



UNIUNEA EUROPEANĂ
Fondul Social European



GUVERNUL ROMÂNIEI
Ministerul Administrației și Internelor



Inovație în administrație
Programul Operațional
"Dezvoltarea Capacității
Administrative"

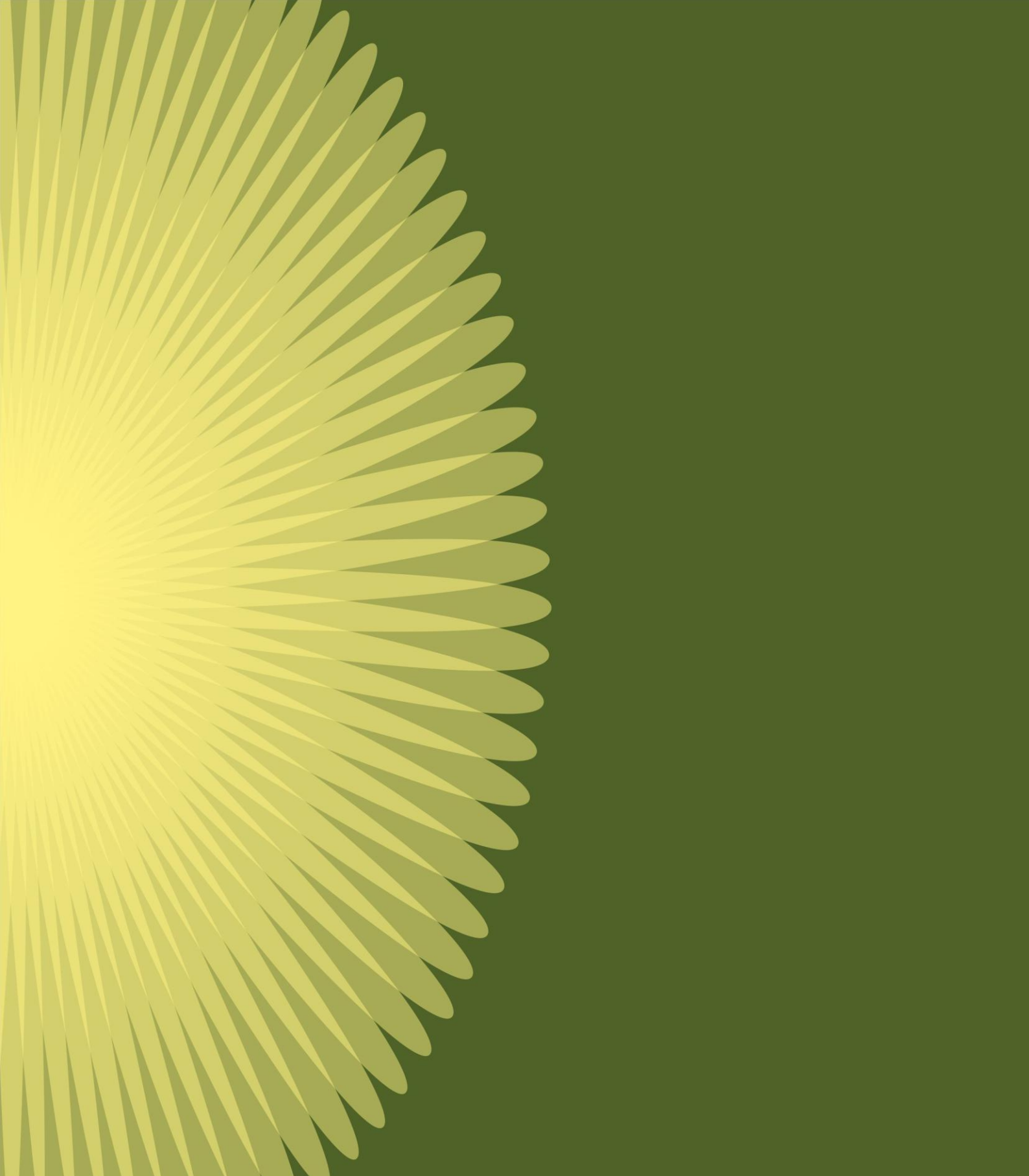
Diagnosticul sistemului de sănătate B din JUDEȚUL Bacău

Raport de analiză asupra stării de sănătate a populației, infrastructurii și dotării existente în sistemul medical din județul Bacău



Unitatea Administrativ Teritorială
JUDEȚUL BACĂU

Material realizat în cadrul proiectului „Programare strategică - modalitate de optimizare a structurilor pentru noile servicii descentralizate/deconcentrate din sectorul prioritar sănătate”, cod SMIS 10763, cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Dezvoltarea Capacității Administrative.



Diagnosticul sistemului de sănătate

B din JUDEȚUL
Bacău

A stylized sunburst background with rays of varying lengths and shades of yellow and gold, emanating from the top right corner. The rays create a sense of movement and energy.

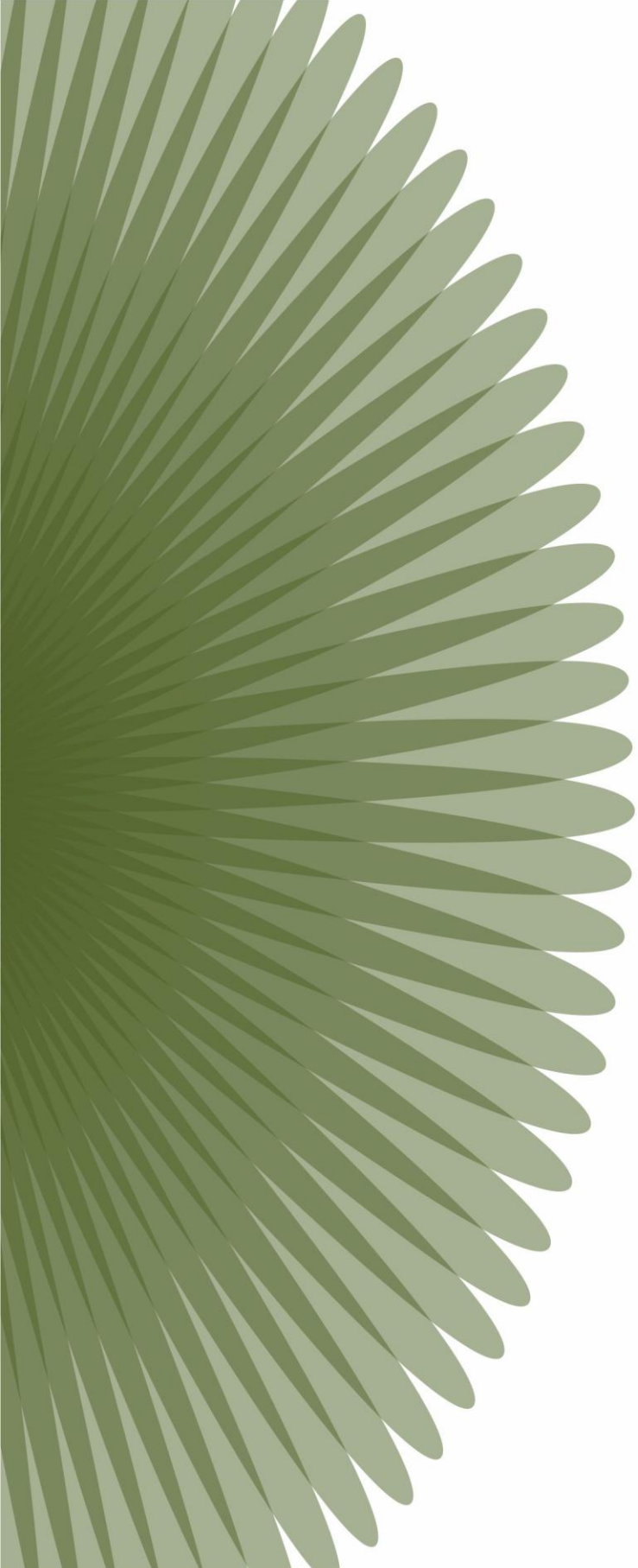
Cuprins

IDENTIFICAREA ȘI EVALUAREA FACTORILOR SOCIALI ȘI DEMOGRAFICI AI JUDEȚULUI BACĂU	7
1.1. Politici europene, naționale, regionale și județene	8
1.2. Infrastructura actuală a sistemului public sanitar județean	20
1.3. Situația socio-demografică a județului Bacău	32
FACTORII DETERMINANȚI AI STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI	53
2.1. Factorii determinanți ai stării de sănătate a populației	54
EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI	81
3.1. Evaluarea stării de sănătate a populației	82
EVALUAREA SISTEMULUI PUBLIC DE FURNIZARE A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE	95
4.1. Evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate	96



Capitolul I

**Identificarea și evaluarea factorilor
sociali și demografici ai județului
Bacău**



1.1. Politici europene, naționale, regionale și județene

Cadrul actual al sistemului sanitar

Cadrul legislativ

Nivel european

Conform *Tratatului privind funcționarea Uniunii Europene*, competențele partajate între Uniune și statele membre se aplică și pentru obiectivele comune de securitate în materie de sănătate publică. În definirea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și acțiunilor Uniunii se asigură un nivel ridicat de protecție a sănătății umane.

Acțiunea Uniunii, care completează politicile naționale, are în vedere îmbunătățirea sănătății publice și prevenirea bolilor și afecțiunilor umane, precum și a cauzelor de pericol pentru sănătatea fizică și mentală. Această acțiune cuprinde, de asemenea, combaterea marilor epidemii, favorizând cercetarea cauzelor, a transmiterii și prevenirii acestora, precum și informarea și educația în materie de sănătate, precum și supravegherea amenințărilor transfrontaliere grave privind sănătatea, alerta în cazul unor asemenea amenințări și combaterea acestora.

Uniunea Europeană încurajează, în special, cooperarea dintre statele membre pentru îmbunătățirea complementarității serviciilor lor de sănătate în regiunile transfrontaliere.

Potrivit *Tratatului privind funcționarea Uniunii Europene*, statele membre își coordonează, în cooperare cu Comisia, politicile și programele în domeniile sănătății. Comisia poate adopta, în strâns contact cu statele membre, orice inițiativă utilă promovării acestei coordonări, în special inițiative menite să stabilească orientările și indicatorii, să organizeze schimbul celor mai bune practici și să pregătească elementele necesare pentru supravegherea și evaluarea periodică. Parlamentul European este pe deplin informat.

Parlamentul European și Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară și după consultarea Comitetului Economic și Social și a Comitetului Regiunilor, pot adopta, de asemenea, măsuri de încurajare în scopul protecției și îmbunătățirii sănătății umane, în special în scopul combaterii epidemiiilor transfrontaliere, măsuri privind

supravegherea amenințărilor transfrontaliere grave asupra sănătății, alerta în cazul unor asemenea amenințări și combaterea acestora, precum și măsuri al căror obiectiv direct îl reprezintă protejarea sănătății publice în ceea ce privește tutunul și consumul excesiv de alcool, excluzând orice armonizare a actelor cu putere de lege și a normelor administrative ale statelor membre.

Statelor membre le revine principala responsabilitate pentru politica în domeniul sănătății și furnizarea de servicii de asistență medicală cetățenilor europeni. Rolul CE nu este acela de a reflecta sau dubla activitatea acestora. Cu toate acestea, există anumite domenii în care statele membre nu pot acționa eficient în mod independent și în care acțiunea comună la nivelul Comunității este indispensabilă. Printre acestea se numără amenințările majore la adresa sănătății și problemele cu impact transfrontalier sau internațional, cum ar fi, de exemplu, pandemiile și bioterorismul, precum și cele cu privire la libera circulație a bunurilor, serviciilor și persoanelor.

Comunitatea poate contribui la protecția sănătății și a siguranței cetățenilor prin intermediul acțiunilor în domeniul sănătății publice. Ar trebui să se asigure un nivel înalt de protecție a sănătății la definirea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și activităților comunitare. În temeiul articolului 152 din tratat, Comunitatea trebuie să joace un rol activ prin adoptarea unor măsuri care nu pot fi adoptate la nivelul individual al statelor membre, în conformitate cu principiul subsidiarității. Comunitatea respectă întru totul responsabilitățile statelor membre în ceea ce privește organizarea și furnizarea de servicii de sănătate și asistență medicală.

În ceea ce privește medicamentele, toate medicamentele noi trebuie autorizate înainte de a fi comercializate pe piața UE. Odată intrate pe piață, ele sunt permanent monitorizate. Sistemul european de farmacovigilență are scopul de a garanta luarea unor măsuri rapide în cazul apariției unor reacții adverse după administrarea unui medicament. Aceste măsuri constau în suspendarea sau retragerea autorizației de punere pe piață. Agenția Europeană pentru Medicamente (EMA) English, cu sediul la Londra, coordonează activitatea de evaluare științifică a calității, siguranței și eficienței produselor medicamentoase.

Sistemele de asistență și îngrijiri medicale din Europa variază mult de la o țară la alta. În unele state, sistemele

de sănătate publică acoperă în întregime cheltuielile din domeniul sanitar ale populației, în timp ce în altele sistemul de securitate socială încorporează elemente din asigurările private. Marea majoritate a pacienților europeni primesc îngrijiri medicale în propria țară - de altfel, aceasta este varianta pe care o preferă. În anumite circumstanțe însă, pacienții necesită îngrijiri medicale în străinătate - de exemplu, atunci când boala sau accidentul intervine pe durata unei călătorii în afara țării (vacanțe, călătorii de afaceri sau pentru studii etc.), în situația în care pacientul necesită îngrijiri de specialitate care pot fi acordate doar în alt stat sau, în zonele frontaliere, atunci când cea mai apropiată unitate medicală se află de cealaltă parte a graniței.

Programul UE privind sănătatea dispune de peste 300 de milioane de euro pentru proiecte legate de sănătate care se derulează în perioada 2008-2013. Oferă oportunități de finanțare în diverse domenii prioritare și a acordat deja sprijin mai multor proiecte privind inițiativa HIAP.

Toate măsurile propuse în vederea reformării sistemului sanitar trebuie, însă, să subscrie legislației în vigoare, atât de la nivel european, cât și de la nivel național. În prezent, între principalele acte normative care formează cadrul legislativ din Uniunea Europeană în ceea ce privește sistemul sanitar se numără și următoarele directive/regulamente:

- 2009/158/CE: Decizia Comisiei din 23 februarie 2009 privind adoptarea planului de lucru pe 2009 pentru punerea în aplicare a celui de Al doilea program de acțiune comunitară în domeniul sănătății (2008-2013) și privind criteriile de selecție, de atribuire și alte criterii pentru contribuțiile financiare la acțiunile acestui program;
- Directiva 93/42/CEE a Consiliului din 14 iunie 1993 privind dispozitivele medicale;
- Directiva Consiliului din 27 noiembrie 1989 privind informarea populației asupra măsurilor de protecție a sănătății care trebuie aplicate și asupra procedurilor care se impun în caz de urgență radiologică;
- Rezoluția Consiliului din 29 iunie 2000 privind factorii determinanți pentru sănătate;
- Regulamentul (CE) nr. 1924/2006 al Parlamentului European și al Consiliului din 20 decembrie 2006 privind mențiunile nutriționale și de sănătate asociate alimentelor;

- Recomandarea Consiliului din 8 iunie 2009 privind o acțiune în domeniul bolilor rare;
- Recomandarea Consiliului din 22 decembrie 2009 privind vaccinarea împotriva gripei sezoniere;
- Recomandarea Consiliului din 30 noiembrie 2009 privind mediile fără fum de tutun;
- Recomandarea Comisiei din 28 aprilie 2010 privind inițiativa de programare în comun a cercetării Un regim alimentar sănătos pentru o viață sănătoasă;
- Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere;
- Rezoluția Consiliului și a miniștrilor Sănătății din statele membre, reuniți în cadrul Consiliului din 22 decembrie 1989 privind lupta împotriva SIDA;
- Rezoluția Consiliului din 31 mai 2007 privind Strategia europeană pentru politica de protecție a consumatorilor (2007-2013);
- Decizia nr. 1150/2007/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 25 septembrie 2007 de instituire, pentru perioada 2007-2013, a programului specific Prevenirea și informarea cu privire la consumul de stupefiante în cadrul programului general Drepturile fundamentale și justiția;
- Directiva 2005/62/CE a Comisiei din 30 septembrie 2005 de punere în aplicare a Directivei 2002/98/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind standardele și specificațiile comunitare referitoare la un sistem de calitate pentru unitățile de transfuzie sangvină;
- Directiva 2005/61/CE a Comisiei din 30 septembrie 2005 de punere în aplicare a Directivei 2002/98/CE a Parlamentului European și a Consiliului în ceea ce privește cerințele de trasabilitate și notificarea incidentelor și a reacțiilor adverse grave;
- Directiva 2005/50/CE a Comisiei din 11 august 2005 privind reclassificarea protezelor articulare pentru șold, genunchi și umăr în cadrul Directivei 93/42/CEE a Consiliului referitoare la dispozitivele medicale;
- Directiva 2005/28/CE a Comisiei din 8 aprilie 2005 de stabilire a principiilor și a orientărilor detaliate privind aplicarea bunelor practici clinice în ceea ce privește medicamentele experimentale de uz uman, precum și a cerințelor pentru acordarea autorizației de fabricație sau de import de astfel de produse;
- Regulamentul (CE) nr. 851/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 21 aprilie 2004 de

- creare a unui Centru European de prevenire și control al bolilor;
- Directiva 2004/23/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 31 martie 2004 privind stabilirea standardelor de calitate și securitate pentru donarea, obținerea, controlul, prelucrarea, conservarea, stocarea și distribuirea țesuturilor și a celulelor umane;
- Decizia Comisiei din 20 aprilie 2004 privind publicarea referinței standardului EN 12180:2000 „Implanturi chirurgicale neactive. Implanturi pentru morfologia corpului. Cerințe specifice pentru implanturi mamare”, în conformitate cu Directiva 93/42/CEE a Consiliului;
- Decizia Comisiei din 20 aprilie 2004 privind publicarea referinței standardului EN 1970:2000 „Paturi reglabile pentru persoane invalide. Cerințe și metode de încercare”, în conformitate cu Directiva 93/42/CEE a Consiliului.

Nivel național

La nivel național, dreptul la ocrotirea sănătății este garantat de Constituția României. Statul este obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice. Organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și recuperare, controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei se stabilesc potrivit legii.

Directivele și regulamentele Uniunii Europene sunt completate de cadrul legislativ de la nivel național, una dintre cele mai importante legi fiind Legea nr.95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și adăugirile ulterioare. Conform acestui act normativ, principiile care stau la baza asistenței de sănătate publică sunt următoarele:

1. Responsabilitatea societății pentru sănătatea publică;
2. Focalizarea pe grupurile populaționale și prevenirea primară;
3. Preocuparea pentru determinanții stării de sănătate: sociali, de mediu, comportamentali și servicii de sănătate;
4. Abordarea multidisciplinară și intersectorială;
5. Parteneriat activ cu populația și cu autoritățile publice centrale și locale;

6. Decizii bazate pe cele mai bune dovezi științifice existente la momentul respectiv (sănătate publică bazată pe dovezi);
7. În condiții specifice, decizii fundamentate conform principiului precauției;
8. Descentralizarea sistemului de sănătate publică;
9. Existența unui sistem informațional și informatic integrat pentru managementul sănătății publice.

În prezent, la nivel național se lucrează la elaborarea unei legi privind organizarea și funcționarea sistemului de sănătate din România. Conform acestui proiect de lege, Sistemul de sănătate este reprezentat de ansamblul tuturor organizațiilor publice și private, tuturor instituțiilor și resurselor mandatate să mențină, să îmbunătățească și să redea sănătatea populației. Sistemul de sănătate cuprinde serviciile medicale individuale, serviciile de sănătate adresate populației sau anumitor grupuri populaționale, cât și activitățile menite să influențeze politicile și acțiunile din alte sectoare care se adresează determinaților socio-economici și de mediu ai sănătății.

Nivel județean

Conform legislației în vigoare, Consiliul Județean Bacău deține atribuții privind gestionarea serviciilor publice din subordine, asigurând, potrivit competențelor sale și în condițiile legii, cadrul necesar pentru furnizarea serviciilor publice de interes județean, inclusiv privind sistemul de sănătate.

Odată cu demararea descentralizării administrației publice, atribuțiile Consiliului Județean Bacău au crescut. Potrivit Guvernului României, în domeniul sănătății transferul competențelor privind administrarea unităților sanitare cu paturi și managementul asistenței medicale către autoritățile administrației publice locale sau județene, se va realiza după cum urmează:

- înființarea la nivelul autorităților administrației publice locale/județene de structuri proprii de management al unităților de asistență medicală preluate;
- transferul unităților sanitare cu paturi de interes județean/local;
- evaluarea unităților sanitare cu paturi conform Ordinului ministrului sănătății nr.100/2010 în vederea identificării unităților sanitare ineficiente

- sau transformarea în unități de îngrijire sau medico-social;
- reducerea numărului de paturi pentru eficientizarea furnizării serviciilor de sănătate;
- înființarea consiliilor de administrație la nivelul spitalelor;
- elaborarea unui sistem clar de clasificare a spitalelor, pe baza competențelor;
- dezvoltarea cadrului de monitorizare a calității managementului unităților aflate în subordine și adoptarea măsurilor necesare pentru corectarea deficiențelor;
- evaluarea gradului de satisfacție a pacienților privind calitatea serviciilor medicale oferite de unitățile medicale transferate.

- să prevină îmbolnăvirile
- să promoveze un stil de viață mai sănătos
- să îi protejeze pe cetățeni de amenințări la adresa sănătății cum sunt pandemiile.

În Europa, se manifestă o îngrijorare în rândul populației față de aspecte complexe precum siguranța alimentară, apariția unor noi boli transmisibile și posibilele efecte pe care agenții prezenți în mediu le pot avea asupra sănătății. Din aceste motive, Uniunea Europeană a elaborat conceptul de Spațiu European de Cercetare (SEC) pentru a facilita coordonarea activităților și politicilor de cercetare la nivel european, pentru a organiza cooperarea internațională și pentru a crea echipe care să lucreze în rețea, pentru a crește mobilitatea specialiștilor și pentru a garanta difuzarea ideilor. Programele cadru pentru cercetare și dezvoltare tehnologică reprezintă principalele instrumente financiare și juridice pentru implementarea SEC, alături de demersurile naționale și de alte activități comune de cercetare derulate la nivel european.

Cadru politic sectorial sanitar

Nivel european

Conform **Cartea albă: Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013**, sănătatea ocupă un loc central în viața oamenilor și trebuie susținută prin acțiuni și politici eficiente în statele membre, la nivelul CE și la nivel mondial.

Sectorul sănătății se caracterizează, pe de o parte, printr-un potențial considerabil de creștere, inovare și dinamism, iar pe de altă parte prin provocările cu care se confruntă în ce privește viabilitatea financiară și socială și eficiența sistemelor de sănătate, datorate, printre altele, îmbătrânirii populației și progreselor medicale.

Potrivit Uniunii Europene, este necesar să se sporească investiția UE în sănătate și în proiecte legate de sănătate. În acest sens, statele membre sunt încurajate să considere progresele în materie de sănătate drept o prioritate a programelor lor naționale. Este necesară o mai bună conștientizare cu privire la posibilitățile de finanțare UE în domeniul sănătății. Schimbul de experiență între statele membre privind finanțarea sănătății prin intermediul fondurilor structurale ar trebui încurajat.

Sănătatea cetățenilor este una dintre principalele priorități ale UE. Politica europeană în domeniul sănătății prevede dreptul tuturor de a avea acces la asistență medicală de înaltă calitate. Prin politica pe care o promovează, UE își propune:

Prioritățile și obiectivele în materie de sănătate publică sunt luate în considerare în momentul în care se elaborează programele și acțiunile din domeniul cercetării. Politica în domeniul sănătății publice beneficiază de sprijin științific în toate etapele, de la concepere și elaborare, până la implementare și acțiuni de monitorizare. În prezent, proiectele de cercetare intersectoriale și multidisciplinare vizează diverse domenii - de exemplu, mediu și sănătate, nutriție, biomedicină, genomică și biotehnologie - cu scopul de a atinge un obiectiv global: bunăstarea și îmbătrânirea în condiții bune de sănătate.

Multe politici și acțiuni au impact asupra sănătății și a sistemelor de sănătate din Europa. Prin urmare, Comisia Europeană a abordat politicile dintr-o perspectivă globală, pentru a se asigura că sănătatea este parte integrantă a tuturor domeniilor de acțiune relevante, inclusiv în sectorul social, economic și de mediu.

„Sănătatea în toate politicile” este unul dintre principiile - cheie ale strategiei UE privind sănătatea. Prin această abordare se urmărește ca sănătatea să devină parte integrantă a tuturor politicilor elaborate la nivel european, național și regional, inclusiv în procedura de evaluare a impactului și în cadrul instrumentelor de evaluare.

Agenda socială reinnoită este o inițiativă amplă care consideră că sănătatea este esențială pentru a asigura bunăstarea cetățenilor europeni ai secolului al XXI-lea. De asemenea, se pune accent pe importanța unei abordări care să conducă la coordonarea tuturor domeniilor de acțiune relevante, cu scopul de a le oferi europenilor șansa de a trăi mai mult și de a duce o viață sănătoasă.

Strategia economică a UE recunoaște dificultățile cu care se confruntă sistemele sanitare și demersurile de dezvoltare durabilă pe fondul unei societăți afectate de fenomenul îmbătrânirii populației. *Strategia pentru dezvoltare durabilă* accentuează importanța pe care o are sănătatea pentru dezvoltarea durabilă a Europei. Promovarea sănătății, reducerea inegalităților în domeniul sănătății și protecția împotriva amenințărilor la adresa sănătății sunt principalele sale obiective.

Nivel național

În prezent, prioritățile Ministerului Sănătății pot fi structurate în patru direcții principale:

1. **Descentralizarea.** Descentralizarea sistemului sanitar și trecerea spitalelor în subordinea autorităților publice locale are ca scop eficientizarea activităților acestor unități spitalicești. În județul Bacău managementul asistenței medicale s-a transferat către autoritățile administrației publice locale în cazul a 7 unități sanitare publice cu paturi: Spitalul Județean de Urgență Bacău, Spitalul Municipal Onești, Spitalul Municipal de Urgență Moinești, Spitalul Orășenesc "Ioan Lascăr" Comănești, Spitalul Orășenesc Buhuși, Spitalul de Pediatrie Bacău și Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău.
2. **Identificarea unor surse suplimentare de finanțare a sistemului.** Se propune introducerea unor taxe suplimentare (ex. Taxa fast-food), fondurile colectate urmând să fie utilizate pentru suplimentarea fondurilor necesare derulării programelor de sănătate și a celor de investiții în infrastructura din sistem.
3. **Informatizarea.** Reforma sistemului sanitar prevede și informatizarea sistemului medical cu prioritate pentru introducerea cardului național de sănătate. Cardul național va fi un document care va deveni obligatoriu pentru fiecare asigurat ce dorește să acceseze servicii medicale în unitățile sanitare din rețeaua publică, dar și pentru medicii din sistem care

vor primi, la rândul lor, un card medical profesional. Introducerea cardului va aduce beneficiu atât pacienților, cât și autorităților sanitare. Pacienții vor scăpa de birocrație și de drumurile între serviciu și casa de asigurări pentru a dovedi calitatea de asigurat când au nevoie de servicii medicale sau concedii medicale, autoritățile vor putea cunoaște exact câte servicii medicale au fost efectuate unui pacient, care sunt nevoile reale în sistem.

4. **Reforma structurală a sistemului medical cu punct de plecare medicina primară.** Reformarea sistemului de medicină primară va fi regândită asemănător cu sistemul de urgență 112. În fiecare județ va fi înființat câte un call-center (de tip sistem de urgență 112), la care cetățeanul poate apela atunci când are nevoie de o consultație de la medicul de familie, la ambulatoriu de specialitate sau la spital. Pacientul va fi îndrumat pentru consult de personalul de la call-center către un cabinet de medicină de familie, în funcție de distanța la care se află și de disponibilitatea medicului ex: lista de așteptare. Medicul de familie va fi conectat la call-center printr-un sistem informatizat, va avea o cartelă pe care o va introduce în sistem în momentul prezentării la cabinet.

Și Programul de guvernare pentru perioada 2009-2012 alocă o importanță aparte reformei sistemului sanitar. Obiective de guvernare propuse din acest punct de vedere sunt următoarele:

- Îmbunătățirea stării de sănătate a populației, creșterea calității vieții în condițiile compatibilizării sistemului sanitar românesc cu cel din Uniunea Europeană;
- Aprobarea strategiei naționale de dezvoltare a serviciilor sanitare pe o perioadă de minimum 8 ani;
- Dezvoltarea programelor de prevenție și de depistare precoce a bolilor;
- Redresarea și dezvoltarea asistenței medicale din mediul rural;
- Participarea personalului sanitar la un program de educație continuă garantat de către stat;
- Asigurarea transparenței în cheltuirea banilor publici.

Totodată, programul de guvernare propune și o serie de direcții de acțiune care pot duce la îndeplinirea obiectivelor propuse:

- Corelarea reformei asigurărilor medicale cu reforma sistemului de sănătate publică;
- Punerea în aplicare a unui program național de investiții care să permită dezvoltarea infrastructurii sanitare la standardele europene, în maximum 8 ani, inclusiv prin atragerea de fonduri europene;
- Elaborarea planului național de paturi corelat cu nevoile de asistență medicală a populației;
- Elaborarea planului național de resurse umane în domeniul medical;
- Accelerarea procesului de descentralizare în sistemul de sănătate și creșterea gradului de implicare a administrației locale în managementul spitalicesc;
- Sprijinirea mediului de afaceri în proiecte investiționale în sistemul de sănătate și dezvoltarea parteneriatelor public-private;
- Promovarea parteneriatelor cu societatea civilă;
- Integrarea serviciilor sanitare în rețele complexe de asistență, de la medicina primară până la nivel spitalicesc;
- Înființarea de centre multifuncționale, în special în mediul rural;
- Informatizarea sistemului sanitar cu interconectarea tuturor furnizorilor de servicii medicale pentru controlul costurilor;
- Introducerea sistemului de evaluare a performanțelor manageriale la toate nivelurile;
- Introducerea de standarde pentru toate nivelurile sistemului sanitar românesc și a unui sistem de asigurare a calității serviciilor medicale.

Nivel regional

Unul dintre cele mai importante documente de planificare strategică de la nivel regional își propune o serie de obiective clare în ceea ce privește sistemul de sănătate. Astfel, măsura 1.6. din cadrul Priorității 1 – Infrastructura și mediul din *Strategia de Dezvoltare Regională Nord - Est 2007-2013* este reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate.

Obiectivul general al acestei măsuri este îmbunătățirea condițiilor de instruire, creșterea gradului de sănătate a populației regiunii și sprijinirea incluziunii sociale a categoriilor marginalizate și excluse social prin reabilitarea și modernizarea infrastructurii aferente acestor servicii. Între acțiunile propuse a fi implementate

este și reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii de sănătate (inclusiv implementarea sistemului informatic regional).

Nivel județean

Domeniul sănătății reprezintă una dintre prioritățile județului Bacău, cu atât mai mult în contextul descentralizării administrației publice. Odată cu creșterea responsabilităților administrației publice locale, eficientizarea serviciilor medicale a devenit o preocupare de bază. Astfel, au fost stabilite o serie de criterii de evaluare a performanțelor profesionale individuale pentru personalului din spitale. Spre exemplu, în rândul criteriilor aferente personalului din Spitalul Județean de Urgență Bacău sunt avute în vedere și următoarele categorii:

- Cunoștințe și experiență profesională prin creșterea permanentă a performanțelor profesionale, de îmbunătățire a rezultatelor activității curente prin punerea în practică a cunoștințelor și abilităților dobândite în vederea îmbunătățirii serviciului medical;
- Promptitudine și operativitate în realizarea atribuțiilor de serviciu prevăzute în fișa postului prin atitudine activă în soluționarea problemelor, inventivitate în găsirea unor căi de optimizare a activității și o atitudine pozitivă față de idei noi pentru creșterea gradului de satisfacție a pacientului;
- Capacitatea de asumare a responsabilităților serviciului medical prin receptivitate, disponibilitate la efort suplimentar, perseverență, obiectivitate, disciplină, capacitatea de a accepta deficiențele proprii activități și de a răspunde pentru acestea, capacitatea de a învăța din propriile greșeli;
- Intensitatea implicării în utilizarea echipamentelor și a materialelor cu încadrarea în normativele de consum, folosirea eficientă a resurselor materiale și financiare alocate fără a prejudicia activitatea instituției;
- Capacitatea de a comunica cu pacienții în vederea creării unui climat de încredere adecvat serviciului medical; etc.

Astfel, preocuparea Consiliului Județean Bacău este de a crește eficiența serviciilor medicale și de a îmbunătăți performanțelor medicale de la nivel județean în scopul îmbunătățirii stării generale de sănătate a populației.

Cadrul financiar în domeniul sectorial sanitar

Nivel european

La nivel european, finanțarea sistemului sanitar diferă de la un stat la altul. Astfel, conform Eurostat, cheltuielile cu sănătatea în Uniunea Europeană variau, în anul 2009, de la 310,39 euro/locuitor în România la 4.643,97 euro/locuitor în Danemarca. În topul clasamentului se află și alte state precum: Olanda (4.138,6 euro/locuitor), Franța (3.481,4 euro/locuitor), Belgia (3.416,43 euro/locuitor) sau Germania (3.398,5 euro/locuitor).

Raportând cheltuielile alocate sănătății la Produsul Intern Brut, conform Eurostat, în România în anul 2009 circa 5,6% din PIB reprezentau cheltuieli cu sănătatea. Prin comparație, media la nivelul Uniunii Europene este între 9-11%. Astfel, în topul clasamentului se află țări precum: Franța (11,58% din PIB), Germania (11,21% din PIB), Olanda (11,6% din PIB) Danemarca (11,1% din PIB) și Belgia (11,88% din PIB). Totodată, cheltuielile alocate finanțării spitalelor în România reprezintă 2,32% din Produsul Intern Brut, în timp ce în alte state valoarea poate ajunge până la 5%: Danemarca (5,02% din PIB), Franța (4,08% din PIB), Spania (3,79% din PIB), Olanda (3,76% din PIB), etc.

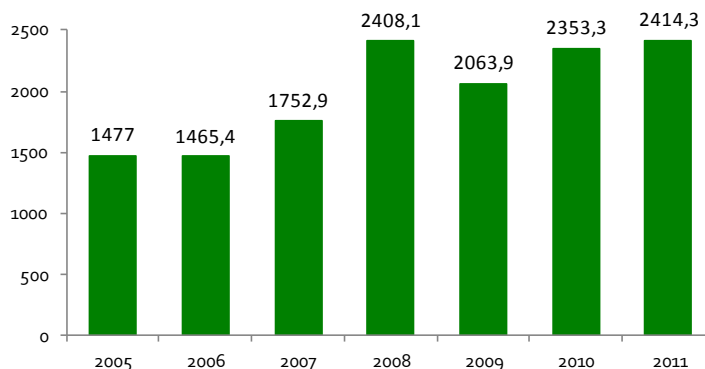
Nivel național

Sistemul sanitar din România se află, în prezent, în plin proces de reformă, ministerul stabilind un nou set de priorități ale sectorului în vedere eficientizării acestuia. Reforma sistemului public în general, și a celui sanitar în special, se suprapun, însă, pe criza economică mondială care a avut efecte considerabile asupra României. Cheltuielile alocate sănătății din bugetul de stat au scăzut semnificativ începând cu anul 2009, an în care banii destinați sistemului sanitar s-au redus cu aproape 15% față de anul precedent. Totodată, ponderea cheltuielilor alocate sănătății din totalul bugetului de stat este tot mai redusă, ajungând în anul 2011 să fie de doar 2,2% (minima perioadei post-comuniste). Finanțarea insuficientă a sistemului sanitar a creat adesea haos, determinând schimbarea frecventă a miniștrilor și, implicit, a măsurilor propuse pentru reformare.

cheltuielile alocate sănătății din bugetul de stat

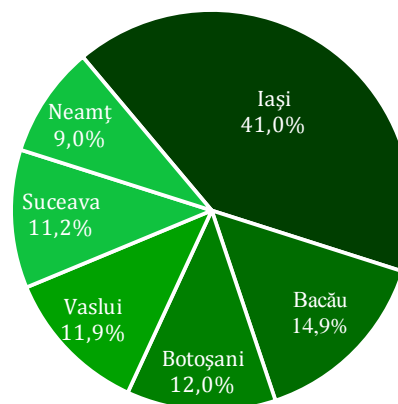
2005-2011

sursa: INS, MF



distribuția finanțării alocate spitalelor din Regiunea Nord-Est în anul 2010, pe județe

Sursa: Ministerul Sănătății



Nivel regional

La nivelul Regiunii de Dezvoltare Nord - Est, conform Ministerului Sănătății, în anul 2010, valoarea totală a finanțării alocate unităților spitalicești a fost de 1.515.376,88 mii lei. Din aceștia, 41% au fost alocați finanțării spitalelor din județul Iași, 14,9% finanțării spitalelor din județul Bacău, 12% finanțării spitalelor din județul Botoșani, 11,9% finanțării spitalelor din județul Vaslui, 11,2% finanțării spitalelor din județul Suceava și 9% finanțării spitalelor din județul Neamț.

Nivel județean

În prezent, spitalele publice din județul Bacău au ca surse de venit contractele cu CAS, bugetul de stat, bugetul local și veniturile proprii (accize).

Potrivit Casei de Asigurări de Sănătate Bacău, în anul 2011 bugetul alocat spitalelor generale de la nivel județean este de 144.421,14 mii lei, cu 18,9% mai puțin decât în anul precedent (178.015 mii lei). Astfel, majoritatea unităților sanitare acuză subfinanțarea sistemului de sănătate, fapt ce le îngreunează desfășurarea performantă a activității.

Direcții de dezvoltare a sistemului sanitar

Sistemul sanitar este un domeniu de interes central la nivelul Uniunii Europene, însăși **Strategia de Dezvoltare Durabilă a UE** propunând în rândul obiectivelor generale promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății. Pentru aceasta, sunt recomandate mai multe obiective operaționale și ținte:

- Îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății umane prin dezvoltarea capacității de răspuns la aceste amenințări într-o manieră coordonată.
- Limitarea răspândirii bolilor cronice și a celor legate de stilul de viață, mai ales în rândul grupurilor și în zonele dezavantajate socio-economic.
- Reducerea inechităților în privința sănătății în cadrul și între Statele Membre prin abordarea factorilor care au o influență mai mare asupra sănătății și prin promovarea corespunzătoare a sănătății și a strategiilor de prevenire a bolilor. Acțiunile trebuie să ia în considerare cooperarea internațională în cadrul forurilor precum WHO (Organizația Mondială a Sănătății), Consiliul Europei, OECD și UNESCO.
- Îmbunătățirea informațiilor despre poluarea mediului și impacturile negative asupra sănătății.
- Îmbunătățirea sănătății mintale și contracararea riscurilor de suicid.

Se încurajează promovarea unei sănătăți mai bune și prevenirea bolilor prin gestionarea factorilor care influențează sănătatea în toate activitățile și politicile

relevante. O atenție specială trebuie să fie acordată pregătirii și implementării măsurilor și strategiilor privind factorii legați de stilul de viață, precum drogurile, fumatul, alcoolul în exces, dieta deficitară, inactivitatea fizică și bolile cronice. Politicile în domeniul sănătății al Statelor Membre trebuie să aibă ca scop crearea și implementarea strategiilor care să ajute femeile și bărbații să își dezvolte și să își mențină o stare emoțională pozitivă, îmbunătățindu-și astfel nivelul de trai, perceperea lor subiectivă asupra calității vieții, precum și sănătatea lor fizică și mentală.

În conformitate cu Strategia de Dezvoltare Durabilă a Uniunii Europene este formulată și o serie de obiective naționale în cadrul **Strategiei Naționale pentru Dezvoltare Durabilă a României. Orizonturi 2013-2020-2030:**

- *Orizont 2013.* Îmbunătățirea structurii sistemului de sănătate, a calității actului medical și a îngrijirilor furnizate în cadrul serviciilor de sănătate; ameliorarea stării de sănătate a populației și creșterea performanței sistemului de sănătate.
- *Orizont 2020.* Atingerea unor parametri apropiați de nivelul mediu actual al stării de sănătate a populației și al calității serviciilor medicale din celelalte state membre ale UE; integrarea aspectelor de sănătate și demografice în toate politicile publice ale României.
- *Orizont 2030.* Alinierea deplină la nivelul mediu de performanță, inclusiv sub aspectul finanțării serviciilor de sănătate, al celorlalte state membre ale UE.

Pentru îndeplinirea acestor obiective sunt propuse câteva direcții strategice: creșterea accesibilității la serviciile medicale, creșterea calității serviciilor medicale, îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate, descentralizarea sistemului sanitar prin transferul de competențe, atribuții și responsabilități către administrația publică locală și reorganizarea instituțională a Ministerului Sănătății Publice, a structurilor din subordinea sau coordonarea sa.

Există, însă, și documente strategice care se referă strict la domeniul sanitar. La nivel european a fost elaborată **Cartea albă: Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013**, care menționează principiile fundamentale ale acțiunii CE în materie de sănătate:

- **Principiul 1:** O strategie bazată pe valori comune în domeniul sănătății. Acțiunile propuse în cadrul acestui principiu sunt: Adoptarea unei declarații privind valorile fundamentale în materie de sănătate, Acțiuni ulterioare privind mijloacele de reducere a inegalităților în materie de sănătate, Promovarea programelor de educație pentru sănătate pentru diferitele grupe de vârstă.
- **Principiul 2:** „Sănătatea este bunul cel mai de preț”. În cadrul acestui principiu este recomandată elaborarea unui program de studii analitice consacrat relațiilor economice între starea de sănătate, investițiile în domeniul sănătății și creșterea și dezvoltarea economică.
- **Principiul 3:** Sănătatea în toate politicile (abordarea HIAP). Ca acțiune este vizată consolidarea integrării preocupărilor privind sănătatea în ansamblul politicilor la nivelul comunității, statelor membre și al regiunilor, inclusiv prin utilizarea evaluării impactului și a instrumentelor de evaluare.
- **Principiul 4:** Vocea UE trebuie să se facă mai bine auzită în domeniul sănătății la nivel mondial. Este recomandată garantarea unei integrări adecvate a sănătății în mecanismele de asistență externă ale UE și promovarea punerii în aplicare a acordurilor internaționale în domeniul sănătății, în special a Convenției cadru pentru combaterea fumatului și a Regulamentului sanitar internațional.

Pentru a răspunde provocărilor majore cu care se confruntă sănătatea în UE, strategia Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013 identifică trei obiective ca domenii principale de acțiune pentru următorii ani:

- **Obiectiv 1:** Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește. În acest sens trebuie implementate măsuri pentru promovarea sănătății persoanelor în vârstă și a populației active și măsuri privind sănătatea copiilor și a tinerilor. Totodată, trebuie dezvoltate și puse în practică măsuri privind tutunul, alimentația, alcoolul, sănătatea mentală și alți factori generali de mediu și socio-economici, care au consecințe asupra sănătății.
- **Obiectiv 2:** Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății. Pentru a atinge acest obiectiv trebuie consolidate mecanismele de supraveghere și reacție la amenințările împotriva sănătății,

inclusiv revizuirea mandatului Centrului european pentru prevenirea și controlul bolilor.

- **Obiectiv 3:** Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii. Comisia Europeană vizează sprijinirea statelor membre și a regiunilor în gestionarea inovării în cadrul sistemelor de sănătate, dar și sprijinirea punerii în aplicare și a interoperabilității soluțiilor de e-sănătate în sistemele de sănătate.

La nivel național a fost elaborată **Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor**, care urmărește asigurarea respectării principiilor echității, calității, responsabilității și centrării pe pacienți/cetățeni în sistemul serviciilor de sănătate. Centrarea sistemului de sănătate pe cetățean înseamnă crearea unui sistem cu structuri dinamice și integrate care să se adapteze nevoilor de sănătate ale societății în general. Pentru aceasta se recomandă ca:

- serviciile trebuie organizate, localizate și accesate în așa fel încât să se țină cont de nevoile și preferințele comunităților pe care le deservesc;
- sistemele sociale și de sănătate trebuie să fie capabile să asimileze diferențele preferințelor pacienților și să încurajeze procesul de luare în comun a deciziilor;
- consumatorului să i se dea un control mai mare, dar și o responsabilitate mai mare pentru propria sănătate;
- consumatorii trebuie să aibă acces la informații de mare calitate în ceea ce privește sănătatea pentru a beneficia total de sistemul social și de sănătate și pentru a putea participa la deciziile legate de propria lor sănătate. Informațiile de calitate disponibile stimulează alegerea informată și sporesc șansele de menținere sau recăpătare a stării de sănătate;
- o implicare sporită a consumatorului ca partener în planificare și evaluare reprezintă o componentă importantă în promovarea transparenței și responsabilizării în sistemul de sănătate.

Obiectivele generale și specifice ale Strategiei Naționale de Raționalizare a Spitalelor au fost grupate în două mari capitole:

I. Raționalizarea spitalelor

- Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor;

- Asigurarea unei finanțări sustenabile și eficient utilizate prin remodelarea finanțării spitalelor.

II. Priorități strategice complementare

- Remodelarea cererii de servicii medicale;
- Eficientizarea organizatorică și funcțională a sistemului de asigurări de sănătate;
- Elaborarea și implementarea unei strategii coordonate de resurse umane în domeniul medical.

Un alt document care prezintă o serie de direcții în ceea ce privește sistemul sanitar este **Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului. Raportul Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România**. Vis-à-vis de unitățile spitalicești, raportul propune restructurarea și reorganizarea serviciilor spitalicești în patru mari categorii:

1. Îngrijiri pentru cazurile acute;
2. Îngrijiri pentru cazurile cronice, asupra cărora se vor concentra serviciile spitalicești pe viitor;
3. Îngrijiri pentru vârstnici, transferate către noi așezăminte și servicii;
4. Îngrijiri pentru cazurile sociale, de asemenea transferate către instituții și servicii special create.

Reorganizarea spitalelor, ținând cont de aceste categorii, va duce la concentrarea resurselor medicale înspre primele două categorii, la celelalte două categorii cerințele limitându-se în principal la cazare și masă, iar în ceea ce privește personalul, componenta cea mai importantă a acestuia este cea de îngrijire.

O altă recomandare din cadrul raportului amintit anterior este descentralizarea managementului spitalicesc și înființarea unor agenții spitalicești județene care să asigure coordonarea serviciilor spitalicești la nivel județean. De asemenea, este propusă diversificarea și utilizarea de noi metode de finanțare a serviciilor spitalicești care să aibă ca bază performanța și calitatea serviciilor oferite pacienților, dar și dezvoltarea de noi modele de management pentru asigurarea continuității în îngrijirea bolnavului în condiții de eficiență terapeutică și economică.

În ceea ce privește resursele umane din sistemul sanitar din România, sunt formulate mai multe recomandări:

- Elaborarea unei politici sectoriale coerente de formare, dezvoltare și alocare a resurselor umane din sănătate;
- Creșterea disponibilității resurselor umane în sectorul de sănătate din România;
- Stimularea dezvoltării carierei profesionale în domeniul medical.

În concluzie, zonele în care ar trebui focalizate intervențiile se referă la finanțarea și organizarea sistemului, serviciile de asistență primară, sectorul spitalicesc, politica medicamentului și resursele umane. Esența reformei sistemului sanitar constă în remodelarea sistemului de sănătate prin situarea pacientului/cetățeanului în centrul sistemului.



1.2. Infrastructura actuală a sistemului public sanitar județean

Numărul spitalelor și tipologia acestora

Județul Bacău este unul dintre județele Regiunii de Dezvoltare Nord - Est cu o infrastructură sanitară complexă, în teritoriul județului funcționând o gamă variată de unități medico-sanitare: spitale, policlinici, dispensare medicale, cabinete medicale școlare, cabinete stomatologice, laboratoare medicale, farmacii, centre de sănătate mintală, laboratoare de tehnică dentară, sanatorii balneare, etc.

În prezent, există mai multe unități spitalicești în județul Bacău, aflate fie în proprietate privată, fie în subordinea autorităților publice locale (Consiliul Județean Bacău sau Consiliul Local) sau a autorităților publice centrale (Sanatoriul Balnear Slănic Moldova, subordonat direct Ministerului Sănătății și Spitalul Penitenciar Tg. Ocna, subordonat Ministerului Justiției - Administrația Națională a Penitenciarelor).

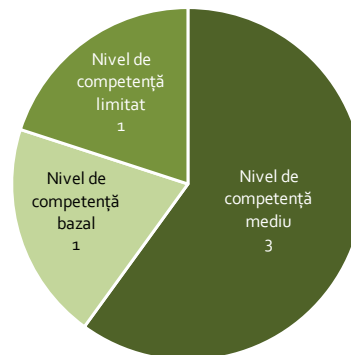
Spitalul de Pediatrie Bacău a fost desființat ca persoană juridică de către Consiliul Județean Bacău la sfârșitul lunii septembrie 2011, fiind, în prezent, în curs de fuzionare prin absorbție cu Spitalul Județean de Urgență Bacău.

Din cele 6 spitale publice descentralizate, 2 au statut de spitale de urgență, 3 sunt spitale generale, iar unul este de specialitate (profil de pneumoftiziologie).

