzătoare.

[38] Indicator calculat folosind datele din Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, ediția pentru anii 2018 și 2024. Agregatul regional pentru anul 2018 a fost obținut ca medie a indicilor județeni ponderată cu populația rezidentă, Institutul Național de Statistică, TEMPO Online, indicatorul POP105A.

Bolile cardiovasculare

Bolile cardiovasculare formează cea mai cuprinzătoare categorie din evidența medicinei de familie, însumând 386.857 de bolnavi hipertensivi și 176.998 de bolnavi cu cardiopatie ischemică înregistrați în regiune la sfârșitul anului 2024.

Județ	Boli hipertensive	Cardiopatie ischemică	Boli cerebrovasculare
Bihor	20.694,3	11.312,1	2.779,2
Sălaj	17.850,7	5.031,9	1.700,5
Cluj	15.092,8	6.175,6	2.205,9
Bistrița-Năsăud	14.197,6	6.820,6	1.788,4
Maramureș	13.570,6	6.085,0	1.850,7
Satu Mare	7.733,8	3.848,2	9,992
Regiunea Nord-Vest	**15.215,8**	**6.961,7**	**2.020,6**
România	**15.253,7**	**6.812,1**	**2.449,1**

Tabel 3 - Bolnavi cardiovasculari rămași în evidența medicului de familie, indici la 100.000 locuitori, anul 2024 [39]

Bihorul ocupă primul loc la toate cele trei afecțiuni, cu 20.694,3 bolnavi hipertensivi la 100.000 de locuitori, adică de 2,68 ori nivelul din Satu Mare, iar la cardiopatie ischemică raportul dintre cele două județe ajunge la 2,94, în timp ce Satu Mare ocupă ultima poziție la toate cele trei afecțiuni, cu valori situate între 40,80% și 56,49% din media națională. Mortalitatea cardiovasculară a celor două județe se distanțează considerabil mai puțin, întrucât Bihorul înregistrează 635,3 decese la 100.000 de locuitori, iar Satu Mare 498,8 [40], ceea ce creează un raport de 1,27, față de 2,68 la numărul bolnavilor aflați în evidență, astfel încât cele două serii descriu aspecte diferite ale aceluiași teritoriu, iar o explicație posibilă a distanței dintre ele ține de practica de înregistrare din fiecare județ.

Evoluția din intervalul 2018-2024 separă județele în trei grupuri distincte, dintre care primul este format de Bihor, unde indicele la boli hipertensive a crescut cu 26,87%, cel la cardiopatie ischemică cu 29,95% și cel la bolile cerebrovasculare cu 47,84%, ceea ce în cifre absolute înseamnă 23.374 de bolnavi hipertensivi suplimentari intrați în evidență în șase ani [41], iar faptul că aceste creșteri s-au produs simultan la afecțiuni fără legătură fiziopatologică între ele sugerează mai degrabă o extindere generală a activității de înregistrare decât un program de depistare orientat pe o anumită afecțiune.

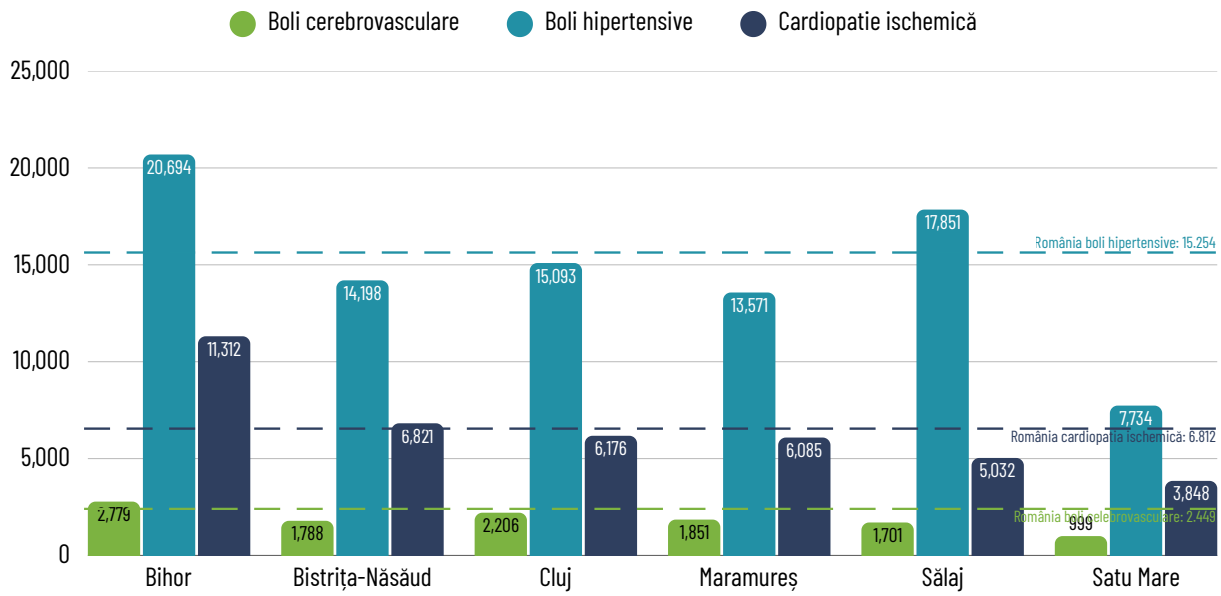
Al doilea grup este format de Sălaj, unde numărul bolnavilor aflați în evidență stagnează sau scade, cu o creștere de numai 0,53% la boli hipertensive, o scădere de 13,71% la cardiopatie ischemică și una de 5,08% la bolile cerebrovasculare, ceea ce înseamnă că la finalul intervalului județul avea cu 1.795 de bolnavi cu cardiopatie ischemică mai puțini în evidență decât la începutul lui, într-o populație care îmbătrânește și în care mortalitatea cardiovasculară se menține peste media națională, iar Maramureșul se apropie de același tipar, cu o creștere de 2,28% la cardiopatie ischemică și cu un număr de bolnavi cerebrovasculari în scădere cu 0,33% față de anul 2018, în condițiile în care media națională a crescut în același interval cu 30,71%.

[39] Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, ediția pentru anul 2024 comparativ cu anul 2023, tabelele privind bolile hipertensive, cardiopatia ischemică și bolile cerebrovasculare, indici la 100.000 locuitori.

[40] Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică, Mortalitate generală, anul 2024, datele pe județe privind decesele prin boli ale aparatului circulator.

[41] Indicator calculat folosind cifrele absolute din Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, edițiile pentru anii 2018 și 2024.

Satu Mare rămâne pe ultima poziție la toate cele trei afecțiuni pe întregul interval analizat, însă distanța față de media națională este considerabil mai mare la numărul bolnavilor înregistrați decât la mortalitate, unde județul se situează cu 16,71% sub media țării, iar datele disponibile nu permit să se stabilească în ce măsură această configurație reflectă o frecvență mai redusă a bolii ori un nivel mai scăzut de depistare și de înregistrare.



Figură 6 - Bolnavi cardiovasculari rămași în evidența medicului de familie pe județe la 100.000 locuitori, anul 2024

Bolile respiratorii cronice

Bronhopneumopatia obstructivă cronică este singura afecțiune respiratorie cronică pentru care buletinele anuale publică o serie județeană continuă, iar urmărirea ei prezintă interes pentru această analiză, întrucât mortalitatea prin boli ale aparatului respirator constituie singurul segment în deteriorare din profilul de mortalitate al regiunii, analizat în subcapitolul privind principalele cauze ale deceselor.

Județ	2018	2023	2024	Variație 2018-2024
Bihor	4.182,1	3.468,1	4.524,8	8,19%
Bistrița-Năsăud	1.748,5	3.114,6	3.914,3	123,87%
Sălaj	3.727,8	3.780,0	3.862,7	3,62%
Cluj	2.393,9	2.589,1	3.424,1	43,03%
Maramureș	2.227,0	2.453,3	2.384,9	7,09%
Satu Mare	1.066,8	1.344,9	1.372,3	28,64%
Regiunea Nord-Vest	**2.624,7**	**2.755,4**	**3.307,4**	**26,01%**
România	**2.230,1**	**2.655,6**	**2.857,8**	**28,15%**

Tabel 4 - Bolnavi cu bronhopneumopatie obstructivă cronică rămași în evidența medicului de familie, indici la 100.000 locuitori

Regiunea se menține peste media națională pe întregul interval, însă distanța dintre cele două niveluri variază considerabil de la un an la altul, întrucât, după ce se redusese la 99,8 puncte în anul 2023, ea revine

[42] Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, edițiile pentru anii 2018, 2023 și 2024, tabelele privind bronhopneumopatia obstructivă cronică, indici la 100.000 locuitori. Coloana de variație reprezintă indicator calculat.

la 449,6 puncte în anul 2024, iar amplitudinea acestei mișcări într-un interval de douăsprezece luni ridică întrebarea în ce măsură ea provine dintr-o schimbare a stării de sănătate a populației ori din modificări ale modului în care județele își raportează pacienții.

Trei județe explică cea mai mare parte a mișcării, întrucât județul Bihor pierduse 4.288 de cazuri din evidență între 2018 și 2023, după care numărul cazurilor a crescut cu 5.935 într-un singur an, ajungând la 25.182 de bolnavi aflați în urmărire, Clujul a crescut cu 5.909 cazuri tot în anul 2024, după o creștere de numai 1.008 cazuri în cei cinci ani anteriori, iar Bistrița-Năsăud a mai mult decât dublat numărul bolnavilor aflați în urmărire pe întregul interval, de la 4.887 la 11.635 de cazuri [43]. Modificări de această mărime într-un registru de bolnavi cronici, produse într-un interval scurt și simultan în trei județe, se explică mai degrabă prin funcționarea circuitului de raportare decât prin evoluția reală a frecvenței bolii.

La celălalt capăt al distribuției, Satu Mare rămâne pe ultima poziție cu 1.372,3 cazuri la 100.000 de locuitori, adică 48,02% din media națională și 30,33% din nivelul Bihorului, în timp ce Maramureșul se situează pe penultima poziție și este singurul județ în care numărul bolnavilor aflați în evidență a scăzut în anul 2024 față de anul precedent, cu 2,79%.

Bronhopneumopatia obstructivă cronică și pneumonia figurează pe listele de afecțiuni pentru care spitalizarea este considerată evitabilă printr-o îngrijire ambulatorie adecvată, ceea ce leagă nivelul de înregistrare din asistența primară de volumul internărilor, întrucât un pacient care nu figurează în evidența medicului de familie nu poate fi urmărit terapeutic în ambulatoriu, iar măsura în care nivelurile reduse din Satu Mare și din Maramureș s-ar putea traduce în internări care ar fi putut fi evitate se poate stabili prin rata de spitalizare pentru afecțiuni sensibile la îngrijirea ambulatorie, prezentată în secțiunea privind morbiditatea spitalizată.

Diabetul zaharat și obezitatea

Diabetul zaharat este patologia cu cea mai mare creștere din evidența regională, de la 108.985 de bolnavi în anul 2018 la 148.388 în anul 2024, iar indicele regional a urcat de la 4.262,9 la 5.836,4 cazuri la 100.000 de locuitori, situându-se peste media națională pe întregul interval și distanțându-se de ea anual.

Județ	2018	2023	2024	Variație 2018-2024
Satu Mare	6.890,6	8.910,5	9.303,3	35,01%
Bistrița-Năsăud	3.952,8	6.003,0	6.434,0	62,77%
Cluj	4.048,8	4.477,9	5.524,7	36,45%
Bihor	3.229,7	4.626,9	5.406,0	67,38%
Sălaj	4.580,5	4.541,7	4.680,7	2,19%
Maramureș	3.992,1	4.430,2	4.454,2	11,58%
Regiunea Nord-Vest	**4.262,9**	**5.263,5**	**5.836,4**	**36,91%**
România	**4.252,5**	**5.000,7**	**5.285,9**	**24,30%**

Tabel 5 - Bolnavi de diabet zaharat rămași în evidența medicului de familie, indici la 100.000 locuitori [44]

[43] Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, edițiile pentru anii 2018, 2023 și 2024, tabelele privind bronhopneumopatia obstructivă cronică, cifre absolute.

[44] Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, edițiile pentru anii 2018, 2023 și 2024, tabelele privind diabetul zaharat, indici la 100.000 locuitori. Coloana de variație reprezintă indicator calculat.

Satu Mare înregistrează cea mai ridicată prevalență a diabetului zaharat din întreaga țară, de 9.303,3 cazuri la 100.000 de locuitori, adică de 1,76 ori media națională, poziție pe care o deține pe întregul interval analizat, în timp ce același județ ocupă ultima poziție regională la șapte dintre cele douăsprezece afecțiuni analizate, respectiv la boli hipertensive, cardiopatie ischemică, boli cerebrovasculare, bronhopneumopatie obstructivă cronică, obezitate, tulburări mentale și boala ulceroasă. Coexistența unei poziții fruntașe naționale la o singură patologie cu ultima poziție regională la majoritatea celorlalte afecțiuni cronice este dificil de explicat printr-un profil epidemiologic, întrucât diabetul zaharat și hipertensiunea arterială au aceiași factori de risc și se asociază în aceeași populație, iar o cauză posibilă ține de existența unui program național de diabet cu finanțare și raportare distincte, care ar putea susține o practică de înregistrare mai completă în interiorul lui decât în afara lui.

Județul Sălaj este excepția de la această evoluție, întrucât numărul bolnavilor aflați în evidență a rămas practic neschimbat pe parcursul a șapte ani, între 9.749 și 9.876 de cazuri, în condițiile în care indicele național a crescut cu 24,30%, iar celelalte cinci județe ale regiunii au înregistrat creșteri cuprinse între 11,58% și 67,38%.

Cabinetele de diabet, nutriție și boli metabolice constituie al doilea circuit de raportare pentru aceeași patologie, iar seria dedicată publicată de INS pentru intervalul 2012-2021 permite o analiză mai fină decât în cazul celorlalte afecțiuni cronice.

An	Bolnavi în evidență	Indice regional	Indice național	Cazuri noi	Rata cazurilor noi regional	Rata cazurilor noi național
2012	115.709	4.455,2	4.150,2	8.929	343,8	317,7
2013	120.955	4.664,5	4.376,8	11.818	455,7	337,2
2014	123.373	4.765,7	4.613,7	9.715	375,3	345,5
2015	131.864	5.107,5	5.036,9	9.442	365,7	372,0
2016	129.22	5.022,2	5.170,9	9.458	367,6	392,5
2017	135.469	5.281,3	5.402,5	9.197	358,5	372,8
2018	141.863	5.547,8	5.962,7	9.799	383,2	390,9
2019	147.853	5.798,2	6.061,8	10.675	418,6	397,3
2020	149.037	5.843,7	6.299,0	8.479	332,5	309,2
2021	157.934	6.240,8	6.561,7	10.664	421,4	431,7

Tabel 6 - Diabetul zaharat în cabinetele de nutriție și boli metabolice, Regiunea Nord-Vest [45]

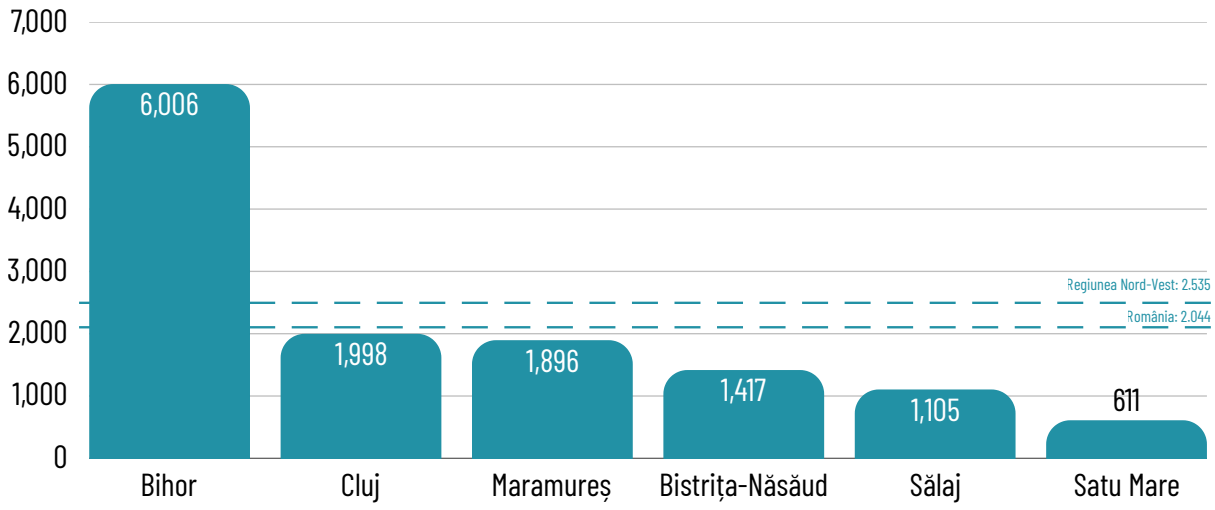
Numărul bolnavilor aflați în evidența cabinetelor de specialitate a crescut cu 36,49% în nouă ani, de la 115.709 la 157.934 de persoane, iar indicele raportat la 100.000 de locuitori cu 40,08%, evoluție care se leagă de îmbătrânirea populației, de creșterea supraviețuirii sub tratament și de extinderea diagnosticării. Până în anul 2015 indicele regional depășea media națională, iar începând cu anul 2016 se situează constant sub aceasta, distanța ajungând la 455,3 puncte în anul 2020 și menținându-se la 320,9 puncte în 2021. Un număr mai redus de bolnavi aflați în evidență, raportat la populație, într-un teritoriu cu îmbătrânire demografică accentuată și cu profil nutrițional comparabil cu media națională este compatibil deopotrivă cu o situație

[45] Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică, Evidența evoluției diabetului zaharat în perioada 2012-2021, București, 2022. Sursa publică indicii sub denumirea de prevalență, respectiv incidență

metabolică favorabilă și cu un deficit de diagnosticare.

Rata cazurilor noi a urmat o traiectorie puternic influențată de comportamentul de testare, cu o prăbușire la 332,5 la 100.000 de locuitori în anul 2020, pe fondul suspendării activității programate, și o revenire la 421,4 în anul 2021, valoare apropiată de media națională de 431,7, iar distribuția teritorială din acel an prezintă diferențe greu de atribuit epidemiologiei, întrucât Bistrița-Năsăud raportează 775,6 la 100.000 de locuitori, a treia valoare din țară, iar Clujul raportează 186,2, a treia cea mai mică valoare, un raport de 4,17 la unu între două județe învecinate, cu profiluri demografice apropiate și aflate în aceeași regiune de dezvoltare.

Buletinul anual pe anul 2024 arată continuarea acestei configurații, întrucât în evidența cabinetelor de specialitate figurau la finalul anului 190.285 de bolnavi de diabet zaharat în cele șase județe [46], adică 7.484,3 cazuri la 100.000 de locuitori față de 7.791,7 la nivel național, deci o valoare cu 3,95% sub media țării, apropiată de situația din 2021, în timp ce în evidența medicului de familie regiunea depășește media națională cu 10,41%, astfel încât aceeași populație, în același an, apare în două poziții relative opuse, ceea ce sugerează că fiecare serie măsoară în bună parte practica de raportare a rețelei care o alimentează.



Figură 7 - Obezitate, bolnavi rămași în evidența medicului de familie la 100.000 locuitori, pe județe, anul 2024

Cel mai accentuat contrast intrajudețean se înregistrează între Bihor și Satu Mare, județe învecinate care raportează 6.006,1 și, respectiv, 611,2 cazuri la 100.000 de locuitori, un raport de 9,83 la unu, față de media națională, valoarea din Bihor este de 2,94 ori mai mare, iar Satu Mare se situează la 29,91% din aceasta.

Patologia oncologică

Volumul pacienților oncologici aflați în monitorizarea medicilor de familie a crescut în egiune de la 50.916 de cazuri în anul 2018 la 58.771 în anul 2023, o creștere de 15,4%, evoluție care reflectă în egală măsură prelungirea supraviețuirii sub tratament și extinderea înregistrării.

[46] Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, ediția pentru anul 2024 comparativ cu anul 2023, tabelul „Evidența bolnavilor de diabet". Agregatul regional reprezintă indicator calculat.

Județ	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bihor	5.608	6.417	7.274	8.087	8.746	9.407	11.485
Bistrița-Năsăud	5.437	5.845	6.130	6.507	6.940	5.956	5.235
Cluj	19.971	20.031	20.161	20.470	20.574	21.258	21.990
Maramureș	6.256	6.227	6.244	6.325	6.411	6.763	6.735
Satu Mare	10.600	10.928	11.277	11.629	11.821	12.071	12.627
Sălaj	3.044	3.117	3.122	3.046	3.117	3.316	3.498
Regiunea Nord-Vest	**50.916**	**52.565**	**54.208**	**56.064**	**57.609**	**58.771**	**61.570**

Tabel 7 - Bolnavi de tumori maligne rămași în evidența medicului de familie, cifre absolute [47]

Patologia oncologică este singura pentru care buletinul anual publică simultan două evidențe distincte, cea a cabinetelor de medicină de familie și cea a rețelei de specialitate, ceea ce permite măsurarea directă a distanței dintre cele două circuite pe aceeași populație și în același an.

Județ	Medicina de familie	Rețeaua de specialitate	Raport
Satu Mare	3.818,5	3.818,5	1,00
Cluj	3.161,6	3.612,6	1,14
Bihor	2.063,7	3.258,4	1,58
Bistrița-Năsăud	1.761,2	1.761,2	1,00
Sălaj	1.657,9	3.540,5	2,14
Maramureș	1.491,7	3.270,4	2,19
Regiunea Nord-Vest	**2.421,7**	**3.278,7**	**1,35**
România	**2.168,6**	**3.042,4**	**1,40**

Tabel 8 - Bolnavi de tumori maligne rămași în evidență pe cele două circuite de raportare, indici la 100.000 locuitori, anul 2024 [48]

Comparația celor două circuite arată o diferență considerabilă de dispersie, întrucât pe circuitul medicinei de familie coeficientul de variație interjudețean atinge 37,05%, iar pe circuitul rețelei de specialitate, care înregistrează aceiași pacienți în același an, el coboară la 21,08%, comparația fiind făcută pe măsuri de dispersie calculate pe toate cele șase județe, întrucât județul care produce valoarea extremă diferă de la un circuit la altul. Județele Cluj, Bihor, Maramureș și Sălaj nu prezintă anomalii de raportare, respectiv, raportul dintre valoarea maximă și cea minimă se reduce de la 2,12 la unu în asistența primară la 1,11 la unu în rețeaua oncologică, cele patru județe grupându-se între 3.258,4 și 3.612,6 cazuri la 100.000 de locuitori, ceea ce arată o povară oncologică mult mai omogenă în teritoriu atunci când este măsurată pe circuitul de specialitate și sugerează că o parte din diferențele observate pe circuitul asistenței primare ar putea fi

[47] Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, ediții anuale 2018-2024, tabelele privind bolnavii rămași în evidență la cabinetul medicului de familie, cifre absolute și indici la 100.000 locuitori.

[48] Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, ediția pentru anul 2024 comparativ cu anul 2023, tabelul „Bolnavi rămași în evidență" pentru medicina de familie și tabelul „Evidența bolnavilor de cancer" pentru rețeaua de specialitate. Coloana „Raport" reprezintă indicator calculat.

legate de modalitatea de raportare.
Ordinea județelor se schimbă între cele două circuite, întrucât Maramureșul ocupă ultima poziție regională în evidența medicinei de familie, cu 1.491,7 cazuri la 100.000 de locuitori, însă urcă pe locul al patrulea în rețeaua de specialitate, cu 3.270,4, adică peste media națională a aceluiași circuit, iar Sălajul face aceeași mișcare, de pe locul al cincilea pe locul al treilea, ceea ce arată că pacienții oncologici ai celor două județe există și sunt urmăriți la un nivel comparabil cu restul regiunii, dar nu ajung în evidența medicului de familie, situație care se suprapune peste deficitul de acoperire cu medici de familie documentat pentru aceste județe. Distanța dintre cele două evidențe la nivel regional este de 21.789 de pacienți, respectiv 83.359 de bolnavi în rețeaua oncologică față de 61.570 în evidența medicinei de familie, iar diferența se concentrează în patru județe, Maramureș cu 8.031 de pacienți, Bihor cu 6.649, Sălaj cu 3.972 și Cluj cu 3.137, în timp ce în celelalte două județe diferența este nulă.

Sănătatea mentală

Tulburările mentale înregistrate în asistența primară plasează regiunea la 3.568,6 cazuri la 100.000 de locuitori față de 3.636,7 la nivel național, adică practic la paritate, iar distribuția internă prezintă un raport de 3,33 la unu între Bihor, cu 4.743,0, și Satu Mare, cu 1.425,3.
Poziția regională s-a schimbat cu peste 11% față de media națională într-un singur an, de la un decalaj negativ de 13,26% în anul 2023 la unul de 1,87% în anul 2024, iar la nivel național numărul cazurilor noi de bolnavi psihici a crescut de la 95.039 în anul 2023 la 159.787 în anul 2024, Clujul raportând 25.568 de cazuri noi față de 5.242 în anul anterior, adică un indice de 3.676,0 la 100.000 de locuitori, de 4,38 ori media națională [49], iar sursa însăși atribuie această modificare extinderii bazei de date a unităților sanitare private raportoare, ceea ce face ca seria să nu poată fi folosită în analize de tendință ori în comparații interjudețene în forma actuală.
Buletinul publică trei serii distincte pentru sănătatea mintală, respectiv tulburări mentale, boli psihice și evidența bolnavilor psihici, cu valori naționale de 693.142, 296.835 și 859.226 de cazuri în anul 2024, fără ca relația dintre ele să fie definită, iar Bistrița-Năsăud raportează 13.310 de cazuri la tulburări mentale și 143 la boli psihice, aceeași cifră ca în anul precedent.
Din cele de mai sus nu rezultă că sănătatea mintală ar reprezenta o problemă redusă în regiune, ci că circuitul statistic actual nu permite dimensionarea nevoii, iar Strategia Națională de Sănătate 2023-2030 include dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală între direcțiile prioritare de acțiune [50].

Bolile transmisibile

Bolile transmisibile se înregistrează prin supraveghere epidemiologică, pe baza notificării obligatorii a cazurilor către direcțiile de sănătate publică și nu prin evidența cabinetelor de medicină de familie, ceea ce face ca aceste serii să nu depindă de gradul de acoperire cu medici de familie, factorul care influențează toate datele prezentate până aici. Ele au însă limitări proprii, întrucât numărul cazurilor depinde de adresabilitatea bolnavilor și de intensitatea depistării, iar buletinele de boli infecțioase prezintă și probleme punctuale de calcul, detaliate mai jos.

[49] Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, ediția pentru anul 2024 comparativ cu anul 2023, tabelul „Evidența bolnavilor psihici".
[50] Ministerul Sănătății. (f.a.). Strategia Națională de Sănătate 2023-2030 „Pentru sănătate, împreună". Preluat în 29 iulie 2026, din https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf

Tuberculoza

Tuberculoza rămâne indicatorul clasic al inegalităților sociale în sănătate, iar România înregistrează în continuare una dintre cele mai ridicate incidențe din UE, poziția regiunii fiind una favorabilă.

Ratele regionale au fost calculate prin raportarea numărului total de cazuri din cele șase județe la populația rezidentă a regiunii, întrucât sursa publică doar seria județeană, iar numărul cazurilor a scăzut cu 39,13% între anul 2017 și anul 2024, regiunea menținându-se constant sub media națională, cu o diferență de 14,6 puncte în anul 2024, în timp ce scăderea din anii 2020 și 2021 ar putea fi corelată cu întreruperea depistării în perioada pandemică, iar creșterea din 2022 reprezintă recuperarea cazurilor nediagnosticate, motiv pentru care traiectoria reală se citește pe intervalul 2017-2019 comparat cu 2022-2024.

An	Cazuri Regiune	Rata regiune	Rata națională
2017	1.237	48,2	63,1
2018	1.093	42,7	59,4
2019	1.009	39,5	57,1
2020	653	25,7	37,3
2021	677	26,6	39,7
2022	873	34,4	46,2
2023	830	32,7	47,8
2024	753	29,7	44,3

Tabel 9 - Incidența tuberculozei, cazuri totale în Regiune și rate la 100.000 locuitori [51]

În interiorul regiunii, Satu Mare înregistrează cea mai ridicată valoare, de 39,6 cazuri la 100.000 de locuitori, urmat de Bistrița-Năsăud cu 34,7 și de Bihor cu 34,6, în timp ce Maramureșul se situează la 32,8, iar Clujul și Sălajul la 21,0 și respectiv 16,1, toate cele șase județe rămânând sub media națională de 44,3, însă două serii județene prezintă mișcări anuale de creștere, respectiv scădere, Bistrița-Năsăud de la 22,6 la 34,7 într-un singur an, iar Sălajul coboară de la 28,5 la 16,1.

Situația se schimbă la tuberculoza pediatrică, întrucât Bihorul a raportat 19 cazuri noi la copiii de 0-14 ani în anul 2024, respectiv o incidență de 20,6 la 100.000 de locuitori față de o medie națională de 10,5 [52], județul concentrând 63,33% din cazurile pediatrice ale regiunii în anul 2024, după 61,11% în anul 2023 și 55% în anul 2022, la o pondere demografică de aproximativ o cincime din populația regională, în timp ce celelalte cinci județe se situează sub media națională, cu valori cuprinse între 0,0 și 5,6 la 100.000 de locuitori.

Bolile prevenibile prin vaccinare

Poziția regiunii la bolile prevenibile prin vaccinare s-a schimbat de două ori în ultimii trei ani, iar succesiunea celor trei perioade de raportare disponibile permite urmărirea fenomenului pe un interval suficient de lung.

Epidemia națională de rujeolă a atins în anul 2024 un număr de 25.505 cazuri noi, față de 3.677 în anul 2023, iar regiunea a raportat în același an 2.445 de cazuri, adică 9,59% din totalul național la o pondere demografică de 13,30%, județul Cluj

Județ	Anul 2024 complet	Nouă luni 2025	Semestrul I 2026
Bihor	258	330	8
Bistrița-Năsăud	239	9	13
Cluj	893	253	15
Maramureș	327	138	0
Satu Mare	420	935	0
Sălaj	308	355	0
Regiunea Nord-Vest	**2.445**	**2.02**	**55**
România	**25.505**	**6.887**	**205**

Tabel 10 - Rujeola, cazuri noi confirmate

[51] Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", date preluate în Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, ediții anuale 2018-2024, tabelele privind incidența tuberculozei pe județe. Ratele regionale reprezintă indicator calculat, prin raportarea numărului total de cazuri din cele șase județe la populația rezidentă a regiunii, Institutul Național de Statistică, TEMPO Online, indicatorul POP105A.

[52] Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta", date preluate în Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin informativ. Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate, ediția pentru anul 2024 comparativ cu anul 2023, tabelul privind incidența tuberculozei la copii 0-14 ani.

concentrând 893 de cazuri, Satu Mare 420, Maramureșul 327, Sălajul 308, Bihorul 258 și Bistrița-Năsăud 239 [53]. Situația s-a inversat în cursul anului 2025, întrucât în primele nouă luni ale anului numărul cazurilor la nivel național a scăzut la 6.887, în timp ce cele șase județe ale regiunii au raportat 2.020 de cazuri, adică 29,33% din totalul național, de peste două ori ponderea demografică, iar Satu Mare și Sălajul au raportat împreună 1.290 de cazuri, adică 63,86% din totalul regional și 18,73% din totalul național, la o pondere demografică cumulată de 2,80% din populația țării.

Datele pe semestrul I 2026 arată că focarul s-a stins, întrucât numărul cazurilor la nivel național a coborât la 205, față de 6.575 în semestrul I 2025, iar Satu Mare, Sălajul și Maramureșul nu au mai raportat niciun caz, cele 55 de cazuri rămase în regiune concentrându-se în Cluj, cu 33, în Bistrița-Năsăud, cu 13, și în Bihor, cu 9, însă ponderea regiunii în cazuistica națională se menține la 26,83%, față de 29,64% în semestrul I 2025, adică de peste două ori ponderea demografică pentru a treia perioadă de raportare consecutivă.

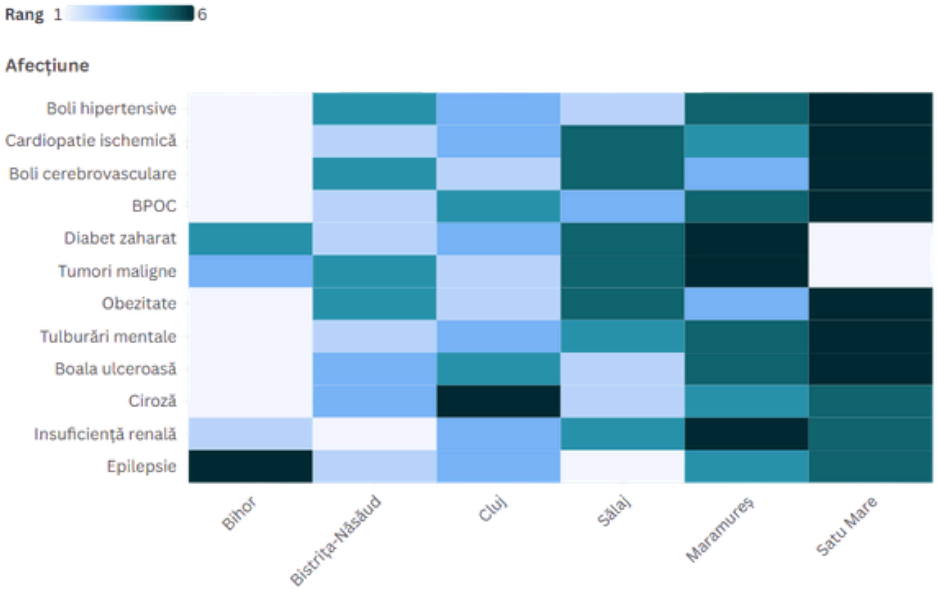
Analiza se prezintă pe cifre absolute și pe ponderi din totalul național, întrucât ratele la 100.000 de locuitori publicate în buletinele de boli infecțioase se raportează la un numitor care nu corespunde populației județene, iar pentru județele Satu Mare și Sălaj numitorii apar inversați între ei, verificarea confirmând inversarea, întrucât rata publicată pentru Sălaj corespunde unei populații de aproximativ 331.000 de locuitori, cât are Satu Mare, iar cea publicată pentru Satu Mare unei populații de aproximativ 211.000 de locuitori, cât are Sălajul.

Aceeași concentrare teritorială apare și la celelalte boli prevenibile prin vaccinare, întrucât la tusea convulsivă, reapărută la nivel național în anul 2024 cu 2.963 de cazuri față de 17 în anul precedent, Clujul a raportat cel mai mare număr din regiune, respectiv 80 de cazuri, urmat de Satu Mare cu 66 și de Bihor cu 56, însă raportarea la populația proprie a fiecărui județ schimbă ierarhia, Satu Mare atingând o rată de 19,96 cazuri la 100.000 de locuitori, peste media națională de 15,54, în timp ce Clujul rămâne la 11,57, iar la varicelă Maramureșul a raportat în anul 2024 o rată de 822,19 cazuri la 100.000 de locuitori, cea mai ridicată din țară și de peste cinci ori media națională de 160,23, cu 3.716 cazuri într-un singur județ, județul menținându-se pe prima poziție națională ca număr de cazuri și în semestrul I 2026, cu 1.117 din cele 11.734 înregistrate la nivel național, adică 9,52%.

Datele publicate privind vaccinarea acoperă numărul de doze administrate, iar nu acoperirea vaccinală pe cohorte de naștere, însă raportând dozele de vaccin rujeolic-urlian-rubeolic administrate în prima priză în anul 2024 la numărul de născuți vii din același an, indicator orientativ care poate depăși unitatea atunci când se desfășoară campanii de recuperare, regiunea se situează la 91,3%, cu Maramureșul la 71,1%, Satu Mare la 73,6% și Bistrița-Năsăud la 77,5%, în timp ce Bihorul depășește 100% ca urmare a campaniei declanșate de epidemia de rujeolă, iar valorile indică un nivel redus de administrare în trei județe, întrucât Sălajul, al doilea județ ca număr de cazuri în acel an, se situează la 93,7%.

Satu Mare ocupă ultima poziție regională la șapte din cele douăsprezece afecțiuni analizate și prima poziție la două, diabetul zaharat și tumorile maligne, adică exact cele două patologii care fac obiectul unor programe naționale de sănătate cu finanțare și raportare distincte, în timp ce Bihorul ocupă prima poziție la opt afecțiuni și ultima la una singură, iar o astfel de configurație este dificil de explicat printr-un profil epidemiologic, întrucât afecțiunile cronice ale adultului au factori de risc comuni și se concentrează în aceleași grupe de populație, ceea ce ar face de așteptat poziții relative apropiate ale unui județ la majoritatea patologiilor.

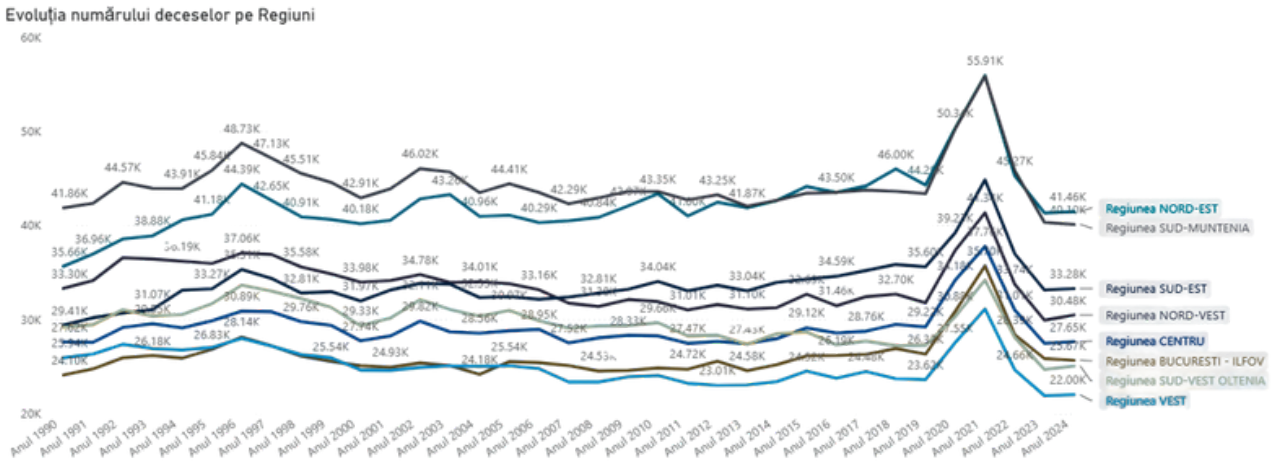
[53] Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile, Buletin informativ. Bolile infecțioase și parazitare, ediția pentru anul 2024, ediția pentru 9 luni 2025 comparativ cu 9 luni 2024 și ediția pentru semestrul I 2026 comparativ cu semestrul I 2025, tabelele privind cazurile noi pe județe.



Figură 8 - Poziția județelor la morbiditatea înregistrată în asistența primară, anul 2024

Analiza ratei mortalității generale și a mortalității infantile

În perioada 2023-2024 fenomenul mortalității a înregistrat o creștere modestă de 111 cazuri la nivel național, indicând faptul că nu au existat situații critice sanitare majore, cum au fost în perioada pandemică 2020-2022, însă menținerea ratei mortalității la 11,2 decese la 1.000 locuitori [54] reflectă persistența unor probleme structurale, precum îmbătrânirea demografică și eficiența limitată a infrastructurii sanitare preventive. Regiunea se află pe locul patru constant în ceea ce privește numărul de decese, după Regiunea Nord-Est cu 41.457 decese în 2024, Sud-Muntenia cu 40.104 decese, Sud-Est cu 33.280 decese, în timp ce la polul opus se află Regiunea Vest cu 22.003 decese.



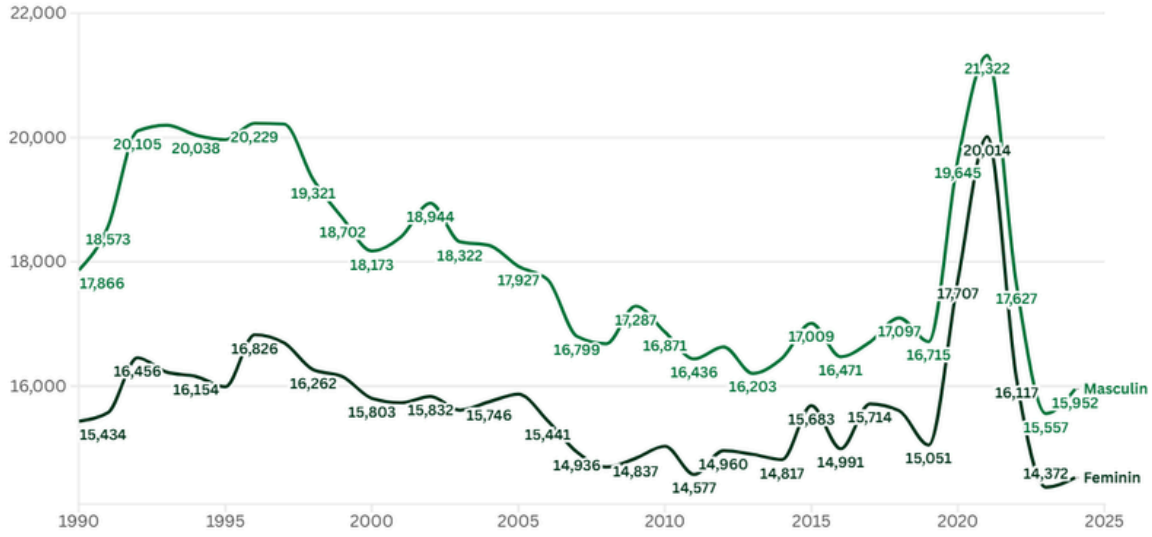
Figură 9 - Evoluția numărului deceselor în cele opt regiuni din România

La nivelul regiunii, numărul de decese a atins un vârf în perioada pandemică 2020-2021, de 37.352, respectiv 41.336 de cazuri, ceea ce reprezintă un excedent de 5.586 și de 9.570 de decese față de nivelul din 2019, de 31.766 de cazuri, cumulat 15.156 de decese suplimentare în doi ani, urmat de o revenire sub nivelurile pre-pandemice în 2023 și 2024, când au fost înregistrate 29.929, respectiv 30.478 de decese, tendință ce a fost înregistrată și la nivel național. Rata mortalității la nivel regional a înregistrat aceleași fluctuații în perioada 2020-2022, raportat la anul 2000, când aceasta era 11,7, a scăzut la 10,9 la mia de locuitori în anul 2024, sub

[54] Buletin informativ – Cauze de deces – anul 2024 comparativ cu anul 2023 – Institutul Național de Sănătate Publică. (2025, iulie 4). https://insp.gov.ro/download/buletin-informativ-cauze-de-deces-anul-2024-comparativ-cu-anul-2023/

media națională din același an [55]. Analiza structurii deceselor pe grupe de vârstă pentru anul 2024 evidențiază o concentrare a mortalității la vârstele înaintate, precum grupa 85 de ani și peste înregistrează cel mai mare număr de decese la nivel regional, cu 7.466 de cazuri, urmată de grupele 80-84 de ani cu 4.737 de cazuri, 75-79 de ani cu 4.257 de cazuri și 70-74 de ani cu 4.006 de cazuri. Cumulat, grupele de vârstă de 65 de ani și peste reprezintă aproximativ 78,30% din totalul deceselor regionale înregistrate în 2024, reflectând direct procesul de îmbătrânire demografică a regiunii. La polul opus, grupele de vârstă 5-9 ani și 10-14 ani înregistrează cele mai reduse valori, cu 17 și respectiv 23 de decese, iar grupa 0-4 ani evidențiază o scădere de circa 86,46% față de 1990, de la 1.352 la 183 de cazuri [56], ca urmare a îmbunătățirii asistenței materne, neonatale și primare, dar și a creșterii ratei de vaccinare.

La nivel județean, județul Cluj înregistrează cel mai mare număr de decese în 2024, cu 7.954 cazuri, urmat de Bihor cu 6.941 de cazuri și Maramureș cu 5.533 de cazuri, în timp ce Satu Mare a consemnat 4.025 de decese. Județul Sălaj prezintă cel mai redus număr absolut, cu 2.830 de decese, urmat de Bistrița-Năsăud cu 3.195 de cazuri, diferențele reflectând atât dimensiunea populației, cât și structura demografică specifică fiecărui județ. Raportarea la anul 2019 nuanțează însă această ierarhie, întrucât cel mai accentuat exces de mortalitate din anul 2021 s-a înregistrat în județul Bistrița-Năsăud, cu o creștere de 40,4%, urmat de Bihor cu 33,2%, de Cluj și Maramureș cu aproximativ 29,6% și de Satu Mare cu 24,1%, cel mai redus impact fiind consemnat în Sălaj, cu 22,7%, ceea ce indică faptul că județul cu cea mai favorabilă rată a mortalității în condiții obișnuite a fost și cel mai puțin rezilient sub presiune sanitară. Concentrarea deceselor în grupele de vârstă de peste 65 de ani confirmă necesitatea reorientării sistemului de sănătate regional spre prevenție, managementul bolilor cronice și servicii de îngrijire pe termen lung.



Figură 10 - Evoluția numărului deceselor în Regiunea Nord-Vest pe gen (mii de decese)

Rata mortalității generale la nivelul regiunii se menține la un nivel moderat în context național, cu valori județene cuprinse între 10,13 decese la mia de locuitori în județul Bistrița-Năsăud și 12,31 în județul Bihor, ceea ce situează regiunea într-o poziție mediană în clasamentul regional, cu valori mai reduse decât regiunile predominant rurale și îmbătrânite din sudul țării, precum Sud-Muntenia și Sud-Est, dar mai ridicate

[55] TEMPO Online, POP207A - Rata mortalitatii pe medii de rezidenta, macroregiuni, regiuni de dezvoltare si judete. Preluat în 5 iunie 2026, din http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table.
și INSP, Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică. Mortalitate Generală, anul 2024.
[56]TEMPO Online, POP206D - Decedati pe judete si localitati. (f.a.). Preluat în 5 iunie 2026, din http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table.

decât Regiunea București-Ilfov. Evoluția în perioada 2008-2024 indică o relativă stabilitate până în 2019, urmată de o creștere abruptă în perioada pandemică, cu un vârf în 2021, și de o revenire în 2022-2024 la valori egale sau inferioare celor anterioare pandemiei.

Comparativ cu nivelul național, unde rata mortalității generale s-a situat la 12,8 decese la mia de locuitori, regiunea înregistrează valori apropiate, situate ușor peste media Uniunii Europene de 10,4 decese la mia de locuitori [57]. Diferența dintre regiune și nivelul național este însă redusă, în timp ce decalajul intern dintre mediul rural și cel urban, de peste patru puncte, este semnificativ mai mare. Aceasta arată că provocarea principală nu o constituie poziționarea regiunii față de medie, ci adâncimea inegalităților teritoriale interne, concentrate în defavoarea comunităților rurale și a județelor cu grad ridicat de îmbătrânire.

Una dintre trăsăturile mortalității generale în regiune o constituie decalajul dintre mediul rural și cel urban. Rata mortalității în mediul rural, de 13,72 decese la mia de locuitori, este mai ridicată decât cea din mediul urban, de 9,31 [58], diferența de peste patru puncte reflectând o mortalitate rurală cu aproape jumătate mai mare. Acest decalaj poate avea drept cauză îmbătrânirea accentuată a populației rurale, a accesului redus la servicii medicale și a deficitului de asistență primară din localitățile mici, factori care se cumulează în defavoarea comunităților rurale.

La nivel județean, cele mai ridicate rate se înregistrează în județele Sălaj, cu 11,9 decese la mia de locuitori, și Bihor cu 11,4, iar, cea mai redusă în județul Bistrița-Năsăud, cu 10,7. Decalajul rural-urban variază însă considerabil între județe, cea mai mare diferență se constată în județul Sălaj, unde rata rurală de 14,5 este de aproximativ 70% mai mare decât cea urbană de 8,5, o disparitate care semnalează o inechitate teritorială profundă, în timp ce cea mai redusă diferență se înregistrează în județul Satu Mare. Această variație semnalează faptul că mortalitatea generală se concentrează în mediul rural, îndeosebi în județele cu un grad ridicat de ruralitate și de îmbătrânire.

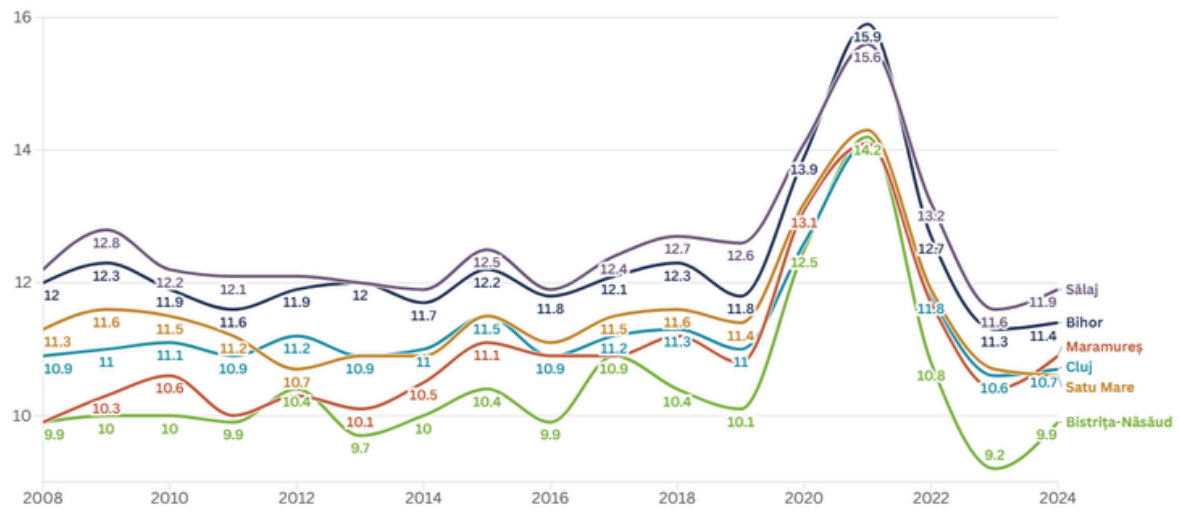
Vârful din 2021 a afectat ambele medii de rezidență, rata rurală atingând 16,80 și cea urbană 12,45, ca efect al mortalității excedentare generate de pandemia de COVID-19. Revenirea ulterioară a fost mai accentuată în mediul rural, unde rata din 2024, de 12,17, a coborât sub nivelul anterior pandemiei, evoluție concordantă cu scăderea mortalității prin boli ale aparatului circulator analizată anterior și cu un posibil efect de devansare a deceselor persoanelor vulnerabile în perioada pandemică.