În prezent, nicio unitate spitalicească din județ nu a fost clasificată ca având un nivel de competență înalt sau foarte înalt (clasificare I sau II). Spitalele din Bacău au fie nivel de competență mediu (Spitalul Județean de Urgență Bacău, Spitalul Municipal de Urgență Moinești, Spitalul Municipal Onești), fie nivel de competență bazal (Spitalul Orășenesc Buhuși) sau nivel de competență limitat (Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău). Spitalul

clasificarea unităților spitalicești publice din județul Bacău pe nivele de competență

Sursa: MS



Orășenesc Ioan Lascăr Comănești este în curs de clasificare.

La nivelul Regiunii de Dezvoltare Nord – Est, doar în județul Iași există spitale clasificate cu nivel de competență înalt (categoria II) sau nivel de competență foarte înalt (categoria I).

Spitalul Județean de Urgență Bacău este un spital public aflat în subordinea Consiliului Județean Bacău, asigurând asistența medicală preventivă, curativă și recuperatorie, primară și secundară locuitorilor din municipiul Bacău și a comunelor arondate acestuia. Spitalul funcționează în actuala clădire începând cu anul **1908**, de-a lungul timpului fiind construite mai multe corpuri de clădiri și reconsolidate și modernizate vechile construcții. În prezent, Spitalul Județean de Urgență Bacău se întinde pe o suprafață de 9 hectare, funcționând în 11 pavilioane.

Prezentarea principalelor unități sanitare spitalicești publice din județul Bacău, aflate în subordinea autorităților publice locale

Denumire spital	Localitate	Tip	Clasificare	Statut	An construire	Suprafață (mp)
Spitalul Județean de Urgență Bacău	Bacău	Public	III plan conf.	Urgențe	1908	90000
Spitalul Municipal de Urgență Moinești	Moinești	Public	III plan conf.	Urgențe	1973	7621
Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești	Comănești	Public	În curs de clasificare	General	1952	2206
Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău	Bacău	Public	V	De specialitate	-	3765,75
Spitalul Orășenesc Buhuși	Buhuși	Public	IV	General	1977	7201,73
Spitalul Municipal Onești	Onești	Public	III plan conf.	General	1965	8600

Sursa: MS, unitățile spitalicești

Spitalul Municipal de Urgență Moinești se află în subordinea Consiliului Local Moinești, având statutul de spital de urgență. Spitalul Moinești funcționează din anul **1973**, când a fost înființat prin Decizia nr. 482. Unitatea a fost construită din fondurile Ministerului Minelor, Petrolului și Geologiei, ulterior fiind preluat de Ministerul Sănătății. În prezent, suprafața clădirii în cadrul căreia își desfășoară activitatea spitalul este de 7.621 mp.

Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești se află în subordinea Consiliului Local Comănești, intrând în categoria spitalelor generale. Construcția Spitalului orășenesc "Ioan Lascăr" Comănești a început în anul **1948** și s-a dat în folosință în 1952. Suprafața actuală a unității spitalicești este de 2.206 mp.

Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău se află în subordinea Consiliului Local al Municipiului Bacău, intrând în categoria spitalelor de specialitate. Spitalul este clasificat ca având un nivel de competență limitat (categoria V), întrucât furnizează servicii medicale într-o singură specialitate. Suprafața totală a clădirii în care își desfășoară activitatea Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău este de 3.765,75 mp.

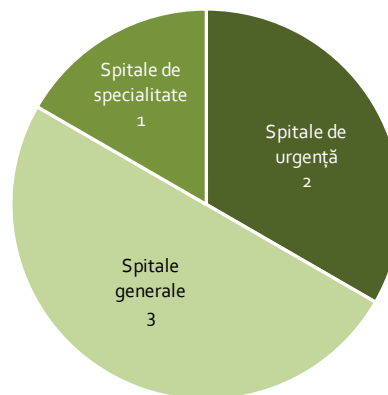
Spitalul Orășenesc Buhuși este subordonat Consiliului Local Buhuși, intrând în categoria spitalelor generale din județ. Spitalul Orășenesc Buhuși a fost dat în folosință în octombrie 1977, având în prezent o suprafața totală de 7.201,73 mp.

Spitalul Municipal Onești este o unitate publică, aflată în subordinea Consiliului Local al Municipiului Onești. Incinta Spitalului Municipal Onești are o suprafață de 53.000 mp și cuprinde 3 pavilioane: clădirea centrală (înființată în 1965), cu o suprafață construită de 3.800 mp, clădirea Boli Infecțioase (înființată în 1970), cu o suprafață construită de 3.000 mp și clădirea Maternitate (înființată în anul 1980), cu o suprafață construită de 1.800 mp.

Una dintre unitățile spitalicești din județul Bacău aflată în subordinea autorităților publice centrale este **Sanatoriul Balnear Slănic Moldova**. Fiind clasificată de Ministerul Sănătății cu categoria V – nivel de competență limitat - Sanatoriul Balnear Slănic Moldova a fost înființat printr-un ordin al ministrului sănătății în anul 2000. Sanatoriul Balnear Slănic Moldova este declarat prin HG 1106/2002, unitate sanitară de interes public național.

clasificarea unităților spitalicești publice descentralizate din județul Bacău, pe categorii

Sursa: MS



O altă unitate care nu este subordonată autorităților publice locale este Spitalul Penitenciar Tg. Ocna. Acesta asigură asistență medicală deținuților din unitățile arondate prin Ordinul Directorului General al A.N.P., deținând 128 paturi la secția TBC și 64 paturi la secția Cronică.

Pe lângă spitalele publice (subordonate fie autorităților publice locale, fie autorităților publice centrale), la nivelul județului Bacău funcționează și mai multe unități sanitare cu paturi aflate în proprietate privată:

- **S.C Polimed S.R.L.** Este unul dintre spitalele private din județul Bacău, având sediul în comuna Podu Turcului. Conform clasificării Ministerului Sănătății Spitalul Polimed are un nivel de competență bazal, ceea ce înseamnă că deservește populația pe o rază administrativ-teritorială de maximum 70 km, pentru afecțiuni cu grad bazal de complexitate.
- **S.C. Clinica Palade S.R.L.** Înființat în anul 2005, spitalul își desfășoară activitatea într-o clădire cu o suprafață de 926 mp. Clinica Palade SRL are profil chirurgical.
- **S.C. Malp S.R.L.** Situată în municipiul Moinești, unitatea a primit clasificarea V de la Ministerul Sănătății.
- **S.C Eldimed Materna S.R.L.** Această unitate este clasificată de Ministerul Sănătății cu categoria V, fiind specializată pe obstetrică – ginecologie.
- **S.C. Psihomed Laboratory S.R.L.** Clasificată de Ministerul Sănătății cu categoria V, această unitate sanitară este specializată pe psihologie.

- **S.C. Medical Praxis S.R.L.** Această unitate are un nivel limitat de competență (categoria V), fiind specializată pe O.R.L.
- **S.C. Măgura S.A.** Centru de tratament balnear Parc Măgura are o suprafață de 1.019 mp, cuprinzând baza de tratament cu spațiile de testare medicală, spațiile de fizioterapie, întreținere și recuperare precum și spațiile tehnice aferente.
- **Clinica Medical Service.** Înființată în anul 1992, Clinica Medical Service este prima clinică privată cu profil chirurgical și condiții de spitalizare din România. Principala specializare a unității este chirurgia estetică, deși structura clinicii include și alte compartimente: Ginecologie, O.R.L., Dermatologie, Chirurgie Generală și Pediatrică.
- **Centrul de Investigații Medicale Regina Maria.** Inaugurată în martie 2010, este a șaptea clinică Regina Maria din afara Bucureștiului. Clinica este specializată pe chirurgie estetică;
- **Clinica Luxor.** Este o clinică privată cu sediul în municipiul Bacău, având ca specializare de bază obstetrică – ginecologia.

Este important de menționat că, în prezent, în municipiul Bacău se află în stadiu de execuție primul spital public din România construit după anul 1989 – **Spitalul Municipal Bacău**. Spitalul Municipal Bacău va avea 320 paturi pentru spitalizare continuă și 20 paturi pentru spitalizare de zi în cele 9 secții de spitalizare: – cardiologie, neurologie, medicală, chirurgie generală, diabet, anestezie și terapie intensivă, ortopedie, hematologie și ORL.

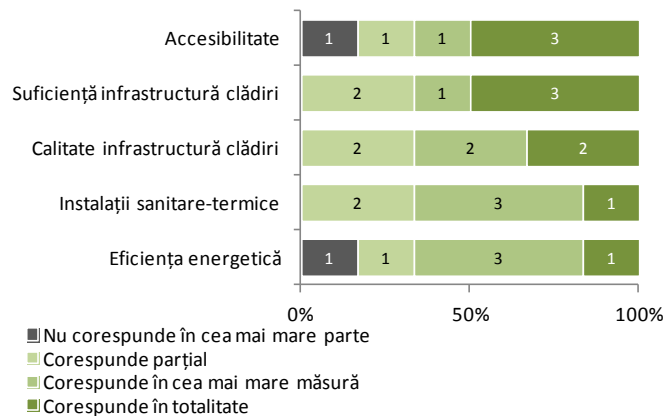
Număr saloane

Conform *Studiului privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău* în unitățile spitalicești publice din județ existau 599 saloane în semestrul I al anului 2011, cu 1,4% mai multe decât în anul precedent (8 saloane). De altfel, în perioada 2008-2011 numărul de saloane din spitalele din Bacău a crescut constant pe fondul înființării de noi saloane în Spitalul Municipal Onești și în Spitalul Municipal de Urgențe Moinești. Pe de altă parte, în Spitalul Orășenesc Buhuși, în anul 2010 numărul de saloane existente s-a redus cu 2 unități față de anul anterior.

În prezent, din cele 599 saloane din unitățile spitalicești existente, 37% se datorează Spitalului Municipal Onești

aprecierea generală a spitalelor publice descentralizate vis-a-vis de infrastructura actuală

Sursa: *Studiu privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău*



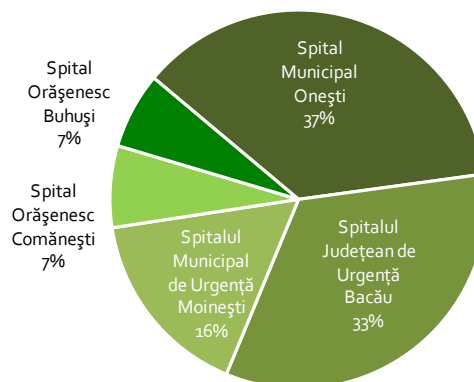
Numărul de saloane din unitățile spitalicești publice descentralizate din județul Bacău

Unitate	Saloane	Număr paturi/salon
Spital Municipal Onești	220	2,6
Spitalul Județean de Urgență Bacău	200	5,6
Spitalul Municipal de Urgență Moinești	98	4,1
Spitalul Orășenesc Comănești	42	2,9
Spitalul Orășenesc Buhuși	39	4,4
Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău	:	:
Total județ	599	4

:lipsă date

Sursa: *Studiu privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău, anul 2011*

numărul de saloane din unitățile spitalicești publice descentralizate din județul Bacău



(220 saloane), 33% Spitalului Județean de Urgențe Bacău (200 saloane), 16% Spitalului Municipal de Urgențe Moinești (98 saloane), 7% Spitalului Orășenesc Comănești (42 saloane) și 7% Spitalului Orășenesc Buhuși (39 saloane).

În ceea ce privește gradul de aglomerare a saloanelor din spitalele publice descentralizate din județul Bacău, media înregistrată este de 4 paturi/salon. Spitalele în cadrul cărora există un nivel mai ridicat de aglomerare sunt: Spitalul Județean de Urgență Bacău (5,6 paturi/salon), Spitalul Orășenesc Buhuși (4,4 paturi/salon) și Spitalul Municipal de Urgență Moinești (4,1 paturi/salon).

Stadiul/uzura infrastructurii actuale (instalații sanitare - termice, accesibilitate, etc.)

Infrastructura spitalicească actuală prezintă multiple deficiențe, deși aprecierea generală vis-à-vis de acest aspect în cadrul *Studiului privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău*, realizat în anul 2011, este destul de bună. Cea mai mare parte a spitalelor respondente au apreciat că **accesibilitatea** (alei interioare, parcare, rampe, etc.), **suficiența infrastructurii de clădiri**, calitatea infrastructurii de clădiri, **instalațiile sanitare-termice și eficiența energetică a clădirilor** corespund în cea mai mare măsură sau chiar corespund în totalitate.

Evaluări ceva mai nefavorabile au fost emise în cadrul Spitalului Județean de Urgență Bacău, unde s-a apreciat că accesibilitatea nu corespunde în cea mai mare parte, iar suficiența infrastructurii de clădiri, calitatea infrastructurii de clădiri, instalațiile sanitare-termice corespund parțial. O situație asemănătoare este întâlnită în cadrul Spitalului de Pneumoftiziologie Bacău, unde aspectul cu cea mai negativă evaluare a fost eficiența energetică a clădirii. În rest, infrastructura de acces, suficiența și calitatea infrastructurii de clădiri și instalațiile sanitare-termice corespund parțial.

Data ultimei reabilitări

Per ansamblu, unitățile spitalicești care au apreciat că infrastructura existentă corespunde în totalitate sunt spitale care au beneficiat de reabilitări recente (2010-2011), iar cele care au apreciat că infrastructura corespunde în cea mai mare măsură au realizat lucrări de modernizare și reabilitare în ultimii 3-5 ani. Spre

exemplu, Spitalul Municipal de Urgență Moinești a evaluat că toate aspectele analizate (accesibilitatea, suficiența infrastructurii de clădiri, calitatea infrastructurii de clădiri, instalațiile sanitare-termice și eficiența energetică a clădirilor) corespund în totalitate. Această unitate spitalicească a desfășurat, însă, mai multe lucrări de reabilitare în anul 2011.

Nevoi de dezvoltare/extindere a infrastructurii

În toate unitățile spitalicești din județ există anumite nevoi de reabilitare, modernizare și extindere a infrastructurii, fie că avem în vedere căile de acces sau clădirile în cadrul cărora își desfășoară activitatea. Majoritatea spitalelor publice din Bacău resimt nevoia de a reabilita parțial sau total infrastructura de clădire sau de a construi noi corpuri în cadrul cărora unitățile sanitare să activeze. Există, însă, și investiții particulare precum amplasarea unui Heliport la Spitalul Municipal de Urgențe Moinești, proiect ce stagnează din cauza lipsei avizului necesar pentru demararea lucrărilor.

O problemă aparte este întâlnită și la Spitalul Orășenesc Buhuși unde sistemul existent de producere a energiei termice pentru încălzire, prepararea apei calde menajere și producerea aburului tehnologic din spital funcționează cu eficiență redusă și consum ridicat. Investiția necesară, în acest sens, este modernizarea și automatizarea sistemului de producere a energiei termice și înlocuirea conductelor de transport agent termic care sunt uzate din punct de vedere fizic și înregistrează pierderi pe traseu.

Una din investițiile propuse pentru îmbunătățirea sistemului sanitar din județul Bacău este înființarea unui Spital de cronici, la nivel județean nefuncționând nicio astfel de unitate. În Regiunea de Dezvoltare Nord – Est există 2 spitale de boli cronice, iar la nivel național 15.

În realizarea investițiilor în infrastructura spitalicească din județul Bacău au fost semnalate mai multe obstacole: lipsa terenurilor pentru extindere, dificultăți în obținerea avizelor privind proiectele de investiții, blocajul privind legiferarea Parteneriatului Public Privat, imposibilitatea prognozării unui buget multianual, subfinanțarea serviciilor medicale, etc.

**Principalele investiții necesare în infrastructura spitalicească publică descentralizată (clădiri, căi acces, rețele utilități)
din județul Bacău**

Unitate spitalicească	Investiție necesară
Spitalul Județean de Urgență Bacău	Modernizarea infrastructurii de acces (alei, trotuare, rampe)
	Amenajare peisagistică a spațiilor verzi și achiziționare de mobilier stradal
	Reabilitare secții spital
Spitalul Municipal de Urgență Moinești	Reabilitarea clădirilor degradate
	Înlocuirea sistemului clasic de încălzire, răcire și preparare a apei calde de consum cu un sistem care utilizează energii regenerabile
	Amplasare heliport și culoar de zbor
Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești	Modernizarea infrastructurii de acces (alei, trotuare, rampe)
	Reabilitare ambulatoriu de specialitate
	Reabilitare clădiri (inclusiv subsol spital)
Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău	Asigurarea circulației pe verticală cu un ascensor
	Consolidare și reabilitare ambulatoriu pneumoftiziologie
	Reabilitare secții spital
	Construire corp nou pavilion administrativ
	Consolidare și reabilitare bloc alimentar și arhivă
	Consolidare și reabilitare spălătorie și călcatorie
	Construire corp nou Prosectura
	Construire stație de pre-epurare ape uzate
Reabilitarea instalației de apă și a instalației termice	
Spitalul Orășenesc Buhuși	Modernizarea și automatizarea sistemului de producere a energiei termice și înlocuirea conductelor de transport agent termic, care sunt uzate din punct de vedere fizic și înregistrează pierderi pe traseu
Spitalul Municipal Onești	Refacerea pavajului în incinta spitalului
	Extindere spațiu Centru de Primire Urgențe
	Reabilitare și igienizare secții spital (ex: Maternitate, ORL, Interne, Pneumologie)
	Reabilitarea completă a instalației termice și izolarea termică a clădirilor
	Construirea unei surse proprii de apă
	Construcție stație de tratare a apei reziduale
Înființarea și amenajarea secției de Îngrijiri Paleative	

Sursa: Studiului privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău, anul 2011

Adresabilitatea unităților spitalicești

Unitățile spitalicești din județul Bacău sunt dispersate relativ echilibrat în teritoriu, deși în zona de est și sud-est nu există niciun spital public, fapt ce îngreunează accesul populației la servicii medicale. Spre exemplu, din comuna Glăvănești distanța până la cel mai apropiat spital public din județ este de 81 km (unitățile spitalicești din municipiul Bacău). Există, însă și alte localități amplasate la o distanță mare de unitățile publice de spitalicești, precum:

→ Comuna Dealu Morii – 63 km (până la unitățile spitalicești din municipiul Bacău);

- Comuna Tătărești – 57 km (până la Spitalul Municipal Onești);
- Comuna Huierești – 59 km (până la Spitalul Municipal Onești);
- Comuna Găiceana – 54 km (până la unitățile spitalicești din municipiul Bacău);
- Comuna Motoșeni – 71 km (până la unitățile spitalicești din municipiul Bacău);
- Comuna Răchitoasa – 57 km (până la unitățile spitalicești din municipiul Bacău);
- Comuna Vultureni – 52 km (până la unitățile spitalicești din municipiul Bacău);
- Comuna Stănișești – 57 km (până la unitățile spitalicești din municipiul Bacău).

Adresabilitatea spitalelor din județul Bacău*

Denumire spital	Localitate	Tip	Populație deservită	% din total județ	Suprafața deservită (km ²)	% din total județ
Spitalul Județean de Urgență Bacău	Bacău	Public, descentralizat	341.178	47,7%	2.034,8	30,7%
Spitalul Municipal de Urgență Moinești	Moinești	Public, descentralizat	83.370	11,7%	776,8	11,7%
Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești	Comănești	Public, descentralizat	74.906	10,5%	1.393,5	21,0%
Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău*	Bacău	Public, descentralizat	714.641	100,0%	6.620,5	100,0%
Spitalul Orășenesc Buhuși	Buhuși	Public, descentralizat	37.346	5,2%	206,1	3,1%
Spitalul Municipal Onești	Onești	Public, descentralizat	143.304	20,1%	1.422,6	21,5%
Spitalul Polimed	Podu Turcului	Privat	34.537	4,8%	786,8	11,9%
Sanatoriul Balnear „Slănic Moldova”	Slănic Moldova	Public, centralizat	714.641	100,0%	6.620,5	100,0%

Sursa datelor: INS; Calcule realizate în funcție de zonele de intervenție ale serviciului de ambulanță;

*Raportat strict la teritoriul județului

**Spital monospecializat

Spitalul Județean de Urgență este spitalul cu cea mai largă adresabilitate din județ (excluzând cazurile Spitalului de Pneumoftiziologie – monospecializat și cel al Sanatoriului Balnear – care are pacienți din toată țara). Populația deservită de SJU este de 341.178 locuitori (47,7% din total județ), iar suprafața geografică aferentă este de 2.034,8 km² (30,7% din total județ). Este urmat de **Spitalul Municipal Onești**, cu un grad de adresabilitate de 20,1%, raportat la populație, și 21,5%, raportat la suprafață. **SMU Moinești** deservește 83.370 locuitori și 776,8 km², însemnând 11,7% din totalul județean.

Spitalele din Comănești, Buhuși și Podu Turcului au o adresabilitate raportată la populație de 10,5%, 5,2%, respectiv 4,8%. În cazuri complexe de urgență sau pentru cazuri pentru care nu există specialități sau aparatură necesară în cadrul acestor spitale, pacienții sunt preluați de spitalele învecinate (SMU Moinești pentru Comănești, SJU Bacău pentru Buhuși și Podu Turcului. Pe lângă pacienții din județul Bacău, spitalele primesc și persoane cu domiciliul în județele învecinate (ex: Onești, Podu Turcului etc.).

În prezent, spitalele private și publice din Bacău sunt, mai curând, în **relații de complementaritate**, decât în relații concurențiale. Un exemplu concret îl constituie Spitalul de la Podu Turcului, care este situat chiar în vecinătatea comunelor enumerate în pagina anterioară,

care sunt amplasate la o distanță semnificativă de o unitate spitalicească publică.

În unitățile spitalicești din județul Bacău există peste **30 de secții și compartimente**, anumite specializări funcționând în cadrul majorității spitalelor: ATI (Anestezie Terapie Intensivă), Chirurgie generală, Medicină internă, Neurologie, Pediatrie, Boli infecțioase, Obstetrică-Ginecologie, ORL, Recuperare, medicină fizică și balneologie. Prin prezența acestor secții și compartimente în mai multe spitale din județ se asigură accesul unei ponderi mai mari din populație la servicii medicale specializate.

Pe de altă parte, există secții și compartimente care s-au dezvoltat în puține unități spitalicești din județ, motiv pentru care accesul populației la serviciile medicale deservite de aceste secții este dificil: Alergologie și imunologie clinică, Boli cronice, Chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă, Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, Hemodializă, Îngrijiri Paliative, Nefrologie, Neurochirurgie, Psihiatrie cronici, Radioterapie. Aproape 90% din secțiile și compartimentele care funcționează într-o singură unitate spitalicească din județ sunt incluse în Spitalul Județean de Urgență Bacău. Acesta furnizează, de altfel, cea mai complexă gamă de servicii medicale, structura organizatorică a instituției incluzând nu mai puțin de 27 secții și compartimente.

Au fost semnalate anumite categorii de servicii de care populația are nevoie, însă sistemul medical județean nu le oferă sau le oferă la un nivel necorespunzător. Spre exemplu, în cadrul Spitalului Județean de Urgență Bacău este considerată oportună înființarea secției de Radioterapie din cadrul Secției de Oncologie. În această unitate spitalicească se dorește, de asemenea, îmbunătățirea serviciilor de asistență medicală în ambulatoriu și suplimentarea cabinetelor cu adresabilitate foarte mare (diabet, boli de nutriție și oncologie).

Și în cazul Spitalului Municipal de Urgență Moinești se dorește modernizarea unor secții existente sau înființarea de noi secții, precum: Hematologie, Chirurgie toracică, Oncologie, Neurochirurgie, Chirurgie pediatrică, Neonatologie, Pneumologie, Recuperare, medicină fizică și balneologie, Chirurgie cardiovasculară sau Îngrijiri paliative.

În cadrul Spitalului de Pneumoftiziologie Bacău se dorește dezvoltarea unor servicii complementare celor existente, cum ar fi: Chirurgie toracică, Bronhologie invazivă (diagnostic și curativă), Explorări funcționale complexe, Saloane de terapie intensivă respiratorie, Compartiment de recuperare și reabilitare pulmonară (kinetoterapie).

Spitalul Municipal Onești dorește dezvoltarea unor secții în scopul serviciilor medicale de care populația din zonă are nevoie: Chirurgie cardiovasculară, Investigații clinice și paraclinice endocrinologie, Imunohistochimie în laborator, Anatomie Patologică, Chirurgie pulmonară, Chirurgie oncologică, Gastroenterologie, Pneumotologie, Servicii de imagistică medicală, Îngrijiri paliative.

Secțiile și compartimentele existente în unitățile spitalicești publice descentralizate din județul Bacău

	Spitalul Județean de Urgență Bacău	Spitalul Municipal Moinești	Spitalul Orășenesc Comănești	Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău	Spitalul Orășenesc Buhuși	Spitalul Municipal Onești
Alergologie și imunologie clinică	✓					
ATI (Anestezie Terapie Intensivă)	✓	✓	✓		✓	✓
Boli cronice					✓	
Boli infecțioase	✓	✓			✓	✓
Cardiologie	✓	✓				✓
Chirurgie generală	✓	✓	✓		✓	✓
Chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă	✓					
Dermatovenerologie	✓					✓
Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	✓					
Endocrinologie	✓					✓
Gastroenterologie	✓	✓				
Hemodializă	✓					
Îngrijiri Paliative	✓					
Medicină internă	✓	✓	✓		✓	✓
Nefrologie	✓					
Neonatologie	✓					✓
Neurochirurgie	✓					
Neurologie	✓	✓	✓		✓	✓
Obstetrică Ginecologie	✓	✓				✓
Oftalmologie	✓					✓
Oncologie medicală	✓					✓
ORL	✓		✓			✓
Ortopedie și traumatologie	✓	✓				✓
Pediatrie	✓	✓	✓		✓	✓

Secțiile și compartimentele existente în unitățile spitalicești publice descentralizate din județul Bacău

	Spitalul Județean de Urgență Bacău	Spitalul Municipal Moinești	Spitalul Orășenesc Comănești	Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău	Spitalul Orășenesc Buhuși	Spitalul Municipal Onești
Pneumologie		✓		✓		✓
Psihiatrie		✓				✓
Psihiatrie cronici					✓	
Radioterapie	✓					
Recuperare, medicină fizică și balneologie	✓	✓	✓			✓
Reumatologie	✓				✓	
Urologie	✓	✓				

Secțiile din cadrul unităților spitalicești publice descentralizate în cadrul cărora există cele mai multe paturi sunt: medicina internă – 303 paturi (11,8%), chirurgia generală – 269 paturi (10,5%), obstetrica ginecologia – 242 paturi (9,5%), pneumologia – 205 paturi (8%), neurologia – 157 paturi (6,1%), bolile infecțioase – 150 paturi (5,9%) și cardiologia – 140 paturi (5,5%).

Pe de altă parte, există secții și compartimente cu un număr extrem de redus de paturi: alergologie și imunologie clinică - 5 locuri (0,2%), hemodializă – 7 paturi (0,3%), chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă – 10 paturi (0,4%), îngrijiri paliative – 13 paturi (0,5%), neurochirurgie – 14 paturi (0,5%), boli cronice – 15 paturi (0,6%), radioterapie – 20 locuri (0,8%).

Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar a realizat o ierarhizare a spitalelor din România, și implicit din județul Bacău, în cadrul subprogramului 1.2 „Analiza performanței spitalelor” din cadrul Programului Național de administrație sanitară din anul 2009. Ierarhizarea spitalelor propusă de SNSPMS are la bază informațiile privind datele clinice ale pacienților externai furnizate de spitale către SNSPMS prin setul minim de date clinice la nivel de pacient pentru spitalizarea continuă, colectat electronic. Perioada supusa analizei: primele 9 luni ale anului 2009. Rezultatele acestei analize a reliefat o serie de afecțiuni în cazul cărora spitalele din județul Bacău au obținut cel mai ridicat punctaj din Regiunea de Dezvoltare Nord – Est:

→ Alte boli ale intestinelor – S.C. Clinica Palade S.R.L. (punctaj de 15,05);

→ Bolile apendicelui - Spitalul Județean de Urgență Bacău (punctaj de 15,71);
 → Nașterea - S.C. Clinica Palade S.R.L. (punctaj de 15,78);
 → Sarcina terminată prin avort - S.C. Clinica Palade S.R.L. (punctaj de 15,97).

Pe de altă parte, în cadrul altor afecțiuni spitalele din județul Bacău au obținut cele mai slabe evaluări din Regiunea de Dezvoltare Nord – Est:

→ Alte afecțiuni ale sistemului respirator – Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău (punctaj 12,37);
 → Bolile esofagului, stomacului și duodenului - Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău (punctaj 12,48);
 → Bolile hipertensive – Spitalul Municipal de Urgență Moinești (punctaj de 11,41);
 → Persoane care se adresează serviciilor de sănătate pentru motive legate de reproducere – Spitalul Orășenesc Comănești (punctaj de 13,14);
 → Tulburări de metabolism – Spitalul Județean de Urgență Bacău (punctaj de 12,77).

**Numărul de paturi din secțiile și compartimentele existente în unitățile spitalicești publice descentralizate
din județul Bacău**

Secția	Număr paturi	Pondere
Medicină internă	303	11,8%
Chirurgie generală	269	10,5%
Obstetrică Ginecologie	242	9,5%
Pneumologie	205	8,0%
Neurologie	157	6,1%
Boli infecțioase	150	5,9%
Cardiologie	140	5,5%
Neonatologie	120	4,7%
Psihiatrie	114	4,5%
Pediatrie	107	4,2%
Ortopedie și traumatologie	105	4,1%
Recuperare, medicină fizică și balneologie	71	2,8%
ATI	64	2,5%
Psihiatrie cronici	60	2,3%
Oncologie medicală	51	2,0%
ORL	45	1,8%
Gastroenterologie	40	1,6%
Oftalmologie	40	1,6%
Urologie	40	1,6%
Dermatovenerologie	35	1,4%
Endocrinologie	33	1,3%
Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	30	1,2%
Reumatologie	28	1,1%
Nefrologie	25	1,0%
Radioterapie	20	0,8%
Boli cronice	15	0,6%
Neurochirurgie	14	0,5%
Îngrijiri Paliative	13	0,5%
Chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă	10	0,4%
Hemodializă	7	0,3%
Alergologie și imunologie clinică	5	0,2%

Nivelul de dotare al sistemului public sanitar județean

Mobilier spitalicesc

Unitățile spitalicești din județul Bacău dețin un număr de 2.565 paturi în semestrul I al anului 2011. Trendul numărului de paturi din spitale în ultimii ani este unul descendent, în prezent existând cu aproape 200 de paturi mai puține decât în anul 2008. Numărul de paturi a scăzut în majoritatea spitalelor din județ (Spitalul Județean de Urgență Bacău, Spitalul Orășenesc Buhuși, Spitalul Municipal Onești, etc.), deși există și excepții care au realizat o creștere ușoară a paturilor din unitate (Spitalul Municipal de Urgență Moinești).

Din cele 2.565 paturi din unitățile spitalicești publice din Bacău, 44% sunt în Spitalul Județean de Urgență Bacău (1.127 paturi), 22% în Spitalul Municipal Onești (573 paturi), 16% în Spitalul Municipal de Urgență Moinești (402 paturi), 7% în Spitalul Orășenesc Buhuși (173 paturi), 6% în Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău (170 paturi) și 5% în Spitalul Orășenesc Comănești (120 paturi).

Aparatura medicală existentă și nevoi de achiziționare

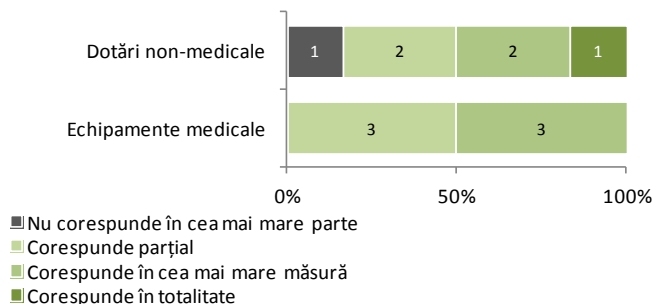
Conform *Studiului privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău*, realizat în anul 2011, majoritatea unităților spitalicești din județ consideră că dotările non-medicale și echipamentele medicale corespund parțial sau în cea mai mare măsură. Punctul, au fost semnalate însă carențe ale sistemului vis-à-vis de dotările existente.

O problemă importantă în ceea ce privește dotările medicale din spitalele din județul Bacău este vechimea acestora și uzura fizică și morală. Spre exemplu, 50% din echipamentele medicale ale Spitalului Orășenesc Buhuși au o vechime de peste 30 ani, fiind primite ca donație în anii 1977-1978.

Majoritatea unităților spitalicești au semnalat necesitatea achiziționării aparate de imagistică medicală de tipul: RMN (Imagistică prin Rezonanță Magnetică), Computer Tomograf, Ecograf, etc. Alte dotări necesare sunt: mașină automată dezvoltat film, ambulanță tip B, autoutilitară transport cadavre, aparat EKG, instalație de radioterapie, analizator biochimie, mașină de sterilizat bronhoscoape, aparatură BFT, etc.

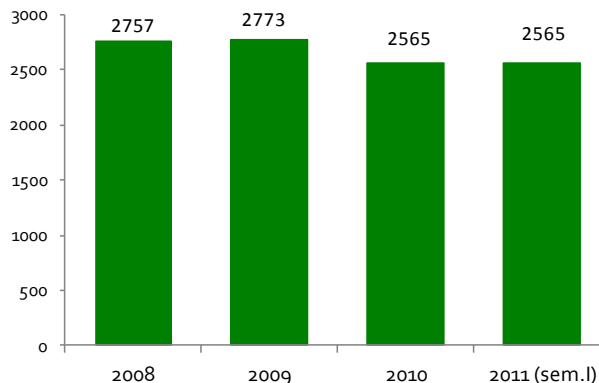
aprecierea generală vis-a-vis de dotările din unitățile spitalicești publice descentralizate

Sursa: Studiu privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău

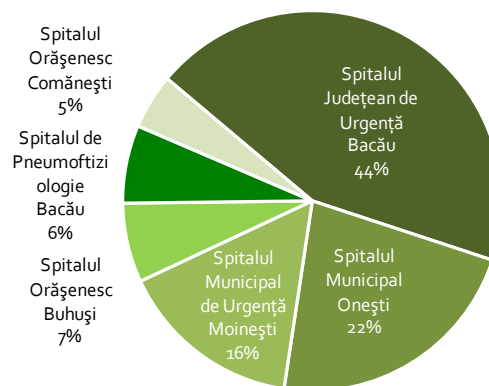


număr de paturi din unitățile spitalicești publice descentralizate din județul Bacău

2008-sem.I 2011



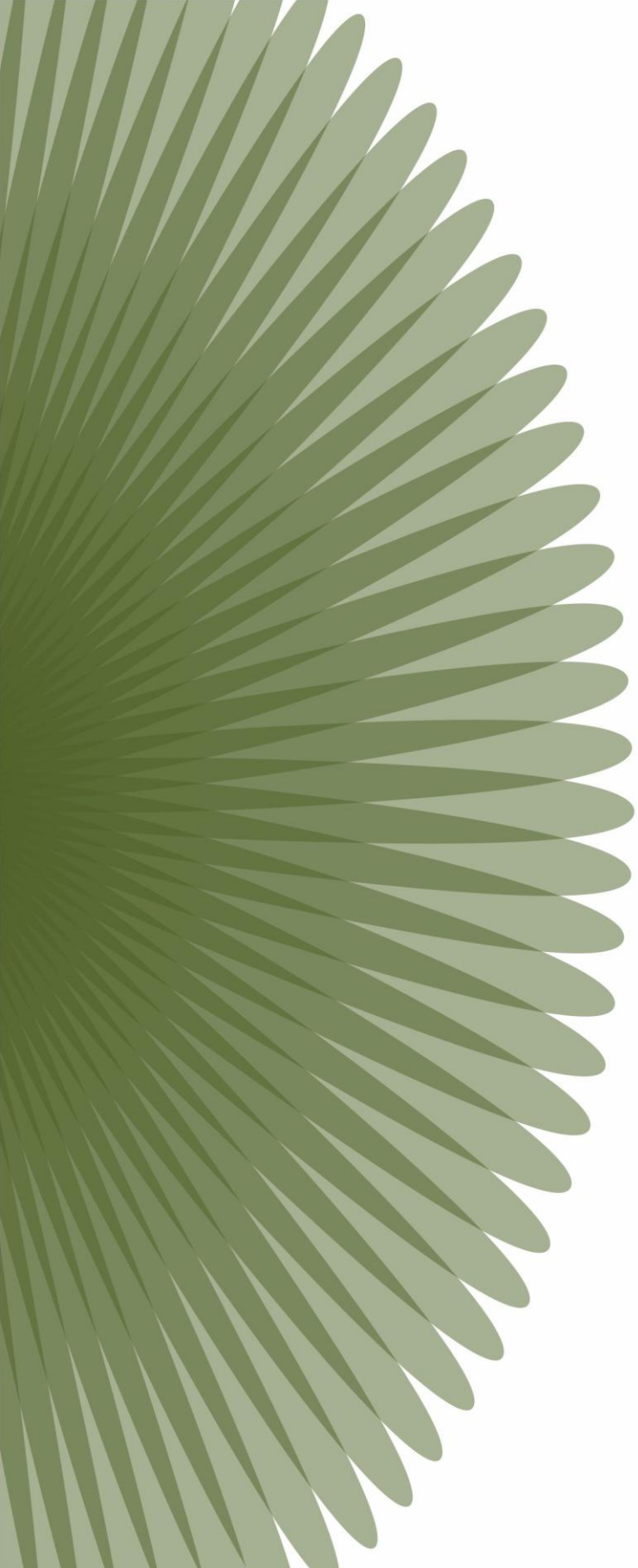
numărul de paturi din unitățile spitalicești publice descentralizate din județul Bacău



Principalele investiții necesare în dotările spitalicești publice din județul Bacău

Unitate spitalicească	Dotări necesare
Spitalul Județean de Urgență Bacău	Achiziționarea unui aparat RMN 0,4 Tesla
	Achiziționarea unei instalație de radioterapie
	Achiziționarea unui aparat ecograf
	Realizarea unui circuit închis de televiziune
	Achiziționarea de truse de videoendoscopie
	Achiziționarea de truse de laparoscopie
Spitalul Municipal de Urgență Moinești	Achiziționarea unui computer tomograf
	Achiziționare elastografie tranzitorie unidimensională
	Achiziționarea unui ecograf Doppler 4D
Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești	Aparatură informatizată
	Achiziționarea unui computer tomograf sau RMN
	Achiziționarea unui aparat EKG
	Achiziționarea unui ecograf Doppler
	Achiziționarea de aparatură BFT (Balneo-Fizio-Terapie)
	Analiză biochimie
	Achiziționarea unei mașini automate dezvoltat film
Achiziționare aparat EEG (electroencefalograf)	
Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău	Achiziționarea unui aparat radiologic cu achiziție digitală
	Achiziționarea unui aparat ecograf cu Doppler, sondă de țesuturi moi și sonda de 3,5 megahertzi
	Achiziționarea unui aparat de ventilație non invazivă (bipap)
	Achiziționare Kit transfer gaze
	Achiziționare analizor biochimie
	Achiziționare camera termostat – capacitate 8 mc, rafturi inox, afisaj digital
	Achiziționare analizor urina – citire 17 parametri
	Achiziționarea unei hote bacteriologice – clasa II cu 2 posturi
	Achiziționarea unei mașini sterilizat bronhoscoape
	Achiziționarea unui videobronhoscop
	Achiziționarea unui computer tomograf
	Achiziționarea unor monitoare terapie intensivă
	Achiziționarea unei ambulante tip B
Achiziționarea unei autoutilitare transport cadavre	
Spitalul Orășenesc Buhuși	Achiziționarea unei instalație radiologice cu post de scopie și post de grafie
	Achiziționarea unei instalație de sterilizare tip 15 M
Spitalul Municipal Onești	Achiziționarea unui Computer Tomograf și a unui RMN
	Achiziționarea unui mamograf
	Achiziționarea unor monitoare funcții vitale
	Achiziționarea fileroscopi ORL
	Achiziționarea alicrotom de gheață
	Achiziționare laparoscop ginecologie
	Achiziționare electroencefalograf, ecodoppler cu sondă intra-cranian și extra-cranian

Sursa: Studiului privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău, anul 2011



1.3. Situația socio-demografică a județului Bacău

Mărimea populației totale a județului

Populația totală a județului Bacău este de 714.641 persoane (la 1 iulie 2010). Gradul de urbanizare este de 45%. Scăderea demografică din perioada 1990-2010 este de 2,8% (20.556 pers.). Rata de îmbătrânire demografică a populației este de 83,7%.

La jumătatea anului 2010, populația stabilă a județului Bacău a fost de 714.641 persoane, mai puțin cu 20.556 persoane (-2,8%) față de anul 1990.

Un sfert din populația județului are domiciliul în municipiul Bacău (175.546 loc.). Următorul oraș după mărimea populației este municipiul Onești (49.016), urmat de municipiul Moinești (23.527 loc.) și de orașul Comănești (23.398 loc.).

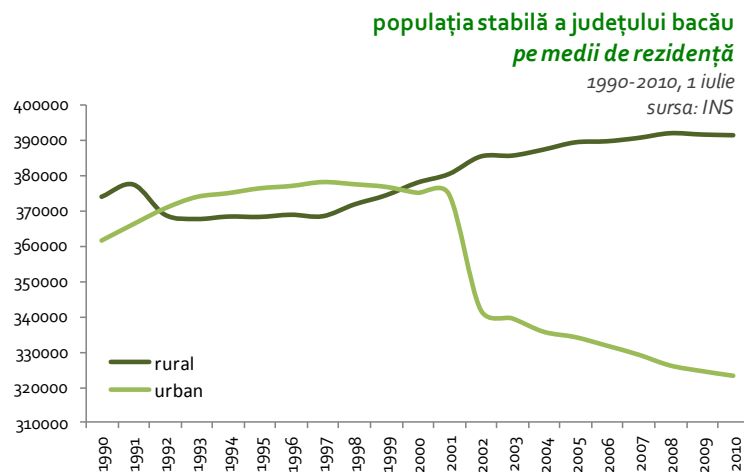
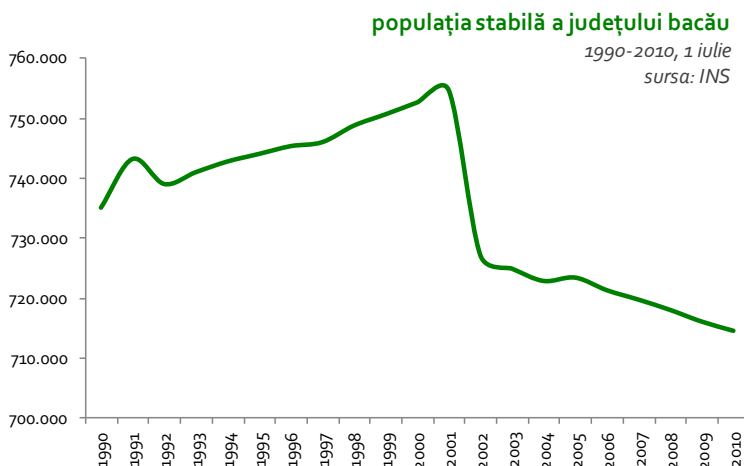
Cea mai mare comună din județul Bacău, din prisma populației stabile, este Doftoeana (11.270 loc.), urmată de comunele Sascut (10.136 loc.), Mărgineni (9.531 loc.) și Oituz (9.531 loc.).

Evoluția demografică a județului din perioada 1990-2010 a înregistrat un maxim în anul 2001, după o perioadă de creștere importantă. Anul 2002 a adus o descreștere bruscă față de anul anterior, situație cel mai probabil datorată recensământului populației

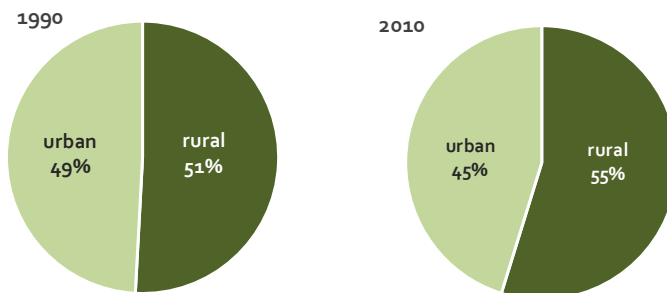
din acel an, reflectându-se diferența dintre estimările statistice bazate pe datelor istorice și situația reală, grevată de fenomenele migratorii și naturale ale populației.

Scăderea demografică este generată de involuția numerică a populației din orașe, fie pe fondul migrării spre mediul rural, fie cauzată de migrația internațională sau de alte fenomene demografice cu impact negativ asupra efectivului populației.

În ultimii 10 ani, evoluțiile populației din cele două medii de rezidență (urban, rural) s-au comportat diferit. În timp ce populația rurală a crescut (2,92%, aprox. 11.000 locuitori), populația urbană a scăzut cu un procent de 13,7%, reprezentând o scădere de circa 51.000 locuitori. În urma acestor transformări, rata de urbanizare a județului Bacău este de 45%, cu 4 puncte procentuale mai scăzută față de cât era în



populația stabilă a județului bacău
ponderea populației după mediul de rezidență
1990, 2010, 1 iulie
sursa: INS



Populația stabilă a județului Bacău la 1 iulie

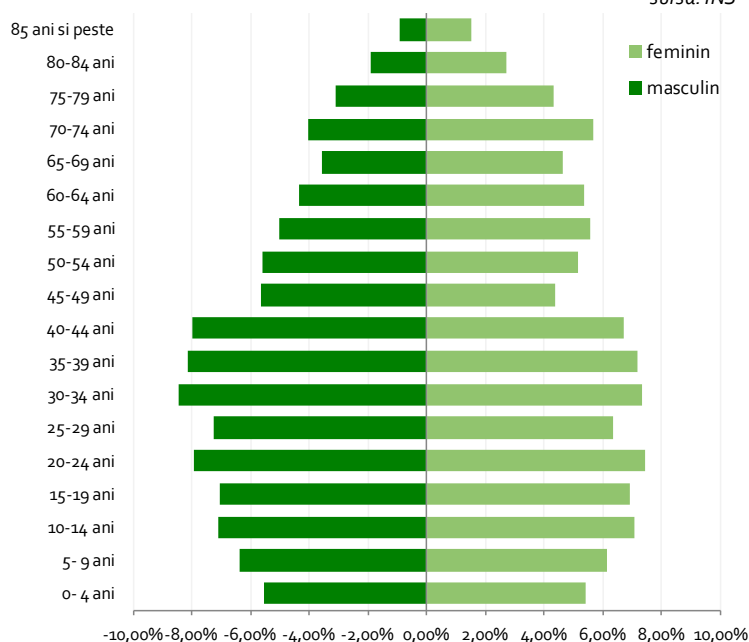
	1990	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
rural	373.835	385.372	389.438	389.745	390.715	392.052	391.683	391.478
urban	361.362	341.858	334.080	331.666	329.129	326.073	324.493	323.163
total	735.197	727.230	723.518	721.411	719.844	718.125	716.176	714.641

Sursa: INS

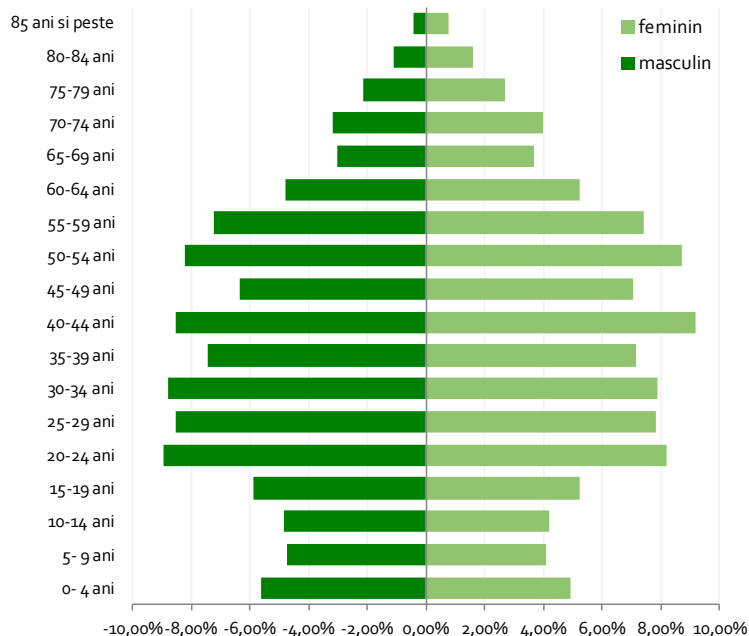
mediul rural

populația stabilă a județului bacău structura pe categorii de vârste și sexe

2010, 1 iulie
sursa: INS



mediul urban



anul 1990. Spre comparație, media națională este de 55,1%, media regională este de 43,1%, județul Iași înregistrează o rată de urbanizare de 46%, iar județul Neamț de 37,7%.

Populația pe grupe de vârste (0-14 ani, 15-64 ani, 65 ani și peste)

Analiza structurii populației pe grupe de vârstă relevă un grad accentuat de îmbătrânire demografică a populației, cu o manifestare mai pronunțată în mediul rural.

Populația adultă este majoritară, iar ponderea acestora în total este de aproximativ 70%. Din acest punct de vedere, pentru moment, situația este favorabilă, indicând o presiune demografică redusă a populației aflate în afara vârstei de muncă. Însă, faptul că raportul dintre populația vârstnică (65+) și cea tânără (0-14 ani) este foarte mare și tendința generală a modificării ponderii grupelor mici de vârstă este involutivă, arată că în aproximativ 10-15 ani presiunea economică și socială a populației vârstnice asupra populației active va deveni o problemă stringentă a județului, în mod special a mediului rural.