[57] World Bank Open Data—Rata mortalității, brută (la 1.000 de persoane). (f.a.). World Bank Open Data. Preluat în 28 august 2026, din https://data.worldbank.org

Valorile privind rata mortalității la nivel național înregisrează diferențe în baze de date diferite datorită metodologiei de calcul utilizate. INSP se raportează la numărul de decese împărțit raportat populația după domiciliu de la 1 iulie a anului, în timp ce Banca Mondială și Eurostat se raportează la populația rezidentă, înmulțit cu 1000.

Pe parcursul analizei datele au fost corelate cu INSP, iar pentru comparațiile europene au fost utilizate datele publice europene pentru o comparație cât mai precisă.

[58]TEMPO Online - POP207A - Rata mortalitatii pe medii de rezidenta, macroregiuni, regiuni de dezvoltare si judete. (f.a.). Preluat în 5 iunie 2026, din http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table.



Figură 11 - Evoluția ratei mortalității generale în Regiunea Nord-Vest

Rata mortalității infantile la nivelul regiunii a urmat un trend descendent pronunțat pe parcursul perioadei analizate, scăzând de la 10,9 decese la mia de născuți vii în 2008 la un minim de 5,7 în 2021, ceea ce reprezintă o reducere de aproximativ 48% și reflectă potențiale progresele înregistrate în asistența prenatală, neonatală și pediatrică. Cu toate acestea, atât regiunea, cât și nivelul național se mențin semnificativ peste media Uniunii Europene, de aproximativ 3,5 decese la mia de născuți vii [59], România situându-se în mod constant printre statele membre cu cele mai ridicate valori ale acestui indicator.

Cea mai importantă constatare a perioadei recente o constituie inversarea trendului descendent. După atingerea minimului în 2021, rata mortalității infantile a crescut din nou, ajungând la nivelul Regiunii la 7,2 decese la mia de născuți vii în 2024, valoare superioară celei naționale, de 6,6. Creșterea consemnată trei ani consecutiv, în 2022, 2023 și 2024, sugerează o deteriorare reală, și nu o simplă fluctuație statistică, situație care plasează regiunea pe locul al treilea între cele opt regiuni de dezvoltare în 2024, după Regiunile Nord-Est, cu 8,30, și Centru, cu 8.10, și mult peste Regiunea București-Ilfov, care înregistrează cea mai redusă valoare, de 3,50. La nivel județean, în 2024 cele mai ridicate valori se înregistrează în județele Satu Mare, cu 9,90 decese la mia de născuți vii, și Sălaj cu 8,60, în timp ce cele mai reduse se constată în județele Bistrița-Năsăud, cu 5,90, și Cluj cu 6,40. Variabilitatea ridicată de la un an la altul, vizibilă în special la nivel județean, se explică prin numărul mic de cazuri raportate anual, motiv pentru care valorile județene trebuie interpretate cu prudență și urmărite ca tendință pe mai mulți ani.

Inversarea trendului și valorile ridicate din județele Satu Mare și Sălaj impun o atenție sporită asupra calității și accesibilității serviciilor de asistență maternă, neonatală și pediatrică, cu precădere în mediul rural și în zonele cu acoperire deficitară a asistenței primare. Mortalitatea infantilă rămâne un indicator sensibil al funcționării sistemului de sănătate în ansamblu, iar revenirea ei pe o pantă ascendentă reprezintă un semnal de alarmă care justifică tratarea mortalității infantile ca prioritate de intervenție a regiunii pentru perioada de programare 2028-2034.

Principalele cauze ale deceselor

Ratele de mortalitate prezentate în această secțiune sunt cele publicate de INS, instituția calculându-le prin raportarea numărului de decese la populația după domiciliu. Indicatorii de resurse umane și cei de

[59]Eurostat—Infant mortality rates. (f.a.). Preluat în 5 iunie 2026, din https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_minfind/default/table?lang=en.

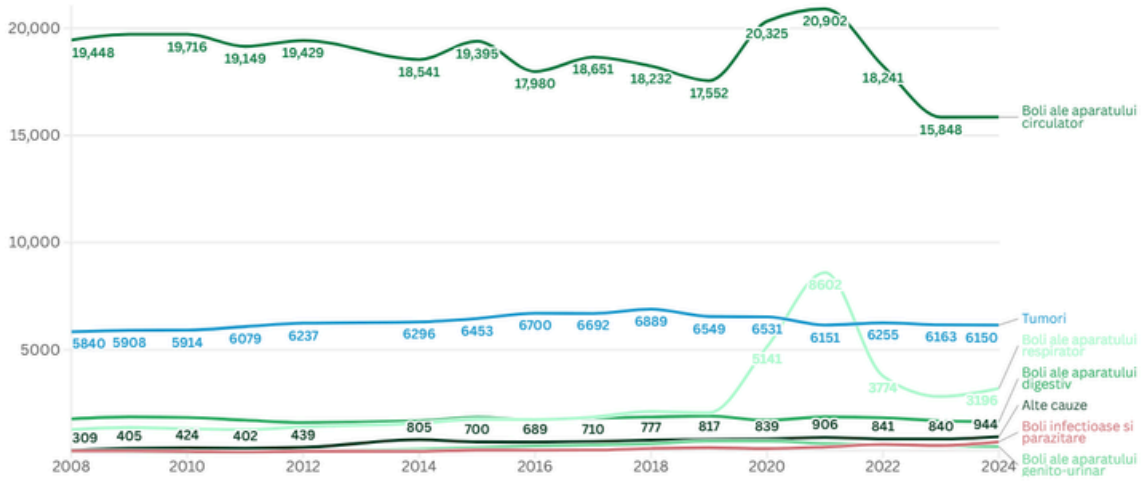
morbiditate analizați anterior se raportează în schimb la populația rezidentă, mai restrânsă cu aproximativ 10%, respectiv 2,54 milioane față de 2,80 milioane de locuitori în anul 2024, diferența provenind din persoanele plecate din țară care își păstrează domiciliul în localitățile de origine. Consecința practică este că valorile exprimate la 1.000 sau la 100.000 de locuitori nu se compară direct între cele două categorii de indicatori, întrucât raportarea aceluiași număr de decese la populația rezidentă ar conduce la o rată de 12,0 la 1.000 de locuitori în anul 2024, în locul valorii publicate de 10,9.

La nivel național au fost înregistrate 244.735 decese în anul 2024, dintre care 53,30% au fost cauzate de bolile aparatului circulator. În interiorul acestei clase, hipertensiunea arterială a generat 33.050 decese, bolile cerebro-vasculare 31.599, iar alte forme de cardiopatii ischemice 25.979 decese în același an [60]. Paradigma nu se schimbă la nivel regional, având în vedere că ponderea deceselor cauzate de bolile aparatului circulator este de 52,02%, reprezentând 15.852 de cazuri, fiind urmate de tumori, cu 6.152 de decese, respectiv 20,18%, astfel încât cele două categorii cumulează aproape 72% din mortalitatea regională. Urmate de bolile aparatului respirator, cu 3.197 de decese și o pondere de 10,49%, bolile aparatului digestiv, cu 1.642 de decese și 5,39%, și leziunile traumatice, otrăvirile și alte consecințe ale cauzelor externe, cu 987 de decese și 3,24%, în timp ce celelalte cauze însumează sub 9% din totalul deceselor.

Evoluția în perioada 2008-2024 evidențiază o dinamică distinctă a principalelor cauze. Numărul deceselor prin boli ale aparatului circulator s-a menținut relativ stabil până în 2019, a crescut în perioada pandemică 2020-2021, atingând un vârf în 2021, după care a scăzut accentuat, ajungând în 2023 și 2024 la valori inferioare celor înregistrate înainte de pandemie. Decesele prin tumori s-au menținut relativ constante pe întreaga perioadă, în jurul a 6.000 până la 6.500 de cazuri anual, în timp ce decesele prin boli ale aparatului respirator au înregistrat un vârf pronunțat în 2020-2021, ca efect direct al pandemiei de COVID-19, menținându-se ulterior peste nivelurile anterioare. Pe ansamblu, ponderea bolilor aparatului circulator s-a redus de la peste 61% în 1990 la 52,02% în 2024, în timp ce ponderea tumorilor a crescut constant, ajungând la 20,18% din totalul deceselor din regiune, ceea ce confirmă o tranziție epidemiologică ce impune consolidarea programelor de screening oncologic, de depistare precoce și de extindere a capacității de îngrijire oncologică.

În cadrul patologiei circulatorii, la nivel regional boala ischemică a inimii a cauzat 7.126 de decese în 2024, iar bolile cerebro-vasculare 3.631 de decese. La nivel județean, bolile aparatului circulator constituie principala cauză de deces în toate cele șase județe, cu ponderi cuprinse în 2024 între 46,8% în județul Satu Mare și 55,7% în județul Bihor, în timp ce în cazul tumorilor județul Cluj prezintă cea mai ridicată pondere, de aproximativ 24%.

[60] Buletin informativ – Cauze de deces – anul 2024 comparativ cu anul 2023 – Institutul Național de Sănătate Publică. (2025, iulie 4). https://insp.gov.ro/download/buletin-informativ-cauze-de-deces-anul-2024-comparativ-cu-anul-2023/.



Figură 12 - Ponderea cazurilor deceselor în Regiunea Nord-Vest în 2024

Bolile aparatului circulator

Bolile aparatului circulator constituie prima cauză de deces atât la nivel național, cât și la nivel regional, însă evoluția ultimilor 25 de ani arată o închidere a decalajului nefavorabil pe care regiunea îl înregistra la începutul perioadei analizate.

În anul 2000 regiunea înregistra o mortalitate cardiovasculară de 752,19 decese la 100.000 de locuitori, cu 61,89 puncte peste media națională, poziție care s-a modificat în intervalul următor, întrucât ritmul de scădere regional, de 32,91% între 2000 și 2024, a fost de peste două ori mai accentuat decât cel național, de 15,26%. Astfel, începând cu anul 2010 regiunea se situează constant sub media națională cu 3,31, în 2015 cu 8,27 în creștere continuă, cea mai mare diferență a fost înregistrată în 2021, ulterior diferența începând să se diminueze ajungând în anul 2024 la o diferență de 32,96 puncte. Această convergență reflectă atât extinderea rețelei de cardiologie intervențională în polul clujean și în centrele județene, cât și modificarea structurii pe cauze de deces în favoarea patologiei oncologice, proces caracteristic tranziției epidemiologice. Volumul absolut al deceselor a urmat însă o traiectorie mai puțin liniară decât sugerează ratele, coborând de la 21.760 de cazuri în anul 2000 la 19.395 în 2015, urcând apoi până la 20.902 în 2021 pe fondul crizei sanitare și al amânării îngrijirilor pentru afecțiuni cronice, pentru ca scăderea consistentă să se producă abia în 2023, când numărul deceselor a coborât la 15.848. Anii 2020 și 2021 rămân în afara oricărei comparații de tendință, întrucât excesul de mortalitate generat de pandemie s-a distribuit inclusiv asupra acestei clase de afecțiuni.

An	Decese Regiune	Rată Regiunea Nord-Vest	Decese Național	Rată națională raportat la 100.000 locuitori
2000	21.76	752.19	157.448	690,3
2010	19.716	691.89	156.359	695,2
2015	19.395	683.53	154.185	691,8
2020	20.325	717.43	163.163	735,2
2021	20.902	740.84	174.625	790,9
2022	18.236	648.6	150.84	686,1
2023	15.848	564.89	131.705	601,6
2024	15.852	565.94	130.441	598,9

Tabel 11 - Mortalitatea prin boli ale aparatului circulator, decese și rate la 100.000 locuitori [61]

[61] INSP, Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică. Mortalitate Generală, anul 2024.

Media regională maschează însă o dispersie internă care depășește ca amplitudine decalajul regiunii față de nivelul național.

Abaterea internă de 169,5 puncte între Bihor și Bistrița-Năsăud este de peste patru ori mai mare decât diferența de 39,6 puncte dintre media regională și cea națională, ceea ce arată că problema regională la această clasă de afecțiuni are natură distributivă, nu agregată. Bihor și Sălaj sunt singurele județe care depășesc media națională, deși au parcurs cea mai amplă corecție istorică, de la 838,8 și respectiv 889,5 decese la 100.000 de locuitori în anul 2000 la valorile actuale, ceea ce indică o povară istorică ridicată în curs de reducere, și nu o deteriorare recentă. La celălalt capăt, Bistrița-Năsăud și Satu Mare se situează cu peste 100 de puncte sub media națională, poziție care trebuie interpretată cu prudență, întrucât aceleași două județe raportează și cele mai reduse volume de morbiditate cronică în asistența primară, situație analizată în secțiunea dedicată morbidității înregistrate.

Județ	Decese	Rata la 100.000 locuitori
Bihor	3.866	635,3
Bistrița-Năsăud	1.504	465,8
Cluj	4.315	580,0
Maramureș	2.799	550,7
Satu Mare	1.884	498,8
Sălaj	1.484	625,4
Regiunea Nord-Vest	**15.852**	**559,33**
România	**130.441**	**598,9**

Tabel 12 - Mortalitatea prin boli ale aparatului circulator pe județe, anul 2024 [62]

La nivel național, structura pe cauze din interiorul clasei plasează cardiopatia ischemică cronică pe primul loc, cu 25.411 decese și o rată de 116,7 la 100.000 de locuitori, urmată de hipertensiunea esențială (primară) cu 89,5, de infarctul miocardic acut cu 74,1 și de ictusul nespecificat cu 73,6. Evoluția anuală a acestor componente este divergentă, întrucât în anul 2024 decesele prin infarct miocardic acut au scăzut cu 274 de cazuri și cele prin alte cardiopatii ischemice cu 1.164, în timp ce decesele prin hipertensiune arterială au crescut cu 221, ceea ce recomandă prudență în atribuirea variațiilor anuale unor intervenții punctuale de politică publică.

Tumorile maligne

Afecțiunile oncologice reprezintă a doua cauză de deces în Regiune, iar poziția regională față de nivelul național s-a inversat în ultimul deceniu, evoluție care justifică tratarea acestui segment ca prioritate de investiție.

Numărul anual al deceselor prin tumori a crescut cu 19,3% între anul 2000 și anul 2020, de la 5.473 la 6.531 de cazuri, după care s-a stabilizat în jurul valorii de 6.150, evoluție care poate combina îmbătrânirea populației, extinderea diagnosticării și un efect de platou al ratelor. Poziția relativă a regiunii s-a modificat însă de două ori pe parcursul intervalului, întrucât valorile regionale au depășit media națională în anul 2000, au coborât sub aceasta în 2010 și 2015, iar din anul 2020 regiunea se situează constant peste nivelul național, cu un ecart care a atins 13,8 puncte în anul 2022 și se menține la 5,2 puncte în 2024.

Această inversiune are o semnificație distinctă față de cea observată la bolile circulatorii, deoarece ea se produce într-un context în care mortalitatea oncologică națională a scăzut ușor după 2015, în timp ce

An	Decese Regiune	Rata Regiune	Rata națională
2000	5.473	189,2	181,0
2010	5.914	207,5	211,2
2015	6.453	227,4	230,6
2020	6.531	230,5	224,8
2021	6.151	218,0	212,2
2022	6.253	222,4	208,6
2023	6.163	219,7	212,3
2024	6.152	219,8	214,6

Tabel 13 - Mortalitatea prin tumori, decese și rate la 100.000 locuitori

[62] INSP, Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică. Mortalitate Generală, anul 2024.

valorile regionale au rămas practic neschimbate. Interpretarea plauzibilă combină doi factori, iar componenta atribuibilă structurii pe vârste se poate elimina prin standardizarea ratelor pe vârste, iar diferența reziduală, atribuibilă depistării în stadii tardive, ipoteză care poate fi testată prin datele privind stadiul la diagnostic, publicat de Registrul Regional de Cancer Cluj, sursa pentru profilul oncologic al regiunii.

La nivel național, tumora malignă a traheei, bronhiilor și plămânului rămâne principala cauză oncologică de deces, cu 8.835 de cazuri și o rată de 40,4 la 100.000 de locuitori, urmată de tumora malignă a colonului cu 18,0, de cea a sânului cu 14,2, de cea a pancreasului cu 13,1 și de cea a stomacului cu 11,8. Ponderea dominantă a localizării pulmonare leagă direct profilul oncologic de consumul de tutun și de expunerea la poluanți respiratori, iar coincidența acestei ierarhii cu deteriorarea mortalității prin boli ale aparatului respirator, analizată în secțiunea următoare, sugerează un determinant comun de sănătate publică pentru cele două clase de afecțiuni.

Bolile aparatului respirator

Bolile aparatului respirator este segmentul cu cea mai accentuată deteriorare din profilul de morbiditate al regiunii pe întreaga perioadă analizată, iar poziția relativă față de nivelul național s-a inversat complet.

An	Decese Regiune	Rata Regiune	Rata națională
2000	1.568	54,2	65,0
2010	1.314	46,1	56,6
2015	1.754	61,8	67,5
2020	5.141	181,5	174,3
2021	8.602	304,9	296,8
2022	3.773	134,2	134,8
2023	2.82	100,5	98,3
2024	3.197	114,2	102,8

Tabel 14 - Mortalitatea prin boli ale aparatului respirator, decese și rate la 100.000 locuitori

Valorile din anii 2020 și 2021 includ decesele prin COVID-19 clasificate la această categorie de afecțiuni și rămân în afara oricărei comparații de tendință. Chiar și cu excluderea acestor doi ani, rata regională a crescut de la 61,8 decese la 100.000 de locuitori în anul 2015 la 114,2 în anul 2024, adică o majorare de 84,8%, iar față de anul 2000 rata s-a dublat.

Mai important pentru fundamentarea intervențiilor este că poziția relativă a regiunii s-a inversat. În anii 2000, 2010 și 2015 valorile regionale se situau sub media națională cu 10,8, 10,5 și respectiv 5,7 puncte, configurație care plasa regiunea printre teritoriile favorabile la această clasă de afecțiuni. În anul 2024 regiunea depășește media națională cu 11,4 puncte și ocupă locul al treilea între cele opt regiuni de dezvoltare, după Vest cu 125,9 și Centru cu 115,8, ceea ce reprezintă o deplasare de peste douăzeci de puncte în raport cu media națională pe parcursul intervalului analizat. Între 2023 și 2024 numărul deceselor a crescut de la 2.820 la 3.197 de cazuri, Mai important pentru fundamentarea intervențiilor este că poziția relativă a regiunii s-a inversat. În anii 2000, 2010 și 2015 valorile regionale se situau sub media națională cu 10,8, 10,5 și respectiv 5,7 puncte, configurație care plasa regiunea printre teritoriile favorabile la această clasă de afecțiuni. În anul 2024 regiunea depășește media națională cu 11,4 puncte și ocupă locul al treilea între cele opt regiuni de dezvoltare, după Vest cu 125,9 și Centru cu 115,8, ceea ce reprezintă o deplasare de peste douăzeci de puncte în raport cu media națională pe parcursul intervalului analizat. Între 2023 și 2024 numărul deceselor a crescut de la 2.820 la 3.197 de cazuri, o majorare de 13,4% într-un singur an, ceea ce indică faptul că nivelul ridicat înregistrat după 2022 reprezintă o tendință care se consolidează.

Structura pe cauze la nivel național orientează interpretarea, întrucât pneumoniile cu microorganisme neprecizate reprezintă principala componentă a clasei, cu o rată de 58,7 decese la 100.000 de locuitori,

urmate de alte afecțiuni pulmonare obstructive cronice, cu 19,3, în timp ce decesele atribuite direct COVID-19 au coborât la 831 de cazuri și o rată de 3,8. Ambele patologii dominante depind de felul în care funcționează asistența primară, întrucât pneumonia poate fi tratată în cele mai multe cazuri la cabinetul medicului de familie atunci când este depistată la timp, iar internarea devine necesară abia când boala este descoperită târziu, în timp ce bolile pulmonare obstructive cronice cer control periodic și tratament urmat fără întrerupere, condiții care se realizează tot la nivelul cabinetului. Deteriorarea acestui segment în regiune se corelează astfel direct cu deficitul de acoperire cu medici de familie analizat în subcapitolul privind resursele umane și cu extinderea deșerturilor medicale, iar rezolvarea ei ține de rețeaua de proximitate, nu de capacitatea spitalicească.
Un al doilea determinant este expunerea la poluanți respiratori și consumul de tutun, factori care explică și ponderea dominantă a tumorii maligne bronhopulmonare în structura mortalității oncologice, ceea ce sugerează un determinant comun pentru cele două clase de afecțiuni și recomandă tratarea lor împreună în construcția obiectivelor de sănătate publică.

Bolile aparatului digestiv și leziunile traumatice

Cele două clase completează profilul de mortalitate al regiunii și arată că deteriorarea observată la segmentul respirator are caracter specific.

Mortalitatea prin boli ale aparatului digestiv se menține sub media națională în toți anii analizați, cu excepția anului 2015, iar ecartul favorabil s-a stabilizat în jurul a șase puncte în ultimii Mortalitatea prin boli ale aparatului digestiv se menține sub media națională în toți anii analizați, cu excepția anului 2015, iar ecartul favorabil s-a stabilizat în jurul a șase puncte în ultimii ani, cu 1.642 de decese înregistrate în Regiune în anul 2024. Nivelul rămâne totuși ridicat în context european, întrucât ciroza hepatică și bolile alcoolice ale ficatului constituie componenta dominantă a acestei clase la nivel național și sunt asociate consumului de alcool, factor de risc comportamental care intră în competența intervențiilor de sănătate publică, nu a rețelei spitalicești.

An	Digestiv Regiune	Digestiv național	Traumatisme Regiune	Traumatisme național
2000	61,7	62,9	66,8	63,2
2010	64,6	73,8	51,9	53,5
2015	65,0	64,6	42,9	44,0
2020	60,4	69,2	37,3	40,3
2021	66,2	71,2	39,7	41,5
2022	65,0	69,9	38,6	41,1
2023	60,0	65,2	38,5	38,5
2024	58,7	64,7	35,3	37,7

Tabel 15 - Mortalitatea prin boli ale aparatului digestiv și prin leziuni traumatice, rate la 100.000 locuitori

Mortalitatea prin leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe a scăzut cu 47,2% între anul 2000 și anul 2024, de la 66,8 la 35,3 decese la 100.000 de locuitori, cea mai amplă reducere dintre toate clasele majore de cauze. Regiunea a pornit de la o poziție nefavorabilă în anul 2000, cu 3,6 puncte peste media națională, și se situează în prezent cu 2,4 puncte sub aceasta, evoluție care reflectă îmbunătățirea infrastructurii rutiere, extinderea rețelei de urgență și modificările legislative în materie de siguranță ocupațională și rutieră.

Mortalitatea evitabilă

Mortalitatea evitabilă măsoară decesele survenite înainte de vârsta de 75 de ani care ar fi putut fi prevenite prin intervenții de sănătate publică sau tratate prin îngrijiri medicale de calitate adecvată, și constituie indicatorul cel mai utilizat pentru evaluarea performanței sistemelor de sănătate în spațiul european.

România înregistrează în anul 2023 o rată standardizată a mortalității evitabile de 463,74 decese la 100.000 de locuitori sub 75 de ani, față de o medie a Uniunii Europene de 237,66, adică un nivel de două ori mai ridicat. Descompunerea pe cele două componente arată 264,04 decese la 100.000 de locuitori din cauze prevenibile, față de 150,85 media europeană, și 199,70 din cauze tratabile, cea mai ridicată valoare din întreaga Uniune Europeană, față de o medie de 86,81 [63]. Poziția la componenta tratabilă are relevanță directă pentru programarea investițiilor, întrucât aceasta măsoară capacitatea sistemului de îngrijiri de a interveni eficient după apariția bolii, spre deosebire de componenta prevenibilă, care depinde de politicile de sănătate publică și de comportamentele populației.

Setul de date european care stă la baza acestor valori este disponibil la nivel de țară, iar defalcarea pe regiuni NUTS 2 nu este publicată pentru acest indicator, motiv pentru care poziția Regiunii nu poate fi cuantificată direct prin comparație europeană. Structura mortalității regionale permite însă o apreciere indirectă, întrucât patologiile care compun listele de cauze evitabile se regăsesc integral în profilul analizat anterior. Cardiopatia ischemică și bolile cerebrovasculare, incluse la componenta tratabilă, formează nucleul mortalității cardiovasculare regionale. Pneumonia, de asemenea tratabilă, constituie principala componentă a clasei respiratorii, aflată în deteriorare susținută în Regiune. Tumora malignă bronhopulmonară, încadrată la componenta prevenibilă, domină mortalitatea oncologică. Diabetul zaharat figurează la componenta tratabilă și înregistrează în regiune indicii de subdiagnostic analizați anterior.

Cuantificarea regională a acestei poveri se poate realiza prin rata de spitalizare pentru afecțiuni sensibile la îngrijirea ambulatorie oferă la nivel județean o măsură a funcționării asistenței primare, complementară mortalității evitabile, fără a fi un substitut al componentei tratabile a acesteia care se calculează pe decese sub 75 de ani, standardizate pe vârste.

[63]Eurostat, setul de date hlth_cd_apr, mortalitatea prevenibilă și tratabilă, anul de referință 2022, rate standardizate la 100.000 de locuitori sub 75 de ani. Datele sunt disponibile la nivel național, fără defalcare pe regiuni NUTS 2 pentru acest indicator.

Infrastructura medicală și rețeaua spitalicească

Rețeaua spitalicească

În România există 593 de unități sanitare cu paturi conform ANMCS [64], dintre care 21 de unități nu sunt acreditate. Regiunea Nord-Vest dispune de 78 de USP-uri dintre care 4 sunt neacreditate, situându-se pe locul patru după Regiunile Nord-Est cu 92 de USP-uri, București-Ilfov cu 91 de USP-uri, la polul opus aflându-se Regiunea Vest cu doar 56 de unități.

Spitalele se pot clasifica în funcție de competența acestora pe 5 categorii principale [65], după cum se poate observa în Figura 13 - Clasificarea spitalelor în funcție de competență, conform Ordinului ministrului sănătății nr. 1.408/2010 și Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, în regiune nu există unități sanitare cu paturi de categoria I, mai exact, un spital care are competență foarte înaltă extinsă și asigură servicii medicale în mai multe specialități medico-chirurgicale.

Spitalele de categoria I, cu un nivel de competență foarte înalt, se caracterizează prin cel mai înalt nivel de dotare cu aparatură, echipamente medicale și resursă umană, serviciile medicale prestate au un grad de complexitate foarte înalt, iar referitor la acoperirea teritorială, acestea deservesc populația județului, precum și alte județe. În regiune au fost identificate următoarele constatări:

- Privind **categoria I** – nu au fost identificate spitale în regiune care să aibă competențe foarte înalte extinse și să asigure servicii medicale în mai multe specialități medico-chirurgicale;
- Referitor la **categoria I M** – în regiune au fost identificate 3 spitale în județul Cluj (Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuță"; Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Niculae Stâncioiu" Cluj-Napoca; Institutul Clinic de Urologie și Transplant Renal Cluj-Napoca), acestea având competență foarte înaltă, restrânsă în domeniul lor de activitate, asigurând totodată servicii medicale într-o specialitate în conexiune cu alte specialități complementare, mai mult decât atât, în cadrul lor se desfășoară activități de învățământ și de cercetare medico-științifică.

În ceea ce privește spitalele de **categoria II** care au nivel de competență înalt se caracterizează printr-un nivel înalt de dotare cu aparatură, echipamente medicale, încadrare cu resurse umane, asigură furnizarea serviciilor medicale cu grad mare de complexitate, deservind totodată populația din județul din aria sa administrativ-teritorială, dar și a celor limitrofe. La nivel regional au fost identificate următoarele:

- În regiune au fost identificate 3 unități sanitare cu paturi care au un nivel de competență înalt din categoria II, două dintre acestea se află în județul Bihor (Spitalul Clinic „Avram Iancu" Oradea; Societatea Pelican Impex S.R.L.), dintre care ultimul este un spital privat, iar în județul Cluj spitalul acreditat și încadrat în categoria II este Spitalul Clinic Căi Ferate Cluj-Napoca.
- În ceea ce privește **categoria II M**, la nivel regional se află 5 spitale, dintre care unul este în Bihor (Spitalul Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix) ce a fost acreditat cu recomandări în 2020, iar în județul Cluj sunt înregistrate 4 spitale (Spitalul Clinic de Boli Infecțioase, Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca, Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello" Cluj-Napoca și Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca") primele trei fiind acreditate în anul 2023 cu recomandări, iar ultimul a fost acreditat în 2024 cu rezerve.

În ceea ce privește spitalele din **categoria III,** care au nivel de competență mediu, acestea deservesc populația din județ, foarte rar acoperind și județele limitrofe și tratează afecțiuni cu un grad mediu de complexitate. În regiune există 6 spitale de acest fel, excepțiile fiind județul Satu Mare care nu are niciun

[64] Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate, Lista USP acreditate 30 martie 2026. Preluat în https://anmcs.gov.ro/ro/wp-content/uploads/2026/04/lista-usp-acreditate-30-martie-2026.pdf

[65] ORDIN nr. 10 din 18 ianuarie 2018 privind aprobarea categoriilor de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de al II-lea ciclu de acreditare EMITENT AUTORITATEA NAȚIONALĂ DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE. Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 95 din 31 ianuarie 2018.

spital din această categorie, iar județul Cluj are două spitale de acest fel (Spitalul Militar de Urgență „Dr. Constantin Papilian" Cluj-Napoca și Spitalul Penitenciar Dej).

Unitățile sanitare de **categoria IV și V** sunt cele mai numeroase, reprezentând 56,41%, respectiv 44 de unități din totalul de 78 de USP-uri. Cu alte cuvinte, se poate observa o caracteristică a profilului infrastructurii sanitare în regiune, aceasta reușind să deservească preponderent populația din unitatea administrativ-teritorială, iar afecțiunile tratate au un grad mic de complexitate, în cazul spitalelor cu un nivel de competență bazal. Restul de 23 sunt spitale cu nivel de competență limitat care prestează servicii medicale pentru îngrijirea bolnavilor cronici sau dintr-o singură specialitate precum tuberculoza, psihiatrie, boli infecțioase, sau servicii paleative. Restul de 21,79% reprezintă unitățile sanitare cu paturi neclasificate, acestea sunt unitățile spitalicești care dețin o autorizație sanitară de funcționare emisă de DSP, dar care nu au parcurs sau finalizat procedura oficială de încadrare într-o clasă de competență.

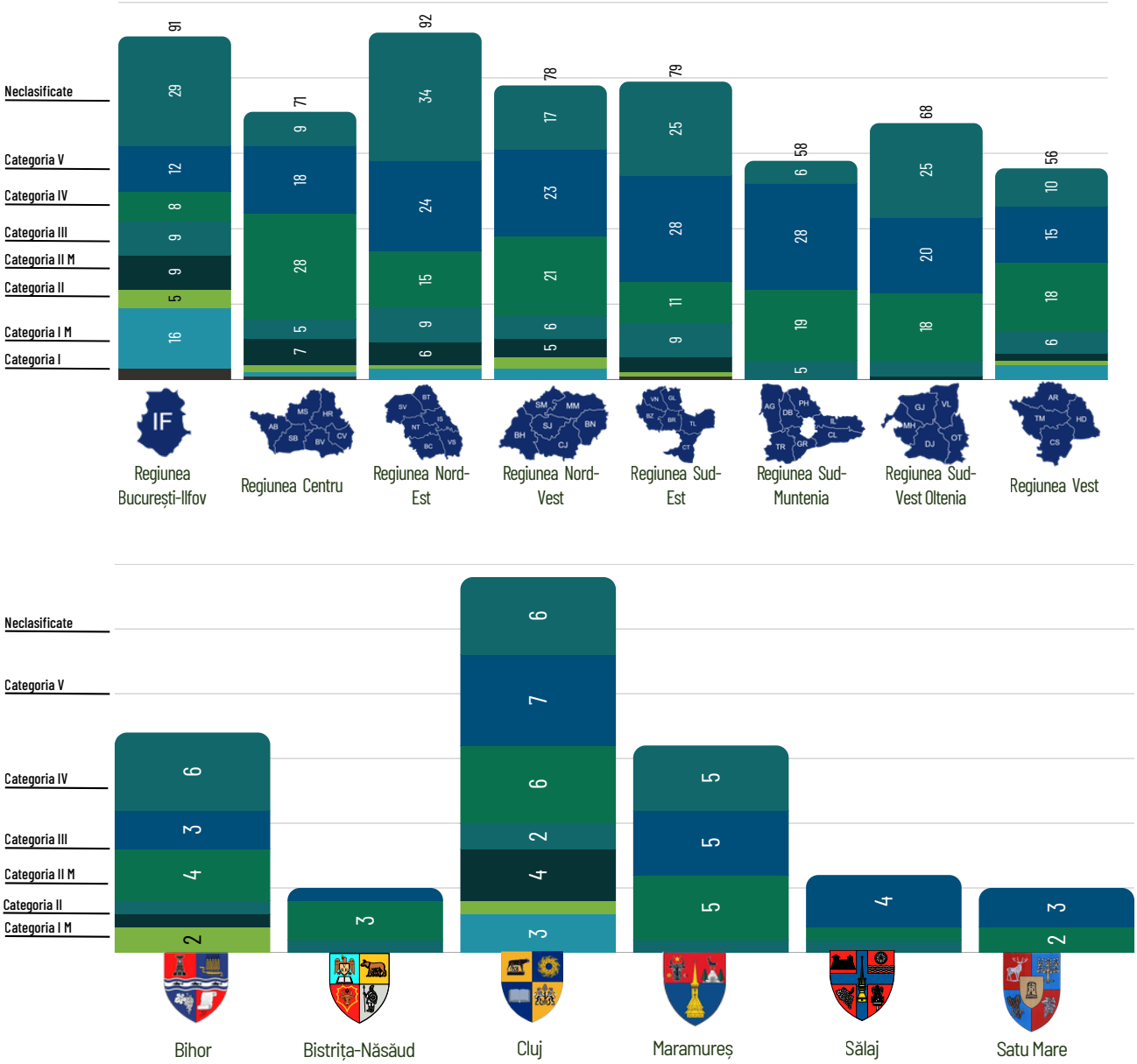


Figura 13 - Clasificarea spitalelor în funcție de competență, conform Ordinului ministrului sănătății nr. 1.408/2010 și Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, cu modificările și completările ulterioare [66]

[66]ORDIN nr. 323 din 18 aprilie 2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, EMITENT MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 274 din 19 aprilie 2011

Din perspectiva calității acreditării, regiunea se află pe poziție favorabilă în raport cu nivelul național, înregistrând o pondere de 67,95% unități sanitare acreditate cu recomandări, față de media națională de 61,05%, și o proporție de 10,26% unități cu probleme de acreditare, reprezentate de cele acreditate cu încredere redusă și de cele neacreditate, sub valoarea medie națională de 13,66%. Comparativ cu celelalte regiuni de dezvoltare, Nord-Vest se numără printre cele mai bine poziționate cu 67,95%, alături de Regiunea București-Ilfov cu 68,13% și de Regiunea Sud-Vest Oltenia cu 67,65%, în timp ce Regiunile Vest cu 48,21% și Centru cu 50,70% înregistrează performanțe mai slabe, ceea ce indică o distribuție inegală a calității instituționale în sistemul spitalicesc național.

Din această perspectivă județul Satu Mare prezintă cele mai bune rezultate, toate cele cinci unități sanitare aflate în evidență fiind acreditate cu recomandări, în timp ce județul Bihor se situează în proximitate, cu 88% din rețea în aceeași categorie. La polul opus, județul Sălaj înregistrează cea mai slabă situație din regiune, cu două unități neacreditate din totalul de șase, reprezentând o treime din capacitatea spitalicească a județului, iar județul Bistrița-Năsăud prezintă o concentrare în categoria acreditate cu rezerve, patru din cele cinci unități încadrându-se în acest nivel, ceea ce semnalează vulnerabilități structurale persistente în județele cu capacitate administrativă și financiară mai redusă.

Un semnal distinct îl constituie situația acreditării în cadrul celor trei institute de specialitate de categoria I M din județul Cluj, care reprezintă polul terțiar al rețelei regionale. Dintre acestea, unul este acreditat cu rezerve și unul cu încredere redusă, ceea ce semnalează vulnerabilități privind sustenabilitatea standardelor de calitate chiar în județul care concentrează cauzalitatea complexă și unde adresabilitatea pacienților din întreaga regiune este cea mai ridicată.

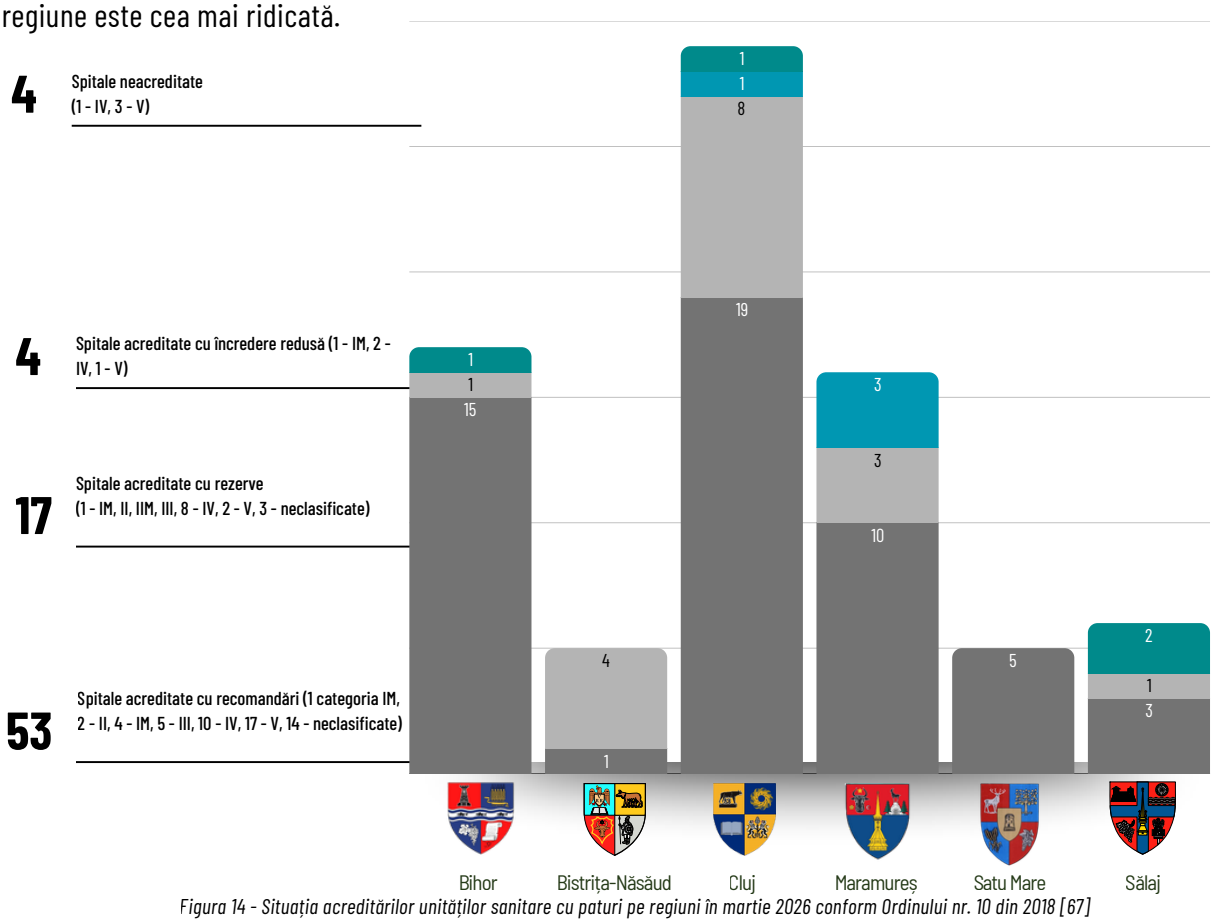


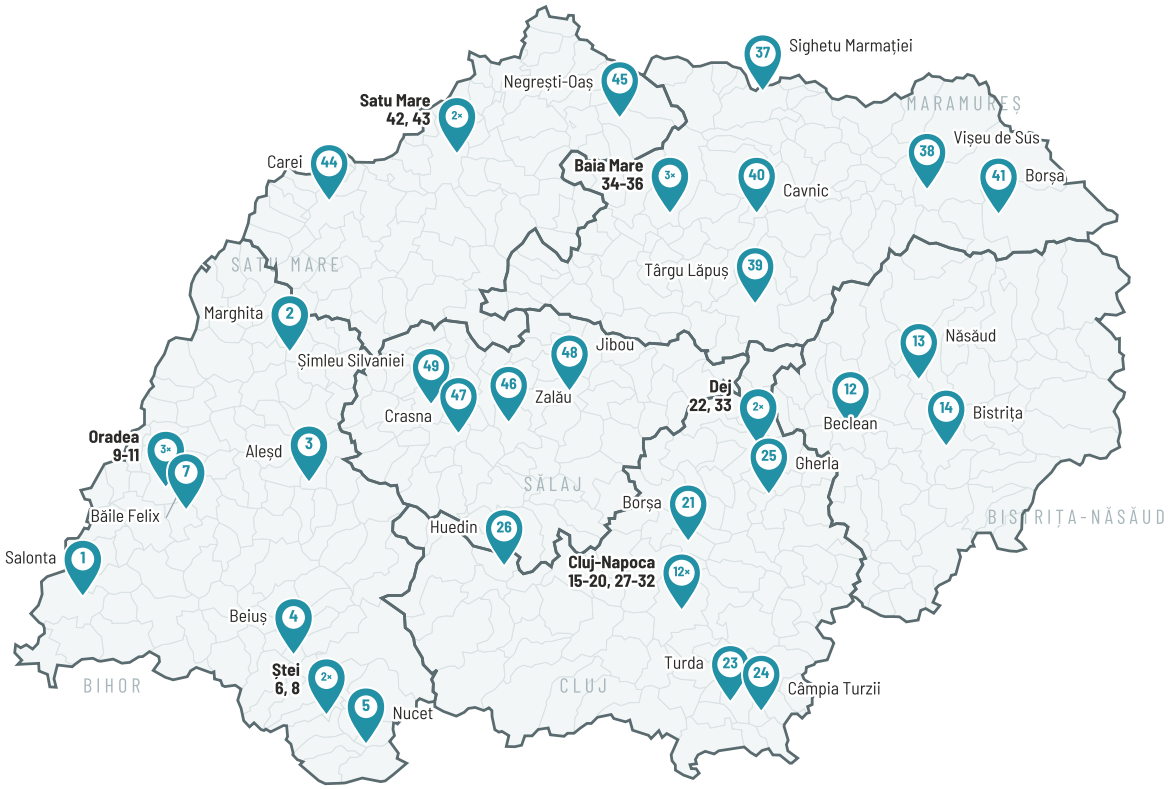
Figura 14 - Situația acreditărilor unităților sanitare cu paturi pe regiuni în martie 2026 conform Ordinului nr. 10 din 2018 [67]

[67] ORDIN nr. 10 din 18 ianuarie 2018 privind aprobarea categoriilor de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de al II-lea ciclu de acreditare, EMITENT AUTORITATEA NAȚIONALĂ DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE, Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 95 din 31 ianuarie 2018.

Numărul unitățile sanitare publice a ajuns la 48 în regiune și sunt repartizate astfel:

Spitale publice, Regiunea Nord-Vest

49 unități sanitare cu paturi, distribuite în 31 localități din cele șase județe ale Regiunii



Unități sanitare

BIHOR

1. Spitalul Municipal Salonta
2. Spitalul Municipal „Dr. Pop Mircea" Marghita
3. Spitalul Orășenesc Aleșd
4. Spitalul Municipal „Episcop N. Popovici" Beiuș
5. Spitalul de Psihiatrie Nucet
6. Spitalul de Psihiatrie și Măsuri de Siguranță Ștei
7. Spitalul Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix
8. Spitalul Orășenesc Ștei
9. Spitalul Clinic Județean de Urgență Bihor (Oradea)
10. Spitalul Clinic „Avram Iancu" Oradea
11. Spitalul Clinic C.F. Oradea

BISTRIȚA-NĂSĂUD

12. Spitalul Orășenesc Beclean
13. Spitalul Orășenesc „Dr. George Trifon" Năsăud
14. Spitalul Județean de Urgență Bistrița

CLUJ

15. Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca
16. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca
17. Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello" Cluj-Napoca
18. Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Cluj-Napoca
19. Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca
20. Spitalul Clinic Municipal Cluj-Napoca
21. Spitalul de Boli Psihice Cronice Borșa
22. Spitalul Municipal Dej
23. Spitalul Municipal Turda
24. Spitalul Municipal Câmpia Turzii
25. Spitalul Municipal Gherla
26. Spitalul Orășenesc Huedin
27. Institutul Clinic de Urologie și Transplant Renal Cluj-Napoca
28. Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Niculae Stâncioiu" Cluj-Napoca
29. Institutul Oncologic „Prof. Dr. I. Chiricuță" (Cluj-Napoca)
30. Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie „Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca
31. Spitalul Clinic Căi Ferate Cluj-Napoca
32. Spitalul Militar de Urgență „Dr. Constantin Papilian" Cluj-Napoca
33. Spitalul Penitenciar Dej

MARAMUREȘ

34. Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opriș" Baia Mare
35. Spitalul de Boli Infecțioase și Psihiatrie Baia Mare
36. Spitalul de Pneumoftiziologie Baia Mare
37. Spitalul Municipal Sighetu Marmației
38. Spitalul Orășenesc Vișeu de Sus
39. Spitalul Orășenesc Târgu Lăpuș
40. Spitalul de Psihiatrie Cavnic
41. Spitalul de Recuperare Borșa

SATU MARE

42. Spitalul Județean de Urgență Satu Mare
43. Spitalul de Pneumoftiziologie Satu Mare
44. Spitalul Municipal Carei
45. Spitalul Orășenesc Negrești-Oaș

SĂLAJ

46. Spitalul Județean de Urgență Zalău
47. Spitalul de Boli Cronice Crasna
48. Spitalul Orășenesc Jibou „Dr. Traian Herța"
49. Spitalul Orășenesc „Prof. Dr. Ioan Pușcaș" Șimleu Silvaniei

Cifra din pin trimite la numărul din legendă. Localitățile cu mai multe unități sanitare poartă un pin cu numărul acestora, iar numerele corespunzătoare sunt indicate sub denumirea localității. Localizare la nivel de localitate. Limite administrative: UAT și județ.

Harta 1 - Distribuția spitalelor publice în Regiunea Nord-Vest

Dintre acestea, există o serie de unități sanitare care nu se află în subordinea administrațiilor publice locale, ci în subordinea altor instituții, după cum urmează:

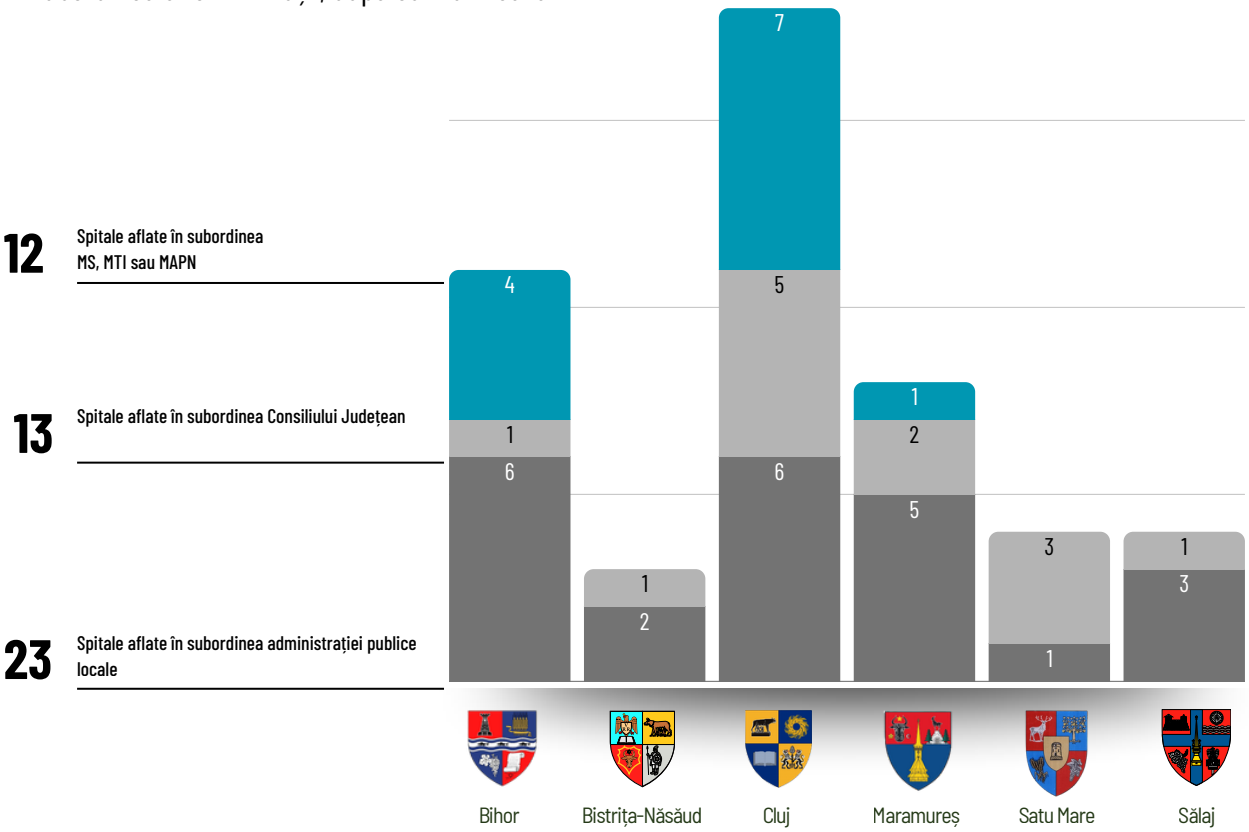


Figura 15 - Distribuția unităților sanitare publice din Regiunea Nord-Vest în funcție de nivelul de subordonare administrativă și județ

Distribuția rețelei spitalicești pe medii de rezidență confirmă concentrarea infrastructurii de internare în mediul urban reprezentând 89,66%, în timp ce doar 9 unități spitalicești, echivalentul a 10,34%, sunt amplasate în localități rurale. Repartiția componentei rurale este ea însăși inegală, cele nouă unități fiind concentrate în patru județe, câte trei în Cluj și Maramureș, două în Bihor și una în Sălaj, în timp ce județele Satu Mare și Bistrița-Năsăud nu dispun de nicio unitate spitalicească în afara localităților urbane.

Întrucât unitățile amplasate rural au profil de recuperare, cronici și balnear, iar nu de acuți, ponderea de 10,34% nu poate fi interpretată ca o măsură a acoperirii spitalicești a mediului rural, ci doar ca o particularitate de localizare, accesul populației rurale la asistență de urgență rămânând condiționat integral de rețeaua urbană.