În mediul rural, ponderea grupelor de vârstă descresc invers proporțional cu vârsta, tendința fiind dată de trendul descrescător al sporului natural. Totuși diferențele dintre ponderile grupelor tinere nu sunt foarte mari, prima grupă de vârstă reprezentând o excepție.

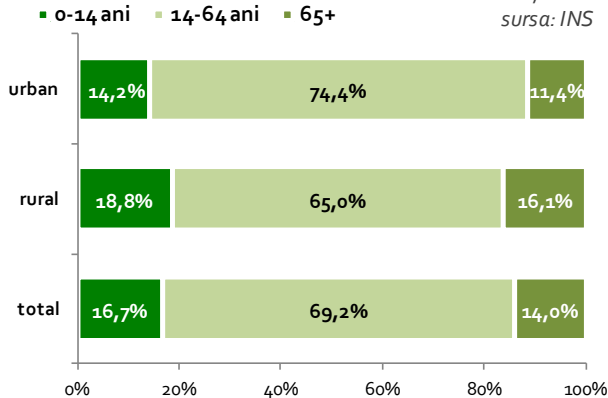
În mediul urban, tendința de descreștere a grupelor mici de vârstă este mult mai accentuată, la fel și diferențele dintre ponderile grupelor de vârstă adulte și cele tinere (sub 20 de ani), oferind încă un indiciu asupra dimensiunii îmbătrânirii demografice și a problemelor pe care le va genera pe termen mediu.

Un amănunt interesant care se observă este creșterea ponderii primei grupe de vârstă în mediul urban, situație care nu se remarcă și în

populația stabilă a județului bacău pe categorii mari de vârstă

2010, 1 iulie

sursa: INS



rural, unde se înregistrează chiar o scădere notabilă. Acest fapt poate fi o consecință a îmbunătățirii generale a nivelului de trai al populației din mediul urban în ultimii 5 ani și/sau un efect al măsurilor sociale de încurajare a natalității din ultima perioadă (mai ales presupunând că populația urbană are un grad mai ridicat de informare cu privire la oportunitățile de acordare a ajutoarelor sociale față de populația rurală).

Ponderea populației tinere (sub 14 ani, inclusiv) surclasează numeric populația vârstnică (peste 65 ani, inclusiv), dar diferențele sunt destul de reduse. La nivelul întregului județ, ponderea populației tinere este de 16,7%, iar cea a vârstnicilor este de 14%. Se observă o diferență sensibil egală între cele două populații în rural și în urban. În mediul rural, însă, procentele individuale ale celor două categorii de vârstă sunt mai ridicate, arătând un grad de dependență demografică mai mare.

Rata îmbătrânirii demografice

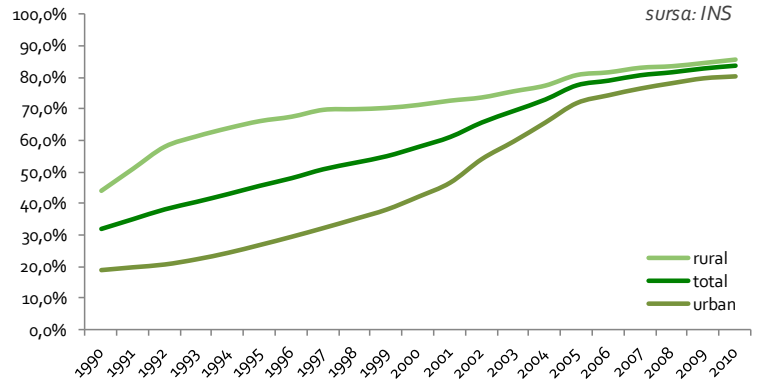
Rata îmbătrânirii demografice (numărul persoanelor cu vârste peste 65 de ani ce revin unui eșantion de 100 de persoane sub 14 ani) a avut o creștere semnificativă în ultimii 20 de ani, în județul Bacău. Dacă în 1990 media județeană era de 31,7%, în 2002 a ajuns la valoarea de 65,6%, în 2007 a fost de 80,6%, iar în 2010 a ajuns la 83,7%.

Creșterea cea mai accentuată a fost înregistrată în mediul urban (consecință a scăderii drastice a ponderii primelor grupe de vârstă) unde, de la valoarea de 19,1%, înregistrată în 1990, s-a ajuns la 80,3%, în 2010.

gradul de îmbătrânire a populației pe medii de rezidență

1990-2010, 1 iulie

sursa: INS



rata îmbătrânirii demografice a populației județului Bacău

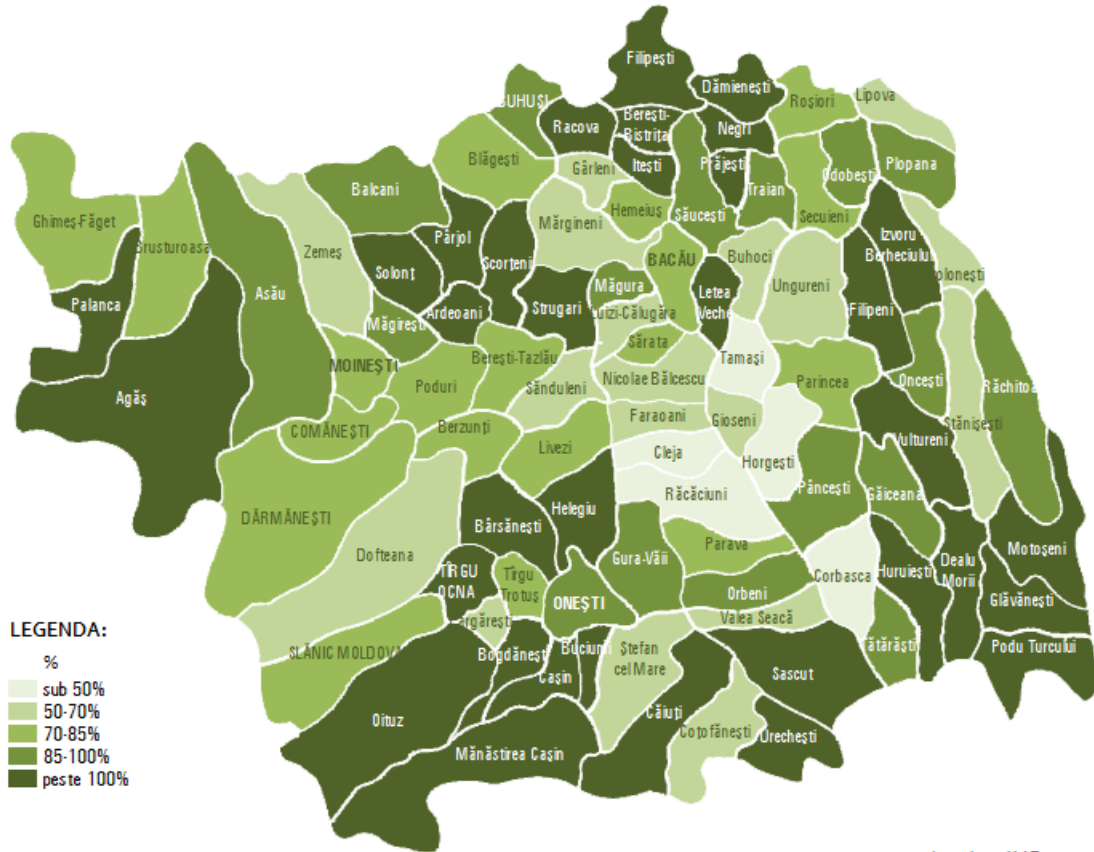
	1990	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
urban	19,1%	54,2%	71,9%	74,3%	76,5%	78,2%	79,7%	80,3%
rural	44,3%	73,8%	80,9%	81,7%	83,2%	83,6%	84,7%	85,7%
total	31,9%	65,6%	77,4%	78,9%	80,6%	81,6%	82,8%	83,7%

Sursa: INS

Situația actuală a îmbătrânirii demografice este mai favorabilă (relativ) în mediul urban. Însă structura demografică arată că în scurt timp (5-10 ani) se vor semnaliza probleme din ce în ce mai mari generate de îmbătrânirea populației. Fenomenul îmbătrânirii demografice este în plină desfășurare în județul Bacău, iar ritmul cu care ia amploare este unul accelerat.

Pentru sectorul medical din județ, situația demografică actuală și perspectivele trasate de îmbătrânirea accentuată a populației sunt alarmante, sectorul medico-sanitar fiind unul dintre domeniile care resimt cel mai mult presiunea îmbătrânirii populației. Pe de o parte, cererea de servicii medicale va crește foarte mult; pe de altă parte, contribuțiile financiare ale populației la funcționarea sistemului medical se vor diminua, pe fondul scăderii ponderii populației active. Luând în calcul și repercusiunile convulsiiilor economico-financiare ale perioadei actuale, costurile din ce în ce mai mari ale sistemului, starea de sănătate a populației etc., previziunile generale asupra situației sistemului medical din județ nu sunt deloc îmbucurătoare.

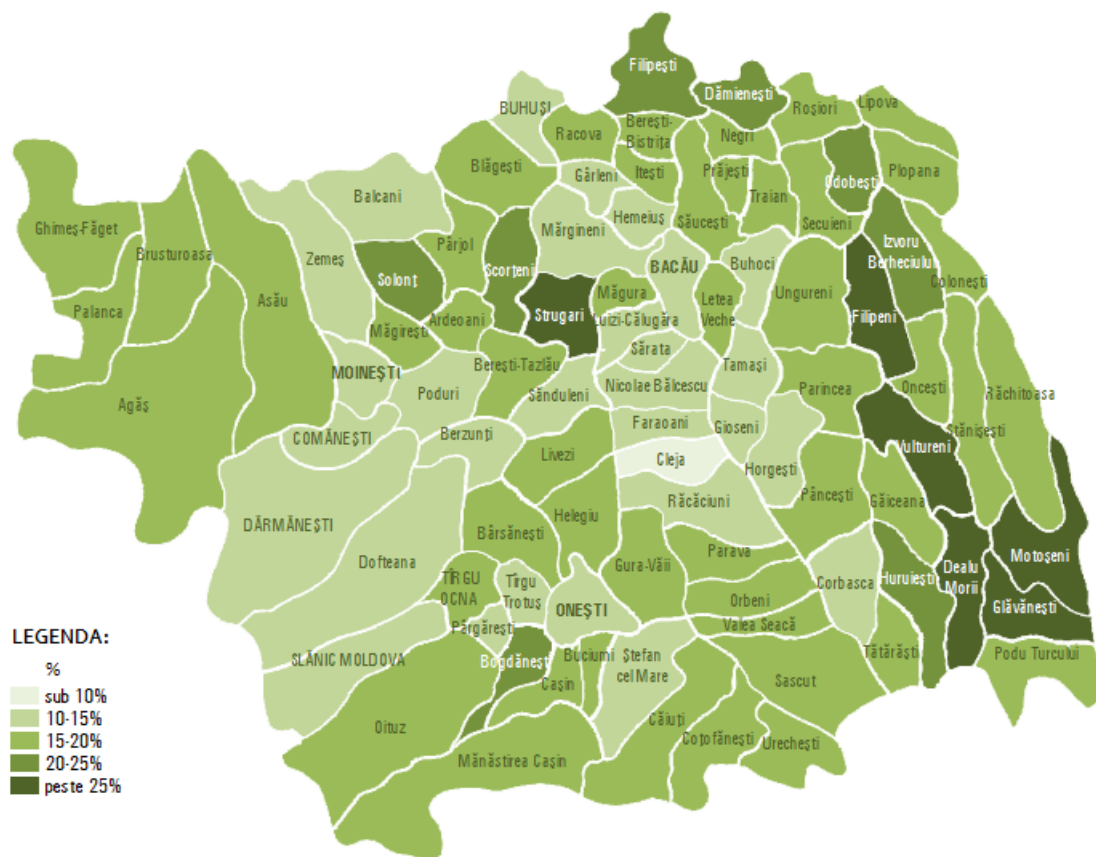
Rata îmbătrânirii demografice a populației județului Bacău, în profil teritorial



În profil teritorial, rata îmbătrânirii demografice înregistrează valori foarte mari, de multe ori supraunitare în zonele de sud și sud-vest (Helegiu, Oituz, Sascut etc.), în zona de sud-est (Răchitoasa, Podu Turcului, Tătăraști), pe valea Berheciului, pe cursul superior al Tazlăului (Balcani, Ardeoani, Strugari), în comunele situate în zona de nord a municipiului Bacău și în zona de nord-vest a județului.

Comunele din centrul județului, situate pe valea Siretului, se remarcă prin valori mai reduse ale ratei de îmbătrânire demografică, o parte dintre acestea raportând valori chiar sub 50% (Cleja, Răcăciuni, Horgești, Tamași).

Ponderea vârstnicilor din totalul populației județului Bacău, în profil teritorial



Analizată la nivelul unităților teritoriale, ponderea populației vârstnice (peste 65 de ani) înregistrează valori situate între 10% și 20% în majoritatea localităților, în general mai mici (sub 15%) în zona centrală și de vest. Se remarcă comuna Cleja, singura localitate cu o valoare a acestui indicator situată sub 10%.

Valori peste 20% se înregistrează în zona de sud-vest a județului (Huruiești, Motoșeni, Glăvănești), în comunele situate pe cursul Berheciului (Izvorul Berheciului, Filipeni, Vultureni, Dealu Morii) și în comunele Filipești, Dămieniști, Solonț, Scorțeni, Strugari, Odobești și Bogdănești.

Mișcarea naturală a populației

Natalitate. Mortalitate. Spor natural

Sporul natural al județului este negativ și se află pe o pantă clar descrescătoare în ultimii 10 ani. Rata sporului natural este de -1,8%. Sporul natural negativ este responsabil pentru 7,1% din scăderea demografică a județului din ultimii 10 ani.

Ratele natalității și mortalității din județul Bacău au avut evoluții inverse în ultimele două decenii. În timp ce rata mortalității a crescut permanent (de la 8,8‰ în 1990, la 12‰, în 2010), rata natalității a scăzut cu un ritm mai accelerat, ajungând în anul 2010 la o valoare de 10,2‰ (de la 16,5‰, în 1990).

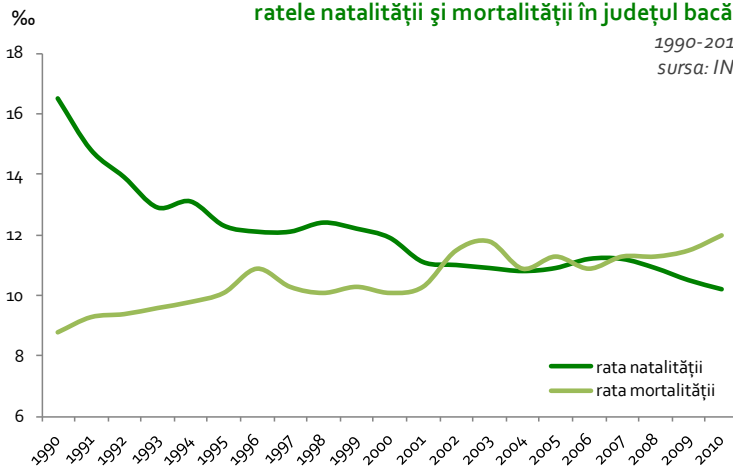
În consecință, sporul natural a căzut semnificativ, începând cu anul 2002 înregistrându-se doar valori negative ale acestui indicator, cu excepția anului 2006. În anul 1990, rata sporului natural a fost de 7,7%. Din anul imediat următor și până în 1997, scăderea ratelor sporului natural a fost drastică, ajungând în anul 1996 la valoarea de 1,2‰. În anii 1997 și 1998 s-au înregistrat creșteri ușoare ale valorilor indicatorului studiat, urmate de o nouă perioadă de descreștere semnificativă. Începând cu anul 2002, rata sporului natural a devenit negativă. Cu excepția anului 2006, rata sporului natural a fluctuat în intervalul -0,1‰:-1‰ până în anul 2009, iar în anul 2010 a căzut până la valoarea de -1,8‰.

Rata sporului natural din mediul rural a înregistrat valori mai scăzute față de media județului și față de valorile localităților urbane. Pentru mediul rural, indicatorul analizat a scăzut foarte mult în ultimii 10 ani, având valori negative și determinând valoarea negativă a ratei sporului natural de la nivelul județului. Cauza involuției puternice a sporului natural este creșterea rapidă și semnificativă a ratei mortalității din rural. De altfel, în ultima decadă, rata mortalității din mediul rural a fost cu 50% mai ridicată față de cea din urban. În același timp, rata natalității a scăzut drastic în mediul rural, ajungând la nivelul celei din urban pe care, în mod obișnuit, o surclasa considerabil.

Deși a înregistrat evoluții negative constante, mișcarea naturală a populației nu este principalul factor de scădere demografică a județului. În ultimii 10 ani, sporul

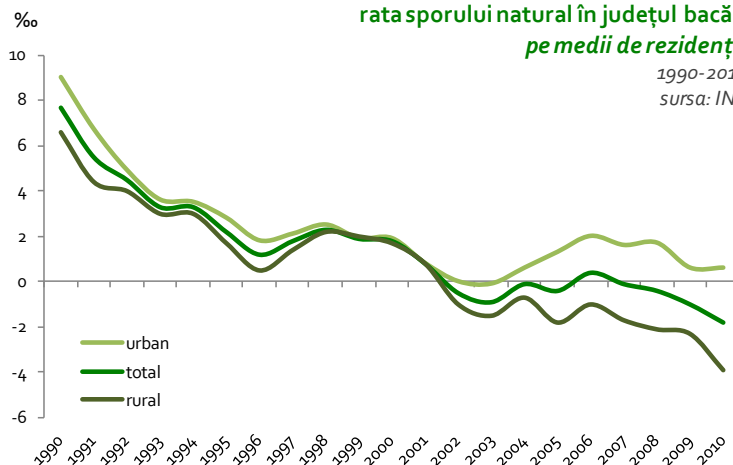
ratele natalității și mortalității în județul bacău

1990-2010
sursa: INS



rata sporului natural în județul bacău pe medii de rezidență

1990-2010
sursa: INS



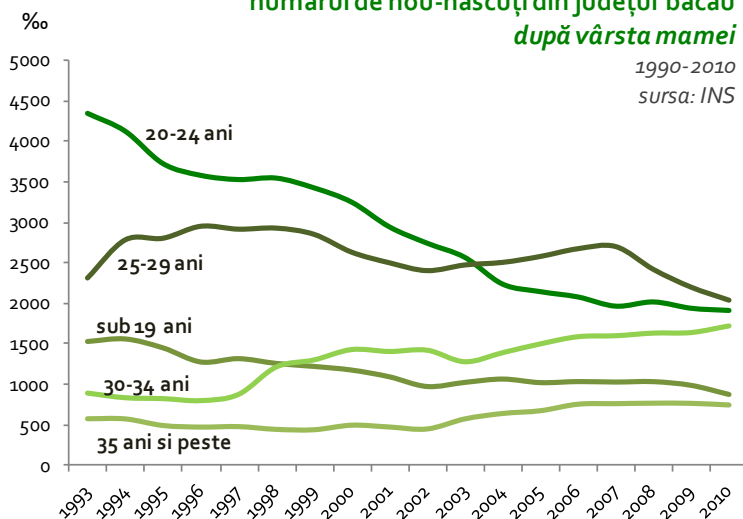
Principalii indicatori ai mișcării naturale a populației județului

Bacău

rate la 1000 loc.	1990	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
natalitate	16,5‰	11,0‰	10,9‰	11,2‰	11,2‰	10,9‰	10,5‰	10,2‰
mortalitate	8,8‰	11,5‰	11,3‰	10,9‰	11,3‰	11,3‰	11,5‰	12,0‰
spor natural								
total	7,7‰	-0,5‰	-0,4‰	0,4‰	-0,1‰	-0,4‰	-1,0‰	-1,8‰
urban	9,0‰	:	1,3‰	2,0‰	1,6‰	1,7‰	0,6‰	0,6‰
rural	6,6‰	-1,0‰	-1,8‰	-1,0‰	-1,7‰	-2,1‰	-2,3‰	-3,9‰

Sursa: INS

numărul de nou-născuți din județul bacău după vârsta mamei



natural negativ a determinat doar 7,1% din scăderea totală a populației din județ.

În anul 2010, în județul Bacău s-au înregistrat 7.305 născuți-vii, cu 24,3% mai puțini față de anul 1990 și cu 18,7% mai puțini față de anul 2000. În același timp, numărul femeilor în vârstă fertilă (15-49 de ani) este cu 2,6% mai mare față de anul 1990 și cu 7,9% mai redus față de anul 2000.

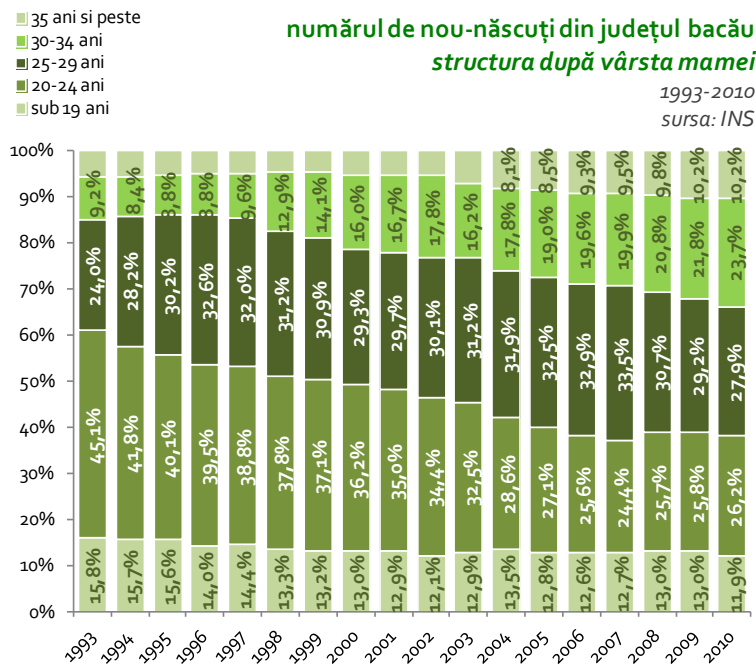
Numărul nașterilor în funcție de vârsta mamei

În perioada 1993-2010, numărul nașterilor-vii în funcție de vârsta mamei a variat destul de mult. Astfel, numărul nașterilor pentru categoria de vârstă 20-24 de ani, care era cea mai prolifică în deceniul trecut, a scăzut cel mai mult, determinând în cea mai mare măsură scăderea numărului total de nou-născuți. O altă scădere importantă este cea a nașterilor pentru categoria de vârstă a mamei sub 19 ani, urmată de categoria de vârstă 25-29 ani.

Singurele creșteri sunt nașterile aferente categoriilor de vârstă a mamei de 30-34 ani și 35 și peste. Față de anul 1993, aceste două categorii au raportat creșteri de 94,4%, respectiv 30,4%.

Pe fondul evoluțiilor diferite ale indicatorului studiat, structura numărului de nou-născuți după vârsta mamei s-a modificat semnificativ. Dacă la începutul perioadei analizate, 45,1% dintre femeile care au născut aveau vârste cuprinsă între 20-24 ani, în anul 2010, ponderea grupei de vârstă a fost de doar 26,2%, mai scăzută decât ponderea categoriei de vârstă 25-29 ani (27,9%) și ușor mai mare față de procentul categoriei de vârstă 30-34 ani (23,7%). În același timp, procentul nașterilor după vârsta de 35 de ani s-a dublat, ajungând în 2010 la 10,2%, iar ponderea mamelor cu vârste sub 19 ani s-a redus ușor, cu aproape 4 puncte procentuale (11,9%).

numărul de nou-născuți din județul bacău structura după vârsta mamei



Numărul de nou născuți după vârsta mamei

vârsta	1993	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
sub 15 ani	14	24	28	30	20	33	21	34
15-19 ani	1.509	1.063	987	998	1.002	994	960	835
20-24 ani	4.346	2.947	2.149	2.083	1.970	2.022	1.944	1.917
25-29 ani	2.313	2.501	2.579	2.675	2.701	2.418	2.199	2.039
30-34 ani	889	1.409	1.504	1.594	1.606	1.639	1.646	1.729
35-39 ani	430	366	593	675	658	644	629	610
40-44 ani	137	98	81	82	105	127	140	134
45-49 ani	9	7	4	4	4	3	3	7
50 ani și peste	:	:	:	:	1	:	:	:
total	9.647	8.415	7.925	8.141	8.067	7.880	7.542	7.305

Sursa: INS

Rata fertilității

Modificările evidențiate conduc la schimbări substanțiale ale ratelor fertilității pe categorii de vârstă. Astfel, valoarea totală a indicatorului a scăzut destul de mult, de la 68,9‰, în 1993, la 40,5‰, în 2010. Rata de fertilitate a grupei de vârstă 20-24 de ani a scăzut cel mai mult și a contribuit în cea mai mare măsură la involuția generală a indicatorului.

Grupele de vârstă cea mai fertilă este 25-29 ani, urmată de grupele 20-24 ani și 15-19 ani. Se remarcă o creștere constantă a valorii ratei pentru categoria 35-39 ani.

În concluzie, se observă pe de o parte o tendință generală de creștere a vârstei medii a mamei la naștere, pe de altă parte, se conturează tendința de scădere continuă a ratei fertilității, respectiv a numărului de nașteri raportat la efectivul de femei în vârstă fertilă.

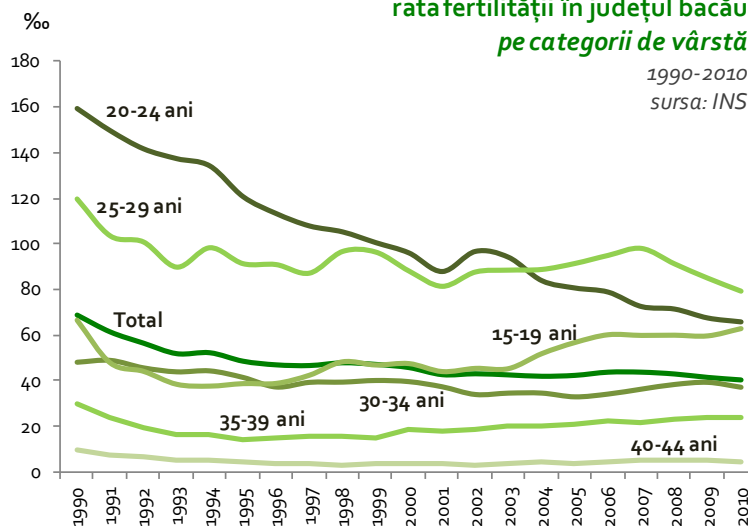
Indicator deopotrivă al unei societăți în dezvoltare (socială, culturală, economică) sau al unei perioade cu probleme economice, scăderea ratei fertilității din ultima perioadă și tendința generală de involuție care se preconizează pentru perioada următoare, vor avea un impact negativ asupra funcției de reînnoire demografică a populației județului Bacău. Coroborată cu îmbătrânirea populației și migrația internațională, această situație oferă indicii asupra posibilității ridicate de apariție a anumitor probleme sociale și economice pe termen mediu și lung.

Rata mortalității infantile

Rata mortalității infantile este un indicator generic care, de obicei, este utilizat în analiza stării generale de sănătate și a nivelului de dezvoltare socio-economică ale unei populații. În județul Bacău, rata mortalității infantile a scăzut foarte mult, în perioada 1990-2010, de la o valoare inițială de 29,8‰, până la 11,1‰. Analizat pe medii de rezidență, valoarea indicatorului este dublă în mediul rural față de cea a mediului urban. Cu toate că ecartul dintre

rata fertilității în județul bacău pe categorii de vârstă

1990-2010
sursa: INS



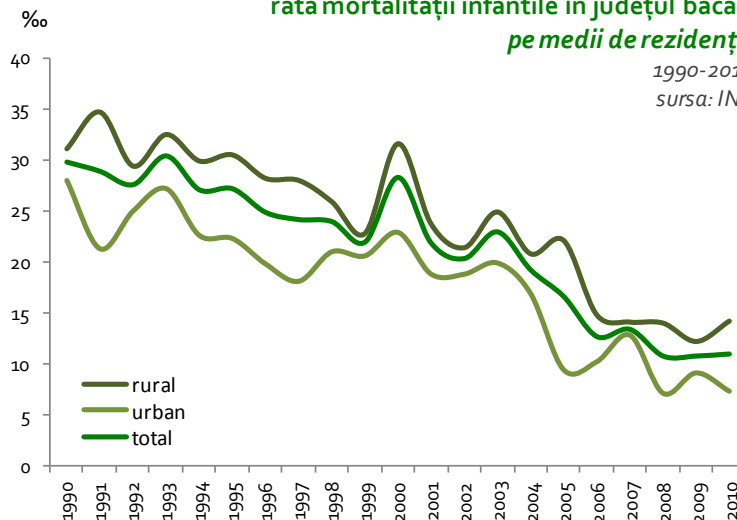
Rata fertilității pe categorii de vârstă

vârsta	1993	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
15-19 ani	47,7‰	33,9‰	32,9‰	34,1‰	36,2‰	38,2‰	39,1‰	37‰
20-24 ani	159‰	96,6‰	80,6‰	78,8‰	72,5‰	71,4‰	67,5‰	65,8‰
25-29 ani	119,4‰	87,8‰	91,5‰	95‰	98‰	91,3‰	85,1‰	79,5‰
30-34 ani	66,7‰	45,5‰	56,9‰	60,3‰	60‰	60,1‰	59,8‰	63‰
35-39 ani	30‰	18,3‰	20,6‰	22,4‰	21,3‰	23,2‰	23,8‰	23,5‰
40-44 ani	9,5‰	3,1‰	3,9‰	4,1‰	5,3‰	5,3‰	5,3‰	4,7‰
45-49 ani	0,5‰	0,2‰	0,2‰	0,2‰	0,2‰	0,1‰	0,1‰	0,3‰
total	68,9‰	43,2‰	42,5‰	43,9‰	43,9‰	43,1‰	41,6‰	40,5‰

Sursa: INS

rata mortalității infantile în județul bacău pe medii de rezidență

1990-2010
sursa: INS



Rata mortalității infantile în județul Bacău

	1993	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
urban	28‰	18,8‰	9,4‰	10,2‰	12,8‰	7,1‰	9,1‰	7,3‰
rural	31,1‰	21,4‰	22,1‰	14,8‰	14,1‰	14‰	12,2‰	14,2‰
total	29,8‰	20,4‰	16,7‰	12,8‰	13,5‰	10,9‰	10,9‰	11,1‰

Sursa: INS

valorile celor două medii a fluctuat semnificativ în perioada 1990-2010, ierarhia s-a menținut în permanență, rata mortalității infantile în mediul rural fiind mai ridicată. Această situație are cauze multiple, de la condițiile de igienă la nivelul de informare a populației, la disponibilitatea serviciilor medicale de urgență, la riscurile de îmbolnăvire la care sunt expuși copiii etc.

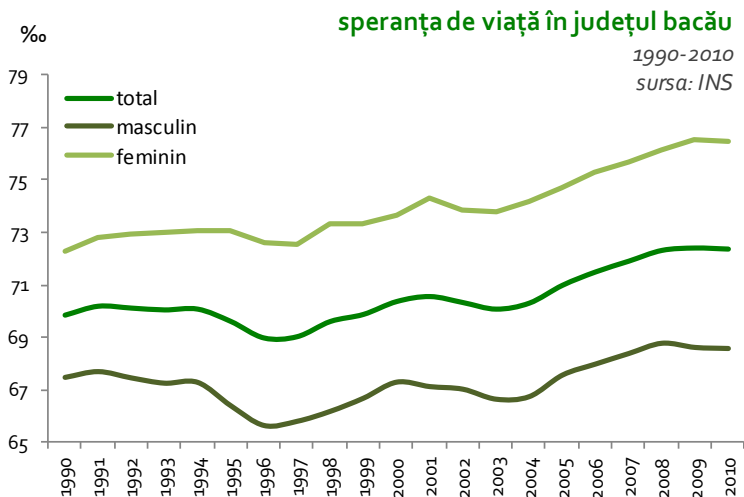
Durata medie a vieții

Un alt indicator important al mișcării naturale a populației este durata medie a vieții sau speranța de viață la naștere, care reprezintă numărul mediu de ani pe care un nou născut îi poate trăi în condițiile mortalității din perioada de referință a tabelii de mortalitate. Conform Institutului Național de Statistică, în județul Bacău speranța de viață, în anul 2010, era de 72,4 ani, valoare inferioară duratei medii de viață din Regiunea de Dezvoltare Nord - Est (73,26 ani) și de la nivel național (73,47 ani). De altfel, **județul Bacău este județul cu cea mai scăzută speranță de viață din regiune**. Un aspect pozitiv este, însă, trendul ascendent al duratei medii de viață a populației din județ, rata medie anuală de creștere a speranței de viață în perioada 1990-2010 fiind de +0,18%.

Durata medie a vieții a populației din județul Bacău diferă atât în funcție de sexul locuitorilor, cât și în funcție de mediul de rezidență. Astfel, în anul 2010, speranța de viață a populației de sex masculin era de 68,6 ani (-3,8 ani față de media de la nivel județean), iar a populației de sex feminin era de 76,5 ani (+4,1 ani față de media de la nivel județean).

Speranța de viață a populației este mai ridicată în mediul urban, decât în mediul rural: 73,9 ani în localitățile urbane din județul Bacău (+1,5 ani față de media din județ) și 71,1 ani în localitățile rurale ale județului (-1,3 ani față de media din județ).

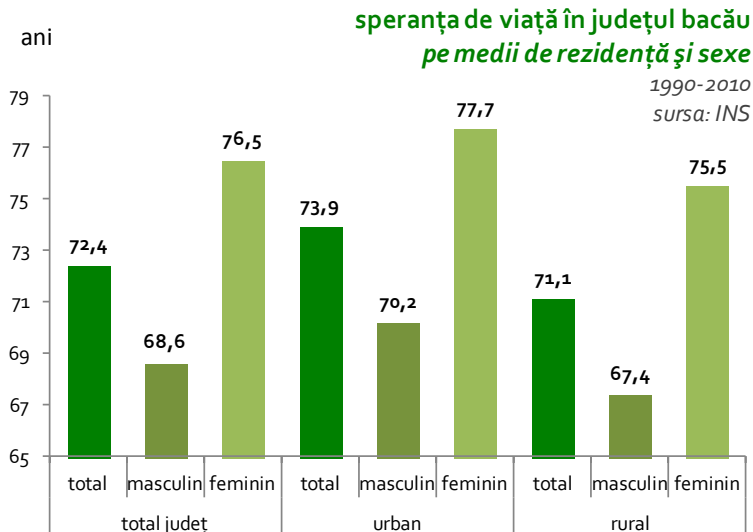
Diferențele existente vis-à-vis de speranța de viață în funcție de sex și mediul de reședință



Speranța de viață în județul Bacău, pe sexe

	1990	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
total	69,9	70,4	71,0	71,5	71,9	72,3	72,4	72,4
masculin	67,5	67,1	67,6	68,0	68,4	68,8	68,7	68,6
feminin	72,3	73,9	74,7	75,3	75,7	76,1	76,5	76,5

Sursa: INS



nu reprezintă particularități ale județului Bacău. În general, la nivel național se înregistrează o durată medie de viață mai ridicată în rândul persoanelor de sex feminin și a persoanelor care domiciliază în mediul urban.

Rata avorturilor

În România realizarea de avorturi a fost puternic influențată de regimul politic și de legislația existentă. Înainte de 1990, politica demografică a României a oscilat între un pronatalism cu restricții severe față de avort (1948-1957, 1966-1989) și o liberalizare completă a avortului (1958-1965, 1990-prezent). Căderea regimului comunist și liberalizarea avortului a avut urmări considerabile asupra numărului de avorturi realizate la nivel național, doar în anul 1990 fiind efectuate aproape un milion de întreruperi de sarcini. Treptat, numărul de avorturi a scăzut, ajungând în anul 2010 la o minimă a ultimelor decenii: 101.915 avorturi.

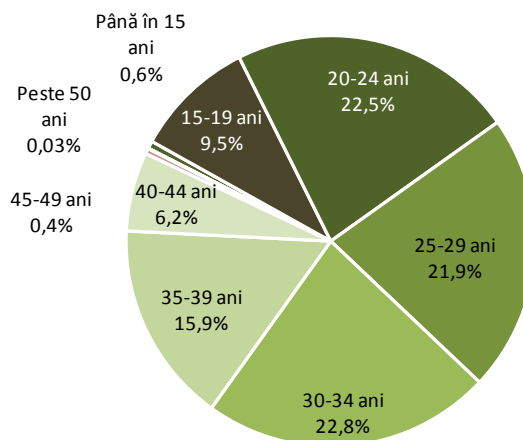
Trendul descendent al avorturilor din România post-comunistă a fost urmat și în județul Bacău unde, în anul 2010, se estima un număr de 3.352 avorturi realizate.

Conform Eurostat, există categorii de vârstă mai expuse realizării de avorturi, aproape jumătate din avorturile de la nivel național din anul 2010 fiind efectuate de persoane cu vârsta cuprinsă între 20 și 30 de ani. 9,5% din avorturi sunt realizate de persoane cu vârsta de 15-19 ani, 22,8% de persoane cu vârsta cuprinsă între 30-34 ani, 15,9% de persoane cu vârsta cuprinsă între 35-39 ani și 6,63% de persoane cu vârsta peste 40 de ani.

distribuția numărului de avorturi din România, pe categorii de vârsta ale mamei

Anul 2010

Sursa: Eurostat

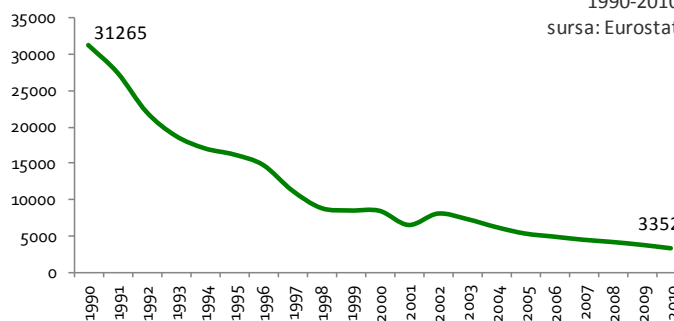


numărul de avorturi din județul bacău

estimare

1990-2010

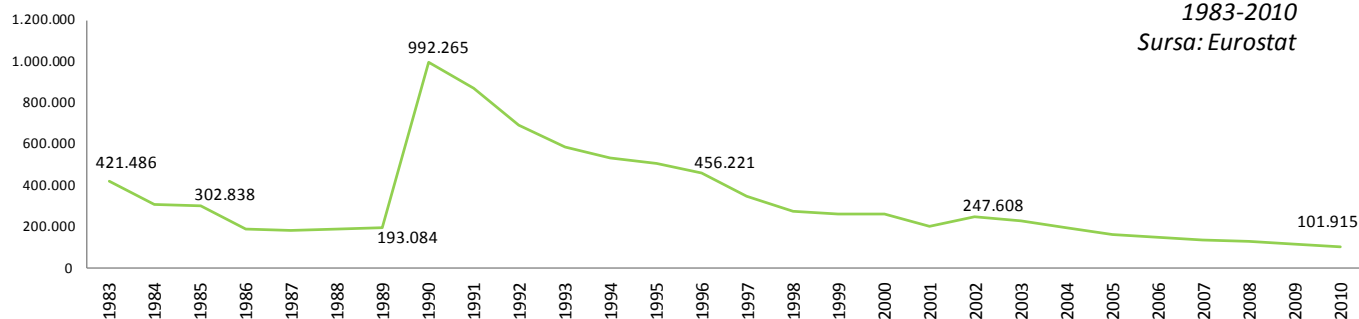
sursa: Eurostat

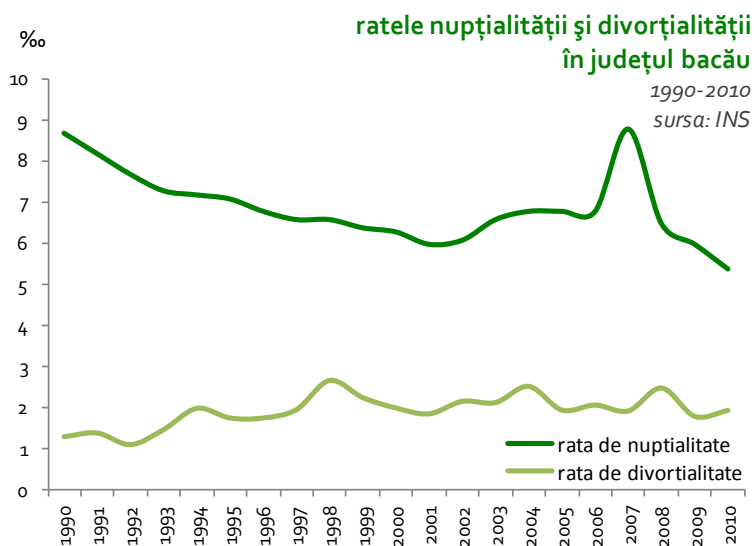


numărul de avorturi din România

1983-2010

Sursa: Eurostat





Rata nupțialității și divorțialității

Rata nupțialității din județul Bacău (numărul de căsătorii raportat la 1000 de locuitori) a înregistrat un trend descendent în perioada post-comunistă. În intervalul 1990-2010, singurul „boom” al ratei de nupțialitate a avut loc între anii 2006-2008, fiind cel mai probabil, rezultatul introducerii Legii nr.396/2006 privind acordarea unui sprijin financiar la constituirea familiei (abrogată în anul 2010).

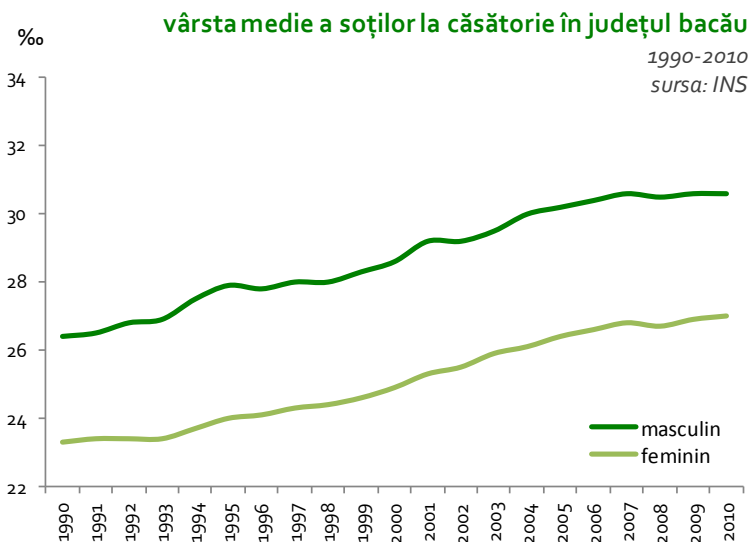
Rata nupțialității este de 5,4‰, în anul 2010, în scădere față de anul precedent. Pe de altă parte, rata divorțialității (numărul de divorțuri înregistrate la 1000 locuitori) a fost de 2‰, cu 0,2‰ mai mare decât în anul 2009.

Rata divorțialității și nupțialității din județul Bacău

	1990	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
divorțialitate	1,3‰	2,2‰	2,0‰	2,1‰	1,9‰	2,5‰	1,8‰	2,0‰
nupțialitate	8,7‰	6,1‰	6,8‰	6,8‰	8,8‰	6,5‰	6,0‰	5,4‰

Sursa: INS

Atât rata de nupțialitate, cât și rata de divorțialitate prezintă valori diferite în funcție de mediul de rezidență al populației. În mediul urban sunt înregistrate valori mai ridicate ale acestor indicatori decât în mediul rural; rata de nupțialitate este de 6,5‰ în mediul urban și 4,5‰ în mediul rural, iar rata de divorțialitate este 2,7‰ în mediul urban și 1,4‰ în mediul rural.



Vârsta medie a soților la căsătorie din județul Bacău

	1990	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
masculin	26,4	29,2	30,2	30,4	30,6	30,5	30,6	30,6
feminin	23,3	25,5	26,4	26,6	26,8	26,7	26,9	27,0

Sursa: INS

Vârsta medie a soților la căsătorie

În perioada post-comunistă s-au înregistrat schimbări semnificative ale comportamentului și opiniei populației vis-à-vis de instituția căsătoriei. Un prim aspect care relevă aceste schimbări este chiar vârsta medie a soților la căsătorie, mult mai scăzută în anul 1990, decât în prezent. Potrivit Institutului Național de Statistică, în anul 2010, vârsta medie la căsătorie în județul Bacău era de 30,6 ani în cazul populației de sex masculin (cu 4,2 ani mai mulți decât în 1990) și 27 ani în cazul populației de sex feminin (cu 3,7 ani mai mulți decât în anul 1990).

În mediul rural, vârsta medie a soților la căsătorie este mai scăzută decât în localitățile urbane. În anul 2010, vârsta medie a

persoanelor de sex feminin din mediul urban la căsătorie era de 25,9 ani, iar a persoanelor de sex masculin de 30 ani.

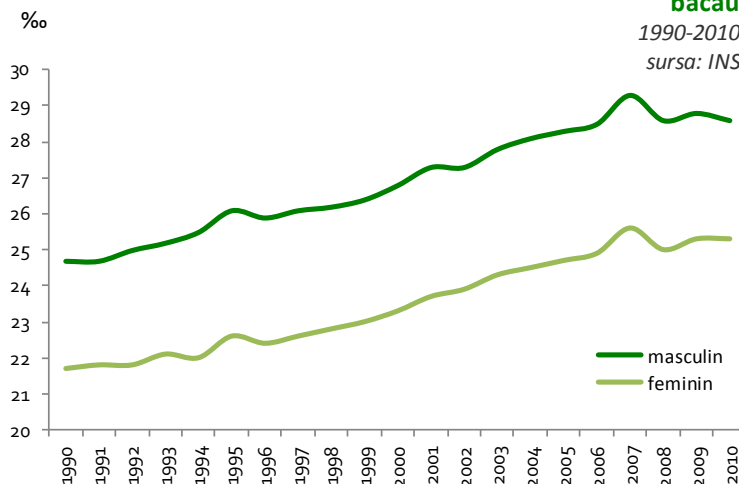
Este important de avut în vedere faptul că Bacăul este județul cu cea mai ridicată vârstă medie a soților la căsătorie din Regiunea Nord – Est (mediul urban și rural, persoane de sex masculin și persoane de sex feminin).

În ceea ce privește vârsta medie a populației la prima căsătorie, în anul 2010, aceasta era de 25,3 ani în cadrul populației de sex feminin și 28,6 ani în cadrul populației de sex masculin. Spre comparație, în anul 1990, vârsta medie la prima căsătorie a persoanelor de sex feminin era de 21,7 ani, iar a persoanelor de sex masculin de 24,7 ani.

vârsta medie a soților la prima căsătorie în județul bacău

1990-2010

sursa: INS



Vârsta medie a soților la prima căsătorie din județul Bacău

	1990	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
masculin	24,7	27,3	28,3	28,5	29,3	28,6	28,8	28,6
feminin	21,7	23,9	24,7	24,9	25,6	25	25,3	25,3

Sursa: INS

Factori sociali

Resursele de muncă

Resursele de muncă reprezintă populația care dispune de ansamblul capacităților fizice și intelectuale care îi permit să desfășoare o muncă utilă în una din activitățile economiei naționale. De-a lungul timpului, legislația din România a propus mai multe categorii ale vârstei de muncă, fie mai restrictiv, fie într-o manieră mai cuprinzătoare. Dacă în perioada 1990 - 2000 vârsta de muncă era considerată 16-54 ani pentru femei și 16-59 ani pentru bărbați, în anul 2010 vârsta de muncă a crescut la 16-58 ani pentru femei și 16-63 pentru bărbați.

Lărgirea categoriei de vârstă care se referă la populația în vârstă de muncă a determinat o creștere a resurselor de muncă din județul Bacău în anul 2010 (+1% față de anul precedent). Din cele 473,7 mii persoane considerate resursele de muncă din județ (populația în vârstă de muncă, aptă de a lucra, precum și persoanele sub și peste vârsta de muncă aflate în activitate), 51,8% reprezintă persoane de sex masculin și 48,2% persoane de sex feminin.

După județul Iași, Bacăul reprezintă județul cu cele mai numeroase resurse de muncă din regiune, ocupând o pondere de 19,9% din totalul resurselor de muncă din Regiunea de Dezvoltare Nord – Est.

Rata de ocupare a resurselor de muncă

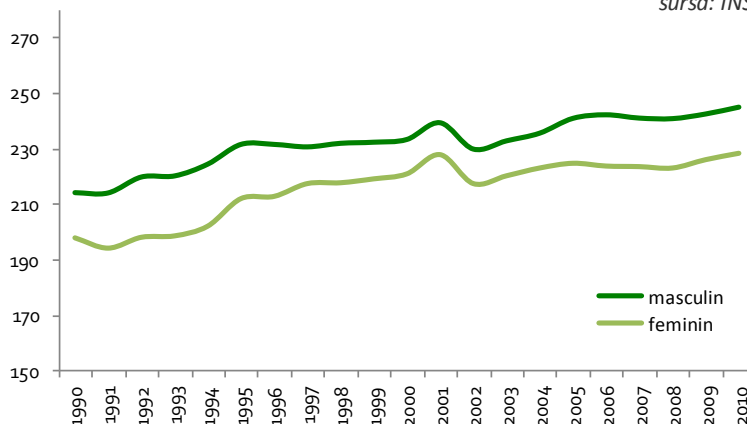
Deși resursele de muncă au urmat un trend ascendent în perioada post-comunistă, rata de ocupare a resurselor de muncă (raportul, exprimat procentual, dintre populația ocupată civilă și resursele de muncă) din județul Bacău a înregistrat o puternică involuție. Astfel, de la o rată de 79,5% în anul 1990, s-a ajuns la o rată de 44,1% în anul 2010. Rata de ocupare a resurselor de muncă este ușor mai scăzută în rândul populației de sex feminin, unde doar 41,3% din resursele de muncă sunt ocupate.

Județul Bacău este județul cu cea mai scăzută rată de ocupare a resurselor de muncă din Regiunea de Dezvoltare Nord – Est.

resursele de muncă din județul bacău (mii persoane)

1990-2010

sursa: INS



Resursele de muncă din județul Bacău, pe sexe (mii persoane)

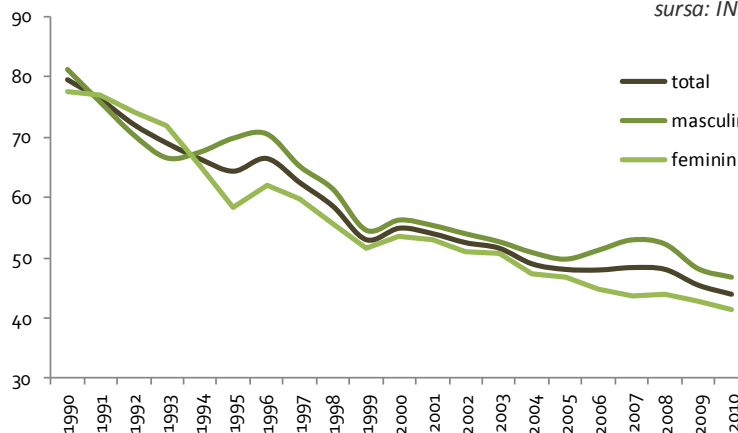
	1990	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
total	412,1	447,5	466	466,3	464,9	464,2	468,9	473,7
masculin	214,2	230,1	241,3	242,6	241,4	241,2	242,9	245,4
feminin	197,9	217,4	224,7	223,7	223,5	223	226	228,3

Sursa: INS

rata de ocupare a resurselor de muncă din județul bacău

1990-2010

sursa: INS



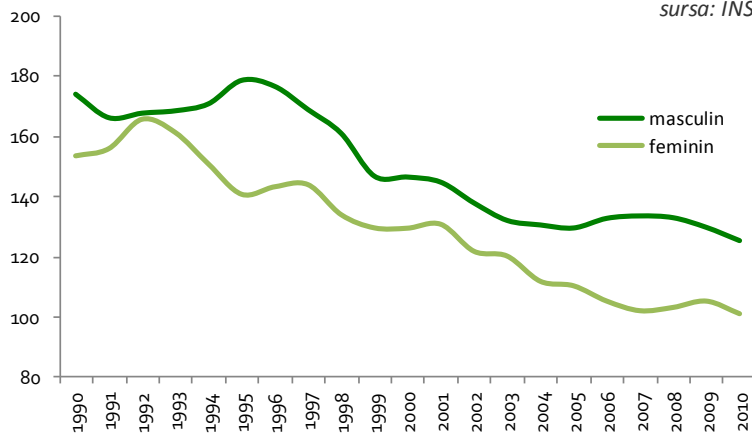
Rata de ocupare a resurselor de muncă din județul Bacău, pe sexe (mii persoane)

	1990	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
total	79,5	52,6	48,2	48,1	48,5	48,2	45,6	44,1
masculin	81,2	53,9	49,7	51,2	52,9	52,2	48,1	46,7
feminin	77,6	51,1	46,7	44,7	43,7	43,9	42,9	41,3

Sursa: INS

populația activă civilă din județul bacău (mii persoane)

1990-2010
sursa: INS



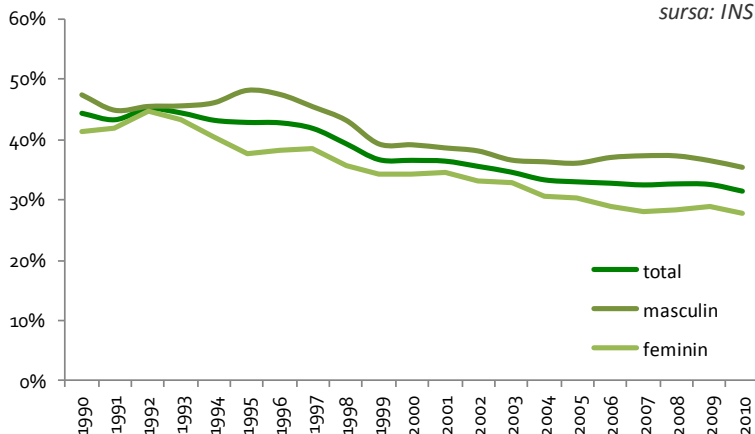
Populația activă civilă din județul Bacău, pe sexe (mii persoane)

	1990	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
total	327,6	259,7	239,9	238	235,6	236,1	235	226,4
masculin	174	137,9	129,6	132,8	133,6	133	129,8	125,4
feminin	153,6	121,8	110,3	105,2	102	103,1	105,2	101

Sursa: INS

rata brută de activitate a resurselor de muncă din județul bacău

1990-2010
sursa: INS



Rata brută de activitate a resurselor de muncă din județul Bacău, pe sexe (mii persoane)

	1990	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
total	44,5%	35,7%	33,1%	32,9%	32,6%	32,8%	32,7%	31,6%
masculin	47,6%	38,2%	36,1%	37,1%	37,4%	37,3%	36,6%	35,4%
feminin	41,5%	33,3%	30,2%	28,9%	28,0%	28,4%	29,0%	27,9%

Sursa: INS

Populația activă civilă

O evoluție negativă a urmat și volumul populației active civile din județ. Astfel, în anul 2010 populația activă civilă (se referă la populația ocupată civilă și șomerii înregistrați) cuprindea 226,4 mii persoane, cu 30,1% mai puține decât în anul 1990.

Din populația activă civilă din județul Bacău, 55,4% sunt persoane de sex masculin și 44,6% persoane de sex feminin.

Județul Bacău ocupă o pondere de 17,5% din populația activă civilă din Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, fiind precedat în topul județelor de județul Iași (23,4% din populația activă civilă din regiune) și județul Suceava (19,3% din populația activă civilă din regiune).

Rata brută de activitate

Un alt indicator important al forței de muncă din Bacău este rata brută de activitate a resurselor de muncă, definită ca raportul, exprimat procentual, dintre populația activă civilă și totalul populației din județ.

Rata de activitate din Bacău a avut un trend involutiv în perioada 1990-2010, scăderea acestui indicator acutizându-se ulterior anului 1995. În prezent, conform Institutului Național de Statistică doar 31,6% din populația județului Bacău reprezintă populație activă civilă (populație ocupată civilă și șomerii înregistrați). Rata brută de activitate a resurselor de muncă de sex masculin este de 35,4%, în timp ce rata înregistrată în cadrul persoanelor de sex feminin este mult mai scăzută (27,9%). Spre comparație, la nivel național, rata brută de activitate a resurselor de muncă este de 42%.

Rata șomajului

Județul Bacău, asemenea tuturor unităților teritoriale – administrative de la nivel național, a înregistrat creșteri semnificative ale ratei șomajului ca urmare a crizei economice mondiale. Potrivit Institutului Național de

Statistică, în luna iulie 2011 rata șomajului la nivel județean era de 6,1%, ușor mai ridicată în cadrul persoanelor de sex masculin (6,5%), decât în rândul celor de sex feminin (5,6%). În ultimii, însă, rata maximă a șomajului a fost de 9,2% (luna februarie 2010). Rata șomajului înregistrată în județul Bacău, în anul 2010 (7,8%), este puțin sub valoarea existentă în regiune (7,9%) și cu 0,8 procente mai mare decât rata șomajului de la nivel național.

Din numărul total de șomeri din anul 2010, cea mai mare parte aveau ca ultimă școală absolvită școala primară, gimnazială sau profesională (72,3%). Incidența șomajului este ceva mai redusă în cadrul persoanelor absolvente de studii liceale și postliceale (20% din totalul șomerilor din județ), dar și în rândul celor cu studii universitare (7,7% din totalul șomerilor din județ). Totodată, din cei 17.619 șomeri din județul Bacău din anul 2010, 52,6% erau beneficiari de indemnizație de șomaj și aveau experiență în muncă, 10,3% erau beneficiari de ajutor de șomaj, dar nu aveau experiență în muncă și 37,1% erau persoane care nu beneficiau de drepturi bănești.

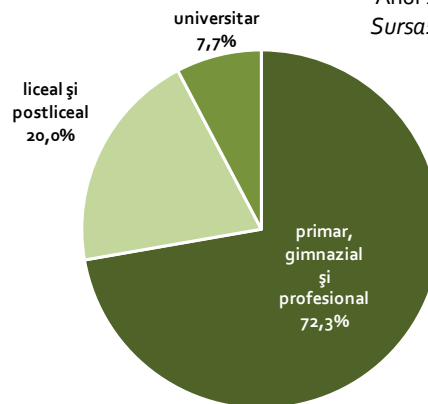
Începând cu luna martie 2011, la nivelul județului Bacău, au început să se observe anumite ameliorări privind situația șomerilor, deși rata șomajului a avut o ușoară creștere în iulie 2011, față de luna anterioară (6,1%, în comparație cu 5,8%).

Numărul mediu al salariaților

În ceea ce privește numărul mediu al salariaților din județ (numărul de salariați angajați cu contracte individuale de muncă, plătiți de întreprindere pentru o durată medie normală a timpului de lucru), în anul 2010, acesta se cifra la 100.830 persoane. În perioada post-comunistă, numărul mediu al salariaților a înregistrat un regres

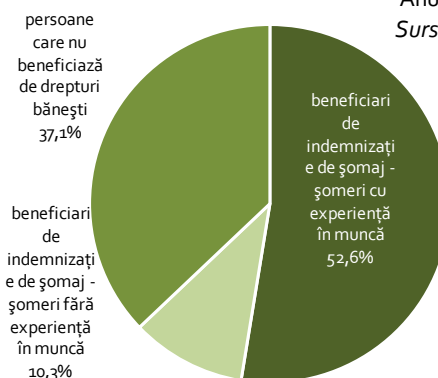
șomeri înregistrați pe nivelul studiilor absolvite, în județul Bacău

Anul 2010
Sursa: INS



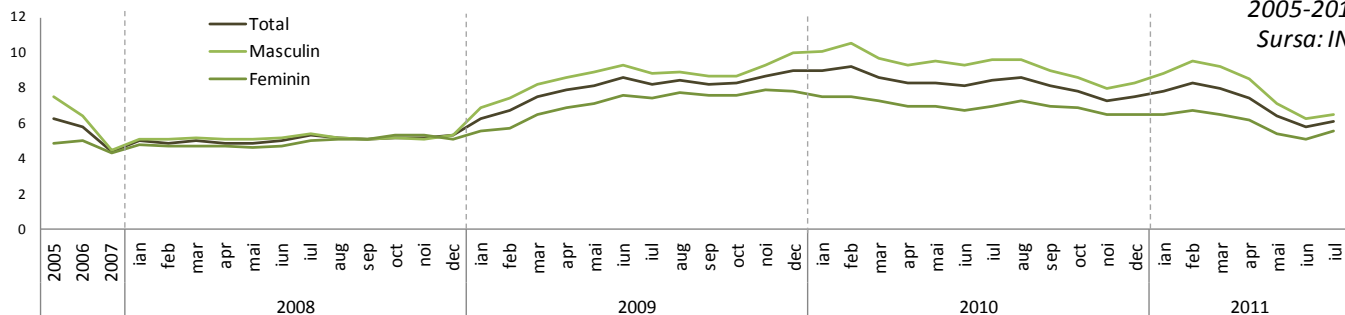
șomeri înregistrați pe nivelul studiilor absolvite, în județul Bacău

Anul 2010
Sursa: INS



rata șomajului în județul Bacău, pe sexe

2005-2011
Sursa: INS



date provizorii - decembrie 2010-iulie 2011

constant, rata medie anuală de creștere fiind de -4,16%. În anul 2010, numărul mediu al salariaților din județul Bacău era cu 58,3 procente mai scăzut decât situația din 1990.

O pondere semnificativă din scăderea numărului mediu al salariaților din județul Bacău este cauzată de reducerea numărului de muncitori (diminuarea ponderii sectorului industrial în economia locală). Astfel, dacă în anul 1990 muncitorii reprezentau 80,3% din numărul mediu al salariaților din județ, în anul 2008, ponderea acestora s-a redus la 54,7%.

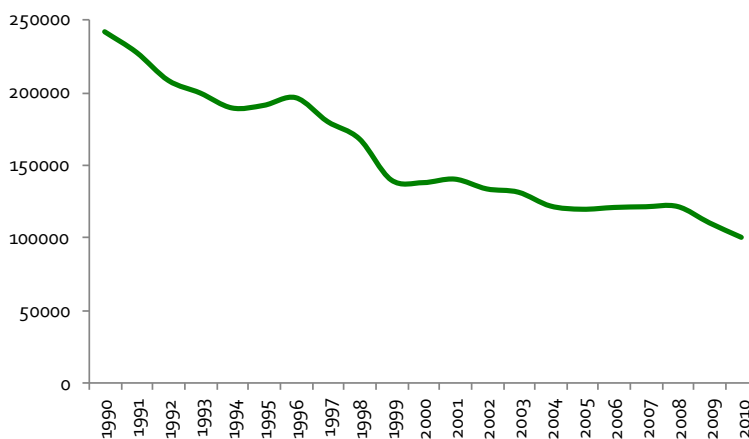
În ciuda reducerii activităților industriale, industria încă cumulează cel mai important procent din numărul mediu al salariaților (28.848 persoane – 28,6%). În această categorie sunt incluse mai multe activități economice, precum: Industria extractivă, Industria prelucrătoare, Distribuția apei, salubritate, gestionarea deșeurilor, activități de decontaminare și Producția și furnizarea de energie electrică și termică, gaze, apă caldă și aer condiționat.

18,8% din numărul mediu al salariaților din județ își desfășoară activitatea în sectorul comercial, în timp ce poziția terță este ocupată de salariații din învățământ (11,1%).

numărul mediu al salariaților din județul bacău

1990-2010

sursa: INS



Alte sectoare ale economiei naționale în cadrul cărora își desfășoară activitatea o pondere însemnată din numărul mediu al salariaților din județul Bacău sunt: sănătate și asistență socială (10,3%), Construcții (7,3%), Administrație publică și apărare, asigurări sociale din sistemul public (5%), Transport și depozitare (4,6%), Activități de servicii administrative și activități de servicii suport (3,2%) și Agricultură, silvicultură și pescuit (2,7%).

Numărul mediu al salariaților din județul Bacău, sectoare economice

Sector	Număr	Pondere
Total	100830	100%
Industrie	28848	28,6%
Comerț cu ridicata și cu amănuntul; repararea autovehiculelor și motocicletelor	19006	18,8%
Învățământ	11238	11,1%
Sănătate și asistență socială	10341	10,3%
Construcții	7368	7,3%
Administrație publică și apărare; asigurări sociale din sistemul public	4999	5,0%
Transport și depozitare	4588	4,6%
Activități de servicii administrative și activități de servicii suport	3177	3,2%
Agricultură, silvicultură și pescuit	2712	2,7%
Hoteluri și restaurante	1854	1,8%
Intermedieri financiare și asigurări	1680	1,7%
Informații și comunicații	1287	1,3%
Alte activități de servicii	1145	1,1%
Activități profesionale, științifice și tehnice	1143	1,1%
Activități de spectacole, culturale și recreative	1010	1,0%
Tranzacții imobiliare	434	0,4%

Sursa: INS

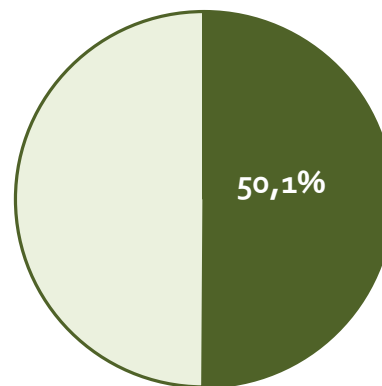
Ponderea populației expuse riscului de sărăcie

Criza economică mondială a avut numeroase efecte negative asupra economiei locale din județul Bacău, motiv pentru care rata sărăciei relative a crescut. Aceasta înseamnă că o pondere mai mare din populație se află sub pragul de sărăcie relativă. Conform *Studiului privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău*, în anul 2011, aproximativ 50% din populație se află sub pragul sărăciei relative, având un venit mediu mai mic de 512 Ron (valoarea pragului sărăciei relative stabilite de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, în anul 2009).

Rata sărăciei relative este mai ridicată în mediul rural unde 64% din populație are un venit mediu lunar ce nu depășește 512 Ron, în timp ce rata sărăciei relative din localitățile urbane ale județului este de 38,3%.

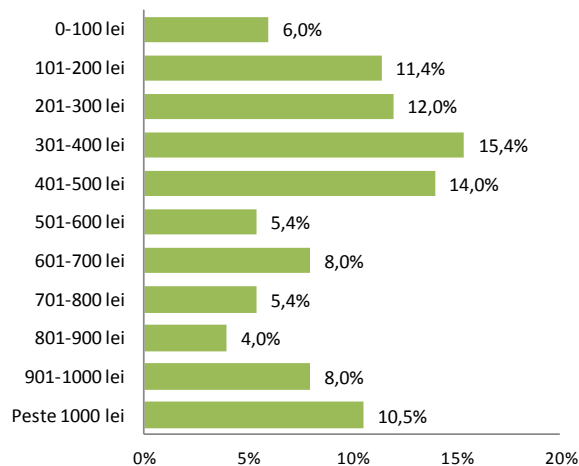
rata sărăciei relative din județul Bacău

Sursa: *Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011*



veniturile medii pe membru din gospodărie în județul Bacău

Sursa: *Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011*



Nivelul de educație al populației

Gradul de cuprindere în învățământ

Conform Institutului Național de Statistică, gradul de cuprindere în învățământ, sau rata specifică de cuprindere școlară pe grupe de vârstă, reprezintă numărul total al elevilor de o anumită grupă de vârstă, indiferent de nivelul de educație în care sunt cuprinși, ca raport procentual din totalul populației din aceeași grupă de vârstă.

În județul Bacău, gradul de cuprindere în învățământ a populației cu vârsta de 3 – 6 ani este de 75%, cu 7,1 procente mai redus decât valoarea înregistrată la nivel național (82,1%).

Cel mai ridicat grad de cuprinde în învățământ este întâlnit în cadrul grupei de vârstă 7 – 10 ani (92,9%), aceasta fiind urmată de grupa 11 – 14 ani (91,6%). Valoarea estimată pentru categoria de vârstă 15 – 19 ani în cazul gradului de cuprinde în învățământ este de 76,9%, cu aproape 4 procente mai redusă față de gradul de cuprindere de la nivel național.

Populația școlară pe niveluri de educație

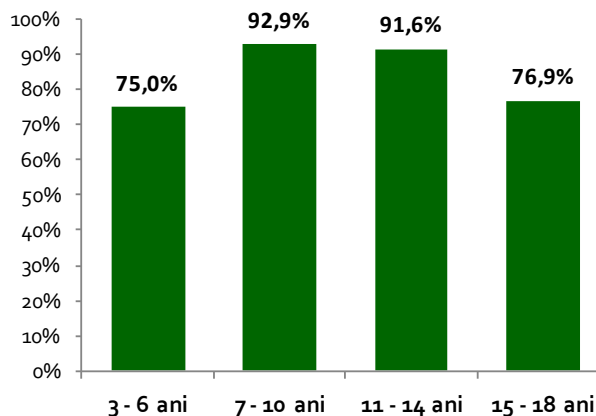
Populația școlară din județul Bacău a înregistrat un trend involutiv în ultimii ani. Conform INS, în anul 2010 în unitățile și structurile de învățământ din județ beneficiau de servicii educaționale 116.885 elevi și studenți, cu aproape 20 procente mai puțini decât în anul 1995. Populația școlară din învățământul primar și gimnazial a înregistrat cea mai semnificativă scădere în perioada 1995-2010, în timp ce populația școlară din învățământul liceal a urmat un trend ușor ascendent.

În prezent, din totalul populației școlare, 19,8% frecventează învățământul preșcolar, 25,2% învățământul primar, 26,6% învățământul gimnazial, 22,6% învățământul liceal și 5,8% învățământul superior.

gradul de cuprindere în învățământ (preuniversitar)

1995-2010

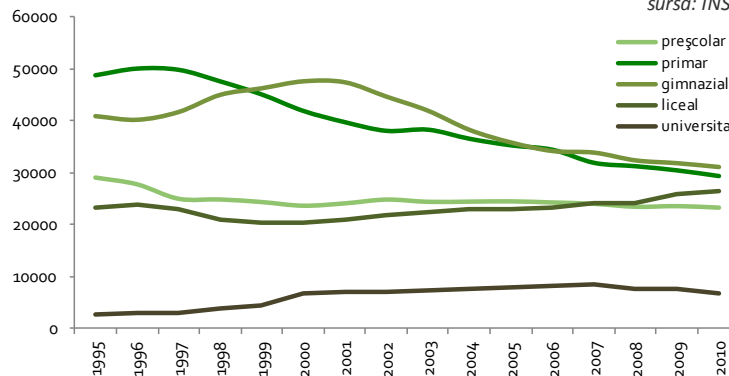
sursa: estimare pe baza datelor INS



populația școlară din județul bacău pe niveluri de învățământ

1995-2010

sursa: INS



Populația școlară județul Bacău (preuniversitar), pe niveluri de învățământ

	1995	2005	2006	2007	2008	2009	2010
preșcolar	29148	24412	24188	23920	23336	23466	23164
primar	48830	35367	34514	32001	31352	30551	29470
gimnazial	40949	35841	34182	33876	32364	31826	31088
liceal	23226	23033	23307	24001	24206	25914	26371
superior	2564	7872	8235	8464	7512	7468	6792
total	144717	126525	124426	122262	118770	119225	116885

Sursa: INS

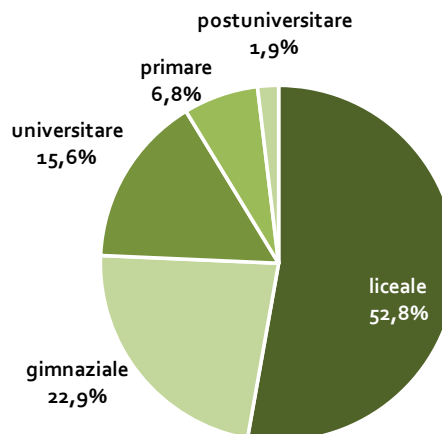
Nivelul de educație al populației

Conform datelor obținute în sondajul de opinie realizat, 52,8% din populația județului Bacău a finalizat studiile liceale. Ultima școală absolvită de 22,9% din locuitori este cea gimnazială, în timp ce 15,6% au terminat studiile universitare (de lungă/scurtă durată). 6,8% din populația județului Bacău a finalizat doar școala primară. Pe de altă parte, respondenții care au absolvit și studiile postuniversitare reprezintă 1,9% din locuitorii județului.

nivelul de educație al populației structura după ultimele studii absolvite

2011

sursa: sondaj de opinie





Capitolul II

Factorii determinanți ai stării de sănătate a populației



2.1. Factorii determinanți ai stării de sănătate a populației

Stilul de viață al populației

29,2% persoane sunt fumătoare, zilnic sau ocazional. Ponderea celor care consumă alcool frecvent este de 13,4%, din care 4,4% respondenți consumă alcool de 4-6 ori pe săptămână iar 9,0% respondenți consumă alcool zilnic. Activitățile fizice moderate (aerobic, plimbări prin aer liber, etc.) sunt realizate, cel puțin o zi pe săptămână, de către 74,2% respondenți, 49,4% respondenți declarând că realizează astfel de activități chiar 7 zile pe săptămână. 16,5% respondenți nu realizează nicio zi din săptămână activități fizice moderate.

Obișnuința de a fuma (adolescenți și adulți)

Conform studiului întreprins în rândul populației din județul Bacău, 20,4% dintre persoane fumează zilnic și 8,8% persoane fumează doar cu anumite ocazii.

În mediul rural, ponderea persoanelor care fumează zilnic (24,3% dintre respondenți) este mult mai ridicată față de cea de la nivel urban (17,1% respondenți). În același timp, ponderea persoanelor din mediul urban care fumează ocazional (11,3% respondenți) depășește ponderea de la nivel rural (5,8% respondenți). Per ansamblu, ponderea fumătorilor din mediul rural (30,1% respondenți fumători) este ușor mai ridicată decât la nivel urban (28,4% respondenți fumători).

Pe grupe de vârstă, ponderea cea mai ridicată a fumătorilor activi se înregistrează la persoanele tinere cu vârste cuprinse între 15-24 ani (45,2% respondenți) și 25-34 ani (50,0% respondenți), în timp ce la persoanele de 65 de ani și peste fumătorii activi reprezintă doar 5,6%.

De asemenea, ponderea bărbaților fumători zilnic/ocazional (32,0%) este superioară ponderii persoanelor fumătoare zilnic/ocazional de sex feminin (27,1%). Dintre femei, 17,2% fumează zilnic, cu 7,5 procente mai puțin decât bărbații care au acest obicei zilnic.

96,7% dintre fumătorii activi fumează țigări din comerț, în timp ce doar 3,3% respondenți preferă și alte categorii de țigări. Dintre fumătorii care fumează țigări din comerț, numărul mediu de țigări consumate pe zi este de 12 țigări. Un procent de 60% dintre respondenți fumează până în 12,6 țigări/zi, iar 40% respondenți fumează 12,6 țigări/zi sau peste.

Obișnuința de a fuma, pe medii de rezidență (%)

Mediu de rezidență	da, zilnic	da, ocazional	nu	Total
Urban	17,1	11,3	71,6	100,0
Rural	24,3	5,8	69,8	100,0
Total	20,4	8,8	70,8	100,0

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Obișnuința de a fuma, pe grupe de vârstă (%)

Grupa de vârstă	da, zilnic	da, ocazional	nu	Total
15-24 ani	27,4	17,8	54,8	100,0
25-34 ani	40,5	9,5	50,0	100,0
35-44 ani	26,2	6,0	67,9	100,0
45-54 ani	20,0	8,3	71,7	100,0
55-64 ani	13,6	8,6	77,8	100,0
65 ani și peste	2,8	2,8	94,4	100,0
Total	20,4	8,8	70,8	100,0

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

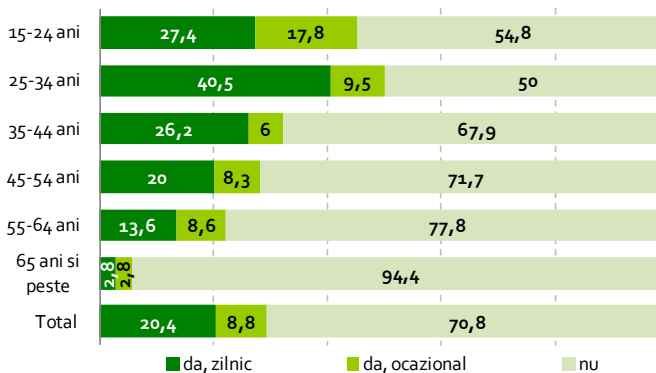
Obișnuința de a fuma, pe sexe (%)

Sex	da, zilnic	da, ocazional	nu	Total
Masculin	24,7	7,3	68,0	100,0
Feminin	17,2	9,9	73,0	100,0
Total	20,4	8,8	70,8	100,0

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

obișnuința de a fuma, pe grupe de vârstă (%)

sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011



Pe medii de rezidență, numărul mediu de țigări consumate pe zi diferă nesemnificativ. În mediul rural numărul mediu de țigări consumate este de 12,3 țigări/zi, iar în mediul urban de 11,7 țigări pe zi.

Numărul mediu de țigări consumate pe zi, pe grupe de vârstă

Grupe de vârstă	Numărul mediu de țigări/zi
15-24 ani	12,1
25-34 ani	12,5
35-44 ani	12,9
45-54 ani	10,5
55-64 ani	12,1
65 ani și peste	6,0
Total	12,0

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Numărul persoanelor fumătoare dintr-o familie

Nr. persoane fumătoare dintr-o familie	Percent (%)
niciunul	50,9
1 membru al familiei	36,0
2 membri ai familiei	9,5
3 sau mai mulți membri ai familiei	3,2
nu știu	0,2
nu răspund	0,2
Total	100,0

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Persoanele cu vârsta cuprinsă între 35 și 44 ani consumă cele mai multe țigări zilnic: 12,9 țigări/zi. De asemenea, persoanele cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 ani consumă în medie 12,5 țigări/zi, iar cele de 15-24 ani și 55-64 ani consumă în medie 12,1 țigări/zi.

Persoanele de sex feminin fumează pe zi în medie 9,3 țigări, adică cu 5,5 țigări mai puțin decât bărbații (14,8 țigări pe zi).

În familiile a 50,9% dintre respondenți nu fumează niciun membru al familiei, ceea ce înseamnă că pentru 72,1% dintre nefumătorii din prezent niciun membru al familiei nu fumează. În cazul a 48,7% dintre respondenți cel puțin un membru al familiei are obiceiul de a fuma.

Pe medii de rezidență nu se observă diferențe semnificative între ponderea familiilor în care cel puțin un membru fumează, 49,1% dintre respondenții din mediul urban și 48,2% dintre respondenții din mediul rural având în familie cel puțin un persoană care are obiceiul de a fuma.

Expunerea la fumul de țigară în locuință, a fumătorilor activi/pasivi

Expunerea la fumul de țigară în locuință						
		niciodată sau aproape niciodată	mai puțin de o oră pe zi	1-5 ore pe zi	mai mult de 5 ore pe zi	Total
Fumători activi	da, zilnic	47,6%	10,7%	22,6%	19,0%	100,0%
	da, ocazional	50,0%	22,2%	25,0%	2,8%	100,0%
	nu	87,3%	5,8%	4,8%	2,1%	100,0%
	Total	75,9%	8,3%	10,2%	5,6%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Expunerea la fumul de țigară în spațiile publice, a fumătorilor activi/pasivi

Expunerea la fumul de țigară în spații publice						
		niciodată sau aproape niciodată	mai puțin de o oră pe zi	1-5 ore pe zi	mai mult de 5 ore pe zi	Total
Fumători activi	da, zilnic	29,8%	23,8%	31,0%	15,5%	100,0%
	da, ocazional	38,9%	47,2%	11,1%	2,8%	100,0%
	nu	76,6%	17,5%	4,5%	1,4%	100,0%
	Total	63,7%	21,4%	10,5%	4,4%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Expunerea la fumul de țigară la serviciu/școală, a fumătorilor activi/pasivi

Expunerea la fumul de țigară la serviciu/școală							
		niciodată sau aproape niciodată	mai puțin de o oră pe zi	1-5 ore pe zi	mai mult de 5 ore pe zi	nu lucrez / nu lucrez în spații închise	Total
Fumători activi	da, zilnic	34,5%	8,3%	26,2%	16,7%	14,3%	100,0%
	da, ocazional	27,8%	41,7%	8,3%		22,2%	100,0%
	nu	69,1%	10,0%	3,4%	2,4%	15,1%	100,0%
	Total	58,4%	12,4%	8,5%	5,1%	15,6%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

75,5% dintre respondenții în a căror familie cel puțin un membru fumează au declarat că niciunul nu este adolescent, în timp ce 3,0% dintre respondenții în a căror familie cel puțin un membru fumează au declarat că în familie este cel puțin un adolescent care fumează.

Expunerea la fumul de țigară în locuință. Din totalitatea persoanelor care au participat la studiu, 75,9% nu sunt expuși la fumul de țigară în locuință, iar 24,1% dintre ei sunt expuși fumului de țigară câteva ore pe zi.

Dintre cei din urmă, 10,2% respondenți sunt expuși la fumul de țigară între 1 și 5 ore pe zi, 8,3% respondenți sunt expuși mai puțin de o oră pe zi și 5,6% respondenți sunt expuși la fumul de țigară mai mult de 5 ore.

Dintre persoanele care fumează zilnic 52,4% respondenți sunt expuși la fumul de țigară în locuință, 50,0% dintre respondenții fumători ocazionali sunt expuși la fumul de țigară în locuință, iar 12,7% nefumători se confruntă cu acest lucru în locuință.

Pe medii de rezidență, 17,0% dintre nefumătorii din mediul urban se confruntă cu fumul de țigară în locuință, în timp ce în mediul rural ponderea acestora este mai redusă, de 7,6% respondenți nefumători.

Se poate spune că în mediul urban fumătorii activi fumează mai des în locuință comparativ cu cei din mediul rural. Ponderea persoanelor din mediul urban care fumează zilnic care sunt expuși cu fumul de țigară în locuință este de 73,7% persoane, iar ponderea persoanelor din mediul rural care fumează zilnic și sunt expuși fumului de țigară în locuință este de 34,8%. În același timp, ponderea fumătorilor ocazionali din mediul urban care sunt expuși la fumul de țigară în locuință este de 64,0%, iar cea a fumătorilor ocazionali din mediul rural care sunt expuși la fumul de țigară în locuință este de 18,2%.

Expunerea la fumul de țigară în spațiile publice. 36,6% dintre respondenți sunt expuși la fumul de țigară în spațiile publice, din care 21,4% respondenți se confruntă cu acest aspect mai puțin de o oră pe zi, 10,5% respondenți sunt expuși între 1 și 5 ore zilnic și 4,4% respondenți sunt expuși mai mult de 5 ore pe zi la fumul de țigară în spațiile publice.

Fumătorii activi sunt expuși frecvent la fumul de țigară în spațiile publice. 70,2% dintre persoanele care fumează zilnic și 61,1% dintre persoanele care fumează ocazional sunt expuse la fumul de țigară în spațiile publice. Ponderea nefumătorilor care sunt expuși la fumul de țigară în spațiile publice este de 23,4%.

Locuitorii din mediul urban sunt mai expuși fumului de țigară în spațiile publice. În mediul urban, 81,6% dintre persoanele care fumează zilnic, 68,0% dintre fumătorii ocazionali și 29,6% dintre nefumători sunt expuși la fumul de țigară în spațiile publice, în timp ce în mediul rural 60,9% dintre persoanele care fumează zilnic, 45,5% dintre fumătorii ocazionali și 28,6% dintre nefumători sunt expuși acestui lucru în spațiile publice.

Expunerea la fumul de țigară la serviciu/școală. Majoritatea respondenților (58,4%) sunt expuși aproape niciodată sau chiar niciodată la fumul de țigară la școală sau serviciu, 26,0% respondenți sunt expuși la fumul de țigară în aceste spații și 15,6% respondenți nu lucrează sau nu lucrează în spații publice.

La școală sau serviciu sunt expuse fumului de țigară 51,2% dintre persoanele care fumează zilnic, 50,0% dintre fumătorii ocazionali și 15,8% dintre nefumători. Pe medii de rezidență se observă faptul că nefumătorii din mediul urban (22,7% respondenți nefumători) sunt mai expuși fumului de țigară la școală/serviciu comparativ cu nefumătorii din mediul rural (19,0% respondenți nefumători).

Consumul de alcool (bere, vinuri, băuturi spirtoase)

În cadrul *Studiului privind evaluarea stării de sănătate a populației județului Bacău*, majoritatea populației intervievate (56,4%) a declarat că în ultimele 12 luni a consumat băuturi alcoolice, iar 43,6% respondenți susțin că nu consumă băuturi de acest gen niciodată.

20,7% respondenți au declarat că în ultimele 12 luni au consumat alcool lunar sau chiar mai rar, 10,7% respondenți au consumat de 2-4 ori pe lună, iar 11,7% respondenți au consumat alcool de 2-3 ori pe săptămână. Se remarcă faptul că ponderea celor care consumă alcool frecvent este de 13,4%, din care 4,4% respondenți consumă alcool de 4-6 ori pe săptămână iar 9,0% respondenți consumă alcool zilnic.

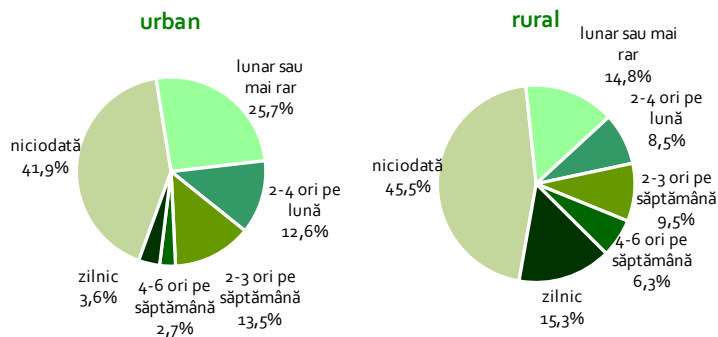
De asemenea, se remarcă ponderea ridicată a celor care consumă alcool în mod frecvent în mediul rural (21,6% persoane), 6,3% din respondenți consumând băuturi alcoolice de 4-6 ori pe săptămână și 15,3% respondenți consumând zilnic. În mediul urban ponderea persoanelor care consumă frecvent alcool (de 4-6 ori pe săptămână și zilnic) este de 6,3%.

Bărbații consumă mai frecvent alcool decât femeile, 58,8% dintre femei neconsumând niciodată băuturi alcoolice în ultimele 12 luni, în timp ce 23,6% bărbați au declarat că nu au consumat niciodată băuturi alcoolice în această perioadă.

Pe grupe de vârstă, ponderea persoanelor care consumă frecvent alcool (de 4-6 ori pe săptămână și zilnic) este mai ridicată în rândul persoanelor de peste 45 de ani. 18,3% dintre persoanele de 65 de ani și peste, 17,3% dintre persoanele de 55-64 ani și 16,6% dintre persoanele de 45-54 ani au declarat că în ultimele 12 luni au consumat frecvent alcool (de 4-6 ori pe săptămână și zilnic).

frecvența consumului de alcool, pe medii de rezidență

sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011



Consumatorii de băuturi alcoolice (persoanele care au declarat că în ultimele 12 luni au consumat de peste 2 ori pe săptămână băuturi alcoolice) beau în medie **2,6 litri de bere/săptămână, 1,66 litri de vin/săptămână și/sau 0,18 litri de țărnie/săptămână.**

Jumătate dintre respondenți consumă sub 2 litri de bere/săptămână, iar jumătate din respondenți consumă peste această cantitate.

Consumul mediu de băuturi alcoolice

Tip de băutură	Cantitate medie consumată (litri/săptămână)
bere	2,60
vin	1,66
țărnie	0,18

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Frecvența consumului de alcool, pe medii de rezidență și sexe

	Mediu de rezidență		Sexe		Total
	Urban	Rural	Masculin	Feminin	
niciodată	41,9%	45,5%	23,6%	58,8%	43,6%
lunar sau mai rar	25,7%	14,8%	15,7%	24,5%	20,7%
2-4 ori pe lună	12,6%	8,5%	14,0%	8,2%	10,7%
2-3 ori pe săptămână	13,5%	9,5%	18,5%	6,4%	11,7%
4-6 ori pe săptămână	2,7%	6,3%	9,0%	0,9%	4,4%
zilnic	3,6%	15,3%	19,1%	1,3%	9,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Frecvența consumului de alcool, pe grupe de vârstă

Frecvență	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65 ani și peste	Total
niciodată	32,9%	40,5%	40,5%	51,7%	38,3%	59,2%	43,6%
lunar sau mai rar	24,7%	26,2%	27,4%	20,0%	14,8%	12,7%	20,7%
2-4 ori pe lună	16,4%	7,1%	17,9%	5,0%	11,1%	2,8%	10,7%
2-3 ori pe săptămână	17,8%	9,5%	8,3%	6,7%	18,5%	7,0%	11,7%
4-6 ori pe săptămână	4,1%	7,1%	2,4%	8,3%	3,7%	2,8%	4,4%
zilnic	4,1%	9,5%	3,6%	8,3%	13,6%	15,5%	9,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Numărul de zile pe săptămână în care se realizează activități fizice semnificative

Zile/săptămână	Urban	Rural	Total
nicio zi	38,3%	21,2%	30,4%
1 zi	2,7%	2,1%	2,4%
2 zile	6,3%	1,1%	3,9%
3 zile	5,9%	5,3%	5,6%
4 zile	3,2%	2,1%	2,7%
5 zile	5,0%	4,8%	4,9%
6 zile	5,0%	24,9%	14,1%
7 zile	16,2%	34,4%	24,6%
nu știu / nu răspund	17,6%	4,2%	11,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Numărul de zile pe săptămână în care se realizează activități fizice moderate

Zile/săptămână	Urban	Rural	Total
nicio zi	7,7%	27,0%	16,5%
1 zi	6,8%	6,9%	6,8%
2 zile	5,9%	3,2%	4,6%
3 zile	6,8%	2,6%	4,9%
4 zile	3,2%	0,5%	1,9%
5 zile	3,2%	3,7%	3,4%
6 zile	1,8%	4,8%	3,2%
7 zile	53,6%	44,4%	49,4%
nu știu / nu răspund	11,3%	6,9%	9,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Cantitatea medie de vin consumată pe săptămână este de 1,66 litri, cantitatea maximă ajungând până la 15 litri de vin/săptămână.

Per ansamblu, consumul de tărie este mai ponderat, cantitatea medie consumată pe săptămână fiind de 0,18 litri, 80,0% dintre respondenți consumând o cantitate sub 0,5 litri săptămânal.

Cantitatea medie de bere consumată săptămânal per persoană în mediul urban (2,75 litri bere / săptămână / persoană) este ușor superioară celei înregistrate la nivelul mediului rural (2,49 litri bere / săptămână / persoană). În schimb, cantitatea medie de vin și cea de tărie consumată în mediul rural este superioară. Cantitatea medie de vin consumată este de 1,8 litri / săptămână / persoană în mediul rural și de 1,44 litri / săptămână / persoană în mediul urban, iar cantitatea medie de tărie consumată este de 0,19 litri / săptămână /

persoană în mediul rural și de 0,15 litri / săptămână / persoană în mediul urban

Activități fizice. Ponderea persoanelor care desfășoară activități fizice zilnice, în timpul liber

30,4% dintre respondenți nu efectuează activități fizice semnificative în nicio zi din săptămână, iar 58,2% respondenți realizează activități fizice de acest gen cel puțin o zi pe săptămână.

Numărul mediu de zile în care respondenții fac activități fizice semnificative (munci agricole, mers cu bicicleta, ridicat greutăți, etc.) este de **5,5 zile**, ceea ce înseamnă aproximativ toate zilele lucrătoare ale săptămânii.

Persoanele din mediul rural realizează mai frecvent activități fizice semnificative, față de persoanele din mediul urban. 34,4% din respondenții din mediul rural realizează activități fizice semnificative 7 zile pe săptămână, iar în mediul urban ponderea acestora este de 16,2%.

De asemenea, în mediul rural ponderea persoanelor care realizează activități fizice semnificative cel puțin o zi din săptămână este de 74,7%, în timp ce ponderea acestei categorii în mediul urban este de 44,3%.

Persoanele care realizează activități fizice semnificative cel puțin 1 zi pe săptămână acordă un timp mediu de realizare a activităților fizice semnificative, săptămânal, de 30,4 ore, ceea ce înseamnă peste 4 ore zilnic.

În mediul rural, timpul mediu de realizare a activităților fizice semnificative este de 36,6 ore/săptămână, în timp ce în mediul urban aceste activități sunt realizate într-un timp mediu de 21,1 ore/săptămână, cu 15,5 ore/săptămână mai puțin decât în mediul rural.

Activitățile fizice moderate (aerobic, plimbări prin aer liber, etc.) sunt realizate, cel puțin o zi pe săptămână, de către 74,2% respondenți, 49,4% respondenți declarând că realizează astfel de activități chiar 7 zile pe săptămână. 16,5% respondenți nu realizează în nicio zi din săptămână activități fizice moderate.

Numărul mediu de zile în care respondenții realizează activități fizice moderate este de 5,7 zile.

Timpul mediu dedicat activităților fizice moderate este de 13,8 ore / săptămână ceea ce înseamnă că respondenții realizează aproximativ 2 ore zilnic de activități fizice moderate.

Pe medii de rezidență, diferența de timp mediu dedicat activităților fizice moderate este de 4 ore/săptămână, în detrimentul persoanelor din mediul urban. Așadar, persoanele din mediul urban realizează doar 12,2 ore/săptămână de activități fizice moderate, în timp ce persoanele din mediul rural realizează în medie 16,2 ore/săptămână.

Stilul de alimentație al populației

Cea mai mare parte a populației județului (90,3% persoane) consumă fructe cel puțin o dată pe săptămână. De asemenea, 92,0% persoane consumă cel puțin o dată pe săptămână legume. Frecvența consumului de sucuri naturale din fructe sau legume este mult mai scăzută decât consumul acestora în formă neprocesată, 42,3% respondenți neconsumând niciodată astfel de sucuri. Majoritatea respondenților (74,0%) nu consumă niciodată snacks-uri, însă pentru 2,9% dintre respondenți consumul de snacks-uri are o frecvență ridicată, 1,9% respondenți consumând o dată pe zi și 1,0% respondenți consumând de două sau mai multe ori pe zi astfel de produse. 48,2% dintre respondenți nu consumă sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr niciodată, iar 19,9% respondenți consumă foarte frecvent sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr. Pentru 3,7% respondenți frecvența de consum a produselor fast-food este ridicată, 3,2% respondenți consumând aceste produse o dată pe zi și 0,5% din respondenți consumându-le de două sau de mai multe ori pe zi.

Consumul de fructe

Cea mai mare parte a populației intervievate, în cadrul Studiului privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău 2011, (90,3% respondenți) consumă fructe cel puțin o dată pe săptămână. 30,7% din respondenți consumă fructe de două sau mai multe ori pe zi, 37,2% din respondenți consumă fructe o dată pe zi, 11,4% din respondenți consumă fructe de cel puțin 4 ori pe săptămână și 10,9% din respondenți consumă fructe de mai puțin de 4 ori pe săptămână.

8,0% din respondenți consumă fructe mai puțin o dată pe săptămână, iar 1,2% respondenți nu consumă niciodată fructe.

Ponderea persoanelor din mediul rural care consumă frecvent fructe (de cel puțin 4 ori pe săptămână) este de 79,4%, foarte apropiată de situația din mediul urban, unde ponderea acestora este de 79,3%.

Consumul de legume (exclusiv cartofi prăjiți și sucurile de legume)

92,0% dintre respondenți consumă cel puțin o dată pe săptămână legume, dintre care 27,0% din respondenți consumă legume de două sau mai multe ori pe zi, 46,2% din respondenți consumă legume o dată pe zi, 11,7% din respondenți consumă legume de cel puțin 4 ori pe săptămână și 7,1% din respondenți consumă mai puțin de 4 ori pe săptămână.

Frecvența consumului de legume este scăzut pentru 6,1% dintre respondenți care consumă legume mai puțin de 1 dată pe săptămână și pentru 1,2% dintre respondenți care nu consumă legume niciodată.

Consumul de sucuri naturale din fructe/legume

Frecvența consumului de sucuri naturale din fructe sau legume este mult mai scăzută decât consumul acestora în formă neprocesată, 42,3% respondenți neconsumând niciodată astfel de sucuri.

Consumul de snacks-uri

Majoritatea respondenților (74,0%) nu consumă niciodată snacks-uri, însă 15,6% din respondenți consumă astfel de produse mai puțin de o dată pe săptămână, 5,8% din respondenți consumă snacks-uri mai puțin de 4 ori pe săptămână și 1,0% din respondenți consumă snacks-uri de cel puțin 4 ori pe săptămână.

Pentru 2,9% dintre respondenți consumul de snacks-uri are o frecvență ridicată, 1,9% din respondenți consumând o dată pe zi și 1,0% din respondenți consumând de două sau mai multe ori pe zi astfel de produse.

Consumul de băuturi carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr

48,2% dintre respondenți nu consumă sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr niciodată, iar 16,3% din respondenți consumă astfel de produse de mai puțin de 1 dată pe săptămână, spre deosebire de cei 34,8% din respondenți care consumă cel puțin o dată pe săptămână sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr.

19,9% din respondenți consumă foarte frecvent sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr: 12,7% respondenți consumând o dată pe zi și 3,6% respondenți consumând de două sau mai multe ori pe zi astfel de produse.

Consumul de produse fast-food

Mare parte din populația interviuată are o frecvență scăzută de consum a produselor fast-food, 90,5% respondenți consumând aceste produse niciodată sau mai puțin de o dată pe săptămână.