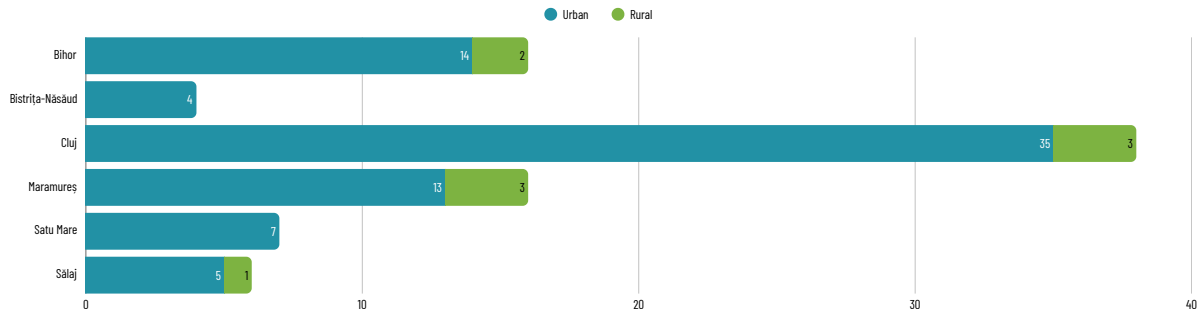


Figura 16 - Repartizarea unităților sanitare publice din Regiunea Nord-Vest pe medii de rezidență

Analiza personalului medico-sanitar în Regiunea Nord-Vest

Resursa umană reprezintă unul dintre factorii importanți ai oricărui domeniu, în special cel al sănătății, pe lângă infrastructura și echipamentele care contribuie la dezvoltarea unui sistem medical performant și calitativ. Contextul în care se realizează această analiză este marcat de tensiuni structurale bine documentate la nivel național, precum migrația externă a personalului medical, îmbătrânirea corpului profesional în paralel cu îmbătrânirea populației deservite, deficitul cronic pe specialitățile critice, precum anestezie și terapie intensivă, neonatologie, psihiatrie, și concentrarea accentuată a specialiștilor în centrele universitare. Analiza personalului medico-sanitar nu se limitează la inventarierea efectivelor existente, ci urmărește măsura în care volumul, structura și distribuția teritorială a resursei umane corespund nevoilor de servicii ale populației.
În anul 2024 erau înregistrați la nivel național 232.873 [68] medici și personal sanitar mediu, exclusiv stomatologi. Din cele opt regiuni, Regiunea Nord-Vest s-a situat constant pe locul al treilea pe întreaga perioadă analizată, după București-Ilfov și Nord-Est, în timp ce, cele mai reduse numere au fost înregistrate în Regiunile Vest și Sud-Vest Oltenia.

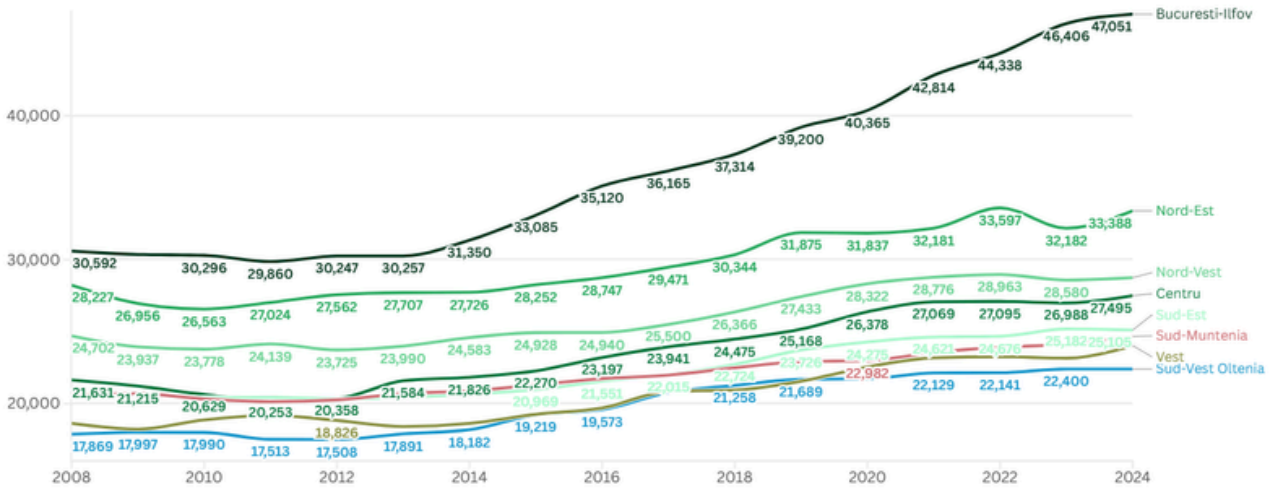


Figura 17 - Evoluția personalului medical (medici și personal sanitar mediu) la nivel național

Comparativ cu anul 2008, când numărul total ajungea la 182.731 de cadre, personalul medical a crescut la nivel național cu 27,44%. Această creștere a fost însă puternic neuniformă, iar poziția a treia a Regiunii Nord-Vest în valoare absolută ascunde o evoluție defavorabilă, aceasta având cea mai mică rată de creștere, de doar 16,37% situându-se imediat sub Nord-Est care a crescut cu 18,28%. La extrema cealaltă, București-Ilfov a înregistrat o majorare cu 53,80%, urmat la distanță de Regiunea Vest cu 28,98%. Mai mult de atât, dacă în 2008 personalul medical din Nord-Vest reprezenta 13,52% din totalul național, în 2024 ponderea a scăzut la 12,34%, în pofida creșterii în valoare absolută. Pierderea de pondere arată că regiunea avansează mai lent decât ritmul în care sistemul își suplimentează personalul la nivel național, locul cedat fiind preluat în principal de Regiunea București-Ilfov, care concentrează o parte tot mai mare din resursa umană medicală a țării. Această slăbire a poziției nu reflectă însă o reducere a corpului medical propriu-zis, care a crescut consistent, ci stagnarea personalului sanitar mediu, care a rămas sub nivelul anului 2008, până în 2018. Cu alte cuvinte, deficitul de asistenți nu este doar o problemă internă de structură a echipei medicale, ci este suficient de pronunțat încât să tragă în jos poziția întregii regiuni în distribuția națională a resursei umane din sănătate.

[68] Date statistice CNAS - data.gov.ro. (f.a.). Preluat în 17 iunie 2026, din https://data.gov.ro/dataset/date-statistice-cnas. Documentul cu denumirea „Nr. medici din ambulatoriu clinic pe județe" perioada 2008-2024.

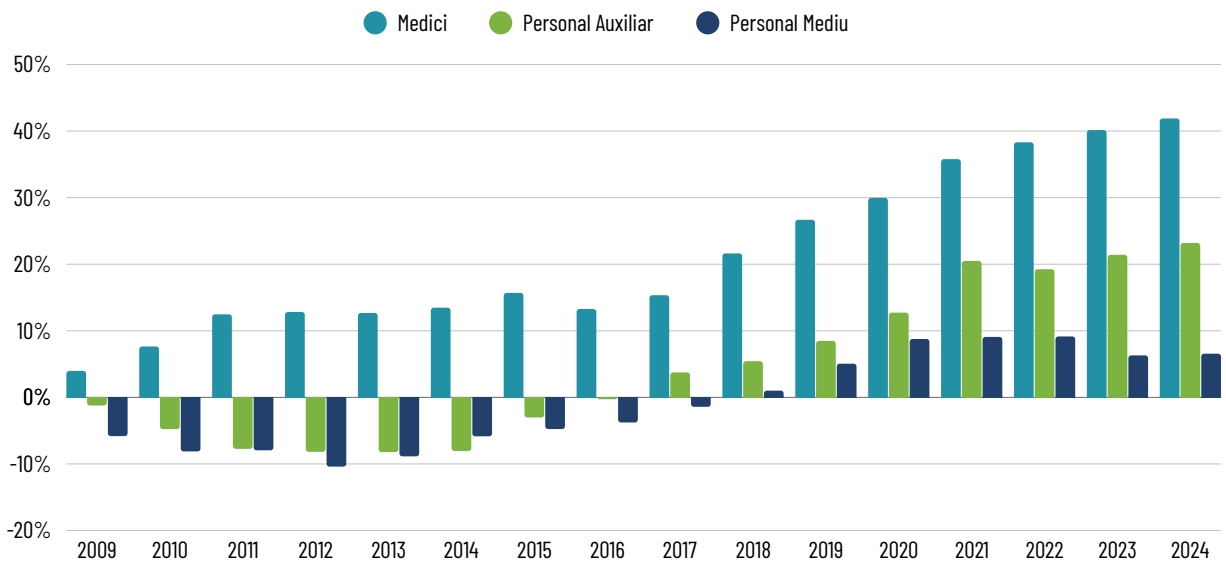


Figura 18 - Evoluția personalului medico-sanitar în Nord-Vest raportat la anul 2008

Raportată la populație, densitatea personalului medical din Nord-Vest se situează în anul 2023 la 3,8 medici și 7,5 asistenți medicali la 1.000 locuitori [69], sub media națională, media OECD și a Uniunii Europene la ambii indicatori. România a înregistrat în același an 3,7 medici și 8,2 asistenți la 1.000 locuitori, situându-se atât sub mediile OECD 3,9 medici și 9,2 asistenți, cât și sub mediile Uniunii Europene 4,3 medici, respectiv 8,5 asistenți la 1.000 locuitori [70], iar regiunea se află sub nivelul național la ambele categorii.

Deficitul față de media națională este cu atât mai semnificativ, având în vedere că în regiune există două centre universitare medicale de referință (Cluj-Napoca și Oradea) care nu reușesc să susțină densitatea regională peste media națională, însă reușesc doar să o ridice cu aproximativ 1,8 medici, respectiv 0,2 asistenți medicali la 1.000 locuitori. Județele Cluj și Bihor sunt singurele județe care depășesc media OECD și media UE în anul 2023, în timp ce celelalte patru se plasează între 44% și 56% din media OECD, ceea ce semnalează un deficit de medici în afara polilor universitari.

Din analiza intraregională a densității medicilor rezultă raportul de 3,78 ori între Cluj și Bistrița-Năsăud, fiind înregistrat 6,51 medici la 1000 locuitori în anul 2024, respectiv 1,72 medici la 1.000 locuitori, ce măsoară concentrarea resursei la locul de muncă, nu accesul populației, întrucât o parte din activitatea medicilor clujeni deservește pacienți din celelalte județe.

[69] Indicator calculat folosind datele preluate de pe:
CNAS - data.gov.ro. (f.a.). Preluat în 17 iunie 2026, din https://data.gov.ro/dataset/date-statistice-cnas. – număr medici, și
date preluate de pe TEMPO: http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table. Indicatorul POP105A - Populatia rezidenta la 1 ianuarie pe grupe de varsta si varste, sexe si medii de rezidenta, macroregiuni, regiuni de dezvoltare si judete
Formula de calcul = (Nr. medici/nr. populație rezidentă)*1.000.

[70] State of Health in the EU – Romania, Country Health Profile 2025, p. 12: „In 2023, there were 3.7 physicians per 1 000 population in Romania compared to an EU average of 4.3, and 8.2 nurses per 1 000 compared to 8.5" - https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/romania_ca47b392/1269b371-en.pdf.

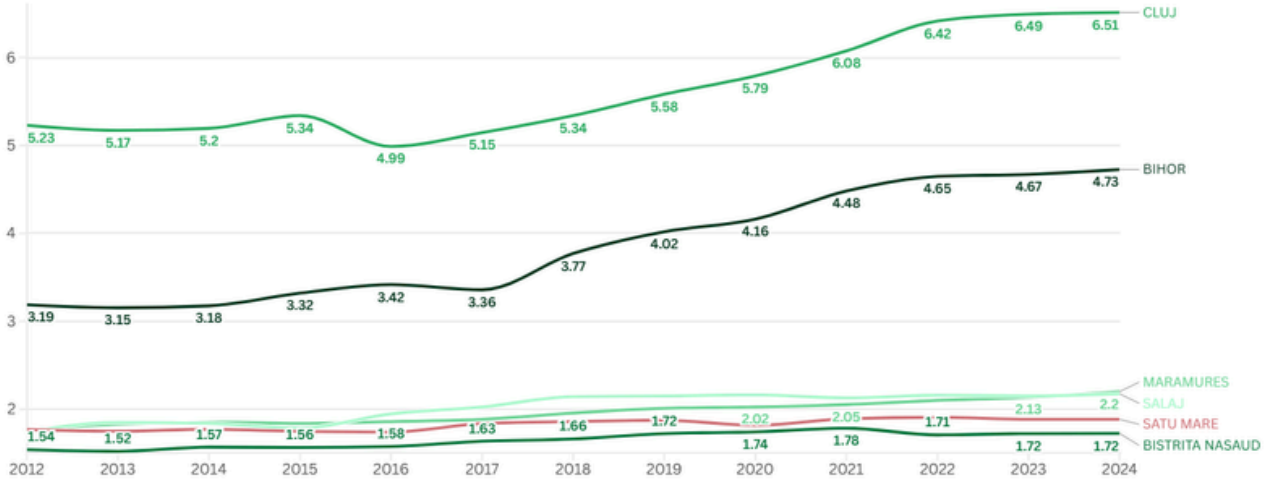


Figura 19 - Densitatea medicilor la 1.000 locuitori în Regiunea Nord-Vest

În ceea ce privește densitatea personalului sanitar mediu [71], cinci din cele șase județe se află sub media OECD și UE, excepția fiind județul Maramureș ce a înregistrat în anul 2023 o densitate de 9,51 la 1.000 de locuitori, însă această valoare este rezultatul parțial al depopulării accelerate a județului, care conduce la reducerea numitorului populațional independent de evoluția numărului de personal medical mediu, cea mai mare densitate a fost înregistrată în anul 2022, ajungând la 9,78. Celelalte cinci județe oscilează între 4,82 (Satu Mare în 2014) și 8,06 (Cluj în 2023), toate aflându-se sub media UE de 8,5 și sub media OECD de 9,2. Un aspect care ar trebui semnalat privește județul Cluj, considerat polul regional, ale cărui valori ale densității se situează sub mediile precizate anterior și sub nivelul necesar pentru a susține volumul de activitate medicală din județ.

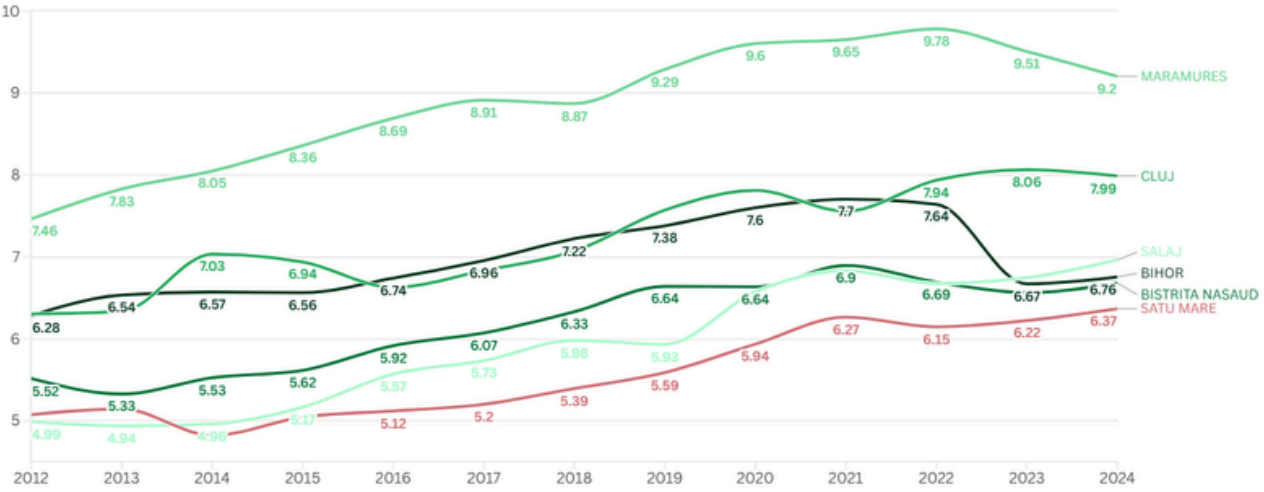


Figura 20 - Densitatea personalului medical la 1.000 locuitori în Regiunea Nord-Vest

Evidența CMR completează statistica personalului medico-sanitar cu trei dimensiuni pe care aceasta din urmă nu le publică la nivel teritorial, respectiv vârsta, gradul profesional și specialitatea fiecărui medic autorizat. Datele acoperă efectivele înscrise în cele șase colegii teritoriale ale regiunii la 1 ianuarie, pentru

[71] Indicator calculat folosind datele preluate de pe:
CNAS - data.gov.ro. (f.a.). Preluat în 17 iunie 2026, din https://data.gov.ro/dataset/date-statistice-cnas. – numărul personalului medical mediu, și date preluate de pe TEMPO: http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table. Indicatorul POP105A - Populatia rezidenta la 1 ianuarie pe grupe de varsta si varste, sexe si medii de rezidenta, macroregiuni, regiuni de dezvoltare si judete
Formula de calcul = (Nr. personal medical mediu/nr. populație rezidentă)*1.000.

intervalul 2022-2026, structurate pe trei statute, respectiv liberă practică, ce grupează medicii cu drept deplin de exercitare, practică supravegheată, corespunzătoare în principal medicilor rezidenți, și competențe limitate. Cele patru situații transmise se construiesc pe baze de calcul diferite, motiv pentru care efectivele și densitățile se citesc din seria pe statute, iar distribuțiile pe vârste, pe grade profesionale și pe specialități se folosesc pentru structuri procentuale [72].

La 1 ianuarie 2026, colegiile teritoriale din Regiune numărau 9.604 medici înscriși, dintre care 8.417 cu drept de liberă practică, 1.158 în practică supravegheată și 29 cu competențe limitate. Față de aceeași dată a anului 2022, când efectivul se ridica la 8.257 de medici, corpul profesional a crescut cu 16,31%, însă această creștere agregată acoperă traiectorii divergente. Județele Cluj și Bihor au avansat cu 20,52%, respectiv 17,17%, în timp ce Sălajul și Satu Mare s-au menținut aproape de nivelul din 2022, cu majorări de 4,83% și 4,03%, echivalentul a 19, respectiv 25 de medici în patru ani, iar Bistrița-Năsăud și Maramureșul s-au situat la 12,42% și 11,82%. Ponderea Clujului în efectivul regional a urcat de la 45,21% la 46,85%, astfel încât aproape jumătate din corpul medical al Regiunii se concentrează într-un singur județ, iar decalajul față de restul teritoriului se adâncește în fiecare an al seriei.

Județ	Total 2022	Liberă practică 2026	Practică supravegheată 2026	Competențe limitate 2026	Total 2026	Variație 2022-2026
Bihor	2.231	1.985	610	19	2.614	17,17%
Bistrița-Năsăud	451	498	8	1	507	12,42%
Cluj	3.733	4.012	486	1	4.499	20,52%
Maramureș	829	896	30	1	927	11,82%
Sălaj	393	403	9	0	412	4,83%
Satu Mare	620	623	15	7	645	4,03%
Regiunea Nord-Vest	**8.257**	**8.417**	**1.158**	**29**	**9.604**	**16,31%**

Tabel 16 - Medici înscriși în colegiile teritoriale din Regiunea Nord-Vest, pe statute, la 1 ianuarie 2022 și 1 ianuarie 2026

Creșterea provine din segmentul practicii supravegheate, unde numărul medicilor a crescut de la 762 în 2022 la 1.158 în 2026, iar ponderea în efectivul medical al regiunii a crescut de la 9,23% la 12,06%. Repartiția pe județe este inegală, întrucât Bihorul concentrează 610 astfel de medici și Clujul 486, cele două județe reunind 94,65% din total, iar în Maramureș se regăsesc 30, în Satu Mare 15, în Sălaj 9 și în Bistrița-Năsăud 8. Explicația ține de amplasarea centrelor de pregătire în rezidențiat, care funcționează la Cluj-Napoca și Oradea, ceea ce înseamnă că înnoirea corpului medical se produce aproape exclusiv în cele două centre universitare. Celelalte patru județe nu formează medici proprii și depind de repartiția ulterioară a celor pregătiți la Cluj-Napoca și Oradea, precum și de capacitatea lor de a-i păstra după terminarea rezidențiatului.

Structura pe vârste a corpului medical delimitează două grupe de județe cu perspective opuse, Bihorul și Clujul au 32,09%, respectiv 26,94% din medici sub 35 de ani și 9,70%, respectiv 7,84% peste 65 de ani, în timp ce în Sălaj, Satu Mare și Maramureș ponderea medicilor sub 35 de ani coboară între 10,65% și 13,62%,

[72] Cele patru situații transmise au baze de calcul diferite. Efectivul pe statute la 1 ianuarie 2026 însumează 9.604 medici, distribuția pe grupe de vârstă însumează 10.213, iar distribuția pe grade profesionale 9.634, față de cei 8.417 medici cu drept de liberă practică din prima situație. Diferențele provin din data de extragere, prima situație fiind raportată la 1 ianuarie, iar celelalte la situația curentă din luna august 2026, din limita inferioară de 25 de ani a primei grupe de vârstă și din înregistrarea separată a fiecărei specialități deținute, medicii cu două specialități fiind numărați de două ori. Din acest motiv efectivele și densitățile se raportează la situația pe statute, iar celelalte trei situații se folosesc pentru structuri procentuale.

iar cea a medicilor de 65 de ani și peste urcă între 22,14% și 23,24%. Media de vârstă urmează același tipar, de la 43,86 ani în Bihor și 44,49 ani în Cluj la 50,92 ani în Sălaj, 51,00 ani în Maramureș și 51,14 ani în Satu Mare, față de 48,41 ani la nivelul regiunii.

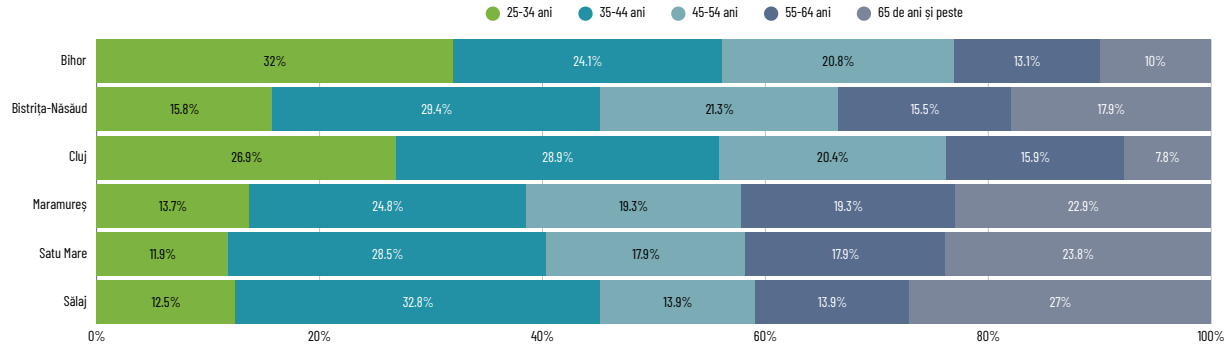


Figura 21 - Structura pe grupe de vârstă a corpului medical din Regiunea Nord-Vest, 2026

Sintetizat prin raportul dintre medicii sub 35 de ani și cei de 55 de ani și peste, echilibrul dintre intrările și ieșirile previzibile din profesie se menține favorabil în Bihor, cu 1,41 medici tineri la un medic aflat în ultimul deceniu de activitate, și în Cluj, cu 1,14. În Bistrița-Năsăud raportul coboară la 0,47, iar în Maramureș, Sălaj și Satu Mare la 0,33, 0,30 și 0,28, valori care arată că, la structura actuală, aproximativ unul din trei medici apropiați de finalul carierei are deja un corespondent tânăr înregistrat în același județ. Pe orizontul de programare 2028-2034, ieșirea din activitate a cohortei de peste 65 de ani, care numără 223 de medici în Maramureș, 149 în Satu Mare și 96 în Sălaj, se va produce tocmai în județele cu cea mai redusă capacitate de a atrage medici tineri, ceea ce transformă structura pe vârste a corpului profesional într-o problemă de continuitate a serviciilor medicale.

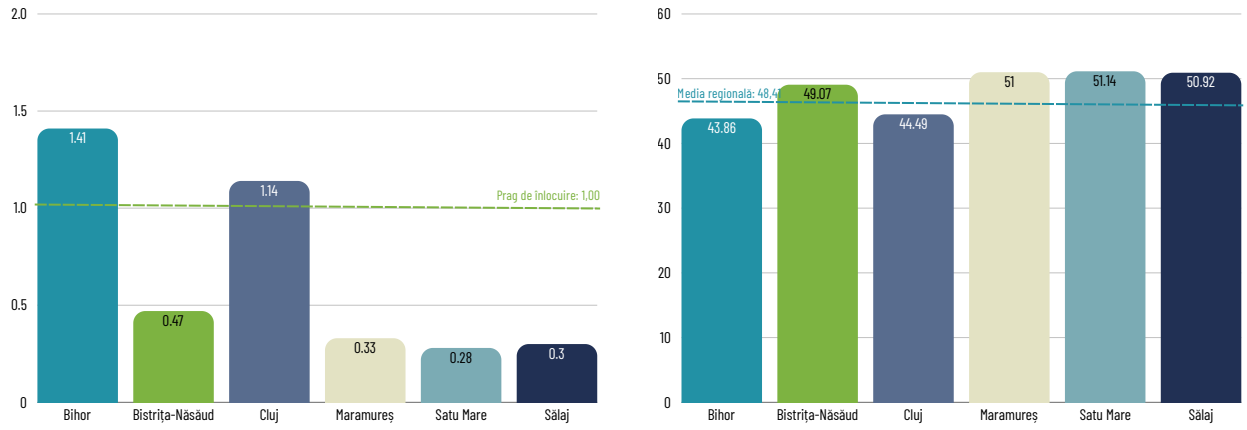


Figura 22 - Raportul de înlocuire a corpului medical și media de vârstă a medicilor pe județe, 2026

Din cele 9.634 de poziții înregistrate pe specialități pentru medicii cu drept de liberă practică, 53,12% corespund gradului de medic primar, însă ponderea urcă la 61,77% în Satu Mare, 57,66% în Sălaj și 57,56% în Maramureș și coboară la 50,50% în Cluj și 52,91% în Bihor. Gradul de primar se obține după o vechime de cel puțin 5 ani în specialitate, astfel încât ponderea lui ridicată în județele periferice măsoară aceeași îmbătrânire a corpului medical, exprimată de această dată prin structura carierei. Județul Satu Mare cumulează cea mai ridicată medie de vârstă, cel mai scăzut raport de înlocuire și cea mai mare pondere a medicilor primari din regiune, combinație care îl plasează în poziția cea mai expusă la pierdere de capacitate medicală în deceniul următor.

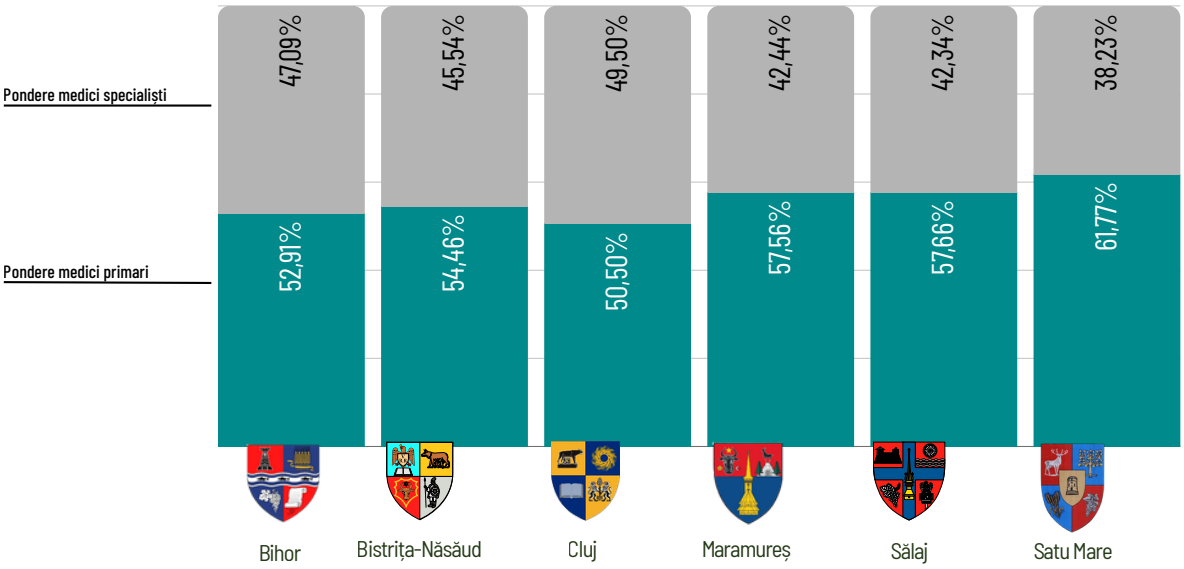


Figura 23 - Ponderea medicilor primari și specialiști pe județe, 2026

Din cele 58 de specialități regăsite în evidența regională, Bihorul și Clujul le acoperă pe toate, Maramureșul 51, Sălajul 47, Bistrița-Năsăud 45, iar Satu Mare 44. Absențele se concentrează pe specialități cerute chiar de profilul demografic al regiunii, geriatria și gerontologia lipsind complet din Bistrița-Năsăud și Satu Mare și fiind reprezentată prin 2 medici în Bihor și 1 în Sălaj, față de 18 în Cluj, într-un teritoriu în care ponderea populației vârstnice crește constant, iar psihiatria pediatrică numărând 2 medici în Maramureș, 3 în Sălaj și câte 4 în Bistrița-Năsăud și în Satu Mare, față de 57 în Cluj. La aceste absențe se adaugă instabilitatea efectivelor rămase, întrucât 13 dintre cele 47 de specialități prezente în Sălaj și 9 din cele 45 din Bistrița-Năsăud funcționează cu cel mult doi medici, situație în care retragerea unei singure persoane suprimă specialitatea la nivelul județului. Pe specialitățile de mare complexitate, Clujul concentrează între 55,26% și 57,43% din efectivul regional, respectiv 226 din cei 409 medici de anestezie și terapie intensivă, 201 din 350 în radiologie și imagistică medicală, 203 din 362 în cardiologie și 146 din 256 în neurologie. Concentrarea corespunde localizării spitalelor de rang superior și a centrelor de referință, însă ea determină totodată sensul fluxurilor de pacienți, patologia care necesită aceste competențe fiind tratată, pentru locuitorii celorlalte cinci județe, prin deplasare către Cluj-Napoca.

Cele 1.864 de poziții înregistrate pe această specialitate se distribuie considerabil mai uniform, Clujul deținând 587, adică 31,49% din total, față de 556 în Bihor, 246 în Maramureș, 206 în Satu Mare, 154 în Bistrița-Năsăud și 115 în Sălaj. Diferența față de cei 1.624 de medici de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări indică existența unui corp de medici care dețin specialitatea fără a o exercita în asistența primară, resursă potențială pentru acoperirea localităților deficitare, a cărei mobilizare depinde de condițiile de instalare și de nivelul veniturilor din contractul cu casa de asigurări. Comparația se interpretează cu prudență, întrucât prima evidență consemnează deținerea specialității, iar a doua exercitarea ei în relație contractuală. Volumul resursei umane medicale a regiunii crește, însă creșterea se produce în două județe, reînnoirea prin rezidențiat se produce în aceleași două județe, iar județele care pierd teren cumulează media de vârstă cea mai ridicată, cel mai scăzut raport de înlocuire și cea mai fragmentară acoperire pe specialități.

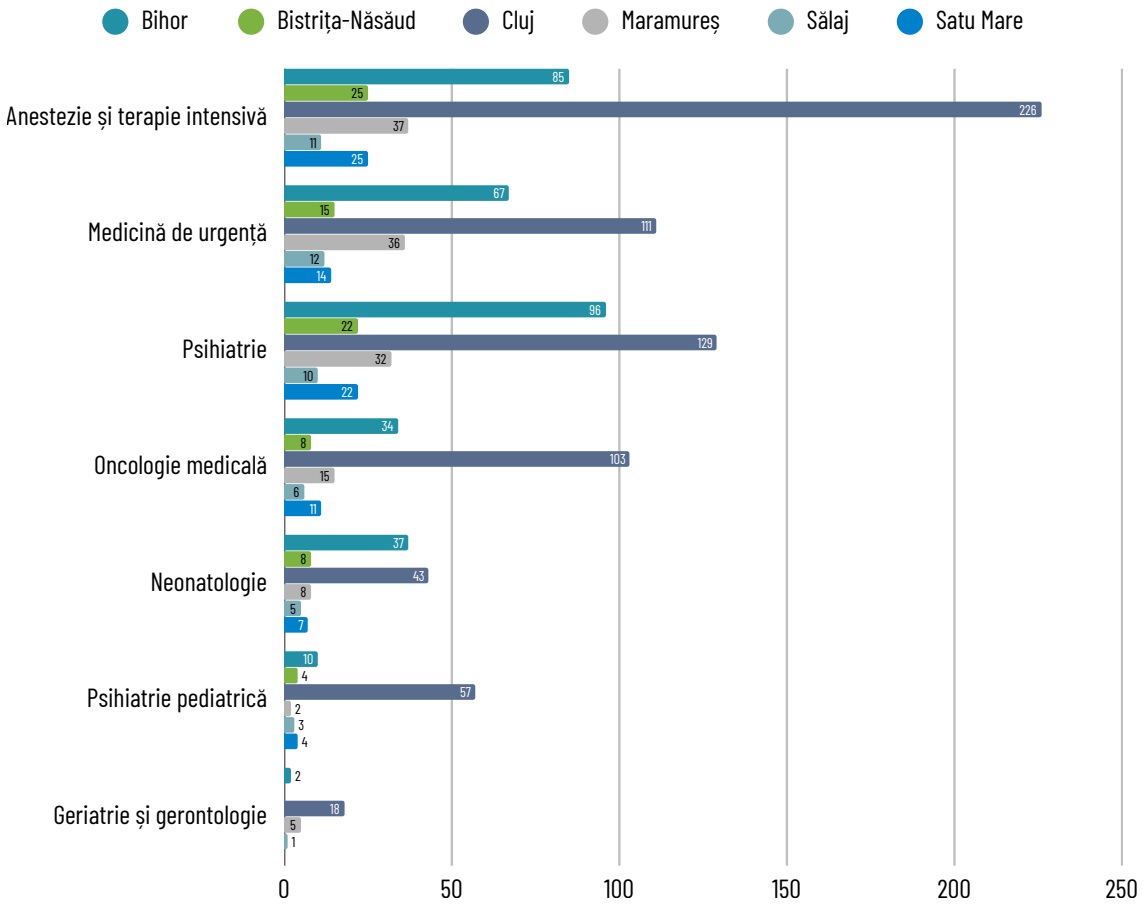


Figura 24 - Efectivele pe specialități critice pe județe, anul 2026

Medicina de familie și accesul la asistență primară

Medicina de familie reprezintă primul contact al populației cu sistemul de sănătate și unul din mecanismele de filtrare spre servicii de specialitate. Spre deosebire de asistența spitalicească, asigurată preponderent prin unități publice, medicina de familie în România funcționează aproape integral în regim privat, cabinetele medicilor de familie fiind entități independente aflate în relație contractuală cu CAS [73].

La nivelul regiunii, numărul total al medicilor de familie ajunge în anul 2025 la 1.624 de cadre, plasând regiunea pe locul al cincilea la nivel național, după București-Ilfov, Nord-Est, Vest și Centru și reprezentând o pondere de 12,28% din totalul național. Această poziție marchează o retrogradare cu două locuri într-un singur an, întrucât în 2024 regiunea ocupa locul al treilea, cu 1.572 de cadre și un avans de un singur medic față de Vest. Analiza acestei categorii relevă o stagnare prelungită, după anul 2010, când a fost înregistrată o perioadă de vârf cu 1.910 cadre, ulterior numărul medicilor de familie s-a stabilizat și a oscilat între 1.518 și 1.608 cadre în intervalul 2013-2023 [74]. Redresarea din ultimii doi ani, de 67 de cadre față de anul 2023, rămâne inferioară dinamicii naționale, efectivul țării crescând cu 4,98% în 2025 față de anul anterior, iar cel

[73] LEGE nr. 95 din 14 aprilie 2006 (**republicată**) privind reforma în domeniul sănătății, EMITENT PARLAMENTUL, Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 652 din 28 august 2015

[74] TEMPO, indicatorul SAN104B - Personalul medico-sanitar pe categorii, forme de proprietate, judete si localitati. (f.a.). Preluat în 22 iunie 2026, din http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table

regional cu 3,31%, ceea ce explică scăderea continuă a ponderii regionale, de la 12,78% în anul 2018 la 12,28% în 2025. Această stagnare se află în opoziție cu creșterea constantă înregistrată de Regiunea București-Ilfov și confirmă o concentrare progresivă a resursei de asistență primară către capitală, în paralele cu o subinvestire în restul țării.

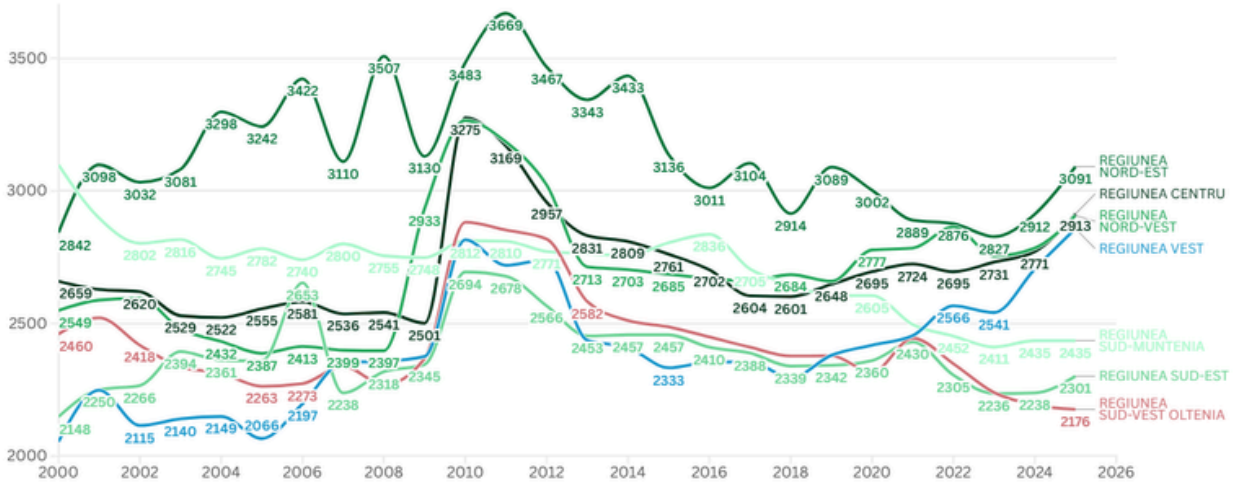


Figura 25 - Evoluția medicilor de familie în România

Această stabilitate la nivel regional acoperă evoluții diferite de la un județ la altul, în timp ce județele Cluj și Bihor au înregistrat creșteri în ultimii doi ani, ajungând în anul 2025 la 505, respectiv 470 medici de familie, în timp ce celelalte patru județe au înregistrat scăderi constante. Județul Maramureș a scăzut de la 265 medici de familie în 2012 la 242 în anul 2025, Satu Mare de la 201 la 168, iar Bistrița-Năsăud de la 149 la 136, iar Sălaj de la 123 în anul 2013, valoarea sa maximă, la 103, nivel care se menține din anul 2023 [75]. Spre deosebire de medicina de specialitate, concentrată în centrul universitar clujean, asistența primară nu este dominată de un singur județ, însă concentrarea întregii creșteri regionale recente în Cluj și Bihor, care adaugă împreună 55 de cadre în timp ce restul regiunii pierde trei, indică faptul că redresarea ocolește tocmai județele cu deficit. Pierderea medicilor de familie din cele patru județe se suprapune teritorial peste creșterea numărului de localități în care nu mai funcționează niciun cabinet de medicină de familie, astfel încât tot mai mulți locuitori din aceleași zone rămân fără acces la îngrijiri de bază.

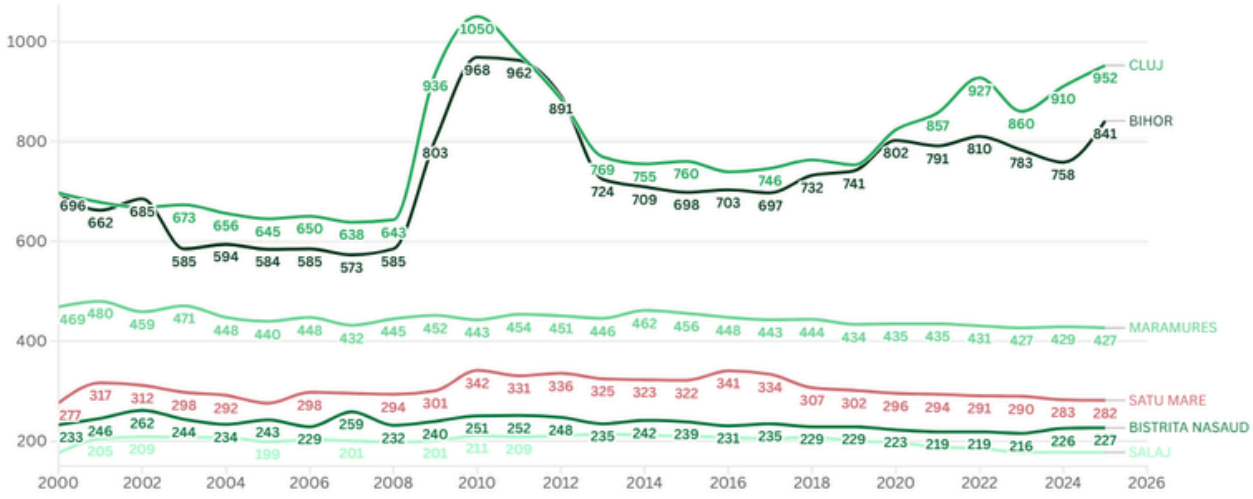


Figura 26 - Evoluția medicilor de familie în Regiunea Nord-Vest

[75] TEMPO, indicatorul SAN104B - Personalul medico-sanitar pe categorii, forme de proprietate, judete si localitati. (f.a.). Preluat în 22 iunie 2026, din http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table

Comparativ cu distribuția teritorială a medicilor de specialitate care este concentrată în centrele universitare, densitatea medicilor de familie este mai uniformă și variază mai puțin între județe, întrucât asistența primară este distribuită în funcție de nevoia populației, nu este condiționată de existența infrastructurii spitalicești. Densitatea medicilor de familie raportată la populația rezidentă confirmă același tipar observat în privința numărului de medici, însă introduce o perspectivă nouă. În anul 2025, județele Bihor și Cluj aveau cele mai ridicate valori, de 0,84, respectiv 0,72 medici de familie la 1.000 locuitori, în timp ce cele patru județe au înregistrat o densitate similară cuprinsă între 0,46 în Bistrița-Năsăud și 0,54 în Maramureș.

În context național, Regiunea Nord-Vest a înregistrat în anul 2025 o densitate de 0,64 medici de familie la 1.000 locuitori rezidenți [76], valoare car o plasează pe locul al cincilea dintre cele opt regiuni de dezvoltare, după București-Ilfov și Vest care ating o densitate 1,18 respectiv 0,991,06 medici de familie la 1.000 locuitori, precum și după Centru și Sud-Vest Oltenia. Ierarhia este distribuită neuniform, astfel, primele două regiuni s-au decalat de restul țării, în timp ce celelalte șase se grupează într-un interval strâns, între 0,48 în Sud-Muntenia și 0,72 în Centru, iar regiunea se află pe locul al treilea în acest grup. Până în anul 2024 regiunea ocupa locul al treilea pe numărul de medici și locul al cincilea pe densitate, diferență care arăta că poziția favorabilă din primul clasament ținea de numărul locuitorilor, nu de nivelul acoperirii. În anul 2025 cele două clasamente coincid, regiunea situându-se pe locul al cincilea la ambele. Nord-Estul se află în aceeași situație, dispunând de 1.702 medici de familie, cu 78 mai mulți decât Nord-Vestul, dar și de o populație cu 674.000 de locuitori mai numeroasă, astfel încât densitatea sa coboară la 0,53 medici la 1.000 de locuitori. Comparația cu valorile din Uniunea Europeană, unde densitatea asistenței primare este superioară, rămâne limitată, întrucât definiția medicului generalist diferă de la un sistem de sănătate la altul.

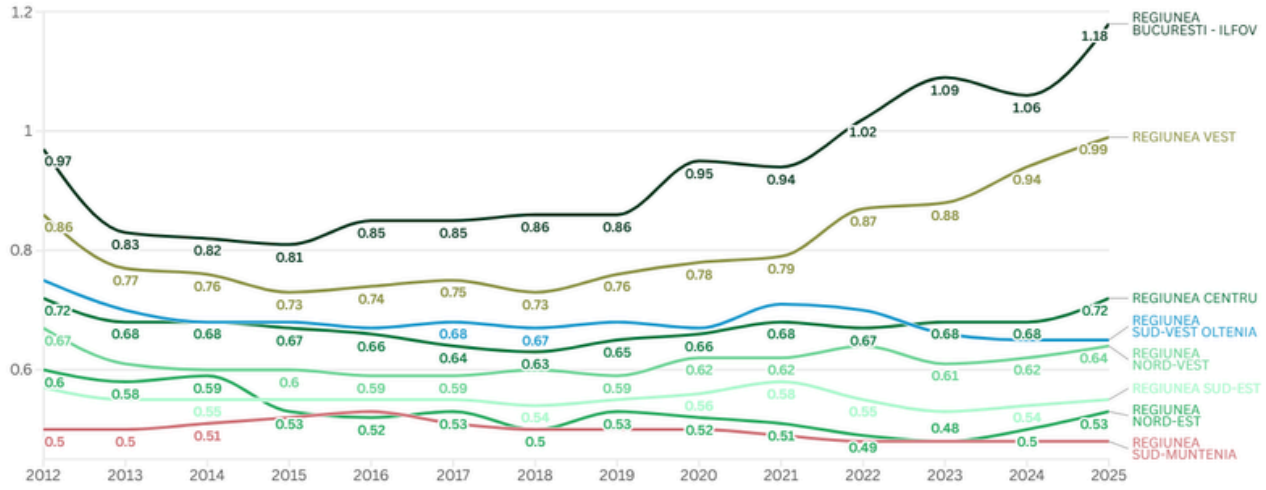


Figura 27 - Densitatea medicilor de familie la 1.000 locuitori în România

Evoluția densității în perioada 2012-2025 subliniază adâncirea discrepanțelor intraregionale spre exemplu județele Bihor și Clujul s-au menținut pe întreaga perioadă analizată peste media regională, ajungând în 2025 la o densitate de 0,84, respectiv 0,72 medici de familie la 1.000 locuitori, Clujul recuperând astfel nivelul din 2012, după ce coborâse la 0,66 în anul 2023. Bihorul a atins maximul perioadei în anul 2012, cu 0,87 medici la 1.000 locuitori, a coborât treptat până la 0,78 în 2024 și a revenit la 0,84 în 2025. Județele

[76] Indicator calculat folosind datele preluate de pe: TEMPO, indicatorul SAN104B - Personalul medico-sanitar pe categorii, forme de proprietate, judete si localitati. (f.a.). Preluat în 22 iunie 2026, din http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table, și
Indicatorul POP105A - Populatia rezidenta la 1 ianuarie pe grupe de varsta si varste, sexe si medii de rezidenta, macroregiuni, regiuni de dezvoltare si judete
Formula de calcul = (Nr. medici de familie/nr. populație rezidentă)*1.000.

Bistrița-Năsăud, Maramureș, Satu Mare și Sălaj au înregistrat un trend negativ pe toată perioada analizată, pornind în 2012 de la valori cuprinse între 0,52 în Bistrița-Năsăud și 0,59 în Satu Mare, iar în 2025 ajungând la valori între 0,46 medici de familie la 1.000 locuitori în Bistrița-Năsăud, cea mai scăzută densitate regională și 0,54 în Maramureș. Această scădere se produce tocmai în județele care se confruntă cu un declin demografic mai avansat, însă faptul că densitatea scade și pe fondul reducerii populației indică o retragere a medicilor de familie, prin relocare sau pensionare. Comparațiile aferente anului 2022 se interpretează cu prudență, deoarece seria populației rezidente prezintă o discontinuitate în acel an, prin anexarea rezultatelor recensământului din 2021. Efectul este vizibil în Bistrița-Năsăud, unde populația de referință crește cu 18.834 de persoane într-un singur an, în timp ce numărul medicilor de familie scade cu unul, astfel încât reducerea densității din 2022 reflectă revizuirea statistică.

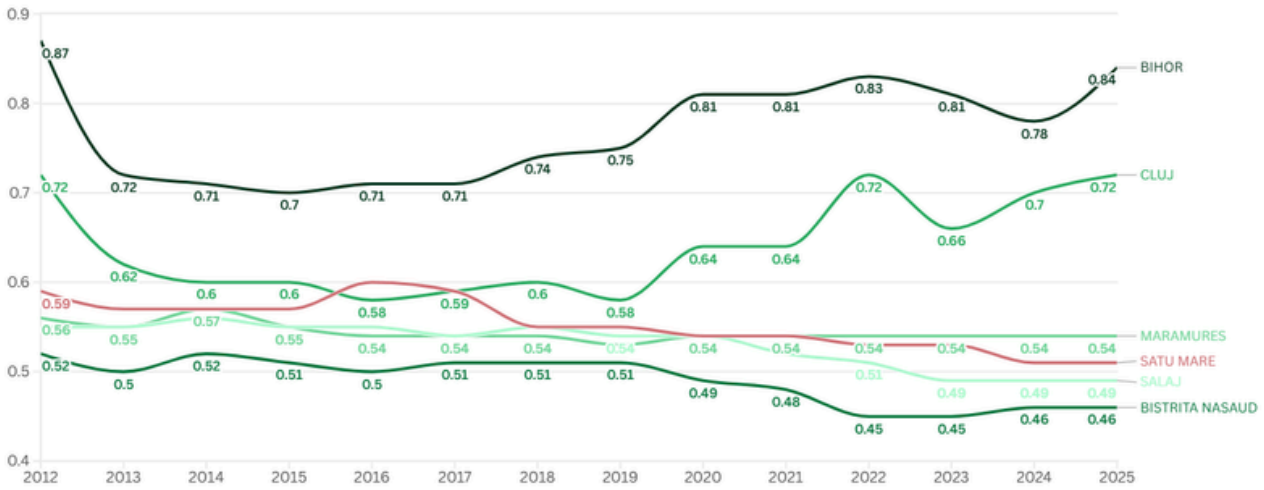


Figura 28 - Densitatea medicilor de familie la 1.000 locuitori în Regiunea Nord-Vest

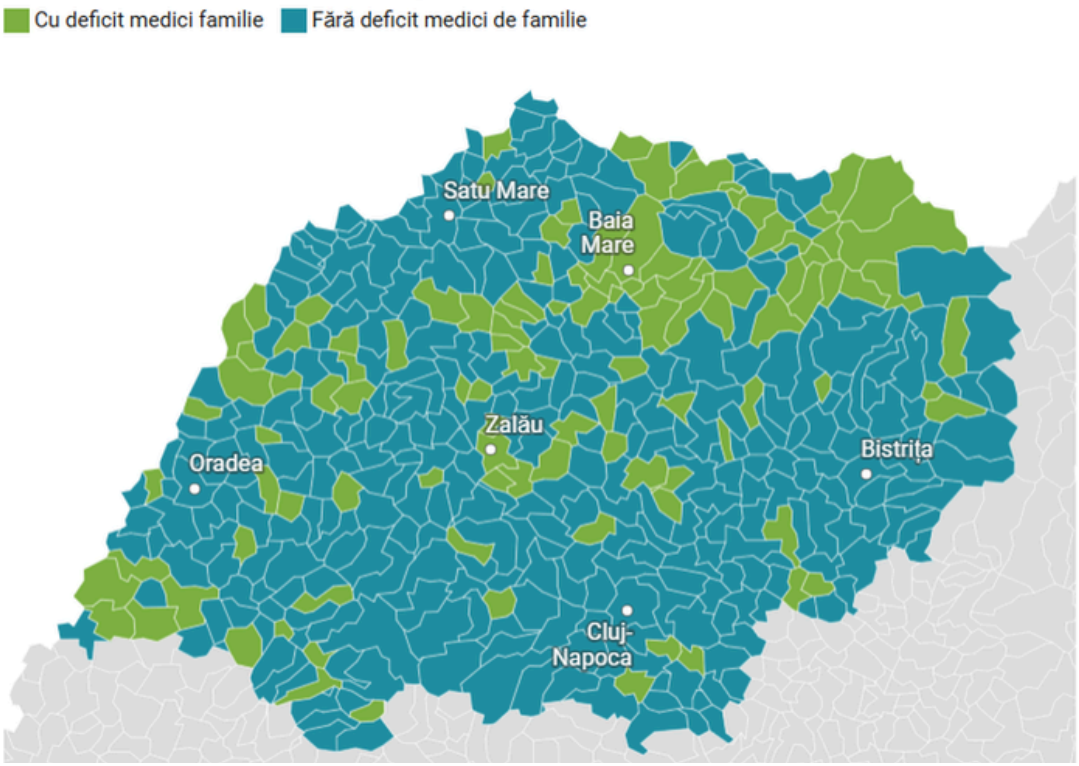
Trebuie subliniat că densitatea medie este o măsură de acoperire, nu de acces propriu-zis al locuitorilor la asistența primară, o valoare a densității medicilor de familie care pare rezonabilă la nivel de județ, precum 0,49 la 1.000 locuitori din Sălaj, poate ascunde diferențe importante în interiorul județului, atunci când medicii existenți se concentrează în orașe și în centrele de comună, lăsând localități neacoperite sau insuficient deservite. Din acest motiv, densitatea trebuie analizată împreună cu localitățile care prezintă un deficit de medici de familie, deoarece prima arată cât de multă resursă umană există, iar cea din urmă arată unde se află zonele deficitare, mai exact golurile de acces.