Frecvența consumului de fructe

Consum de fructe	Urban	Rural	Total
de două sau mai multe ori pe zi	27,0%	34,9%	30,7%
o dată pe zi	40,1%	33,9%	37,2%
de cel puțin 4 ori pe săptămână	12,2%	10,6%	11,4%
mai puțin de 4 ori pe săptămână	11,3%	10,6%	10,9%
mai puțin de 1 dată pe săptămână	7,7%	8,5%	8,0%
niciodată	1,4%	1,1%	1,2%
nu știu / nu răspund	0,5%	0,5%	0,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Frecvența consumului de legume

Consum de legume	Urban	Rural	Total
de două sau mai multe ori pe zi	23,4%	31,2%	27,0%
o dată pe zi	43,2%	49,7%	46,2%
de cel puțin 4 ori pe săptămână	15,8%	6,9%	11,7%
mai puțin de 4 ori pe săptămână	8,6%	5,3%	7,1%
mai puțin de 1 dată pe săptămână	6,8%	5,3%	6,1%
niciodată	1,4%	1,1%	1,2%
nu știu / nu răspund	0,9%	0,5%	0,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Frecvența consumului de sucuri naturale din fructe/legume

Consum de sucuri naturale (fructe sau legume)	Urban	Rural	Total
de două sau mai multe ori pe zi	4,5%	5,8%	5,1%
o dată pe zi	18,5%	14,3%	16,5%
de cel puțin 4 ori pe săptămână	6,3%	6,3%	6,3%
mai puțin de 4 ori pe săptămână	12,6%	9,0%	10,9%
mai puțin de 1 dată pe săptămână	20,3%	14,3%	17,5%
niciodată	35,6%	50,3%	42,3%
nu știu / nu răspund	2,3%		1,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Însă, pentru 3,7% respondenți frecvența de consum a produselor fast-food este ridicată, 3,2% respondenți consumând aceste produse o dată pe zi și 0,5% respondenți consumându-le de două sau mai multe ori pe zi.

Frecvența consumului de produse fast-food

Consumul de produse fast-food	Urban	Rural	Total
de două sau mai multe ori pe zi		1,1%	0,5%
o dată pe zi	2,7%	3,7%	3,2%
de cel puțin 4 ori pe săptămână		2,1%	1,0%
mai puțin de 4 ori pe săptămână	6,8%	2,6%	4,9%
mai puțin de 1 dată pe săptămână	18,5%	11,6%	15,3%
niciodată	72,1%	78,8%	75,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Frecvența consumului de băuturi carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr

Consum de sucuri	Urban	Rural	Total
de două sau mai multe ori pe zi	5,0%	2,1%	3,6%
o dată pe zi	12,6%	12,7%	12,7%
de cel puțin 4 ori pe săptămână	5,4%	4,8%	5,1%
mai puțin de 4 ori pe săptămână	17,6%	8,5%	13,4%
mai puțin de 1 dată pe săptămână	16,2%	16,4%	16,3%

niciodată	42,3%	55,0%	48,2%
nu știu / nu răspund	0,9%	0,5%	0,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Frecvența consumului de snacks-uri

Consum de snacks-uri	Urban	Rural	Total
de doua sau mai multe ori pe zi	0,9%	1,1%	1,0%
o dată pe zi	1,4%	2,6%	1,9%
de cel puțin 4 ori pe săptămână	1,4%	0,5%	1,0%
mai puțin de 4 ori pe săptămână	7,7%	3,7%	5,8%
mai puțin de 1 dată pe săptămână	18,5%	12,2%	15,6%
niciodată	69,4%	79,4%	74,0%
nu știu / nu răspund	0,9%	0,5%	0,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Factori de mediu și condițiile de lucru și trai

Monitorizarea calității aerului evidențiază o bună calitate a acestuia la nivelul județului Bacău.

Calitatea apelor de suprafață și subterane s-a menținut în limite comparabile cu cea din anul 2009.

Condițiile de locuire s-au îmbunătățit în perioada 1990-2010: suprafața medie locuibilă extinzându-se cu 3,9 mp/locuitor, lungimea rețelei de distribuție a apei potabile aproape s-a triplat, lungimea rețelei de canalizare a crescut cu 63,3%, rețeaua de distribuție a gazelor naturale s-a extins de trei ori, iar suprafața de spațiu verde ce revine unui locuitor este de 16,7 mp/locuitor (2010).

Rata accidentelor de muncă în județ a fost de 0,62%, în anul 2009.

94,2% din persoane se bucură de prezența a cel puțin unei persoane pe care pot conta în cazul unor probleme serioase.

77,1% din persoane au declarat că nici un membru al familiei nu s-a vaccinat în ultimele 12 luni.

Scăderea continuă a numărului de vaccinări și revaccinări la copiii (0-14 ani), în ultimii 10 ani.

Calitatea aerului

Calitatea atmosferei în județul Bacău este influențată de emisiile de substanțe acidifiante și eutorizante ce provin, în principal, din surse staționare, precum: arderea combustibililor fosili cu scopul producerii energiei electrice și termice; arderea deșeurilor de lemn și

rumeguș în centralele termice; managementul dejecțiilor și fermentația enterică de la creșterea animalelor și producerea și administrarea de îngrășăminte cu azot în agricultură.

O privire de ansamblu asupra evoluției celor mai importante emisii la nivelul județului Bacău evidențiază, pentru perioada 2008-2010, o scădere a emisiilor totale de poluanți inventariați, aspect datorat pe de o parte, scăderii nivelului de producție comparativ cu anii anteriori, pe de altă parte datorită preocupărilor operatorilor economici de reducere a poluării.

În anul 2010 a fost înregistrată o ușoară scădere a cantității emisiilor de dioxid de sulf comparativ cu anul 2009 (2.660,45 tone/an emisii de SO₂ în anul 2010 cu 12,9% mai puțin decât în anul precedent) și o creștere a cantității de oxizi de azot cu aproximativ 1,9% (de la 1.842,81 tone NO_x în anul 2009 la 1.878,10 tone NO_x în anul 2010).

În județul Bacău, arderile din industria energetică și de transformare sunt sursa de proveniență a 98,9% din emisiile de dioxid de sulf, a 68,2% dintre emisiile de plumb și a 46,2% din emisiile de oxizi de azot.

În anul 2010, la nivelul județului Bacău cantitatea de amoniac a scăzut cu 16,1% comparativ cu anul precedent (de la 1.800,2 tone în anul 2009 la 1.510,9 tone în anul 2010). Principalele surse de proveniență a emisiilor de amoniac sunt domeniul agricol (52,4%) și activitățile de tratare și depozitare a deșeurilor (41,4%).

Începând cu anul 2005, cantitatea de compuși organici volatili nemetanici (NMVOC) a scăzut până în anul 2009 de aproximativ 11,4 ori (de la 5.796,07 tone în anul 2005 la 508,15 tone în anul 2009). Însă, în anul 2010, cantitatea acestora a crescut ușor, cu 17,5%, față de anul precedent. În anul 2009, un procent de 38,6% din emisiile NMVOC provin din activitatea de extracție și distribuție a combustibililor fosili și 23,8% din utilizarea solvenților și a altor produse.

În 2010 emisiile de plumb au fost de 48,8 kg, cu 9% mai reduse decât cele înregistrate cu un an înainte.

Monitorizarea calității aerului în județului Bacău s-a realizat atât prin prelevări manuale, urmate de analiza probelor în laborator, cât și în cadrul sistemului de monitorizare continuă a calității aerului.

La nivelul județului Bacău emisiile inventariate evidențiază, pe ansamblu, un trend descrescător. Deși monitorizarea calității aerului evidențiază o bună calitate a acestuia, se remarcă o serie de zone din municipiul Bacău unde se înregistrează, cu caracter aleatoriu, episoade de poluare cu amoniac și un nivel al pulberilor destul de ridicat.

Episoadele de poluare înregistrate, au avut până în 2010 o tendință de scădere, ele au fost favorizate și de condițiile meteorologice nefavorabile unei bune dispersii, ceea ce a permis acumularea poluanților în atmosferă.

Calitatea apei

Resursele de apă ale județului Bacău sunt constituite din apele de suprafață - râuri interioare, lacuri naturale și artificiale și într-o măsură mai mică, din apele subterane.

Activitatea de gospodărire unitară, rațională și integrată a apelor se organizează și se desfășoară pe bazine hidrografice, ca entități geografice indivizibile de gospodărire cantitativă și calitativă a resurselor de apă, în scopul dezvoltării durabile.

Volumul teoretic al resurselor de apă de suprafață este de 1.310 mil. mc, iar volumul utilizabil reprezintă 35,9% din cel teoretic. Resursele de apă subterane au un volum de 170 mil. mc, din care 82,4% sunt utilizabile.

Calitatea apelor de suprafață și a celor subterane devine necorespunzătoare prin prezența peste limita maximă admisă a unor compuși ce determină dezechilibrarea balanței biologice a ecosistemului acvatic.

Față de numărul operatorilor economici incriminați în evacuarea apelor uzate, în 2010 numărul acestora a scăzut, în cea mai mare parte urmare a reducerii sau încetării activităților.

Pe raza județului Bacău există două zone critice în ceea ce privește pericolul de poluare accidentală a apelor de suprafață și anume:

- Platforma industrială Bacău Sud - pentru r. Bistrița
Compania de Apă Bacău - deversează ape uzate cu specific menajer;
S.C. Amurco S.R.L. Bacău - operator economic profilat pe fabricarea îngrășămintelor chimice.

- Platforma industrială Borzești - Onești - pentru r. Troțuș
S.C. Energy Bio Chemicals S.A. Onești - profil de activitate fabricarea cauciucului și derivați ale produselor petroliere;
S.C. Chimcomplex S.A. Onești - profil fabricare pesticide;
S.C. Apă Canal S.A. Onești - deversează ape uzate cu specific menajer.

În ceea ce privește apele din pânza freatică, poluarea istorică încă mai are amprente pe forajele situate în zonele platformelor industriale, a zăcămintelor de sare și petrol.

În anul 2010, în ceea ce privește calitatea apelor de suprafață și subterane, se poate spune că situația s-a menținut în limite comparabile cu cea din anul 2009. Deși, în timp s-a constatat o tendință de scădere a influenței surselor de poluare asupra apelor de suprafață, a acviferelor freactice, totuși calitatea apelor a rămas încă necorespunzătoare pe anumite tronsoane. Rămân în atenție, cu risc potențial de poluare, tronsoane de râuri situate în aval de platformele industriale Bacău și Onești.

În ceea ce privește freaticul, zonele încă afectate de poluare istorică se mențin cele din apropierea platformelor chimice amintite.

Rezultate bune s-au identificat în ceea ce privește monitorizarea secțiunilor încadrate în categoria zone vulnerabile la nitrați unde s-au înregistrat concentrații sub limita maximă admisă de 50mg NO₃-/dm³, respectiv 11,3 mgN/dm³ prevăzută de Directiva Consiliului 91/676/CEE.

În ceea ce privește apa potabilă s-au înregistrat modificări la nivelul anului 2010 în sensul măririi rețelei de distribuție, prin lucrări înregistrate în trei localități: Fărăoani, Cașin și Letea Veche.

Rețeaua de canalizare a rămas la stadiul anului 2009, fără a suferi îmbunătățiri sub aspectul creșterii numărului de localități rurale prevăzute cu rețele de canalizare.

Pe fondul unei ușoare creșteri a numărului de stații de epurare comparativ cu anul precedent, a scăzut numărul de stații ce funcționează corespunzător, ceea ce înseamnă o eficiență și gestionare proastă a stațiilor și respectiv un efect negativ asupra calității apei.

În ceea ce privește evoluția volumelor de ape uzate evacuate se remarcă tendința crescătoare a acestora în anul 2010, comparativ cu anul 2009. Creșteri se remarcă la nivelul activităților de captare și prelucrare apă pentru alimentare, prelucrări chimice, prelucrarea lemnului, industria ușoară, producția de mobilă, zootehnie, industria mijloacelor de transport și alte activități.

Poluarea fonică

În mediul urban acționează în mod concomitent mai multe categorii de zgomot: domestice, industriale, produse de activitățile de construcție, de mijloacele de transport, dar cea mai importantă sursă de zgomot o constituie totuși circulația autovehiculelor. Zgomotul din traficul rutier este un fenomen clar disturbator, ce are un efect nociv asupra oamenilor care locuiesc sau muncesc în vecinătatea arterelor cu trafic intens. Măsurările momentane efectuate în municipiul Bacău au surprins depășirea valorilor nivelului de zgomot admisibil pe principalele artere de circulație și în principalele intersecții datorită traficului rutier intens.

Zgomotul produs de căile ferate, deși foarte supărător, nu afectează întreaga populație a orașelor. Arterele de circulație feroviară sunt mai puțin numeroase și sunt concentrate în anumite zone, iar zgomotul se propagă în axul căii ferate.

Condiții de locuire

Fondul locativ al județului Bacău număra, în anul 2010, 266.217 locuințe, din care 123.920 locuințe în mediul urban și 142.297 locuințe în mediul rural. Comparativ cu fondul locativ de la 1990, acesta s-a extins cu doar 10,4% până în anul 2010.

Suprafața locuibilă totală a acestor locuințe este de 9.971.828 mp, din care 4.566.247 mp în locuințele din mediul urban. Față de anul 1990, suprafața locuibilă a fondului existent de locuințe s-a majorat cu 34,0%.

Suprafața locuibilă ce revine unui locuitor din județul Bacău este de 14,0 mp/locuitor, în anul 2010. Între mediul urban (14,1 mp/locuitor) și cel rural (13,8 mp/locuitor) nu sunt diferențe semnificative în ceea ce privește suprafața locuibilă ce revine unui locuitor. În perioada 1990-2010, suprafața medie locuibilă s-a extins cu 3,9 mp/locuitor, iar decalajele dintre mediul urban și mediul rural s-au micșorat (de la 0,7 mp în anul 1990

până la 0,3 mp în anul 2010), ceea ce denotă îmbunătățirea condițiilor de trai în această perioadă și diminuarea disparităților pe medii, în cadrul județului.

La dezvoltarea condițiilor de trai ale populației contribuie și nivelul de dotare cu utilități.

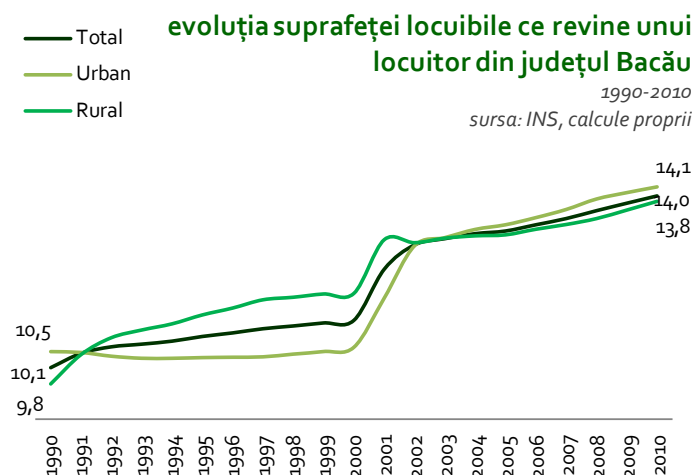
În anul 2010, lungimea rețelei de distribuție a apei potabile era de 1.582,9 km, din care 770,5 km (48,7%) în localitățile urbane ale județului. În perioada 1990-2010 rețeaua de distribuție a apei potabile aproape s-a triplat: de la 558,8 km (92,8% în mediul urban) în anul 1990 până la 1.582,9 km în 2010.

Un număr de 74 de localități din județ, din care 8 urbane și 66 localități rurale, beneficiază de rețea de distribuție a apei potabile, în anul 2010.

Rețeaua de canalizare din județ era de 583,2 km în anul 2010, cu 63,3% mai extinsă decât la nivelul anului 1990. În aceeași perioadă, ponderea rețelei disponibile în mediul urban a scăzut de la 96,6% în anul 1990 până la 80,8% în anul 2010, ceea ce semnifică extinderea rețelei de canalizare în mediul rural.

În anul 2010, în județ, erau racordate la rețeaua de canalizare 8 orașe și 38 de comune.

Rețeaua de distribuție a gazelor naturale măsoară 836,9 km, în anul 2010, de trei ori mai mare decât rețeaua existentă în 1990 (305,9 km). În același timp, ponderea rețelei disponibile în mediul urban (84,5%) din 1990 s-a diminuat până în anul 2010 (72,6%), rețeaua din mediul rural extinzându-se continuu.



Numărul localităților în care se distribuie gaze naturale nu este foarte ridicat, în anul 2010, de această utilitate publică beneficiind cele 8 localități urbane și doar 19 localități rurale din județ.

În ceea ce privește furnizarea energiei termice către populație în sistem public situația s-a modificat considerabil în ultimii 20 de ani, în anul 1993 fiind 10 localități din județ care beneficiau de această utilitate, iar în 2010 doar două localități urbane în care încă se mai furniza energie termică în sistem public, majoritatea populației preferând centralele termice individuale.

Suprafața medie a spațiilor verzi

Suprafața spațiilor verzi amenajate ce revine unui locuitor din mediul urban băcăuan este de 16,7 mp, valoare inferioară mediei naționale (18,7 mp), dar superioară celei regionale (15,8 mp).

Condiții de lucru: riscurile profesionale

La nivelul județului Bacău, în anul 2009, s-au înregistrat 69 accidente de muncă, din care 59 accidente au avut ca urmare incapacitatea temporară de muncă a persoanei accidentate și 10 accidente au fost mortale. În aceeași perioadă, rata accidentelor de muncă a fost de 0,62‰, o valoare inferioară celei din anul precedent, însă superioară celei din 2005.

Factori referitori la suportul social. Persoane de sprijin

Din totalitatea persoanelor care au participat la *Studiul privind evaluarea stării de sănătate a populației județului Bacău*, 94,2% dintre respondenți se bucură de prezența a cel puțin unei persoane pe care pot conta în cazul unor probleme serioase, iar 5,4% respondenți au declarat că nu au în apropierea lor astfel de persoane.

Dintre persoanele care au declarat că au în apropiere cel puțin o persoană de sprijin, 16,8% din respondenți au susținut că dintre acestea cel puțin una este cadru medical. Pentru 83,2% dintre respondenți în rândul persoanelor de sprijin nu se află nici un cadru medical.

Persoane de sprijin

Persoane de sprijin	Urban	Rural	Total
niciuna	4,5%	6,3%	5,4%
1 sau 2	47,7%	47,6%	47,7%
3-5 persoane	35,1%	32,3%	33,8%
mai mult de 5 persoane	11,7%	13,8%	12,7%
nu știu / nu răspund	0,9%		0,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiul privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Prezența cadrelor medicale în rândul persoanelor de sprijin

Baza = 94,2% respondenți care au cel puțin o persoană de sprijin

Cadre medicale	Urban	Rural	Total
niciuna	81,0%	85,9%	83,2%
1 sau 2	18,1%	13,6%	16,0%
3-5 persoane	0,5%	0,6%	0,5%
mai mult de 5 persoane	0,5%		0,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiul privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

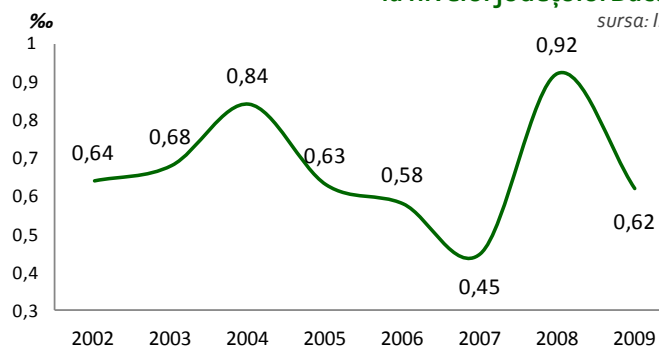
Vaccinarea membrilor familiei, în ultimele 12 luni

	Urban	Rural	Total
niciun membru al familiei	81,5%	72,0%	77,1%
copiii	9,9%	19,6%	14,4%
persoanele vârstnice	3,6%	5,8%	4,6%
adulții	4,1%	5,3%	4,6%
Total	99,1%	99,5%	99,3%

Sursa: Studiul privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

evoluția ratei accidentelor de muncă la nivelul județului Bacău

sursa: INS



Nivelul de vaccinare

Alarmant este faptul că 77,1% dintre persoanele intervievate în cadrul *Studiului* au declarat că niciun membru al familiei nu s-a vaccinat în ultimele 12 luni.

În același timp, 14,4% dintre respondenți au susținut faptul că s-au vaccinat copiii din familie, 4,6% din respondenți susțin că s-au vaccinat persoanele adulte și 4,6% din respondenți declară că s-au vaccinat adulții din familie, în ultimele 12 luni.

În mediul rural, se observă o rată mai mare de vaccinare în ultimele 12 luni: 19,6% din respondenții din mediul rural au declarat că au fost vaccinați copiii, în timp ce în mediul urban doar 9,9% din respondenți au susținut același lucru. 5,8% din respondenții din mediul rural au declarat că au fost vaccinate persoanele în vârstă și 5,3% din persoanele din mediul rural au declarat că au fost vaccinați adulții, în timp ce în mediul urban doar 3,6% din respondenți au declarat că au fost vaccinate persoanele vârstnice și 4,1% din respondenți au declarat că au fost vaccinate persoanele adulte din cadrul familiei.

Însă, se remarcă un procent ridicat al persoanelor care au declarat că niciun membru al familiei nu a fost vaccinat

în ultimele 12 luni, în mediul urban ponderea acestora (81,5%) fiind cu 9,5 puncte procentuale mai ridicată față de mediul rural (72,0%).

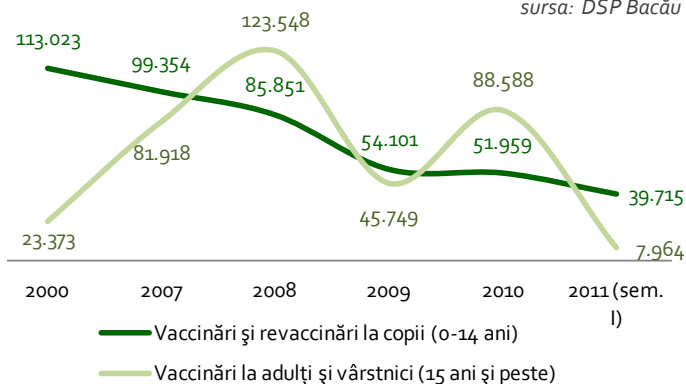
Conform evidențelor Direcției de Sănătate Publică Bacău, în anul 2010, s-au realizat 51.959 vaccinări și revaccinări la copii (0-14 ani) și 88.588 vaccinări la adulți și vârstnici (15 ani și peste). Comparativ cu anii anteriori, numărul de vaccinări la copii s-a redus continuu, în timp ce numărul de vaccinări la adulți și vârstnici s-a majorat cu +93,6% față de anul 2009 și de 2,8 ori față de anul 2000.

În primul semestru al anului 2011, s-au realizat 76,4% din vaccinările și revaccinările la copii (0-14 ani) din anul precedent și doar 8,9% din vaccinările la adulți (15 ani și peste) din anul 2010.

Este îngrijorătoare scăderea numărului de vaccinări și revaccinări la copii (0-14 ani), în condițiile în care în primii ani de viață ai copilului sunt necesare cele mai multe vaccinuri. Scăderea numărului de vaccinuri la copii este relativ explicabilă în condițiile în care natalitatea în județ este în continuă scădere, iar dotarea spitalelor / maternităților cu astfel de vaccinuri este foarte slabă.

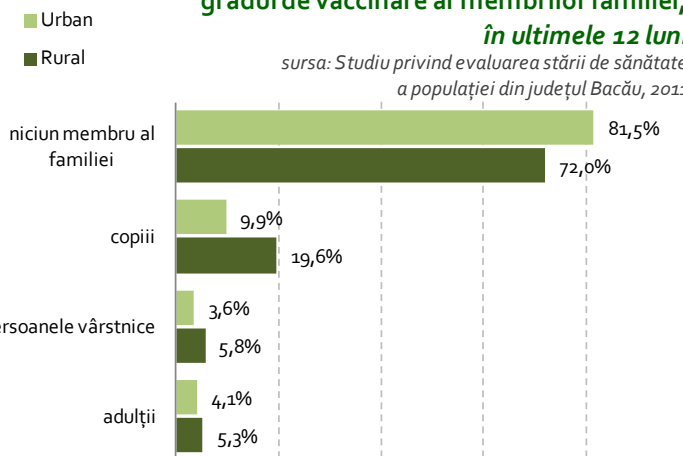
evoluția numărului de vaccinuri realizate în rândul populației din județul Bacău

2000- sem. I 2011
sursa: DSP Bacău



gradul de vaccinare al membrilor familiei, în ultimele 12 luni

sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011



Sistemul sanitar din județul Bacău

În ultimele 12 luni, 17,5% persoane au fost internate în spital cel puțin o noapte, perioadă în care au fost internați, în medie, de 1,5 ori. Perioada medie de internare a fost 11,1 nopți, în ultimul an și de 7,8 nopți la ultima internare.

La ultima internare, pacienții au cheltuit în medie 780 lei. 37,4% din totalitatea sumei cheltuite în spital, cu ocazia internării, este reprezentată de cheltuielile cu serviciile medicale.

În ultimele 12 luni, 21,2% respondenți au accesat serviciile medicale dintr-un spital fără a fi internați. 5,1% persoane nu au fost niciodată la medicul de familie.

Per total, volumul de analize realizate în anul 2010 în spitalele publice din județ a scăzut cu 5,3% față de anul 2009.

Starea de sănătate a populației

39,4% persoane din județ au declarat că suferă de anumite afecțiuni medicale.

13,9% persoane au declarat că dețin o asigurare de sănătate privată.

Majoritatea populației participante la *Studiu* (59,4% respondenți) a declarat că nu suferă de o anumită afecțiune, iar 39,4% respondenți susțin că suferă de afecțiuni medicale.

Persoanele din mediul rural susțin într-o pondere mai mare (44,4% respondenți) faptul că suferă de o anumită afecțiune, comparativ cu situația din mediul urban (35,1% respondenți).

Suferința de anumite afecțiuni

	Urban	Rural	Total
da	35,1%	44,4%	39,4%
nu	63,1%	55,0%	59,4%
nu știu	0,9%	0,5%	0,7%
nu răspund	0,9%		0,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Rata îmbolnăvirilor și tipurile principale, pe vârste ale pacienților

Cele mai multe îmbolnăviri înregistrate în anul 2010 au fost localizare la nivelul aparatului respirator (252.300 cazuri), acestea fiind urmate de îmbolnăvirile organelor de simț (73.108 cazuri), ale aparatului articular (63.731 cazuri) și ale aparatului digestiv (63.603 cazuri).

Din numărul total de noi îmbolnăviri din cursul anului 2010, se observă o rată ridicată de îmbolnăvire, per ansamblu, a persoanelor adulte de 15-64 ani. Pe categorii de boli, se remarcă faptul că noile cazuri de boli infecțio-contagioase, s-au înregistrat cu preponderență la copiii cu vârste de 1-14 ani (53,3% din totalul cazurilor), iar la persoanele vârstnice, de 65 de ani și peste se remarcă bolile aparatului cardio-vascular (39,7% din cazurile noi), bolile sistemului articular (39,0% din cazurile noi) și bolile sistemului nervos (36,6% din cazurile noi).

Numărul de asigurați în sistemul de asigurări de sănătate

Conform CAS Bacău, în anul 2010 numărul de asigurați din sistemul de asigurări de sănătate se cifra la 646.842 persoane, reprezentând circa 90,5% din populația totală a județului. Față de anul precedent, în anul 2010

Număr îmbolnăviri înregistrate în anul 2010, pe vârste

	0-1 an	1-14 ani	15-64 ani	65 și peste	Total
ale aparatului respirator	29143	109119	86885	27153	252300
ale organelor de simt	4432	19986	32758	15932	73108
ale sistemului articular	2	286	38607	24836	63731
ale aparatului digestiv	1678	8860	37199	15866	63603
ale aparatului urinar	130	2679	16701	7520	27030
ale aparatului cardio-vascular	88	415	14998	10217	25718
boli infecțio-contagioase	1082	13465	8585	2153	25285
de metabolism si nutriție	1156	3423	13978	4762	23319
ale aparatului genital	23	645	13532	2669	16869
ale sistemului nervos	5	348	7101	4302	11756
neoplasme maligne	0	0	1342	43	1385
neoplasme benigne	9	14	326	50	399

Sursa: DPS Bacău, calcule proprii

numărul persoanelor asigurate în sistemul public a scăzut cu 1,44 procente.

În ceea ce privește persoanele asigurate în sistemul privat, 81,2% respondenții sondajului de opinie realizat au declarat că nu dețin o asigurare de sănătate privată și doar 13,9% respondenți dețin o astfel de asigurare.

În mediul rural, ponderea persoanelor care dețin o asigurare privată de sănătate este de 10,1%, inferioară celei de la nivel urban, de 17,1%.

Deținerea unei asigurări de sănătate PRIVATE, pe medii de rezidență

	Urban	Rural	Total
da	17,1%	10,1%	13,9%
nu	77,0%	86,2%	81,3%
nu știu / nu răspund	5,9%	3,7%	4,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Număr de persoane care beneficiază de sistemul sanitar fără a fi asigurați

Conform CAS Bacău, în anul 2010 un număr de 99.455 persoane din județ beneficiau de sistemul sanitar fără a si asigurați (15,4% din total număr de asigurați în sistemul de asigurări de sănătate). În comparație cu anul precedent, numărul de persoane care beneficiau de sistemul sanitar fără a si asigurați a scăzut cu 12,5%.

Gradul de colectare a contribuțiilor aferente sistemului de asigurări de sănătate

În anul 2010, potrivit CAS Bacău, gradul de colectare a contribuțiilor aferente sistemului de asigurări de sănătate a fost de 54,6%, cu mult sub nivelul anului precedent când gradul de colectare a contribuțiilor a fost de 85,8%.

Număr de internări/externări

Conform DSP Bacău, în anul 2010 au fost înregistrate 131.976 internări în unitățile sanitare din județul Bacău, cu 7,6% mai puține decât în anul anterior. Pe de altă parte, numărul externărilor s-a cifrat la 130.649 cazuri, reprezentând 99% din internările realizate.

În ceea ce privește numărul de internări-zile din județul Bacău, în anul 2010, s-au înregistrate 891.865 zile de internare în unitățile sanitare. Față de anul precedent, numărul de internări-zile a scăzut cu 7,3%.

Evoluția numărului de internări, externări și internări-zile în județul Bacău

	2007	2008	2009	2010
Internări	134985	144891	142819	131976
Externări	133847	143593	141582	130649
Internări-zile	924330	982443	962309	891865

Sursa: DSP Bacău

În ultimele 12 luni, 17,5% dintre respondenții, din cadrul *Studiului privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău*, au fost internați în spital cel puțin o noapte și 82,5% dintre respondenți nu au fost internați.

Din mediul urban au fost internate în spital cel puțin o noapte 19,8% persoane iar din mediul rural au fost internate 14,8% persoane.

Respondenții care în ultimele 12 luni au fost internați cel puțin o noapte, au fost internați în medie de **1,5 ori**. Un procent de 80,0% respondenți au fost internați de mai puțin de două ori, iar 20,0% dintre respondenți fiind internați de 2 ori sau peste, în această perioadă.

Pe medii de rezidență și sexe nu se înregistrează diferențe semnificative în ceea ce privește numărul de internări în spital, în ultimele 12 luni.

Internarea în spital, în ultimele 12 luni

	Urban	Rural	Total
da	19,8%	14,8%	17,5%
nu	80,2%	85,2%	82,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Durata medie a internării

Conform *Studiului privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău*, în ultimul an, perioada medie de internare a fost de 11,1 nopți. Pe medii de rezidență, durata medie de internare, în ultimul an, a fost de 9,2 nopți pentru persoanele din mediul urban și de 13,8 nopți pentru persoanele din mediul rural.

De asemenea, persoanele de sex masculin au petrecut în medie mai multe nopți în spital, 12,9 nopți, în regim de internare, comparativ cu persoanele de sex feminin care au o perioadă medie de internare de 9,4 zile.

Potrivit studiului realizat, respondenții care au suferit de boli coronariene și infarct miocardic au înregistrat cel mai mare număr de zile de internare în ultimele 12 luni.

Persoanele internate în spital au petrecut în medie 7,8 nopți, la ultima internare. 50,0% dintre respondenți au fost internați mai puțin de o săptămână și jumătate respondenți au petrecut peste o săptămână în spital.

Pe medii de rezidență, perioada medie de internare nu diferă semnificativ, la ultima internare, persoanele din mediul urban fiind internate în medie 7,9 zile iar persoanele din mediul rural aceasta fiind de 7,7 zile.

Durata medie de internare este direct proporțională cu vârsta respondenților, astfel încât la persoanele de 65 ani și peste perioada medie de internare este de 10,3 zile în timp de la persoanele de 15-24 ani este de 5,8 zile.

Perioada medie de internare, în ultimele 12 luni nopti

Mediu de rezidență	Valoarea medie	Valoarea mediană
Urban	9,2	8,0
Rural	13,8	12,0
Total	11,1	9,0

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Numărul mediu de nopți de internare, pe grupe de vârstă, la ultima internare

Grupe de vârstă	Valoarea medie	Valoarea mediană
15-24 ani	5,8	6,0
25-34 ani	5,0	4,0
35-44 ani	6,7	6,0
45-54 ani	6,2	6,0
55-64 ani	9,8	9,0
65 ani și peste	10,3	9,0
Total	7,8	7,0

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

11,2% dintre persoanele intervievate au refuzat cel puțin o dată recomandarea internării, iar 86,9% respondenți au declarat că acest lucru nu s-a întâmplat, în ultimele 12 luni.

Cel mai frecvent motiv pentru care 58,7% dintre respondenții care au refuzat internarea a fost de natură financiară: lipsa banilor/ lipsa asigurării de sănătate. Următorul motiv este reprezentat de lipsa timpului din cauza serviciului/copiilor, care a fost menționat de 15,2% din respondenții care au refuzat internarea.

Motivul refuzului internării, pe medii de rezidență

	Urban	Rural	Total
lipsa banilor / lipsa asigurării de sănătate	48,1%	73,7%	58,7%
nu am avut timp din cauza serviciului / copiilor	3,7%	10,5%	15,2%
frica de tratament / operații chirurgicale	18,5%		4,3%
am fost pus pe lista de așteptare	7,4%		2,2%
alt motiv	11,1%	10,5%	10,9%
nu știu / nu răspund	11,1%	5,3%	8,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

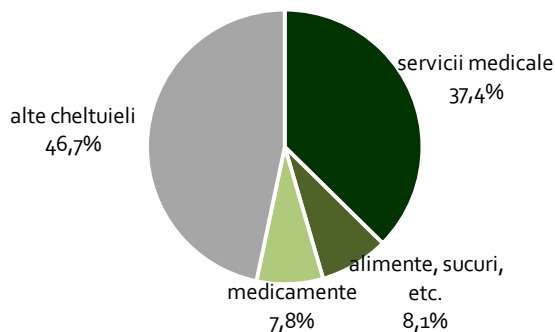
Costurile aferente internărilor

La ultima internare, respondenții au cheltuit în medie 780,5 lei. 50,0% dintre respondenții internați au cheltuit sub 415 lei, iar 50,0% respondenți au cheltuit peste această sumă.

Din suma cheltuită în spital, 37,4% reprezintă cheltuieli cu serviciile medicale, 8,1% sunt cheltuieli cu alimente sau sucuri și 7,8% sunt cheltuieli pentru procurarea medicamentelor.

distribuția pe categorii a sumei totale cheltuite la ultima internare

baza = 17,5% persoane care au fost internate în spital c el puțin o noapte, în ultimele 12 luni
sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011



Cel mai ridicat procent din suma totală cheltuită în spital, pe perioada spitalizării, de 46.7%, se înregistrează la categoria “alte cheltuieli”, ce cuprind plățile informale și cheltuielile cu drumul.

Număr și tipuri de analize medicale efectuate în sistemul sanitar public și privat

În ultimele 12 luni, 21,2% respondenți au accesat serviciile medicale dintr-un spital fără a fi internați, iar 77,1% respondenți nu au făcut acest lucru.

Ponderea persoanelor din mediul rural care au accesat serviciile medical dintr-un spital fără a fi internați (22,8% respondenți) este ușor mai ridicată decât cea a persoanelor din mediul urban (19,8% respondenți).

Persoanele care au accesat serviciile medicale dintr-un spital fără să se interneze au făcut acest lucru, în medie, de 2,5 ori, ultimele 12 luni.

Numărul mediu de accesări ale serviciilor medicale din spital, fără internare, în ultimele 12 luni

	Urban	Rural	Total
da	19,8%	22,8%	21,2%
nu	78,4%	75,7%	77,1%
nu știu / nu răspund	1,8%	1,6%	1,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

În spitalele publice din județul Bacău, în anul 2010, s-au realizat 2.549.481 analize medicale, din care 47,0% analize pentru biochimia sistemului, 26,4% probe funcționale chimice, 18,0% analize pentru hematologie,

5,4% analize pentru bacteriologie, virusologie, 2,1% analize pentru serologie și imunologie, 0,7% analize pentru micologie și parazitologie și 0,4% analize pentru patologie generală.

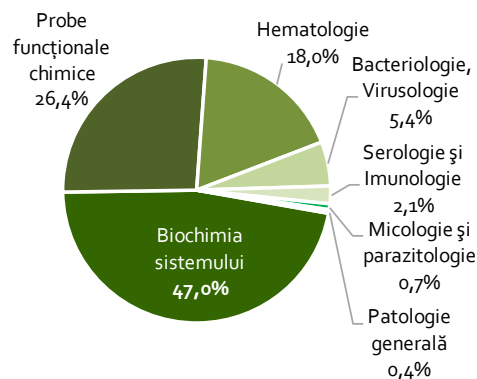
Per total, volumul de analize realizate în anul 2010 în spitalele publice din județ a scăzut cu 5,3% față de anul 2009, dar s-a majorat cu 11,3% față de anul 2000.

În anul 2010, față de anul 2000, s-a înregistrat un volum de analize medicale scăzut pe anumite tipuri de analize: patologie generală (-63,6%), micologie și parazitologie (-56,2%), bacteriologie, virusologie (-32,6%), serologie și imunologie (-32,2%) și hematologie (-21,3%), în spitalele publice din județ, pe fondul dezvoltării continue a sistemului privat de sănătate și a serviciilor oferite de acesta.

analize medicale realizate în spitalele publice, în județul Bacău

2010

sursa: DSP Bacău



Tipuri de analize efectuate în sistemul public – spitale, în județul Bacău

Tipul analizei	2000	2007	2008	2009	2010	2010 față de 2000
Biochimia sistemului	1.005.766	842.848	1.094.666	1.208.137	1.197.945	19,1%
Probe funcționale chimice	347.763	548.656	646.558	734.271	672.845	93,5%
Bacteriologie, Virusologie	202.536	132.802	152.329	153.387	136.452	-32,6%
Serologie și Imunologie	80.286	37.048	51.950	73.485	54.472	-32,2%
Micologie și parazitologie	41.072	27.171	25.890	23.959	17.985	-56,2%
Hematologie	582.988	599.070	535.514	484.904	458.690	-21,3%
Patologie generală	30.434	3.217	6.568	12.610	11.092	-63,6%
Total	2.290.845	2.190.812	2.513.475	2.690.753	2.549.481	11,3%

Sursa: DSP Bacău

Frecventarea medicilor de familie și a medicilor specialiști

Majoritatea respondenților (62,0% persoane) au fost la medicul de familie mai recent de un an, 31,3% respondenți au făcut ultima vizită în urmă cu un an sau mai mult, iar 5,1% dintre respondenți au declarat că nu au fost niciodată la medicul de familie.

Ponderea persoanelor din mediul urban care au făcut ultima vizită medicului de familie mai recent de un an (64,0% respondenți) este mai ridicată decât cea a persoanelor din mediul rural (59,8% respondenți).

Însă, în mediul rural, ponderea celor care nu au fost la medicul de familie niciodată este mult mai mare, de 7,4% respondenți, față de 3,2% respondenți din mediul urban care nu au fost niciodată la medicul de familie

Ultima vizită la medicul de familie, pe medii de rezidență

	Urban	Rural	Total
mai recent de un an de zile	64,0%	59,8%	62,0%
în urmă cu un an sau mai mult	30,6%	32,8%	31,6%
niciodată	3,2%	7,4%	5,1%
nu știu / nu răspund	2,3%		1,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Frecvența medie de vizitare a medicului de familie este de o dată pe lună, pentru persoanele care au efectuat ultima vizită la medicul de familie mai recent de un an de zile.

76,5% respondenți nu au fost niciodată la medicul specialist, în ultima lună, 11,2% respondenți au efectuat o vizită, 3,6% respondenți au făcut 2 vizite iar 1,5% respondenți au făcut 3 sau mai multe vizite.

Frecvența de vizitare a medicului specialist, în ultima lună, pe medii de rezidență

	Urban	Rural	Total
niciodată	68,0%	85,7%	76,2%
1 vizită	14,4%	7,4%	11,2%
2 vizite	4,5%	2,6%	3,6%
3 sau mai multe vizite	1,4%	1,6%	1,5%
nu știu / nu răspund	11,7%	2,6%	7,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Peste jumătate din respondenți (52,9%) au declarat că nu au făcut nicio vizită medicului chirurg, 30,4% respondenți au făcut o ultimă vizită în urmă cu un an sau mai mult iar 5,8% respondenți au efectuat o vizită mai recent de un an de zile.

În mediul rural ponderea persoanelor care nu au frecventat niciodată medicul chirurg (61,9%) este superior celei de la nivel urban (45,0%).

Ultima vizită la un medic chirurg (exclusiv internarea),

	Urban	Rural	Total
mai recent de un an de zile	8,1%	3,2%	5,8%
în urmă cu un an sau mai mult	32,4%	28,0%	30,4%
niciodată	45,0%	61,9%	52,8%
nu știu / nu răspund	14,4%	6,9%	10,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

În ultimele 12 luni, 22,1% respondenți au refuzat consultarea unui medic specialist, deși au avut nevoie și 73,0% persoane nu au făcut acest lucru.

Refuzul unei consultații la medicul specialist, pe medii de rezidență

	Urban	Rural	Total
da, cel puțin o dată	25,7%	18,0%	22,1%
nu	68,5%	78,3%	73,0%
nu știu / nu răspund	5,9%	3,7%	4,9%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Principalele motive invocate pentru refuzul consultării unui medic specialist, în cazul în care au avut nevoie, au fost lipsa banilor/lipsa asigurării de sănătate (62,6% respondenți), lipsa timpului din cauza serviciului/copiilor (17,6% respondenți) și faptul că respondenții au așteptat ca afecțiunea să dispară de la sine (7,7% respondenți).

Pentru a-și ameliora starea de sănătate, cei mai mulți respondenți, 32,6% persoane, au vizitat un laborator medical, dar au apelat și la asistentele medicale (8,0% respondenți).

Alte specializări medicale la care respondenții au fost la consultații sunt reprezentate de stomatologie, cardiologie, endocrinologie, dermatologie, ginecologie, oftalmologie și medicina școlară.

Motivele refuzului consultării medicului specialist,

Motiv	Urban	Rural	Total
lipsa banilor / lipsa asigurării de sănătate	61,4%	64,7%	62,6%
nu am avut timp din cauza serviciului / copiilor	19,3%	14,7%	17,6%
am așteptat ca afecțiunea să dispară	10,5%	2,9%	7,7%
am fost pus pe lista de așteptare	3,5%	5,9%	4,4%
prea departe / lipsă mijloc de transport		5,9%	2,2%
frica de tratament / operații chirurgicale	1,8%		1,1%
nu cunosc niciun medic specialist		2,9%	1,1%
alt motiv	3,5%		2,2%
nu știu / nu răspund		2,9%	1,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Specializări medicale consultate, în ultimele 12 luni

Specializări	Ponderea
Laborator Medical / radiografie	32,6%
Asistentă medicală	8,0%
Psihoterapeut / kinetoterapeut	1,0%
Nutriționist	1,0%
Psiholog	0,7%
Chiropractician / maseur	0,5%
Logoped	0,2%
Homeopat	0,2%
Total	44,3%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Număr de bolnavi și tipuri de afecțiuni gestionate de medicii de familie

Majoritatea respondenților (62,0% persoane) au fost la medicul de familie mai recent de un an, 31,3% respondenți au făcut ultima vizită în urmă cu un an sau mai mult, iar 5,1% dintre respondenți au declarat că nu au fost niciodată la medicul de familie.

Număr de cazuri tratate în sistemul ambulatoriu public

Conform DSP Bacău, în anul 2010 au fost înregistrate 650.861 consultații și 513.161 tratamente în sistemul ambulatoriu public. În comparație cu anul precedent,

numărul de consultații furnizate în ambulatoriu public a scăzut cu 8,9%, iar numărul de tratamente cu 15,7%.

Evoluția numărului de consultații și tratamente în sistemul ambulatoriu public

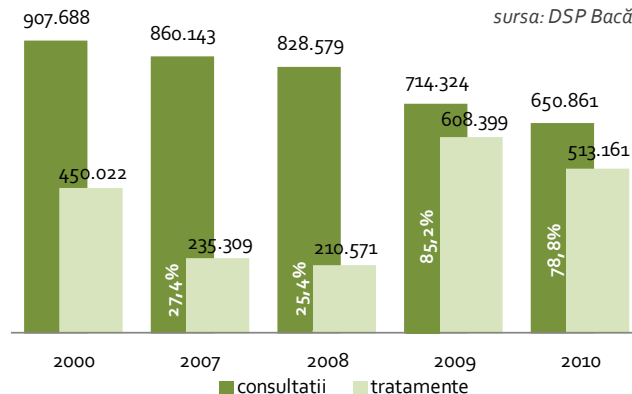
	2008	2009	2010
Consultații	828.579	714.324	650.861
Tratamente	210.571	608.399	513.161

Sursa: DSP Bacău

În ultimii 10 ani, numărul de consultații în sistem ambulatoriu public a scăzut continuu (-28,3% în 2010 față de anul 2000), în timp ce numărul de tratamente a fluctuat destul de mult. Raportând numărul de tratamente la numărul de consultații realizate în sistem ambulatoriu public, se remarcă faptul că în ultimii 2 ani, 2009 și 2010, în sistem ambulatoriu s-au oferit mai degrabă consultații decât tratamente.

numărul de cazuri tratate în sistemul ambulatoriu public, în județul Bacău

2000-2010
sursa: DSP Bacău



Durata medie a decontărilor serviciilor efectuate în sistem

Conform CAS Bacău, durata medie a decontărilor serviciilor efectuate în sistem variază de la 10 zile la 180 zile. Astfel, pentru servicii medicale altele decât servicii medicale de furnizare de medicamente și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu durata medie a decontărilor serviciilor efectuate în sistem este de 10 zile.

Pentru servicii medicale de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru programe naționale de sănătate cu scop curativ durata medie a decontărilor serviciilor efectuate în sistem este de 90 zile.

Pentru servicii medicale de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu durata medie a decontărilor serviciilor efectuate în sistem este de 180 zile.

Necesități de dezvoltare a sistemului sanitar din județul Bacău

Având în vedere faptul că prognoza demografică anunță o creștere semnificativă a gradului de îmbătrânire a populației din județul Bacău, în perioada următoare ar fi oportună dezvoltarea serviciilor medicale aferente afecțiunilor asociate bătrâneții și, chiar, înființarea unor secții de geriatrie în cadrul unităților spitalicești existente.

Unitățile spitalicești publice descentralizate din județul Bacău întâmpină mai multe probleme legate de infrastructura în cadrul căreia își desfășoară activitatea. Problemele cele mai frecvente țin de calitatea infrastructurii de clădiri, de rețelele tehnico-edilitare și de eficiența energetică a spitalelor. Majoritatea unităților spitalicești publice funcționează în clădiri construite în urmă cu 40-50 de ani, iar în cadrul Spitalului Județean de Urgențe Bacău există pavilioane (pavilionul în care se află secțiile de boli infecțioase, psihiatrie, oncologie și ORL, farmacia și un laborator de radiologie) care datează de la începutul secolului XX. În ultimii ani, o parte din unități – Spitalul Județean Bacău, Spitalul Municipal de Urgențe Moinești, Spitalul Orășenesc Comănești, Spitalul Orășenesc Buhuși – au beneficiat de o serie de reabilitări și modernizări, astfel încât o parte din problemele întâmpinate de acestea s-au rezolvat.

La Spitalul Județean de Urgență Bacău, se apreciază că accesibilitatea clădirilor nu corespunde în cea mai mare parte, iar suficiența infrastructurii de clădiri, calitatea infrastructurii de clădiri, instalațiile sanitare-termice corespund doar parțial. O situație asemănătoare este întâlnită în cadrul Spitalului de Pneumoftiziologie Bacău, unde aspectul cu cea mai negativă evaluare a fost eficiența energetică a clădirii. În rest, infrastructura de

acces, suficiența și calitatea infrastructurii de clădiri și instalațiile sanitare-termice corespund doar parțial.

În toate unitățile spitalicești din județ sunt semnalate anumite nevoi de reabilitare, modernizare și extindere a infrastructurii, fie că avem în vedere căile de acces sau clădirile în cadrul cărora își desfășoară activitatea. Majoritatea spitalelor publice din Bacău resimt nevoia de a reabilita parțial sau total infrastructura de clădiri și de a realiza investiții în rețelele tehnico-edilitare: înlocuirea sistemului clasic de încălzire, răcire și preparare a apei calde de consum cu un sistem care utilizează energii regenerabile, construire stație de pre-epurare ape uzate, reabilitarea instalației de apă și a instalației termice etc.

În majoritatea unităților spitalicești din județul Bacău nu există o structură (departament, echipă informală, etc.) însărcinată cu identificarea surselor de finanțare, pregătirea și implementarea proiectelor de investiții din fonduri publice. În spitalele unde există preocuparea pentru accesarea de fonduri nerambursabile, de identificarea, scrierea și implementarea proiectului se ocupă chiar consiliul director. Tocmai din acest motiv, este considerată necesară participarea la training-uri/ programe de formare profesională pentru pregătirea și implementarea proiectelor de investiții (managementul proiectelor).

Se recomandă acordarea unei atenții deosebite surselor suplimentare de venit pentru bugetul spitalelor. Accesarea fondurilor europene nerambursabile reprezintă o variantă extrem de avantajoasă, dar, până la sfârșitul anului 2013, disponibilitatea finanțării din această sursă este extrem de redusă. Soluția cea mai potrivită este ca spitalele să dezvolte servicii medicale care să genereze venituri suplimentare, valorificând resursele umane și materiale de care dispun, în concordanță cu cererea locală dar și cu tendințele actuale de dezvoltare a unor servicii medicale de nișă. Extinderea teritorială a adresabilității sistemului de sănătate din județ prezintă avantajul că permite suplimentarea veniturilor spitalelor din județ, este un rezultat al îmbunătățirii calității serviciilor dar, în același timp, contribuie la îmbunătățirea continuă a acestui aspect, contribuie la îmbunătățirea posibilităților de dezvoltare profesională a personalului medical din județ etc. Atragerea pacienților din alte județe/zonă se poate realiza prin promovarea anumitor servicii și specializări medicale de interes în care spitalele din județ au rezultate de excepție (medici de excepție și aparatură

medicală de ultimă generație). Acest deziderat se poate concretiza prin înființarea unor centre de excelență medicală în spitalele din județ care dispun de premisele necesare (resursă umană medicală, dotări de tehnică medicală, condiții adecvate etc.).

Pe lângă lipsa surselor de finanțare, au fost identificate și alte probleme ale unităților spitalicești în realizarea de investiții: lipsa terenurilor pentru extindere, dificultăți în obținerea avizelor privind proiectele de investiții, blocajul privind legiferarea Parteneriatului Public Privat, imposibilitatea prognozării unui buget multianual, subfinanțarea serviciilor medicale, etc. Un exemplu elocvent este proiectul Spitalului Municipal de Urgențe Moinești de înființare a unui heliport, proiect a cărui finalizare depinde de avizele necesare pentru stabilirea culoarului de zbor.

Infrastructura publică de transport (lipsa acesteia, starea tehnică precară) creează o altă serie de probleme de **accesibilitate a serviciilor de sănătate** și chiar de funcționare optimă a acestora. Cele mai mari probleme de accesibilitate se înregistrează în zona de est a județului, din cauza stării infrastructurii dar și din lipsa unui drum care să simplifice accesul în zonă. Situații similare se remarcă și în alte zone: Valea Muntelui (Ghimeș-Făget, Palanca, Brusturoasa, Agăș, Asău), Slănic Moldova, Oituz, Berzunți etc. Acestea li se adaugă comunitățile din mediul rural, preponderent cele aflate în zonele de deal și de munte, care prezintă un grad mai redus de accesibilitate. Problemele de accesibilitate se manifestă în special în timpul de ajungere al ambulanței, soluția de îmbunătățire fiind înființarea unor stații de ambulanță (puncte de plecare) în zonele cu probleme.

Majoritatea unităților spitalicești au semnalat necesitatea achiziționării aparate de imagistică medicală de tipul: RMN (Imagistică prin Rezonanță Magnetică), Computer Tomograf, Ecograf, etc. Alte dotări necesare sunt: mașină automată dezvoltat film, ambulanță tip B, autoutilitară transport cadavre, aparat EKG, instalație de radioterapie, analizator biochimie, mașină de sterilizat bronhoscoape, aparatură BFT, etc.

În ceea ce privește Serviciul de Ambulanță Județean Bacău, acesta dispune de 49 de mașini și 8 puncte de plecare: stația Bacău, stația Moinești, stația Comănești, stația Tg. Ocna, stația Onești, stația Buhuși și stația Podu Turcului. Problemele

de funcționare ale acestui serviciu se referă la condițiile de desfășurare a activității (stațiile din teritoriu sunt închiriate, lipsa fondurilor pentru amenajarea corespunzătoare a spațiilor necesare), fie la dotările existente (ambulanțe vechi și insuficiente ca număr – există un necesar de încă 31 de ambulanțe, plus schimbarea celor care trebuie casate), fie la resursele umane (există 112 asistenți și 111 ambulanțieri, deficit de 25 asistenți, 25 ambulanțieri, 3-4 medici/substație). În plus față de subdimensionarea serviciului, Ambulanța este solicitată și pentru cazuri care nu justifică intervenția echipajelor de ambulanță (conform estimărilor instituției, 30% dintre cazurile confirmate nu necesită intervenția ambulanței), acestea fiind efecte negative ale campaniei de popularizare a numărului unic de urgențe 112.

Se recomandă înființarea unei rețele de centre de permanență la nivelul județului, cu prioritate în zonele greu accesibile și în mediul rural. Existența unor centre de permanență este oportună și în mediul urban, chiar și în localitățile în care funcționează unități spitalicești (unde tendința de a accesa direct compartimentul de primiri urgențe este mai ridicată, accesul fiind mai facil). Rolul administrației publice în înființarea centrelor de permanență este esențial, prin aportul pe care îl pot aduce din prisma spațiilor de funcționare și a suportării cheltuielilor cu utilitățile. Pentru înființarea centrelor de permanență este nevoie de consens între autoritățile județene de sănătate, administrații publice și medicii de familie din teritoriu.

Gradul de finanțare a sistemului sanitar. Surse de finanțare

În anul 2011, sumele alocate prin intermediul CAS Bacău pentru servicii medicale spitalicești, servicii medicale clinice, medicamente și materiale sanitare utilizate în PNS inclusiv Hemodializă, servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în ambulatoriu s-au cifrat la 168.507,4 mii lei, cu 14,8% mai puțin decât în anul precedent. Sumele prezentate sunt contractate în limita creditelor de angajament aferente anului 2010 și anului 2011 pe articole bugetare, cu spitalele din județul Bacău (publice și private).

Spitalele publice au ca surse de venit contractele cu CAS, bugetul de stat, bugetul local și veniturile proprii (accize).

Conform CAS Bacău, în anul 2011, spitalele generale din județul Bacău au prevăzut un buget de 144.421,1 mii lei, adică cu 18,9% mai puțin decât în anul precedent.

Una din cauzele diminuării accentuate a bugetului de venituri din partea CAS este reprezentată de scăderea contribuțiilor salariaților. Însă, diminuarea continuă și radicală a finanțării unui spital poate conduce la probleme interne de funcționare, dar și la probleme sociale, nefiind satisfăcute o serie de servicii medicale necesare populației.

O altă categorie importantă de surse de finanțare pentru spitale este reprezentată de programele naționale, care sunt finanțate din Bugetul statului și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății.

În cadrul spitalelor publice descentralizate din județul Bacău se desfășoară, în anul 2011, următoarele programe naționale de sănătate:

Spitalul Județean Bacău

- Programul național de endocrine;
- Subprogramul de profilaxie în patologia psihiatrică și psihosocială;
- Programul de diabet zaharat;
- Programul național de sănătate a femeii și copilului;
 - Subprogramul de profilaxia malnutriției la copii cu greutate mică;
 - Subprogramul de prevenirea deceselor neonatale;
 - Subprogramul de screening pentru depistarea precoce a deficiențelor de auz;
 - Subprogramul de screening pentru Scolioză,
 - Subprogramul de profilaxie a sindromului de imunizare RH;
- Programul național boli transmisibile;
 - Subprogramul de supraveghere și control al bolilor cu transmitere sexuală;
 - Subprogramul de supraveghere și control infecții nosocomiale;

- Subprogramul de supraveghere și control al infecției HIV;

Spitalul de Pediatrie

- Subprogramul de profilaxie în patologia psihiatrică și psihosocială;

Spitalul de Pneumoftiziologie

- Subprogramul de supraveghere și control al tuberculozei;

Spitalul Municipal Onești

- Subprogramul de supraveghere și control al tuberculozei;
- Programul ameliorarea stării de nutriție la femeie și copil;
 - Subprogramul malnutriția la prematuri;
 - Subprogramul prevenirea deceselor neonatale;
 - Subprogramul profilaxia sindromului de izoimunizare Rh;
- Subprogramul de supraveghere și control al B.T.S;

Spitalul Municipal de Urgență Moinești

- Subprogramul de supraveghere și control al tuberculozei;
- Programul ameliorarea stării de nutriție la femeie și copil;
 - Subprogramul prevenirea deceselor neonatale;
 - Subprogramul profilaxia sindromului de izoimunizare Rh;

Spitalul Ioan Lascăr Comănești

- Subprogramul de supraveghere și control al tuberculozei;
- Subprogramul de supraveghere și control al bolilor cu transmitere sexuală;

Spitalul Orășenesc Buhuși

- Subprogramul de supraveghere și control al tuberculozei.

Situația de finanțare a sistemului sanitar din județul Bacău

Mii lei

	Buget 2010	Buget 2011	2011 față de 2010
Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ	14.254,8	19.883,4	+39,5%
Asistența medicală pentru specialități clinice	4.114,0	3.022,7	-26,5%
Asistența medicală în centre multifuncționale	1.309,4	1.180,2	-9,9%
Spitale Generale, din care:	178.015	144.421,1	-18,9%
Spitale Generale (inclusiv servicii paraclinice)	177.160	143.400,7	-19%
Ambulatoriu < 35 h/săptămână	855,03	1.020,5	+19,4%
Total	197.693,3	168.507,4	-14,8%

Sursa: CAS Bacău

Analiza SWOT

PUNCTE TARI	PUNCTE SLABE
<p>Unități de sănătate</p> <ul style="list-style-type: none">- O rețea sanitară bine dezvoltată (6 spitale publice din care 1 de monospecialitate, 3 unități private cu paturi în contract CAS, Sanatoriul Balnear Slănic Moldova și rețeaua sanitară din cadrul MAI);- Existența cabinetelor medicale de familie în fiecare unitate administrativ-teritorială din județ;- Dispersarea echilibrată în teritoriu a unităților spitalicești publice și private din județ, cu excepția zonei de est;- Alocarea unor sume importante din partea autorităților județului pentru dezvoltarea rețelei sanitare;- Dezvoltarea unor unități spitalicești private dotate după standardele actuale și oferind condiții moderne de tratament (Spitalul Polimed, Clinica Palade etc.);- Existența Spitalului Polimed în zona de sud-est a județului, zonă cu accesibilitate scăzută și lipsită de alte unități spitalicești;- Nivelul ridicat de dezvoltare a sectorului spitalicesc privat: 71% din paturile existente în unitățile sanitare private (inclusiv centre de sănătate) din Regiunea de Dezvoltare Nord - Est funcționează în județul Bacău;- Apropierea de finalizare și dare în folosință a Spitalului Municipal Bacău, o unitate modernă, conform standardelor europene, care va avea 320 de paturi în 9 secții de spitalizare: cardiologie, neurologie, medicală, chirurgie generală, diabet, anestezie și terapie intensivă, ortopedie, hematologie și ORL; <p>Servicii medicale</p> <ul style="list-style-type: none">- Dezvoltarea asistenței medicale spitalicești (paturi acuți) în trei puncte principale ale județului: Bacău, Onești, Moinești;- Existența SMURD în județul Bacău (Bacău, Moinești, Onești);- Implementarea programelor de telemedicină la SMU Moinești;- Calitatea înaltă a serviciilor medicale furnizate în unele unități sanitare din județ (ex: SMU Moinești, SJU Bacău, SM Onești etc.);- Existența complementarității între serviciile furnizate de unitățile spitalicești publice descentralizate și cele aflate în subordinea autorităților publice centrale, dar și între spitalele publice și cele private;	<p>Unități de sănătate</p> <ul style="list-style-type: none">- Lipsa unei unități spitalicești clasificate cu nivel de competență foarte înalt (categoria I) sau înalt (categoria II);- Lipsa unităților sanitare publice în zona de est și sud-est a județului;- Lipsa unor instituții și servicii medico-sociale pentru persoane vârstnice și cazuri sociale;- Lipsa unui spital public de boli cronice;- Existența unui număr foarte mic de centre de permanență în județ (doar 2); <p>Infrastructură</p> <ul style="list-style-type: none">- Toate spitalele din județ reclamă probleme de infrastructură (privind starea tehnică a clădirilor, suficiența spațiilor de funcționare, rețelele tehnico-edilitare, eficiența energetică etc.);- Întâmpinarea dificultăților în obținerea avizelor privind proiectele de investiții;- Lipsa terenurilor pentru extinderea unităților spitalicești publice și private din județ;- Evacuarea apelor uzate fără epurarea biologică și neutralizarea substanțelor radioactive sau a substanțelor chimice toxice la Spitalul Polimed, din lipsa unei stații de epurare în comună;- Funcționarea punctelor de plecare (substațiilor) ale Serviciului de Ambulanță Județean Bacău în spații închiriate și necorespunzătoare față de necesarul serviciului; <p>Servicii medicale</p> <ul style="list-style-type: none">- Tendința populației de înlocuire a asistenței primare furnizate de medicul de familie cu serviciile spitalicești;- Existența unor categorii de servicii medicale de care populația are nevoie, însă sistemul sanitar județean nu le oferă sau le oferă la un nivel necorespunzător;- Lipsa reprezentării la nivelul județului a unor specialități medicale, medico chirurgicale precum: chirurgie cardiovasculară, chirurgie toracică, hematologie clinică, cardiologie intervențională etc.;- Funcționarea unor secții/compartimente doar în cadrul unor spitale publice descentralizate din județ, deși incidența bolilor tratate este destul de ridicată în tot județul;- Costurile ridicate ale spitalizării, cu precădere în sistemul

- Desfășurarea unui număr ridicat de programe naționale de sănătate în unitățile spitalicești publice și private din județul Bacău;
- Dezvoltarea unor specializări în cadrul unităților sanitare private cu paturi, care atrag pacienți din toată țara (ex. chirurgia estetică);

Infrastructură

- Gama variată de servicii medicale disponibile în sistemul medical din județ;
- Recentele renovări, modernizări și dotări ale unor spitale publice (Spitalul de Urgență Moinești, Spitalul de Urgență Bacău);

Resurse umane

- Existența în sistemul sanitar a unui potențial uman important și diversificat, cu o pregătire profesională bună;
- Funcționarea pe teritoriul județului a Colegiului „Mihai Eminescu” care cuprinde o Școală Postliceală sanitară – domeniul sănătate și asistență pedagogică, calificare asistent medical generalist;
- Înființarea în municipiul Bacău a unei filiale a Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, specializarea Asistență medicală generală, începând cu anul universitar 2011-2012;
- Gradul ridicat de încredere a populației în medicul de familie;
- Existența capacităților manageriale și de analiza la nivelul instituțiilor de resort (DSPJ Bacău, CAS Bacău) și la nivelul unităților spitalicești;

- privat;
- Suprasolicitatea Unităților și Compartimentelor de primire urgență, doar o parte dintre cazuri reprezentând urgențe medicale ce nu pot fi tratate de asistența primară;
- Acces inechitabil al populației la serviciile publice de sănătate de calitate;
- Absența implementării protocoalelor de practică în funcție de dotare și competență profesională în unitățile sanitare;
- Înregistrarea unor situații de supracazare (Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești, Spitalul Orășenesc Buhuși);
- Rata internării (număr internări/100.000 locuitori) în județul Bacău este superioară celei înregistrate în Uniunea Europeană;
- Existența practicii plăților informale în unitățile spitalicești publice;

Finanțare

- Finanțarea insuficientă a spitalelor publice;
- Toate cele 6 spitale sunt de tip pavilionar, cu efort financiar foarte mare pentru reabilitări, întrețineri, funcționare;
- Instituțiile de specialitate acuză un deficit de control al modului de cheltuire a banilor în sistemul sanitar;
- Numărul redus de unități spitalicești care au beneficiat de finanțare nerambursabilă prin POR Axa 3, dimensiunea 3.1.;
- Imposibilitatea bugetării multianuale din cauza inconsecvenței cadrului legislativ și a previziunilor naționale de specialitate;

Dotări

- Gradul ridicat de uzură fizică și morală a aparaturii medicale și non-medicale din unitățile spitalicești publice;
- Lipsa tehnologiilor avansate în spitalele publice; lipsa unui aparat RMN/IRM (imagistică prin rezonanță magnetică);
- Media redusă de computer tomografe, mamografe și aparatură radioterapie la 100.000 locuitori, în comparație cu situația din Uniunea Europeană;
- Numărul insuficient de mașini de ambulanță și puncte de plecare (substații) ale Serviciului de Ambulanță Județean Bacău;
- Nivelul ridicat de uzură a ambulanțelor existente;

Resurse umane

- Personalul medico-sanitar actual din unitățile spitalicești publice este insuficient, în special în anumite secții/compartimente;
- Numărul insuficient de asistenți medicali și ambulanțieri care își desfășoară activitatea în cadrul Serviciului de Ambulanță Județean Bacău;
- Nivelul nesatisfăcător de pregătire profesională a unei părți

- din personalul sanitar mediu;
- Lipsa echipamentelor moderne de instruire a personalului medical;
- Lipsa unui centru local de instruire pentru personalul medical (nivel mediu);
- Politizarea în exces a sistemului sanitar (nivelurile 1 și 2 decizionale);
- Schimbările frecvente ale managerilor spitalelor publice descentralizate din județul Bacău;
- Capacități și abilități manageriale încă insuficiente la anumite niveluri decizionale;
- Încrederea scăzută a populației în medicii din spitalele publice din România și din județul Bacău;

Colaborare în domeniul sănătății

- Implicarea insuficientă a autorităților publice locale în dezvoltarea serviciilor de asistență medicală primară;
- Medicii de familie colaborează insuficient cu instituțiile de resort și cu unitățile spitalicești în dezvoltarea unor activități de prevenție, îmbunătățire a serviciilor oferite populației etc.;
- Numărul redus de ONG-uri active în sectorul sanitar din județ;
- Activitatea de voluntariat în domeniul sănătății este aproape inexistentă;
- Dezvoltarea insuficientă a activităților medicale bazată pe lucru în echipă multifuncțională: medici de familie, medici dentiști, asistenți sociali, mediatori sanitari, asistenți medicali, personal administrativ etc.;

Management

- Lipsa unei direcții/departament în cadrul autorităților locale pentru coordonarea managementului spitalicesc, la nivel de județ;
- Lipsa unei structuri în cadrul spitalelor (departament, echipă informală, etc.) însărcinată cu identificarea surselor de finanțare;
- Lipsa unor structuri funcționale și eficiente de audit în unitățile spitalicești;
- Lipsa unui sistem informatic unitar pentru întreaga activitate administrativă, economică și medicală;

Starea de sănătate a populației

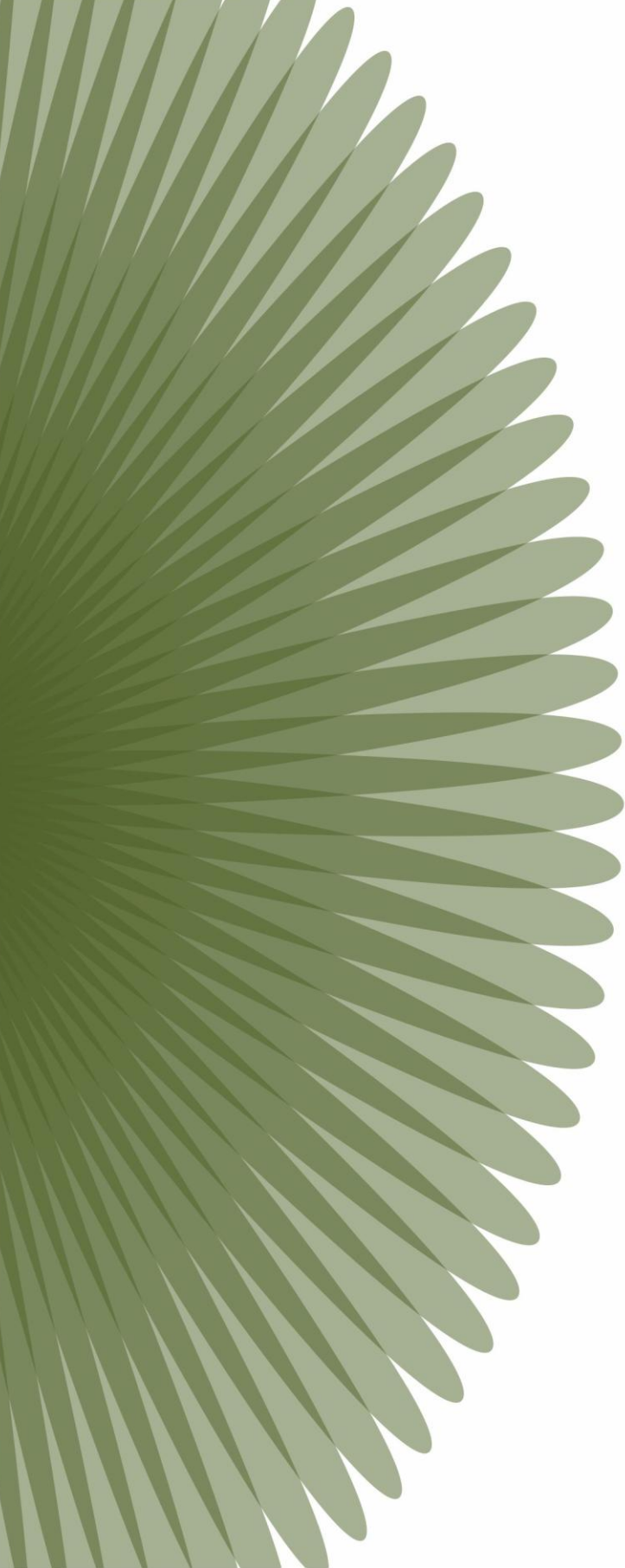
- Creșterea ușoară a numărului mediu de zile de internare în semestrul I al anului 2011 față de anul 2010 (7,1 zile, față de 6,9 zile);
- Ponderea ridicată a persoanelor care suferă de diverse afecțiuni (39,4%);
- Numărul ridicat de persoane consumatoare de alcool și de persoane fumătoare;

- Ponderea redusă a persoanelor care și-au efectuat analize medicale în ultimul an, fără a fi internate în spitale (21,2%);
- Procentul ridicat al populației care nu a fost la medicul de familie în ultimul an de zile (31,6%);
- Numărul scăzut de persoane care au realizat screening-uri pentru cancer;

OPORTUNITĂȚI	AMENINȚĂRI
<ul style="list-style-type: none"> - Reducerea solicitării spitalelor publice din județ și a serviciilor de ambulanță prin dezvoltarea centrelor de permanență; - Transferul anumitor servicii medicale furnizate persoanelor vârstnice către Instituții de asistență socială pentru persoane vârstnice, care furnizează servicii socio-medicale specializate; - Înființarea unui spital de boli cronice; - Înființarea de noi puncte de plecare (substații) ale Serviciului de Ambulanță Județean Bacău; - Informatizarea sistemului medical va duce la reducerea birocrăției și la eficientizarea serviciilor de sănătate; - extinderea sistemului de telemedicină și la SJU Bacău și SM Onești; - Dezvoltarea serviciilor de radioterapie în județul Bacău (singurele competențe din Regiune se găsesc la Iași); - Existența cadrului legislativ care permite reorganizarea spitalelor în funcție de nevoia reală a serviciilor medicale din județul Bacău; - Reorganizarea sistemului de asigurări de sănătate poate contribui la evitarea problemelor financiare din sistem și la accesul echitabil la servicii de calitate; - În contextul reorganizării administrativ-teritoriale a țării, județul Bacău se poate afirma ca unul dintre pilonii importanți ai sistemului regional de sănătate datorită amplasării geografice, accesibilității ridicate, infrastructurii medicale de care dispune, dotarea unităților spitalicești, resurse umane disponibile etc; - Existența politicilor de stimulare a medicilor de a practica în mediul rural, precum Programul Renașterea Satului Românesc; - Existența fondurilor europene pentru reabilitarea structurilor sanitare și dotarea corespunzătoare; - Implementarea unor campanii de educare a populației cu privire la domeniul sănătății. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pe termen mediu, presiunea exercitată de îmbătrânirea excesivă a populației va crea probleme serioase pentru unitățile medico-sanitare din județ; - Îmbătrânirea populației va duce la creșterea ponderii populației care suferă de diverse afecțiuni, dar și la reducerea contribuțiilor destinate asigurărilor de sănătate prin scăderea populației active; - Blocajul privind legiferarea Parteneriatului Public Privat poate duce la stoparea investițiilor în sistemul sanitar din județul Bacău; - Menținerea blocării posturilor din sistemul sanitar public va duce la reducerea performanței serviciilor medicale; - Salarizarea nesatisfăcătoare a personalului medical poate duce la reducerea interesului personalului medical și la migrarea acestuia în străinătate (conform DSPJ Bacău, în perioada septembrie 2010 septembrie 2011 s-au întocmit 350 de dosare pentru plecare în străinătate a personalului calificat); - Existența unui deficit mare de personal va duce implicit la amenințare calității și responsabilității actului medical; - Schimbările în managementul spitalelor publice pe criterii politice cauzează inconsecvență în aplicarea politicilor proprii de dezvoltare; - Decentralizarea și acordarea autonomiei reale a autorităților cu competență în sectorul de sănătate poate fi considerată o amenințare dacă nu se organizează în cadrul acestora departamente de specialitate; - Creșterea costurilor asistenței medicale, în timp ce puterea generală de cumpărare scade, accentuează problemele de finanțare din sistem; - Serviciile medicale din mediul privat pot deveni concurente pentru sistemul public, și nu complementare; - Perpetuarea cheltuielilor nejustificate în sistem, din neimplementarea sistemului de carduri de sănătate.

Capitolul III

Evaluarea stării de sănătate a populației



3.1. Evaluarea stării de sănătate a populației

Starea de sănătate a populației

48,4% persoane autoevaluează starea de sănătate ca fiind bună și foarte bună iar 22,9% persoane autoevaluează o stare de sănătate proastă și foarte proastă.

Cele mai frecvente afecțiuni ale populației sunt durerile de spate și de coloană, hipertensiunea, durerile severe de cap, poliartrita reumatoidă, afecțiunile grave ale coloanei și diabetul.

5,5% din populația județului suferă de boli ale inimii, 2,6% din populație suferă de diabet, 1,9% din populație suferă de ciroza hepatică și hepatite cronice, 1,4% populație au boli pulmonare cronice obstructive, 1,2% din populația județului suferă de neoplasm malign, 0,1% suferă de TBC și 0,1% din populația județului de HIV/SIDA.

43,2% din cazurile de noi îmbolnăviri cursul anului 2010 sunt boli ale aparatului respirator.

De o afecțiune care a limitat activitatea zilnică, în ultimele 6 luni, au suferit 31,2% persoane.

Principala cauză de deces este reprezentată de bolile aparatului circulator.

Greutatea medie la naștere a copiilor născuți în spitalele publice din județul Bacău se înscrie în limite normale.

Rata de mortalitate s-a diminuat de la 7,6‰ până la 2,7‰ în perioada 1990-2010, volumul născuților

morți în 2010 reprezentând 20,8% din volumul din anul 1990.

Rata de mortalitate perinatală s-a redus în ultimii ani, de la 8,2‰ până la 3,0‰ în anul 2010.

Starea de sănătate autopercepută

Majoritatea respondenților din cadrul Studiului privind evaluarea stării de sănătate a populației județului Bacău își apreciază starea de sănătate într-o notă pozitivă, 40,6% respondenți evaluând o stare de sănătate bună, 28,7% respondenți apreciază starea de sănătate așa și așa și 7,8% respondenți apreciază o stare de sănătate foarte bună.

22,9% dintre respondenți apreciază că au o stare de sănătate proastă și foarte proastă.

Se observă faptul că respondenții din mediul urban își autoevaluează starea generală de sănătate mai degrabă bună și foarte bună, comparativ cu respondenții din mediul rural. Așadar, în mediul urban, 55,0% din respondenți apreciază o stare de sănătate bună și foarte bună, iar 18,1% apreciază o stare de sănătate proastă și foarte proastă. În mediul rural, 40,8% din respondenți apreciază o stare de sănătate bună și foarte bună, iar 28,5% respondenți apreciază o stare de sănătate proastă și foarte proastă.

Prezența anumitor afecțiuni/boli, pe medii de rezidență

Afecțiuni	Urban	Rural	Total
Dureri de spate și de coloană	30,6%	34,4%	32,4%
Hipertensiune	18,5%	23,8%	20,9%
Dureri de cap severe, cum ar fi migrena	12,2%	16,9%	14,4%
Poliartrita reumatoidă	11,7%	12,7%	12,2%
Afecțiuni grave ale coloanei	5,0%	7,9%	6,3%
Diabet	6,8%	5,8%	6,3%
Alergie (inflamarea ochilor, rinita, dermatita, alergii alimentare etc)	6,3%	5,8%	6,1%
Astm (inclusiv astmul alergic)	4,5%	6,3%	5,4%
Ulcer (gastric sau duodenal)	4,5%	6,3%	5,4%
Bronșită cronică, boli pulmonare	3,2%	7,4%	5,1%
Osteoartrită (artroză, degenerare a articulațiilor)	5,0%	5,3%	5,1%
Infarct miocardic	3,6%	2,6%	3,2%
Boli coronariene	2,7%	2,1%	2,4%
Inconsecvență urinară, probleme în controlul vezicii urinare	2,3%	2,6%	2,4%
Ciroză hepatică, disfuncție hepatică	2,3%	2,1%	2,2%
Depresie cronică	2,3%	1,6%	1,9%
Vătămare permanentă sau dizabilitate cauzată de un accident	0,9%	2,6%	1,7%
Accident Vascular Cerebral	0,9%	1,1%	1,0%
Cancer (tumori maligne, inclusiv leucemie și limfom)	1,4%	0,0%	0,7%
Ale probleme de sănătate mintală	0,5%	1,1%	0,7%
Anxietate cronică	0,5%	0,0%	0,2%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Bolile populației

Cele mai frecvente afecțiuni de sănătate menționate sunt durerile de spate și de coloană (32,4% dintre respondenți), hipertensiunea (20,9% dintre respondenți), durerile severe de cap (14,4% dintre respondenți), poliartrita reumatoidă (12,2% dintre respondenți), afecțiunile grave ale coloanei (6,3% dintre respondenți) și diabetul (6,3% dintre respondenți).

Dintre afecțiunile medicale de care suferă populația respondentă, cea mai mare rată de diagnosticare de către un medic se observă pentru: bolile coronariene (100,0% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 30,0% diagnosticate în ultimele 12 luni), ulcerul (95,5% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 40,9% diagnosticate în ultimele 12 luni), afecțiunile grave ale coloanei (92,3% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 23,1% diagnosticate în ultimele 12 luni), hipertensiunea (91,9% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 45,3% diagnosticate în ultimele 12 luni), ciroza, disfuncția hepatică (88,9% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 55,6% diagnosticate în ultimele 12 luni), diabetul (88,5% dintre cazuri sunt diagnosticate de către

un medic și 53,8% diagnosticate în ultimele 12 luni), osteoartrita (85,7% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 47,6% diagnosticate în ultimele 12 luni), bronșita cronică, bolile pulmonare (85,7% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 14,3% diagnosticate în ultimele 12 luni), vătămarea permanentă/dizabilitate cauzată de un accident (85,7% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 14,3% diagnosticate în ultimele 12 luni), infarctul miocardic (84,6% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 38,5% diagnosticate în ultimele 12 luni) și poliartrita reumatoidă (82,0% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 34,0% diagnosticate în ultimele 12 luni).

Autoevaluarea stării de sănătate, pe medii de rezidență

	Urban	Rural	Total
foarte bună	10,4%	4,8%	7,8%
bună	44,6%	36,0%	40,6%
așa și așa	27,0%	30,7%	28,7%
proastă	14,0%	22,2%	17,8%
foarte proastă	4,1%	6,3%	5,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Gradul de diagnosticare a afecțiunilor/bolilor, pe medii de rezidență

	% din cazurile identificate					
	Diagnosticate de către medic			Diagnosticate de către medic în ultimele 12 luni		
	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total
Boli coronariene	100,0%	100,0%	100,0%	33,3%	25,0%	30,0%
Ulcer (gastric sau duodenal)	90,0%	100,0%	95,5%	50,0%	33,3%	40,9%
Afecțiuni grave ale coloanei	90,9%	93,3%	92,3%	18,2%	26,7%	23,1%
Hipertensiune	95,1%	88,9%	91,9%	53,7%	37,8%	45,3%
Ciroză hepatică, disfuncție hepatică	100,0%	75,0%	88,9%	80,0%	25,0%	55,6%
Diabet	93,3%	81,8%	88,5%	46,7%	63,6%	53,8%
Osteoartrită (artroză, degenerare a articulațiilor)	72,7%	100,0%	85,7%	54,5%	40,0%	47,6%
Bronșită cronică, boli pulmonare	71,4%	92,9%	85,7%	14,3%	14,3%	14,3%
Vătămare permanentă sau dizabilitate cauzată de un accident	50,0%	100,0%	85,7%	0,0%	20,0%	14,3%
Infarct miocardic	100,0%	60,0%	84,6%	62,5%	-	38,5%
Poliartrita reumatoidă	84,6%	79,2%	82,0%	34,6%	33,3%	34,0%
Accident Vascular Cerebral	100,0%	50,0%	75,0%	50,0%	-	25,0%
Astm (inclusiv astmul alergic)	60,0%	83,3%	72,7%	30,0%	41,7%	36,4%
Incontinență urinară, probleme în controlul vezicii urinare	80,0%	60,0%	70,0%	-	40,0%	20,0%
Cancer (tumori maligne, inclusiv leucemie și limfom)	66,7%	-	66,7%	33,3%	-	33,3%
Ale probleme de sănătate mintală	100,0%	50,0%	66,7%	-	-	-
Alergie (inflamarea ochilor, rinita, dermatita, alergii alimentare etc)	64,3%	63,6%	64,0%	21,4%	36,4%	28,0%
Depresie cronică	80,0%	33,3%	62,5%	40,0%	0,0%	25,0%
Dureri de cap severe, cum ar fi migrena	22,2%	71,9%	49,2%	14,8%	21,9%	18,6%
Dureri de spate și de coloană	38,2%	38,5%	38,3%	13,2%	15,4%	14,3%
Anxietate cronică	-	-	-	-	-	-

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Cea mai menționată afecțiune, durerile de spate și de coloană, au cea mai scăzută rată de diagnosticare, 38,3% din respondenți declarând că acestea au fost diagnosticate de către medic și doar 14,3% din cazuri au fost diagnosticate în ultimele 12 luni.

În ultimele 12 luni, o rată ridicată de diagnosticare a afecțiunilor/bolilor menționate se observă în cazul cirozei hepatice, disfuncțiilor hepatice (55,6% din cazurile menționate), diabetului (53,8% din cazurile menționate), osteoartritei (47,6% din cazurile menționate), hipertensiunii (45,3% din cazurile menționate) și ulcerului (40,9% din cazurile menționate).

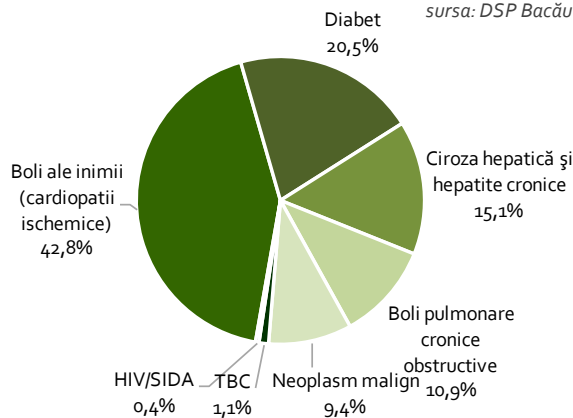
În evidențele raportate Direcției de Sănătate Publică Bacău se aflau înregistrați 91.074 bolnavi cu boli prevalente în anul 2010, iar în primul semestru al anului 2011 deja erau înregistrați 92.356 bolnavi. Cele mai frecvente boli în rândul populației din județ sunt cele de inimă (42,8% bolnavi în anul 2010), acestea fiind urmate de diabet (20,5% bolnavi), ciroza hepatică și hepatite cronice (15,1% bolnavi), boli pulmonare cronice obstructive (10,9% bolnavi), neoplasm malign (9,4% bolnavi), TBC (1,1% bolnavi) și HIV/SIDA (0,4% bolnavi).

Raportat la populația stabilă a județului la 1 iulie 2010, rezultă faptul că 5,5% din populația județului suferă de boli ale inimii, 2,6% din populație suferă de diabet, 1,9% din populație suferă de ciroza hepatică și hepatite cronice, 1,4% populație au boli pulmonare cronice obstructive, 1,2% din populația județului suferă de

distribuția bolnavilor aflați în evidență, pe categorii de boli (prevalența)

2010

sursa: DSP Bacău



neoplasm malign, 0,1% suferă de TBC și 0,1% din populația județului de HIV/SIDA.

Diabetul este cea de-a doua boală în rândul populației din județul Bacău și una din cele mai complicate, prin prisma faptului că trebuie un control zilnic al pacientului, în caz contrar poate conduce la complicații cronice cu consecințe grave.

La nivelul județului, aproximativ 99,6% din persoanele diabetice primeau o îngrijire adecvată, în perioada 2007-

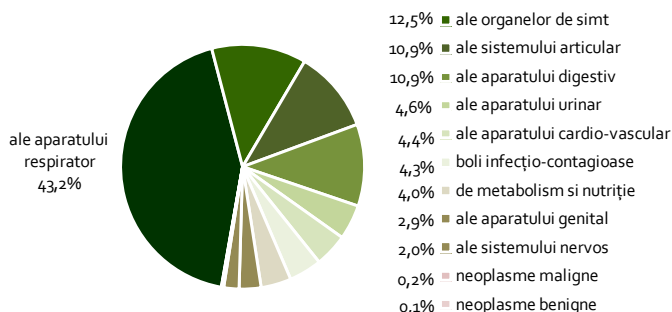
Bolnavi aflați în evidență pe următoarele tipuri de boli (prevalență)

Tipuri de boli	u.m.	2000	2007	2008	2009	2010	2011 (sem. I)	2010 fata de 2000	sem I 2011 față de 2000
Boli ale inimii (cardiopatii ischemice)	nr.	14.611	35.107	36.250	37.614	38.957	39.423	+166,6%	+1,2%
	% populație	1,9%	4,9%	5,0%	5,3%	5,5%			
Diabet	nr.	6.804	13.823	15.967	17.309	18.631	19.438	+173,8%	+4,3%
	% populație	0,9%	1,9%	2,2%	2,4%	2,6%			
Ciroza hepatică și hepatite cronice	nr.	5.262	11.680	12.683	13.103	13.716	13.739	+160,7%	+0,2%
	% populație	0,7%	1,6%	1,8%	1,8%	1,9%			
Boli pulmonare cronice obstructive	nr.	4.661	8.744	9.072	9.526	9.927	9.990	+113,0%	+0,6%
	% populație	0,6%	1,2%	1,3%	1,3%	1,4%			
Neoplasm malign	nr.	6.155	8.236	8.482	8.584	8.517	8.399	+38,4%	-1,4%
	% populație	0,8%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%			
TBC	nr.	1.045	945	939	1.013	967	1.007	-7,5%	+4,1%
	% populație	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%			
HIV/SIDA	nr.		330	334	351	359	360	-	+0,3%
	% populație	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%			
Total	nr.	38.538	78.865	83.727	87.500	91.074	92.356	+136,3%	+1,4%
	% populație	5,1%	11,0%	11,7%	12,2%	12,7%			

Sursa: DSP Bacău

Îmbolnăviri înregistrate în cursul anului 2010, pe categorii de afecțiuni, în jud. Bacău

sursa: DPS Bacău



2011. În anul 2010, numărul diabeticilor din județ era de 2,7 ori mai mare decât în anul 2000.

În ceea ce privește îmbolnăvirile noi, bolile aparatului respirator sunt cele mai frecvente, reprezentând 43,2% din cazurile de noi îmbolnăviri din cursul anului 2010.

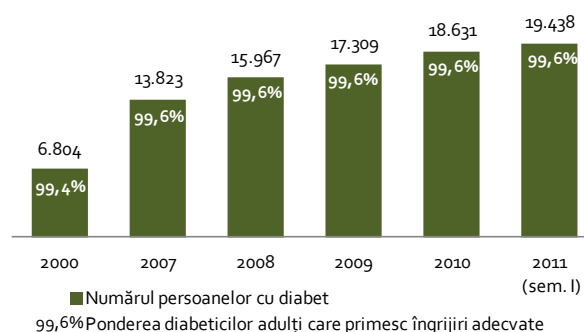
Din totalul cazurilor noi de îmbolnăvire a aparatului respirator 1,6% (3.918 cazuri) sunt cazuri noi de îmbolnăvire cu boli pulmonare obstructive, din care 3.196 de bronșită cronică, 647 cazuri noi de astmă, 59 cazuri noi de emfizem și 16 cazuri noi de bronșectazie.

În anul 2010, în județ, s-au înregistrat creșteri semnificative a numărului de noi îmbolnăviri în cazul neoplasmelor benigne (de la 9 cazuri noi în anul 2009 la 72 cazuri noi în anul 2010), neoplasmelor maligne (+65,6%), sistemului articular (+32,9%), organelor de simț (+31,7%), aparatului urinar (+27,3%), metabolismului și nutriției (+25,8%) și aparatului digestiv (+22,0%).

evoluția numărului de diabetici din județul Bacău

2000-2010

sursa: DSP Bacău



Din numărul total de noi îmbolnăviri din cursul anului 2010, se observă o rată ridicată de îmbolnăvire, per ansamblu, a persoanelor adulte de 15-64 ani. Pe categorii de boli, se remarcă faptul că noile cazuri de boli infecțio-contagioase, s-au înregistrat cu preponderență la copiii cu vârste de 1-14 ani (53,3% din totalul cazurilor), iar la persoanele vârstnice, de 65 de ani și peste se remarcă bolile aparatului cardio-vascular (39,7% din cazurile noi), bolile sistemului articular (39,0% din cazurile noi) și bolile sistemului nervos (36,6% din cazurile noi).

Bolile transmisibile

Bolile infecțioase, (bolile contagioase, boli transmisibile), sunt provocate de agenți patologici infecțioși, transmisibili, care pot fi microbi, viruși, paraziți mono sau pluricelulari, sau fracțiuni proteice (peptide). În județ, numărul de cazuri de boli transmisibile înregistrate în anul 2010 a fost de 25.285 cazuri, cu 8,5% mai puține cazuri decât în anul precedent, anul în care s-a înregistrat

Număr îmbolnăviri înregistrate în cursul anului – evidențele medicilor de familie

Afecțiuni:	2000	2007	2008	2009	2010	2010 față de 2009	2010 față de anul 2000
ale aparatului respirator	193.977	200.920	205.171	242.215	252.300	+4,2%	+30,1%
ale organelor de simț	41.543	48.109	48.078	55.492	73.108	+31,7%	+76,0%
ale sistemului articular	20.960	45.929	45.997	47.954	63.731	+32,9%	+204,1%
ale aparatului digestiv	25.456	42.809	47.509	52.138	63.603	+22,0%	+149,9%
ale aparatului urinar	12.812	22.092	21.726	21.229	27.030	+27,3%	+111,0%
ale aparatului cardio-vascular	22.646	23.320	24.619	26.457	25.718	-2,8%	+13,6%
boli infecțio-contagioase	25.525	25.464	25.162	23.304	25.285	+8,5%	-0,9%
de metabolism și nutriție	9.185	14.980	22.543	18.534	23.319	+25,8%	+153,9%
ale aparatului genital	6.278	13.181	10.742	15.062	16.869	+12,0%	+168,7%
ale sistemului nervos	2.363	6.387	7.036	10.041	11.756	+17,1%	+397,5%
neoplasme maligne	1.473	1.470	1.586	1.530	1.385	-9,5%	-6,0%
neoplasme benigne	137	95	143	241	399	+65,6%	+191,2%
ale aparatului locomotor (fără sist. articular)	147	68	12	9	72	+700,0%	-51,0%
Total	362.502	444.824	460.324	514.206	584.575	+13,7%	+61,3%

Sursa: DSP Bacău

un număr scăzut de cazuri de boli transmisibile, față de anii anteriori, deși numărul de vaccinuri realizate la copii și persoanele adulte și vârstnice au fost în număr redus.

Limitarea activităților zilnice în urma unei afecțiuni, în ultimele 6 luni

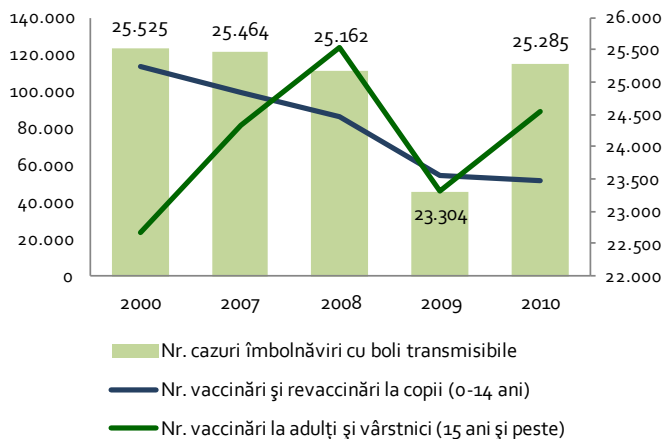
	Urban	Rural	Total
nu, deloc	69,8%	63,5%	66,9%
o ușoară afecțiune	16,2%	19,6%	17,8%
o gravă afecțiune	12,6%	14,3%	13,4%
nu știu	-	2,1%	1,0%
nu răspund	1,4%	0,5%	1,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

evoluția numărului de cazuri de boli transmisibile, în concordanță cu numărul de vaccinuri realizate, în jud. Bacău

2000-2010

sursa: DSP Bacău



Incidența cancerului

Conform DSP Bacău, în anul 2010 au fost înregistrate 1.385 cazuri noi de neoplasm malign (cancer), cu 9,5% mai puține decât în anul precedent.

Din numărul total de cazuri de cancer, 183 cazuri au fost de cancer pulmonar (13,2%), 160 cazuri de cancer mamar (11,6%), 98 cazuri de cancer de colon (7,1%), 74 cazuri cancer de prostată (5,3%), 62 cazuri cancer de stomac (4,5%).

Prevalența persoanelor cu boli pulmonare cronice obstructive

Potrivit DSP Bacău, în anul 2010 s-au aflat în evidență 9.927 persoane cu boli pulmonare cronice obstructive, cu 4,2% mai multe decât în anul precedent.

Din numărul total de persoane cu boli pulmonare cronice obstructive, 3.196 sufereau de bronșită cronică, 647 de astm, 59 de emfizem și 16 de bronșiectazie.

Astm

În anul 2009, numărul cazurilor noi de astm înregistrate în județul Bacău este de 647 persoane, cu 23,5% mai puține decât în anul anterior.

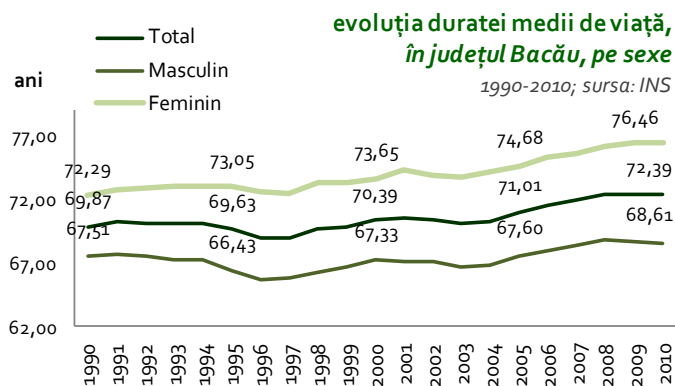
Demență

Conform DSP Bacău, la nivel județean au fost înregistrate, în anul 2010, 11.756 cazuri de boli ale sistemului nervos, cu 17,1% mai multe decât în anul anterior.

Număr îmbolnăviri înregistrate în anul 2010, pe vârste

	0-1 an	1-14 ani	15-64 ani	65 și peste	Total
ale aparatului respirator	11,6%	43,2%	34,4%	10,8%	100,0%
ale organelor de simt	6,1%	27,3%	44,8%	21,8%	100,0%
ale sistemului articular	0,0%	0,4%	60,6%	39,0%	100,0%
ale aparatului digestiv	2,6%	13,9%	58,5%	24,9%	100,0%
ale aparatului urinar	0,5%	9,9%	61,8%	27,8%	100,0%
ale aparatului cardio-vascular	0,3%	1,6%	58,3%	39,7%	100,0%
boli infecțio-contagioase	4,3%	53,3%	34,0%	8,5%	100,0%
de metabolism și nutriție	5,0%	14,7%	59,9%	20,4%	100,0%
ale aparatului genital	0,1%	3,8%	80,2%	15,8%	100,0%
ale sistemului nervos	0,0%	3,0%	60,4%	36,6%	100,0%
neoplasme maligne	0,0%	0,0%	96,9%	3,1%	100,0%
neoplasme benigne	2,3%	3,5%	81,7%	12,5%	100,0%

Sursa: DPS Bacău, calcule proprii



Depresii

Conform *Studiului privind evaluarea stării de sănătate a județului Bacău*, 1,9% din respondenți au declarat că au suferit de depresie cronică. Incidența este ușor mai ridicată în mediul urban (2,3%), decât în mediul rural (1,6%).