Unul dintre cei mai relevanți indicatori pentru evaluarea echității accesului este populația care trăiește în localități cu deficit de medici de familie, categorie care cuprinde atât localitățile lipsite complet de medic de familie, cât și pe cele care dispun de medic, dar într-un număr insuficient raportat la populația deservită. La nivelul regiunii, la 31 decembrie 2025 din cele 446 de unități administrativ-teritoriale, 120 de localități [77], cu o populație de 691.814 de locuitori [78] reprezentând 24,76% din total, se aflau în această situație. Structura acestui deficit este însă neuniformă, întrucât 24 de localități nu dispun nici de medic de familie, nici de un punct de lucru al unui cabinet din altă localitate, alte 39 sunt deservite exclusiv printr-un punct de

[77]Anexa 11 publicată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru situația de la 31 decembrie 2025 listează localitatea Călinești din județul Maramureș de două ori, astfel încât numărul localităților distincte cu deficit este 120, iar necesarul strict de medici de familie 161. Valorile prezentate în text le reproduc pe cele publicate de instituție, pentru a permite verificarea directă în sursă.

[78]Populația localităților este cea după domiciliu, singura publicată la nivel de localitate, motiv pentru care ponderile din această subsecțiune se raportează tot la populația după domiciliu a regiunii, de 2.798.743 de locuitori la 1 ianuarie 2025, și nu sunt comparabile cu densitățile de personal medical din secțiunile anterioare, construite pe populația rezidentă.

lucru extern, iar restul de 57 au medic propriu, însă cu o listă supraîncărcată, deficitul fiind aici unul de capacitate, care s-ar corecta prin suplimentarea cu unul sau doi medici. Cele trei situații necesită instrumente de politică publică diferite, suplimentarea unei liste într-o localitate care dispune deja de cabinet și de medic fiind sensibil mai facilă de realizat decât atragerea primului medic într-o localitate fără infrastructură de asistență primară.



Harta 2 - Deficitul de medici de familie în Regiunea Nord-Vest

Distribuția deficitului este inegală și nu se suprapune peste numărul de localități afectate, întrucât cele trei forme de deficit se combină diferit de la un județ la altul. Județul Bihor concentrează 27 de localități cu deficit, însă niciuna complet descoperită, întregul său deficit fiind unul de capacitate sau de deservire prin puncte de lucru externe. La polul opus, Maramureșul cumulează 48 de localități, dintre care 9 complet lipsite de medic, cel mai mare număr din Regiune, iar Sălajul 18, dintre care 6. Bistrița-Năsăud și Clujul au câte 9 localități afectate, cu câte 2 complet descoperite, în timp ce Satu Mare, deși are tot 9 localități cu deficit, înregistrează 5 complet descoperite, adică mai mult de jumătate, cea mai ridicată pondere din regiune.

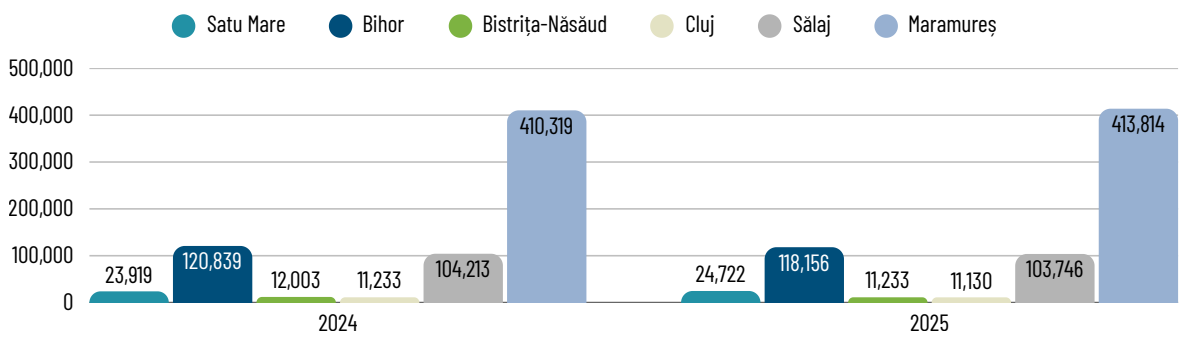


Figura 29 - Populația deservită deficitar de medici de familie în Regiunea Nord-Vest

În interiorul acestei categorii se distinge un indicator mai sever, al localităților complet lipsite de asistență primară, care nu dispun nici de medic de familie propriu, nici de un punct de lucru al unui cabinet din altă localitate. La nivelul regiunii, 24 dintre cele 120 de localități cu deficit se aflau în această situație la 31 decembrie 2025. Distincția este esențială, întrucât populația acestor localități nu se confruntă cu un acces dificil sau supraaglomerat, ci cu absența completă a asistenței primare la nivel local. Maramureșul concentrează cel mai mare număr, 9 localități, urmat de Sălaj cu 6 și de Satu Mare cu 5, în timp ce Bistrița-Năsăud și Clujul înregistrează câte 2, iar Bihorul niciuna, întreg deficitul său fiind unul de capacitate. Poziția județului Satu Mare merită semnalată separat, întrucât cele 5 localități complet descoperite reprezintă mai mult de jumătate din cele 9 aflate în deficit, proporția cea mai ridicată din regiune.

Amploarea efectului necesar pentru remedierea acestui deficit poate fi cuantificată prin numărul de medici de familie necesari pentru acoperirea localităților cu deficit, indicator preluat din evidențele CNAS [79] și definit la nivelul fiecărei localități. La nivelul regiunii, la 31 decembrie 2025 acoperirea integrală ar necesita aproximativ 161 de medici de familie, această cifră cuprinzând atât medicii necesari pentru localitățile complet descoperite, cât și pe cei necesari pentru degrevarea celor parțial acoperite. Necesarul este concentrat geografic, Maramureșul înregistrând 86 de medici, adică peste jumătate din totalul regional, urmat la mare distanță de Bihor cu 29 și de Sălaj cu 20.

Concentrarea necesarului în Maramureș se suprapune peste ierarhia localităților complet descoperite, condusă de același județ, ceea ce confirmă că acolo se cumulează ambele forme de deficit, absența medicului în mediul rural și supraîncărcarea listelor din Baia Mare și din celelalte orașe. Concentrarea confirmă faptul că problema asistenței primare în Regiune nu este una de volum regional, întrucât regiunea dispune în ansamblu de o densitate situată la mijlocul ierarhiei naționale, ci una de distribuție teritorială, deficitul adâncindu-se tocmai în județele mai mici și mai rurale, unde pierderea de medici de familie și creșterea populației afectate sunt părți ale aceluiași proces.

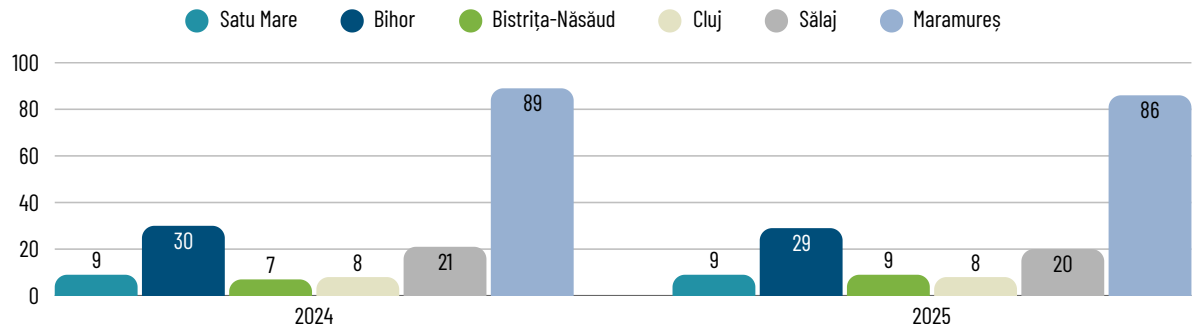


Figura 30 - Numărul necesar de medici de familie în Regiunea Nord-Vest

Capacitatea spitalicească

Deficitul de resursă umană documentat anterior se suprapune peste o distribuție la fel de inegală a capacității de internare, analizată în continuare. Capacitatea de spitalizare reprezintă una dintre dimensiunile fundamentale ale infrastructurii sanitare și condiționează, prin volumul, structura și distribuția teritorială a paturilor, măsura în care regiunea poate răspunde unei cereri de îngrijire aflate sub presiune structurală, pe fondul îmbătrânirii populației și al evoluției profilului epidemiologic descrise anterior.

[79] Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Situatii Statistice—Anexa 11 „Localități fără medic de familie". Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Preluat în 24 iunie 2026, din https://cnas.ro/situatii-statistice/.

Valorile prezentate în continuare se referă la anul 2022 și la paturile de spitalizare continuă, capacitatea de spitalizare de zi și cea medico-socială fiind urmărite separat.

În anul 2022, sistemul spitalicesc al regiunii dispunea de un total de 16.731 de paturi [80], volum care o situa pe locul al treilea între cele opt regiuni de dezvoltare, după regiunile Nord-Est și București-Ilfov. Această poziționare nu constituie însă, prin ea însăși, un indicator relevant al gradului de dotare, întrucât volumul absolut al paturilor reflectă dimensiunea demografică a fiecărui teritoriu, motiv pentru care evaluarea capacității de spitalizare presupune raportarea numărului de paturi la populația deservită.

Raportată la populația după domiciliu, de 2.816.154 de locuitori la nivelul anului 2022, capacitatea de spitalizare a regiunii corespunde unei densități de 5,94 paturi la 1.000 de locuitori, față de o medie națională de 5,41 paturi la 1.000 de locuitori. La acest indicator regiunea ocupă locul al treilea la nivel național, după Regiunile București-Ilfov, cu 6,77 paturi la 1.000 de locuitori, și Vest, cu 6,02 paturi la 1.000 de locuitori. Poziția regiunii nu provine dintr-un numitor demografic redus, situație caracteristică regiunii Vest, și nici nu este diluată de un volum populațional ridicat, cum se întâmplă în cazul Regiunii Nord-Est, care deține cel mai mare număr absolut de paturi din țară, dar coboară la 4,68 paturi la 1.000 de locuitori. Regiunea se numără printre teritoriile cu populație numeroasă care mențin totodată o densitate superioară mediei naționale.

Interpretarea acestei poziționări trebuie corelată cu prezența, pe teritoriul Regiunii, a unuia dintre cele mai importante centre universitare medicale din țară, concentrate în municipiul Cluj-Napoca. Densitatea ridicată a paturilor nu reflectă un nivel uniform de acces al populației din întreaga regiune la serviciile spitalicești, ci este influențată de existența unor centre de referință care concentrează o parte importantă a capacității și care atrag pacienți din afara arealului administrativ propriu, inclusiv din alte regiuni. Provocarea de fond a sistemului spitalicesc regional nu constă, neapărat în insuficiența volumului de paturi, ci în structura acestora pe tipuri de îngrijire și în distribuția lor teritorială, aspecte analizate în continuare.

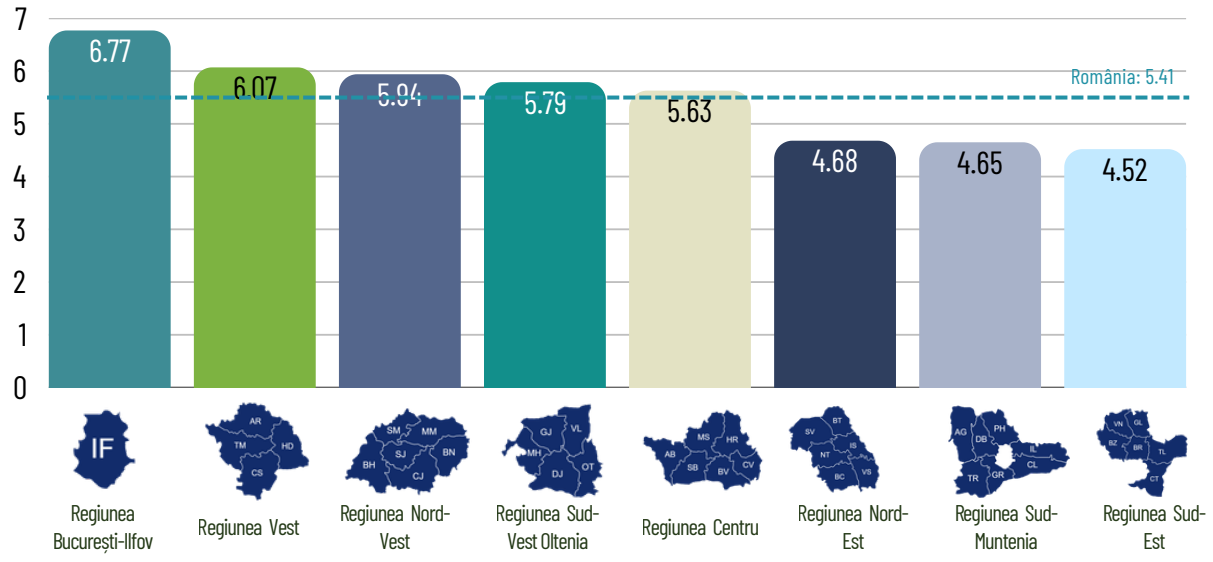


Figura 31 - Numărul de paturi la 1.000 locuitori în România, pe regiuni de dezvoltare

Repartizarea capacității pe cele șase județe ale regiunii nu urmează un tipar proporțional cu populația, ci reflectă o ierarhizare funcțională a rețelei spitalicești. Județul Cluj concentrează 5.823 de paturi, respectiv 34,80% din capacitatea regională, în condițiile în care deține 26,31% din populația regiunii, un excedent de 8,49 puncte procentuale care corespunde unui raport de 1,32 între cota de capacitate și cota demografică.

[80] PATURI IN SPITALE - data.gov.ro. (f.a.). Preluat în 15 iunie 2026, din https://data.gov.ro/dataset/paturi-in-spitale

Județul Bihor prezintă singura situație de echilibru, cu 21,76% din paturi pentru 21,74% din populație, în timp ce toate celelalte patru județe se situează sub propria pondere demografică, respectiv Maramureș cu 16,75% din paturi pentru 18,29% din populație, Satu Mare cu 11,01% pentru 13,57%, Sălaj cu 7,00% pentru 8,55%, iar Bistrița-Năsăud cu 8,68% pentru 11,55%, ceea ce corespunde unui raport de 0,75, cel mai redus din regiune.

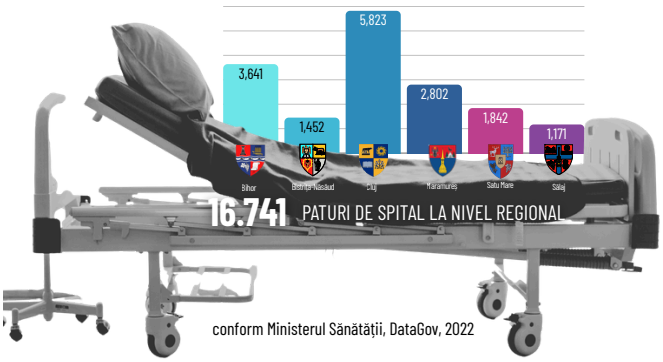


Figura 32 - Numărul paturilor din spitale în Regiunea Nord-Vest, anul 2022

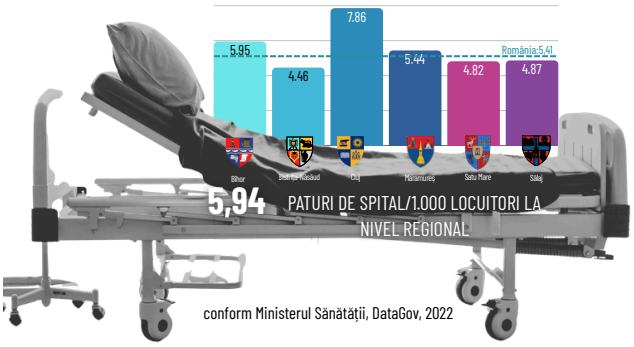


Figura 33 - Numărul paturilor la 1.000 locuitori în Regiunea Nord-Vest, anul 2022

Exprimată în densitate, această distribuție conduce la valori județene cuprinse între 7,86 paturi la 1.000 de locuitori în Cluj și 4,46 în Bistrița-Năsăud, cu Bihor la 5,95, Maramureș la 5,44, Sălaj la 4,87 și Satu Mare la 4,82. Trei județe se situează astfel sub media națională de 5,41 paturi la 1.000 de locuitori, iar valoarea înregistrată în Bistrița-Năsăud este inferioară celei din oricare dintre cele opt regiuni de dezvoltare, inclusiv regiunii Sud-Est, care ocupă ultima poziție la nivel național cu 4,52 paturi la 1.000 de locuitori.

Poziția a treia a regiunii în ierarhia națională a densității de paturi este generată în întregime de județul Cluj. Excluzând capacitatea concentrată în acest județ, restul regiunii dispune de 10.908 paturi pentru 2.075.344 de locuitori [81], respectiv 5,26 paturi la 1.000 de locuitori, valoare inferioară mediei naționale. Densitatea regională de 5,94 paturi la 1.000 de locuitori reprezintă media ponderată a șase situații foarte diferite, în care județul Cluj ajunge la 7,86 paturi la 1.000 de locuitori și depășește inclusiv regiunea București-Ilfov, Bihorul și Maramureșul se mențin peste media națională, iar Satu Mare, Sălaj și Bistrița-Năsăud coboară la valori apropiate sau chiar inferioare celei înregistrate în regiunea cel mai slab asigurată din țară.

Analiza structurii capacității de spitalizare presupune o grupare a celor 44 de specialități raportate în categorii comparabile din perspectiva intensității îngrijirii, a cerințelor de dotare tehnică și a duratei uzuale de internare. Gruparea utilizată în continuare nu corespunde unei clasificări normative, întrucât criteriile de clasificare stabilite prin Ordinul nr. 1408/2010 [82] completat prin Ordinul nr. 323/2011[83] se aplică unităților sanitare în ansamblu, iar repartizarea paturilor pe specialități este o alegere metodologică pentru instrumentul de analiză aplicat în scopul prezentei diagnoze. Cele cinci grupe sunt reciproc exclusive și acoperă integral capacitatea regională de 16.731 de paturi, fiecare specialitate fiind alocată unei singure grupe. Denumirile folosite în continuare provin din nomenclatorul de raportare al unităților sanitare, în care termenii „acuți" și „cronici" desemnează categorii de pacienți, iar nu forme ale limbii curente. Prin paturi pentru acuți se înțeleg cele destinate afecțiunilor cu evoluție rapidă și durată scurtă de internare, prin paturi

[81] INS TEMPO-online, POP107A, populația după domiciliu la 1 ianuarie 2022, Regiunea Nord-Vest, județele Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu Mare și Sălaj

[82] ORDIN nr. 1.408 din 12 noiembrie 2010 privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor în funcție de competență, EMITENT MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 769 din 17 noiembrie 2010

[83]ORDIN nr. 323 din 18 aprilie 2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, EMITENT MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 274 din 19 aprilie 2011

pentru cronici cele destinate afecțiunilor de lungă durată, iar prin psihiatrie acuți și psihiatrie cronici secțiile orientate către episodul acut, respectiv către îngrijirea instituționalizată prelungită. Formele din nomenclator sunt păstrate acolo unde reproduc structura sursei, pentru a permite verificarea în raportările oficiale.

Grupa specialităților complexe reunește specialitățile care presupun dotare tehnică avansată, echipe multidisciplinare și competență de vârf, a căror funcționare nu este posibilă în afara unor centre cu volum suficient de cazuistică. Aceste servicii nu se pot dispersa teritorial fără pierdere de calitate, concentrarea lor fiind o caracteristică asumată a oricărei rețele organizate pe niveluri de competență.

Grupa îngrijirii de lungă durată și recuperarea cuprinde specialitățile caracterizate prin intensitate clinică redusă și durată prelungită de internare, în care patul funcționează preponderent ca spațiu de îngrijire, iar nu ca suport pentru intervenție acută. Această grupă include atât capacitatea destinată patologiilor cronice și psihiatriei cronice, cât și rețeaua de tuberculoză și structurile de recuperare medicală, fiind grupa cu cel mai ridicat potențial de reconversie funcțională.

Grupa segmentului materno-infantil reunește specialitățile a căror cerere este determinată direct de evoluția natalității și de structura pe vârste a populației tinere, motiv pentru care sensibilitatea sa la dinamica demografică este mai mare decât în cazul celorlalte grupe.

Grupa psihiatriei acute și generale este tratată distinct de psihiatria cronică, întrucât cele două răspund unor nevoi diferite, prima fiind orientată către episodul acut și reintegrarea rapidă, iar a doua către îngrijirea instituționalizată de lungă durată.

Restul capacității cuprinde specialitățile de bază ale unui spital județean, care asigură tratarea patologiei curente la nivel de proximitate și care se regăsesc, în proporții comparabile, în toate cele șase județe.

Grupă funcțională	Specialități incluse	Paturi	Pondere
Complexe	Anestezie și terapie intensivă; chirurgie cardiovasculară; neurochirurgie; chirurgie toracică; chirurgie maxilo-facială; chirurgie plastică și reparatorie; oncologie medicală; gastroenterologie; hematologie	2.145	12,82%
Lungă durată și recuperare	Cronici; psihiatrie cronici; recuperare medicală fizică și balneologie; recuperare neuro-psiho-motorie; recuperare pediatrică; tuberculoză; pneumologie TBC; chirurgie toracică (TBC)	4.15	24,80%
Materno-infantil	Obstetrică-ginecologie; pediatrie; pediatrie cronici; neonatologie; neonatologie prematuri; chirurgie pediatrică	2.589	15,47%
Psihiatrie acuți și generală	Psihiatrie; psihiatrie acuți	1.026	6,13%
Restul capacității	Interne; chirurgie generală; cardiologie; neurologie; pneumologie; ortopedie și traumatologie; boli infecțioase; ORL; oftalmologie; urologie; dermato-venerologie; diabet zaharat, nutriție și boli metabolice; endocrinologie; reumatologie; geriatrie și gerontologie; medicina muncii; medicină generală; alte secții	6.821	40,77%
Total		**16.731**	**100,00%**

Tabel 17 - Componența grupelor funcționale și capacitatea aferentă

Ierarhizarea funcțională a rețelei se observă în cazul specialităților care presupun dotare tehnică și competență de vârf, unde ponderea deținută de județul Cluj depășește cu mult ponderea sa demografică. Dintre cele 81 de paturi regionale de chirurgie cardiovasculară, 67 se află în județul Cluj, restul fiind reprezentat de câte 4 paturi în Bihor și Maramureș și 6 în Satu Mare, valori care nu corespund unor servicii funcționale autonome, în timp ce județele Bistrița-Năsăud și Sălaj nu dispun de niciun pat de acest profil.

Ierarhizarea funcțională a rețelei se observă în cazul specialităților care presupun dotare tehnică și competență de vârf, unde ponderea deținută de județul Cluj depășește cu mult ponderea sa demografică. Dintre cele 81 de paturi regionale de chirurgie cardiovasculară, 67 se află în județul Cluj, restul fiind reprezentat de câte 4 paturi în Bihor și Maramureș și 6 în Satu Mare, valori care nu corespund unor servicii funcționale autonome, în timp ce județele Bistrița-Năsăud și Sălaj nu dispun de niciun pat de acest profil. Aceeași concentrare se regăsește în cazul gastroenterologiei, unde județul Cluj deține 262 din cele 410 paturi regionale, respectiv 63,9%, al oncologiei medicale, cu 392 din 644 de paturi, respectiv 60,9%, și al secțiilor de anestezie și terapie intensivă, cu 283 din 600 de paturi, respectiv 47,2%. Se conturează, prin urmare, un tipar potrivit căruia cu cât o specialitate presupune un grad mai ridicat de complexitate, cu atât capacitatea aferentă este mai concentrată într-un singur județ.

Ierarhizarea funcțională a rețelei se observă în cazul specialităților care presupun dotare tehnică și competență de vârf, unde ponderea deținută de județul Cluj depășește cu mult ponderea sa demografică. Dintre cele 81 de paturi regionale de chirurgie cardiovasculară, 67 se află în județul Cluj, restul fiind reprezentat de câte 4 paturi în Bihor și Maramureș și 6 în Satu Mare, valori care nu corespund unor servicii funcționale autonome, în timp ce județele Bistrița-Năsăud și Sălaj nu dispun de niciun pat de acest profil. Aceeași concentrare se regăsește în cazul gastroenterologiei, unde județul Cluj deține 262 din cele 410 paturi regionale, respectiv 63,9%, al oncologiei medicale, cu 392 din 644 de paturi, respectiv 60,9%, și al secțiilor de anestezie și terapie intensivă, cu 283 din 600 de paturi, respectiv 47,2%. Se conturează, prin urmare, un tipar potrivit căruia cu cât o specialitate presupune un grad mai ridicat de complexitate, cu atât capacitatea aferentă este mai concentrată într-un singur județ.

Agregate, secțiile care presupun competență și dotare de vârf, respectiv anestezie și terapie intensivă, chirurgie cardiovasculară, neurochirurgie, chirurgie toracică, chirurgie maxilo-facială, chirurgie plastică și reparatorie, oncologie medicală, gastroenterologie și hematologie, cumulează 2.145 de paturi la nivel regional, echivalentul a 12,82% din capacitate. Ponderea acestora în capacitatea proprie fiecărui județ variază de la 19,90% în Cluj la 10,53% în Satu Mare, 10,28% în Maramureș, 9,48% în Bihor, 7,77% în Sălaj și 4,68% în Bistrița-Năsăud.

Raportate la populație, aceste paturi corespund unei densități de 1,56 la 1.000 de locuitori în județul Cluj, față de 0,56 în Bihor și Maramureș, 0,51 în Satu Mare, 0,38 în Sălaj și 0,21 în Bistrița-Năsăud, un raport de 7,5 ori între valoarea maximă și cea minimă, aproape dublu față de decalajul constatat în structura procentuală a capacității. Concentrarea competenței medicale în centrul universitar clujean nu constituie, în sine, o disfuncție, ierarhizarea funcțională fiind o caracteristică a oricărei rețele spitalicești organizate pe niveluri de competență. Problema o constituie faptul că această concentrare se suprapune peste un decalaj comparabil al densității medicilor, de 3,78 ori între aceleași două județe, și peste distribuția inegală a asistenței primare documentată anterior, astfel încât județele deficitare la nivel spitalicesc sunt aceleași cu cele deficitare la nivelul resursei umane și al accesului de proximitate, fără ca vreuna dintre aceste dimensiuni să compenseze pentru celelalte.

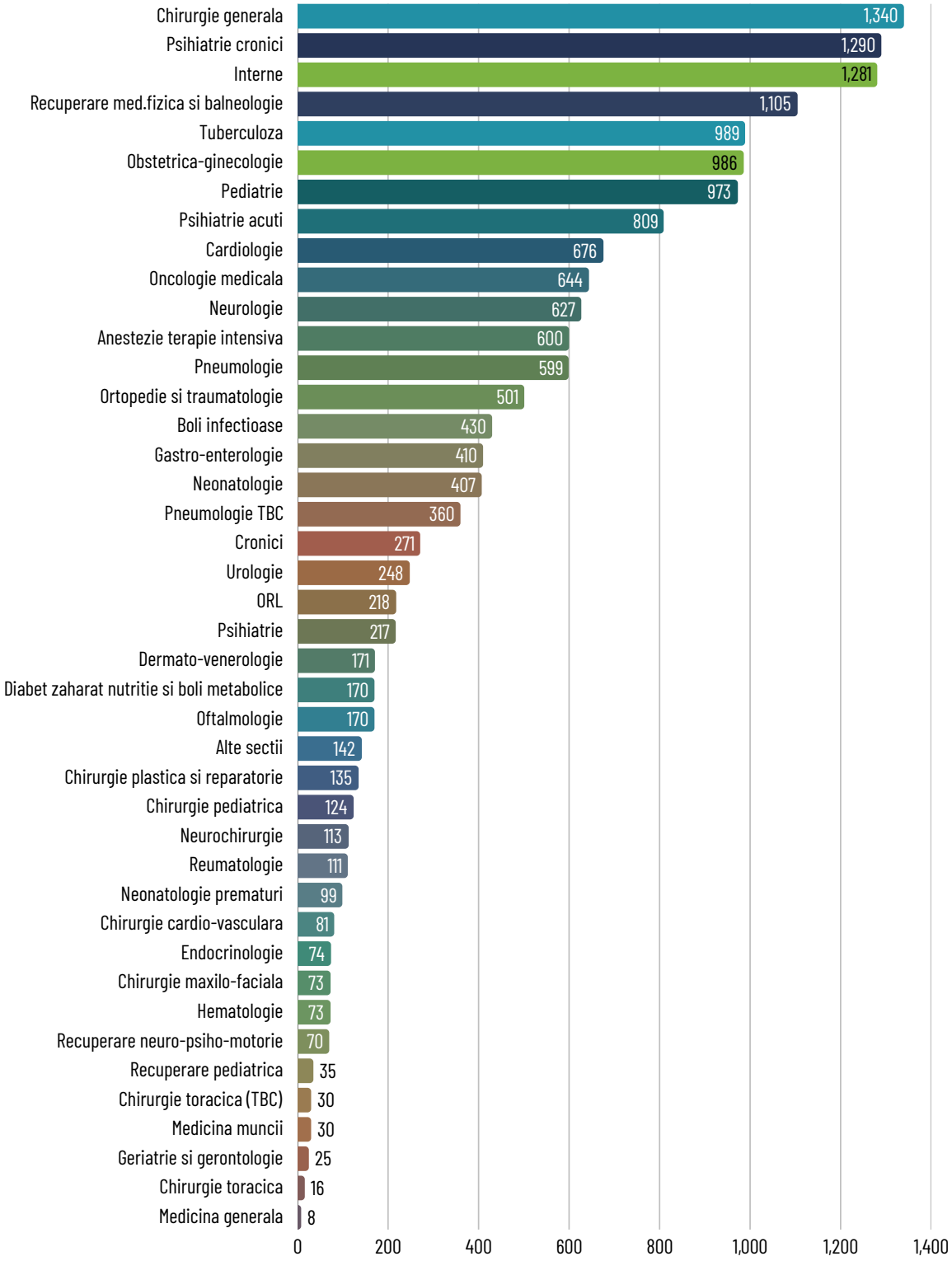


Figura 34 - Distribuția paturilor pe specialități în Regiunea Nord-Vest, anul 2022

La polul opus se situează îngrijirea de lungă durată și de recuperare, categorie care reunește paturile de cronici, psihiatrie cronici, recuperare medicală fizică și balneologie, recuperare neuro-psiho-motorie, recuperare pediatrică, tuberculoză, pneumologie pentru tuberculoză și chirurgie toracică pentru tuberculoză, însumând 4.150 de paturi, respectiv 24,80% din capacitatea regională. Ponderea este cea mai ridicată în Bihor, cu 32,30%, și în Bistrița-Năsăud, cu 30,30%, urmate de Maramureș cu 25,91%, Satu Mare cu 21,55%,

Sălaj cu 20,75% și Cluj cu 20,06%. Rezultă astfel că aproape un sfert din capacitatea de spitalizare a regiunii este destinată unor forme de îngrijire cu intensitate clinică redusă și durată de internare prelungită, iar în două județe ponderea se apropie de o treime (Bihor cu 32,30%, și Bistrița-Năsăud cu 30,30%).

În cazul Clujului, ponderea redusă a îngrijirii de lungă durată reflectă o rețea orientată către cazuistica acută și complexă, județul deținând cea mai ridicată pondere a specialităților de vârf, de 19,90%, față de o medie regională de 12,82%. În cazul Sălajului, aceeași pondere se raportează la o capacitate totală de 1.171 de paturi, cea mai redusă din regiune, situație în care procentele devin sensibile la variații de mici dimensiuni, iar județul se situează sub media regională la ambii poli funcționali, cu 7,77% la specialitățile de vârf și 20,75% la îngrijirea de lungă durată. Apropierea numerică dintre cele două județe indică situații opuse.

Numărul de paturi existente pe fiecare specialitate rămâne în urma schimbărilor petrecute în structura bolilor din regiune. Paturile destinate tuberculozei, respectiv secțiile de tuberculoză, pneumologie pentru tuberculoză și chirurgie toracică pentru tuberculoză, însumează 1.379 de paturi și reprezintă 8,24% din capacitatea regională. Raportate la cazuistica efectivă, acestea deservesc cele 753 de cazuri de tuberculoză înregistrate în regiune în anul 2024, în scădere cu 39% față de cele 1.237 de cazuri din 2017. La o durată medie de spitalizare de 40 până la 60 de zile pentru faza intensivă de tratament și la o rată de ocupare de 80%, necesarul rezultat se situează între 130 și 155 de paturi, adică sub o optime din capacitatea existentă. Regiunea înregistrează totodată o incidență a tuberculozei de 29,7 la 100.000 de locuitori, cu o treime sub media națională de 44,3, ceea ce arată că dimensiunea acestei capacități nu decurge din povara actuală a bolii, ci din moștenirea rețelei de sanatorii. Ponderea paturilor de tuberculoză variază între 11,02% în Bistrița-Năsăud și 6,25% în Cluj, ceea ce arată că moștenirea patrimonială este cu atât mai apăsătoare cu cât județul dispune de o rețea mai puțin diversificată.

Numărul de paturi existente pe fiecare specialitate rămâne în urma schimbărilor petrecute în structura bolilor din regiune. Paturile destinate tuberculozei, respectiv secțiile de tuberculoză, pneumologie pentru tuberculoză și chirurgie toracică pentru tuberculoză, însumează 1.379 de paturi și reprezintă 8,24% din capacitatea regională. Raportate la cazuistica efectivă, acestea deservesc cele 753 de cazuri de tuberculoză înregistrate în regiune în anul 2024, în scădere cu 39% față de cele 1.237 de cazuri din 2017. La o durată medie de spitalizare de 40 până la 60 de zile pentru faza intensivă de tratament și la o rată de ocupare de 80%, necesarul rezultat se situează între 130 și 155 de paturi, adică sub o optime din capacitatea existentă. Regiunea înregistrează totodată o incidență a tuberculozei de 29,7 la 100.000 de locuitori, cu o treime sub media națională de 44,3, ceea ce arată că dimensiunea acestei capacități nu decurge din povara actuală a bolii, ci din moștenirea rețelei de sanatorii. Ponderea paturilor de tuberculoză variază între 11,02% în Bistrița-Năsăud și 6,25% în Cluj, ceea ce arată că moștenirea patrimonială este cu atât mai apăsătoare cu cât județul dispune de o rețea mai puțin diversificată.

Această constatare nu permite concluzia unui deficit direct de paturi în specialitățile cardiovasculare, întrucât o parte importantă a patologiei circulatorii este tratată în secțiile de medicină internă, în terapie intensivă, în cardiologie intervențională sau în regim de spitalizare de zi, forme care nu se reflectă integral în structura paturilor de spitalizare continuă. Ea indică însă că structura patrimonială a rețelei nu a fost recalibrată în raport cu tranziția epidemiologică documentată anterior, respectiv cu reducerea ponderii bolilor aparatului circulator de la peste 61% în 1990 la 52,02% în 2024 și cu creșterea constantă a ponderii tumorilor până la 20,18%.

Cel mai reprezentativ exemplu al acestui decalaj îl constituie geriatria și gerontologia, disciplină care dispune la nivelul întregii regiuni de 25 de paturi, respectiv 0,15% din capacitate, toate localizate în județul

Cluj. Cinci dintre cele șase județe nu dispun de niciun pat de profil geriatric, într-un teritoriu în care grupele de vârstă de 65 de ani și peste concentrează 78,30% din decesele anuale și în care proiecțiile demografice indică o creștere cu 23% a ponderii vârstnicilor până în 2050.

Capacitatea de îngrijire psihiatrică prezintă cel mai accentuat decalaj intraregional dintre toate domeniile analizate. Cele 2.316 de paturi, respectiv 13,84% din capacitatea regională, se distribuie de la 19,97% din capacitatea proprie în Bihor la 4,10% în Sălaj, un raport de 4,87 ori între extreme, care reflectă amplasarea istorică a spitalelor de psihiatrie și de măsuri de siguranță, iar nu prevalența afecțiunilor psihice în teritoriu. Datele publice disponibile actuale nu permit dimensionarea reală a nevoii de îngrijire în sănătate mintală. Distribuția reflectă amplasarea istorică a spitalelor de psihiatrie și a celor de măsuri de siguranță, iar nu prevalența afecțiunilor psihice în teritoriu, ceea ce înseamnă că accesul populației la îngrijire psihiatrică depinde în mod determinant de județul de reședință.

Segmentul materno-infantil, care cuprinde obstetrica-ginecologie, pediatria, pediaria cronici, neonatologia, neonatologia pentru prematuri, chirurgia pediatrică și recuperarea pediatrică, cumulează 2.2.589 de paturi, respectiv 15,47% din capacitatea regională, într-un context demografic marcat de reducerea susținută a natalității. Această pondere nu poate fi însă tratată ca o simplă rezervă de capacitate excedentară, întrucât rata mortalității infantile la nivelul regiunii a crescut trei ani consecutiv, ajungând la 7,20 decese la mia de născuți vii în 2024, valoare superioară celei naționale de 6,60. Problema identificată nu este, așadar, una de volum, ci de concentrare a cazuisticii complexe și de regionalizare a îngrijirii perinatale pe niveluri de competență, cu precădere în județele Satu Mare și Sălaj, unde valorile indicatorului sunt cele mai ridicate.

Accesul la servicii medicale prin mijloace de furnizare la distanță

Evaluarea serviciilor medicale furnizate la distanță în regiune se lovește de o limitare care determină întreaga construcție a analizei, întrucât telemedicina nu dispune de un circuit statistic propriu în România, astfel încât nu există un registru național al furnizorilor INS nu publică o serie dedicată, iar raportările CNAS tratează consultația acordată la distanță ca modalitate de acordare a unor servicii deja incluse în pachetul de bază, fără a o separa. În aceste condiții, analiza a fost construită prin triangulare, pornind de la investițiile contractate și de la precondițiile tehnice măsurabile la nivel de unitate administrativ-teritorială.

Analiza presupune separarea a trei realități care sunt frecvent tratate împreună, respectiv telemedicina reglementată, care desemnează serviciile enumerate în anexa nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 1.133/2022 [84] și presupune îndeplinirea condițiilor de organizare prevăzute de norme, consultația acordată la distanță și decontată prin contractul-cadru [85], care reprezintă o modalitate de plată a unor servicii existente, și digitalizarea sistemului medical, care acoperă dosarul electronic de sănătate, sistemele informatice spitalicești și platforma informatică a asigurărilor de sănătate și care constituie precondiția tehnică a primelor două. Confuzia dintre aceste categorii explică de ce volumul serviciilor de telemedicină furnizate efectiv în regiune nu poate fi determinat din raportările curente ale finanțatorului, iar cifrele publice provin în cea mai mare parte din activitatea comercială a furnizorilor privați, care nu poate fi repartizată teritorial.

[84] HOTĂRÂRE nr. 1.133 din 14 septembrie 2022 privind aprobarea Normelor metodologice de punere în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 196/2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 909 din 15 septembrie 2022

[85] HOTĂRÂRE privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Județ	Nr. proiecte	Valoare contractată (euro)	Pondere	Progres tehnic	Progres financiar
Cluj	10	8.673.810	37,3%	39,0%	21,7%
Bihor	6	4.157.141	17,9%	34,3%	12,6%
Maramureș	6	3.172.729	13,6%	21,7%	0,8%
Satu Mare	5	3.027.654	13,0%	14,8%	0,0%
Bistrița-Năsăud	4	2.313.426	10,0%	38,2%	20,3%
Sălaj	4	1.905.027	8,2%	15,8%	15,6%
Regiune	**35**	**23.249.786**	**100,0%**	**30,7%**	**13,8%**

Tabel 18 - Proiecte contractate prin Planul Național de Redresare și Reziliență, componenta 7, investiția 3, în Regiunea Nord-Vest, la data 21.08.2026

Digitalizarea rețelei sanitare din regiune a fost susținută în perioada curentă prin PNRR, componenta 7, prin investiția destinată instituirii sistemului de eHealth și telemedicină, cu o alocare națională de 300,00 milioane euro. La nivelul regiunii au fost contractate 35 de proiecte, însumând 23.249.786 euro, dintre care unitățile sanitare publice concentrează 76,3% din valoare, serviciile județene de ambulanță 12,6%, iar direcțiile de sănătate publică 11,1%.

Repartiția pe județe, de la 37,3% în Cluj până la 8,2% în Sălaj, măsoară numărul unităților cu personalitate juridică eligibile, iar nu intensitatea intervenției, întrucât apelul a operat cu plafoane fixe pe categorii de beneficiari, valorile contractate grupându-se pe patru praguri care se repetă, de la 987.800 euro pentru unitățile mari până la 246.950 euro pentru spitalele orășenești. Concentrarea din Cluj reflectă astfel prezența institutelor regionale și naționale, fiecare eligibil separat, astfel încât cifrele nu susțin o concluzie privind alocarea preferențială între județe.

Obiectul acestor proiecte îl constituie sistemele informatice, interoperabilitatea și infrastructura digitală a unităților, un singur proiect, cel al Spitalului Orășenesc „Prof. dr. Ioan Pușcaș" din Șimleu Silvaniei, în valoare de 242.978 euro, incluzând explicit componenta de telemedicină. Situația nu decurge din alegerile beneficiarilor, ci din proiectarea măsurii, ale cărei trei ținte vizează finanțarea a cel puțin 60 de proiecte de digitalizare a instituțiilor din subordinea Ministerului Sănătății, funcționalitatea noii platforme informatice de asigurări de sănătate și modernizarea infrastructurii informatice a cel puțin 200 de unități sanitare publice, împreună cu formarea a cel puțin 3.000 de membri ai personalului medical, fără ca vreuna dintre ele să condiționeze plata de furnizarea efectivă a unor servicii la distanță. Telemedicina apare, prin urmare, în denumirea investiției fără a constitui un rezultat măsurabil al acesteia, iar unitățile sanitare din Regiune au contractat exact ceea ce le era cerut, respectiv infrastructură.

Investiția acoperă unitățile sanitare cu personalitate juridică, serviciile de ambulanță și instituțiile deconcentrate, toate situate în municipii reședință de județ și în cinci orașe, în timp ce cabinetele de medicină de familie și structurile de asistență medicală comunitară rămân în afara acestui instrument, fiind acoperite separat prin componenta 12. Capătul local al oricărui lanț de furnizare la distanță, adică structura care asigură prezența fizică lângă pacient, examinarea și echipamentul, nu a fost finanțat prin măsura care poartă în denumire telemedicina.

Stadiul implementării ridică o problemă suplimentară având în vedere că douăzeci dintre cele 35 de proiecte

[86]Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene – Tablou de bord PNRR, extras la data 12.08.2026

reprezentând 62,4% din valoarea contractată, nu înregistrau niciun progres financiar la data extragerii [87], iar cincisprezece proiecte, reprezentând 42,1% din valoare, nu înregistrau niciun progres tehnic, plățile acoperind aproximativ 13,8% din alocarea regională, în condițiile în care execuția la nivel național se situa la 8,7%, iar toate cele trei ținte ale măsurii erau încadrate la risc ridicat de neîndeplinire.

Distribuția teritorială a acestui decalaj urmează tiparul deja observat în restul capitolului. Satu Mare înregistrează un progres financiar de 0,00%, iar Maramureș de 0,83%, tocmai județele cu cea mai numeroasă populație aflată în localități complet lipsite de medic de familie, respectiv 11.423 și 24.796 de locuitori, în timp ce Clujul și Bihorul, care dispun de structuri administrative mai solide și de experiență în gestionarea proiectelor, au avansat comparativ mai mult. Instrumentul destinat reducerii decalajului digital riscă astfel să îl adâncească, întrucât capacitatea de a-l accesa și de a-l implementa este ea însăși distribuită inegal, iar orizontul de finalizare din anul 2026 lasă un interval scurt pentru recuperarea diferenței.

[87] Data prelucrării datelor de pe site-ul Ministerului Investițiilor și Proiectelor Europene – Tablou de bord PNRR a fost 12.08.2026.

Performanța sistemului spitalicesc

Analiza se întemeiază pe indicatorii de activitate raportați în sistemul de finanțare pe grupe de diagnostice, agregați la nivel de județ, unitate sanitară și secție pentru intervalul 2019-2025 [88]. Datele sunt cumulative în interiorul fiecărui an, astfel încât valorile aferente trimestrului al patrulea reprezintă totalul anual, iar toate agregările regionale sunt ponderate cu numărul de fișe de externare, media aritmetică a valorilor județene conducând la distorsiuni de până la trei puncte procentuale în condițiile în care județul Cluj concentrează de aproape șapte ori mai multe internări decât județul Sălaj.

Regiunea Nord-Vest ocupă a doua poziție națională după complexitatea cazuisticii tratate, cu un indice de 1,919 în anul 2025 [89] față de media națională de 1,756, după regiunea București-Ilfov, cu 1,935. Din perspectiva ponderii internărilor cu rezolvare chirurgicală, regiunea se află tot pe locul doi cu 75,29% față de 71,00% la nivel național, după regiunea Centru, cu 75,92%, iar indicele de concordanță între diagnosticul de internare și cel de externare se situează la 73,92 puncte, ușor peste valoarea națională de 73,05.

Regiune și Județ	Nr. Fișe de externare	Indice de complexitate (ICM)	Durata medie de spitalizare (zile)	Internări cu rezolvare chirurgicală (%)	Mortalitate intraspitalicească (%)	Indice de concordanță a diagnosticelor	Internări în urgență (%)	Internări cu trimitere de la medicul de familie (%)	Retenție teritorială (%)
Sud-Muntenia	**309,141**	**1.592**	**5.40**	**60.33**	**2.93**	**74.10**	**56.37**	**24.92**	**92.24**
Nord-Est	**541,593**	**1.653**	**5.39**	**72.11**	**2.58**	**71.87**	**56.01**	**23.90**	**83.38**
Sud-Vest Oltenia	**298,546**	**1.540**	**5.37**	**63.52**	**1.89**	**76.13**	**52.29**	**18.10**	**86.51**
Nord-Vest	**495,446**	**1.919**	**5.33**	**75.29**	**2.56**	**73.92**	**43.53**	**25.04**	**79.90**
MARAMURES	70,118	1.795	5.99	67.42	3.12	74.56	50.55	18.29	93.86
SATU MARE	42,249	1.584	5.92	67.38	3.85	81.78	44.67	24.51	96.74
BISTRITA-NASAUD	35,091	1.756	5.63	78.60	3.29	71.70	55.11	20.57	92.63
SALAJ	29,511	1.750	5.50	69.35	2.95	77.34	47.38	4.83	94.49
CLUJ	202,103	2.035	5.27	79.89	2.11	75.30	34.91	33.10	61.46
BIHOR	116,374	2.005	4.69	75.42	2.18	68.13	48.67	22.67	88.24
Vest	**312,337**	**1.734**	**5.30**	**73.04**	**2.67**	**68.27**	**50.73**	**24.65**	**82.75**
Sud-Est	**335,431**	**1.599**	**5.15**	**64.62**	**2.65**	**68.91**	**52.01**	**30.27**	**85.98**
Centru	**413,901**	**1.799**	**5.13**	**75.92**	**2.44**	**72.96**	**47.87**	**26.74**	**81.60**
Bucuresti-Ilfov	**739,107**	**1.935**	**4.67**	**74.07**	**1.84**	**75.70**	**37.31**	**45.95**	**42.84**
Total Național	**3,445,502**	**1.756**	**5.16**	**71.00**	**2.40**	**73.05**	**48.18**	**29.30**	**75.55**

Tabel 19- Indicatori de performanță spitalicească pe regiuni de dezvoltare și pe județele Regiunii Nord-Vest, 2025

Comparația cu media națională trebuie însă privită cu prudență în cazul a doi indicatori, întrucât media este dominată de regiunea București-Ilfov, care realizează 21,45% din internările la nivel de țară, ponderea internărilor cu trimitere de la medicul de familie ajungând la 45,95%, iar retenția teritorială coborând la 42,84% [90]. Raportate la celelalte regiuni, cele 25,04% internări cu trimitere de la medicul de familie înregistrate în Regiune, deși inferioare mediei naționale de 29,30%, o plasează în realitate pe poziția a patra între cele opt regiuni de dezvoltare, peste Sud-Muntenia cu 24,92%, Vest cu 24,65%, Nord-Est cu 23,90% și Sud-Vest Oltenia cu 18,10%, poziție pe care Regiunea o ocupă neschimbat încă din anul 2019. În mod similar, retenția teritorială de 79,90%, superioară mediei naționale de 75,55%, semnifică în realitate cea mai intensă circulație interjudețeană a pacienților dintre toate regiunile din afara capitalei, celelalte șase situându-se între 81,60% în Centru și 92,24% în Sud-Muntenia, ceea ce arată că spitalele din regiune tratează cea mai ridicată pondere de pacienți veniți din alt județ dintre toate regiunile din afara capitalei. Indicatorul surprinde deplasările din interiorul regiunii, iar pacienții care se internează în afara ei se regăsesc în cazuistica altor regiuni.