Diabet

Potrivit DSP Bacău, la nivel județean, în semestrul I 2011, erau înregistrate 19.438 cazuri de diabet, cu 4,3% mai multe decât în anul 2010. Numărul diabeticilor adulți care primesc îngrijiri adecvate (rămași în evidență) este de 19.360 persoane (99,6% din totalul diabeticilor).

Dureri musculo-scheletice

Conform *Studiului privind evaluarea stării de sănătate a județului Bacău*, aproape o treime din populație a declarat că a suferit de dureri de spate și de coloană. Incidența este ușor mai ridicată în mediul rural (34,4%), decât în mediul urban (30,6%).

Accidentele vasculare cerebrale

În semestrul I al anului 2011 în județul Bacău au fost înregistrate 801 cazuri de decese cauzate de accidente vasculare cerebrale. În anul 2010, au fost înregistrate 1.627 persoane decedate din această cauză, cu 12,6% mai multe decât în anul anterior.

Accidentări la locul de muncă

În anul 2009, s-au accidentat la locul de muncă 69 de persoane din județul Bacău, cu 36,1% mai puține față de anul precedent când au fost înregistrate 108 cazuri de accidente de muncă (din care 10 mortale), conform datelor furnizate de Institutul Național de Statistică. În județul Bacău, se observă tendința de scădere a accidentelor de muncă, în perioada 2000-2009, vârful fiind anii 2003 (153 accidente, din care 17 mortale), 2004 (180 accidente, din care 17 mortale) și 2005 (133 accidente, din care 17 mortale).

Accidentări casnice

Conform Direcției de Sănătate Publică, în anul 2010, s-au înregistrat 19 decese din cauza accidentelor rutiere, cu 45,7% mai puține decât în anul anterior.

Accidentări rutiere

Conform Direcției de Sănătate Publică, în anul 2010, s-au înregistrat 101 decese din cauza accidentelor rutiere, cu 9,8% mai puține decât în anul anterior.

Limitări pe termen lung a activității

În cadrul *Studiului privind evaluarea stării de sănătate a județului Bacău*, 1,7% din persoane au declarat că au suferit o vătămare permanentă sau dizabilitate cauzată de un accident. Din acestea, 85,7% din cazuri au fost diagnosticate de un medic și 14,3% au fost diagnosticate în ultimele 12 luni.

Limitări fizice și senzoriale funcționale

De o afecțiune care a limitat activitatea zilnică, în ultimele 6 luni, au suferit 31,2% dintre respondenți, în timp ce 66,9% din respondenți nu au suferit o astfel de afecțiune în ultimele 6 luni.

Ponderea persoanelor din mediul rural care, în ultimele 6 luni, au suferit de o afecțiune care a limitat activitățile zilnice este cu 5,1 puncte mai ridicată comparativ cu situația de la nivel urban, unde doar 28,8% respondenți au suferit o ușoară/gravă afecțiune.

Speranța de viață

Durata medie a vieții reprezintă numărul mediu de ani pe care îi are de trăit un nou născut, dacă ar trăi tot restul vieții în condițiile mortalității pe vârste din perioada de referință. În județul Bacău aceasta ajunge la 72,4 ani, în anul 2010, cu 2,5 ani peste valoarea din anul 1990.

Pe sexe, durata medie a vieții diferă semnificativ, femeile având o durată medie de viață cu aproape 8 ani peste durata medie a vieții a persoanelor de gen masculin. În intervalul temporal 1990-2010, diferența pe sexe a duratei medii de viață s-a majorat, de la 4,8 ani în anul 1990 până la 7,9 ani în anul 2010.

Pe medii de rezidență, în anul 2010, la nivelul județului, durata medie a vieții a fost de 73,9 ani în mediul urban și de 71,1 ani în mediul rural.

Cauze de deces

În anul 2010, au fost înregistrate 8.627 decese, în județ, conform INS. Principala cauză de deces este reprezentată de bolile aparatului circulator, 55,3% din decesele din 2010 fiind din această cauză. În perioada

1990-2010, bolile aparatului circulator au provocat cele mai multe decese în rândul populației din județ, ponderea acestora încadrându-se în intervalul 54-57%.

Cea de-a doua cauză de deces este reprezentată de tumori, care în anul 2010 deținea 17,2% din cauzele de deces. Însă, ponderea acestei cauze în numărul total de decese este în continuă creștere, ajungând de la 12,4% în anul 1990 până la 17,2% în anul 2010. Totodată, rata medie de creștere anuală este de 3,1%.

În perioada analizată, 1990-2010, se remarcă majorarea ponderii deceselor cauzate de boli cerebro-vasculare (de la 10,7% în 1990 până la 18,9% în anul 2010), tumori (de la 12,4% în 1990 până la 17,2% în anul 2010) și boli ale aparatului digestiv (de la 6,9% în 1990 până la 10,8% în anul 2010). Pe de altă parte, ponderea deceselor cauzate de bolile aparatului respirator s-au redus (de la 10,2% în 1990 la 4,4% în anul 2010).

Conform Direcției de Sănătate Publică, în anul 2010, s-au înregistrat 101 decese din cauza accidentelor rutiere, 31 decese din cauza consumului de alcool, 26 omoruri și 19 accidente casnice. Comparativ cu anii anteriori, în anul 2010, s-a diminuat numărul deceselor cauzate de accidente rutiere (-28,4% în 2010 față de anul 2000),

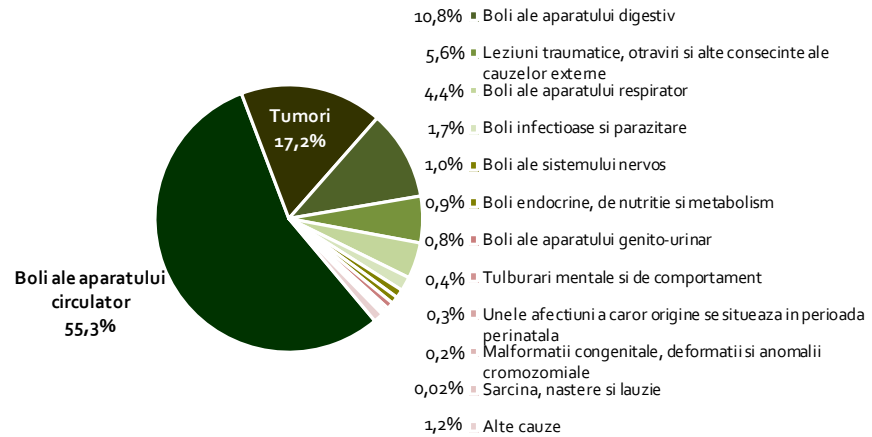
Pondere deceselor pe cauze, în județul Bacău

	1990	1995	2000	2005	2010
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Boli infectioase si parazitare	1,8%	1,4%	1,5%	1,5%	1,7%
din care: Tuberculoza	0,7%	0,8%	0,7%	0,8%	0,9%
Tumori	12,4%	14,1%	15,3%	17,2%	17,2%
Boli endocrine, de nutritie, de metabolism, ale sângelui si ale organelor hematopoetice	1,5%				
Boli endocrine, de nutritie si metabolism		1,0%	1,1%	0,7%	0,9%
din care: Diabet zaharat		1,0%	1,1%	0,6%	0,8%
Tulburari mintale, boli ale sistemului nervos si ale organelor simturilor (fara bolile cerebrovasculare)	1,7%				
Tulburari mentale si de comportament		0,5%	0,5%	0,2%	0,4%
Boli ale sistemului nervos		1,2%	0,6%	1,1%	1,0%
Boli ale aparatului circulator	54,1%	55,5%	54,7%	55,4%	55,3%
din care: Boala ischemica a inimii	!	19,6%	18,0%	19,7%	16,8%
din care: Boli cerebro-vasculare	10,7%	16,3%	7,8%	15,5%	18,9%
Boli ale aparatului respirator	10,2%	7,4%	7,2%	6,0%	4,4%
Boli ale aparatului digestiv	6,9%	8,5%	9,0%	9,2%	10,8%
Boli ale aparatului genito-urinar	1,2%	0,9%	0,7%	0,9%	0,8%
Sarcina, nastere si lauzie	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Unele afectiuni a caror origine se situeaza in perioada perinatala	0,7%	0,8%	1,1%	0,5%	0,3%
Malformatii congenitale, deformatii si anomalii cromozomiale	1,2%	0,7%	0,7%	0,3%	0,2%
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor externe	8,2%	7,9%	7,5%	6,6%	5,6%
Alte cauze	0,2%	0,2%	0,1%	0,5%	1,2%

Sursa: INS

Principalele cauze de deces, în județul Bacău, în anul 2010

sursa: INS



consumul de alcool (-11,4% în 2010 față de anul 2000), omoruri (-70,5% în 2010 față de anul 2000) și accidente casnice (-62,7 în 2010 față de anul 2000).

Mortalitatea cauzată de boli cardiace

Principala cauză de deces este reprezentată de bolile aparatului circulator, 55,3% din decesele din 2010 fiind din această cauză. În perioada 1990-2010, bolile aparatului circulator au provocat cele mai multe decese în rândul populației din județ, ponderea acestora încadrându-se în intervalul 54-57%.

Decesele legate de alcool

Conform DSP Bacău, în semestrul I al anului 2011 s-au înregistrat 13 decese legate de alcool. În anul 2010 numărul deceselor legate de alcool a fost de 31 cazuri, cu 5 mai puține decât în anul anterior.

Decesele legate de droguri

În perioada 2007-semestrul I al anului 2011 nu a fost înregistrat niciun deces cauzat de consumul de droguri și alte substanțe similare.

Decesele legate de fumat

În perioada 2007-semestrul I al anului 2011 nu a fost înregistrat niciun deces cauzat de fumat.

Tentativele de suicid

În anul 2010, în județ, au fost internate în spitalele publice 186 persoane, din cauza tentativele de suicid. Față de anul precedent, anul 2009, numărul internărilor datorate tentativele de suicid s-a majorat cu 7,5%, însă comparativ cu situația de acum 10 ani, numărul internărilor din această cauză s-a diminuat cu 48,5%.

Indicatori ai evoluției stării de sănătate a populației, în concordanță cu îmbunătățirea nivelului de trai a populației, sunt cei legați de natalitate, greutatea medie la naștere a copiilor, mortalitatea și complicațiile perinatale soldate cu deces.

Greutatea la naștere

Greutatea medie la naștere a copiilor născuți în spitalele publice din județul Bacău a fost de 3.153,57 grame în anul 2010, cu 26,7 grame mai puțin decât greutatea medie din anul precedent și 20,9 grame mai mult față de greutatea medie din anul 2000. Fluctuația greutății medii în intervalul de timp 2000-2010, relevă o greutate medie a copilului la naștere în limite normale.

Mortalitatea infantilă

Rata mortalității infantile este un indicator generic care, de obicei, este utilizat în analiza stării generale de sănătate și a nivelului de dezvoltare socio-economică ale unei populații. În județul Bacău, rata mortalității infantile

a scăzut foarte mult, în perioada 1990-2010, de la o valoare inițială de 29,8‰, până la 11,1‰. Analizat pe medii de rezidență, valoarea indicatorului este dublă în mediul rural față de cea a mediului urban. Cu toate că ecartul dintre valorile celor două medii a fluctuat semnificativ în perioada 1990-2010, ierarhia s-a menținut în permanență, rata mortalității infantile în mediul rural fiind mai ridicată. Această situație are cauze multiple, de la condițiile de igienă la nivelul de informare a populației, la disponibilitatea serviciilor medicale de urgență, la riscurile de îmbolnăvire la care sunt expuși copiii etc.

Mortalitatea

În anul 2010, în județul Bacău s-au înregistrat 20 cazuri de mortinatalitate, reprezentând 16,9% din totalitatea cazurilor din regiunea Nord Est și 2,3% din totalitatea cazurilor la nivel național. Pe medii de rezidență, cele mai multe cazuri de mortinatalitate s-au înregistrat în mediul rural (12 cazuri), față de mediul urban al județului (8 cazuri).

La nivel național, ponderea cea mai ridicată a mortinatalității se remarcă la mamele cu vârsta de 20-24 ani (22,1% cazuri), 25-29 ani (24,6% cazuri) și 30-34 ani (23,5% cazuri).

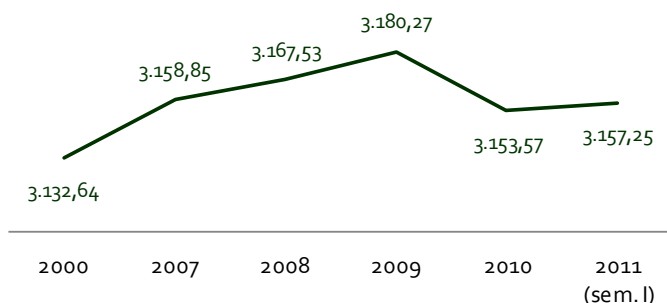
Raportat la numărul total de născuți (vii și morți), rata de mortinatalitate în județul Bacău a fost de 2,7‰, în anul 2010, ușor mai ridicată față de anul anterior (2,6‰). Pe medii de rezidență, rata de mortinatalitate din mediul rural a fost de 3,0‰, peste nivelul din mediul urban de 2,4‰.

Diminuarea ratei de mortinatalitate, în perioada 1990-2010, de la 7,0‰ până la 4,0‰ la nivel național și de la 7,6‰ până la 2,7‰ la nivelul județului Bacău, semnifică pe de o parte îmbunătățirea tehnicilor de urmărire a evoluției sarcinii de către specialiști, și pe de altă parte cunoașterea într-o măsură mai mare a necesităților (alimentație, control medical periodic, etc.) și a comportamentului specific pe perioada sarcinii de către femeile însărcinate.

Deși tendința generală a evoluției ratei mortinatalității este descendentă, în anii 1997 și 2003 s-au înregistrat valori maxime de 8,0‰, respectiv 7,5‰.

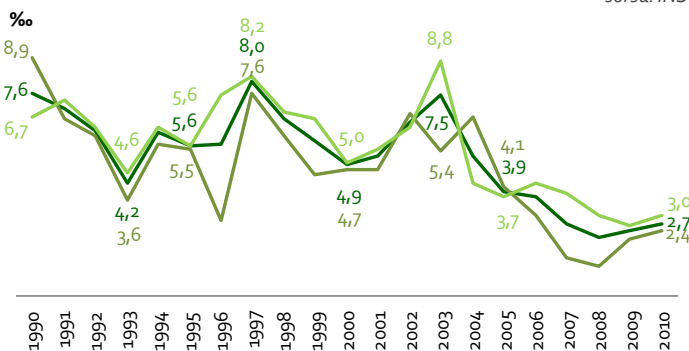
evoluția greutății medii la nașterea unui nou-născut (grame), în județul Bacău

2000-sem. I 2011
sursa: DSP Bacău



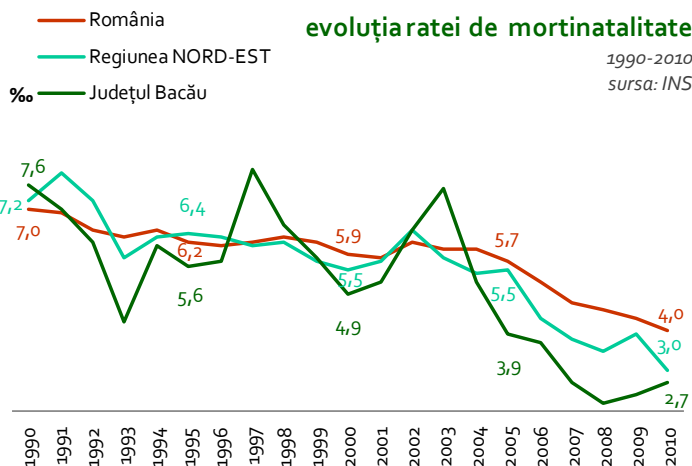
evoluția ratei de mortinatalitate, pe medii de rezidență, în județul BACĂU

1990-2010
sursa: INS



evoluția ratei de mortinatalitate

1990-2010
sursa: INS



Din punct de vedere al volumului, numărul cazurilor de născuți morți din anul 2010 reprezintă 38,4% la nivel național, 25,5% la nivel regional și 20,8% la nivel județean din numărul cazurilor de născuți morți din anul 1990.

Mortalitatea perinatală

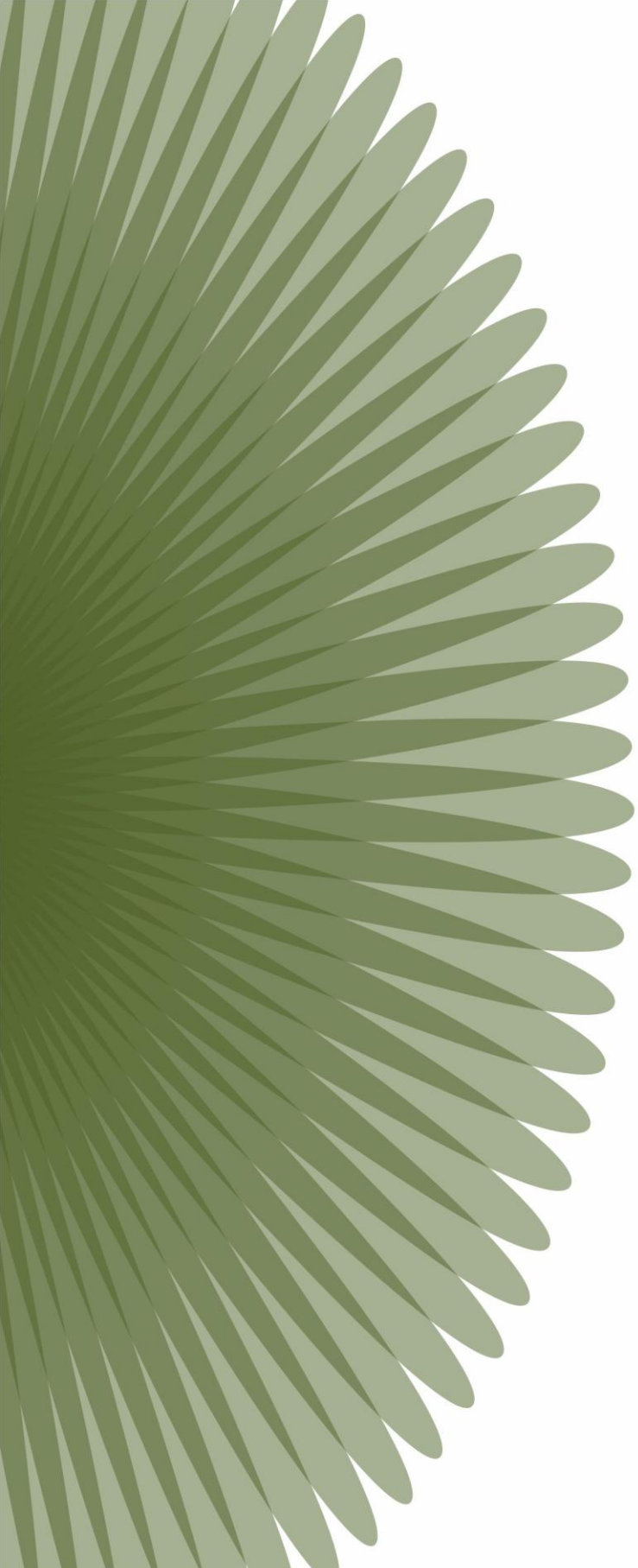
Rata mortalității perinatale reprezintă numărul de nou-născuți morți și decedați în prima săptămână de viață la 1.000 de nașteri.

În anul 2010, s-au înregistrat 22 de cazuri de mortalitate perinatală, cu 37,5% mai multe față de anul precedent și de 3,4 ori mai puține față de anul 2000. Așadar, rata de mortalitate perinatală s-a redus în ultimii ani, de la 8,2‰ până la 3,0‰ în anul 2010.

The background features a series of yellow rays emanating from the top right corner, creating a sunburst effect. The lower portion of the image is a solid dark green horizontal bar.

Capitolul IV

Evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate



4.1. Evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate

Sistemul de furnizare a serviciilor de sănătate

77,1% persoane au declarat că nici un membru al familiei nu s-a vaccinat în ultimele 12 luni.

2,7% persoane au realizat screening pentru cancerul la colon, 4,3% persoane de sex feminin au realizat screening pentru cancerul de col uterin și 1,7% persoane de sex feminin au realizat screening pentru cancerul la sân.

În județul Bacău, în anul 2011, funcționează 8 spitale publice.

La 1.000 de locuitori din județul Bacău revin 3,6 paturi, 0,6 medici și 2 asistenți medicali din unitățile spitalicești publice.

În ultimii 2 ani, 2009 și 2010, în sistem ambulatoriu s-au oferit mai degrabă consultații decât tratamente.

16,1 persoane au o încredere scăzută față de sistemul medical public din județul Bacău.

Cel mai scăzut grad de apreciere, privind sistemul public de sănătate, îl înregistrează aspecte precum costurile practicate pentru serviciile medicale, gradul de transparență în cheltuirea fondurilor, condițiile de spitalizare, gradul de modernizare a echipamentelor și starea instrumentarului.

Avantajul serviciilor medicale publice, în detrimentul celor private, este reprezentat în principal de costurile mai reduse.

Cele mai multe persoane optează pentru servicii/unități medicale private, cu excepția serviciului medical de urgență.

Gradul de vaccinare al copiilor

77,1% dintre persoanele intervievate în cadrul Studiului au declarat că niciun membru al familiei nu s-a vaccinat în ultimele 12 luni.

În același timp, 14,4% din respondenți au susținut faptul că s-au vaccinat copiii din familie, 4,6% din respondenți susțin că s-au vaccinat persoanele adulte și 4,6% din respondenți declară că s-au vaccinat persoane vârstnice din familie, în ultimele 12 luni.

Conform DSP Bacău, în anul 2010 au fost efectuate 51.959 vaccinări și revaccinări a copiilor de la nivel județean (0-14 ani). Față de anul anterior, numărul vaccinărilor copiilor a scăzut cu aproape 4 procente.

Realizarea de screening-uri în ultimele 12 luni

Tip de cancer	Pondere
pentru cancer de col uterin	4,3%
pentru cancer de colon	2,7%
pentru cancer de sân	1,7%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Gradul de vaccinare a vârstnicilor

Conform DSP Bacău, în anul 2010 au fost efectuate 88.588 vaccinări ale adulților (inclusiv persoane vârstnice). În cadrul studiului realizat în rândul populației, 4,6% din respondenți au declarat că s-au vaccinat persoane vârstnice din familie, în ultimele 12 luni.

Screening-uri pentru cancer la sân

În ceea ce privește realizarea de screening-uri pentru cancer, se remarcă, prin intermediul Studiului privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, gradul scăzut de efectuare al acestora, doar 1,7% din femei realizând screening-ul pentru cancerul la sân.

Screening-uri pentru cancer la col uterin

Conform DSP Bacău, în anul 2010 au fost efectuate 1144 screening-uri pentru cancer la col uterin, de aproape 7 ori mai puține decât în anul 2000 (7.028 screening-uri pentru cancer la col).

Din Studiul privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău a reieșit că 4,3% din femei au realizat screening-ul pentru cancerul la col uterin.

Screening-uri pentru cancer la colon

În ceea ce privește realizarea de screening-uri pentru cancer la colon, conform Studiul privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, doar 2,7% din respondenți au efectuat o astfel de investigație.

Numărul diabeticilor adulți care primesc îngrijirile adecvate

Conform DSP Bacău, în semestrul I 2011, numărul diabeticilor adulți care primesc îngrijiri adecvate (rămași în evidență) este de 19.360 persoane (99,6% din totalul

diabeticilor). În anul 2010 numărul acestei categorii de bolnavi era de 18.559 persoane, cu 7,6% mai multe decât în anul anterior.

Echitatea accesului la serviciile de sănătate

În județul Bacău, în anul 2011, funcționează 6 spitale publice descentralizate: Spitalul Județean de Urgență Bacău aflat, în prezent, în proces de fuzionare prin absorbție cu Spitalul de Pediatrie Bacău, Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău, Spitalul Municipal de Urgență Moinești, Spitalul Orășenesc Ioan Lascăr Comănești, Spitalul Orășenesc Buhuși, Spitalul Municipal Onești.

Unitățile spitalicești din județul Bacău sunt dispersate relativ echilibrat în teritoriu, deși în zona de est și sud-est nu există niciun spital public, fapt ce îngreunează accesul populației la servicii medicale. Spre exemplu, din comuna Glăvănești distanța până la cel mai apropiat spital public din județ este de 81 km (unitățile spitalicești din municipiul Bacău).

Procentul populației acoperite de asigurări de sănătate

Conform CAS Bacău, în anul 2010 numărul de asigurați din sistemul de asigurări de sănătate se cifra la 646.842 persoane, reprezentând circa 90,5% din populația totală a județului. Față de anul precedent, în anul 2010 numărul persoanelor asigurate în sistemul public a scăzut cu 1,44 procente.

În ceea ce privește persoanele asigurate în sistemul privat, 81,2% respondenții sondajului de opinie realizat au declarat că nu dețin o asigurare de sănătate privată și doar 13,9% respondenți dețin o astfel de asigurare.

Conform CAS Bacău, în anul 2010 un număr de 99.455 persoane din județ beneficiau de sistemul sanitar fără a si asigurați (15,4% din total număr de asigurați în sistemul de asigurări de sănătate). În comparație cu anul precedent, numărul de persoane care beneficiau de sistemul sanitar fără a si asigurați a scăzut cu 12,5%.

Numărul paturilor de spital

Unitățile spitalicești publice descentralizate din județ dispun de 2.565 paturi în anul 2011, același număr din

anul precedent, însă cu 7,0% (192 paturi) mai puțin comparativ cu anul 2008.

Așadar, la 1.000 de locuitori din județul Bacău revin 3,6 paturi din aceste unități spitalicești publice descentralizate.

Numărul de paturi în spitalele din județul Bacău

Unitate spitalicească	2008	2009	2010	2011	2011 față de 2008
Spitalul Județean de Urgență	1.182	1.182	1.127	1.127	-4,7%
Spital orășenesc Buhuși	207	207	173	173	-16,4%
Spitalul de pneumoftiziologie Bacău	180	180	170	170	-5,6%
Spitalul municipal de urgență Moinești	386	402	402	402	4,1%
Spital orășenesc Comănești	160	160	120	120	-25,0%
Spital municipal Onești	642	642	573	573	-10,7%
Total	2.757	2.773	2.565	2.565	-7,0%

: lipsă date

Sursa: Studiu privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău, 2011

Numărul medicilor angajați

Pentru îngrijirea bolnavilor, în cadrul acestor spitale se ocupă 427 medici și 1.400 asistenți medicali, dintr-un personal total de 3.267 persoane.

În anul 2011, numărul de medici din spitalele publice descentralizate a crescut cu 2,9% (+12 medici) față de anul 2010, și cu 3,6% (+15 medici) față de anul 2008. Aceasta nu înseamnă neapărat că nu se întâmplă o problemă vis-a-vis de personalul medico-sanitar. Creșterea ușoară a numărului de medici este posibil să se datoreze creșterii numărului de rezidenți, în timp ce o parte din medicii cu experiență a plecat în unitățile sanitare din străinătate.

În anul 2011, la 1.000 de locuitori din județul Bacău revin aproximativ 0,6 medici din unitățile spitalicești publice descentralizate existente.

Numărul de medici

Unitate spitaliceasca	2008	2009	2010	2011	2011 față de 2008
Spitalul Județean de Urgență	223	223	221	221	-0,9%
Spital orășenesc Buhuși	27	27	27	31	14,8%
Spitalul de pneumoftiziologie Bacău	14	14	14	14	0,0%
Spitalul municipal de urgență Moinești	57	64	78	80	40,4%
Spital orășenesc Comănești	:	:	:	:	:
Spital municipal Onești	91	78	75	81	-11,0%
Total	412	406	415	427	3,6%

: lipsă date

Sursa: Studiu privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău, 2011

Numărul farmaciștilor

În anul 2010, conform datelor oficiale publicate de Institutul Național de Statistică, în județul Bacău funcționau 162 de farmacii, din care doar 9 în proprietate publică și 153 farmacii în proprietate privată. Personalul din aceste farmacii este format din 259 farmaciști, din care 14 persoane în sistem public și 245 farmaciști în sistem privat. Așadar, se poate spune că sectorul distribuției de medicamente prin farmacii este cu preponderență un sector privat, fiind concentrate 94,5% din totalul farmaciilor din județ și activând 94,6% din numărul total de farmaciști.

Din anul 1997 numărul farmaciilor private a luat un avânt considerabil, ajungând de la 82 unități dintr-un total de 99 farmacii, până la 153 farmacii private într-un total de 162 unități în anul 2010. De asemenea, numărul farmaciștilor a fost în continuă creștere, de la 122 farmaciști în sistem privat dintr-un total de 152 farmaciști în anul 1997, până la 245 farmaciști privați într-un total de 259 farmaciști în anul 2010.

Numărul de asistenți medicali angajați

Spre deosebire de medici, numărul de asistenți medicali din unitățile spitalicești analizate a scăzut în perioada 2008-2011 cu 6,5% (-98 persoane), iar comparativ cu

anul 2010, numărul de asistenți medicali s-a majorat cu 2,3% (+31 persoane).

În anul 2011, la 1.000 de locuitori din județul Bacău revin aproximativ 2 asistenți medicali din unitățile spitalicești publice descentralizate.

Număr asistenți medicali

Unitate spitaliceasca	2008	2009	2010	2011	2011 față de 2008
Spitalul Județean de Urgență	787	779	723	751	-4,6%
Spital orășenesc Buhuși	94	88	81	84	-10,6%
Spitalul de pneumoftiziologie Bacău	60	60	59	61	1,7%
Spitalul municipal de urgență Moinești	168	177	178	174	3,6%
Spital orășenesc Comănești	:	:	:	:	:
Spital municipal Onești	389	352	328	330	-15,2%
Total	1.498	1.456	1.369	1.400	-6,5%

: lipsă date

Sursa: Studiu privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău, 2011

Mobilitatea pacienților

Obiectivul politicii UE în domeniul sănătății este să îmbunătățească serviciile medicale acordate cetățenilor UE și să sporească nivelul de integrare și cooperare între sistemele de sănătate, prin măsuri care să permită ca pacienții să obțină asistența medicală necesară oriunde în UE, iar noile tehnologii medicale să fie partajate între diferite țări ale UE.

La nivelul județului Bacău nu există o statistică oficială legată de mobilitatea pacienților în spațiul european, însă tendința generală este de a solicita serviciile medicale din străinătate în special în cazul unor afecțiuni medicale pentru care tratamentul la nivel național sau local este considerat mai puțin performant.

Mobilitatea pacienților este cauzată și de lipsa în județul Bacău a unor servicii medicale de specialitate, precum radioterapia (disponibilă în Regiunea Nord Est doar în municipiul Iași). De asemenea, locuitorii județului Bacău

nu au acces direct (în județ) la serviciile unei unități spitalicești de grad I sau II, cele mai apropiate centre în care funcționează spitale cu o astfel de clasificare fiind Iași și Galați.

Mobilitatea personalului medical

În ceea ce privește mobilitatea personalului medical, în ultimii ani s-a observat inclusiv în județul Bacău creșterea numărului de cazuri de medici care au plecat în unitățile sanitare din străinătate.

Salarizarea nesatisfăcătoare a personalului medical, lipsa unor condiții corespunzătoare de dezvoltare profesională și personală, au condus la reducerea interesului personalului medical și la migrarea acestuia în străinătate. Conform Direcției de Sănătate Publică Bacău, în perioada septembrie 2010 - septembrie 2011 s-au întocmit 350 de dosare pentru plecare în străinătate a personalului calificat.

Tehnologiile medicale deținute (CT/RMN)

Din punct de vedere al dotării cu aparatură, spitalele publice dețin aparatură destul de învechită (ex.: Spitalul din Buhuși având mare parte din aparatură primită donație din anul 1977), dar și insuficientă pentru specializările dezvoltate, unele unități necesitând chiar aparatură de bază (ex.: Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău necesită, printre altele, mașină sterilizată bronhoscoape, monitoare terapie intensivă, etc.).

Tehnologia medicală din unitățile spitalicești din județ se rezumă, adesea, la aparatură veche și slab performantă. În prezent, în spitalele descentralizate din județul Bacău nu există niciun aparat de RMN/IRM (Imagistică prin rezonanță magnetică), majoritatea unităților susținând oportunitatea achiziționării unui asemenea aparat.

La Spitalul Județean de Urgență Bacău urmează să fie achiziționat până la finalul anului 2011 un nou computer tomograf, vechiul aparat urmând a fi utilizat în Spitalul Orășenesc Buhuși. Computer tomograf există și în Spitalul Municipal Moinești. Un al patrulea computer tomograf funcționează la Onești, în cadrul Centrului de tomografie înființat prin parteneriat public-privat la Spitalul Municipal Onești, la parterul clădirii Maternității. Chiar și dispunând de patru computer tomograf în spitalele publice, județul Bacău se situează cu mult sub

media de CT-uri/100.000 de locuitori din Uniunea Europeană (1,5 CT/100.000 locuitori în anul 2009). În plus, în județul Bacău nu se asigură funcționarea unui computer tomograf pe parcursul nopții.

În cadrul unităților spitalicești publice descentralizate din județul Bacău mai există și un mamograf și aparatură pentru radioterapie, ambele funcționând în cadrul Spitalului Județean de Urgență Bacău. La 100.000 de locuitori revin 0,1 mamografe și 0,1 aparaturi radioterapie, cu mult sub media Uniunii Europene (1,3 mamografe/100.000 locuitori și 0,7 aparaturi radioterapie/100.000 locuitori).

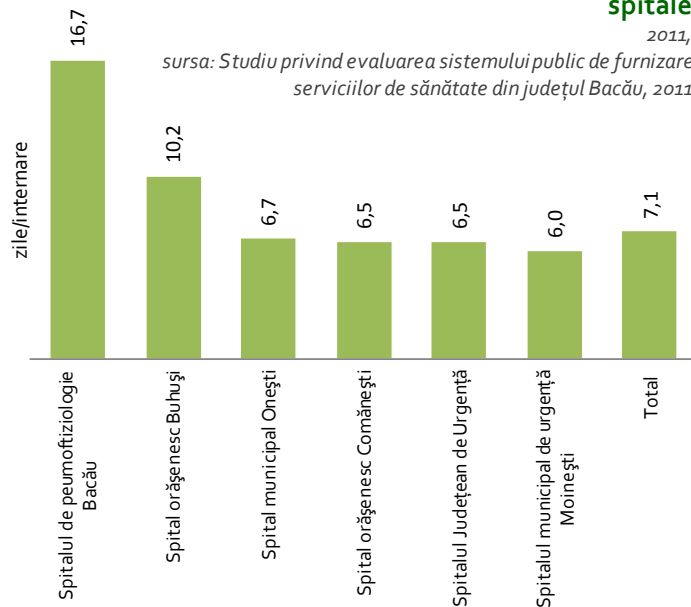
Durata medie de ședere în spital

Conform *Studiului privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău*, în ultimul an, perioada medie de internare a fost de 11,1 nopți. Pe medii de rezidență, durata medie de internare, în ultimul an, a fost de 9,2 nopți pentru persoanele din mediul urban și de 13,8 nopți pentru persoanele din mediul rural. De asemenea, persoanele de sex masculin au petrecut în medie mai multe nopți în spital, 12,9 nopți, în regim de internare, comparativ cu persoanele de sex feminin care

numărul mediu de zile de internare, pe spitale

2011,

sursa: *Studiu privind evaluarea sistemului public de furnizare serviciilor de sănătate din județul Bacău, 2011*



au o perioadă medie de internare de 9,4 zile.

Gradul de încredere în sistemul de sănătate

Gradul de încredere	încredere scăzută	încredere medie	încredere ridicată	nu știu / nu răspund	Total
în medicul de familie	6,8%	23,6%	64,3%	5,4%	100,0%
în medicii din sistemul public din România	14,1%	43,6%	32,4%	9,9%	100,0%
în medicii din sistemul privat din România	9,5%	25,8%	48,9%	15,8%	100,0%
în medicii din sistemul public din jud. Bacău	16,1%	36,2%	35,6%	12,1%	100,0%
în medicii din sistemul privat din jud. Bacău	10,0%	23,6%	48,6%	17,8%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Persoanele internate în spital au petrecut în medie 7,8 nopți, la ultima internare. 50,0% dintre respondenți au fost internați mai puțin de o săptămână și jumătate respondenți au petrecut peste o săptămână în spital.

Cheltuielile pentru sănătate – sistemul public

Cei mai mulți respondenți optează pentru servicii/unități medicale private, cu excepția serviciului medical de urgență, unde ponderea celor care ar opta pentru sistemul public al acestui serviciu (46,5%) este superioară ponderii respondenților care ar opta pentru serviciu în sistem privat (44,5%).

Cheltuielile pentru sănătate – sistemul privat

Cabinetele stomatologice (65,2% respondenți au optat în sistem privat), unitățile de analize medicale specializate (61,3% respondenți au optat în sistem privat) și unitățile de investigații medicale amănunțite (60,8% respondenți au optat în sistem privat) sunt tipurile de servicii/unități medicale pentru care respondenții au optat preponderent în sistem privat.

Gradul de satisfacție a populației vis-à-vis de serviciile medicale

Cei mai mulți respondenți (64,3%) au o încredere ridicată în medicul de familie, în timp ce 23,6% respondenți au o încredere medie și 6,8% respondenți au o încredere scăzută.

48,9% din respondenți au o încredere ridicată în medicii din sistemul privat din România, față de 32,4% din respondenții care au o încredere ridicată în medicii din sistemul public din România.

Privind sistemul din județul Bacău, 48,6% din respondenți au o încredere ridicată în medicii din sistemul privat, față de 35,6% din respondenții care au încredere ridicată față de medicii din sistemul public.

Se remarcă faptul că cele mai ridicate procente de încredere scăzută se înregistrează pentru medicii din sistemul public din România (14,1% din respondenți) și din județul Bacău (16,1% din respondenți).

Comportamentul populației de apelare la serviciile de sănătate

În ultimele 12 luni, 17,5% dintre respondenți au fost internate în spital cel puțin o noapte și 82,5% dintre respondenți au fost internate. Din mediul urban au fost internate în spital cel puțin o noapte 19,8% persoane iar din mediul rural au fost internate 14,8% persoane.

Persoanele internate în spital au petrecut în medie 7,8 nopți la ultima internare. 50,0% dintre respondenți au fost internați mai puțin de o săptămână și jumătate respondenți au petrecut peste o săptămână în spital.

Durata medie de internare este direct proporțională cu vârsta respondenților, astfel încât la persoanele de 65 ani și peste perioada medie de internare este de 10,3 zile în timp de la persoanele de 15-24 ani este de 5,8 zile.

Cu ocazia internării, respondenții au cheltuit în medie 780,5 lei. 50,0% dintre respondenții internați au cheltuit sub 415 lei, iar 50,0% respondenți au cheltuit peste această sumă. Din suma cheltuită în spital, 37,4% reprezintă cheltuieli cu serviciile medicale, 8,1% sunt cheltuieli cu alimente sau sucuri și 7,8% sunt cheltuieli pentru procurarea medicamentelor. Cel mai ridicat procent din suma totală cheltuită în spital, pe perioada spitalizării, de 46.7%, se înregistrează la categoria "alte

cheltuieli”, ce cuprind plățile informale și cheltuielile cu drumul.

Respondenții care în ultimele 12 luni au fost internați cel puțin o noapte, au fost internați în medie de **1,5 ori**, 20,0% dintre respondenți fiind internați de 2 ori sau peste, în această perioadă. În ultimul an, perioada medie de internare a fost de **11,1 zile**.

În ultimele 12 luni, 21,2% respondenți au accesat serviciile medicale dintr-un spital fără a fi internați, iar 77,1% respondenți nu au făcut acest lucru.

Ponderea persoanelor din mediul rural care au accesat serviciile medicale dintr-un spital fără a fi internați (22,8% respondenți) este ușor mai ridicată decât cea a persoanelor din mediul urban (19,8% respondenți). Persoanele care au accesat serviciile medicale dintr-un spital fără să se interneze au făcut acest lucru, în medie, de 2,5 ori, ultimele 12 luni.

11,2% dintre persoanele intervievate au refuzat cel puțin o dată recomandarea internării, iar 86,9% respondenți au declarat că acest lucru nu s-a întâmplat, în ultimele 12 luni.

Cel mai frecvent motiv pentru care 58,7% dintre respondenții care au refuzat internarea a fost de natură financiară: *lipsa banilor/ lipsa asigurării de sănătate*. Următorul motiv este reprezentat de *lipsa timpului din cauza serviciului/copiilor*, care a fost menționat de 15,2% din respondenții care au refuzat internarea.

Majoritatea respondenților (62,0% persoane) au fost la medicul de familie mai recent de un an, 31,3% respondenți au făcut ultima vizită în urmă cu un an sau mai mult, iar **5,1% dintre respondenți au declarat că nu au fost niciodată la medicul de familie**.

Ponderea persoanelor din mediul urban care au făcut ultima vizită medicului de familie mai recent de un an (64,0% respondenți) este mai ridicată decât cea a persoanelor din mediul rural (59,8% respondenți).

Însă, în mediul rural, ponderea celor care nu au fost la medicul de familie niciodată este mult mai mare, de 7,4% respondenți, față de 3,2% respondenți din mediul urban care nu au fost niciodată la medicul de familie.

Frecvența medie de vizitare a medicului de familie este de o dată pe lună, pentru persoanele care au efectuat ultima vizită la medicul de familie mai recent de un an de zile.

76,55 respondenți nu au fost niciodată la medicul specialist, în ultima lună, 11,2% respondenți au efectuat o vizită, 3,6% respondenți au făcut 2 vizite iar 1,5% respondenți au făcut 3 sau mai multe vizite.

Peste jumătate din respondenți (52,9%) au declarat că nu au făcut nicio vizită medicului chirurg, 30,4% respondenți au făcut o ultimă vizită în urmă cu un an sau mai mult iar 5,8% respondenți au efectuat o vizită mai recent de un an de zile.

În mediul rural ponderea persoanelor care nu au frecventat niciodată medicul chirurg (61,9%) este superior celei de la nivel urban (45,0%).

Din punct de vedere zonal, în Sud Est și Nord Est sunt cele mai ridicate ponderi ale persoanelor care nu au făcut nicio vizită la medicul chirurg, de 70,8% dintre respondenți, respectiv 54,6% respondenți.

22,1% respondenți au refuzat consultarea unui medic specialist, deși au avut nevoie, în ultimele 12 luni și 73,0% nu au făcut acest lucru.

Principalele motive invocate pentru refuzul consultării unui medic specialist, în cazul în care au avut nevoie, au fost *lipsa banilor/lipsa asigurării de sănătate* (62,6% respondenți), *lipsa timpului din cauza serviciului/copiilor* (17,6% respondenți) și *faptul că respondenții au așteptat ca afecțiunea să dispară de la sine* (7,7% respondenți).

Pentru a-și ameliora starea de sănătate, cei mai mulți respondenți, 32,6% persoane, au vizitat un laborator medical, dar au apelat și la asistentele medicale (8,0% respondenți). Alte specializări medicale la care respondenții au fost la consultații sunt reprezentate de stomatologie, cardiologie, endocrinologie, dermatologie, ginecologie, oftalmologie și medicina școlară.

Unul din aspectele cele mai apreciate din **sistemul public de sănătate din județul Bacău** este reprezentat de activitatea medicului de familie, pentru care 64,4% din respondenți declară că au o apreciere pozitivă. Acesta este urmat de distanța față de cel mai apropiat spital

(47,2% din respondenți care au o apreciere pozitivă), gradul de competență al medicilor (47,2% din respondenți), comportamentul medicilor (41,1% din respondenți) și gradul de succes al operațiilor/tratamentelor (40,2% din respondenți).

Cel mai scăzut grad de apreciere îl înregistrează aspecte precum costurile practicate pentru serviciile medicale (32,1% din respondenți), gradul de transparență în cheltuirea fondurilor (27,7% din respondenți), condițiile de spitalizare (22,1% din respondenți), gradul de modernizare a echipamentelor (20,7% din respondenți), starea instrumentarului (20,7% din respondenți).

Avantajul serviciilor medicale publice, în detrimentul celor private, este reprezentat în principal de costurile mai reduse, care a fost menționat de 67,2% din respondenți. Principalele avantaje ale serviciilor medicale private sunt reprezentate de calitatea superioară a serviciilor (56,4% din respondenți), tehnologiile/aparatele moderne utilizate (42,8% din respondenți), atenția sporită acordată pacienților (41,1% din respondenți) și faptul că există mai puține riscuri de îmbolnăvire (33,3% din respondenți).

Cele mai multe persoane ar opta pentru servicii/unități medicale private, cu excepția serviciului medical de urgență, unde ponderea celor care ar opta pentru sistemul public al acestui serviciu (46,5%) este superioară ponderii respondenților care ar opta pentru serviciu în sistem privat (44,5%).

Avantajele serviciilor medicale PUBLICE

Avantajele sistemului public	Urban	Rural	Total
costuri mai reduse	72,5%	60,8%	67,2%
calitate superioară a serviciilor	10,8%	10,1%	10,5%
disponibilitatea la o distanță mai mică față de cele private	9,5%	10,1%	9,7%
personal mai bine pregătit	6,8%	9,0%	7,8%
mai puține riscuri de îmbolnăvire	7,7%	6,3%	7,1%
tehnologii / aparate moderne	5,9%	6,9%	6,3%
atenție sporită acordată pacienților	5,9%	6,9%	6,3%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Avantajele serviciilor medicale PRIVATE

Avantajele sistemului privat	Urban	Rural	Total
calitate superioară a serviciilor	57,2%	55,6%	56,4%
tehnologii / aparate moderne	46,8%	38,1%	42,8%
atenție sporită acordată pacienților	41,9%	40,2%	41,1%
mai puține riscuri de îmbolnăvire	37,8%	28,0%	33,3%
personal mai bine pregătit	27,0%	23,3%	25,3%
disponibilitatea la o distanță mai mică față de cele publice	10,4%	8,5%	9,5%
costuri mai reduse	8,1%	6,3%	7,3%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Cabinetele stomatologice (65,2% din respondenți ar opta pentru sistemul privat), unitățile de analize medicale specializate (61,3% din respondenți ar opta pentru sistemul privat) și unitățile de investigații medicale amănunțite (60,8% din respondenți ar opta pentru sistemul privat) sunt tipurile de servicii/unități medicale pentru care respondenții ar opta preponderent în sistem privat.

Aprecierea sistemului PUBLIC de sănătate din județul Bacău

Aspecte ale sistemului de sănătate	apreciere negativă	apreciere neutră	apreciere pozitivă	nu știu / nu răspund	Total
activitatea medicului de familie	6,1%	19,7%	64,4%	9,7%	100,0%
condițiile de spitalizare	22,1%	38,7%	26,0%	13,1%	100,0%
starea instrumentarului utilizat	20,7%	34,8%	23,6%	20,9%	100,0%
gradul de modernizare a echipamentelor	20,7%	36,0%	23,8%	19,5%	100,0%
comportamentul medicilor	13,8%	30,7%	41,1%	14,4%	100,0%
gradul de competență al medicilor	9,2%	28,4%	47,0%	15,3%	100,0%
comportamentul asistentelor și al infirmierelor	17,5%	34,5%	32,1%	15,8%	100,0%
gradul de succes al tratamentelor/operațiilor	9,7%	30,0%	40,2%	20,0%	100,0%
costurile practicate pentru serviciile medicale	32,1%	33,1%	13,4%	21,4%	100,0%
timpul în care ajunge ambulanța	16,0%	26,6%	35,7%	21,7%	100,0%
distanța față de cel mai apropiat spital	13,0%	25,8%	47,2%	14,1%	100,0%
disponibilitatea serviciilor medicale necesare	15,1%	32,9%	25,1%	27,0%	100,0%
gradul de transparență în cheltuirea fondurilor	27,7%	28,2%	12,2%	31,9%	100,0%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Opțiunile privind serviciile medicale – PUBLIC vs. PRIVAT

Unități/servicii medicale	Public	Privat	Nu știu/Nu răspund
servicii medicale de urgență	46,5%	44,5%	9,0%
spitale și policlinici	43,1%	48,9%	8,0%
controale medicale de rutină	42,8%	48,9%	8,3%
tratamente balneare	42,6%	47,0%	10,5%
cabinete ORL	38,2%	53,8%	8,0%
intervenții chirurgicale	38,0%	53,0%	9,0%
clinici de chirurgie	37,5%	53,5%	9,0%
analize medicale generale	36,3%	55,0%	8,8%
cabinete de oftalmologie	35,5%	58,2%	6,3%
laboratoare medicale	33,1%	59,1%	7,8%
investigații medicale amânunțite	30,7%	60,8%	8,5%
analize medicale specializate	29,9%	61,3%	8,8%
cabinete stomatologice	28,0%	65,2%	6,8%
maternități	28,0%	47,0%	25,1%
cabinete de obstetrica și ginecologie	26,0%	51,6%	22,4%

Sursa: Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, 2011

Serviciile de sănătate furnizate de către sistemul privat; complementaritatea acestuia cu sistemul public de furnizare a serviciilor de sănătate

Sistemul sanitar privat din județul Bacău este unul dintre cele mai dezvoltate din regiune, Bacăul fiind județul cu cele mai multe unități sanitare private (inclusiv centre de sănătate) cu paturi. Potrivit Institutului Național de Statistică, 71% din paturile existente în unitățile sanitare private (inclusiv centre de sănătate) din Regiunea de Dezvoltare Nord - Est funcționează în județul Bacău.