Durata medie de spitalizare la nivel regional ajunge la 5,33 zile în anul 2025 depășind atât media națională de 5,16 zile, cât și valoarea de 4,67 zile din București-Ilfov, unde complexitatea cazurilor tratate este

[88] Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, indicatori de activitate raportați în sistemul de finanțare pe grupe de diagnostice, disponibili la https://drg.inmss.ro/indicatori, date extrase la 4 august 2026 pentru intervalul 2019-2025; prelucrare proprie. Valorile acoperă unitățile sanitare cu paturi care raportează în sistemul DRG, agregate la nivel de județ, unitate sanitară și secție. Datele fiecărui an sunt cumulative în interiorul anului, motiv pentru care valorile trimestrului al patrulea reprezintă totalul anual.

[89] Indicele de complexitate a cazurilor exprimă greutatea relativă medie a cazurilor externate, calculată ca raport între suma valorilor relative ale grupelor de diagnostice atribuite și numărul total de cazuri. Valoarea 1,00 corespunde cazului mediu național, cele superioare indicând o cazuistică mai complexă. Indicatorul măsoară consumul de resurse așteptat, iar nu severitatea clinică a cazurilor.

[90] Indicatorul exprimă ponderea cazurilor tratate într-un județ care provin din populația domiciliată acolo, raportată la totalul cazurilor tratate în județ, el descrie compoziția cazuisticii unităților sanitare.

similară cu cea din regiune. Excedentul față de media națională a crescut de la 0,12 zile în 2019 la 0,17 zile în 2025, iar diferența față de capitală s-a menținut aproape constantă, la 0,68 și respectiv 0,66 zile. Reducerea generală a duratelor observată după anul 2021, când regiunea înregistra 6,38 zile, s-a produs deci în ritm comparabil cu cel al capitalei, însă mai lent decât media națională, decalajul față de aceasta mărindu-se cu peste 40%.

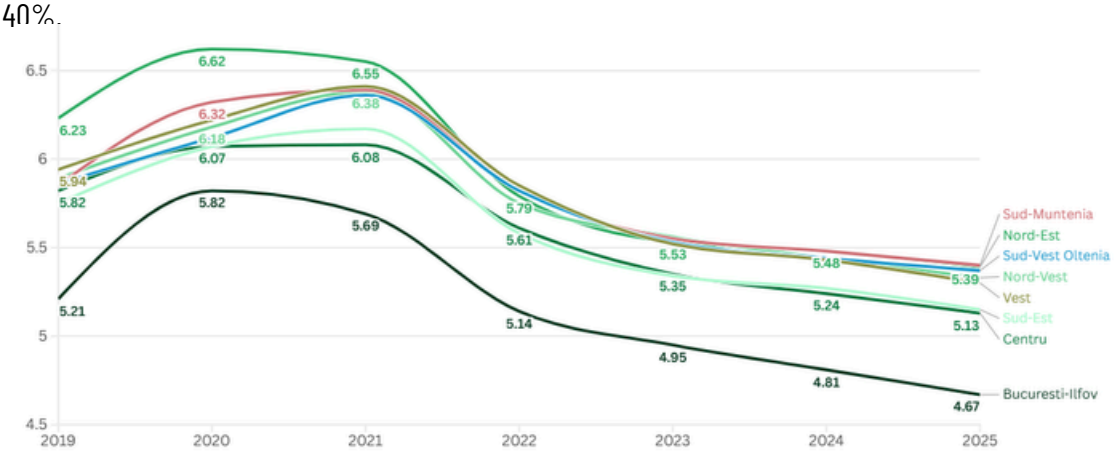


Figura 35 - Evoluția duratei medii de spitalizare pe regiuni de dezvoltare în perioada 2019-2025 [91]

Indicatorii care măsoară procesul de îngrijire, respectiv modul în care este condusă activitatea medicală, evoluează în sens invers față de cei discutați anterior, indicele de concordanță între diagnosticul de internare și cel de externare coborând de la 76,53 puncte în 2019 la 73,92 puncte în 2025, o pierdere de 2,61 puncte față de numai 1,59 puncte la nivel național, prin care regiunea coboară pe locul patru între regiunile de dezvoltare. Se remarcă faptul că o creștere a complexității cazurilor se produce în aceeași perioadă în care concordanța dintre diagnosticul de internare și cel de externare scade, iar cele două evoluții merg în sensuri diferite atât la nivel regional, cât și la nivel național. Explicația ține în parte de trecerea cazurilor simple în spitalizarea de zi și de creșterea ponderii pacienților primiți prin transfer, care ajung în spital cu un diagnostic încă neclarificat, însă modul în care sunt înregistrate diagnosticele necesită o analiză distinctă, spre exemplu în județul Bihor concordanța coboară la 68,13 puncte în condițiile celui mai accentuat avans al complexității din regiune.

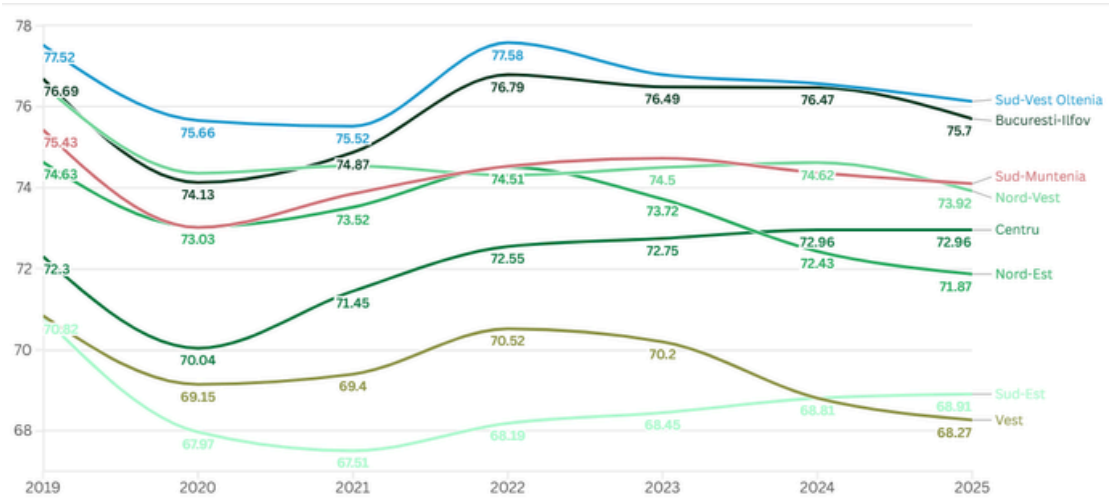


Figura 36 - Evoluția indicelului de concordanță a diagnosticelor (măsurat în puncte) pe regiuni de dezvoltare în perioada 2019-2025 [92]

[91] Durata medie de spitalizare reprezintă numărul mediu de zile pe caz externat, calculat ca raport între totalul zilelor de spitalizare continuă și numărul cazurilor externate. Indicatorul nu include spitalizarea de zi.

[92] Indicele de concordanță a diagnosticelor măsoară, în puncte, corespondența dintre diagnosticul de internare și cel de externare, pe baza fișelor raportate. O scădere poate reflecta atât o precizie diagnostică mai redusă la internare, cât și modificări ale practicii de codificare, motiv pentru care indicatorul se interpretează împreună cu indicele de complexitate.

Indicele de complexitate variază în Regiunea Nord-Vest de la 2,03 în Cluj la 1,58 în Satu Mare, iar mortalitatea intraspitalicească de la 2,11% la 3,85% [93], ceea ce înseamnă că, privit separat, județul Satu Mare se apropie de profilul regiunii Sud-Vest Oltenia, în timp ce regiunea luată în ansamblu se apropie de Regiunea București-Ilfov.

Accesul la servicii medicale prin mijloace de furnizare la distanță

Cele 495.446 de internări raportate în anul 2025 reprezintă 98,46% din nivelul anului 2019 [94], ceea ce înseamnă că activitatea spitalicească a regiunii s-a refăcut aproape integral după perioada pandemică. Revenirea a fost lentă și s-a întins pe patru ani, întrucât în 2020 și 2021 volumul coborâse la aproximativ două treimi din nivelul anterior, iar recuperarea completă s-a produs abia în 2024. Această revenire arată însă o redistribuire teritorială pe care declinul demografic nu o poate explica, mai exact trei județe își depășesc sau își ating nivelul din 2019, județul Bihor cu 103,49%, județul Maramureș cu 100,39% și județul Cluj cu 100,34%, în timp ce județele Sălaj și Bistrița-Năsăud rămân în jurul a 92%, iar Satu Mare coboară la 84,88%. Diferența de 7.765 de internări la nivel regional acoperă mișcări de sens contrar mult mai ample, în județul Satu Mare internările au scăzut cu 7.525 de cazuri, iar în Bihor au crescut cu 3.924 în același interval.

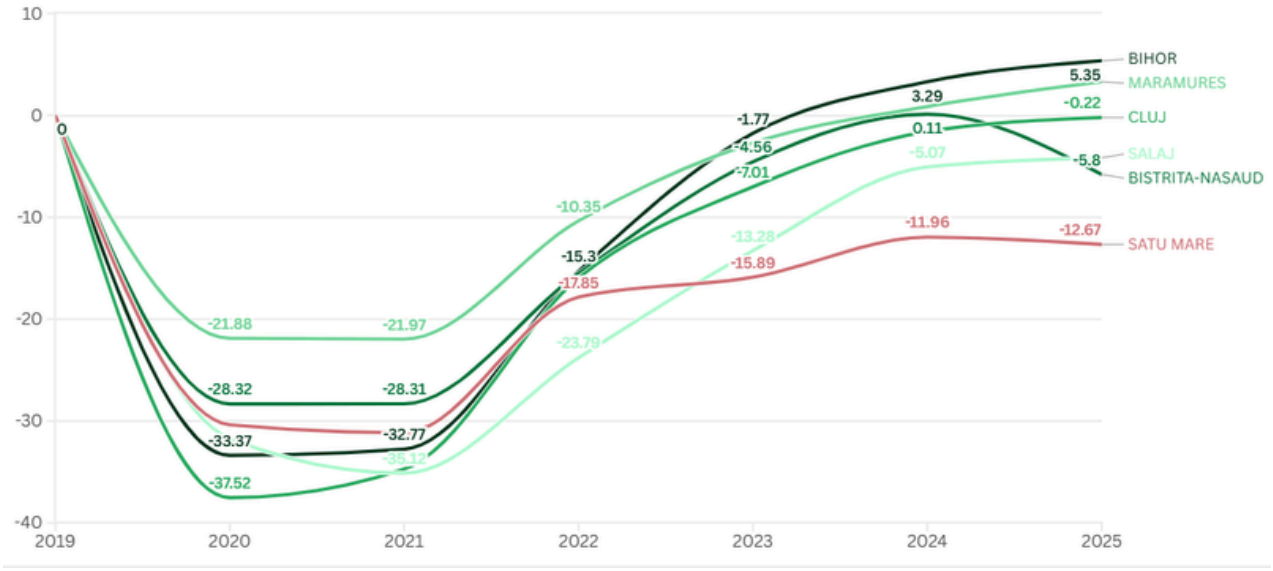


Figura 37 - Evoluția ratei de spitalizare la 1.000 de locuitori cu domiciliu, pe județe, în perioada 2019-2025

Raportarea la populația cu domiciliu păstrează ierarhia județeană și deplasează întreaga distribuție în sus, în acest sens județul Bihor ajunge astfel la 105,35% din nivelul prepandemic și județul Maramureș la 103,30%, în timp ce județul Cluj se situează la 99,78%, județele Sălaj la 95,83% și Bistrița-Năsăud la 94,20%, iar Satu Mare rămâne la 87,33%, cea mai amplă contracție rămasă după corecția demografică . Într-un județ a cărui rețea își păstrează formal întinderea, cu 530 de grupe de diagnostice raportate la spitalul județean, pierderea a aproape o șesime din activitate în șase ani indică erodarea capacității efective de tratare, ipoteză care va fi reluată în subcapitolele următoare. Clujul constituie cazul opus, fiind singurul județ în care volumul absolut depășește nivelul din 2019 în condițiile unui număr constant de internări realizate în județ la 1.000 de locuitori, iar o cauză posibilă a presiunii asupra rețelei clujene este creșterea populației deservite.

[93] Mortalitatea intraspitalicească reprezintă ponderea deceselor survenite în timpul spitalizării în totalul cazurilor externate. Valorile nu sunt ajustate în funcție de vârstă și de structura cazuisticii, astfel încât comparațiile între unități cu profil diferit au valoare orientativă și se citesc alături de indicele de complexitate.

[94] Volumul internărilor cuprinde cazurile de spitalizare continuă externate și raportate în sistemul DRG, exclusiv spitalizarea de zi. Numărul se referă la episoade de îngrijire, nu la pacienți distincți, un pacient cu mai multe internări într-un an fiind numărat de mai multe ori.

Complexitatea cazurilor tratate și dispersia intraregională

Indicele de complexitate [96] a crescut între 2019 și 2025 în toate cele șase județe, cu variații între 24,10% în Maramureș și 31,40% în Bihor, iar regiunea s-a distanțat de media națională, decalajul dublându-se de la 0,080 la 0,163 puncte. Distanțarea nu a fost însă continuă, întrucât decalajul a atins un maxim de 0,182 puncte în anul 2023, după care s-a stabilizat, ceea ce înseamnă că ritmul în care regiunea se desprinde de media națională s-a oprit în ultimii doi ani. Interpretarea trebuie să rețină că evoluția reflectă atât o modificare reală a structurii cazurilor tratate, cât și ameliorarea practicilor de codificare a diagnosticelor secundare, iar în absența datelor privind distribuția pe grupe de diagnostice contribuția fiecărei componente nu poate fi cuantificată.

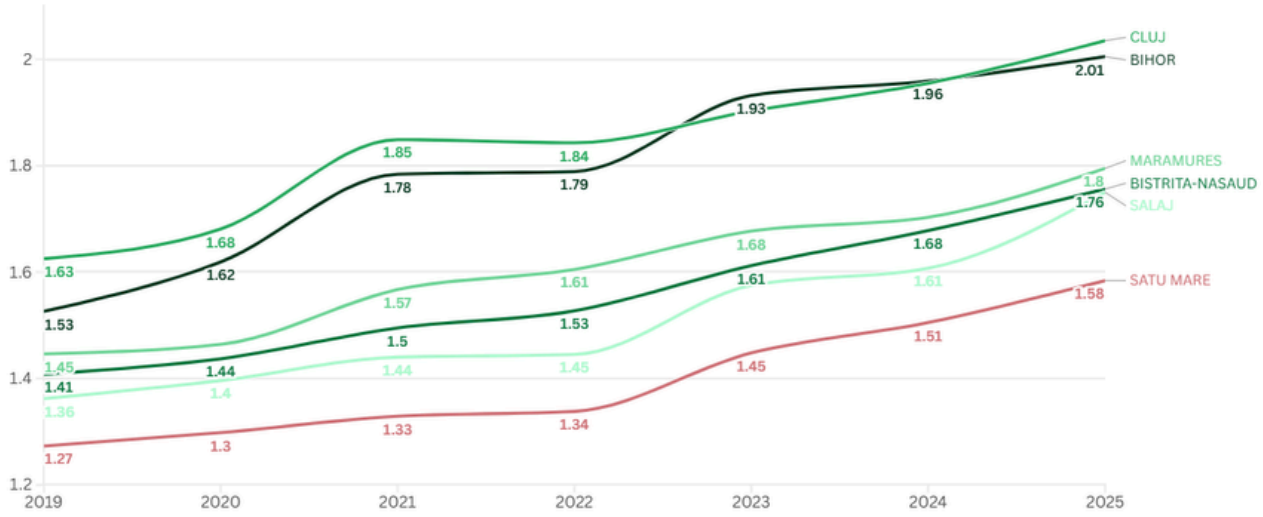


Figura 38 - Evoluția indicelui de complexitate a cazurilor pe județe în Regiunea Nord-Vest în perioada 2019-2025

Creșterea s-a produs în paralel în toate cele șase județe, care și-au păstrat distanțele relative unele față de celelalte. Coeficientul de variație a urcat de la 7,841 în 2019 la 11,674 în 2021, sub efectul perioadei pandemice, după care a coborât continuu până la 8,573 în 2025, revenind aproape de valoarea din 2019. Decalajul absolut dintre Cluj și Satu Mare a crescut de la 0,352 la 0,451 puncte, rămânând însă la aceeași scară, întrucât toate județele au înregistrat creșteri simultane.

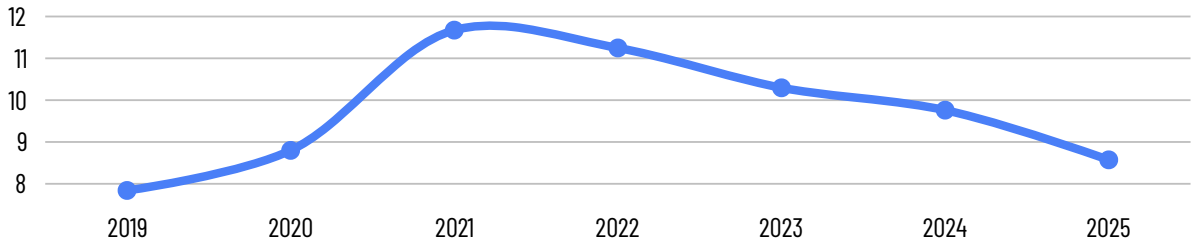


Figura 39 - Dispersia complexității cazurilor între județele Regiunii, coeficient de variație, în perioada 2019-2025

Singura mișcare semnificativă în ierarhia internă privește apropierea județului Bihor de Cluj din perspectiva indicelui de complexitate, diferența dintre cele două județe reducându-se de la 0,099 puncte în 2019 la 0,029 în 2025, cu o depășire de scurtă durată în anii 2023 și 2024. Cele două județe tratează astăzi cazuri de complexitate practic egală, semn al consolidării unui al doilea pol de cazuistică complexă în județul Bihor.

[96] ICM - Indicele de complexitate a cazurilor (indicele de case-mix) reprezintă media ponderilor relative de resurse ale grupelor de diagnostice raportate, fiind o măsură a consumului de resurse așteptat

[97] Coeficientul de variație măsoară dispersia relativă a unei serii, ca raport între abaterea standard și medie, exprimat procentual. Valorile mai ridicate indică diferențe mai accentuate între teritoriile comparate, independent de nivelul absolut al indicatorului.

Structura funcțională a rețelei

Cele 33 de unități publice cu peste 2.000 de internări anuale se distribuie pe patru clase funcționale distincte, delimitate prin varietatea cazurilor tratate, exprimată în număr de grupe de diagnostice și prin gravitatea acestora. Cele două centre terțiare, Spitalul Clinic Județean de Urgență Bihor, cu 558 de grupe și un indice de complexitate de 2,23, și Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, cu 529 de grupe și 2,35, combină spectrul cel mai larg cu cea mai ridicată complexitate. Monospecialitățile clujene, între care Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie „Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca, cu 204 grupe și un indice de 3,37, și Institutul Inimii „Prof. Dr. N. Stâncioiu" Cluj-Napoca, cu 97 de grupe și 2,96, ating complexitate maximă pe un spectru restrâns prin însăși definiția profilului lor.

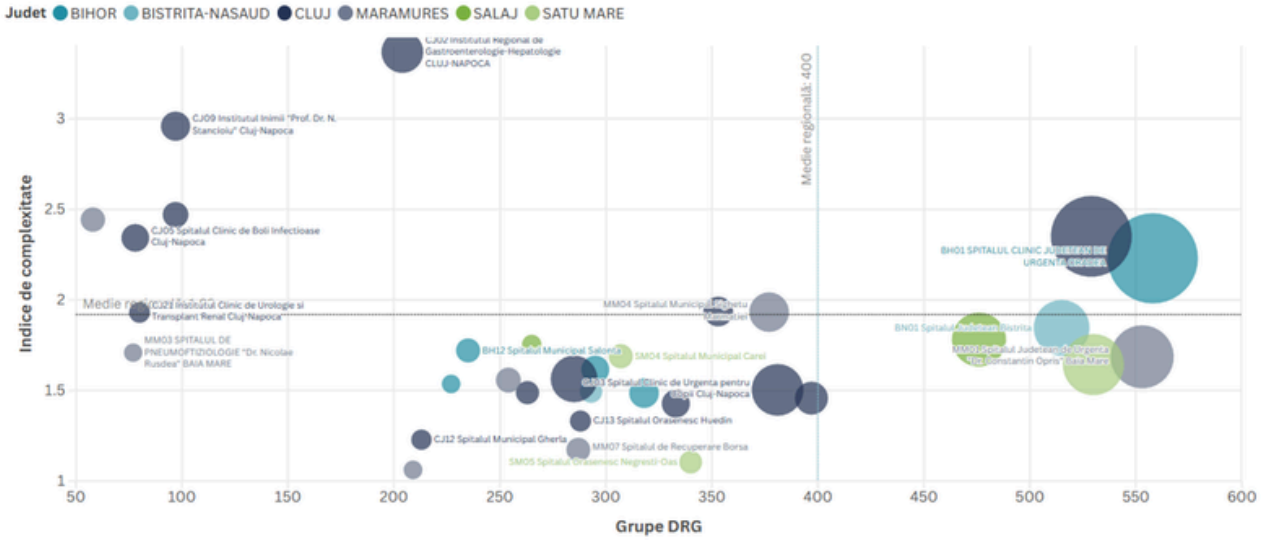


Figura 40 - Varietatea și complexitatea cazurilor tratate la nivel de unitate sanitară publică, 2025

Constatarea cea mai importantă privește însă spitalele județene din Maramureș, Satu Mare, Bistrița-Năsăud și Sălaj, care raportează o varietate a cazurilor cuprinsă între 476 și 553 de grupe de diagnostice, practic echivalentă cu cea a centrelor terțiare, în condițiile unui indice de complexitate cuprins între 1,644 și 1,847, cu 20% până la 30% mai redus. Aceste unități acoperă același spectru de patologii și tratează formele de gravitate mai redusă ale fiecăreia, ceea ce arată că nivelul intermediar de competență există ca gamă de servicii și lipsește ca grad de complexitate în interiorul serviciilor deja funcționale. Implicația pentru programarea investițiilor este directă, întrucât deficitul se remediază prin ridicarea nivelului de competență al specialităților existente, prin echipamente, personal specializat și acreditări, iar nu prin adăugarea de specialități noi. Ponderea internărilor rezolvate chirurgical confirmă această configurație. Nouă unități publice depășesc media regională de 75,29%, dintre care șase sunt clujene, iar trei dintre cele șase spitale județene se situează sub această valoare, Baia Mare cu 72,76%, Zalău cu 69,51% și Satu Mare cu 68,18%. La celălalt capăt, cinci spitale generale coboară sub 50%, Vișeu de Sus cu 48,74%, Negrești-Oaș cu 48,48%, Gherla cu 39,92%, Huedin cu 37,66% și Târgu Lăpuș cu 37,24%, structura cazuisticii lor corespunzând unui profil de îngrijire medicală și cronică, ceea ce indică oportunitatea unei reconversii funcționale asumate prin planificare, cu menținerea accesului de proximitate al populației deservite.

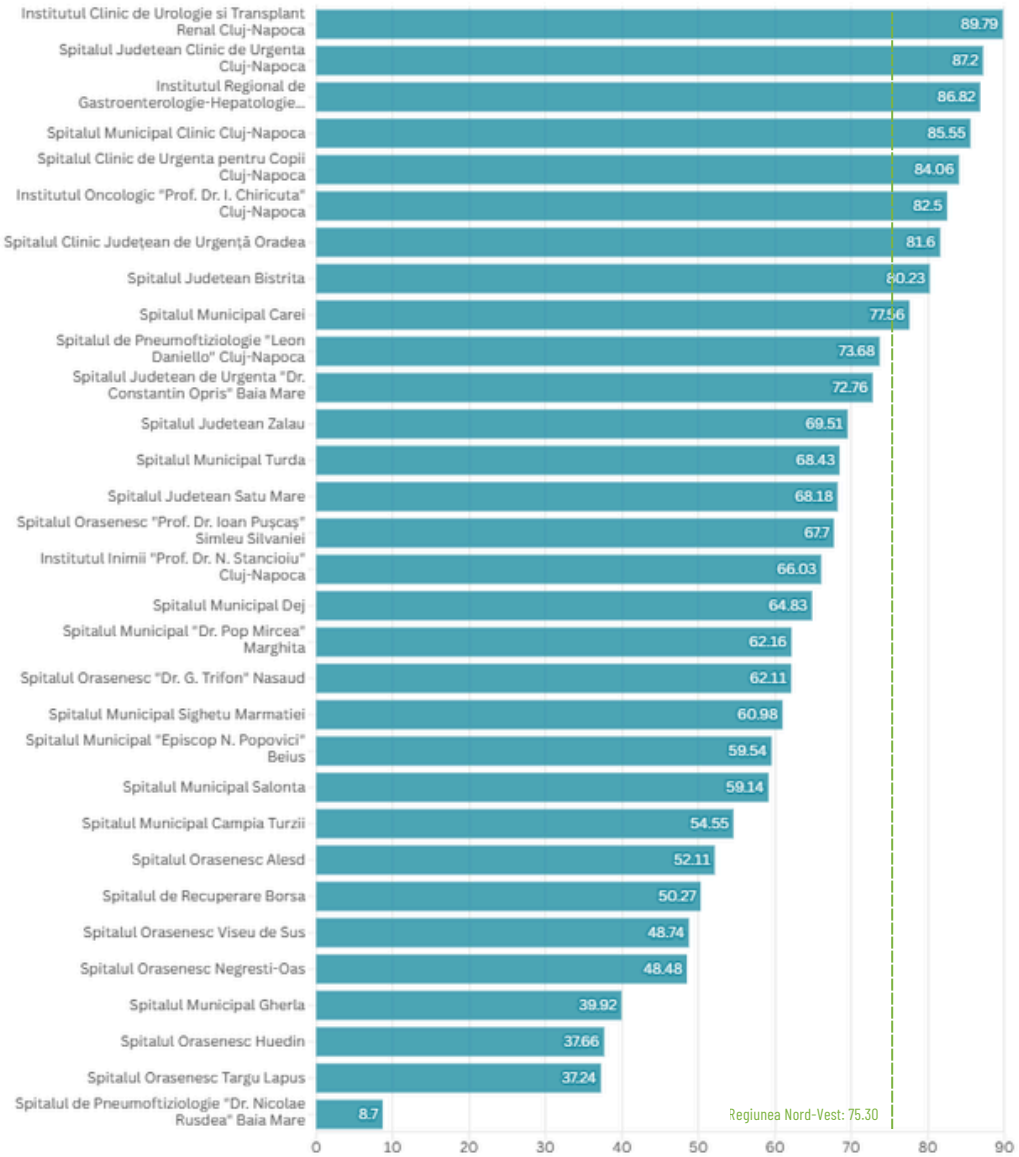


Figura 41 - Ponderea intervențiilor chirurgicale în activitatea spitalelor publice în Regiunea Nord-Vest, 2025

Acoperirea teritorială

Rețeaua județului Bistrița-Năsăud acoperă 18 specialități în 2025, mai puțin de jumătate față de Bihor și cu 13 mai puține decât Satu Mare, deși cele două județe au populații apropiate ca mărime. Structura județului Bistrița-Năsăud cuprinde un spital județean cu 18 specialități și două spitale orășenești cu câte șase, astfel încât între nivelul județean și cel orășenesc rămâne un gol pe care județul Maramureș îl acoperă prin Sighetu Marmației, iar județul Bihor prin Beiuș și Marghita. Situația este asemănătoare și la nivelul specialităților luate separat, spre exemplu chirurgia oncologică funcționează doar în județele Bihor și Cluj, în timp ce gastroenterologia înregistrează în Maramureș 282 de cazuri comparativ cu 11.386 în Cluj.

Județ și secție	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Bihor	**62,915**	**40,927**	**40,016**	**50,206**	**49,793**	**53,116**	**53,921**
Boli infectioase	3,065	3,340	2,526	2,560	2,887	3,317	3,267
Cardiologie	4,207	2,530	2,754	3,763	5,025	5,526	5,775
Chirurgie generala	10,079	5,400	5,481	7,151	8,012	8,295	8,289
Medicina interna	11,706	7,870	6,849	8,482	9,269	9,299	9,657
Neonatologie	3,807	3,783	3,802	3,677	3,637	3,618	3,745
Obstetrica-ginecologie	9,125	6,961	7,323	8,449	2,158	2,487	2,607
Oncologie medicala	2,406	1,842	1,895	1,865	2,109	2,619	2,547
Pediatrie	10,200	4,387	4,156	6,860	7,384	8,776	8,411
Psihiatrie acuti	5,911	3,402	3,466	5,130	6,313	6,315	6,474
Urologie	2,409	1,412	1,764	2,269	2,999	2,864	3,149
Bistrița-Năsăud	**28,505**	**20,782**	**20,572**	**23,555**	**26,511**	**27,593**	**25,778**
Boli infectioase	1,630	2,666	2,266	1,809	1,751	2,108	1,842
Cardiologie	1,982	1,095	1,059	1,298	1,684	1,905	1,633
Chirurgie generala	4,632	2,975	3,164	4,326	5,077	5,296	5,425
Medicina interna	5,628	4,199	3,717	3,932	4,664	4,963	4,062
Neonatologie	2,101	1,986	1,945	1,836	1,836	1,800	1,770
Obstetrica-ginecologie	4,551	3,161	3,081	3,271	3,551	3,461	3,517
Oncologie medicala	1,292	957	1,024	1,178	1,438	1,495	1,656
Pediatrie	3,881	1,778	2,086	3,223	3,438	3,302	2,527
Psihiatrie acuti	2,072	1,321	1,518	1,815	1,965	2,013	2,042
Urologie	736	644	712	867	1,107	1,250	1,304
Cluj	**99,696**	**68,045**	**72,098**	**86,958**	**92,304**	**93,629**	**97,291**
Boli infectioase	4,125	7,036	8,449	5,146	4,019	4,612	4,789
Cardiologie	10,200	5,688	6,509	9,229	10,113	10,234	10,183
Chirurgie generala	15,475	10,380	11,541	14,136	14,684	14,359	14,302
Medicina interna	14,869	9,872	8,278	11,566	13,987	14,227	15,220
Neonatologie	5,755	5,289	5,195	5,123	4,764	4,537	4,454
Obstetrica-ginecologie	13,139	10,091	9,986	10,946	11,086	11,090	10,880
Oncologie medicala	5,124	3,279	3,305	4,722	5,711	5,794	8,988
Pediatrie	20,145	9,615	11,757	16,491	17,597	17,731	16,943
Psihiatrie acuti	4,618	3,089	3,047	3,995	4,252	4,451	4,883
Urologie	6,246	3,706	4,031	5,604	6,091	6,594	6,649
Maramureș	**48,724**	**40,100**	**40,422**	**45,037**	**47,520**	**47,965**	**48,323**
Boli infectioase	2,385	4,819	3,083	2,105	2,257	2,234	2,451
Cardiologie	4,977	3,380	3,518	4,328	4,306	4,136	4,222
Chirurgie generala	6,943	5,213	5,550	6,248	6,383	6,556	6,392
Medicina interna	7,237	6,613	7,182	7,170	7,260	7,213	7,321
Neonatologie	3,103	3,136	3,061	2,891	2,608	2,730	2,642
Obstetrica-ginecologie	7,134	5,830	5,757	6,739	7,058	6,874	6,989
Oncologie medicala	3,830	2,647	2,761	3,189	3,361	3,409	3,680
Pediatrie	4,498	2,206	2,811	4,425	4,578	4,866	5,204
Psihiatrie acuti	6,362	4,546	4,860	5,704	7,161	7,228	6,594
Urologie	2,255	1,710	1,839	2,238	2,548	2,719	2,828

Județ și secție	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Sălaj	**19,955**	**14,596**	**14,573**	**16,145**	**18,003**	**19,290**	**19,096**
Boli infectioase	1,113	1,285	1,176	832	930	847	922
Cardiologie	1,649	1,083	1,004	967	1,238	1,226	1,381
Chirurgie generala	2,768	1,747	1,735	2,069	2,388	2,464	2,662
Medicina interna	3,419	2,529	2,589	2,717	2,665	3,056	3,072
Neonatologie	1,718	1,696	1,546	1,435	1,432	1,425	1,361
Obstetrica-ginecologie	3,123	2,417	2,303	2,477	2,808	2,829	2,747
Oncologie medicala	932	821	936	1,120	1,210	1,388	1,339
Pediatrie	3,120	1,560	1,393	1,933	1,949	2,402	2,168
Psihiatrie acuti	1,191	782	840	1,146	1,241	1,245	1,144
Urologie	922	676	1,051	1,449	2,142	2,408	2,300
Satu mare	**32,242**	**23,709**	**23,250**	**26,642**	**26,602**	**27,582**	**27,048**
Boli infectioase	826	1,053	1,137	898	831	827	694
Cardiologie	3,072	1,776	1,797	2,439	2,522	2,744	2,788
Chirurgie generala	4,671	3,017	2,740	3,536	3,989	4,124	4,222
Medicina interna	5,464	4,202	4,214	4,092	3,537	3,954	3,723
Neonatologie	2,141	2,223	2,036	1,988	1,921	1,780	1,783
Obstetrica-ginecologie	4,617	4,035	3,820	4,253	4,117	4,179	4,096
Oncologie medicala	3,250	2,498	2,305	2,521	2,354	2,386	2,311
Pediatrie	3,492	2,085	2,084	2,786	2,816	2,839	2,659
Psihiatrie acuti	2,373	1,543	1,334	1,702	1,922	2,015	1,926
Urologie	2,336	1,277	1,783	2,427	2,593	2,734	2,846
Total	**292,037**	**208,159**	**210,931**	**248,543**	**260,733**	**269,175**	**271,457**

Tabel 20 - Distribuția activității primelor 10 specialități pe județe în regiune în funcție de numărul fișelor

Numărul de specialități raportate în județul Bihor a crescut de la 38 la 50 între 2019 și 2025, evoluție care reflectă o modificare de structură administrativă, deoarece Spitalul Clinic Municipal Dr. Gavril Curteanu a fost absorbit în structura spitalului județean în cursul anului 2022, iar subspecialitățile pediatrice raportate anterior au început să figureze separat, motiv pentru care seriile la nivel de unitate din acest județ prezintă discontinuitate. Dispersia activității în structuri cu volum redus se concentrează pe câteva specialități. Îngrijirea arșilor este împărțită în trei structuri care totalizează 236 de cazuri pe an, neurochirurgia din Zalău raportează 164 de internări față de 2.194 în Cluj și 1.202 în Bihor, chirurgia toracică funcționează în patru unități dintre care trei rămân sub 220 de cazuri, iar neonatologia este organizată în treisprezece structuri, dintre care șapte rămân sub 300 de internări anuale. Prin comparație, chirurgia oncologică este organizată în două unități, iar chirurgia maxilo-facială în trei unități care depășesc fiecare 500 de cazuri, ambele exemple arată că modelul concentrat funcționează acolo unde a fost aplicat.

Retenția teritorială și fluxurile de pacienți

În patru dintre cele șase județe, peste 92% din cazurile tratate provin din populația județului, Satu Mare atingând 96,74%, Sălaj 94,49%, Maramureș 93,86% și Bistrița-Năsăud 92,63%. Această retenție se combină cu o complexitate a cazurilor tratate situată sub media regională, ceea ce arată că rețelele respective atrag

puțini pacienți din alte județe și tratează preponderent cazuri de complexitate redusă. Indicatorul descrie compoziția cazuisticii tratate în județ, iar numărul rezidenților care se internează în afara lui rezultă dintr-o analiză construită pe domiciliul pacientului. La polul opus se află județul Cluj, unde 61,46% din cazurile tratate provin din populația proprie, județul primind 77.890 de pacienți din alte județe, ceea ce reprezintă aproximativ 77% din totalul de 101.470 de internări realizate în regiune pentru pacienți veniți din afara județului în care se află spitalul.

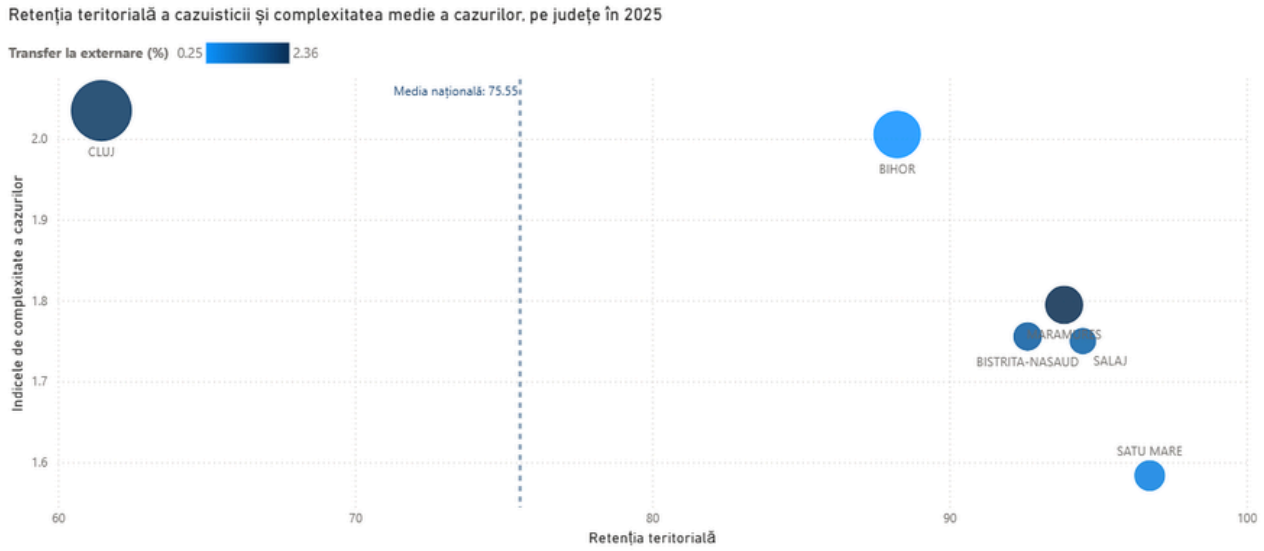


Figura 42 - Retenția teritorială și complexitatea medie a cazurilor tratate, pe județe, 2025

Județul Bihor se abate de la această configurație, întrucât combină o retenție de 88,24%, în scădere continuă de la 91,42% în 2019, cu un indice de complexitate de 2,005 și cu cea mai redusă pondere a transferurilor la externare din Regiune, de 0,25%.

Modul în care pacienții ajung la centrele regionale spune însă mai mult decât valorile de retenție. Indicatorul care descrie sosirea pacientului este ponderea internărilor prin transfer interspitalicesc [98], care atinge în județul Cluj 2,22% din cele 202.103 fișe de externare raportate în anul 2025, aproximativ 4.500 de cazuri, cea mai ridicată valoare din Regiune și, în același timp, o valoare care acoperă cel mult 5,8% din cele 77.890 de cazuri primite din alte județe. Circuitul instituțional de trimitere rămâne însă deschis, întrucât 33,10% dintre internările din județul Cluj se realizează cu trimitere de la medicul de familie și 10,62% cu trimitere de la medicul specialist din ambulatoriu, împreună 43,72% din activitate, respectiv aproximativ 88.400 de cazuri, volum care depășește numărul pacienților veniți din afara județului, în timp ce internările în urgență reprezintă 34,91%, iar internarea la cerere rămâne la 0,25%. Raportările prezintă modalitatea de intrare pentru totalitatea pacienților tratați în județ, fără distincție după domiciliu, astfel încât ipoteza potrivit căreia accesul la nivelul terțiar se obține preponderent prin orientarea proprie a pacientului poate fi confirmată doar printr-o încrucișare a circumstanței internării cu județul de domiciliu, informație care nu figurează în datele publicate, rezerva aplicându-se și indicatorului de transfer, ale cărui limite sunt discutate în paragrafele următoare. În măsura în care ipoteza se confirmă, iar costul orientării în sistem revine pacientului, cost alcătuit din informație, transport, timp și relații personale, care se distribuie inegal între categoriile sociale. Pentru un document de programare regională, aceasta constituie în primul rând o problemă de echitate a accesului.

[98] Transferul interspitalicesc la externare reprezintă ponderea cazurilor externate prin transfer către altă unitate sanitară. Valorile raportate prezintă discontinuități între ani și între unități, semnalate în paragraful următor, motiv pentru care indicatorul se folosește ca ordin de mărime.

Ponderile transferului se prezintă la nivel de unitate sanitară, întrucât valorile agregate la nivel de județ includ unitățile de recuperare, cronici, psihiatrie și îngrijiri paliative, care raportează ponderi de zece până la cincizeci de ori mai mari decât spitalele de acuți. Pentru o parte dintre aceste unități sunt raportați indicatori procentuali fără numărul de fișe de externare, ceea ce produce o diferență de aproximativ 11.000 de fișe în județul Bihor și de peste 20.000 în județul Cluj între cele două niveluri de agregare.

Centrul de Îngrijiri Paliative Sfântul Nectarie din Cluj primește 51,41% dintre pacienți prin transfer interspitalicesc, în creștere continuă de la 42,43% în 2019, iar Spitalul de Boli Cronice Crasna din Sălaj ajunge la 17,38%, față de 3,67% în 2019. Mecanismul de transfer este utilizat consecvent atunci când există o unitate cu profil dedicat către care pacientul poate fi îndrumat, ceea ce delimitează problema ca fiind una de infrastructură lipsă, iar nu de practică profesională. Constatarea se reia în subcapitolul privind rezultatul îngrijirii, unde mortalitatea ridicată din spitalele mici indică preluarea îngrijirii de sfârșit de viață în paturi acute de proximitate. Ponderile raportate nu depășesc 0,11% la patru dintre cele șase spitale județene, iar Spitalul Județean Bistrița nu înregistrează nicio internare prin transfer în anul 2025, valori improbabile clinic pentru unități care primesc pacienți de la spitalele orășenești din propriul județ. Seria Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea susține ipoteza unei modificări de practică de raportare, întrucât ponderea externărilor prin transfer coboară de la 0,74% în 2019 la 0,04% în 2025, iar cea a internărilor urcă de la 0,03% la 0,11% în ultimii doi ani.

A se vedea Anexa 1 - Ponderea internărilor și externărilor prin transfer spitalicesc la nivelul spitalelor din Regiunea Nord-Vest în perioada 2019-2025.

Retenția ridicată aparține spitalelor orășenești și municipale, care tratează populația din propria zonă de proximitate. Jibou reține 98,80% din cazuistica proprie, Năsăud 98,56%, Șimleu Silvaniei 98,46% și Vișeu de Sus 98,43%, toate rămânând sub 5.200 de fișe de externare anual. Cele douăzeci de unități cu retenția cea mai ridicată totalizează 155.343 de fișe și o retenție ponderată de 96,08%, iar ponderea rurală depășește 42% la nouăsprezece dintre ele. Configurația descrie o rețea de proximitate cu bazin de recrutare închis, în care pacientul se adresează singurei unități aflate la distanță rezonabilă.

La capătul opus se află unitățile cu funcție terțiară din Cluj, precum Institutul Oncologic tratează 32,60% cazuri proprii, Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie 46,32%, Institutul Clinic de Urologie și Transplant Renal 47,85%, iar Institutul Inimii 50,56%. Dintre cele nouă unități cu retenție sub 65%, opt funcționează în județul Cluj. Excepția este Euclid Oradea, care ocupă aceeași poziție pe axa retenției, însă cu un indice de complexitate de 0,7591, cel mai redus din regiune, față de 3,3688 la Institutul Regional de Gastroenterologie. Aceeași valoare a retenției acoperă astfel două realități diferite.

Unitatea sanitară	Fișe de externare	Durata medie de spitalizare (zile)	Pondere rurală (%)	Retenție teritorială (%)	Fișe cu diagnostic secundar (%)	Pacienți din mediul urban	Pacienți din mediul rural
Spitalul Orasenesc Jibou	1.693	6,11	69,30	98,80	98,33	520	1.173
Spitalul Orasenesc "Dr. G. Trifon" Nasaud	4.111	5,63	74,47	98,56	99,41	1.050	3.061
Spitalul Orasenesc "PROF. DR. IOAN PUSCAS" Simleu Silvaniei	3.068	5,45	66,21	98,46	99,55	1.037	2.031
Spitalul Orasenesc Viseu de Sus	5.176	5,47	56,90	98,43	99,24	2.231	2.945
Fortis Diagnosis Center	15	3,00	1,82	98,18	0,00	15	0

Spitalul Municipal Sighetu Marmației	13.158	6,38	59,51	98,14	95,05	5.328	7.830
Spitalul Municipal Gherla	3.409	5,19	57,76	97,87	99,24	1.440	1.969
Spitalul Județean Satu Mare	31.665	5,68	53,99	97,33	97,66	14.569	17.096
Spitalul de Psihiatrie Cavnic	967	7,86	48,79	97,25	84,09	495	472
Spitalul Orășenesc Târgu Lăpuș	2.850	5,48	64,53	97,14	96,16	1.011	1.839
Spitalul de Pneumoftiziologie Satu Mare	1.344	7,36	67,26	97,11	98,78	440	904
Spitalul Orășenesc Aleșd	2.820	5,89	70,19	96,96	93,72	841	1.979
Spitalul Municipal „Episcop N. Popovici" Beiuș	7.337	5,09	76,33	96,86	99,80	1.737	5.600
Spitalul Municipal Carei	4.831	5,84	58,58	96,34	98,48	2.001	2.830
Spitalul Orășenesc Beclean	1.623	6,00	72,04	96,02	97,20	454	1.169
Spitalul Orășenesc Ștei	767	6,20	65,14	95,67	100,00	267	500
Spitalul de Boli Infecțioase, Dermatovenerologie și Psihiatrie Baia Mare	4.935	7,30	39,84	95,64	87,82	2.969	1.966
Spitalul Orășenesc Negrești-Oaș	4.251	7,47	67,80	95,59	97,63	1.369	2.882
Spitalul Municipal Salonta	4.799	4,45	62,82	95,10	98,07	1.784	3.015
Spitalul Județean Zalău	24.750	5,47	57,15	94,40	96,91	10.605	14.145

Tabel 21 - Primele 20 de unități sanitare după retenția teritorială, Regiunea Nord-Vest, 2025

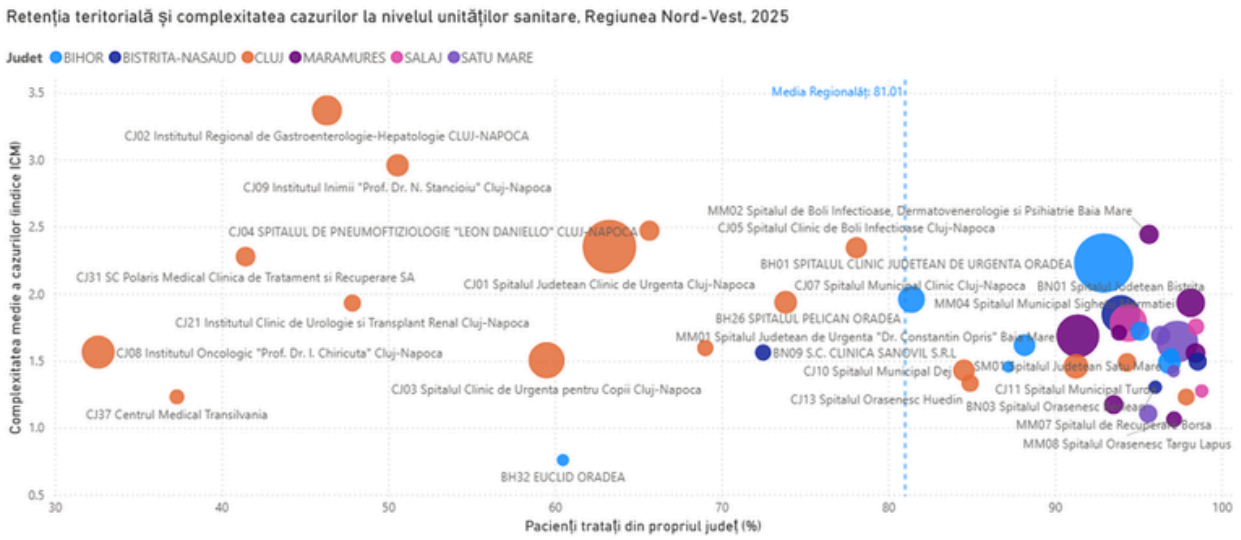


Figura 43 - Retenția teritorială și complexitatea cazurilor la nivelul unităților sanitare, Regiunea Nord-Vest, 2025

Cele douăzeci de secții care primesc cei mai mulți pacienți din alte județe se află toate în municipiul Cluj-Napoca și cumulează 28.021 de cazuri, adică 31,65% din fluxul interjudețean al regiunii. Șase aparțin Institutului Oncologic, care tratează 18.372 de fișe cu o retenție de 32,60%, deci două treimi din cazuistica sa provine din afara județului. Ponderea rurală a acestor douăzeci de secții ajunge la 39,58%, față de 49,15% la nivel regional, ceea ce arată că accesul la nivelul terțiar este proporțional mai puțin rural.

Structura pe specialități întărește distincția, prin urmare neonatologia tratează 54,29% pacienți din mediul rural și obstetrica-ginecologia 53,30%, în timp ce chirurgia oncologică coboară la 34,85% și gastroenterologia

gastroenterologia la 42,80%. Nașterea și îngrijirea nou-născutului se rezolvă în proximitate, iar intervenția oncologică programată atrage o cazuistică predominant urbană, ceea ce plasează populația rurală la distanță mai mare de nivelul terțiar.

Denumire secție	Fișe de externare	Durata medie de spitalizare (zile)	Retenție teritorială (%)	Pondere rurală (%)	Fișe cu diagnostic secundar (%)	Pacienți din mediul urban	Pacienți din mediul rural
ONCOLOGIE MEDICALA	21.681	4.19	70.71	46.32	99.84	11.638	10.043
CARDIOLOGIE	28.295	5.62	78.12	46.56	99.70	15.121	13.174
BOLI INFECTIOASE	13.965	7.28	92.60	49.12	99.64	7.105	6.860
HEMATOLOGIE	6.106	5.30	69.88	42.08	99.61	3.537	2.569
NEONATOLOGIE	19.154	4.15	87.74	54.29	99.55	8.754	10.400
MEDICINA INTERNA	43.547	7.02	90.79	53.70	99.50	20.163	23.384
NEUROLOGIE	16.970	6.95	87.29	46.96	99.37	9.000	7.970
GASTROENTEROLOGIE	18.364	5.36	64.65	42.80	99.36	10.505	7.859
PEDIATRIE	39.165	3.95	84.55	52.95	98.83	18.427	20.738
PNEUMOLOGIE	16.655	6.42	88.04	52.12	98.52	7.975	8.680
CHIRURGIE SI ORTOPEDIE PEDIATRICA	6.601	3.44	80.98	50.39	98.01	3.275	3.326
OBSTETRICA-GINECOLOGIE	36.581	3.77	86.16	53.30	97.54	17.082	19.499
OTORINOLARINGOLOGIE (ORL)	7.805	3.82	75.78	44.67	97.12	4.318	3.487
CHIRURGIE GENERALA	43.611	5.99	82.02	48.47	97.02	22.473	21.138
CHIRURGIE PLASTICA SI REPARATORIE	5.626	4.48	85.50	45.91	96.40	3.043	2.583
UROLOGIE	21.351	3.89	75.52	43.17	95.83	12.134	9.217
PSIHIATRIE ACUTI	23.063	8.53	92.88	53.44	91.61	10.739	12.324
ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE	17.479	5.42	79.44	45.29	90.48	9.563	7.916
CHIRURGIE ONCOLOGICA	7.125	5.53	39.93	34.85	80.43	4.642	2.483
OFTALMOLOGIE	7.890	2.40	80.06	44.53	76.17	4.377	3.513

Tabel 22 - Primele 20 de secții după fișele cu diagnostic secundar, Regiunea Nord-Vest, 2025

Durata medie de spitalizare este de 5,35 zile la nivel regional și variază de aproape trei ori între unități. Dintre cele care depășesc cinci mii de fișe anual, Spitalul Pelican Oradea încheie episodul în 2,45 zile, iar Institutul Inimii în 6,89. Diferența urmează profilul de activitate și rămâne independentă de retenție. Pe specialități, diferența merge de la 2,40 zile la oftalmologie până la 8,53 la psihiatria acuților, iar medicina internă, cu 43.547 de fișe și 7,02 zile, concentrează cel mai mare volum de zile de spitalizare din regiune. Ponderea fișelor cu diagnostic secundar atinge 97,13% la nivel regional, iar la nivel de unitate valorile se aglomerează între 89% și 100%, interval prea îngust pentru a distinge între spitale. Dezagregarea pe specialități deschide ecartul la 23,67 puncte procentuale, de la 76,17% la oftalmologie până la 99,84% la oncologia medicală, ceea ce face indicatorul utilizabil la acest nivel de agregare.

Două comparații arată ce măsoară de fapt indicatorul, în Institutul Oncologic, chirurgia oncologică raportează 78,19% și 80,08%, iar oncologia medicală 99,94% și 99,73%, pe aceeași populație de bolnavi și în aceeași unitate. Oftalmologia Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea raportează 41,04% pe 1.099 de fișe, față de 76,67% la Cluj, 88,11% la Satu Mare și 98,82% la Bistrița, prin umare indicatorul măsoară astfel intensitatea codificării, iar utilitatea lui rămâne în validarea raportării.

Filtrul asistenței primare

Ponderea internărilor cu trimitere de la medicul de familie a scăzut între 2019 și 2025 în cinci dintre cele șase județe, de la 37,36% la 33,10% în Cluj, de la 26,88% la 24,51% în Satu Mare, de la 25,37% la 20,57% în Bistrița-Năsăud și de la 24,66% la 22,67% în Bihor, de la 17,43% la 4,83% în Sălaj, aceasta fiind și cea mai drastică scădere înregistrată în regiune. Valoarea din județul Sălaj se citește separat de celelalte, întrucât seria prezintă o discontinuitate de raportare la începutul anului 2025, ponderea coborând de la 12,64% în anul 2024 la 5,31% încă din primul trimestru al anului 2025 și rămânând la acest nivel în anul 2026. În aceeași perioadă ponderea internărilor în urgență din județ se menține la 47,38%, iar volumul de activitate al Spitalului Județean de Urgență Zalău rămâne stabil, la 24.750 de fișe față de 24.239 în anul anterior, unitatea raportând o scădere a trimiterilor de la medicul de familie de la 13,43% la 2,87%. Categoria neînregistrată a circumstanței internării urcă simultan de la 30,20% la 41,05% din internările județului, cea mai ridicată valoare din regiune, astfel încât evoluția din Sălaj descrie practica de raportare a unității și rămâne neutilizabilă ca măsură a comportamentului de trimitere. Singura excepție este Maramureșul, care urcă de la 16,23% la 18,29%, pornind însă de la cel mai scăzut nivel din regiune. Scăderea accentuată din perioada 2020-2021 a fost urmată de o recuperare parțială, care s-a oprit în anul 2023.

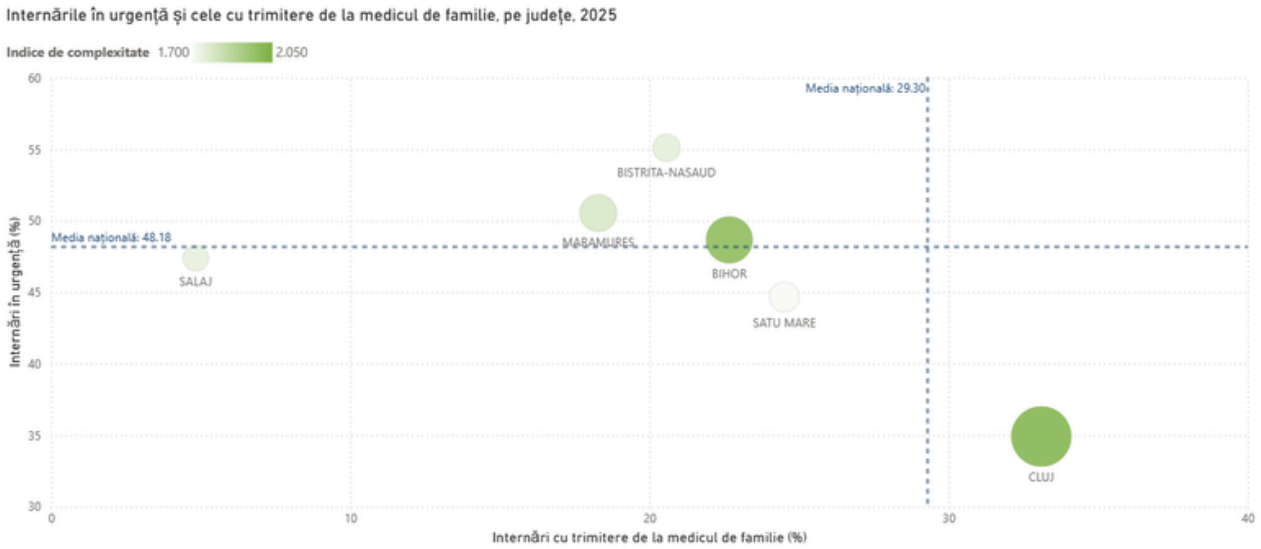


Figura 44 - Internările în urgență și cele cu trimitere de la medicul de familie, pe județe, 2025

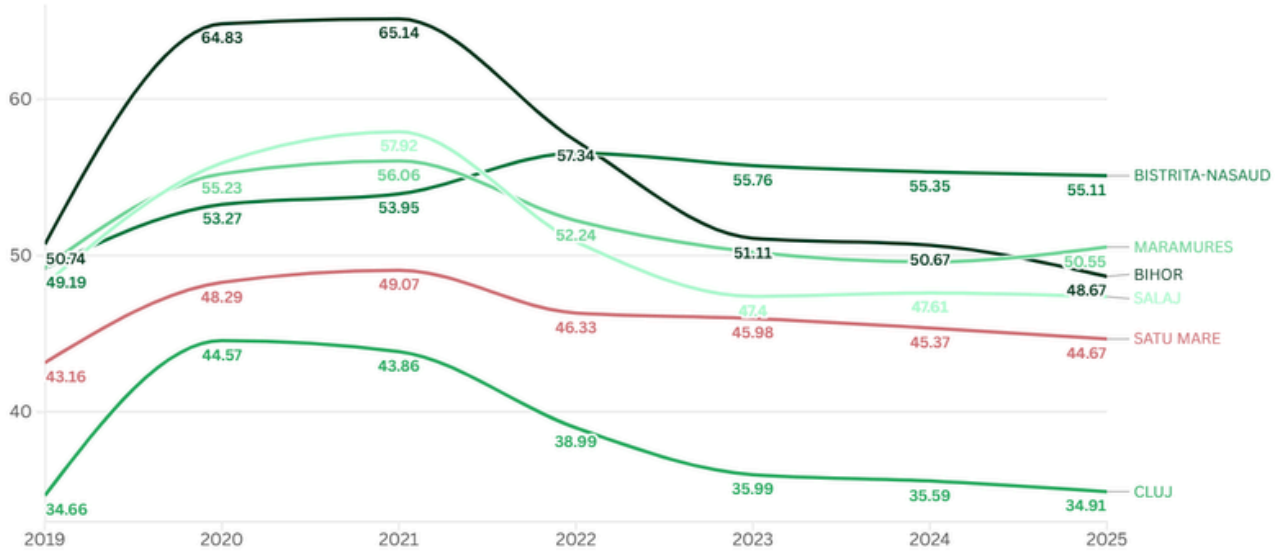


Figura 45 - Evoluția internărilor în urgență pe județe în perioada 2019-2025

Internările în urgență au revenit sub nivelul anului 2019 în cinci județe, iar Bistrița-Năsăud rămâne singurul unde modificarea s-a permanentizat, de la 49,19% la 55,11%, cu traiectorie stabilă începând din anul 2022.

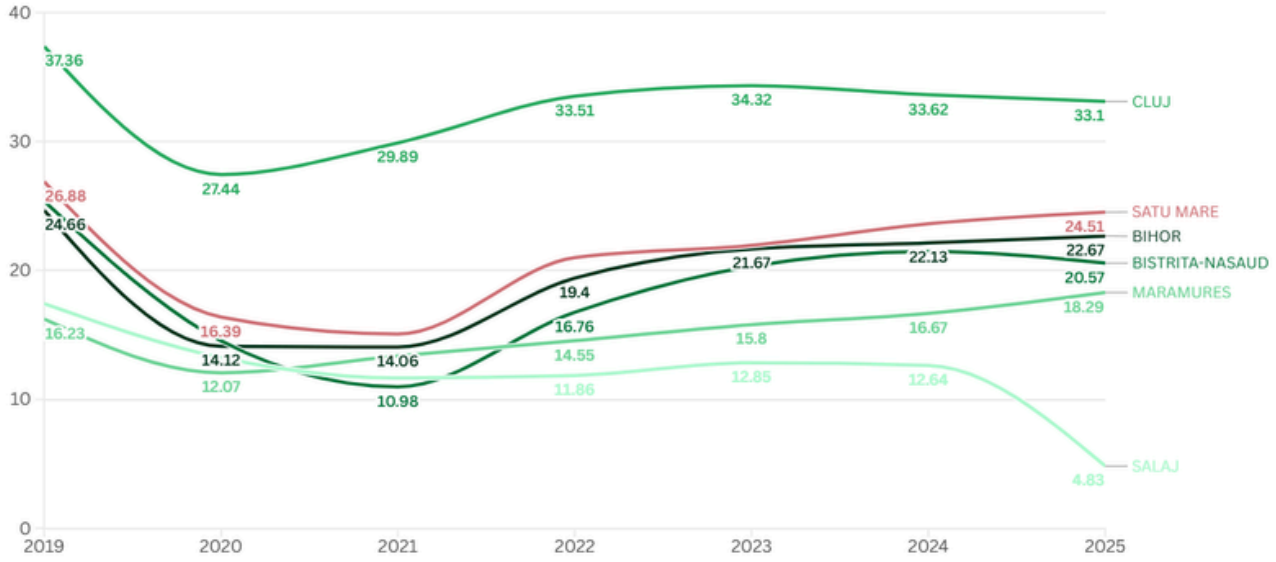


Figura 46 - Evoluția internărilor cu trimitere de la medicul de familie pe județe în perioada 2019-2025

Cele două serii evoluează asimetric, întrucât internările în urgență au revenit la nivelul dinaintea pandemiei, în timp ce trimiterile de la medicul de familie au continuat să scadă, ceea ce sugerează o deplasare a traseului de intrare în spital către alte modalități de acces. Interpretarea depinde însă de calitatea raportării. Pentru o parte dintre internări, modul în care pacientul a ajuns în spital nu este consemnat în niciuna dintre categoriile raportate, iar această parte a crescut, întrucât categoriile consemnate acopereau 88,76% dintre internări în anul 2019 și 85,44% în anul 2025. Creșterea de 3,32 puncte procentuale a cazurilor fără mod de intrare consemnat este aproape egală cu scăderea de 3,19 puncte a trimiterilor de la medicul de familie, ceea ce ridică întrebarea dacă scăderea este reală sau doar aparentă. Răspunsul se obține recalculând ponderile numai pe internările pentru care modul de intrare este consemnat [100]. Pe această bază, trimiterile de la

[100] Raportările spitalicești consemnează modul de intrare în spital în cinci categorii: internare în urgență, transfer de la alt spital, trimitere de la medicul de familie, trimitere de la medicul specialist din ambulatoriu și internare la cerere. Pentru o parte dintre internări nu este consemnată niciuna dintre acestea. Ponderile recalculate din prezentul paragraf folosesc ca numitor suma celor cinci categorii consemnate, pentru ca variația cazurilor fără consemnare să nu influențeze rezultatul. Sursa: indicatorii DRG raportați de unitățile sanitare, valori cumulate anual (trimestrul IV).

medicul de familie coboară de la 32,00% în anul 2019 la 29,55% în anul 2025, o scădere de 2,45 puncte procentuale, iar fără județul Sălaj, unde modul de raportare s-a modificat în anul 2025, valorile sunt de 32,54% și 30,47%, respectiv o scădere de 2,07 puncte. În paralel, internările în urgență urcă de la 48,54% la 50,75%, o deplasare de mărime apropiată. Toată diferența față de anul 2019 se produce în anii 2020 și 2021, când indicatorul coboară până la 21,81%, iar din anul 2022 el crește în fiecare an, de la 26,95% la 29,55%. Scăderea din ultimul an ține exclusiv de raportare, întrucât pe internările consemnate indicatorul crește de la 29,47% la 29,55%. Funcția de filtru a asistenței primare rămâne astfel sub nivelul anului 2019, cu o refacere începută în anul 2022 și neîncheiată.

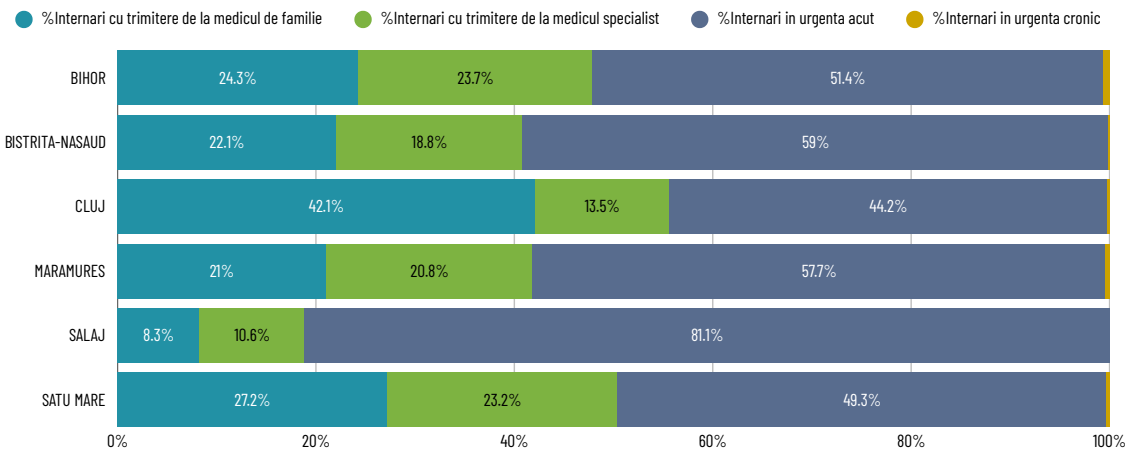


Figura 47 - Structura modalităților de intrare în spital, pe județe, 2025

Deficitul de medici de familie însumează, în 2025, 161 de posturi în cele 120 de localități aflate în situație de deficit, dintre care 86 numai în Maramureș. Asocierea cu ponderea internărilor în urgență se observă la cinci dintre cele șase județe, coeficientul de corelație de rang situându-se însă la 0,60, sub pragul critic aplicabil unui număr de șase unități teritoriale. Bistrița-Năsăud se abate de la tipar, cu cea mai ridicată pondere a internărilor în urgență din regiune și cu al doilea cel mai redus deficit, ceea ce arată că accesul la asistență primară depinde de mai mult decât numărul de medici și justifică folosirea unor indicatori compuși, care să includă densitatea centrelor de permanență și distanța până la unitatea spitalicească. Relația se observă la nivel agregat județean, iar nu individual, deci interpretarea rămâne supusă limitelor inferenței ecologice.

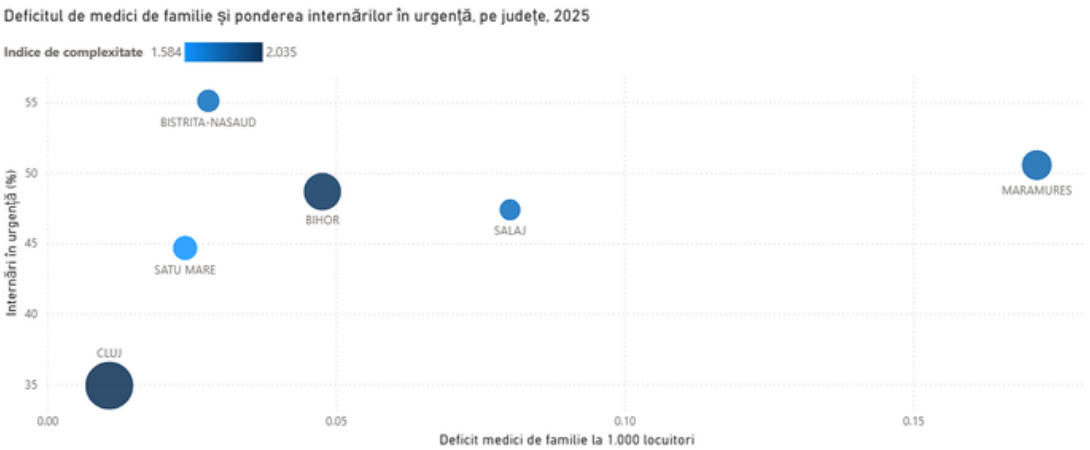


Figura 48 - Deficitul de medici de familie raportat la populația cu domiciliu și ponderea internărilor în urgență, pe județe, 2025

Eficiența utilizării resursei

Durata medie de spitalizare capătă sens doar raportată la complexitatea cazuisticii cazurilor tratate. Comparând ambele mărimi cu valorile naționale ale aceleiași specialități, rezultă că excedentul regional de zile este în majoritatea situațiilor justificat. Gastroenterologia acumulează 14.918 zile peste standardul național, însă cu un indice de complexitate de 2,85 față de 1,88, iar chirurgia maxilo-facială obține cea mai bună utilizare a resursei din Regiune, tratând cazuri cu 57% mai complexe într-o durată cu 25% mai scurtă.

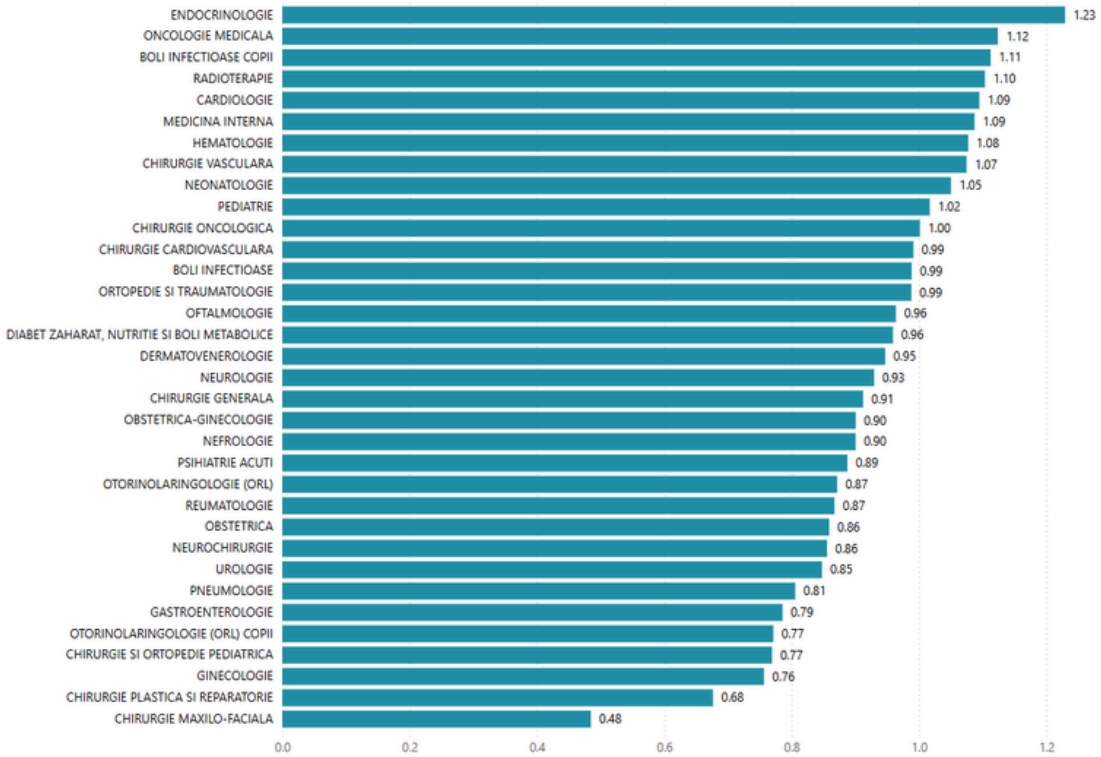


Figura 49 - Raport dintre durata de spitalizare și complexitatea cazurilor, pe specialități, 2025, valoarea 1,00 indică proporționalitatea

Medicina internă acumulează 39.256 de zile de spitalizare peste media națională a specialității, iar cardiologia 18.807, ambele cu durate care depășesc cu 5 până la 6% nivelul justificat de complexitatea cazuisticii cazurilor tratate. La o ocupare anuală de 290-330 de zile, cele circa 58.000 de zile echivalează cu 175-200 de paturi la o ocupare anuală de 350 de zile, resursă imobilizată prin durate excedentare, iar nu prin insuficiența capacității instalate.

Durata medie de spitalizare preoperatorie, de 1,19 zile față de 1,31 la nivel național, arată că investigarea premergătoare intervenției se realizează în limite rezonabile la nivel regional. Diferențele interne sunt însă considerabile, de la 0,89 zile în Bihor la 1,50 în Sălaj și 1,52 în Maramureș, unde dezvoltarea capacității de investigații ambulatorii rămâne o problemă locală. Rata de internare în secția terapie intensivă este de 9,94% față de 15,10%, în timp ce durata medie a ședерii ajunge la 2,81 zile față de 1,86. Bistrița-Năsăud face excepție, cu o rată de 26,11% asociată unei durate de 0,93 zile, ceea ce indică o definiție care include supravegherea postoperatorie de scurtă durată. Sub jumătate din rata națională se situează trei județe, respectiv Satu Mare cu 4,81%, Maramureș cu 4,91% și Sălaj cu 6,29%, în timp ce Bihorul, cu 8,36%, și Clujul, cu 11,40%, rămân peste acest prag. Toate cele cinci reține însă pacienții mai mult decât media națională, de la 2,22 zile în Sălaj până la 4,64 zile în Satu Mare, valoarea extremă din regiune. Această combinație, de rată redusă și ședere prelungită, este compatibilă deopotrivă cu o constrângere de capacitate și cu praguri de admisie mai restrictive, iar departajarea se obține prin raportarea activității la capacitatea instalată. Cele 600

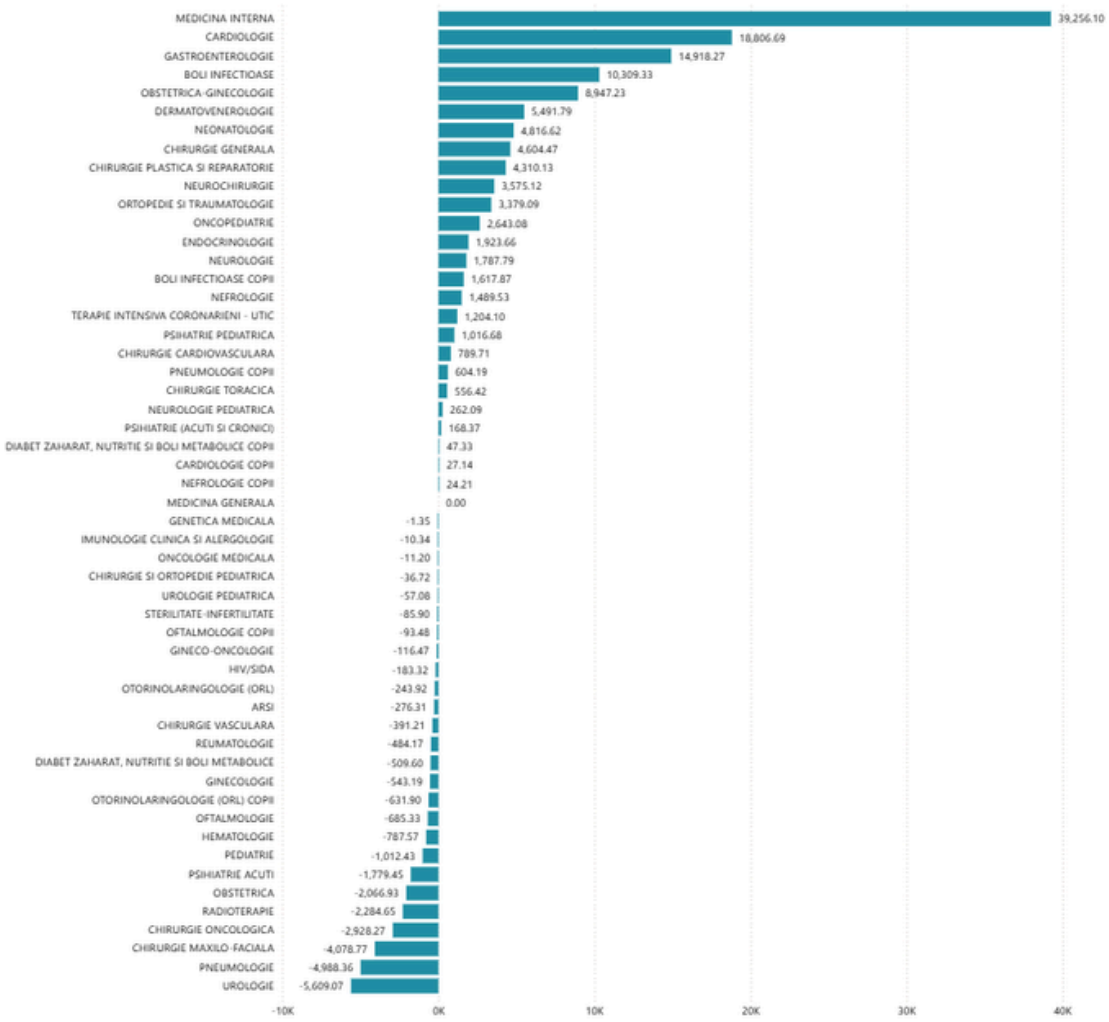


Figura 50 - Zile de spitalizare în exces față de standardul național, pe specialități, 2025

de paturi de anestezie și terapie intensivă ale regiunii se distribuie cu 283 în Cluj, 117 în Bihor, 89 în Maramureș, 55 în Satu Mare și câte 28 în Sălaj și în Bistrița-Năsăud. Raportate la zilele de îngrijire acordate, aceste paturi ating un grad de ocupare de 83,4% în Bistrița-Năsăud, 73,9% în Cluj și 65,4% în Bihor, însă coboară la 47,0% în Satu Mare, 40,3% în Sălaj și 37,0% în Maramureș, adică tocmai în județele cu cea mai redusă rată de internare. Ipoteza constrângerii de capacitate se susține astfel doar pentru județele cu ocupare ridicată, iar pentru celelalte trei explicația probabilă rămâne aplicarea unor criterii de admisie mai restrictive. Comparația dintre Sălaj și Bistrița-Năsăud, județe care dispun de același număr de paturi, întărește această interpretare, întrucât ratele lor de internare diferă de peste patru ori.

Județ	Rata de internare în terapie intensivă	Durata medie a spitalizării în terapie intensivă	Durata medie de spitalizare postoperatorie	Durata medie de spitalizare preoperatorie
BIHOR	8.35	2.87	2.95	0.89
BISTRITA-NASAUD	26.11	0.93	3.43	1.23
CLUJ	11.40	3.31	3.49	1.21
MARAMURES	4.90	3.49	4.32	1.52
SALAJ	6.28	2.22	3.24	1.50
SATU MARE	4.81	4.64	3.51	1.10

Tabel 23- Durata medie de spitalizare preoperatorie și postoperatorie, rata de internare în terapie intensivă și durata medie a șederii în terapie intensivă, pe județe, 2025

Rezultatul îngrijirii și limitele indicatorilor

Mortalitatea intraspitalicească regională, de 2,56% în anul 2025, depășește media națională de 2,40% și se menține peste nivelul de 2,26% înregistrat înaintea pandemiei. Ierarhia județeană s-a păstrat pe întreaga perioadă analizată, județul Satu Mare ocupând prima poziție în fiecare dintre cei șapte ani, cu valori cuprinse între 3,34% în 2019 și 6,34% în anul de vârf pandemic 2021, iar Clujul ultima poziție în șase ani din șapte, cu valori între 1,93% și 3,83%, singura excepție fiind anul 2019, când Bihorul a înregistrat 1,88%. Indicatorul se prezintă însă în formă brută, fără ajustare după vârsta pacienților și după riscul de deces asociat diagnosticului, astfel încât diferențele dintre județe rămân în afara oricărei interpretări privind calitatea îngrijirii. Ele sunt compatibile cu deosebiri de structură a cazuisticii, cu practicile de externare și de transfer și cu preluarea îngrijirii de sfârșit de viață în paturi acute de proximitate.

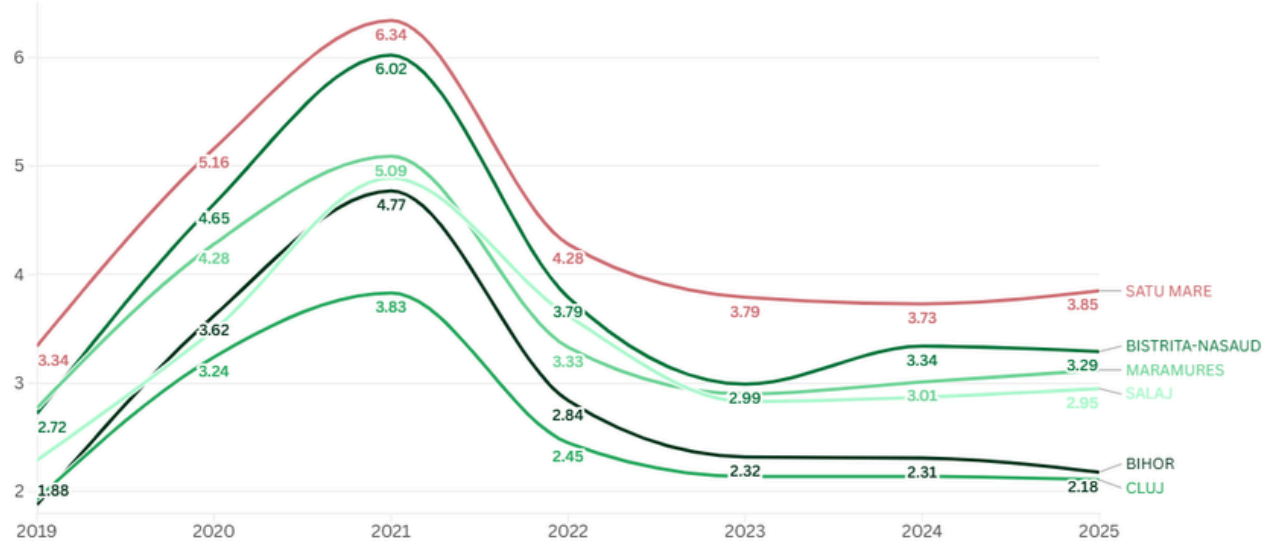


Figura 51 - Evoluția mortalității intraspitalicești, pe județe, 2019-2025

Împărțirea unităților după volumul de activitate conduce la o constatare care reorientează interpretarea. Spitalele publice regionale cu peste 20.000 de internări anuale înregistrează o mortalitate de 2,81%, calculată pe 7.426 de decese la 264.170 de externări, sub media națională de 3,40% pentru aceeași categorie, în timp ce cele 23 de unități cu 2.000 până la 10.000 de internări ajung la 2,77%, cu 3.197 de decese la 115.270 de externări, față de 1,47% media națională a celor 173 de unități comparabile din țară. Aceeași direcție se regăsește în categoria intermediară, unde cele trei unități regionale cu 10.000 până la 20.000 de internări ating 2,80%, cu 1.292 de decese la 46.224 de externări, față de 1,94% media națională a categoriei. Diferențele se mențin și după luarea în calcul a incertitudinii statistice, întrucât intervalele de încredere de 95% ale ratelor regionale sunt de 2,75%-2,87% pentru unitățile mari, de 2,65%-2,95% pentru cele intermediare și de 2,68%-2,87% pentru cele mici, iar media națională a fiecărei categorii se situează în afara intervalului corespunzător. Spitalele mari din Regiune obțin astfel rezultate mai bune decât unitățile comparabile din țară, în timp ce unitățile intermediare le depășesc cu 44%, iar cele mici cu 88%. Intervalele au fost calculate pe numărul de externări, fără corecție pentru gruparea cazurilor pe unități, iar ratele rămân neajustate după vârsta și riscul pacienților, astfel încât comparația măsoară amplitudinea diferenței și rămâne în afara oricărei concluzii privind calitatea îngrijirii.

O explicație posibilă a acestei configurații este preluarea îngrijirii pentru vârstele înaintate în unitățile aflate în proximitatea domiciliului, în lipsa paturilor de îngrijiri paliative din județele din regiune. Cele 23 de unități publice cu 2.000 până la 10.000 de internări anuale tratează o cazuistică în care pacienții de peste 65 de ani

reprezintă între 34% și 48% din cazuri, la indici de complexitate cuprinși între 1,06 și 1,69, iar mortalitatea lor se întinde de la 0,82% la 5,20%. Amplitudinea acestei variații, la o cazuistică apropiată ca vârstă și ca grad de complexitate, arată că indicatorul brut urmărește structura reală a pacienților și rolul asumat de fiecare unitate în îngrijirea de sfârșit de viață, rămânând în afara oricărei măsuri a performanței actului medical.

Categorie de volum	Regiune (%)	Național (%)	Unități în Regiune	Unități la nivel național
Peste 20.000	2,81	3,40	7	48
10.000-20.000	2,80	2,00	3	53
2.000-10.000	2,77	1,47	23	173

Tabel 24- Mortalitatea intraspitalicească în unitățile publice, pe categorii de volum de activitate, 2025, comparativ cu media națională a fiecărei categorii

Indicele de concordanță a diagnosticelor plasează regiunea peste media națională, cu 73,92 față de 73,05 puncte, ambele în scădere ușoară. Indicele de complexitate folosit în această comparație exprimă consumul de resurse asociat grupei de diagnostice, riscul de deces rămânând în afara construcției sale, astfel încât comparația dintre mortalitate și complexitate prezentată în figura următoare are valoare orientativă. Unitățile identificate anterior cu o pondere a internărilor rezolvate chirurgical sub 50% concentrează totodată cea mai vârstnică cazuistică și cei mai scăzuți indici de complexitate din regiune, ceea ce le recomandă ca opțiuni prioritare pentru dezvoltarea de structuri de îngrijiri paliative, de geriatrie și de îngrijire de lungă durată.

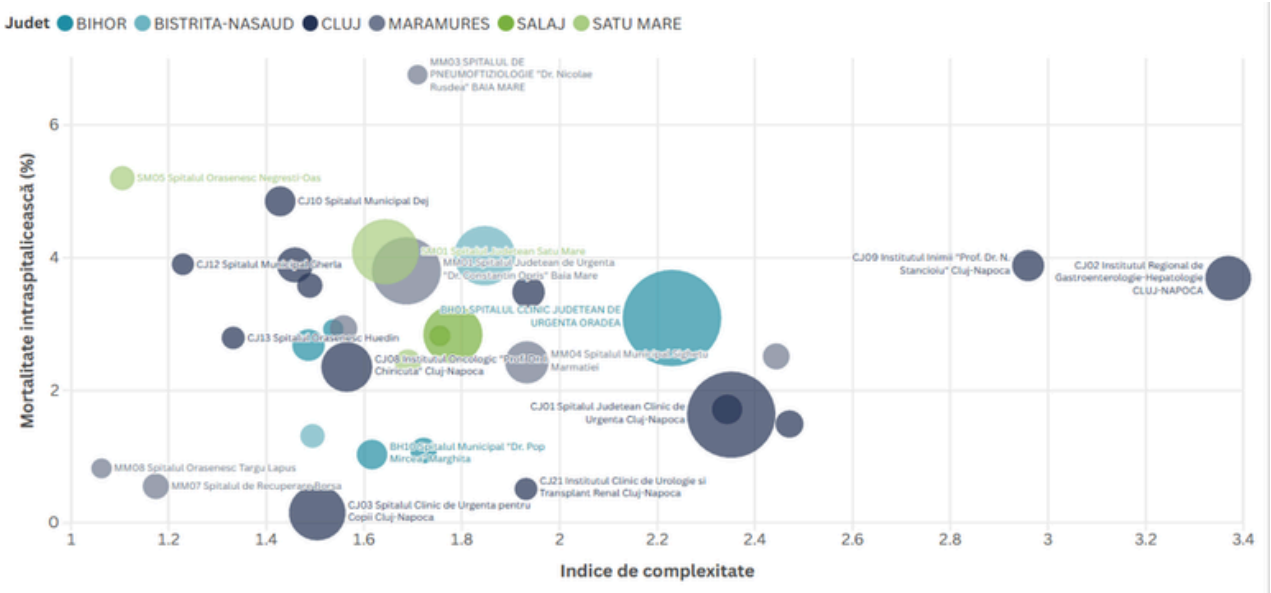


Figura 52 - Mortalitatea intraspitalicească și complexitatea cazurilor la nivel de unitate publică, 2025

Echitatea accesului

Cazurile provenite din mediul rural depășesc ponderea demografică a acestuia în toate cele cinci județe pentru care indicatorul poate fi interpretat, diferența variind de la 0,4 puncte procentuale în Bistrița-Năsăud până la 7,0 puncte în Maramureș. Județul Cluj rămâne în afara acestei evaluări, întrucât cele 40,07% cazuri provenite din mediul rural includ pacienți din regiune.

Această distribuție semnalează substituirea asistenței primare și ambulatorii prin spitalizare, întrucât episoadele care în mediul urban se rezolvă la medicul de familie sau în ambulatoriul de specialitate ajung, acolo unde aceste servicii lipsesc, în regim de internare. Suprareprezentarea populației rurale în cazuistica spitalicească este compatibilă atât cu substituirea asistenței primare prin spitalizare, cât și cu structura de

vârstă mai avansată a populației rurale, separarea celor două contribuții necesită standardizarea pe vârste a ratelor de spitalizare pe medii de rezidență, iar coincidența dintre deviația maximă și deficitul maxim de medici de familie în Maramureș este o observație unică, insuficientă pentru a departaja ipotezele.

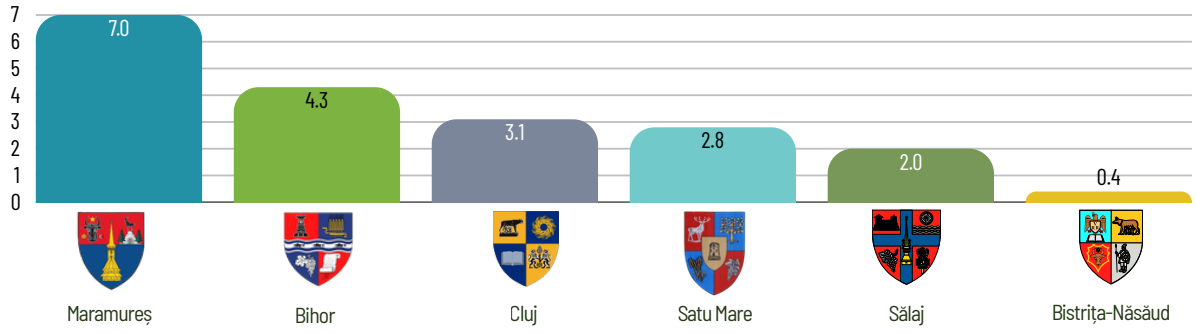


Figura 53 - Reprezentarea populației rurale în activitatea spitalicească, diferență în puncte procentuale față de ponderea demografică, pe județe, 2025

Ponderea pacienților neasigurați în județul Bihor, de 5,50% în anul 2025 față de valori între 1,52% și 2,49% în celelalte cinci județe, se menține pe întreaga perioadă analizată și se agravează ușor, de la 3,44% în 2019. Cauzele rămân neclare din datele disponibile, iar ocuparea informală și mobilitatea transfrontalieră reprezintă ipoteze plauzibile, care necesită verificare prin surse complementare.

Bărbații sunt majoritari în activitatea spitalicească a tuturor celor șase județe, cu ponderi între 51,93% în Cluj și 55,02% în Bistrița-Năsăud, deși populația regiunii este majoritar feminină. Avansul femeilor apare abia după 65 de ani, grupă care generează 38,18% din internări.

Judet	Cazuri din mediul rural (%)	Pondere a populației rurale (%)	Deviație (%)	Pacienți asigurați (%)	Cazuri generate de populația masculină (%)	Cazuri generate de populația feminină (%)
Bihor	54.56	50.293	4.267	94.50	54.49	45.51
Bistrita-Năsaud	60.20	59.785	0.415	97.90	55.02	44.98
Cluj	40.07	36.963	3.107	98.48	51.93	48.07
Maramureș	48.09	41.105	6.985	97.51	53.16	46.84
Sălaj	59.22	57.173	2.047	98.02	52.61	47.39
Satu Mare	56.57	53.724	2.846	98.04	53.70	46.30

Tabel 25- Structura sociodemografică a pacienților internați, pe județe, 2025.

Sectorul privat

Unitățile private realizează 6,50% din activitatea spitalicească regională, valoare apropiată de media națională de 5,77%, însă distribuția este foarte inegală, de la 12,08% în Bihor și 8,67% în Bistrița-Năsăud până la 0,37% în Satu Mare și zero în județul Sălaj, unde nu s-a raportat nicio internare în sistem privat după anul 2019, singurele spitale care înregistrează activitate chirurgicală fiind Spitalul Județean Zalău și Spitalul Orășenesc „Prof. Dr. Ioan Pușcaș" Șimleu Silvaniei. În aceste două județe rețeaua publică rămâne singura opțiune, iar orice deficit de capacitate se traduce direct în deplasare către alt județ.

Activitatea privată se concentrează în cazurile programate și chirurgicale, acoperind 30,6% din internările de neonatologie, 22,1% din chirurgia plastică, 19,8% din chirurgia cardiovasculară, 17,9% din ortopedie și 15,7% din obstetrică-ginecologie. Lipsește complet din psihiatria acuților, din bolile infecțioase și din radioterapie, iar în medicina internă rămâne la 1,1%. În cardiologie acoperă 8,2% din internări, respectiv 2.313 din cele

28.295 de cazuri, activitate concentrată în patru unități din județele Bihor și Cluj.

Rezultă că sectorul privat se dezvoltă preponderent în afara specialităților aflate sub presiune. Medicina internă, domeniul cu cel mai mare excedent de zile de spitalizare, de 39.256 de zile, rămâne practic neatinsă de oferta privată, cu 1,1% din internări. În cardiologie, al doilea domeniu ca excedent, cu 18.807 zile, prezența privată de 8,2% depășește media regională de 6,5% și se combină cu 19,8% în chirurgia cardiovasculară, ceea ce arată o orientare a ofertei private către componenta intervențională a îngrijirii cardiace, în timp ce internarea medicală prelungită rămâne integral în sarcina rețelei publice.

Județ	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Bihor	7.69	12.13	14.47	10.93	11.61	11.18	12.08
Bistrița-Năsaud	7.04	11.65	11.97	10.15	8.37	8.13	8.67
Cluj	0.00	0.00	0.29	2.19	3.46	6.26	6.84
Maramureș	2.94	2.42	2.39	2.39	2.40	2.37	2.56
Sălaj	1.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Satu Mare	1.16	0.75	0.71	0.46	0.24	0.28	0.37
Total	**2.86**	**4.07**	**4.65**	**4.44**	**5.02**	**5.98**	**6.50**

Tabel 26- Ponderea sectorului privat în activitatea spitalicească, pe județe, 2019-2025

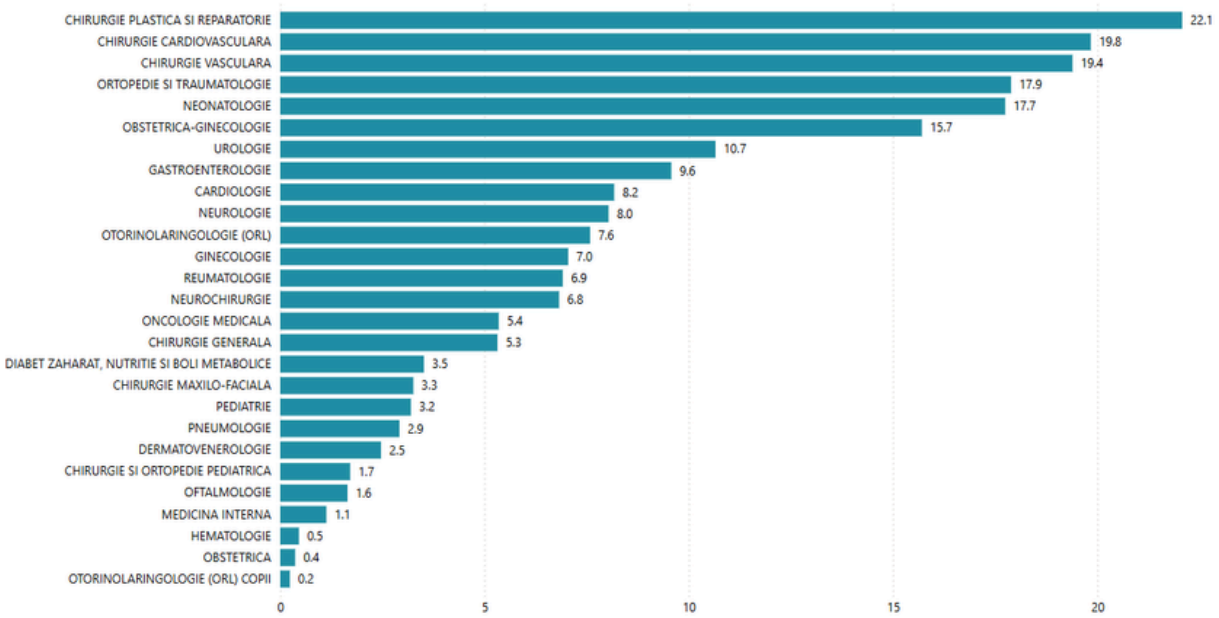


Figura 54 - Ponderea sectorului privat în activitatea spitalicească, pe specialități, 2025

Presiunea demografică pe orizontul 2028-2034

Ponderea internărilor generate de populația de peste 65 de ani a crescut de la 34,17% în 2019 la 38,18% în 2025, în timp ce grupele de 0-4 ani, 18-44 ani și 45-64 ani și-au redus contribuția, iar grupa de 5-17 ani a rămas practic staționară, la 6,39% și respectiv 6,59%. Descompunerea acestei evoluții arată însă că rata de spitalizare a populației vârstnice a rămas constantă, situându-se la 98,8% din nivelul anului 2019, iar creșterea cu 9,7% a numărului de cazuri se explică integral prin creșterea cu 11,0% a populației din această grupă. Cererea suplimentară provine astfel din structura demografică, ceea ce permite proiectarea nevoii viitoare prin aplicarea ratei observate la evoluția populației.

Traiectoria grupei celor mai mici copii merită o mențiune separată, întrucât ponderea internărilor la 0-4 ani urcă până în 2021, la 11,36%, și coboară abia ulterior, până la 9,31% în 2025. Aceeași scădere se regăsește în activitatea specialităților legate direct de natalitate, întrucât internările de neonatologie au coborât de la 21.299 în 2019 la 19.154 în 2025, o reducere de 10,1%, iar cele de obstetrică-ginecologie de la 48.395 la 44.308, o

reducere de 8,4%, în condițiile în care activitatea spitalicească regională s-a refăcut aproape integral. Neonatologia se distinge prin faptul că scade în fiecare an al perioadei analizate, fără revenirea post-pandemică observată în restul rețelei, evoluție care indică un efect de cohortă de nou-născuți, distinct de întreruperea temporară a activității programate din anii 2020 și 2021.

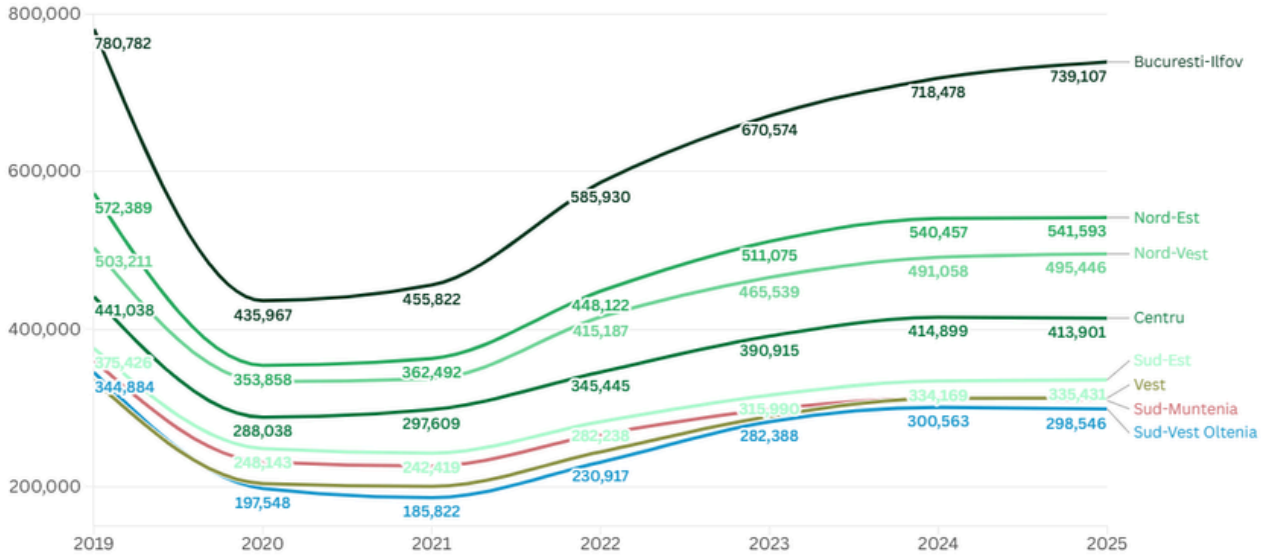


Figura 55 - Evoluția structurii pe grupe de vârstă a pacienților internați în Regiunea Nord-Vest în perioada 2019-2025

Satisfacția pacienților și percepția asupra serviciilor spitalicești

Mecanismul de feedback și limitele instrumentului

Evaluarea calității rețelei spitalicești din perspectiva beneficiarului direct se sprijină pe mecanismul național de feedback al pacientului, reglementat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.501/2016 privind aprobarea implementării mecanismului de feedback al pacientului în spitalele publice, modificat prin Ordinul nr. 3.722/2023 [102], și gestionat de Compartimentul de Integritate din cadrul Ministerului Sănătății, în cadrul căruia chestionarul este transmis prin Serviciul de Telecomunicații Speciale, prin mesaj text sau formular electronic, către pacienții externați, cu prelucrarea anonimă a răspunsurilor. Deși designul mecanismului prevede transmiterea către un eșantion selectat aleatoriu la nivelul fiecărui spital, rata redusă de răspuns, situată la nivel național sub 13,20% [103], reintroduce o autoselecție sistematică a respondenților. Indicatorii care urmează măsoară percepția pacienților care aleg să răspundă, nu starea obiectivă a calității medicale, iar valorile trebuie citite ca semnale de percepție, comparabile teritorial și în timp, fără a constitui măsurători ale performanței clinice.