Dezvoltarea sistemului privat a pornit tocmai de la nevoile populației pentru anumite servicii medicale inexistente în unitățile publice din județ sau pentru servicii medicale care nu erau furnizate la un nivel calitativ corespunzător. Cererea populației a determinat înființarea unor unități spitalicești private care s-au axat, cel mai adesea, pe specializări complementare celor din spitalele publice.

Strategia pentru care a optat mare parte din unitățile sanitare private a fost de a se nișa pe o specializare unică (ex. ORL, Obstetrică - Ginecologie, Chirurgie, Chirurgie estetică), sau de a dezvolta doar un grup restrâns de specializări. De altfel, pe lista spitalelor clasificate de Ministerul Sănătății după gradul de competență, **6 din 7 unități sanitare private cu paturi din județul Bacău au nivel de competență limitat**, asigurând servicii medicale într-o singură specialitate. Singurul spital privat care a

fost clasificat ca având nivel de competență bazal este Spitalul Polimed din Podu Turcului.

Unitățile spitalicești private nu au reușit, însă, să suplinească serviciile de urgență din sistemul public, care este mult mai eficient. La nivel județean primirea cazurilor de urgență este asigurată în trei spitale publice cu unități de primire urgențe (Spitalul Județean de Urgență Bacău) și compartimente de primire urgențe (Spitalul Municipal de Urgențe Moinești, Spitalul Municipal Onești).

Unitățile sanitare private cu paturi prezintă anumite avantaje competitive în fața spitalelor publice. Cel mai apreciat aspect este calitatea superioară a serviciilor medicale, acest fapt datorându-se atât aparatului mai moderne, cât și lipsei de suprasolicitare a personalului în comparație cu situația din sistemul public, sau condițiilor mai bune per ansamblu.

Un aspect important este și complementaritatea teritorială a sistemului privat cu cel public, existând unități sanitare cu paturi private care sunt amplasate în zone în cadrul cărora nu funcționează niciun spital public. Un caz concret este Spitalul Polimed din comuna Podu Turcului, înființat în anul 2003 în locul Spitalului Comunal Podu Turcului. Această unitate reprezintă singurul spital privat din mediul rural al județului Bacău, având în structura organizatorică următoarele secții: anestezie și terapie intensivă, medicină de urgență, medicină internă, pediatrie, chirurgie generală,

obstetrică-ginecologie, medicină de laborator, radiologie – imagistică medicală.

În condițiile în care sectorul public de sănătate nu va aduce îmbunătățiri considerabile echipamentelor medicale și non-medicale, condițiilor generale din spitale și performanței serviciilor furnizate, sectorul privat va deveni, într-o perioadă scurtă de timp, din complementar în concurență.

Analiza contextului actual de livrare a asistenței medicale prin sistemul sanitar

Identificarea clasificărilor actuale ale unităților sanitare

Conform clasificării spitalelor realizată de Ministerul Sănătății în funcție de nivelul de competență, în Bacău funcționează trei spitale cu nivel mediu de competență care deservesc populația județului și, doar prin excepție, din județele limitrofe (200.000 – 600.000 locuitori), pentru afecțiuni cu grad mediu de complexitate: Spitalul Județean de Urgență Bacău, Spitalul Municipal de Urgență Moinești și Spitalul Municipal Onești. Pe lângă acestea, Spitalul Orășenesc Buhuși a fost clasificat cu nivel de competență bazal, deservind populația pe o rază administrativ-teritorială de maximum 70 km, pentru afecțiuni cu grad bazal de complexitate, iar Spitalul de Pneumoftiziologie cu nivel de competență limitat, furnizând servicii medicale într-o singură specialitate.

Clasificările actuale ale unităților spitalicești din județul Bacău

Unitate	Clasă
Sanatoriul Balnear Slănic Moldova	V
Spitalul Județean de Urgență Bacău	III plan conf.
Spitalul de Pediatrie Bacău	IV
Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău	V
Spitalul Municipal Onești	III plan conf.
Spitalul Municipal de Urgență Moinești	III plan conf.
Spitalul Orășenesc Buhuși	IV
Sc Polimed SRL Podu Turcului	IV Plan conf.
Sc Malp SRL Moinești	V
Sc Eldimed Materna SRL Bacău	V
Psihomed Laboratory	V

SC Clinica Palade SRL Bacău	V
SC Medical Prexis SRL Bacău	V
Spital Penitenciar Tg. Ocna	IV
SC Măgura SA Tg Ocna	V

Sursa: Ministerul Sănătății

Gradul de acoperire a serviciilor sanitare

În unitățile spitalicești din județul Bacău există peste 30 de secții și compartimente, anumite specializări funcționând în cadrul majorității spitalelor: ATI (Anestezie Terapie Intensivă), Chirurgie generală, Medicină internă, Neurologie, Pediatrie, Boli infecțioase, Obstetrică-Ginecologie, ORL, Recuperare, medicină fizică și balneologie. Prin prezența acestor secții și compartimente în mai multe spitale din județ se asigură accesul unei ponderi mai mari din populație la servicii medicale specializate.

Pe de altă parte, există secții și compartimente care s-au dezvoltat în puține unități spitalicești din județ (**deși din perspectiva stării de sănătate aceste secții sunt foarte importante**), motiv pentru care accesul populației la serviciile medicale deservite de aceste secții este dificil: Alergologie și imunologie clinică, Boli cronice, Chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă, Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, Hemodializă, Îngrijiri Paliative, Nefrologie, Neurochirurgie, Psihiatrie cronici, Radioterapie. Aproape 90% din secțiile și compartimentele care funcționează într-o singură unitate spitalicească din județ sunt incluse în Spitalul Județean de Urgență Bacău. Acesta furnizează, de altfel, cea mai complexă gamă de servicii medicale, structura organizatorică a instituției incluzând nu mai puțin de 27 secții și compartimente.

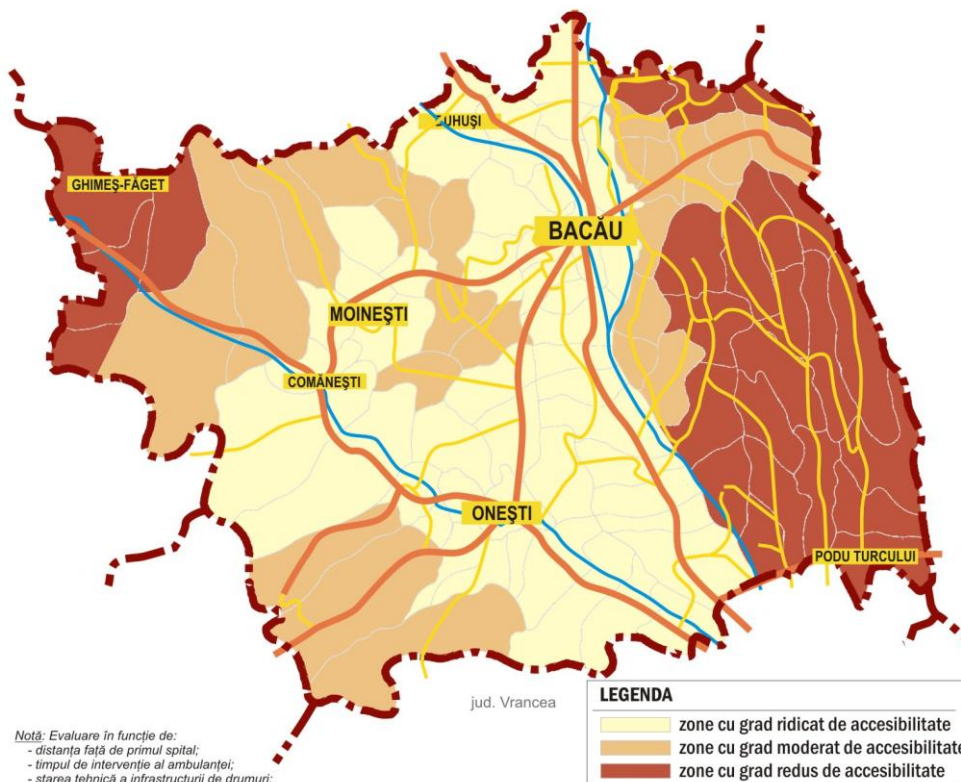
Au fost semnalate anumite **categorii de servicii de care populația are nevoie**, însă sistemul medical județean nu le oferă sau le oferă la un nivel necorespunzător. Spre exemplu, în cadrul Spitalului Județean de Urgență Bacău este considerată oportună înființarea secției de Radioterapie din cadrul Secției de Oncologie. În această unitate spitalicească se dorește, de asemenea, îmbunătățirea serviciilor de asistență medicală în ambulatoriu și suplimentarea cabinetelor cu adresabilitate foarte mare (diabet, boli de nutriție și oncologie).

Puncte slabe privind dotarea și infrastructura unităților medicale:

- Gradul ridicat de uzură fizică și morală a aparaturii medicale și non-medicale din unitățile spitalicești publice;
- Lipsa tehnologiilor avansate în spitalele publice; lipsa unui aparat RMN/IRM (imagistică prin rezonanță magnetică);
- Media redusă de computer tomografe, mamografe și aparatură radioterapie la 100.000 locuitori, în comparație cu situația din Uniunea Europeană;
- Numărul insuficient de mașini de ambulanță și puncte de plecare (substații) ale Serviciului de Ambulanță Județean Bacău;
- Nivelul ridicat de uzură a ambulanțelor existente;
- competență foarte înalt (categoria I) sau înalt (categoria II);
- Lipsa unităților sanitare publice în zona de est și sud-est a județului;
- Lipsa unor instituții și servicii medico-sociale pentru

- persoane vârstnice și cazuri sociale;
- Lipsa unui spital public de boli cronice;
- Existența unui număr foarte mic de centre de permanență în județ (doar 2);
- Toate spitalele din județ reclamă probleme de infrastructură (privind starea tehnică a clădirilor, suficiența spațiilor de funcționare, rețelele tehnico-edilitare, eficiența energetică etc.);
- Întâmpinarea dificultăților în obținerea avizelor privind proiectele de investiții;
- Lipsa terenurilor pentru extinderea unităților spitalicești publice și private din județ;
- Evacuarea apelor uzate fără epurarea biologică și neutralizarea substanțelor radioactive sau a substanțelor chimice toxice la Spitalul Polimed, din lipsa unei stații de epurare în comună;
- Funcționarea punctelor de plecare (substațiilor) ale Serviciului de Ambulanță Județean Bacău în spații închiriate și necorespunzătoare față de necesarul serviciului.

Gradul de accesibilitate al populației la serviciile de sănătate în județul Bacău



Gradul de acces a populației la serviciile medicale

Rețeaua de unități spitalicești din județul Bacău este bine reprezentată atât în sectorul public, cât și în sectorul privat. Trebuie, însă, avut în vedere și **nivelul de adresabilitate din punct de vedere teritorial** a acestor unități și măsura în care populația din județ dispune de acces facil la servicii medicale spitalicești. Nivelul de adresabilitate rezidă atât din amplasarea la nivel județean, cât și din clasificarea spitalelor de către Ministerul Sănătății în cele cinci categorii de competență.

În ceea ce privește spitalele publice descentralizate din județul Bacău, acestea sunt dispersate destul de echilibrat în teritoriu, cu excepția **zonei de est și sud-est, unde nu funcționează nicio astfel de unitate**. În aceste condiții, populația din mai multe comune ale județului întâmpină dificultăți în accesul la un spital public, distanța către cea mai apropiată unitate ajungând chiar la 80 km.

Spitalul Județean de urgență este spitalul cu cea mai largă adresabilitate din județ (excluzând cazurile Spitalului de Pneumoftiziologie – monospecializat și cel al Sanatoriului Balnear – care are pacienți din toată țara). Populația deservită de SJU este de 341.178 locuitori (47,7% din total județ), iar suprafața geografică aferentă este de 2.034,8 km² (30,7% din total județ). Este urmat de Spitalul Municipal Onești, cu un grad de adresabilitate de 20,1%, raportat la populație, și 21,5%, raportat la suprafață. SMU Moinești deservește 83.370 locuitori și 776,8 km², însemnând 11,7% din totalul județean.

Spitalele din Comănești, Buhuși și Podu Turcului au o adresabilitate raportată la populație de 10,5%, 5,2%, respectiv 4,8%.

Identificarea și stabilirea de indicatori de monitorizare

În evaluarea și monitorizarea continuă a sistemului sanitar din județul Bacău se recomandă utilizarea următoarelor categorii de indicatori:

1. Indicatori de evaluare a stării de sănătate a populației;
2. Indicatori de evaluare a infrastructurii sistemului sanitar;

3. Indicatori de evaluare a nevoilor privitoare la personalului sanitar;
4. Indicatori privind activitatea spitalicească;
5. Indicatori de evaluare a coexistenței sistemului sanitar privat;
6. Indicatori de performanță.

Propuneri privind necesitatea schimbării clasificărilor unităților sanitare

Conform legislației în vigoare, schimbarea categoriei de clasificare a unui spital se face pe baza cererii acestuia adresate Direcției de Sănătate Publică din aria administrativ-teritorială unde își desfășoară activitatea. Dacă spitalul îndeplinește criteriile minime obligatorii necesare pentru clasificarea în noua categorie solicitată, Direcția de Sănătate Publică avizează favorabil solicitarea acestuia, pe care o supune aprobării Ministerului Sănătății.

Una dintre cele mai importante modalități de creștere a categoriei de clasificare a unităților spitalicești din județul Bacău este prin îmbunătățirea dotărilor și echipamentelor medicale. În prezent, o problemă importantă în ceea ce privește dotările medicale din spitalele din județul Bacău este vechimea acestora și uzura fizică și morală. Spre exemplu, 50% din echipamentele medicale ale Spitalului Orășenesc Buhuși au o vechime de peste 30 ani, fiind primite ca donație în anii 1977-1978. Majoritatea unităților spitalicești au semnalat necesitatea achiziționării aparate de imagistică medicală de tipul: RMN (Imagistică prin Rezonanță Magnetică), Computer Tomograf, Ecograf, etc. Alte dotări necesare sunt: mașină automată dezvoltat film, ambulanță tip B, autoutilitară transport cadavre, aparat EKG, instalație de radioterapie, analizator biochimie, mașină de sterilizat bronhoscoape, aparatură BFT, etc.

Prin îmbunătățirea dotărilor și echipamentelor medicale din unitățile spitalicești din județul Bacău se va contribui semnificativ la îmbunătățirea calității serviciilor medicale oferite populației, dar și la creșterea numărului de pacienți internați care au rezidența în alte județe.

Analiza gradului de eficiență energetică a infrastructurii sistemului public de sănătate

Conform *Studiului privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău*, eficiența energetică a clădirilor în care își desfășoară activitatea spitalele publice descentralizate este relativ corespunzătoare în jumătate din instituțiile analizate (Spitalul Județean de Urgență Bacău, Spitalul Orășenesc Comănești și Spitalul Orășenesc Buhuși).

În categoria unităților spitalicești care apreciază că eficiența energetică a clădirilor este corespunzătoare în totalitate intră Spitalul Municipal de Urgență Moinești. Până la sfârșitul anului 2011, acest spital a fost singurul din județul Bacău care a primit finanțare prin intermediul Programului Operațional Regional, Axa 3 "Îmbunătățirea infrastructurii sociale", domeniul de intervenție, 3.1. "Reabilitarea/ modernizarea/ echiparea infrastructurii serviciilor de sănătate", pentru un proiect de modernizare a ambulatoriului integrat și achiziționare de echipamente pentru dotarea acestuia, în valoare de aproximativ 1,25 milioane euro.

Pe de altă parte, există instituții spitalicești total nemulțumite de eficiența energetică a clădirilor: Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău și Spitalul Municipal Onești.

Pentru a crește eficiența energetică a clădirilor în cadrul cărora își desfășoară activitatea spitalele din județul Bacău se recomandă fie dezvoltarea unor proiecte de reabilitare termică, fie a unor proiecte de instalare a unor sisteme de energie care utilizează energia regenerabilă.

Reabilitarea termică a clădirilor spitalicești presupune:

- izolarea termică a pereților exteriori;
- înlocuirea ferestrelor și a ușilor exterioare existente, inclusiv tâmplăria aferentă accesului clădire, cu tâmplărie performantă energetic;
- termo-hidroizolarea terasei/ termoizolarea planșeului peste ultimul nivel în cazul existenței șarpantei;
- izolarea termică a planșeului peste subsol;
- lucrări de demontare a instalațiilor și a echipamentelor montate aparent pe fațadele/terasa blocului de locuințe, precum și remontarea acestora după efectuarea lucrărilor de izolare termică;
- lucrări de refacere a finisajelor anvelopei.

Una din sursele de finanțare prin intermediul căreia unitățile spitalicești din județul Bacău își pot crește eficiența energetică este **Programul privind instalarea sistemelor de încălzire care utilizează energie regenerabilă, inclusiv înlocuirea sau completarea sistemelor clasice de încălzire - Casa Verde**. Obiectul Programului îl reprezintă finanțarea de la Fondul pentru mediu a proiectelor privind instalarea sistemelor de încălzire care utilizează energie regenerabilă, inclusiv înlocuirea sau completarea sistemelor clasice de încălzire. Scopul Programului îl reprezintă îmbunătățirea calității aerului, apei și solului prin reducerea gradului de poluare cauzată de arderea lemnului și a combustibililor fosili utilizați pentru producerea energiei termice folosite pentru încălzire și obținerea de apă caldă menajeră, precum și stimularea utilizării sistemelor care folosesc în acest sens sursele de energie regenerabilă, nepoluante.

Unitățile administrativ-teritoriale, instituțiile publice sau unitățile de cult pot depune proiecte de finanțare în cadrul Programului pentru imobilele aflate în proprietatea ori în administrarea lor. În cadrul Programului se pot realiza proiecte privind înlocuirea sau completarea sistemelor clasice de încălzire cu sisteme care utilizează energie solară, energie geotermală, energie eoliană, energie hidro, biomasă, gaz de fermentare a deșeurilor, denumit și gaz de depozit, gaz de fermentare a nămolurilor din instalațiile de epurare a apelor uzate și biogaz sau orice alte sisteme care conduc la îmbunătățirea calității aerului, apei și solului.

Directii de optimizare a serviciilor publice din domeniul sanitar

Analizele efectuate pentru elaborarea documentului au reliefat o serie de necesități și de probleme ale sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău. Prin consultarea publică a factorilor-cheie din sistemul județean de sănătate, rezolvarea acestor necesități în sensul optimizării serviciilor publice din domeniul sanitar din județ trebuie să urmărească următoarele linii directoare:

1. Dezvoltarea asistenței medicale primare

În județul Bacău, una dintre măsurile de optimizare a sistemului serviciilor publice de sănătate este dezvoltarea asistenței medicale primare.

Optimizarea sistemului prin asistența medicală primară urmărește două obiective foarte importante:

- asigurarea asistenței medicale de calitate cât mai aproape de cetățean;
- reducerea suprasolicitării nejustificate a spitalelor.

- Prin realizarea acestor două deziderate se contribuie, implicit, la îmbunătățirea unor aspecte interdependente: reducerea cheltuielilor din sistem;
- condiții mai bune de tratament și internare;
- condiții mai bune de desfășurare și dezvoltare a activității profesionale pentru personalul medical;
- reducerea timpului de intervenție în situații de urgență;
- etc.

Asistența medicală primară revine în responsabilitatea aproape integrală a medicilor de familie; punând accentul pe asistența medicală primară, este vizată direct activitatea cabinetelor medicale de familie. Activitatea medicilor de familie va trebui să devină mult mai prezentă și mai remarcată la nivelul comunităților locale, în special a celor din zonele rurale. Pentru perioada vizată, se va acorda atenție deosebită serviciilor medicale esențiale și serviciilor medicale extinse (în mod deosebit, îngrijirilor la domiciliu), prin colaborare între cabinetele de medicină de familie și între acestea și ceilalți factori interesați (administrația publică, spitalele, societatea civilă).

2. Responsabilizarea cetățenilor (pacienților)

Toate elementele sistemului de sănătate trebuie să fie responsabilizate pentru a-și respecta obligațiile (nu doar drepturile) și pentru a acționa cu răspundere față de sistemul medical, în general, și față de modalitatea de utilizarea resurselor. Pacientul este primul care trebuie să fie responsabilizat: față de comportamente preventive, față de accesarea judicioasă a serviciilor medicale (ex: accesarea ambulanței), față de respectarea sfaturilor medicale (ex: automedicația) etc.

Factorii locali din domeniul sănătății dar chiar și întreaga comunitate (biserica, școala etc) vor trebui să se implice în activități de informare și educare, promovarea de modele etc. cu scopul de a contribui la responsabilizarea

deosebită a cetățeanului cu privire la starea sa de sănătate.

Obiectivele specifice cu privire la optimizarea serviciilor de sănătate este reducerea posibilității de apariție a bolilor și a complicațiilor cauzate de agravarea acestora, de efectele negative ale automedicației, de lipsa unui comportament preventiv cu privire la starea proprie de sănătate etc..

3. Acordarea atenției cuvenite activității de prevenție medicală

Prevenția trebuie să devină una dintre prioritățile județului în domeniul sănătății. Activitățile de prevenție primară vor fi susținute prin mobilizarea tuturor factorilor-cheie de la nivel local: școala, biserica, administrația publică, medicul de familie, spitalul etc. Medicii de familie au, și în acest caz, cel mai important rol în punerea în aplicare a activităților preventive.

Medicii de familie trebuie să devină mai activi și mai prezenți în comunitatea locală, trebuie să reprezinte principalul sprijin al populației în situații referitoare la sănătate și principalul factor de implementare a prevenției medicale.

Activitatea de prevenție în domeniul sănătății nu trebuie să se rezume doar la sfera medicală, ci trebuie să vizeze inclusiv comportamentele de consum care influențează sănătatea, condițiile de trai ale populației, atitudinea proactivă față de sănătate etc. Astfel, pentru activitatea de prevenție se impune colaborarea întregii comunități, a factorilor locali de importanță pentru comunitate (medicii, administrația publică, școala, biserica, liderii locali etc.),

4. Stabilirea unei complementarități la nivelul sistemului

Optimizarea serviciilor de sănătate din prisma distribuției teritoriale a serviciilor medicale oferite se poate realiza doar prin asigurarea unei complementarități la nivelul sistemului județean de sănătate din acest punct de vedere.

Pentru a fi eficient, sistemul public de sănătate din județul Bacău trebuie să fie unul bazat pe complementaritate. Unitățile spitalicești din județ vor

trebui să își coordoneze dezvoltarea de așa natură încât resursele de care dispun (umane, materiale, financiare) să fie canalizate spre rezultate individuale cât mai bune dar care să reprezinte elemente constitutive ale unui mecanism unitar de furnizare a serviciilor de sănătate la nivelul județului.

Distribuția teritorială a serviciilor medicale este un aspect important în stabilirea complementarității din sistem, evitându-se concurența inutilă bazată pe aceleași servicii medicale a unităților de sănătate învecinate.

Optimizarea serviciilor de sănătate are drept scop eficientizarea utilizării resurselor financiare, resurselor umane și resurselor umane disponibile care, în acest moment, se află în situații delicate din prisma suficienței, la nivelul județului. În aceste condiții, resursele de care dispune sistemul public de sănătate din județul Bacău trebuie gestionate eficient pentru a obține un nivel maxim de performanță în furnizarea serviciilor de specialitate.

Informații privind temele orizontale

Egalitatea de șanse și Diversitatea, Dezvoltarea durabilă, Coeziunea teritorială

Egalitatea de șanse și Diversitatea

Egalitatea de șanse (equal opportunities) – conceptul conform căruia toate ființele umane sunt libere să-și dezvolte capacitățile personale și să aleagă fără limitări impuse de roluri stricte; faptul că diferitele comportamente, aspirații și necesități ale femeilor și bărbaților sunt luate în considerare, evaluate și favorizate în mod egal înseamnă că femeile și bărbații se bucură de aceeași libertate de a-și realiza aspirațiile.

Relevanța în problemele de gen (gender relevance) – punerea în discuție a relevanței unei politici sau a unei acțiuni cu privire la relațiile de gen, a egalității dintre femei și bărbați. Abordarea integratoare a egalității de gen (gender mainstreaming) – elementul esențial utilizat în definiția abordării integratoare a egalității de gen este punerea accentului pe procesele de elaborare a politicilor. Abordarea integratoare se referă la (re)organizarea procedurilor și reglementărilor uzuale, (re)organizarea responsabilităților și capacităților în scopul integrării perspectivei de gen în toate aceste proceduri, reglementări, responsabilități, capacități, etc. Se referă, de asemenea, la utilizarea expertizei de gen în elaborarea și planificarea politicilor, utilizarea analizei privind impactul de gen în acest proces, includerea consultărilor și participării grupurilor și organizațiilor relevante. Numai când toate aceste (pre)condiții sunt îndeplinite se poate afirma că procesul abordării integratoare este în curs de realizare.

Dizabilitatea(disability) – termenul general pentru pierderile sau devierile semnificative ale funcțiilor sau structurilor organismului, dificultățile individului în executarea de activități și problemele întâmpinate prin implicarea în situații de viață, conform Clasificării Internaționale a Funcționării Dizabilității și Sănătății; Discriminare (discrimination) – a diferenția sau a trata diferit două persoane sau două situații, atunci când nu există o distincție relevantă între acestea sau de a trata într-o manieră identică situații care sunt în fapt diferite. Directive UE anti-discriminare interzic atât discriminarea

directă, cât și discriminarea indirectă și dau aceeași definiție a discriminării.

Diversitatea, ca principiu, recunoaște diferențele dintre indivizi și grupuri sociale, fiind mai concretă și mai specifică decât egalitatea șanselor. Principiul diversității prețuiește diferențele de atitudini, de cultură, de valori, de experiență dintre persoane și grupuri omogene de indivizi și urmărește să le valorifice pentru a aduce avantaje întregii societăți. Diversitatea presupune o abordare deschisă a diferențelor individuale, tratând fiecare persoană cu demnitate și respect.

Egalitatea de șanse și Diversitatea se referă la înlăturarea obstacolelor care ar putea priva indivizii sau grupurile sociale de a avea acces la oportunități egale. Principiul egalității șanselor presupune ca toate grupurile din societate să beneficieze de acces egal la oportunitățile și beneficiile pe care le va aduce implementarea Strategiei, în scopul atingerii obiectivelor propuse. Oportunitățile egale includ femeile, copiii, tineretul, persoane cu handicap, minorități etnice și alte grupuri dezavantajate.

Considerații generale

Egalitatea între femei și bărbați este un drept fundamental, o valoare comună a UE, și o condiție necesară pentru realizarea obiectivelor UE de creștere economică, ocuparea forței de muncă și a coeziunii sociale. Cu toate că inegalitățile încă există, în prezent UE a făcut progrese semnificative în ultimele decenii în realizarea egalității între femei și bărbați. Aceasta este – în principal – datorită legislației de tratament egal, integrarea dimensiunii egalității de gen și măsurile specifice pentru avansarea femeilor; Aceste aspecte vizează accesul la ocuparea forței de muncă, egalitatea salarială, protecția maternității, concediul parental, de asigurări sociale și profesionale, securitatea socială, sarcina probei în cazurile de discriminare și de auto-ocupare a forței de muncă.

Principiul egalității de șanse între femei și bărbați a început să fie transpus în legislația și în politicile UE, urmărindu-se reglementarea vieții sociale a Statelor Membre din perspective economice. Astfel, egalitatea între femei și bărbați pe piața muncii s-a dovedit de importanță crucială în spațiul comunitar, plasând problematica egalității de șanse în centrul Strategiei Europene pentru Ocupare. Strategia Comunitară urmărește să combine integrarea perspective de gen în

toate politicile și programele Comunității Europene concomitent (complementar) cu promovarea acțiunilor specifice în favoarea femeilor.

În plus față de dispozițiile legale referitoare la egalitatea de tratament dintre bărbați și femei, legislația UE anti-discriminare a fost înlocuită de asigurarea unui nivel minim de protecție și un tratament egal pentru toată lumea de viață și de muncă în Europa. Aceste legi sunt proiectate pentru a asigura un tratament egal, indiferent de: rasă sau origine etnică religie și credință dizabilități orientare sexuală vârstă.

Aceste legi au scopul de a asigura egalitatea de tratament, în multe aspecte legate de viața de zi cu zi - de la locul de muncă, care acoperă probleme de educație, asistență medicală și de acces la bunuri și servicii. Ca și cetățeni cu drepturi depline, persoanele cu handicap au drepturi egale și au dreptul la demnitate, egalitate de tratament, de viață independentă și de participarea deplină în societate. Activarea persoanelor cu handicap de a beneficia de aceste drepturi este principalul scop al UE de strategie pe termen lung pentru includerea lor activă.

Persoane cu handicap sunt implicate în proces, pe baza principiului european: "Nimic despre persoane cu handicap fără persoane cu handicap". UE promovează incluziunea activă și participarea deplină a persoanelor cu handicap în societate, în acord cu abordarea europeană a drepturilor omului referitoare la problemele de handicap. Drepturile persoanelor cu handicap este o problemă și nu o problemă de discreție. Fondul Social European (FSE) este o sursă importantă de finanțare pentru activități destinate dezvoltării capacității de ocupare a forței de muncă și a resurselor umane. Este folosit ca o completare pentru politicile introduse în scopul realizării obiectivului de a promova oportunitățile de ocupare a forței de muncă pentru toți cetățenii, în cadrul unei societăți incluzive.

Egalitatea de gen

În societate, femeile și bărbații nu au aceleași roluri, resurse, nevoi și interese. Nu participă în mod egal la luarea deciziilor. Valorile atribuite "muncii femeilor" și "muncii bărbaților" nu sunt aceleași; aceste diferențe variază de la o societate la alta, de la o cultură la alta și sunt denumite "diferențe de gen". Genul se referă la diferențele sociale dintre femei și bărbați care sunt învățate și care se schimbă în timp. Aceste diferențe

variază mult în interiorul unei culturi și de la o cultură la alta. Genul este un instrument conceptual cu ajutorul căruia sunt analizate rolurile, responsabilitățile, constrângerile, șansele și nevoile bărbaților și femeilor în orice context. Rolurile și nevoile de gen sunt influențate de clasă, vârstă, rasă și etnie, cultură și religie și de mediul geografic, economic și politic. În orice context social, rolurile de gen pot fi flexibile sau rigide, asemănătoare sau diferite, complementare sau în conflict. Pe lângă diferențele dintre femei și bărbați, mai pot exista diferențe în cadrul aceleiași categorii în ceea ce privește nivelul socioeconomic, puterea de decizie și vârstă. Termenul de "gen" nu îl înlocuiește pe cel de "sex" care se referă doar la diferențele biologice (de exemplu, datele statistice sunt diferențiate pe sexe).

Persoanele cu dizabilități

În vederea garantării conformării cu principiul egalității de tratament în legătură cu persoanele cu dizabilități, art. 5 din Directiva Consiliului privind relațiile de muncă 2000/78/CE prevede ca, în cazurile particulare în care e impune, angajatorii trebuie să ia măsurile necesare pentru a permite unei persoane cu dizabilități să aibă acces, să participe sau să promoveze la locul de muncă sau să beneficieze de instruire, cu excepția cazului în care astfel de măsuri ar presupune un efort disproporționat din partea angajatorului. Acest efort nu va fi disproporționat când este suficient acoperit de măsurile existente în cadrul politicilor privind dizabilitatea ale statului în cauză. Aceasta presupune că, ori de câte ori este nevoie, trebuie luate măsuri adecvate pentru persoanele cu dizabilități tocmai pentru garantarea egalității de tratament cu excepția situației în care se poate demonstra că o astfel de acomodare ar reprezenta o dificultate nefiresc de mare pentru cealaltă parte. Un exemplu în acest sens poate fi adaptarea orelor de lucru pentru persoanele cu dizabilități.

Egalitatea de șanse în legislația națională și comunitară

- Potrivit prevederilor OUG nr. 61/2008 privind implementarea principiului egalității de tratament între femei și bărbați în ceea ce privește accesul la bunuri și servicii și furnizarea de bunuri și servicii, prin principiul egalității de tratament se înțelege că nu va exista nicio discriminare directă bazată pe criteriul de sex, inclusiv aplicarea unui tratament mai puțin favorabil femeilor pe

motive de sarcină și maternitate și că nu va exista nicio discriminare indirectă bazată pe criteriul de sex.

- În sensul Legii nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați, republicată, prin egalitate de șanse între femei și bărbați se înțelege luarea în considerare a capacităților, nevoilor și aspirațiilor diferite ale persoanelor de sex masculin și, respectiv, feminin și tratamentul egal al acestora.

- În art. 6 din Regulamentul (CE) nr. 1081/2006 al Parlamentului European și al Consiliului privind Fondul Social European și de abrogare a Regulamentului

- (CE) nr. 1784/1999 se stipulează faptul că Statele Membre se asigură că programele operaționale cuprind o descriere a modului în care se încurajează egalitatea între bărbați și femei și egalitatea de șanse în elaborarea, punerea în aplicare, supravegherea și evaluarea programelor operaționale. Statele Membre încurajează o participare echilibrată a femeilor și bărbaților la gestionarea și executarea programelor operaționale la nivel local, regional și național, după caz.

- Regulamentul (CE) nr. 1083/2006 al Consiliului de stabilire a anumitor dispoziții generale privind Fondul European de Dezvoltare Regională, Fondul Social European și Fondul de coeziune și de abrogare a Regulamentului (CE) nr. 1260/1999, prin art. 16 privitor la egalitatea între bărbați și femei și nediscriminarea, prevede că Statele membre și Comisia asigură promovarea egalității între bărbați și femei și integrarea principiului de egalitate de șanse în domeniul respectiv în fiecare dintre diferitele etape ale aplicării Fondurilor. Statele membre și Comisia iau măsurile adecvate pentru prevenirea oricărei discriminări bazate pe sex, rasă sau origine etnică, religie sau convingeri, handicap, vârstă sau orientare sexuală în fiecare dintre diferitele etape ale aplicării Fondurilor și în special în ceea ce privește accesul la Fonduri. În special, accesibilitatea persoanelor cu dizabilități este unul dintre criteriile care trebuie respectate la definirea operațiunilor cofinanțate din Fonduri și de care trebuie să se țină seama în fiecare dintre diferitele etape ale aplicării Fondurilor.

- Art. 21 alin. (1) din Carta UE privind Drepturile fundamentale statuatează că orice discriminare bazată pe orice criteriu precum sex, rasă, culoare, etnie sau origine socială, trăsături genetice, limbă, religie sau credință, opinie politică sau de altă natură, apartenență

la o minoritate națională, proprietate, naștere, dizabilitate, vârstă sau orientare sexuală este interzisă.) Abordarea integratoare Abordarea integratoare implică, de obicei, o reorganizare a proceselor de elaborare și planificare a politicilor (programelor, proiectelor), pentru că, de cele mai multe ori, procedurile existente nu țin seama de diferențele de gen sau conțin prejudecăți legate de gen. În general, experții în strategii din instituțiile/organismele care elaborează politici afirmă că rezultatul muncii lor nu avantajează/dezavantajează nici unul dintre sexe (sunt neutre din punctul de vedere al genului) dar, în contradicție cu această supoziție, de multe ori a fost dovedit faptul că diferențele de gen nu sunt recunoscute ca atare și că deciziile se iau ținând cont de prejudecăți care favorizează perpetuarea inegalităților de gen deja existente. Abordarea integratoare ca strategie are drept scop contracararea în mod activ a acestui fapt și folosirea rolului factorilor decizionali în elaborarea politicilor tocmai pentru a promova relații echitabile între femei și bărbați.

Legislație națională aplicabilă

- Strategia pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap în perioada 2006-2013 "Șanse egale pentru persoanele cu handicap către o societate fără discriminări";
- Hotărârea Guvernului nr. 1175/2005 privind aprobarea Strategiei naționale pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap în perioada 2006-2013;
- Legea nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați, republicată;
- Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 61/2008 privind implementarea principiului egalității de tratament între femei și bărbați în ceea ce privește accesul la bunuri și servicii și furnizarea de bunuri și servicii;
- Constituția României, art. 4 alin. 2 și art. 16 alin. 1;
- Codul Muncii, art. 3-9;
- Ordonanța Guvernului nr. 137/2000 republicată, aprobată de Legea 48/2002, cu modificările ulterioare, privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare;
- Planul național de acțiune pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați (HG. nr. 1273/2000)
- Hotărârea Guvernului nr. 285 din 4 martie 2004 privind aplicarea Planului național de acțiune pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați

- Hotărârea Camerei Deputaților privind înființarea Comisiei pentru Egalitatea de Șanse între femei și bărbați (Hotărârea nr.24/18 noiembrie 2003)

Dezvoltarea durabilă

Dezvoltarea durabilă este un concept foarte complex, care a pornit de la preocuparea față de mediu, ideea fiind îmbogățită în timp cu o dimensiune economică și una socială.

Deși inițial dezvoltarea durabilă s-a vrut a fi o soluție la criza ecologică determinată de intensa exploatare industrială a resurselor și degradarea continuă a mediului și caută în primul rând prezervarea calității mediului înconjurător, în prezent conceptul s-a extins asupra calității vieții în complexitatea sa, atât sub aspect economic cât și social.

Conceptul de dezvoltare durabilă desemnează totalitatea formelor și metodelor de dezvoltare socio-economică, nu numai pe termen scurt sau mediu, ci și pe termen lung, al căror fundament îl reprezintă în primul rând asigurarea unui echilibru între aceste sisteme socio-economice și elementele capitalului natural. Cea mai cunoscută definiție a dezvoltării durabile este cu siguranță cea dată de Comisia Mondială pentru Mediu și Dezvoltare (WCED) în raportul "Viitorul nostru comun", cunoscut și sub numele de Raportul Brundtland: "dezvoltarea durabilă este dezvoltarea care urmărește satisfacerea nevoilor prezentului, fără a compromite posibilitatea generațiilor viitoare de a-și satisface propriile nevoi".

Principii și obiective

Dezvoltarea durabilă se derulează pe fondul unor principii majore ce o caracterizează:

- preocuparea pentru echitate și corectitudine între țări și între generații;
- viziunea de lungă durată asupra procesului dezvoltării;
- gândirea sistemică, interconexiunea între economie, societate și mediu.

În acest scop, sunt identificate patru obiective-cheie:

- Protecția mediului prin măsuri care să permită disocierea creșterii economice de impactul negativ asupra mediului;

- Echitatea și coeziunea socială, prin respectarea drepturilor fundamentale, diversității culturale, egalității de șanse și prin
- combaterea discriminării de orice fel;
- Prosperitatea economică prin promovarea cunoașterii, inovării, competitivității pentru asigurarea unor standarde de viață ridicate și unor locuri de muncă abundente și bine plătite;
- Îndeplinirea responsabilităților internaționale ale UE prin promovarea instituțiilor democratice în slujba păcii, securității și libertății și a principiilor și practicilor dezvoltării durabile pretutindeni în lume.

Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene – obiective generale

- limitarea schimbărilor climatice, a costurilor și a efectelor negative pentru societate și mediu,
- asigurarea unui sistem de transport care să poată satisface nevoile economice, sociale și de mediu ale societății, minimizând impactul nedorit asupra acestora,
- promovarea modelelor de producție și consum durabile, îmbunătățirea managementului și evitarea supraexploatării resurselor naturale, recunoscând valoarea serviciilor ecosistemelor,
- promovarea unei bune sănătăți publice în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății,
- promovarea incluziunii sociale prin luarea în considerare a solidarității între și în cadrul generațiilor, asigurarea securității și creșterea calității vieții cetățenilor, ca o condiție pentru păstrarea bunăstării individuale, și promovarea activă a dezvoltării durabile pe scară largă, pentru a asigura concordanța între politicile interne și externe ale UE și angajamentele
- internaționale ale Uniunii privitoare la dezvoltarea durabilă.

Strategia națională de dezvoltare durabilă

Proiectul de elaborare a Strategiei Naționale de Dezvoltare Durabilă (SNDD) s-a realizat conform exigențelor UE de către Guvernul României, prin Ministerul Mediului și Pădurilor, în colaborare cu Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare Durabilă.

Ministerul Mediului și Pădurilor este instituția națională care se ocupă atât de elaborarea cât și de implementarea Strategiei Naționale de Dezvoltare Durabilă (SNDD). Acest proiect se desfășoară în baza Memorandumului de Înțelegere încheiat între Guvernul României și Programul Națiunilor Unite din România, semnat între cele două instituții la 28 august 2007 și aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 1216 / 2007.

Strategia Națională de Dezvoltare Durabilă, document de importanță strategică națională, propune o viziune a dezvoltării durabile a României în perspectiva următoarelor două decenii.

Tratatul Uniunii Europene prevede integrarea dezvoltării durabile în toate politicile europene, astfel încât acestea să contribuie de o manieră integrată la îndeplinirea obiectivelor economice, sociale și de mediu.

Noua Strategie de Dezvoltare Durabilă a UE (2006) urmărește, alături de Strategia de la Lisabona pentru creștere economică și locuri de muncă, să contribuie la o Europă mai prosperă, mai curată și mai corectă. Pentru a respecta cerințele legislației comunitare, statele membre ale Uniunii Europene trebuie să abordeze conceptul dezvoltării durabile în cadrul tuturor proiectelor și programelor finanțate din fonduri structurale, pentru a contribui la realizarea unei economii europene echilibrate, durabile și inovative.

Proiectele care integrează dezvoltarea durabilă din stadii timpurii de viață au valoare adăugată atât pentru organizațiile promotoare, cât și pentru grupurile țintă vizate și pot deveni exemple de bună practică în domeniu. Importanța acestei teme trebuie să fie recunoscută în dezvoltarea proiectelor, în rândul factorilor de decizie și pe tot parcursul implementării proiectelor.

Coeziunea teritorială

Începând cu anul 1986, obiectivul politicii de coeziune constă în consolidarea coeziunii economice și sociale. Tratatul de la Lisabona și noua strategie a UE (Europe 2020) introduc o a treia dimensiune: coeziunea teritorială. Discuțiile pe această temă au demarat la începutul anilor '90. Cu fiecare țară care aderă la UE, crește și nevoia de a acorda mai multă atenție evoluției

teritoriului european. Ultimii ani au adus o dinamică semnificativă la nivelul Uniunii Europene într-un domeniu aflat încă în curs de consolidare: coeziunea teritorială. Conform noului Tratat de la Lisabona, coeziunea teritorială a devenit cea de-a treia dimensiune a politicii de coeziune, pe lângă componenta socială și cea economică.

Obiectivul atribuit coeziunii teritoriale adaugă dimensiunea de proces politic trans-sectorial și trans-teritorial (trans-frontalier, trans-regional, etc.): acesta le permite factorilor de decizie să privească teritoriul european dintr-o nouă perspectivă – nu neapărat regională sau națională, ci la un nivel trans-frontalier integrat și macro-regional – care poate ajuta teritoriile să își construiască viitorul pe baza capitalului teritorial prin asigurarea celor mai performante oportunități la diverse niveluri geografice.

Definiția conceptului de coeziune teritorială se află încă în dezbateri la nivel european, însă există câteva elemente care sunt acceptate de toată lumea, acestea fiind dezvoltarea echilibrată a teritoriului, reducerea disparităților și valorificarea potențialului teritorial. O definiție generală propusă pentru conceptul de coeziune teritorială în urma consultării instituțiilor românești este redată mai jos.

Coeziunea teritorială este expresia dezvoltării echilibrate, coerente și armonioase a teritoriului, sub aspectul activităților economice, sociale, al dotărilor, al accesibilității și al calității mediului, al existentei condițiilor de viață și de muncă echitabile pentru toți cetățenii, indiferent de locul în care se află. Politica de coeziune teritorială trebuie să urmărească diminuarea diferențelor de dezvoltare dintre regiunile geografice, dintre mediul urban și cel rural, dintre centru și periferie, precum și prevenirea amplificării discrepantelor teritoriale.

Importanța coeziunii teritoriale a fost evidențiată în Directivele strategice comunitare referitoare la coeziune adoptate de Consiliu în 2006, în care s-a afirmat că „promovarea coeziunii teritoriale trebuie să facă parte din efortul de a asigura că întregul teritoriu al Europei are oportunitatea să contribuie la agenda privind creșterea economică și crearea de locuri de muncă. În mod similar, Directivele strategice comunitare referitoare la dezvoltarea rurală evidențiază contribuția pe care programele de dezvoltare rurală ale UE o pot avea

pentru a înfăptui coeziunea teritorială. În același timp, a existat o recunoaștere crescândă a necesității de promovarea cooperării, dialogul și parteneriatul între diferitele niveluri ale guvernelor, precum și între acestea și organizații și persoane, din motive care privesc direct procesul de dezvoltare. Cu toate acestea, înfăptuirea coeziunii teritoriale ar beneficia de o clarificare a multor chestiuni pe care le ridică. O înțelegere comună a acestor chestiuni ar ajuta la îmbunătățirea guvernării politicii de coeziune, făcând-o mai flexibilă, mai capabilă de adaptare la cea mai adecvată scară teritorială, mai responsabilă la preferințele și nevoile locale, precum și mai bine coordonată cu alte politici, la toate nivelurile, în conformitate cu principiul subsidiarității.

Coeziunea teritorială în programarea politicilor UE

Coordonarea între politicile sectoriale și cele teritoriale este importantă pentru a maximaliza sinergiile și pentru a evita posibilele conflicte. Dezbaterile de coeziune teritorială este importantă pentru a evidenția chestiunile implicate și pentru a încuraja analizarea lor mai detaliată, nu doar în ce privește domeniile de politică mai evidente indicate în continuare, ci și în mod mai general.

- Politica privind transportul are implicații evidente pentru coeziunea teritorială, prin efectul ei asupra localizării activității economice și asupra modelului de dispunere a localităților. Ea joacă un rol deosebit de important în ameliorarea conexiunilor externe și interne ale regiunilor mai puțin dezvoltate.
- Politica privind energia contribuie la coeziunea teritorială prin dezvoltarea unei piețe interne, pe deplin integrate, a gazului și energiei electrice. În plus, măsurile de eficientizare a energiei și politica privind energiile regenerabile contribuie la dezvoltarea durabilă în întreaga UE și pot oferi soluții pe termen lung pentru regiunile izolate.
- Asigurarea conectării la internetul de mare viteză joacă un rol la fel de semnificativ, dată fiind importanța sa tot mai mare pentru competitivitate și coeziune socială.
- Primul pilon al politicii agricole comune și sprijinul pe care acesta îl oferă fermierilor are, de asemenea, un impact important asupra teritoriilor, prin activitățile și veniturile pe care le

menține în zonele rurale și prin promovarea gestionării judicioase a terenurilor.

- Strategia europeană privind ocuparea forței de muncă, o parte integrantă a strategiei de la Lisabona, își aduce o contribuție importantă la dezvoltarea capitalului uman printr-o mai bună educație și prin dobândirea de noi competențe în diverse domenii. În plus, orientările privind ocuparea forței de muncă includ coeziunea teritorială ca unul din cele trei obiective fundamentale.
- Bazinele maritime se confruntă cu cereri concurente de utilizare a mării. Regimurile separate pentru pescuit, acvacultură, conservarea mamiferelor marine, transport naval, petrol și gaze și minerit sunt concepute pentru a soluționa conflictele din interiorul sectoarelor respective, dar nu dintre sectoare. Se află în curs de elaborare la nivelul UE o politică maritimă integrată care să abordeze aceste probleme de coordonare, pentru a asigura dezvoltarea durabilă a zonelor maritime.
- Politică privind mediul are impact, în mai multe moduri, asupra localizării activității economice. Cerințele reglementative pot avea o dimensiune spațială și pot influența planificarea utilizării terenurilor. Pentru a îndeplini efectiv obiectivele politicilor și standardelor, regiunile și părțile implicate conlucrează, de exemplu în contextul planului de acțiune privind biodiversitatea comunitară și al gestionării comune a rețelei Natura 2000.
- Accesul la cercetarea de calitate și posibilitatea de a participa la proiecte transnaționale au un efect tot mai important asupra dezvoltării regionale. Dimensiunea teritorială a politicii privind cercetarea este încorporată în stabilirea Spațiului European de Cercetare (SEC), în care cercetătorii se pot deplasa, pot interacționa și pot coopera într-o manieră deschisă.
- Politică privind concurența poate afecta distribuția teritorială a activității economice prin asigurarea concentrării ajutorului regional în zonele cele mai dezavantajate și prin ajustarea dimensiunii ajutorului în funcție de natura și amploarea problemelor.



Protejează natura! Redu, Refolosește, Reciclează!

Șanse egale pentru un viitor mai bun!

Acest document este elaborat în cadrul proiectului „Programare strategică - modalitate de optimizare a structurilor pentru noile servicii descentralizate/deconcentrate din sectorul prioritar sănătate”, cod SMIS 10763, implementat de către Consiliul Județean Bacău, proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Dezvoltarea Capacității Administrative.

Editor: Consiliul Județean Bacău
Calea Mărășești nr. 2, cod 600017, Bacău, jud. Bacău
Tel: 023-537 200; Fax: 0234-535 012;
www.csjbacau.ro; presedinte@csjbacau.ro

Data publicării: octombrie 2011

Drepturile de autor asupra acestei publicații sunt rezervate Consiliului Județean Bacău. Publicația sau părți ale acesteia pot fi reproduse numai cu permisiunea acestuia.

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.

<http://www.fonduriadministratie.ro>

© Consiliul Județean Bacău, octombrie 2011
www.csjbacau.ro