O a doua constrângere ține de instrumentul de colectare, revizuit în cursul anului 2024, moment în care o parte dintre întrebări au fost reformulate, iar două perechi de itemi au fost comasate, respectiv întrebările privind medicul și asistentele într-o întrebare unică referitoare la personalul medical și întrebările privind solicitarea de bani și disponibilitatea de raportare într-un item unic condiționat. Scala de evaluare a rămas neschimbată, cu aceleași patru trepte la itemii de satisfacție și cu răspuns dihotomic la ceilalți, astfel încât indicatorii se calculează identic și rămân comparabili ca metodă. Serii continue există pentru satisfacția globală, satisfacția față de curățenie, rata de recomandare, achiziția de medicamente din surse proprii, claritatea explicațiilor primite și starea de sănătate după externare, în timp ce evaluările distincte ale activității medicului și ale personalului de îngrijire sunt disponibile exclusiv în intervalul 2021-2023, iar evaluarea personalului medical doar începând cu anul 2024. Analiza se oprește la anul 2025, ultimul an complet, datele parțiale înregistrate în 2026 nefiind folosite pentru comparații.

Volumul respondenților determină precizia cu care pot fi citite diferențele. La nivel regional, cele 72.033 de chestionare din anul 2025 dau o marjă de eroare de aproximativ 0,3 puncte procentuale, iar media națională, calculată pe 488.169 de chestionare, o marjă de 0,1 puncte. La nivel județean marja crește pe măsură ce volumul scade, de la 0,4 puncte în Cluj până la 1,3 puncte în Bistrița-Năsăud și Sălaj, iar la nivel de unitate sanitară ea se situează între 1,1 și 4,6 puncte procentuale, pentru cele treizeci și patru de unități care ating pragul de 300 de răspunsuri folosit în figurile din prezenta secțiune. În consecință, diferențele mai mici decât aceste marje se consemnează ca valori apropiate și nu susțin o ordonare, iar comparațiile care urmează folosesc ierarhia doar acolo unde distanța dintre valori depășește marja corespunzătoare nivelului comparat.

La nivelul regiunii, mecanismul de feedback a colectat 270.521 de chestionare completate în intervalul 2021-2025, numărul acestora crescând de la 33.729 în anul 2021 la 72.033 în anul 2025. Creșterea de 113,56% reflectă extinderea gradului de utilizare a instrumentului și consolidarea transmiterii electronice, fără a indica o modificare a nivelului de satisfacție. Aceeași evoluție se regăsește la nivel național, unde numărul chestionarelor completate a urcat de la 232.973 în 2021 la 488.169 în 2025, Regiunea menținându-se pe locul al doilea după București-Ilfov în perioada 2021-2022 și pe locul al treilea, după Nord-Est, începând cu anul 2023, la o diferență de 2.485 de chestionare în anul 2025 [104]. Distribuția teritorială a acestui volum

[102] ORDIN nr. 3.722 din 2 noiembrie 2023 pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății nr. 1.501/2016 privind aprobarea implementării mecanismului de feedback al pacientului în spitalele publice, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1026 din 10 noiembrie 2023

[103] Mecanismul de Feedback al Pacientului 2026—Data.gov.ro. (f.a.). Preluat în 22 iulie 2026, din https://data.gov.ro/dataset/mecanismul-de-feedback-al-pacientului-2026. Conform datelor din centralizatorul lunii iunie 2026.

[104] DataGov.ro, Mecanismul de Feedback al Pacientului 2026. Disponobil la: https://data.gov.ro/dataset/mecanismul-de-feedback-al-pacientului-2026

este puternic concentrată, județul Cluj furnizând 57,18% din totalul răspunsurilor regionale, ceea ce confirmă rolul său de pol de referință care atrage pacienți din întreaga Regiune și impune tratarea sa distinctă în comparațiile teritoriale. Întrucât fiecare chestionar cuprinde mai multe întrebări, volumul total al răspunsurilor individuale înregistrate în Regiune se ridică la 2.398.070 pentru intervalul 2021-2025, mărime folosită exclusiv pentru dimensionarea bazei de calcul, rata de răspuns raportându-se la numărul de chestionare. Extinderea instrumentului nu s-a produs în același ritm în toate județele. Numărul chestionarelor crește cu 150,74% în Bistrița-Năsăud, cu 141,28% în Bihor și cu 134,57% în Satu Mare, în timp ce în Maramureș avansul se oprește la 92,92%, iar în Sălaj la 76,43%. Diferența contează la interpretarea seriilor, pentru că într-un județ în care acoperirea se dublează structura respondenților se modifică odată cu ea, astfel încât comparațiile de nivel între ani sunt mai solide în Sălaj și Maramureș decât în județele unde volumul a crescut cel mai mult.

Județ	2021	2022	2023	2024	2025	Creștere 2025 față de 2021
Bihor	3,324	4,234	6,235	7,412	8,020	141,28%
Bistrița-Năsăud	1,547	2,440	3,241	3,541	3,879	150,74%
Cluj	19,226	27,558	31,912	34,902	41,087	113,71%
Maramureș	5,833	8,361	8,287	8,910	11,253	92,92%
Sălaj	1,922	2,377	2,761	2,771	3,391	76,43%
Satu Mare	1,877	2,746	3,346	3,725	4,403	134,57%
Regiunea Nord-Vest	**33,729**	**47,716**	**55,782**	**61,261**	**72,033**	**113,56%**

Tabel 27 - Numărul chestionarelor completate, pe județe, în perioada 2021-2025

Satisfacția globală și efectul revizuirii chestionarului

Satisfacția globală față de serviciile spitalicești, măsurată ca pondere a răspunsurilor mulțumit și foarte mulțumit din totalul răspunsurilor la întrebarea „Cât de mulțumit sunteți de serviciile medicale oferite de spital?" pentru perioada 2021-2023, respectiv „Sunteți mulțumit de serviciile medicale oferite de spital?" pentru perioada 2024-2025, se menține la nivel regional în jurul valorii de 82,00% pe parcursul primului interval, cu 82,02% în 2021, 81,77% în 2022 și 82,48% în 2023. Începând cu anul 2024 valoarea coboară la 79,70%, iar în anul 2025 la 79,35%, însă această treaptă coincide exact cu momentul revizuirii chestionarului. Diferența dintre cei doi ani, de 0,35 puncte procentuale, rămâne sub marja de eroare a comparației și descrie o valoare staționară.

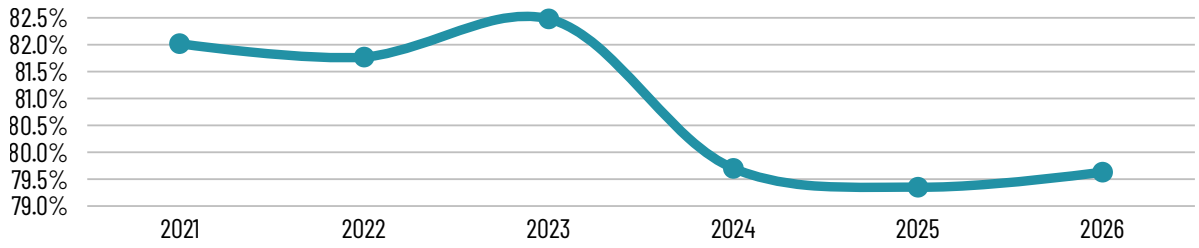


Figura 56 - Nivelul de mulțumire privind calitatea serviciilor medicale în Regiunea Nord-Vest

Din examinarea răspunsurilor pe cele patru trepte ale scalei rezultă că ponderea răspunsurilor foarte mulțumit rămâne constantă, între 48,26% și 50,06% pe întregul interval, iar variația observată la trecerea

dintre cele două versiuni ale chestionarului provine din migrarea răspunsurilor moderate către polul negativ, unde ponderea foarte nemulțumit crește de la 11,85% în 2023 la 14,78% în 2024.

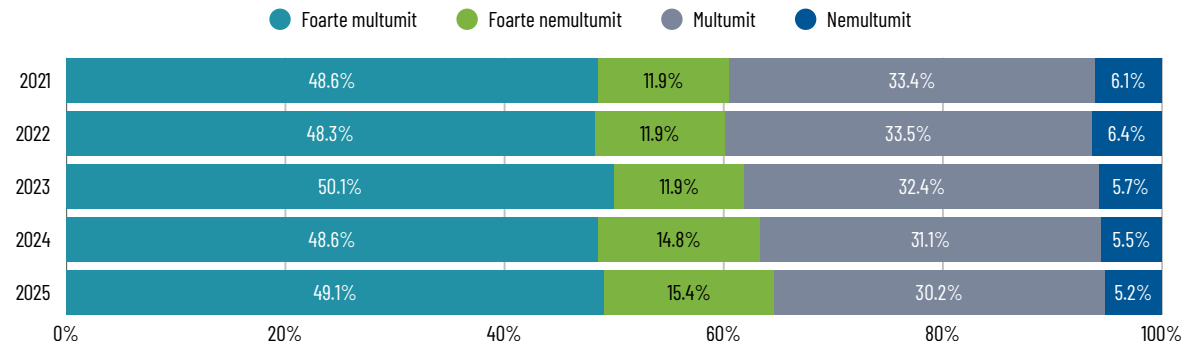


Figura 57 - Răspunsurile pe ani în Regiunea Nord-Vest privind nivelul de mulțumire privind serviciile medicale

Faptul că scăderea din 2024 ține de chestionar, și nu de calitatea serviciului, se poate arăta pe trei căi care nu depind una de alta. Prima ține de comportamentul diferit al celor două tipuri de scală, întrucât toți indicatorii cu răspuns de tip da sau nu trec de anul 2024 fără nicio treaptă, rata de recomandare urcând de la 88,70% în 2023 la 89,01% în 2024, claritatea explicațiilor de la 90,09% la 90,83%, iar ponderea pacienților care declară o stare de sănătate mai bună după externare menținându-se la 88,76% și, respectiv, 88,73%. O deteriorare reală a serviciului ar fi apărut deopotrivă la întrebările cu patru trepte și la cele cu răspuns simplu, iar faptul că ruptura se oprește exact la granița dintre cele două tipuri de scală indică o schimbare în modul de măsurare, nu în obiectul măsurat. A doua cale este oferită de satisfacția față de curățenie, item necomasat și cu formulare practic neschimbată, care coboară de la 85,09% în 2023 la 82,90% în 2024, deci cu 2,19 puncte procentuale, simultan cu scăderea de 2,78 puncte a satisfacției globale, iar structura internă a celor două scăderi este identică, ponderea foarte nemulțumit crescând cu 2,93 puncte la satisfacția globală și cu 3,01 puncte la curățenie, în condițiile în care percepția asupra curățeniei nu se poate modifica brusc de la un an la altul. A treia cale ține de compoziția canalelor, întrucât ponderea formularului electronic, asociat unei satisfacții mai ridicate, crește între 2023 și 2024 cu 5,34 puncte procentuale, deplasare care împinge indicatorul în sus și acționează, prin urmare, împotriva scăderii observate.

O parte din diferența de nivel dintre cele două perioade este de natură compozițională, întrucât până în 2023 chestionarul cuprindea întrebările separate privind medicul și asistentele, ambele cu scoruri constant peste medie, respectiv 83,11% și 84,17% la nivel regional în anul 2023, înlocuite din 2024 de o singură întrebare privind personalul medical, care pornește de la 79,93%, ceea ce coboară nivelul măsurat cu aproximativ 3,70 puncte procentuale fără ca satisfacția reală să se fi modificat.

Descompunerea satisfacției pe dimensiuni distincte, disponibilă pentru anul 2023, evidențiază un tipar paradoxal, întrucât satisfacția globală se situează sub nivelul fiecărei componente evaluate în cinci din cele șase județe ale Regiunii. La nivelul județului Cluj satisfacția globală de 83,28% este depășită de percepția asupra medicului, de 84,02%, a asistentelor, de 85,07%, și a curățeniei, de 85,40%, iar aceeași configurație se regăsește în Sălaj, Bihor, Maramureș și Satu Mare. Singura excepție o constituie județul Bistrița-Năsăud, unde percepția asupra activității medicului, de 80,81%, coboară marginal sub satisfacția globală de 81,36%, diferență de 0,55 puncte procentuale care se situează sub marja de ±1,34 puncte a județului și nu inversează, prin urmare, tiparul regional. Rămâne, așadar, o nemulțumire pe care chestionarul nu o prinde, pentru că întrebările nu ating timpul de așteptare, coordonarea între secții, condițiile de cazare sau partea

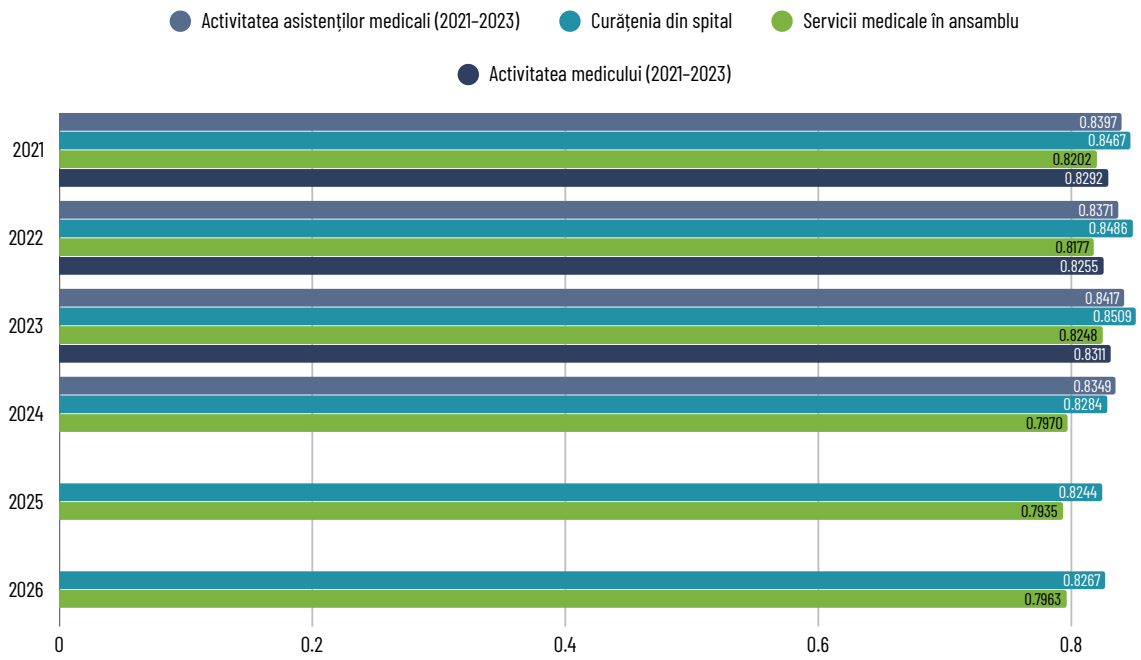


Figura 58 - Gradul de mulțumire privind personalul medical, curățenia și serviciile medicale din Regiunea Nord-Vest

administrativă. Distanța dintre curățenie și evaluarea de ansamblu permite măsurarea acestui rezidual pe fiecare județ, întrucât curățenia este singura componentă rămasă în chestionar după revizuire și este, totodată, cel mai bine cotată dimensiune în toate cele șase județe. În anul 2025 diferența merge de la 2,43 puncte procentuale în Cluj și 2,69 puncte în Bihor până la 4,77 puncte în Maramureș și 5,28 puncte în Sălaj. Sălajul are cea mai bine cotată curățenie din Regiune, 84,17%, și în același timp cel mai mare decalaj față de satisfacția globală, ceea ce arată că nemulțumirea de acolo se formează în întregime în zone pe care instrumentul nu le atinge. Pentru programarea investițiilor, diferența are consecință practică, pentru că un județ cu decalaj mare și componente bine cotate are nevoie de intervenții pe organizarea traseului pacientului și pe condițiile de așteptare, iar unul cu decalaj mic și componente slabe are nevoie de intervenții pe dotare și pe personal.

Ierarhia regională și județeană

Nivelul agregat al satisfacției plasează regiunea peste media națională la fiecare dintre indicatorii comparabili, însă marjele sunt reduse și nu susțin o interpretare de avantaj regional. În anul 2025 ponderea pacienților mulțumiți de serviciile spitalicești atinge 79,35% în Regiune față de 79,09% la nivel național, rata de recomandare 89,67% față de 88,90%, iar satisfacția față de curățenie 82,44% față de 81,31%. Dintre acestea, doar rata de recomandare și satisfacția față de curățenie depășesc media națională cu o distanță superioară marjei de eroare, în timp ce diferența de 0,26 puncte de la satisfacția globală se situează sub pragul de 0,32 puncte de la care cele două valori s-ar putea distinge. Regiunea se aliniază, practic, mediei naționale, iar interesul analitic se mută de la poziția agregată către dispersia internă, care rămâne consistent mai mare decât distanța față de media națională.

Ierarhia județeană se schimbă puțin de la un an la altul. Județul Cluj conduce în fiecare dintre cei cinci ani analizați, cu valori între 83,91% în 2021 și 80,35% în 2025, poziție care trebuie citită împreună cu rolul său de centru de referință, întrucât percepția înregistrată acolo aparține unei populații de pacienți proveniți din toată regiunea și selectați prin trimitere pentru cazuri complexe. La polul opus, județul Satu Mare ocupă

ultima poziție în patru dintre cei cinci ani, cu 76,79% în anul de referință 2025, ultima poziție revenind în 2022 județului Maramureș, cu 78,21%. Ceea ce se modifică în timp este distanța dintre județe, nu ordinea lor, diferența dintre primul și ultimul scăzând de la 7,83% în 2021 la 3,56% în 2025, pentru că județul Satu Mare câștigă 0,71%, în timp ce Clujul pierde 3,56 puncte, în bună măsură din cauza revizuirii chestionarului. Județele s-au apropiat unele de altele, dar niciunul nu și-a schimbat locul în clasament.

Indicatorii cu răspuns dihotomic confirmă aceeași ordonare și oferă, spre deosebire de satisfacția globală, o serie neafectată de revizuirea chestionarului. Rata de recomandare a spitalului urcă la nivel regional de la 87,59% în 2021 la 89,67% în 2025, iar ponderea pacienților care declară că au primit explicații clare privind diagnosticul și tratamentul crește de la 88,64% la 91,47%. Percepția asupra rețelei spitalicești din regiune se îmbunătățește lent, menținându-se și după modificarea din 2024.

Județ	2021	2022	2023	2024	2025	Variație 2021-2025
Bihor	80.81%	81.41%	82.34%	79.86%	78.75%	-2.06
Bistrița-Năsăud	78.22%	82.66%	81.36%	79.27%	78.19%	-0.03
Cluj	83.91%	83.12%	83.28%	80.38%	80.35%	-3.56
Maramureș	79.55%	78.21%	80.74%	78.09%	77.66%	-1.89
Sălaj	81.63%	80.86%	82.94%	79.50%	78.89%	-2.74
Satu Mare	76.08%	79.64%	80.13%	77.40%	76.79%	0.71
Regiunea Nord-Vest	**82.02%**	**81.77%**	**82.48%**	**79.70%**	**79.35%**	**-2.67**
România	**81.30%**	**80.92%**	**81.92%**	**79.34%**	**79.09%**	**-2,72**

Tabel 28 - Ponderea pacienților mulțumiți de serviciile spitalicești, pe județe, în perioada 2021-2025

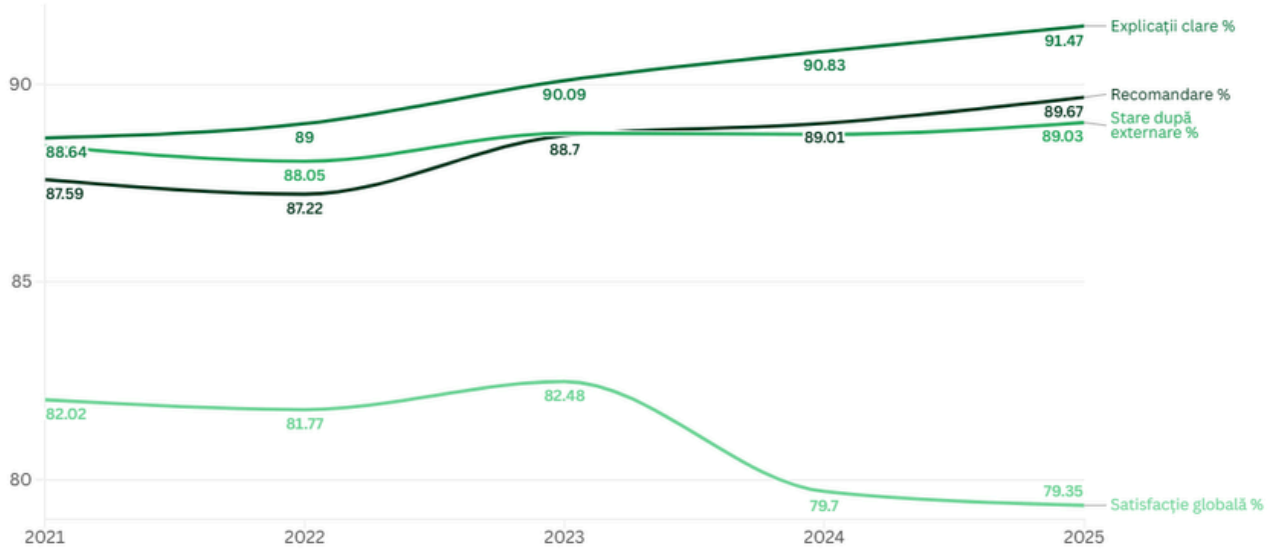


Figura 59 - Evoluția ratei de recomandare, a clarității explicațiilor și a stării de sănătate după externare în Regiunea Nord-Vest, 2021-2026

Județul Bistrița-Năsăud conduce începând cu anul 2022 și atinge 93,14% în 2025, deși nivelul satisfacției globale se situează acolo la 78,19%, printre cele mai scăzute din regiune. O explicație posibilă a acestei combinații ar fi accesul limitat la alternative, într-un județ de dimensiune mică deservit de o unitate unică de referință. Confruntarea cu retenția teritorială nu susține însă această lectură, întrucât județul Satu Mare, care reține 96,74% din cazurile tratate, cea mai ridicată valoare din Regiune, înregistrează cea mai scăzută rată de recomandare, de 82,88%, în timp ce județul Cluj, cu o retenție de 61,46%, se situează pe locul al doilea, cu 91,51%. Verificarea propriu-zisă a ipotezei ar necesita distribuția pe destinații a rezidenților care se internează în afara județului, construită pe domiciliul pacientului, întrucât retenția descrie compoziția

cazuisticii tratate, iar nu opțiunile disponibile locuitorilor. Județul Satu Mare rămâne pe ultima poziție în fiecare an, cu 82,88% în 2025, deși recuperează 7,74 puncte procentuale față de 2021, iar distanța de 10,26 puncte care îl separă de fruntaș depășește cu mult diferența înregistrată la satisfacția globală, ceea ce indică o nemulțumire suficient de consistentă încât să se traducă în intenția explicită de a evita unitatea.
Claritatea explicațiilor primite și starea de sănătate declarată după externare completează tabloul teritorial cu o nuanță care nu apare la ceilalți indicatori. Satu Mare înregistrează cea mai mare ameliorare din Regiune la explicații, de 7,00 puncte procentuale între 2021 și 2025, urcând de la 81,99% la 88,99%, și recuperează 4,62 puncte la starea de sănătate după externare, în timp ce județul Bihor stagnează, cu un avans de 0,54 puncte la explicații și cu o ușoară coborâre la starea după externare. Județul aflat constant la coada ierarhiei se mișcă, prin urmare, mai repede decât cele din mijlocul clasamentului, iar decalajul care se menține la satisfacția globală și la costurile suportate de pacient nu se regăsește la dimensiunile care țin de comunicarea dintre personal și pacient.

Ierarhia unităților spitalicești

Între unitățile județene, care concentrează cazurile grave și dispun de cea mai largă acoperire de specialități, Spitalul Județean de Urgență Satu Mare ocupă ultima poziție regională, cu 77,01%, sub Spitalul Județean de Urgență Bistrița, cu 79,26%, și sub Spitalul Județean de Urgență Zalău, cu 80,67%, în timp ce Spitalul Județean de Urgență Dr. Constantin Opriș din Baia Mare ocupă prima poziție a categoriei, cu 83,36%. Deficitul de percepție din județul Maramureș se formează integral în afara reședinței de județ, Spitalul Municipal Sighetu Marmației și Spitalul Orășenesc Vișeu de Sus ocupând ultimele două poziții ale ierarhiei regionale, cu 71,67% și, respectiv, 72,15%, în timp ce în județul Satu Mare deficitul se regăsește simultan la unitatea de vârf și la nivelul județului în ansamblu. Distincția are consecințe directe asupra tipului de intervenție necesară, întrucât în primul caz problema se localizează în rețeaua secundară dintr-un teritoriu cu dispersie geografică ridicată și timpi de acces mari, iar în al doilea caz privește însăși unitatea care ar trebui să asigure nivelul superior de îngrijire pentru întreg județul. Valorile procentuale la nivel de unitate se modifică între actualizările succesive ale bazei, întrucât fiecare lună suplimentară adaugă un volum semnificativ raportat la efectivele mici ale spitalelor din orașe, motiv pentru care interpretarea se sprijină pe ordonarea unităților și nu pe valoarea punctuală. Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea se situează la 80,82%, aproape de nivelul unității județene din Cluj, însă județul în ansamblu coboară la 78,75%, iar satisfacția față de curățenie ajunge la 81,44%, a doua cea mai scăzută din Regiune după Satu Mare. Județul Bihor este singurul județ în care cumpărarea de medicamente din surse proprii nu mai scade, valoarea rămânând la 15,53% atât în 2024, cât și în 2025, în condițiile în care Regiunea coboară în același interval de la 13,14% la 11,82%. Fiind al doilea județ ca populație și având o rețea spitalicească întinsă, cu unități municipale și orășenești la Beiuș, Marghita și Aleșd, stagnarea aceasta privește un volum mare de pacienți și cere o analiză separată a aprovizionării la nivelul rețelei, nu doar al unității de vârf.

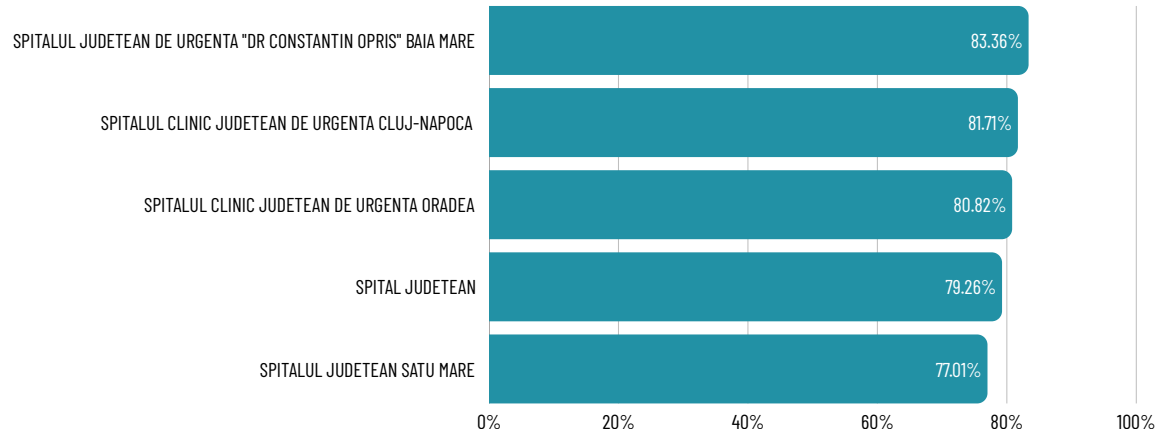


Figura 60 - Ierarhia unităților spitalicești județene din Regiunea Nord-Vest după ponderea pacienților mulțumiți, anul 2025, unități cu cel puțin 300 de răspunsuri

Gruparea unităților pe categorii arată o ierarhie care urmează nivelul de competență. În anul 2025 ponderea răspunsurilor favorabile atinge 80,96% la spitalele județene, coboară la 78,20% la cele municipale și ajunge la 76,53% la cele orășenești. Diferența de 4,43 puncte procentuale dintre unitatea județeană și spitalul de oraș este mai mare decât cea dintre primul și ultimul județ al Regiunii, care se oprește la 3,56 puncte. Ordonarea nu este însă uniformă în interiorul categoriilor, întrucât unele spitale orășenești se situează peste media municipalelor, cazul unităților din Huedin, cu 83,15%, Năsăud, cu 81,73%, și Ștei, cu 81,28%, în timp ce altele coboară mult sub ea, la Vișeu de Sus 72,15% și la Aleșd 72,97%.

Categoria municipală este cea mai eterogenă, valorile mergând de la 71,67% la Sighetu Marmației și 72,67% la Gherla până la 81,97% la Carei și 81,67% la Spitalul Clinic Municipal Cluj-Napoca, ceea ce arată că denumirea administrativă acoperă unități foarte diferite ca dotare și ca acoperire de specialități. Pentru programarea 2028-2034 consecința este că percepția scade odată cu coborârea în ierarhia rețelei, fără ca apartenența la o categorie să determine singură nivelul, iar cele mai slab evaluate unități din Regiune se află deopotrivă între municipale și între orășenești. Faptul că o parte dintre unitățile cu evaluări mai scăzute sunt concentrate în județele Maramureș și Bihor este consistent cu deficitele identificate la nivelul indicatorilor obiectivi de accesibilitate, dotare și deficit de personal, susținând necesitatea consolidării rețelei de proximitate din aceste zone prin intervenții integrate.

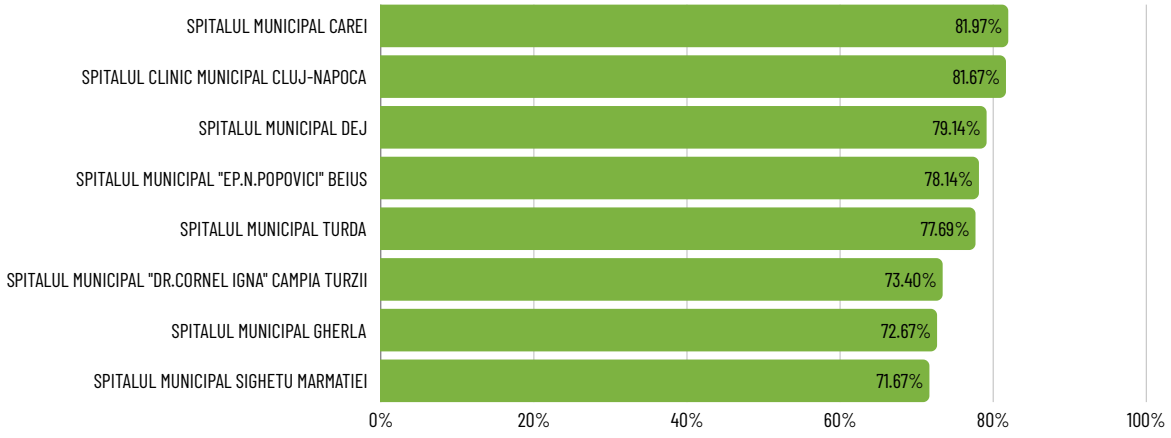


Figura 61 - Ierarhia unităților spitalicești municipale din Regiunea Nord-Vest după ponderea pacienților mulțumiți, anul 2025, unități cu cel puțin 300 de răspunsuri

Costurile suportate direct de pacient

Ponderea pacienților care declară că au fost nevoiți să cumpere medicamente sau alte materiale sanitare pe durata internării scade la nivel regional de la 15,38% în 2022 la 11,82% în 2025, evoluție continuă, nealterată de revizuirea chestionarului, și situată constant sub media națională, care coboară în același interval de la 15,43% la 12,50%. Ameliorarea este consistentă cu extinderea programelor naționale de sănătate și cu îmbunătățirea aprovizionării la nivelul unităților, însă valoarea regională arată că aproximativ unul din nouă pacienți internați suportă în continuare un cost direct pentru bunuri care ar trebui asigurate din fondurile publice ale internării.



Figura 62 - Evoluția ponderei pacienților care au cumpărat medicamente sau materiale sanitare din surse proprii, pe județe, 2021-2025

Distribuția teritorială a acestui indicator este cea mai inegală din întregul instrument, valorile întinzându-se în anul 2025 de la 7,96% în Bistrița-Năsăud și 9,15% în Sălaj până la 14,66% în Maramureș, 15,53% în Bihor și 21,57% în Satu Mare, ceea ce înseamnă că un pacient internat în Satu Mare are șanse să cumpere din surse proprii de aproape trei ori mai frecvent decât unul internat în Bistrița-Năsăud. Este singurul indicator la care decalajul teritorial se lărgește, raportul dintre valoarea maximă și cea minimă crescând de la 2,64 în 2021 la 2,71 în 2025, în condițiile în care, pe întreaga perioadă analizată 2021-2025, toate cele șase județe înregistrează scăderi. Explicația stă în ritmul diferit al ameliorării, județul Maramureș câștigând 6,98 puncte procentuale între 2021 și 2025, în timp ce județul Satu Mare recuperează doar 3,83 puncte și rămâne, la sfârșitul intervalului, la un nivel apropiat de cel pe care restul Regiunii îl depășise deja în anul 2021.

Județ	2021	2022	2023	2024	2025	Variație 2021-2025
Bihor	18.63%	15.52%	16.38%	15.53%	15.53%	-3.10
Bistrița-Năsăud	9.63%	10.12%	9.31%	9.06%	7.96%	-1.67
Cluj	11.66%	12.74%	12.29%	11.02%	9.86%	-1.80
Maramureș	21.64%	22.40%	17.98%	17.39%	14.66%	-6.98
Sălaj	12.64%	14.82%	11.84%	11.85%	9.15%	-3.49
Satu Mare	25.40%	25.52%	22.31%	22.95%	21.57%	-3.83
Regiunea Nord-Vest	**14.79%**	**15.38%**	**13.99%**	**13.14%**	**11.82%**	**-2.97**
România	**15.07%**	**15.43%**	**14.63%**	**13.64%**	**12.50%**	**-2.57**

Tabel 29 - Ponderea pacienților care au cumpărat medicamente sau materiale sanitare din surse proprii, pe județe, în perioada 2021-2025

Plățile informale

În perioada 2021-2023, când chestionarul măsura direct frecvența solicitării de bani sau bunuri în afara cadrului legal, valorile regionale se situau între 1,58% și 1,67%, cu județul Cluj constant pe cea mai scăzută poziție, în jur de 1,20%, și județul Satu Mare pe cea mai ridicată, între 2,69% și 3,46%. Începând cu anul 2024 întrebarea privind solicitarea a fost comasată cu cea privind raportarea într-un item unic, condiționat, care măsoară disponibilitatea de sesizare a pacienților cărora li s-au solicitat bani, astfel încât indicatorul de frecvență nu mai este disponibil, iar cele două serii au numitori diferiți și nu se compară între ele. Clasamentul județelor rămâne același și după schimbarea întrebării, Clujul cu cea mai mică valoare, de 2,85% în 2025, și Satu Mare cu cea mai mare, de 4,74%.

Suprapunerea teritorială a indicatorilor de percepție

Județul Satu Mare ocupă ultima poziție regională la toate cele patru dimensiuni măsurate de mecanismul de feedback, respectiv satisfacția globală, cu 76,79%, rata de recomandare a unității, cu 82,88%, ponderea pacienților care cumpără medicamente din surse proprii, cu 21,57%, și semnalul privind solicitarea de plăți informale, cu 4,74%. Județul Maramureș se plasează pe penultima poziție la satisfacția globală, cu 77,66%, și la rata de recomandare, cu 86,83%, însă la costurile suportate de pacient ocupă locul al treilea, cu 14,66%, după Bihor, cu 15,53%, iar la semnalul privind plățile informale locul al patrulea, cu 3,58%, după Bihor și Sălaj. Aceste dimensiuni nu provin din același tip de întrebare, nu folosesc aceeași scală și nu răspund la aceleași mecanisme de formare a opiniei, întrucât satisfacția exprimă o evaluare subiectivă de ansamblu, recomandarea exprimă o intenție de comportament, iar achiziția de medicamente consemnează un fapt material verificabil de către respondent. Consecvența rezultatului între formulări atât de diferite arată că poziția județului Satu Mare nu depinde de modul în care este pusă o anumită întrebare. Ea nu poate însă exclude un efect al instrumentului în ansamblu, întrucât toate cele patru dimensiuni provin de la aceiași respondenți autoselectați, iar limita descrisă la începutul secțiunii se aplică deopotrivă fiecăreia dintre ele. Departajarea se obține numai prin confruntarea cu date colectate în afara mecanismului de feedback.

Confruntarea cu date colectate independent susține în parte acest rezultat. Județele Maramureș și Satu Mare concentrează cea mai numeroasă populație aflată în localități complet lipsite de asistență primară, respectiv 17.253 și 11.423 de locuitori, iar în județul Satu Mare cinci dintre cele nouă localități cu deficit se află în această situație, cea mai ridicată proporție din Regiune. Necesarul total de medici de familie urmează însă o ierarhie diferită, condusă de Maramureș, cu 86 de posturi, urmat de Bihor, cu 29, și de Sălaj, cu 20, astfel încât coroborarea privește gradul de descoperire a localităților, iar nu volumul deficitului. La acestea se adaugă mortalitatea intraspitalicească, unde județul Satu Mare se detașează cu 3,85% față de media regională de 2,56% în anul 2025, cu rezerva că indicatorul nu este ajustat după vârsta și riscul pacienților. Indicele de concordanță a diagnosticelor merge, în schimb, în sens contrar, întrucât județul Satu Mare înregistrează cea mai ridicată valoare din Regiune, de 81,78 puncte, față de 68,13 în Bihor, ceea ce arată că dificultățile județului nu se formează la nivelul calității codificării. Comparația se face între județe, pe date colectate separat, iar suprapunerea rezultatelor arată că problemele merg împreună, fără să indice care dintre ele o produce pe cealaltă.

Distribuția intra anuală a răspunsurilor prezintă o amplitudine sub 1,50 puncte procentuale, ceea ce exclude un tipar sezonier și permite utilizarea agregatelor anuale fără ajustare. Comparațiile care implică satisfacția globală, curățenia și evaluarea personalului medical se realizează în interiorul fiecăruia dintre cele două paliere delimitate de revizuirea din anul 2024, respectiv 2021-2023 și 2024-2025.

Investiții sectoriale

Investiții sectoriale

Profilul investițional al regiunii Nord-Vest în domeniul sănătății publice și al infrastructurii sanitare este structurat în jurul a două instrumente financiare principale, respectiv Politica de Coeziune aferentă perioadei 2021-2027 și PNRR. Analiza de mai jos acoperă exclusiv aceste două instrumente, la data de 26 august 2026, și nu include exercițiul financiar 2014-2020 și nici investițiile finanțate din bugetele locale sau din programe naționale, prin care au fost realizate în regiune intervenții în aceleași domenii. Datele analizate indică o alocare financiară cumulată de peste 4,60 miliarde RON prin fondurile de coeziune și de peste 179,5 milioane EUR prin mecanismul de redresare, sume aferente implementării a 72 de proiecte în cadrul programelor de coeziune și a 236 de proiecte în cadrul componentei de sănătate a PNRR. Ponderile demografice, povara mortalității și capacitatea existentă, care fundamentează cererea de servicii medicale, se prezintă comparativ cu distribuția acestor alocări în tabelul următor.

Judet	Pondere demografică (%) 2024	Pondere în decesele regionale (%) 2024	Paturi la 1.000 de locuitori	Pondere în finantarea de coeziune (%)	Pondere în finantarea PNRR C12 (%)	Finantare totală pe locuitor (lei)
Cluj	27,30%	26,10%	7,86	84,57%	40,28%	6.143
Bihor	21,89%	22,77%	5,95	7,34%	4,27%	678
Maramureș	17,79%	18,15%	5,44	3,30%	8,76%	511
Satu Mare	13,02%	13,21%	4,82	1,87%	0,19%	266
Bistrita-Năsăud	11,70%	10,48%	4,46	1,48%	43,80%	1.552
Sălaj	8,29%	9,29%	4,87	0,08%	2,71%	133
Regiunea Nord-Vest	**100%**	**100%**	**5,94**	**100%**	**100%**	**1.815**

Tabel 30 - Ponderea demografică, povara mortalității, capacitatea de spitalizare și distribuția finanțării contractate la 26 august 2026

Ponderea demografică și ponderea în mortalitate coincid aproape perfect la toate cele șase județe, diferența maximă fiind de 1,22 puncte procentuale, ceea ce arată că povara reală se distribuie proporțional cu populația. Capacitatea de spitalizare se abate deja de la această proporție, iar finanțarea contractată se abate de câteva ori mai mult, ponderile de coeziune referindu-se la proiectele cu implementare într-un singur județ, cele patru proiecte multijudețene acoperind restul de 1,36%.

Politica de Coeziune

În ceea ce privește Politica de Coeziune, structura portofoliului indică un buget total de 4.609.761.212,79 RON. Din perspectiva surselor de finanțare europene, Fondul European de Dezvoltare Regională acoperă cea mai mare parte a alocărilor, generând 98,29% din bugetul total, în timp ce Fondul Social European Plus asigură restul de 1,71%. Această structură indică o concentrare pe infrastructura fizică, pe construcție, extindere și dotare, susținută marginal de intervenții de tip program, precum depistarea precoce și prevenția, decontate prin Fondul Social European Plus. Valoarea medie a unui proiect implementat în acest cadru se situează la 64.024.461,29 RON, iar valoarea mediană la 12.978.854,00 RON, diferența dintre cei doi indicatori provenind dintr-un singur obiectiv care concentrează aproape trei sferturi din alocare.

Distribuția pe tipuri de beneficiari relevă o pondere financiară de 95,64% pentru sectorul public și de 4,36% pentru sectorul privat. Din punctul de vedere al numărului de proiecte, entitățile publice, respectiv spitalele, consiliile județene și autoritățile locale, gestionează 52 de proiecte, iar organizațiile private, incluzând clinici,

clinici, centre de imagistică și fundații cu profil medical, implementează 20 de proiecte. Valoarea medie a proiectelor publice o depășește de mai multe ori pe cea a proiectelor private, întrucât investiția în capacitate spitalicească aparține integral rețelei publice.

Din punctul de vedere al programelor operaționale, fondurile de coeziune sunt direcționate prin trei instrumente, respectiv Programul Sănătate gestionează 97,25% din fonduri, finanțând 56 de proiecte destinate rețelei publice, Programul Regional Nord-Vest absoarbe 2,66% din buget, cuprinzând 15 proiecte axate exclusiv pe dezvoltarea furnizorilor privați de servicii medicale și Programul Incluziune și Demnitate Socială finanțează un singur proiect, cu 0,05% din alocare.

Cea mai mare alocare revine Priorității 4, destinată investițiilor în infrastructuri spitalicești noi, care reprezintă 72,72% din bugetul programelor de coeziune printr-un singur proiect. Pe locul al doilea se află Prioritatea 2, privind serviciile de reabilitare, paliație și spitalizare pentru boli cronice adaptate îmbătrânirii populației și profilului de morbiditate, care cuprinde 8,28% din fonduri și 12 proiecte. Prioritatea 1, dedicată creșterii calității asistenței medicale primare, comunitare și ambulatorii și consolidării serviciilor preventive, reprezintă 5,90% din fondurile alocate, susținând 15 proiecte. Prioritatea 7, axată pe oncologie și transplant, atrage 5,25% din buget pentru 9 proiecte. Prioritatea 3, privind creșterea eficacității sistemului medical în domenii critice cu impact transversal, deține 4,96% din bugetul total, finanțând 18 proiecte, iar prioritatea de competitivitate a programului regional acoperă restul de 2,66% prin 15 proiecte.

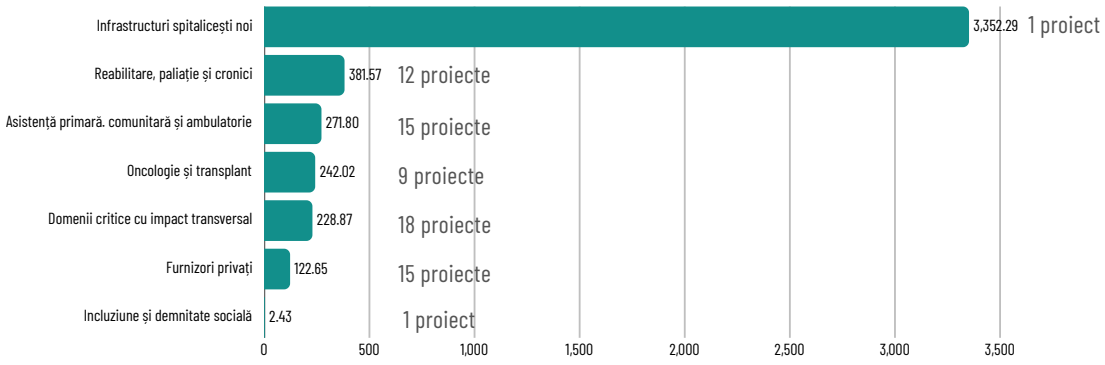


Figura 63 - Valoarea contractată pe tipuri de intervenție prin Politica de Coeziune la 26 august 2026, în milioane RON

Județul Cluj concentrează 84,57% din fondurile alocate, implementând 24 de proiecte, pondere determinată de amplasarea acolo a obiectivului spitalicesc regional și a institutelor de referință. Județul Bihor deține 7,34% din fonduri, corespunzătoare pentru 16 proiecte. Județul Maramureș gestionează 3,30% din buget, aferent unui număr de 13 proiecte. Județele Satu Mare și Bistrița-Năsăud dețin ponderi de 1,87%, respectiv 1,48%, implementând 9, respectiv 6 proiecte, în timp ce județul Sălaj înregistrează un singur proiect, reprezentând 0,08% din alocarea regională. O categorie distinctă o reprezintă proiectele cu acoperire multijudețeană, care atrag 1,36% din bugetul regional, totalizând 4 contracte, derulate simultan în mai multe unități administrativ-teritoriale și vizând în principal programele de depistare precoce. Excluzând obiectivul spitalicesc regional, ierarhia se reașază la 43,44% pentru Cluj, 26,91% pentru Bihor, 12,10% pentru Maramureș, 6,86% pentru Satu Mare și 5,41% pentru Bistrița-Năsăud, polarizarea menținându-se.

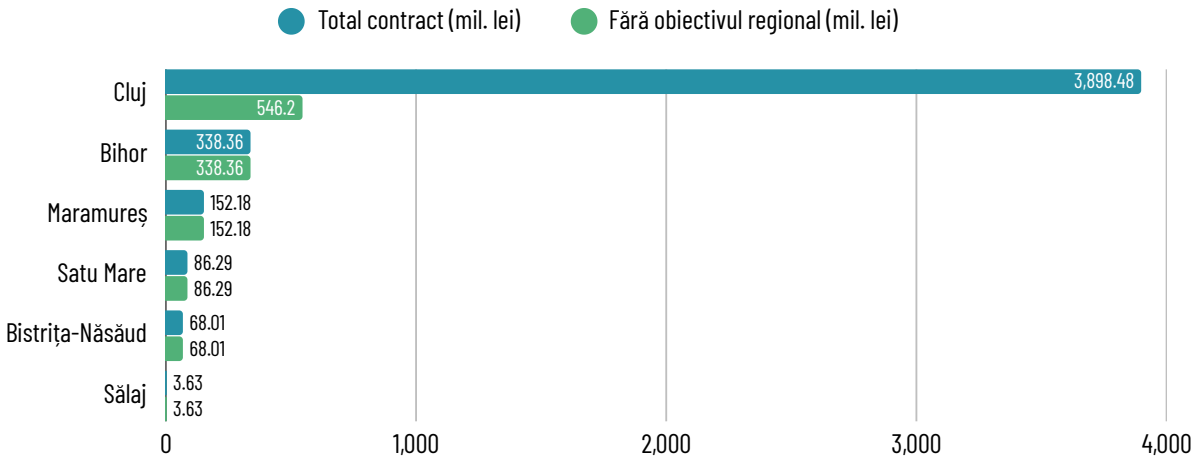


Figura 64 - Valoarea contractată pe județe prin Politica de Coeziune la 26 august 2026, cu și fără obiectivul spitalicesc regional, în milioane RON

La nivelul beneficiarilor individuali se remarcă instituții care gestionează portofolii multiple de proiecte. Spitalul Clinic Județean de Urgență Bihor este beneficiar în 7 proiecte, cumulând 131,3 milioane RON, printre care „NEURO-AVC", pentru tratarea pacientului critic cu patologie vasculară cerebrală acută, cu 31,5 milioane RON, și „POLITRAUMĂ", cu 28,1 milioane RON. Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj implementează 6 proiecte, cu 103,8 milioane RON, iar Județul Cluj 5 proiecte, cu 231,5 milioane RON, dintre care se disting investiția în infrastructura Spitalului Clinic de Recuperare Cluj-Napoca, cu 87,6 milioane RON, și extinderea ambulatoriului integrat al Spitalului Clinic de Boli Infecțioase, cu 78,4 milioane RON. Județul Bistrița-Năsăud gestionează 5 proiecte, cu 66,0 milioane RON. Cel mai mare obiectiv al portofoliului regional rămâne construirea Spitalului Regional de Urgență Cluj, faza a doua, cu 3,35 miliarde RON, implementat de Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate.

Stadiul execuției financiare completează această imagine, întrucât plățile validate însumează 314.207.370,54 RON, respectiv 6,82% din valoarea contractată. Cele 18 proiecte finalizate, care acoperă 3,98% din alocare, înregistrează o rată de plată de 88,04%, în timp ce cele 54 de proiecte aflate în derulare, cu 96,02% din alocare, se situează la 3,45%. Ierarhia execuției se ordonează invers față de cea a alocării, județul Satu Mare atingând 54,55%, Maramureșul 39,05%, Bistrița-Năsăud 37,87% și Bihorul 20,97%, în timp ce județul Cluj rămâne la 2,71%.

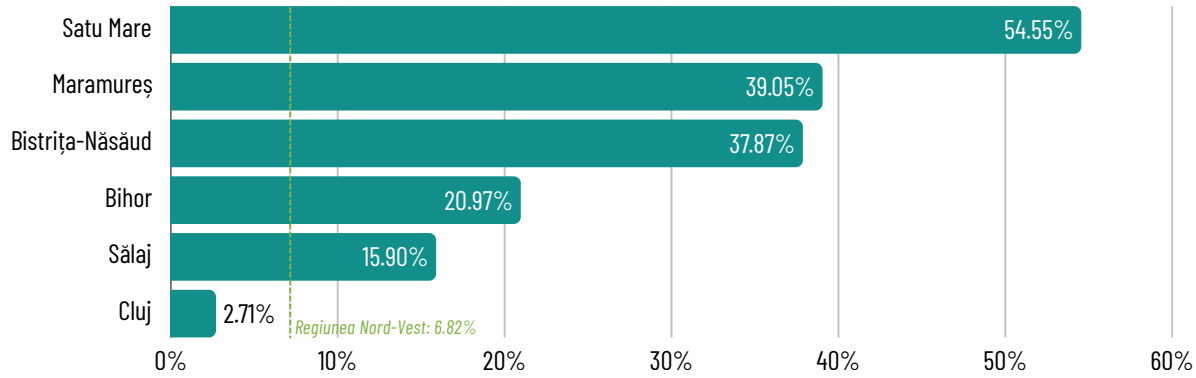


Figura 65 - Rata plăților validate pe județe în Politica de Coeziune la 26 august 2026

Planul Național de Redresare și Reziliență

În paralel cu Politica de Coeziune, Planul Național de Redresare și Reziliență finanțează 236 de proiecte prin intermediul componentei C12, coordonată de Ministerul Sănătății. Suma totală a acestor investiții se ridică la 179.548.840,17 EUR, rezultând o valoare medie per proiect de 760.800,17 EUR, iar finanțarea se acordă integral sub formă de grant. Proiectele vizează construirea, extinderea, reabilitarea și dotarea infrastructurii sanitare, cu două componente distincte ca scară și ca destinație.

Analiza proiectelor pe baza codurilor de măsură arată că Măsura I2 absoarbe 86,84% din fondurile alocate regiunii. Această măsură vizează infrastructura spitalicească publică și reducerea riscului de infecții asociate asistenței medicale, totalizând 20 de contracte, cu o valoare medie de 7,80 milioane EUR. Proiectele din această categorie includ extinderea pavilionului Spitalului Județean de Urgență Bistrița, cu 77,5 milioane EUR, centrul de patologie vasculo-cerebrală și neurochirurgie de la Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj, cu 36,9 milioane EUR, și intervenții de prevenire a infecțiilor nosocomiale la Institutul Oncologic Prof. Dr. I. Chiricuță, la Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie Prof. Dr. Octavian Fodor, la Spitalul Municipal Sighetu Marmației și la Spitalul Orășenesc Vișeu de Sus.

Măsura I1 reprezintă 13,16% din fondurile totale, acoperind cel mai mare număr de proiecte, respectiv 216. Această măsură finanțează infrastructura medicală prespitalicească, iar 163 dintre beneficiari sunt cabinete individuale de medicină de familie, care primesc dotări cu echipamente și mobilier. Valoarea mediană a unui proiect din această categorie este de 15.742 EUR, iar 192 din cele 216 proiecte se situează sub pragul de 20.000 EUR, cu valori care coboară până la 984 EUR. La celălalt capăt al aceleiași măsuri, nouă proiecte de peste 500.000 EUR concentrează 85,45% din alocarea ei și vizează ambulatorii ale unor unități spitalicești, printre beneficiari regăsindu-se Județul Cluj, Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie, municipiile Dej și Gherla și Județul Maramureș.

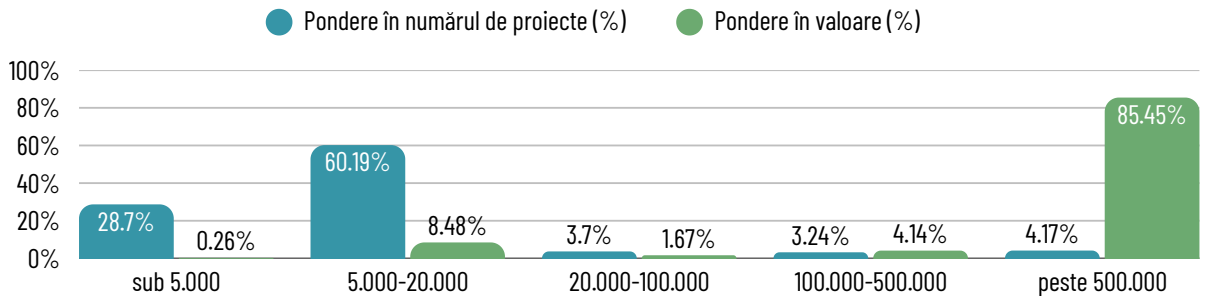


Figura 66 - Distribuția proiectelor Măsurii I1 pe clase de valoare, în EUR, la 26 august 2026

Distribuția fondurilor la nivel de județ reflectă o concentrare determinată de un număr foarte mic de obiective. Județul Bistrița-Năsăud atrage 43,80% din valoarea totală a investițiilor prin 24 de proiecte, dintre care unul singur acoperă aproape întreaga sumă. Județul Cluj se află pe poziția a doua, gestionând 40,28% din buget, aferent unui număr de 56 de proiecte. Județul Maramureș deține 8,76% din fonduri, având 51 de proiecte în derulare, județul Bihor 4,27% prin 55 de proiecte, iar județul Sălaj 2,71% prin 24 de proiecte. Județul Satu Mare implementează 26 de proiecte, reprezentând 0,19% din buget, fără niciun contract în componenta de infrastructură spitalicească.

Din cele 216 proiecte ale Măsurii I1, contractate în 121 de localități, 24 se implementează în localități aflate în deficit de asistență primară, cu 2.814.054 EUR, adică 11,91% din alocarea măsurii și 1,57% din finanțarea regională a componentei, în timp ce cele 24 de localități lipsite deopotrivă de medic de familie și de punct de lucru al unui cabinet din altă localitate rămân în afara acestei finanțări, întrucât mecanismul de acordare

presupune existența prealabilă a unui cabinet și a unui titular care să depună cererea.

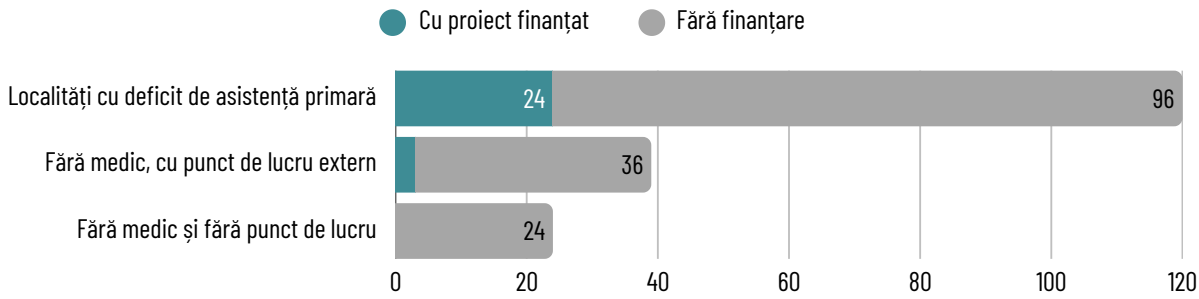


Figura 67 - Acoperirea localităților cu deficit de asistență primară prin Măsura I1, la 26 august 2026

Din cele 216 proiecte ale Măsurii I1, contractate în 121 de localități, 24 se implementează în localități aflate în deficit de asistență primară, cu 2.814.054 EUR, adică 11,91% din alocarea măsurii și 1,57% din finanțarea regională a componentei, ceea ce corespunde unei rate de acoperire de 20,00% din cele 120 de localități aflate în această situație. Ratele județene se distanțează considerabil, Maramureșul acoperind 13 din cele 48 de localități proprii aflate în deficit, respectiv 27,08%, Bihorul 7 din 27, respectiv 25,93%, Bistrița-Năsăud 2 din 9, respectiv 22,22%, și Sălajul 2 din 18, respectiv 11,11%, în timp ce județele Cluj și Satu Mare rămân la 0,00%, fără niciun proiect contractat într-o localitate aflată în deficit. Distribuția valorii urmează o ierarhie diferită de cea a numărului, întrucât Maramureșul concentrează 2.402.532 EUR, respectiv 85,40% din suma direcționată către aceste localități, iar Bihorul, cu 7 localități acoperite, primește 81.663 EUR, respectiv 2,90%, ceea ce arată că acolo au fost contractate exclusiv dotări de mici dimensiuni. Cele 24 de localități lipsite deopotrivă de medic de familie și de punct de lucru al unui cabinet din altă localitate rămân integral în afara acestei finanțări, întrucât mecanismul de acordare presupune existența prealabilă a unui cabinet și a unui titular care să depună cererea.

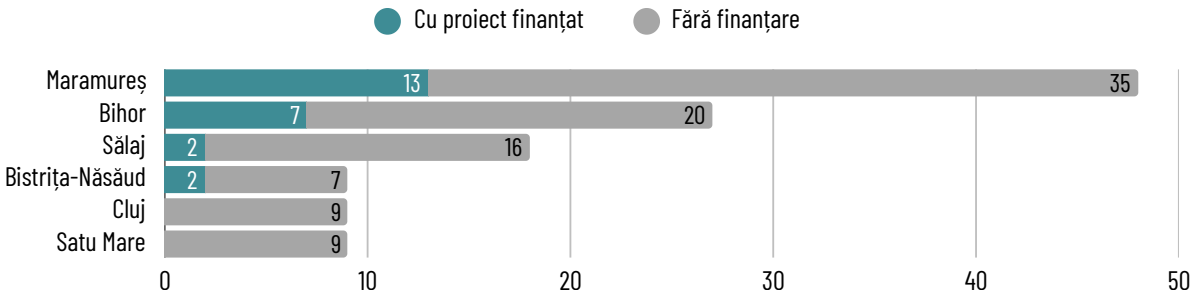


Figura 68 - Localitățile cu deficit de asistență primară acoperite prin Măsura I1, pe județe, la 26 august 2026

Raportată la populația rezidentă, finanțarea cumulată prin cele două instrumente variază de la 6.143 lei pe locuitor în județul Cluj la 1.552 lei în Bistrița-Năsăud, 678 lei în Bihor, 511 lei în Maramureș, 266 lei în Satu Mare și 133 lei în Sălaj, un raport de 46,30 ori între extreme, calculat la un curs de 5 lei pentru un euro. Județul Bistrița-Năsăud ocupă ultima poziție la finanțarea de coeziune pe locuitor, cu 229 lei, și prima la mecanismul de redresare, cu 1.323 lei, singura situație în care cele două instrumente se compensează reciproc, în timp ce județul Satu Mare se află la coada ambelor clasamente, cu 261 lei, respectiv 5 lei pe locuitor. Ordinea rezultată urmează ierarhia funcțională a rețelei și capacitatea administrativă de contractare, iar nu ponderea demografică și povara mortalității prezentate în tabelul nr. 30.

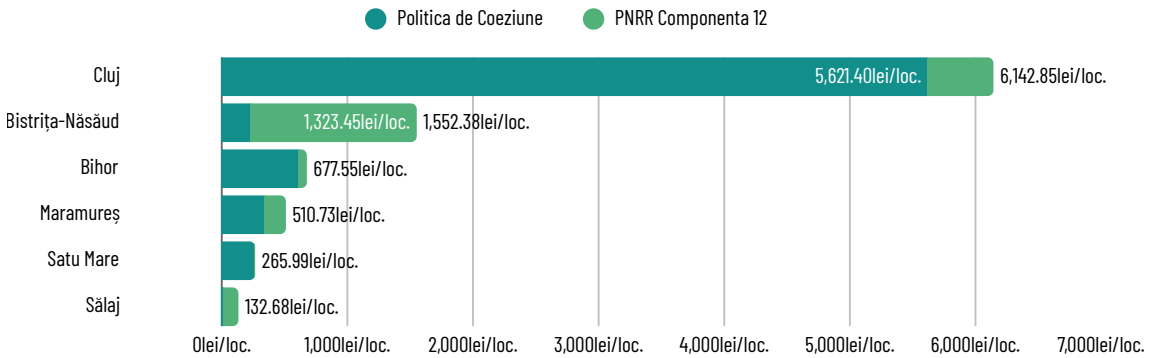


Figura 69- Finanțarea contractată pe locuitor prin Politica de Coeziune și prin PNRR Componenta 12, pe județe, la 26 august 2026, în lei pe locuitor

Constatări preliminare și provocări identificate

I. Constatări preliminare

1. Speranța de viață la naștere a crescut în regiune de la 72,87 ani în 2008 la 77,05 ani în 2024, o diferență de 4,18 ani peste media națională, însă valoarea din 2024 rămâne sub media națională de 77,07 ani, ceea ce plasează regiunea pe locul al cincilea între cele opt regiuni. Dispersia dintre județe se menține ridicată, de 2,93 ani, de la 78,41 ani în Cluj la 75,48 ani în Satu Mare, iar decalajul de gen, de 6,80 ani în medie în perioada analizată, nu s-a redus.
2. Profilul de mortalitate a evoluat favorabil la trei dintre cele cinci clase majore de cauze, mortalitatea cardiovasculară scăzând cu 24,7% între 2000 și 2024, un ritm aproape dublu față de cel național, de 13,2%, iar mortalitatea prin leziuni traumatice reducându-se cu 47,2%.
3. Rata mortalității prin boli ale aparatului respirator a crescut cu 84,8% între 2015 și 2024, de la 61,8 la 114,2 decese la 100.000 de locuitori, iar poziția relativă a Regiunii s-a inversat, de la 5,7 puncte sub media națională în 2015 la 11,4 puncte peste ea în 2024, o deplasare de peste douăzeci de puncte care plasează Regiunea pe locul al treilea între cele opt regiuni de dezvoltare, după Vest și Centru.
4. Mortalitatea oncologică regională a depășit media națională începând cu anul 2020 și se menține peste aceasta, cu o diferență care a atins 13,8 puncte în 2022 și se situează la 5,2 puncte în 2024, într-un context în care valorile naționale au scăzut ușor după 2015.
5. Mortalitatea cardiovasculară înregistrează variații în interiorul regiunii, în condițiile în care Bihorul atinge 635,3 decese la 100.000 de locuitori, iar Bistrița-Năsăud 465,8, ceea ce generează o abatere internă de 169,5 puncte, în timp ce media regională de 565,94 se situează la 33,0 puncte sub media națională de 598,9.
6. Rata mortalității infantile a crescut ajungând la 7,20 decese la mia de născuți vii în 2024, valoare superioară celei naționale de 6,60, care plasează regiunea pe locul al treilea între regiunile de dezvoltare. Valorile cele mai ridicate în regiune se înregistrează în Satu Mare, cu 9,90, și în Sălaj, cu 8,60.
7. Decalajul rural-urban al mortalității generale depășește patru puncte, cu o rată rurală de 13,72 decese la mia de locuitori față de 9,31 în mediul urban, iar în județul Sălaj rata rurală, de 14,5, este cu aproximativ 70% mai mare decât cea urbană, de 8,5, cel mai amplu decalaj intern din regiune.
8. În primele nouă luni ale anului 2025, în timp ce epidemia națională de rujeolă se stingea, cele șase județe au raportat 29,3% din cazurile naționale la o pondere demografică de aproximativ 13%, iar Satu Mare și Sălaj singure 18,73%, la 2,80% din populația țării, configurație care plasează regiunea pe prima poziție națională la concentrarea bolilor prevenibile prin vaccinare, Maramureșul deținând totodată cea mai ridicată rată a varicelei din țară, iar Satu Mare depășind media națională la tuse convulsivă.
9. Bihorul concentrează 63,33% din cazurile de tuberculoză pediatrică ale regiunii în 2024, după 61,11% în 2023 și 55% în 2022, la o pondere demografică de aproximativ o cincime și la o incidență de 20,6 cazuri la 100.000 de locuitori față de o medie națională de 10,5, în timp ce celelalte cinci județe se situează sub nivelul național, iar profilul general al regiunii rămâne favorabil, cu 29,7 cazuri la 100.000 de locuitori față de 44,3.
10. Timpul mediu de deplasare rutieră până la cel mai apropiat spital, estimat în absența congestiei, se situează sub 7 minute pentru locuitorii orașelor mari, la aproximativ 25 de minute pentru cei din orașe mici și suburbii și la aproape 30 de minute pentru populația rurală, iar unul din șase locuitori din mediul rural se află la peste o jumătate de oră de cea mai apropiată unitate spitalicească, distribuție care reflectă amplasarea spitalelor publice în reședințele de județ. Localitățile cu cea mai ridicată pondere a populației vârstnice sunt totodată, în medie, cele mai îndepărtate deopotrivă de spital și de farmacie, ceea ce suprapune vârsta, distanța și dependența de îngrijire în același teritoriu. Valorile sunt estimate pentru deplasarea cu autoturismul la limita legală de viteză, astfel încât pentru populația lipsită de acces la un vehicul propriu, preponderent vârstnică și

10. cu venituri reduse, timpul efectiv de acces este superior celui măsurat, iar în absența unei alternative de transport deplasarea nu se produce.
11. România înregistrează în anul 2023 o rată standardizată a mortalității evitabile de 463,74 decese la 100.000 de locuitori sub 75 de ani, față de o medie a Uniunii Europene de 237,66, iar la componenta tratabilă cea mai ridicată valoare din Uniunea Europeană, de 199,70 față de 86,81, indicator publicat exclusiv la nivel de țară, ale cărui cauze se regăsesc integral în profilul de mortalitate al Regiunii.
12. Densitatea personalului medical se situează la 3,8 medici și 7,5 asistenți la 1.000 de locuitori în 2023, sub media OECD și sub cea a Uniunii Europene la ambii indicatori și sub media națională la personalul mediu, cu 7,5 față de 8,2 asistenți, în timp ce la medici se menține marginal peste nivelul național, cu 3,8 față de 3,7, avans explicat integral prin cele două centre universitare medicale, iar diferența intraregională ajunge la 3,78 ori între Cluj, cu 6,51 medici la 1.000 de locuitori, și Bistrița-Năsăud, cu 1,72.
13. Numărul medicilor de familie stagnează după maximul de 1.910 cadre din 2010, oscilând între 1.518 și 1.608 în intervalul 2013-2023 și ajungând la 1.624 în 2025, sub dinamica națională, astfel încât regiunea a coborât de pe locul al treilea pe locul al cincilea într-un singur an, iar în 2025 se aflau în deficit de asistență primară 120 de localități cu 695.051 de locuitori, respectiv 24,83% din populația regională, dintre care 24 lipsite deopotrivă de medic și de punct de lucru, acoperirea integrală necesitând 161 de medici, dintre care 86 în Maramureș.
14. Rețeaua spitalicească regională cuprinde 78 de unități sanitare cu paturi, dintre care 4 neacreditate, iar 44 de unități, respectiv 56,41%, se încadrează în categoriile IV și V, cu grad redus de complexitate a afecțiunilor tratate, cea mai înaltă categorie prezentă în regiune fiind I M, reprezentată de trei institute clujene, în timp ce Sălajul înregistrează cea mai slabă situație de acreditare, cu două unități neacreditate din șase.
15. Regiunea deține 1.379 de paturi destinate tuberculozei, de 2,3 ori mai multe decât cele 600 de paturi de terapie intensivă și de aproape două ori mai multe decât cele 757 de paturi de cardiologie și chirurgie cardiovasculară, într-un teritoriu în care bolile aparatului circulator generează 52,02% din decese, iar raportate la cele 753 de cazuri de tuberculoză din 2024 depășesc de aproximativ opt ori necesarul estimat de 130 până la 155 de paturi, structura capacității rămânând ancorată în profilul de morbiditate anterior tranziției epidemiologice, în timp ce îngrijirea de lungă durată și recuperarea ocupă 4.150 de paturi, respectiv 24,80% din capacitate.
16. Geriatria și gerontologia dispun de 25 de paturi la nivelul întregii regiuni, respectiv 0,15% din capacitate, concentrate integral în județul Cluj, într-un teritoriu în care grupele de vârstă de 65 de ani și peste dau 78,30% din decesele anuale.
17. Poziția a treia a regiunii în ierarhia națională a densității de paturi, cu 5,94 paturi la 1.000 de locuitori față de o medie națională de 5,41, este generată în întregime de județul Cluj, întrucât restul regiunii dispune de 5,26 paturi la 1.000 de locuitori, sub media națională.
18. Județul Cluj tratează o cazuistică din care 61,46% provine din populația proprie și primește 77.890 de pacienți din alte județe, aproximativ 77% din cele 101.470 de internări realizate în regiune pentru pacienți din afara județului spitalului, în timp ce transferul interspitalicesc atinge acolo 2,22% din activitate și acoperă cel mult 5,8% din aceste cazuri, indicator afectat el însuși de practica de raportare. Departajarea dintre orientarea proprie a pacientului și circuitul instituțional de trimitere presupune încrucișarea circumstanței internării cu județul de domiciliu, informație absentă din datele publicate, iar în măsura în care prima explicație se confirmă, costul orientării în sistem revine pacientului și se distribuie inegal între categoriile sociale.
19. Regiunea ocupă locul al doilea național după complexitatea cazuisticii tratate, cu 1,919 în 2025 față de o medie de 1,756, în timp ce indicele de concordanță a diagnosticelor a coborât de la 76,53 la 73,92 puncte, o pierdere de 2,61 puncte față de 1,59 la nivel național, care o plasează pe locul al patrulea, evoluție explicată prin trecerea cazurilor simple în spitalizarea de zi, creșterea ponderii pacienților primiți prin transfer și practica de codificare, Bihorul coborând la 68,13 puncte la cel mai accentuat avans al complexității din regiune.

20. Ponderea trimiterilor de la medicul de familie recalculată numai pe internările pentru care modul de intrare este consemnat, coboară de la 32,00% în 2019 la 29,55% în 2025, în timp ce internările în urgență urcă de la 48,54% la 50,75%, iar populația rurală rămâne suprareprezentată în activitatea spitalicească în toate cele cinci județe pentru care indicatorul poate fi interpretat, cu o deviație maximă de 7,0 puncte procentuale în Maramureș.
21. Aproape un sfert din capacitatea totală de spitalizare a regiunii este direcționată către îngrijirile de lungă durată.
22. Cluj-Napoca reprezintă centrul medical regional, această dinamică de atragere a pacienților este susținută de o concentrare asimetrică a infrastructurii și a resurselor umane, unitățile din județ deținând 34,80% din capacitatea regională de paturi și reunind aproape jumătate din corpul medical al regiunii, elemente care confirmă rolul său de centru de referință pentru cazuistica medicală care necesită un nivel ridicat de competență tehnică și profesională.
23. Județul Satu Mare cumulează cea mai slabă poziție regională la toate cele patru dimensiuni ale mecanismului de feedback al pacientului, respectiv satisfacția globală, cu 76,79%, rata de recomandare, cu 82,88%, ponderea pacienților care cumpără medicamente din surse proprii, de 21,57% față de 11,82% media regională, și semnalul privind plățile informale, cu 4,74%, poziție confirmată de date colectate în afara mecanismului, județul înregistrând o mortalitate intraspitalicească de 3,85% față de media regională de 2,56%.
24. Din finanțarea nerambursabilă doar 5,90% a fost alocată asistenței primare, comunitare, ambulatorie și preventivă în regiune, comparativ cu 72,72% care a fost dedicată infrastructurii sanitare noi. Prin C7, I3 PNRR, din cele 35 de proiecte contractate, doar unul preciza în mod explicit componenta de telemedicină, iar 20 de proiecte se aflau la 0 progres financiar, cu o execuție de 0,00% în Satu Mare și de 0,83% în Maramureș, județele cu cea mai numeroasă populație aflată în localități lipsite de medic de familie. Prin Măsura I1 a C12, 24 dintre cele 120 de localități în deficit au semnat un contract cu finanțare nerambursabilă, o rată de acoperire de 20%, de la 13 localități din 48 în Maramureș și 7 din 27 în Bihor până la niciun proiect contractat în Cluj și Satu Mare, în timp ce localitățile lipsite atât de medic și cât și de punct de lucru rămân în afara finanțării.

II. Provocări privind sistemul de sănătate și infrastructura sanitară

1. Principala provocare a regiunii este distribuția de resurse, situându-se peste media națională la densitatea de paturi și pe locul al doilea național la complexitatea cazuisticii, în timp ce trei dintre cele șase județe, Satu Mare, Sălaj și Bistrița-Năsăud, coboară sub media națională, iar Bistrița-Năsăud, cu 4,46 paturi la 1.000 de locuitori. Deficitele de capacitate spitalicească, de resursă umană și de acces de proximitate se suprapun în aceleași teritorii, fără ca vreo dimensiune să compenseze pentru celelalte.
2. Provocarea este ca regiunea să oprească creșterea mortalității prin boli ale aparatului respirator, prin consolidarea rețelei de asistență medicală din proximitate, deoarece afecțiunile care generează cea mai mare parte a acestor decese pot fi evitate prin depistare timpurie, la controlul periodic și la continuitatea tratamentului, condiții care se realizează la nivelul cabinetului medicului de familie.
3. Provocarea este ca regiunea să acționeze asupra deficitului de asistență primară prin condițiile în care se exercită profesia în localitățile mici, singura pârghie aflată la îndemâna autorității regionale, întrucât cabinetele funcționează aproape integral ca furnizori privați aflați în contract cu CAS, iar modul de plată și regulile privind numărul de pacienți înscriși, de care depinde prezența medicului, se stabilesc la nivel național.
4. Provocarea este ca regiunea să redreseze acoperirea vaccinală în județele Satu Mare, Sălaj, Maramureș și Bistrița-Năsăud, unde concentrarea bolilor care pot fi prevenite prin vaccinare arată că rețeaua de asistență primară ajunge inegal la comunitățile pe care ar trebui să le deservească.
5. Provocarea este ca regiunea să reconvertească o parte din capacitatea moștenită, respectiv paturile de tuberculoză și de cronici, către paliație, îngrijire de lungă durată, geriatrie și recuperare, proces condiționat de aprobarea structurii organizatorice de către Ministerul Sănătății.
6. Provocarea este ca regiunea să pregătească rețeaua pentru presiunea demografică din perioada 2028-2034, întrucât creșterea internărilor în rândul populației vârstnice provine în întregime din majorarea cu 11,0% a acestei grupe de vârstă, frecvența internărilor raportată la numărul de locuitori rămânând neschimbată, ceea ce poate sugera nevoia dimensionării unei capacități dedicate îngrijirii vârstnicilor.
7. Provocarea este ca regiunea să corecteze procesul de creștere a mortalității infantile prin organizarea îngrijirii mamei și nou-născutului pe niveluri de competență, într-un context în care paturile destinate mamei și copilului reprezintă deja 15,47% din capacitate, la o natalitate în scădere, ceea ce așază soluția la nivelul organizării rețelei.
8. Provocarea este ca regiunea să asigure sustenabilitatea investițiilor prin capacitate administrativă, întrucât județele cu cele mai severe deficite de acces sunt și cele cu cea mai slabă performanță în implementarea instrumentelor de finanțare deja contractate.
9. Provocarea este ca regiunea să rețină resursa umană medicală într-un context în care cele două centre universitare medicale, Cluj-Napoca și Oradea, ridică densitatea regională doar cu aproximativ 1,8 medici la 1.000 de locuitori, fără să o desprindă de nivelul național, iar patru județe se plasează între 44% și 56% din media OECD la densitatea medicilor.
10. Provocarea este ca regiunea să transforme fondurile contractate în infrastructură funcțională până la finalul perioadei de implementare, întrucât plățile validate acoperă 6,82% din finanțarea de coeziune, iar proiectele aflate în derulare, care concentrează 96,02% din alocare, înregistrează o execuție de 3,45%
11. Provocarea este ca regiunea să asigure încadrarea cu personal a capacităților aflate în construcție, întrucât Spitalul Regional de Urgență Cluj și extinderea Spitalului Județean Bistrița se adaugă unei rețele care funcționează sub media OECD la densitatea medicilor.

III. Limitări constatate

1. Guvernanța sistemului este distribuită între Ministerul Sănătății, care coordonează strategic și administrează o parte a rețelei spitalicești publice, CNAS, care stabilește pachetele decontate prin contractul-cadru aprobat prin HG 521/2023, direcțiile de sănătate publică, INSP și ANMCS, astfel încât o unitate este finanțată de un actor, subordonată altuia și evaluată de un al treilea.
2. Unitățile spitalicești se află fie în subordinea Ministerului Sănătății, fie a autorităților administrației publice locale, în timp ce venitul principal provine din contractul cu casa de asigurări, astfel încât decizia de investiție, cea de organizare și cea de finanțare este în unele cazuri neclară.
3. Modificarea structurii de paturi, operațiunea care condiționează reconversia funcțională a capacității moștenite, se aprobă la nivel central, regiunea putând finanța lucrarea și dotarea, iar profilul secției rămânând în competența autorității naționale.
4. Cabinetele de medicină de familie funcționează aproape integral în regim privat, ca entități independente aflate în relație contractuală cu CNAS. Autoritatea publică poate finanța construcția, reabilitarea și dotarea spațiului, însă nu poate genera prezența medicului, întrucât mecanismul de plată, condițiile de contractare și normele de listă se stabilesc la nivel național. Planul General Regional de Servicii Sanitare 2021-2027 a prevăzut deja renovarea și dotarea cabinetelor din fonduri structurale, împreună cu o creștere țintită de 3% până la 5% a numărului de medici de familie, iar realizarea a fost de 0,96% în anul 2024 față de anul 2018.
5. Volumul și pachetul serviciilor decontate se stabilesc prin contractul-cadru, astfel încât un ambulatoriu integrat, o structură de spitalizare de zi sau un punct de lucru funcționează efectiv în măsura în care sunt contractate de casa de asigurări.
6. O parte însemnată a rețelei nu este poziționată în ierarhia de competențe, întrucât 21,79% dintre unitățile sanitare cu paturi dețin autorizație sanitară de funcționare emisă de direcția de sănătate publică, dar nu au parcurs sau nu au finalizat procedura de încadrare într-o categorie. În absența încadrării, aceste unități nu pot fi integrate într-o rețea de trimitere organizată pe niveluri de competență, ceea ce limitează direct aplicabilitatea protocoalelor regionale de trimitere și transfer.
7. Acreditarea constituie o precondiție administrativă cu efect asupra accesului la finanțare și, în același timp, o vulnerabilitate a rețelei regionale, județul Sălaj înregistrând două unități neacreditate din șase, iar dintre cele trei institute clujene de categoria I M unul fiind acreditat cu rezerve și unul cu încredere redusă, tocmai în județul care concentrează cazuistica complexă a regiunii, iar Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj, deși inițial apărea pe listele pentru propunerea încadrării în categoria I, acesta nu apare deloc în lista finală publicată în martie 2026.
8. Infrastructura spitalicească a fost construită preponderent în perioada 1965-1975, cu spații dispersate și funcționalitate redusă, configurație care crește costul modernizării și limitează soluțiile tehnice disponibile, întrucât conformarea la cerințele actuale de funcționare presupune frecvent intervenții structurale.
9. Capacitatea de pregătire și de implementare a proiectelor este distribuită invers față de nevoie, 20 din cele 35 de proiecte contractate prin componenta 7 înregistrând zero progres financiar.
10. Proiectarea măsurilor de finanțare la nivel central limitează rezultatul la nivel regional, deoarece cele trei ținte ale investiției destinate sistemului de eHealth și telemedicină vizează numărul de instituții digitalizate, funcționalitatea platformei informatice de asigurări și numărul de unități și de personal instruit, iar eligibilitatea acoperă unitățile cu personalitate juridică, serviciile de ambulanță și instituțiile deconcentrate, fiind excluse cabinetele de medicină de familie și structurile de asistență medicală comunitară.

1. Absența unor date statistice pentru serviciile furnizate la distanță împiedică deopotrivă dimensionarea nevoii și monitorizarea rezultatului, deoarece nu există un registru național al furnizorilor, INS nu publică o serie dedicată, iar raportările finanțatorului tratează consultația acordată la distanță ca modalitate de acordare a unor servicii deja incluse în pachetul de bază, fără a o separa.
2. Alocarea pe baza morbidității înregistrate reflectă practica de raportare a cabinetelor, iar existența unor programe naționale de sănătate cu finanțare și raportare distincte pentru diabet și pentru afecțiunile oncologice orientează efortul de raportare al județelor după circuitul de finanțare disponibil.
3. Barierele de acces resimțite de populație rămân în afara pârghiilor de infrastructură, în acest sens un studiu din anul 2021 arată că 9,5% din populația de peste 15 ani nu a putut accesa un medic specialist atunci când a avut nevoie, dintre care 75,6% au invocat costurile drept impediment principal, iar ponderea pacienților neasigurați se menține la 5,50% în județul Bihor, față de valori între 1,52% și 2,49% în celelalte cinci județe.
4. Mecanismul de acordare a finanțării pentru infrastructura medicală prespitalicească presupune un furnizor titular care să depună cererea, condiție pe care cele 24 de localități complet lipsite de asistență primară o îndeplinesc doar după instalarea unui medic.

IV. Măsuri potențiale pentru abordarea provocărilor

1. Prioritizarea infrastructurii de asistență medicală primară de proximitate, prin construcția, reabilitarea, modernizarea și dotarea spațiilor de practică și prin extinderea rețelei de centre de permanență, cu accent pe localitățile lipsite deopotrivă de medic de familie și de punct de lucru cu precădere în mediul rural, alături de un pachet de stimulente pentru instalare și retenție corelat cu populația afectată.
2. Dezvoltarea echipelor comunitare integrate, formate din asistent medical comunitar, mediator sanitar și asistent social, și a centrelor comunitare integrate care le găzduiesc, cu orientarea fondurilor către comunitățile rurale cu cel mai redus acces la asistență primară.
3. Asigurarea accesului la servicii medicale de bază în localitățile fără furnizor permanent, prin forme mobile și itinerante de prevenție, vaccinare, monitorizare a bolilor cronice și investigații de bază, susținute prin investiții în unități mobile de recoltare și analiză, în echipamente portabile de investigație și în puncte automatizate de screening, ca instrument complementar rețelei fixe de cabinete.
4. Extinderea rețelei de asistență ambulatorie de specialitate și de spitalizare de zi în județele cu retenție teritorială ridicată și complexitate redusă a cazuisticii, ca alternativă la internarea continuă.
5. Din perspectiva infrastructurii spitalicești și a dotărilor, direcționarea fondurilor către modernizarea, reabilitarea și echiparea unităților spitalicești existente, cu accent pe ridicarea nivelului de competență al specialităților deja funcționale în spitalele județene de urgență, care acoperă un spectru de patologii comparabil cu al centrelor terțiare la un indice de complexitate mai redus.
6. Un program regional de recuperare a acoperirii vaccinale, orientat către județele cu cel mai redus nivel de administrare a dozelor și cu cea mai ridicată concentrare a cazuisticii, construit pe mediere sanitară, echipe mobile de vaccinare și cartografierea localităților cu acoperire sub pragul de 95%.
7. Constituirea unui grup regional de coordonare a serviciilor medicale furnizate la distanță și elaborarea unui ghid tehnic de implementare pentru mediul rural, cu modelul de organizare a capătului local, cerințele minime de dotare și circuitul pacientului, împreună cu condiționarea investițiilor digitale de furnizarea efectivă a serviciilor și cu includerea unei componente de formare digitală a utilizatorilor vârstnici.
8. Elaborarea unei strategii regionale de accesibilitate la serviciile de sănătate pentru populația din mediul rural, fundamentată pe un set de indicatori construit pe mortalitate, pe rata de spitalizare pentru afecțiuni sensibile la îngrijirea ambulatorie și pe incidența bolilor transmisibile, care înlocuiesc morbiditatea înregistrată ca bază de alocare.
9. Corelarea investiției de capital cu aisgurarea resursei umane, prin condiționarea recepției noilor capacități spitalicești de existența unui plan de ocupare a posturilor și printr-un parteneriat cu Ministerul Educației și cu Ministerul Sănătății pentru menținerea/creșterea cifrei de școlarizare și pentru orientarea locurilor de rezidențiat pe post către unitățile și specialitățile din județele aflate în deficit, pentru punerea în funcțiune a capacităților nou construite și acoperirea teritoriilor rămase descoperite.
10. Corelarea investiției sanitare de proximitate cu politica județeană de transport public, prin definirea unor standarde minime de conectivitate între localitățile aflate în deficit de asistență primară și cel mai apropiat centru de servicii, prin coordonarea orarelor și a sistemelor de titluri de călătorie și prin susținerea rutelor lipsite de viabilitate comercială, cu facilități tarifare pentru categoriile vulnerabile și cu evaluarea soluțiilor de transport la cerere în localitățile cu densitate insuficientă pentru rute regulate, ca instrument complementar rețelei fixe de cabinete și formelor mobile de furnizare.

Bibliografie

1. Legislație și Reglementări Naționale

- Hotărârea Guvernului nr. 1.133 din 14 septembrie 2022 privind aprobarea Normelor metodologice de punere în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 196/2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 909 din 15 septembrie 2022.
- Hotărârea Guvernului nr. 521 din 26 mai 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. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 466 din 26 mai 2023.
- Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015.
- Legea nr. 185 din 24 iulie 2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 598 din 25 iulie 2017.
- Legea nr. 293 din 3 noiembrie 2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1077 din 8 noiembrie 2022.
- Legea nr. 360 din 29 noiembrie 2023 privind sistemul public de pensii. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1089 din 4 decembrie 2023.
- Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 196 din 18 noiembrie 2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1108 din 19 noiembrie 2020.
- Ordinul ministrului sănătății nr. 1.408 din 12 noiembrie 2010 privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor în funcție de competență. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 769 din 17 noiembrie 2010.
- Ordinul ministrului sănătății nr. 323 din 18 aprilie 2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 274 din 19 aprilie 2011.
- Ordinul ministrului sănătății nr. 1.501 din 18 noiembrie 2016 privind aprobarea implementării mecanismului de feedback al pacientului în spitalele publice. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1023 din 20 decembrie 2016.
- Ordinul ministrului sănătății nr. 3.722 din 2 noiembrie 2023 pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății nr. 1.501/2016 privind aprobarea implementării mecanismului de feedback al pacientului în spitalele publice. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1026 din 10 noiembrie 2023.
- Ordinul președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 10 din 18 ianuarie 2018 privind aprobarea categoriilor de acreditare a unităților sanitare cu paturi aferente celui de-al II-lea ciclu de acreditare. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 95 din 31 ianuarie 2018.

2. Documente Strategice și Programe

- Agenția de Dezvoltare Regională Nord-Vest (2022). Programul Regional Nord-Vest 2021-2027, aprobat prin Decizia de punere în aplicare a Comisiei Europene C(2022) 7458. https://www.nord-vest.ro
- Agenția de Dezvoltare Regională Nord-Vest (2023). Strategia de Specializare Inteligentă a Regiunii Nord-Vest (RIS3 NV) 2021-2027. https://www.nord-vest.ro/wp-content/uploads/2023/01/RIS3-Nord-Vest-2021-2027-.pdf

- Guvernul României (2021). Planul Național de Redresare și Reziliență al României (PNRR): Componenta 7 - Transformare digitală și Componenta 12 - Sănătate. Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene. https://mfe.gov.ro/pnrr/
- Guvernul României (2023). Strategia Națională pentru Sport 2023-2032, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 444 din 10 mai 2023. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 452Bis din 24 mai 2023. https://sport.gov.ro
- Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene (2022). Programul Sănătate 2021-2027, aprobat prin Decizia de punere în aplicare a Comisiei Europene C(2022) 8795. https://mfe.gov.ro
- Ministerul Sănătății (2022). Strategia Multianuală pentru Dezvoltarea Resurselor Umane în Sănătate 2022-2030, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1.002/2022. https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/256964
- Ministerul Sănătății (2023). Strategia Națională de Sănătate 2023-2030 „Pentru sănătate, împreună", aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1.006/2023. https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf
- Ministerul Sănătății, & Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate (2022). Planul General Regional de Servicii Sanitare 2021-2027: Regiunea Nord-Vest (Master Planul Regional de Servicii Sanitare). https://andis.gov.ro

3. Reglementări și comunicări

- Comisia Europeană (2019-2026). Country Reports Romania & Country-Specific Recommendations (CSR) 2019, 2020, 2022, 2024, 2025, 2026. Semestrul European, Direcția Generală Afaceri Economice și Financiare, Bruxelles. https://economy-finance.ec.europa.eu
- Comisia Europeană (2021). Comunicare a Comisiei către Parlamentul European și Consiliu: Un plan european de combatere a cancerului, COM(2021) 44 final, Bruxelles. https://commission.europa.eu
- Consiliul Uniunii Europene (2022). Regulamentul (UE) 2022/2372 din 24 octombrie 2022 privind un cadru de măsuri pentru asigurarea furnizării contramăsurilor medicale necesare în situații de criză în cazul unei urgențe de sănătate publică la nivelul Uniunii, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 314, pp. 64-78. http://data.europa.eu/eli/reg/2022/2372/oj
- Curtea de Justiție a Uniunii Europene (2025). Hotărârea Curții (Camera a patra) din 11 septembrie 2025, UJ împotriva Österreichische Zahnärztekammer, Cauza C-115/24, ECLI:EU:C:2025.
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2010). Directiva 2010/53/UE din 7 iulie 2010 privind standardele de calitate și siguranță referitoare la organele umane destinate transplantului, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 207, pp. 14-29. http://data.europa.eu/eli/dir/2010/53/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2011). Directiva 2011/24/UE din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 88, pp. 45-65. http://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2013). Regulamentul (UE) nr. 1260/2013 din 20 noiembrie 2013 privind statisticile demografice europene, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 330, pp. 39-43. http://data.europa.eu/eli/reg/2013/1260/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2014). Directiva 2014/40/UE din 3 aprilie 2014 privind apropierea actelor cu putere de lege și a actelor administrative ale statelor membre în ceea ce privește fabricarea, prezentarea și vânzarea produselor din tutun și a produselor conexe, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 127, pp. 1-33. http://data.europa.eu/eli/dir/2014/40/oj

- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2016). Regulamentul (UE) 2016/679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (Regulamentul general privind protecția datelor - GDPR), Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 119, pp. 1-88. http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2017). Regulamentul (UE) 2017/745 din 5 aprilie 2017 privind dispozitivele medicale, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 117, pp. 1-175. http://data.europa.eu/eli/reg/2017/745/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2017). Regulamentul (UE) 2017/746 din 5 aprilie 2017 privind dispozitivele medicale pentru diagnostic in vitro, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 117, pp. 176-332. http://data.europa.eu/eli/reg/2017/746/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2021). Regulamentul (UE) 2021/522 din 24 martie 2021 de instituire a unui program de acțiune a Uniunii în domeniul sănătății («UE pentru sănătate» / EU4Health) pentru perioada 2021-2027, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 107, pp. 1-29. http://data.europa.eu/eli/reg/2021/522/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2021). Regulamentul (UE) 2021/2282 din 15 decembrie 2021 privind evaluarea tehnologiilor medicale și de modificare a Directivei 2011/24/UE, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 458, pp. 1-32. http://data.europa.eu/eli/reg/2021/2282/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2022). Regulamentul (UE) 2022/123 din 25 ianuarie 2022 privind consolidarea rolului Agenției Europene pentru Medicamente în ceea ce privește pregătirea pentru situații de criză în domeniul medicamentelor și al dispozitivelor medicale și gestionarea acestora, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 20, pp. 1-37. http://data.europa.eu/eli/reg/2022/123/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2022). Regulamentul (UE) 2022/2370 din 23 noiembrie 2022 de modificare a Regulamentului (CE) nr. 851/2004 de creare a unui Centru European de prevenire și control al bolilor, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 314, pp. 1-25. http://data.europa.eu/eli/reg/2022/2370/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2022). Regulamentul (UE) 2022/2371 din 23 noiembrie 2022 privind amenințările transfrontaliere grave pentru sănătate și de abrogare a Deciziei nr. 1082/2013/UE, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 314, pp. 26-63. http://data.europa.eu/eli/reg/2022/2371/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2024). Regulamentul (UE) 2024/1689 din 13 iunie 2024 de stabilire a unor norme armonizate privind inteligența artificială (Regulamentul privind IA), Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L, 2024/1689. http://data.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2024). Regulamentul (UE) 2024/1938 din 13 iunie 2024 privind standardele de calitate și siguranță pentru substanțele de origine umană destinate utilizării la om și de abrogare a Directivelor 2002/98/CE și 2004/23/CE, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L, 2024/1938. http://data.europa.eu/eli/reg/2024/1938/oj
- Parlamentul European, & Consiliul Uniunii Europene (2025). Regulamentul (UE) 2025/327 din 11 februarie 2025 referitor la Spațiul European al Datelor privind Sănătatea și de modificare a Directivei 2011/24/UE și a Regulamentului (UE) 2024/2847 (EHDS), Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L, 2025/327. http://data.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj
- Uniunea Europeană (2016). Versiune consolidată a Tratatului privind Funcționarea Uniunii Europene (TFUE), art. 168 (Sănătate publică), Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, C 202, pp. 1-388. https://eur-lex.europa.eu

4. Rapoarte de Cercetare, literatură de specialitate și baze de date

- Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate [ANMCS] (2026). Lista unităților sanitare cu paturi acreditate în ciclul al II-lea de acreditare, situația la 30 martie 2026. https://anmcs.gov.ro/ro/wp-content/uploads/2026/04/lista-usp-acreditate-30-martie-2026.pdf
- Cabaj, J. L., Musto, R., & Ghali, W. A. (2019). Public health: who, what, and why? Canadian Journal of Public Health, 110(3), 340-343. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00207-2
- Casa Națională de Asigurări de Sănătate [CNAS] (2025). Situații statistice: Anexa 11 - Localități fără medic de familie sau cu deficit de medici de familie la nivel național, situația la 31 decembrie 2025. https://cnas.ro/situatii-statistice/
- Casa Națională de Asigurări de Sănătate [CNAS] (2026). Date statistice CNAS: Numărul de medici din ambulatoriul clinic și personalul medical mediu pe județe (2008-2024) [Set de date]. Portalul național de date deschise data.gov.ro. https://data.gov.ro/dataset/date-statistice-cnas
- Colegiul Medicilor din România [CMR] (2026). Evidența medicilor înscriși în colegiile teritoriale Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Maramureș, Sălaj și Satu Mare: Statute profesionale, grupe de vârstă, grade profesionale și specialități [Bază de date administrativă]. Date extrase la 1 ianuarie 2022, 1 ianuarie 2026 și august 2026.
- European Commission, OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies (2025). State of Health in the EU: Romania, Country Health Profile 2025. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/country-health-profile-2025-en
- Eurostat (2026). Healthy life years by sex (from 2004 onwards) [Set de date hlth_hlye]. Comisia Europeană. https://doi.org/10.2908/hlth_hlye
- Eurostat (2026). Infant mortality rates [Set de date demo_minfind]. Comisia Europeană. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_minfind/
- Eurostat (2026). Mortality and life expectancy statistics [Set de date demo_mor]. Comisia Europeană. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics
- Eurostat (2026). Preventable and treatable mortality [Set de date hlth_cd_apr]. Comisia Europeană. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/
- Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta" (2025). Date epidemiologice privind incidența tuberculozei și a tuberculozei pediatrice pe județe (2017-2024). București.
- Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate [INMSS] (2026). Indicatori de activitate și performanță spitalicească raportați în sistemul DRG pe județe, unități sanitare și secții (2019-2025) [Bază de date]. https://drg.inmss.ro/indicatori
- Institutul Național de Sănătate Publică [INSP] (2022). Evidența evoluției diabetului zaharat în perioada 2012-2021. Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, București.
- Institutul Național de Sănătate Publică [INSP] (2025). Buletin informativ: Cauze de deces anul 2024 comparativ cu anul 2023. Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică, București. https://insp.gov.ro/download/buletin-informativ-cauze-de-deces-anul-2024-comparativ-cu-anul-2023/
- Institutul Național de Sănătate Publică [INSP] (2025). Buletin informativ: Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate (Seriile anuale 2018-2024). Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, București.

- Institutul Național de Sănătate Publică [INSP] (2025). Mortalitate generală și cauze de deces pe județe în anul 2024. Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică, București.
- Institutul Național de Sănătate Publică [INSP] (2026). Buletin informativ: Bolile infecțioase și parazitare (Rapoartele anuale 2024, 9 luni 2025 și semestrul I 2026). Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile, București.
- Institutul Național de Statistică [INSSE] (2026). Baza de date TEMPO-Online: Indicatorii TCP0341, POP105A, POP107A, POP206D, POP207A, SAN104B. http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/
- Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene [MIPE] (2026). Tabloul de bord PNRR: Stadiul tehnic și financiar al proiectelor contractate în cadrul Componentei 7 (Investiția 3) și Componentei 12 [Bază de date]. Date extrase la 12 august 2026.
- Ministerul Sănătății (2022). Paturi în spitale: Capacitatea de spitalizare continuă pe categorii de unități sanitare și specialități [Set de date]. Portalul național de date deschise data.gov.ro. https://data.gov.ro/dataset/paturi-in-spitale
- Ministerul Sănătății (2026). Mecanismul de feedback al pacientului în spitalele publice din România (Rapoarte lunare și anuale 2021-2026) [Set de date]. Compartimentul de Integritate, data.gov.ro. https://data.gov.ro/dataset/mecanismul-de-feedback-al-pacientului-2026
- OECD (2020). How's Life? 2020: Measuring Well-being. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/9870c393-en
- Pisică, S., Barti, C., Cuturela, A., Gheorghe, A. M., Toma, S., Simion, C., Masala, C., Chiran, V.-C., Ștefan, M.-E., Munteanu, L., & Uruc, C. (2021). Condițiile de viață ale populației din România, anul 2021. Institutul Național de Statistică. https://insse.ro
- World Bank (2026). World Bank Open Data: Death rate, crude (per 1,000 people) [Set de date SP.DYN.CDRT.IN]. https://data.worldbank.org
- Wright, S., Dykgraaf, S. H., Kwankam, S. Y., & Deeves, M. (2024). Health infrastructure. În D. Rajan, K. Rouleau, J. Winkelmann, D. Kringos, M. Jakab, & F. Khalid (Eds.), Implementing the primary health care approach: A primer (Cap. 12). European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK618506/

ADR Nord-Vest



00-40-264-431550

Strada Donath nr. 53a, Cluj-Napoca, Cluj

www.nord-vest.ro

planificare.strategica@nord-vest.ro

Membră a:

Autoritate de management pentru:

Organism intermediar pentru: