



UNIUNEA EUROPEANĂ
Fondul Social European



GUVERNUL ROMÂNIEI
Ministerul Administrației și Internelor



Inovație în administrație
Programul Operațional
"Dezvoltarea Capacității
Administrative"

STRATEGIA de reformare a sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate 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.



STRATEGIA de reformare a
sistemului public de furnizare a
serviciilor de sănătate
din județul Bacău

A stylized sunburst background with rays emanating from the top right, transitioning from a bright yellow to a darker yellow. The bottom half of the image is a solid dark red color.

Cuprins

Analiza diagnostic a sistemului de sănătate	9
1.1. Analiza infrastructurii și dotării sistemului public sanitar	10
1.2. Nivelul actual al stării de sănătate a populației.....	20
1.3. Nivelul actual al factorilor favorizanți/ defavorizanți ai stării de sănătate a populației.....	26
1.4. Starea actuală a sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate	34
1.5. Prognoza demografică a județului Bacău pentru perioada 2010-2025.....	48
1.6. Analiza SWOT a sistemului sanitar din județul Bacău	52
Strategia de reformare a sistemului de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău	59
2.1. Viziunea de dezvoltare a sistemului de sănătate din județul Bacău	60
2.2. Priorități și direcții de dezvoltare a sistemului de sănătate din județul Bacău	70
ANEXE	161

Adresăm mulțumiri deosebite pentru contribuția semnificativă la elaborarea documentului:

- **Dlui dr. Marius APOSTU**, Director medical, Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău
- **Dlui dr. Adrian BRÎNZANIUC**, Director Medical, Spitalul Municipal Onești
- **Dlui dr. Marin BUȘTUC**, Director Executiv, Direcția de Sănătate Publică Bacău
- **Drei dr. Mioara CÂRLAN**, Manager, Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești
- **Dlui dr. Adrian COLIBABA**, Director medical, Serviciul Județean de Ambulanță
- **Dlui dr. Adrian COTÎRLEȚ**, Manager, Spitalul Municipal de Urgență Moinești
- **Dnei dr. Aura CREȚU**, Manager General, Serviciul Județean de Ambulanță
- **Dnei ec. Viorica DRĂGĂNUȚĂ**, Director General, Casa de Asigurări de Sănătate Bacău
- **Dlui bioing. Gabriel DRUG**, Manager, Spitalul Orășenesc Buhuși
- **Dlui dr. Sorin ENESCU**, Manager General, Serviciul Județean de Ambulanță
- **Dnei ec. Oana GĂMAN**, Director Financiar Contabil, Spitalul Municipal de Urgență Moinești
- **Dlui dr. Constantin Gabriel GAVRILĂ**, Manager, Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău
- **Dlui dr. Mihai ICHIM**, membru al Consiliului de Administrație, Spitalul Județean de Urgență Bacău
- **Dlui Ciprian MIHALACHE RĂILEANU**, Manager, Sanatoriul Balnear Slănic Moldova
- **Dnei dr. Mihaela NEDELCU**, Director General, Spitalul Polimed Podu Turcului
- **Dlui dr. Vasile PALADE**, Manager, Clinica Palade
- **Dnei ec. Simona PANAINTE**, Director Financiar Contabil, Spitalul Polimed Podu Turcului
- **Dlui dr. Iulian PAVEL**, Director Medical, Spitalul Municipal de Urgență Moinești
- **Dlui ec. George Adrian POPA**, Director economic, Spitalul Județean de Urgență Bacău
- **Dnei dr. Mihaela POPESCU**, Director General, Direcția de Sănătate Publică Bacău
- **Dnei as. Geanina PRICOPI**, Director Îngrijiri, Spitalul Județean de Urgență Bacău
- **Dlui ing. Dan STOICA**, Manager, Spitalul Județean de Urgență Bacău
- **Dlui ing. Lucian ȘOVA**, Președinte al Consiliului de Administrație, Spitalul Județean de Urgență Bacău
- **Dlui dr. Eugen TINCU**, Șef Secție ATI, Spitalul Municipal de Urgență Moinești
- **Dnei dr. Aurelia ȚAGA**, Manager, Spitalul de Pediatrie Bacău
- **Dnei ec. Vighenia URSACHE**, Director Financiar Contabil, Sanatoriul Balnear Slănic Moldova

Capitolul I

Analiza diagnostic a sistemului de sănătate



1.1. Analiza infrastructurii și dotării sistemului public sanitar

Analiza infrastructurii și dotării sistemului public sanitar

Sistemul public sanitar existent în județul Bacău a cunoscut, în ultimii ani, o dinamică regresivă din punct de vedere cantitativ, numeroase policlinici, dispensare medicale, farmacii și chiar cabinete medicale desființându-se. În cazul spitalelor publice, și nu numai, carențele apărute în sistem au fost compensate adesea de dezvoltarea sistemului privat. Deși majoritatea sunt unități sanitare de nișă (cu specializare unică sau un număr redus de specializări, în domenii cu profitabilitate ridicată), unitățile sanitare private cu paturi din Bacău au venit în întâmpinarea nevoilor populației de servicii medicale de calitate, exprimată de obicei în condiții hoteliere moderne, echipament medical modern, comportament al personalului medical îmbunătățit față de situația din mediul public.

În prezent, în județul Bacău funcționează trei categorii de spitale:

1. Spitale publice descentralizate:

- Spitalul Județean de Urgență Bacău (subordonat Consiliului Județean Bacău);
- Spitalul de Pediatrie Bacău (subordonat Consiliului Județean Bacău);
- Spitalul Municipal de Urgență Moinești (subordonat Consiliului Local Moinești);
- Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești (subordonat Consiliului Local Comănești);
- Spitalul Municipal Onești (subordonat Consiliului Local Onești);
- Spitalul Orășenesc Buhuși (subordonat Consiliului Local Buhuși);
- Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău (subordonat Consiliului Local Bacău).

2. Spitale publice aflate în subordinea autorităților publice centrale:

- Sanatoriul Balnear Slănic Moldova (aflat în subordinea Ministerului Sănătății);
- Spitalul Penitenciar Târgu Ocna (subordonat Ministerului Justiției - Administrația Națională a Penitenciarelor);

3. **Spitale private/Unități sanitare cu paturi:** S.C. Polimed S.R.L., S.C. Clinica Palade S.R.L., S.C. Malp S.R.L., S.C. Eldimed Materna S.R.L., S.C. Psihomed Laboratory S.R.L., S.C. Medical Praxis S.R.L., S.C. Măgura S.A., Clinica Medical Service, Centrul de Investigații Medicale Regina Maria, Clinica Luxor, etc.

La aceste unități spitalicești se va adăuga în perioada următoare și **Spitalul Municipal Bacău**, aflat încă în stadiu de construcție. Spitalul Municipal Bacău va pune la dispoziția pacienților 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.

Spitalul de Pediatrie Bacău se află, în prezent, în curs de fuzionare prin absorbție cu Spitalul Județean de Urgență Bacău, printr-o decizie a Consiliului Județean Bacău de la sfârșitul lunii septembrie 2011. Decizia de comasare se încadrează în strategia națională de reorganizare a spitalelor și a fost necesară pentru conformarea Spitalului Județean de Urgență Bacău cu standardele categoriei a III-a de competență, conform planului de conformare impus de Ministerul Sănătății, în implementare până la 31.12.2011.

Pe lângă respectarea menținerea SJU în categoria a III-a de competență (respectarea criteriilor minime prevăzute de această categorie), principalele beneficii care rezultă din fuziunea celor două unități derivă din avansarea Spitalului de Pediatrie din categoria a IV-a de competență în categoria a III-a, ca secție a Spitalului Județean de Urgență Bacău (sume mai mari alocate finanțării anumitor servicii spitalicești). Din punctul de vedere al calității serviciilor medicale, avantajele Spitalului de Pediatrie după finalizarea comasării vor fi generate de accesul la infrastructura medicală a Spitalului Județean de Urgență Bacău dar și de încadrarea personalului spitalului în organigrama SJU (un prim avantaj este funcționalizarea secției de chirurgie pediatrică, modernizată dar nefuncțională din cauza limitărilor legislative din domeniul resurselor umane).

Fuzionarea celor două unități spitalicești în discuție nu este o măsură propusă pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale de pediatrie, dar oferă premisele realizării acestui deziderat. Se recomandă ca, după reconfigurarea spitalului județean (care va fi impusă de comasare), circuitele medicale aferente asistenței pediatrică să fie separate de cele generale ale spitalului de urgențe. De asemenea, se recomandă pregătirea suplimentară a medicilor care deserveșc UPU pentru preluarea urgențelor pediatrică.

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.

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.

Niciunul dintre spitalele din județul Bacău nu este clasificat în categoria a II-a de competență, conform ierarhizării realizate de Ministerul Sănătății în anul 2011. La nivelul Regiunii Nord-Est, unități cu o clasificare mai înaltă de categoria a III-a funcționează doar în municipiul Iași. De altfel, județul Bacău se află într-o zonă mai extinsă fără acces direct la serviciile unor unități spitalicești de categoria I și a II-a, populația județului având ca alternative apropiate municipiul Iași, municipiul Brașov sau municipiul Galați (distribuția geografică a spitalelor din categoriile I și II de competență este prezentată în Anexa 5).

Din punct de vedere al specializărilor existente în unitățile spitalicești publice din Bacău, **structura**

organizatorică a spitalelor include peste 30 de specializări. O parte din acestea funcționează în majoritatea spitalelor (Chirurgie generală, Medicină internă, Neurologie, Pediatrie, ATI, Boli infecțioase, Obstetrică-Ginecologie, ORL, Recuperare, medicină fizică și balneologie), în timp ce anumite specializări sunt furnizate doar în câteva unități (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.). Incidența bolilor a căror specialiști se găsesc doar în câteva spitale din Bacău este ridicată. Spre exemplu, secțiile de Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și Hemodializă se regăsesc doar în Spitalul Județean de Urgență Bacău, deși conform *Studiului privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău* aproape 5% din populația județului suferă de diabet. Aceeași situație este întâlnită și în cazul secției de Alergologie și imunologie clinică care funcționează doar în Spitalul Județean de Urgență Bacău, cu toate că aproape 5% din populație suferă de alergii (inflamarea ochilor, rinită, dermatită, alergii alimentare, etc.). Un aspect interesant este faptul că **în zonele din județul Bacău în care nu există aceste specializări, incidența bolilor este mai ridicată**.

Spitalul Județean de Urgență Bacău furnizează cea mai complexă gamă de servicii medicale, structura organizatorică a instituției incluzând nu mai puțin de 27 secții și compartimente. Acestea li se vor adăuga secțiile și compartimentele Spitalului de Pediatrie, după finalizarea procesului de fuzionare, situație care va crea o presiune suplimentară asupra managementului spitalului. În această situație, se recomandă introducerea unui nivel intermediar de management astfel încât fiecare clinică/pavilion/centru ale spitalului să aibă o structură proprie de management, cu rol executiv.

Asistența medicală primară este bine reprezentată în teritoriu, neexistând nicio unitate teritorial-administrativă în care să nu funcționeze cel puțin un cabinet de medicină de familie. Totuși, sunt semnalate o serie de probleme legate de eficiența asistenței medicale primare, cauzând într-o anumită măsură suprasolicitarea spitalelor.

Conform datelor INS, în județul Bacău funcționează 300 cabinete publice de medicină de familie deservite de 302 medici. Acestea li se adaugă 14 cabinete private,

deservite de 7 medici. Rezultă o raport de 4,3 medici de familie la 10.000 de locuitori, valoare ce se situează sub media regională (5,2 medici de familie la 10.000 locuitori) și sub cea națională (6,8 medici de familie la 10.000 locuitori).

Numărul mediu de locuitori deserviți de un medic de familie din județul Bacău este de 2.312,7 persoane. În mediul urban, valoarea acestui indicator este de 1.868 persoane / medic de familie în timp ce, în mediul rural, unui medic de familie îi sunt arondate, în medie, 2.878 persoane. În 36 de comune din județ, unui medic de familie îi revin peste 3.000 de locuitori, dintre care, în 17 comune, valoarea indicatorului depășește 4.000 locuitori/medic, iar în 5 comune depășește valoarea de 5.000 locuitori/medic.

Un aspect de interes major este asigurarea continuității asistenței medicale primare, în special în zonele rurale cu accesibilitate scăzută. La momentul redactării documentului, în județul Bacău funcționau doar 2 centre de permanență ale medicilor de familie, în comuna Ghimeș-Făget și în comuna Stănișești. Unul dintre rezultatele cele mai evidente ale lipsei asistenței medicale de permanență (în afara orelor de program ale medicilor de familie) este suprasolicitarea serviciului de ambulanță și, implicit, a compartimentelor de primiri urgențe din spital.

O problemă importantă a înființării și funcționării centrelor de permanență este finanțarea. Sumele aferente salariilor personalului medical se decontează de către CAS, dar salariile personalului auxiliar, dotările minimale și celelalte cheltuieli de funcționare trebuie asigurate de către administrațiile locale. O posibilă rezolvare este asocierea comunităților locale arondate centrelor de permanență sau chiar de la nivelul unei zone geografice mai largi cu scopul de a sprijini asigurarea asistenței medicale primare în permanență.

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.**

În ceea ce privește dispersia teritorială a **unităților sanitare private** cu paturi, cea mai mare parte a acestora sunt amplasate în municipiul Bacău. Există, însă, și unități care funcționează în alte localități din județ, creând un sistem complementar celui public. Spre exemplu, în comuna Podu Turcului funcționează spitalul Polimed, care are o arie importantă de adresabilitate, clasificat de Ministerul Sănătății cu nivel de competență bazal (deservește populația pe o rază administrativ-teritorială de maximum 70 km). Spitalul Polimed acoperă comunele din zona de est și sud-est a județului care sunt situate la o distanță mare de o unitate spitalicească publică. **Deși este un spital privat, Spitalul Polimed nu practică sistemul de coplată, funcționarea sa fiind similară unei unități publice.**

Complementaritatea sistemului privat cu cel public rezidă și din prisma specializărilor existente în cadrul acestora. În rândul unităților sanitare private cu paturi se numără și mai multe clinici specializate pe chirurgie estetică, serviciu slab dezvoltat în sistemul public de la nivel județean. Per ansamblu, unitățile private au optat pentru anumite segmente-nișă de pacienți și s-au specializat pe servicii medicale precum chirurgia estetică, obstetrică-ginecologie, psihologie, ORL, etc.

Putem vorbi de **complementaritate și între serviciile furnizate de unitățile sanitare publice descentralizate și cele aflate în subordinea autorităților publice centrale** (ex. Sanatoriul Balnear Slănic Moldova). *Studiul privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău* a arătat că o mare parte din populație suferă fie de boli ale bătrâneții (hipertensiune, poliartrită reumatoidă, afecțiuni grave ale coloanei, osteoartrita, etc.), fie de boli asociate stresului (dureri de cap severe, diabet, ulcer, infarct miocardic, cancer, etc.). Pentru afecțiuni ale oaselor și articulațiilor în unitățile spitalicești publice descentralizate există aproximativ 100 de paturi (în secția Reumatologie și Recuperare, medicină fizică și balneologie), deși aproximativ 40% din afecțiunile de care suferă populația sunt în acest sector. În întâmpinarea acestor tipuri de afecțiuni ale populației vine, însă, și Sanatoriul Balnear Slănic Moldova unde funcționează o secție de Recuperare, medicină fizică și balneologie cu 38 paturi.

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.

În prezent, primirea cazurilor de urgență este asigurată în trei spitale publice din județul Bacău care au unități de primire urgențe (Spitalul Județean de Urgență Bacău), sau compartimente de primire urgențe (Spitalul Municipal de Urgență Moinești, Spitalul Municipal Onești). Celelalte spitale (Comănești, Buhuși, Polimed Podu Turcului) primesc, de asemenea, urgențe, dar gradul de complexitate al urgențelor tratate este mai redus, date fiind specializările medicale existente, infrastructura, dotările etc. De multe ori, aceste spitale asigură doar primul ajutor pacienților care sunt apoi transportați spre una dintre cele trei unități specializate. Situațiile de acest gen sunt nefavorabile atât pentru pacient (în unele cazuri, un timp mai mare de intervenție înseamnă șanse mai puține de supraviețuire), cât și pentru unitățile spitalicești care nu pot rezolva în totalitate cazul (cheltuielile cu intervenția inițială nu sunt decontate) și pentru unitatea de ambulanță (costuri mai mari de transport).

Capacitate de internare

În *unitățile spitalicești descentralizate* din județul Bacău există **599 saloane și 2.656 paturi**, media de paturi pe salon fiind de 4 bucăți. Trendul ultimilor ani a fost unul descendent în cazul numărului de paturi și ușor ascendent în cazul numărului de saloane, încercându-se reducerea aglomerării saloanelor și îmbunătățirea condițiilor de internare a populației. Se mențin, încă, situații de aglomerare, unde este nevoie de suplimentarea spațiilor, precum cazul Spitalul Județean de Urgență Bacău, cu o medie de 5,6 paturi/salon. Conform datelor raportate de spitale, există cazuri în care pacienții au fost nevoiți să stea câte doi în pat. Se remarcă Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești și Spitalul Orășenesc Buhuși, unde numărul de zile de internare raportate în anul 2010 în a fost cu mult peste capacitatea maximă de internare pe care o aveau spitalele în mod obișnuit. În anumite situații, spitalele sunt nevoite să solicite utilizarea unui pat de către 2 pacienți, nu doar din cauza numărului insuficient de paturi ci și din cauza accesării necorespunzătoare a

serviciilor spitalicești. Situații de acest fel își au sorgintea în mai multe carențe ale sistemului medical: insuficienta dezvoltare a activităților de prevenție, informarea inadecvată a populației (care duce la solicitarea spitalelor în locul asistenței primare), neglijarea problemelor de sănătate până aceste se acutizează etc.

Suprasolicitarea paturilor din spitale din ultimii ani a apărut pe fondul scăderii semnificative a numărului de paturi în raport cu pacienții internați, fără o susținere adecvată a altor măsuri de natură a reduce cererea de servicii de asistență medicală spitalicească. Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești, cât și Spitalul Orășenesc Buhuși au înregistrat o reducere a numărului de paturi în anul 2010, cu 20% față de anul precedent. De altfel, Spitalul Comănești a fost desființat prin decizia Ministerului Sănătății și reînființat din dorința comunității locale. Astfel de măsuri fac parte din planul național de paturi în sistemul sanitar pentru perioada 2011-2013, document ce stabilește anual un număr maxim de paturi, atât în unitățile sanitare de stat, cât și private, care pot fi finanțate de Casele de Asigurări de Sănătate. Potrivit planului, România trebuie să reducă în anul 2013 numărul de paturi din spitale cu 8,6 procente față de anul 2010.

Din cele 2.565 paturi din unitățile spitalicești publice descentralizate din județul 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).

Potrivit INS, în toate unitățile spitalicești publice din Bacău (*unități descentralizate și unități subordonate autorităților publice centrale*) există **2.996 paturi**, ceea ce înseamnă că la 1.000 de locuitori revin 4,2 paturi. Prin comparație, la nivel național, la 1.000 de locuitori revin 6 paturi din unitățile spitalicești publice, Ministerul Sănătății propunându-și să reducă numărul de paturi finanțate de casele de asigurări de sănătate, astfel încât să se atingă media europeană de 5,61 paturi la 1.000 de locuitori.

Media de paturi la 1.000 de locuitori în Bacău se află în prezent sub ținta stabilită pentru anul 2013 de Ministerul Sănătății. În această situație, o eventuală

nouă reducere a numărului de paturi din județ nu poate fi justificată din prisma acestui indicator.

Pentru a atinge media de 5,61 paturi la 1.000 de locuitori, numărul de paturi de spital din județul Bacău ar trebui să crească la 4.005 paturi (cu 1.009 mai multe față de situația actuală).

În unitățile sanitare private (inclusiv centre de sănătate) din Bacău există 223 paturi, ceea ce înseamnă că la 10.000 de locuitori revin 3,1 paturi din unitățile spitalicești private. În comparație cu situația de la nivel regional și național, sistemul privat din județul Bacău este mult mai dezvoltat. În Regiunea de Dezvoltare Nord - Est media este de 0,8 paturi în unitățile private la 10.000 de locuitori, iar la nivel național 0,6 paturi la 10.000 de locuitori.

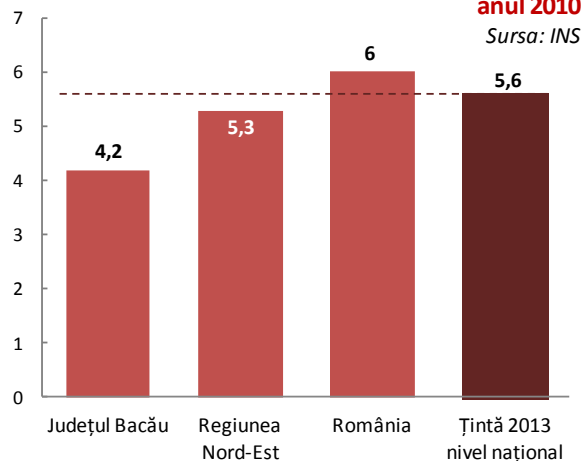
71% din paturile existente în unitățile sanitare private (inclusiv centre de sănătate) din Regiunea de Dezvoltare Nord - Est funcționează în județul Bacău.

Probleme legate de infrastructură

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

numărul de paturi din unitățile spitalicești publice raportat la 1.000 de locuitori, în anul 2010



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.

Cauza principală a apariției și nerezolvării problemelor de infrastructură este **insuficiența resurselor financiare** necesare pentru investiții în infrastructură, valoarea acestora fiind, de regulă, foarte mare. În perioada de programare 2007-2013 unul dintre programele care a oferit finanțare nerambursabilă unităților spitalicești a fost Programul Operațional Regional, Axa 3 "Îmbunătățirea infrastructurii sociale", domeniul de intervenție, 3.1. "Reabilitarea/ modernizarea/ echiparea infrastructurii serviciilor de sănătate". Până la sfârșitul anului 2011, un singur spital din Bacău a primit finanțare prin intermediul acestui program, Spitalul Municipal de Urgență Moinești, care a finalizat cu succes un proiect de modernizare a ambulatoriului integrat și achiziționarea de echipamente pentru dotarea acestuia, în valoare de aproximativ 1,25 milioane euro.

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).

În prezent, fondurile care pot fi alocate pentru investiții în infrastructură au ca sursă contribuțiile administrațiilor publice, veniturile proprii ale spitalelor, bugete de investiții ale Ministerului Sănătății, sponsorizările. Bugetele care provin din contractele cu CAS nu pot fi grevate de cheltuieli pentru investiții. Chiar în situația în care ar fi permis acest lucru, situația nu s-ar îmbunătăți nici parțial, finanțarea fiind insuficientă chiar și în condițiile actuale.

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. Aceștia 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.

Spitalul Polimed întâmpină probleme din cauza lipsei unei stații de epurare și a lipsei unui furnizor de servicii de gestionare a deșeurilor menajere în comuna Podu Turcului.

O altă problemă majoră a unităților spitalicești publice din județul Bacău o reprezintă dotările medicale și non-medicele. 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-medicele și echipamentele medicale corespund parțial sau în cea mai mare măsură.

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.

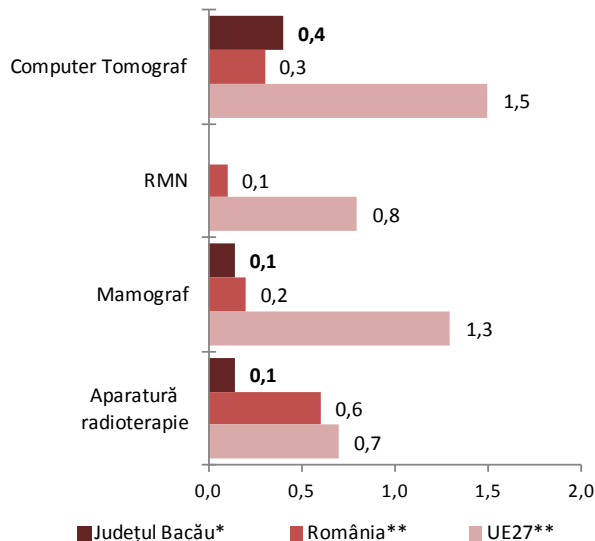
În cadrul unităților spitalicești publice descentralizate din județul Bacău mai există și un mamograf și aparatură pentru radioterapie, ambele funcționând în cadrul Spitalului Județean de Urgențe Bacău. La 100.000 de locuitori revin 0,1 mamografe și 0,1 aparaturi radioterapie, cu mult sub media Uniunii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

O mare parte din dotările medicale din spitalele din județul Bacău prezintă un **nivel ridicat de uzură 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 (inclusiv aparatura pentru sterilizare). În aceste condiții, personalul medical din unități își desfășoară activitatea cu aparatură slab performantă, care afectează calitatea serviciilor medicale.

Totodată **fondurile primite de la Ministerul Sănătății sunt insuficiente**, în anul 2010 doar Spitalul Orășenesc Buhuși beneficiind de bani pentru echipamente medicale (22,89 mii lei). În anul 2011 este prevăzută o sumă mai mare - 973,02 mii lei – pentru îmbunătățirea dotării medicale din mai multe unități spitalicești (Spitalul Județean de Urgențe Bacău, Spitalul Orășenesc Buhuși). Această sumă reprezintă 1,1% din banii alocați pentru echipamente medicale în spitalele din țară.

aparatura medicală din spitale, raportat la 100.000 de locuitori

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



* spitale publice

** date din anul 2009

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: substația Bacău, substația Moinești, substația Comănești, substația Tg. Ocna, substația Onești, substația Buhuși și substația Podu Turcului. Problemele de funcționare ale acestui serviciu se referă la condițiile de desfășurare a activității (substațiile 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.

Dezvoltarea anumitor servicii medicale costisitoare pentru unitățile publice se poate realiza prin parteneriate de tip public-privat. În acest mod pot fi dezvoltate servicii medicale în privința cărora sistemul actual este deficitar, precum tratamentul oncologic etc.



1.2. Nivelul actual al stării de sănătate a populației

1.2.1. Situația actuală

Starea de sănătate autopercepută. 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. Persoanele din mediul urban autoevaluează starea generală de sănătate mai degrabă bună și foarte bună, comparativ cu respondenții din mediul rural.

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

Bolile declarate care au cea mai ridicată rată de diagnosticare de către un medic sunt bolile coronariene, ulcerul, afecțiunile grave ale coloanei, hipertensiunea, ciroza, disfuncția hepatică, diabetul, osteoartrita, bolile pulmonare.

Cele mai frecvente boli în rândul populației din județ, conform evidențelor Direcției de Sănătate Publică Bacău, 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 neoplasm malign, 0,1% suferă de TBC și 0,1% din populația județului de HIV/SIDA.

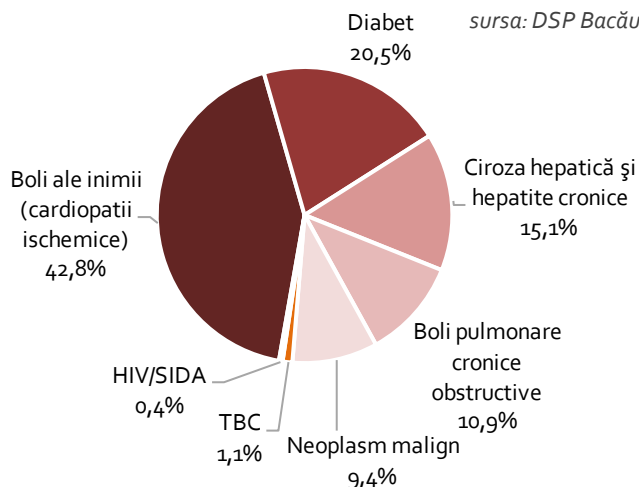
Diabetul este cea de-a doua boală în rândul populației din județul Bacău și una din cele mai complicate. La nivelul județului, aproximativ 99,6% din persoanele diabetice primeau o îngrijire adecvată, în perioada 2007-2011. În anul 2010, numărul diabeticilor din județ era de 2,7 ori mai mare decât în 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.

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

2010

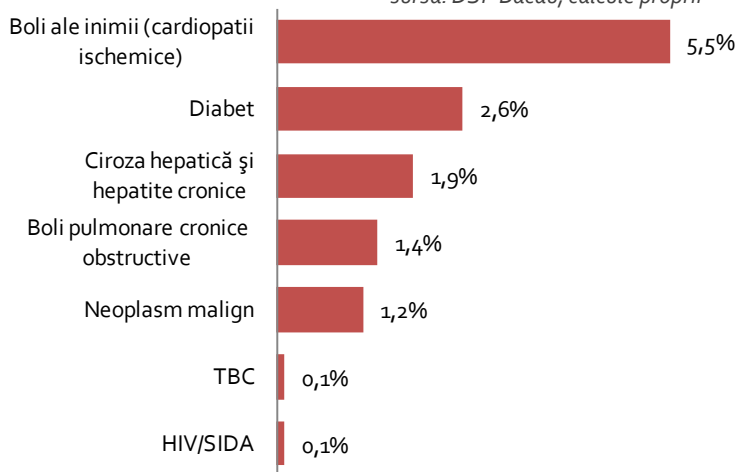
sursa: DSP Bacău



ponderea bolnavilor aflați în evidență în totalul populației județului Bacău,

2010

sursa: DSP Bacău, calcule proprii



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%).

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 cazuri noi) și bolile sistemului nervos (36,6% din cazurile noi).

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 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.

Durata medie a vieții, în județul Bacău, s-a ridicat cu 2,5 ani în ultimii 20 de ani, ajungând la 72,4 ani, în anul 2010. În același interval de timp, diferența duratei medii de viață pe sexe s-a majorat, în prezent femeile având o durată medie de viață cu aproape 8 ani peste durata medie a vieții a persoanelor de gen masculin.

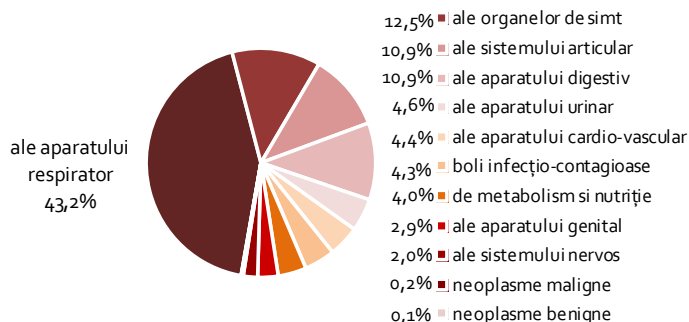
Principala cauză de deces este reprezentată de bolile aparatului circulator. Cea de-a doua cauză de deces este reprezentată de tumori, a cărei pondere în numărul total de decese este în continuă creștere (rata medie de creștere anuală fiind de 3,1%, în perioada 1990-2010). De asemenea, în această perioadă s-a majorat ponderea deceselor cauzate de boli cerebro-vasculare, tumori și boli ale aparatului digestiv.

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 tentativelor 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%.

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

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

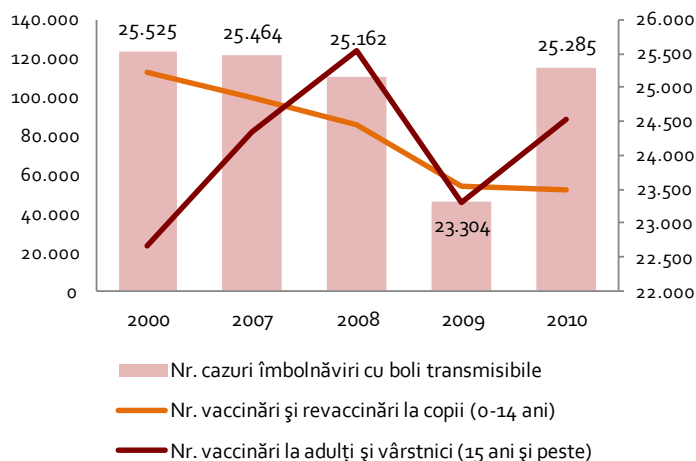
sursa: DPS Bacău



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

2000-2010

sursa: DSP Bacău



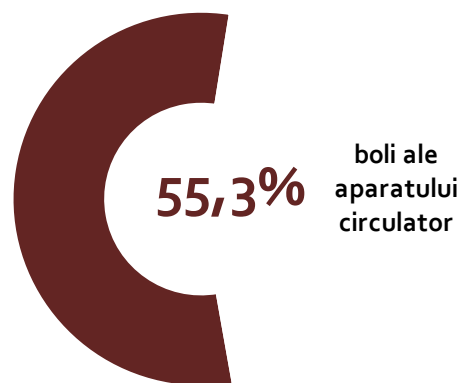
medie din anul 2000. Fluctuația greutateii medii în intervalul de timp 2000-2010, relevă o greutate medie a copilului la naștere în limite normale.

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. Scăderea ratei de mortalitate se datorează, pe de o parte, utilizării mai frecvente și îmbunătățirea tehnicilor de urmărire a evoluției sarcinii de către specialiști și, pe de altă parte, cunoașterii într-o măsură mai mare a

necesităților (alimentație, control medical periodic etc.) și a comportamentului specific pe perioada sarcinii de către femeile însărcinate.

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.

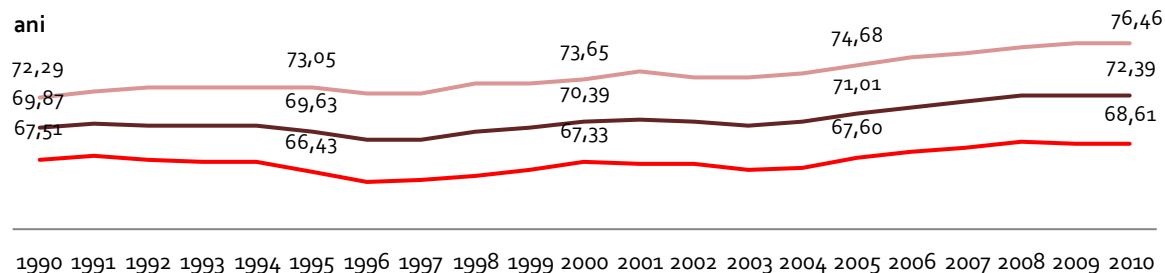
principala cauză de deces, în județul Bacău



— Total
— Masculin
— Feminin

evoluția duratei medii de viață, în județul Bacău, pe sexe

1990-2010; sursa: INS



1.2.2. Principalele probleme și necesități

Frecvența bolilor aparatului circulator. Populația declară că principalele boli de care suferă țin de sistemul circulator: hipertensiune, poliartrita reumatoidă, etc. Îngrijorător este faptul că cele mai multe decese din județ se datorează acestei boli. Principalele cauze ale acestor boli sunt reprezentate de alimentație, frecvența activităților fizice, viciile, predispoziția genetică, stresul, dar și vârsta, mare parte din acestea putând fi eliminate prin educarea și informarea populației.

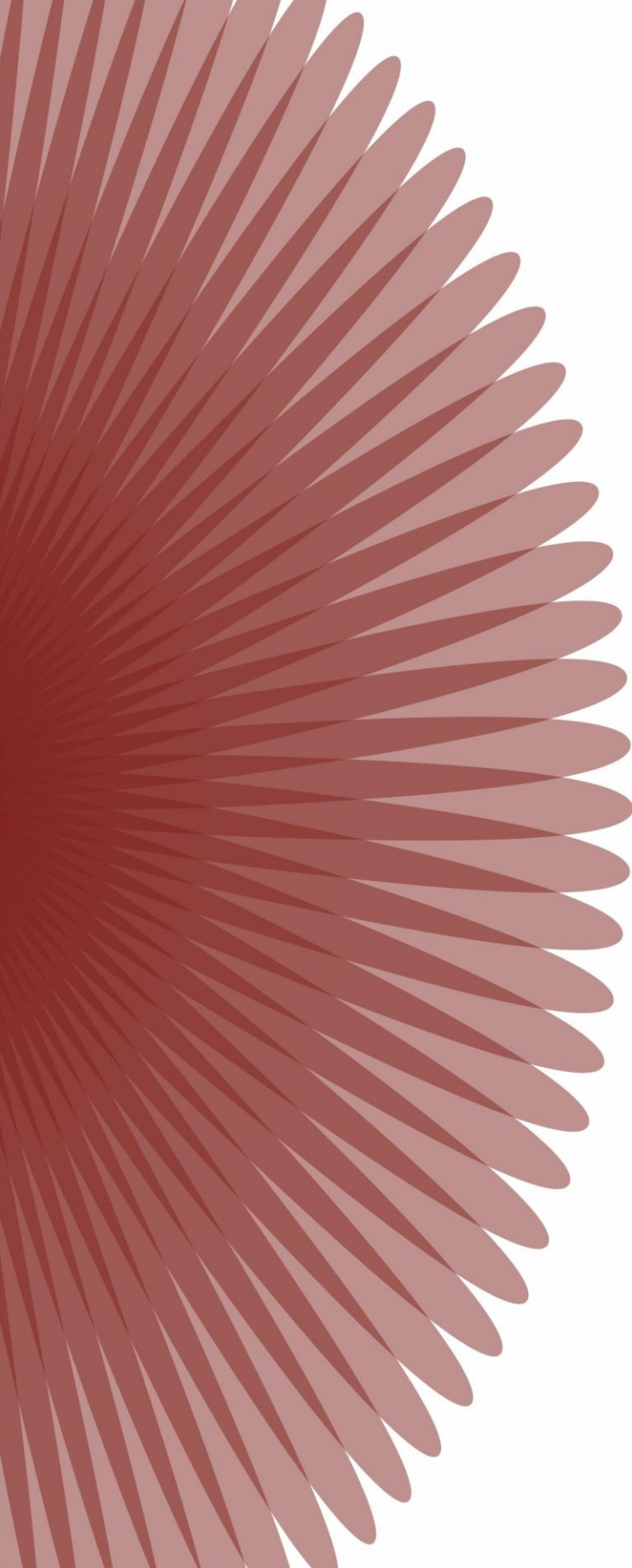
Numărul ridicat de bolnavi de diabet, reprezintă o problemă din punct de vedere al necesității asigurării unui tratament corespunzător permanent. În ultimii 10 ani, numărul diabeticilor a crescut de 2,7 ori și reprezenta în anul 2010, aproximativ 2,6% din populația totală a județului.

Incidența crescută a afecțiunilor grave. Cele mai importante creșteri, în ceea ce privește numărul de noi îmbolnăviri în anul 2010 față de anul 2009, se semnalează în cazul bolilor precum: neoplasmelor benigne, neoplasmelor maligne, sistemului articular, organelor de simț, aparatului urinar, metabolismului și nutriției și aparatului digestiv.

Interesul scăzut al populației față de prevenția bolilor transmisibile. Analizând evoluția numărului de cazuri de boli transmisibile în corelație cu evoluția numărului de vaccinări realizate rezultă faptul că populația nu se vaccinează decât în perioadele cu risc ridicat de epidemie. Deși se desfășoară și s-au desfășurat campanii de conștientizare și de vaccinare împotriva bolilor contagioase, la nivelul spitalelor, populația nu este educată suficient și conștientă de rolul prevenției pentru sănătate.

Diagnosticarea scăzută a bolilor. Populația apelează la diagnosticul unui doctor pentru bolile mai grave, precum ulcerul, diabetul etc., însă pentru bolile frecvent declarate, precum durerile de spate, aceștia nu au apelat la un medic pentru diagnosticare și implicit pentru tratament. Tratarea necorespunzătoare, în lipsa unui diagnostic al medicului de familie sau specialist, poate crea alte probleme de sănătate mai grave sau pe o perioadă de timp îndelungată.

Creșterea duratei medii de viață. Deși pe de o parte este rezultanta îmbunătățirii condițiilor de viață, pe de altă parte, durata medie de viață ridicată conduce la creșterea necesităților pentru îngrijirea persoanelor vârstnice. Astfel, se impune dezvoltarea specialității de geriatrie care se ocupă de afecțiunile organice, mentale, funcționale și sociale din îngrijirea acută, cronică, preventivă, de recuperare și terminală a persoanelor vârstnice.



1.3. Nivelul actual al factorilor favorizanți/ defavorizanți ai stării de sănătate a populației

1.3.1. Situația actuală

Principalii factori determinanți stării de sănătate a populației sunt obiceiurile de alimentație și viciile, condițiile de mediu și trai, riscurile profesionale, sprijinul acordat de persoanele apropiate și interesul propriu față de starea de sănătate. Dar pe de altă parte, chiar sistemul de sănătate contribuie la starea de sănătate a populației fiind un factor determinant.

Stilul de viață al locuitorilor din județul Bacău este descris de obiceiul de a consuma tutun, alcool, produse alimentare, dar și de obișnuința de a face mișcare.

Obișnuința de a fuma o au 20,4% persoane care fumează zilnic și 8,8% persoane care fumează doar cu anumite ocazii. Dintre fumătorii care consumă țigări din comerț, numărul mediu de țigări consumate pe zi este de 12 țigări, adică puțin peste jumătate de pachet. În mediul rural, ponderea persoanelor care fumează zilnic (24,3% persoane) este mult mai ridicată față de cea de la nivel urban (17,1% persoane).

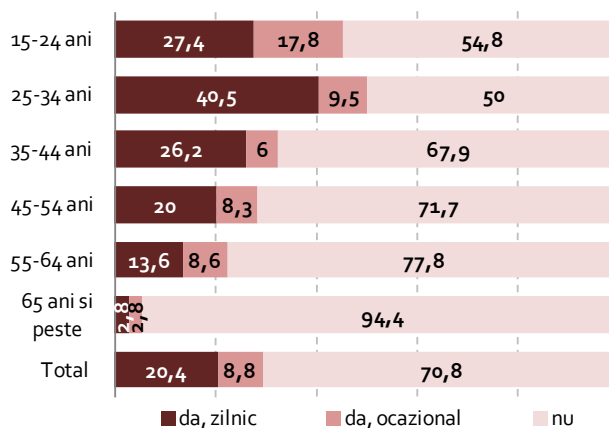
Pe grupe de vârstă, ponderea cea mai ridicată a fumătorilor activi (zilnic și ocazional) se înregistrează la persoanele tinere de cu vârste cuprinse între 15-24 ani (45,2% persoane) și 25-34 ani (50,0% respondenți), în timp ce la persoanele de 65 de ani și peste fumătorii activi reprezintă doar 5,6%.

Locul în care se fumează cel mai frecvent este locuința urmată de spațiile publice și mai puțin locul de muncă/școala.

56,4% persoane au consumat băuturi alcoolice, în ultimele 12 luni. Ponderea celor care consumă alcool frecvent este de 13,4%, din care 4,4% respondenți

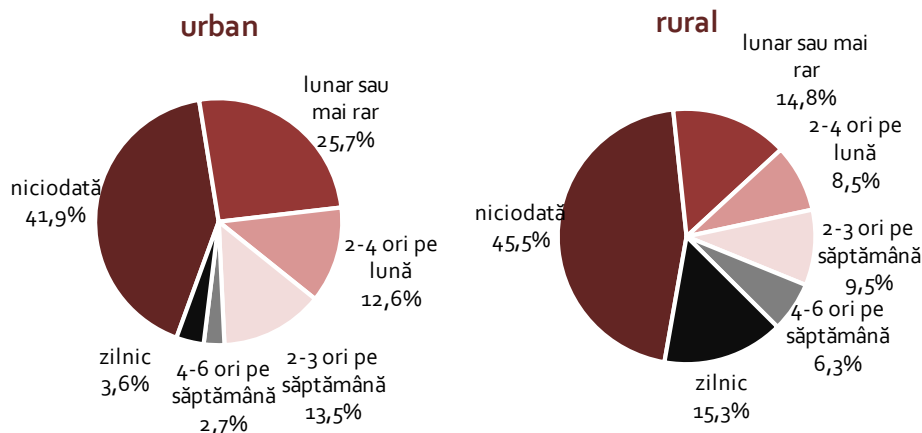
obișnuința de a fuma, pe grupe de vârstă (%)

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



frecvența consumului de alcool, pe medii de rezidență

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



consumă alcool de 4-6 ori pe săptămână iar 9,0% persoane consumă alcool zilnic. În mediul rural, consumul de alcool este mai accentuat, fiind 21,6% persoane care consumă băuturi alcoolice frecvent (și 4-6 ori/săptămână și zilnic). Consumul alcool este frecvent în special la bărbați și la persoanele de peste 45 de ani.

Consumatorii de băuturi alcoolice (persoanele care au consumat în ultimele 12 luni 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.

Consumul de droguri este un factor negativ important al stării de sănătate a populației, cu atât mai mult cu cât implicațiile medicale sunt numeroase și, de multe ori, fatale, iar controlarea și eradicarea consumului de droguri este o problemă greu de rezolvat. Orașele, în special cele în care funcționează centre importante de învățământ (în special liceal și universitar), cele aflate în regiuni de frontieră sau cele cu un flux migratoriu important, prezintă o predispoziție mai ridicată față de consumul de droguri. Consumul de droguri este frecvent în rândul populației tinere, dar vârsta medie a consumatorilor a crescut în ultima perioadă, pe fondul consumului cronic (dependentă) și al creșterii prevalenței consumului. În 2010, vârsta medie la deces cauzat de consum de droguri (direct) a fost de 29,76 ani.

Situația Regiunii Nord-Est cu privire la consumul de droguri este îngrijorător, ANA raportând pentru anul 2010 în această regiune 40% din cazurile de intoxicații acute cu amfetamină, 25% din urgențele datorate consumului de cocaină, 62,5% din totalul intoxicațiilor acute cu ecstasy, 28,6% din intoxicațiile acute cu metamfetamină etc. Aceste ponderi li se adaugă intoxicațiile datorate de abuzului de medicamente, din totalul cărora, 26,8% se înregistrează în regiunea Nord-Est.

Un fenomen cu amploare în creștere este consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (cunoscute ca „droguri legale” sau „etnobotanice”), favorizat de legalitatea consumului, accesibilitatea extrem de facilă (inclusiv prin comerț on-line), prețurile mai scăzute față de celelalte substanțe halucinogene etc. În anul 2010, conform datelor Agenției Naționale Antidrog, 75% dintre cazurile de urgențe medicale asociate consumului de droguri înregistrate în Regiunea Nord-Est au fost reprezentate de intoxicațiile acute cu substanțe

„etnobotanice”. Față de 2009, ponderea prezentată a crescut foarte mult, dar nu reflectă în totalitate o creștere netă a consumului de substanțe de acest gen, ci este și rezultatul unei diagnosticări mai exacte a cazurilor (s-a înregistrat o scădere simultană a intoxicațiilor cu substanțe necunoscute și a intoxicațiilor cu droguri ilegale pentru care nu se cunoștea substanța activă).

În anul 2010, în Regiunea Nord-Est au fost înregistrate 516 cazuri de urgențe medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, mult mai numeroase față de anul anterior (35). Cel mai probabil, creșterea acestui indicator nu reflectă o creștere similară a consumului de droguri legale, diferența datorându-se și creșterii numărului de unități raportoare (de la 5, în 2009, la 11, în 2010) și îmbunătățirii sistemului de raportare (conștientizare, informarea corectă a raportorilor, identificarea corectă a cazurilor etc.).

În funcție de numărul de cazuri de urgențe non-fatale înregistrate în 2010, ANA a realizat o catalogare a județelor pe zone de risc. În Regiunea Nord-Est, județul Iași este inclus în zona de risc foarte mare (împreună cu Bucureștiul), deținând o pondere de peste 10% din totalul urgențelor înregistrate, județul Botoșani este inclus în zona de risc foarte mic, județele Neamț, Suceava și Vaslui corespund zonei de risc mic. **Județul Bacău face parte din zona de risc mediu**, alături de alte 10 județe, corespunzându-i o pondere de până la 5% din urgențele raportate la nivel național. Doar 6 județe din țară și municipiul București se încadrează în zone de risc superioare celei din care face județul Bacău. La nivelul Regiunii Nord-Est, după județul Iași, **județul Bacău raportează cea mai mare pondere a urgențelor cauzate de consumul de droguri.**

Datele oficiale publicate de Institutul Național de Medicină Legală Mina Minovici arată că, în județul Bacău, în anul 2010 nu a fost înregistrat nici un deces cauzat direct sau indirect de consumul de droguri. De altfel, la nivelul Regiunii Nord-Est nu este raportat nici un astfel de caz, observându-se o lipsă de corelație cu evidențele consumatorilor cauzată, cel mai probabil, de inconsecvențe de raportare.

Implicațiile consumului de droguri asupra stării de sănătate a populației (exceptând cazurile letale) sunt date de consumul în condiții neigienice, lipsa unor măsuri de reducere a riscurilor cauzate de consumul de droguri și de consumul cronic, care conduce la

deteriorarea progresivă a stării de sănătate a consumatorilor. Cazuistica bolilor consumatorilor este reflectată de diagnosticurile aferente cazurilor de deces (direct sau indirect), majoritatea afecțiunilor identificate fiind complicații septice severe (pneumonie, bronhopneumonie, furunculoză, meningită, hepatite cronice severe). Conform datelor ANA, endocardita infecțioasă are o incidență în creștere, identificată în aproximativ 10% dintre cazurile de deces înregistrate în țară și asociate consumului de droguri (direct sau indirect). Alte patologii dezvoltate ca urmare a consumului de droguri (cauzate de condiții neigienice sau de complicații favorizate de substanțele consumate) sunt tromboflebitele, granulomatozele pulmonare, tromboembolia etc., dar și afecțiuni psihiatrice (tulburări de personalitate și de afect, depresie, anxietate etc.).

Pe lângă efectele negative în planul stării de sănătate, consumul de droguri are și implicații negative în sfera socială (consumatorii sunt marginalizați, o parte dintre consumatori sunt părinți etc.).

În acest context, se recomandă, pentru perioada următoare, desfășurarea în județul Bacău a unor activități susținute de informare și educare cu privire la pericolele asociate consumului de droguri. Populația tânără, în special elevii și studenții, vor constitui un grup țintă prioritar.

Activitățile fizice semnificative sunt realizate cu precădere de persoanele a căror loc de muncă impune astfel de efort, și, în special, persoanele din mediul rural.

Activitățile fizice moderate (aerobic, plimbări prin aer liber, etc.) sunt realizate, cel puțin o zi pe săptămână, de către 74,2% persoane, dedicând un timp mediu de 2 ore zilnic acestor activități, însă 16,5% persoane nu realizează nicio zi din săptămână activități fizice moderate.

Stilul de alimentație al populației își lasă puternic amprenta asupra stării de sănătate.

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. Dar, 1,2% persoane nu consumă niciodată fructe, același procent de persoane neconsumând niciodată legume.

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

Majoritatea populației (74,0% persoane) nu consumă niciodată snacks-uri, însă pentru 2,9% persoane consumul de snacks-uri are o frecvență ridicată (1,9% persoane consumând o dată pe zi și 1,0% persoane consumând de două sau mai multe ori pe zi astfel de produse).

48,2% persoane nu consumă sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr niciodată, dar 19,9% persoane consumă astfel de băuturi foarte frecvent (o dată pe zi sau de mai multe ori pe zi).

Pentru 3,7% persoane din județ, frecvența de consum a produselor fast-food este ridicată (o dată pe zi și de două sau mai multe ori pe zi).

Condițiile de mediu sunt în strânsă legătură cu activitatea economică desfășurată în județul Bacău.

Calitatea atmosferei în județul Bacău este influențată de emisiile de substanțe acidifiante și eutorifizante 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.

Calitatea apelor de suprafață sau freatice s-a menținut în ultimii ani. 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 și Platforma industrială Borzești - Onești - pentru r. Troțuș.

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

Condițiile de trai s-au îmbunătățit în ultimii 20 de ani, 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).

În anul 2009, în județul Bacău au fost supuși **riscurilor profesionale** 69 de persoane, suferind accidente de muncă, din care 85,5% au provocat incapacitatea temporară de muncă a persoanei în cauză. Rata de accidentelor de muncă a fost de 0,62‰, cu puțin sub valoarea de la nivel național de 0,74‰. Numeric, accidentele de muncă s-au diminuat în ultimii ani, ceea ce denotă interesul în creștere acordat de către angajator și angajat pentru măsurile de protecție la locul de muncă.

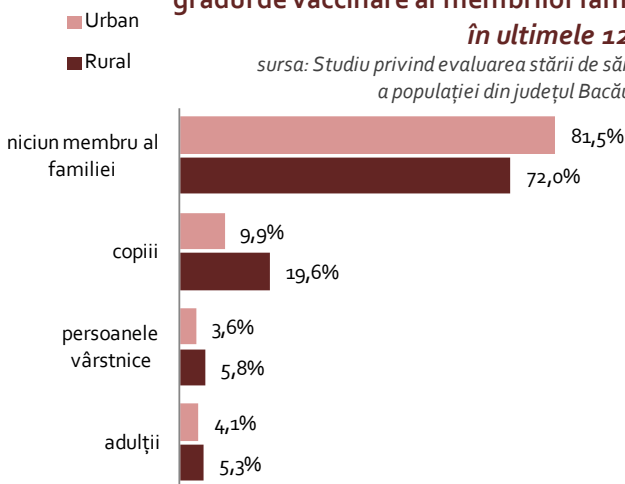
Cea mai mare parte a populației au în apropiere o **persoană de sprijin**, pe care ar putea conta în cazul unor probleme serioase. O pondere de 94,2% persoane se bucură de prezența a cel puțin unei persoane pe care pot conta în cazul unor probleme serioase, însă 5,4% persoane declară că nu au în apropierea lor astfel de persoane.

Interesul propriu față de sănătate poate fi cuantificat prin numărul de vaccinări realizate pentru protecția organismului contra bolilor infecțioase. O pondere de 14,4% persoane au susținut faptul că s-au vaccinat copii din familie, 4,6% persoane susțin că s-au vaccinat persoanele adulte și 4,6% persoane declară că s-au vaccinat adulții din familie, în ultimele 12 luni.

77,1% dintre persoanele au declarat că nici un membru al familiei nu s-a vaccinat în ultimele 12 luni. Gradul de nevaccinare a niciunui membru al familiei este mai ridicat decât în mediul rural.

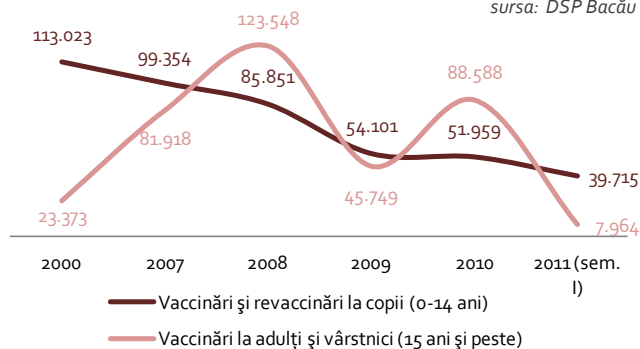
gradul de vaccinare al membrilor familiei, în ultimele 12 luni

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



evoluția numărului de vaccinuri realizate în rândul populației din județul Bacău

2000- sem. I 2011
sursa: DSP Bacău



Datele furnizate de Direcția de Sănătate Publică Bacău, relevă faptul că , 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.

Investigații medicale realizate de populație. Pentru investigații medicale, populația consultă medicii de familie sau chiar se internează în unitățile spitalicești. În ultimele 12 luni, 21,2% dintre persoanele care au accesat serviciile medicale ale unui spital nu au fost internați.

Deși unor persoane li s-a recomandat internarea, acestea au refuzat. Cel mai frecvent motiv pentru care s-a refuzat internarea a fost de natură financiară: lipsa

banilor/ lipsa asigurării de sănătate. Următorul motiv este reprezentat de lipsa timpului din cauza serviciului/copiilor.

La medicul de familie au ajuns mai recent de un an 62,0% persoane, iar 31,3% persoane au făcut ultima vizită în urmă cu un an sau mai mult. Îngrijitor este faptul că 5,1% persoane susțin că nu au fost niciodată la medicul de familie.

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 județul Bacău a scăzut cu 5,3% față de anul 2009, dar s-a majorat cu 11,3% față de anul 2000.

În ultimele 12 luni, 17,5% persoane au declarat că au fost internate în spital cel puțin o noapte. Aceste persoane au fost internate, în medie, de 1,5 ori, pe o perioadă medie de 11,1 nopți. Însă la ultima internare, perioada medie a fost de 7,8 nopți. Durata medie de internare este direct proporțională cu vârsta pacienților, 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.

La ultima internare, persoanele internate au cheltuit în medie 780,5 lei.

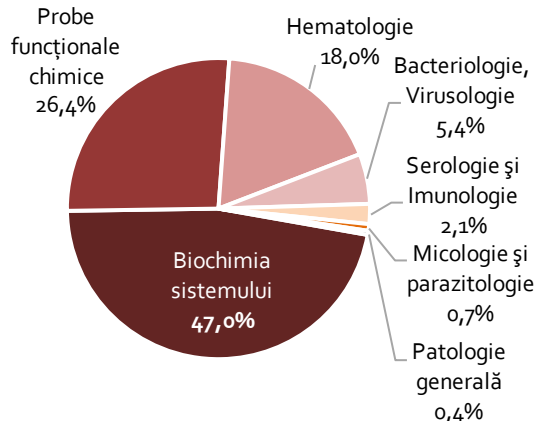
Din suma cheltuită în spital, 37,4% reprezintă cheltuieli cu serviciile medicale, 8,1% sunt cheltuieli cu alimente sau sucuri și 7,8% sunt cheltuieli pentru procurarea medicamentelor. Cel mai ridicat procent din suma totală cheltuită în spital, pe perioada spitalizării, de 46,7%, se înregistrează la categoria "alte cheltuieli", ce cuprind plățile informale și cheltuielile cu drumul.

Pentru a-și ameliora starea de sănătate, 32,6% persoane au vizitat un laborator medical, dar au apelat și la asistentele medicale. Alte specializări medicale la care respondenții au fost la consultații sunt reprezentate de stomatologie, cardiologie, endocrinologie,

analize medicale realizate în spitalele publice, în județul Bacău

2010

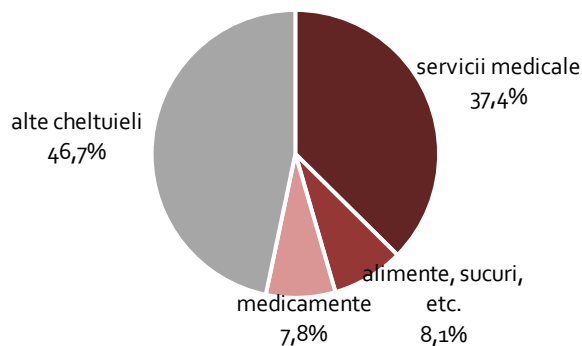
sursa: DSP Bacău



distribuția pe categorii a sumei totale cheltuite la ultima internare

baza = 17,5% persoane care au fost internate în spital cel puțin o noapte, în ultimele 12 luni

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



dermatologie, ginecologie, oftalmologie și medicina școlară.

1.3.2. Principalele probleme și necesități

Analiza factorilor determinanți stării de sănătate a populației din județul Bacău a evidențiat o serie de aspecte care pot conduce la agravarea stării de sănătate:

Prezența obiceiului de a fuma, cu precădere, în rândul persoanelor tinere. Cele mai ridicate procente a populației fumătoare se înregistrează în rândul persoanelor de 15-24 ani (45,2% sunt fumători) și 25-34 ani (50,0% persoane sunt fumătoare). Pentru renunțarea la acest viciu ce contribuie la instalarea a nenumărate boli este necesară continuarea campaniei anti-fumat de la nivel național, dar și promovarea la nivel local a efectelor benefice renunțării la fumat.

Consumul frecvent de alcool. 13,4% persoane consumă frecvent alcool (zilnic și de 4-6 ori pe săptămână), în mediul rural obiceiul fiind mai accentuat. Consumul în cantități ridicate și frecvent conduce de la slăbirea sănătății până la deces.

Consumul de droguri și substanțe noi cu proprietăți psihoactive a înregistrat o dinamică alarmantă în ultima perioadă, cel mai expus segment de populație fiind reprezentat de tineri. Județul Bacău face parte din zona de risc mediu din prisma urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri, din care fac parte județe care dețin până la 5% din totalul urgențelor de acest tip din țară. În Regiunea Nord-Est, doar județul Iași se află într-o zonă de risc superioară. Consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive reprezintă un pericol real pentru starea de sănătate a populației, în special a tinerilor, cu atât mai mult cu cât intră în categoria substanțelor legale iar prețul de achiziție al acestora este mult mai accesibil, în comparație cu drogurile ilegale. Deși comerțul convențional al acestor substanțe este împiedicat de o serie de acte normative naționale și locale, comerțul electronic a contribuit la distribuirea „drogurilor legale”. În anul 2010, 75% dintre urgențele medicale cauzate de consumul de droguri au fost cauzate de intoxicații cu „etnobotanice”. La nivel național, media de vârstă a pacienților tratați în ambulatoriu pentru acest tip de intoxicații a fost de 19,1 ani, în 2010.

Sursele de poluare a aerului și apei. Principalele surse de poluare a aerului sunt arderile din industria energetică și de transformare, domeniul agricol (prin îngrășămintele chimice), activitatea de extracție și distribuție a

combustibililor fosili și activitățile de tratare și depozitare a deșeurilor.

Există pericolul poluării accidentale a apelor de suprafață de către operatorii economici ce-și desfășoară activitatea pe Platforma industrială Bacău Sud și Platforma industrială Borzești – Onești.

Poluarea istorică, încă mai are amprente pe forajele situate în zonele platformelor industriale, a zăcămintelor de sare și petrol, punând în pericol calitatea apelor din freatic.

Consumul ridicat de băuturi carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr. 34,8% persoane consumă astfel de produse cel puțin o dată pe săptămână, din care 19,9% consumă foarte frecvent (de cel puțin o dată pe zi). Prin consumul acestora cu produsele de fast-food (3,7% persoane consumă frecvent produse fast-food) starea de sănătate a individului are de suferit.

Expunerea la riscuri profesionale. Accidentarea muncitorilor la locul de muncă, poate avea urmări neplăcute, prin incapacitatea de muncă a persoanei, necesitând îngrijiri medicale continue, reîncadrare socială, dar și ajutor financiar din partea statului. Așadar, o precauție sporită, atât din partea angajatului cât și din partea angajatorului, conduce la diminuarea numărului de accidente în muncă.

Durata medie de internare ridicată. Persoanele internate în spital au petrecut în medie 7,8 nopți, la ultima internare, cu aproape o zi peste o săptămână.

Suma medie cheltuită cu ocazia internării este ridicată. La ultima internare, pacienții au cheltuit în medie 780,5 lei, reprezentând 61,4 % din venitul mediului net lunar înregistrat la nivelul județului Bacău în anul 2010. Costul ridicat implicat de internare, conduce la evitarea rezolvării problemelor de sănătate.

Pondere mare a altor cheltuieli în suma cheltuită pentru internare. Din suma cheltuită cu ocazia internării, doar 37,4% sunt pentru serviciile medicale. Alte cheltuieli cumulează 46,7% din total și sunt reprezentate de plățile informale și cheltuielile cu transportul.

Interes propriu scăzut față de starea de sănătate. Faptul că 77,1% persoane susțin că nici un membru al familiei nu s-a vaccinat în ultimele 12 luni conduce la concluzia că

populația județului nu este suficient de informată, interesată cu privire la rolul preventiv al vaccinurilor. Mai mult de atât, 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.

Neconsultarea medicului de familie. Deși mare parte din populație a fost la o consultare la medicul de familie mai recent de un an, se remarcă o pondere de 5,1% din populație care nu a făcut niciodată vreo vizită la medicul de familie. În situația în care nu se consultă nici măcar medicul de familie, șansele de a descoperi o afecțiune într-un stadiu avansat sunt mai mari, deci costurile de tratare a pacientului vor fi mai ridicate.



1.4. Starea actuală a sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate

1.4.1. Situația generală

Rețeaua spitalicească publică din județul Bacău este formată din 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 Municipal Onești, Spitalul Orășenesc Ioan Lascăr Comănești, Spitalul Orășenesc Buhuși și Spitalul Penitenciar Târgu Ocna.

Unitățile publice spitalicești descentralizate din județ oferă, la 1.000 de locuitori, 3,6 paturi, 0,6 medici și 2 asistenți medicali.

Situația din ultimii ani din aceste unități spitalicești a numărului de paturi, de medici și de asistenți medicali reflectă politica de reducere a cheltuielilor prin scăderea numărului de paturi și diminuarea personalului.

Dacă numărul de medici s-a ridicat ușor în perioada 2008-2011, numărul de asistenți medicali s-a diminuat. Fluctuația de personal de la nivelul unităților spitalicești reflectă mai degrabă o creștere a numărului de cadre medicale nou specializate (medici rezidenți) în lipsa celor cu experiență și încărcarea cadrelor medicale medii.

Din punct de vedere al dotării cu aparatură, spitalele publice dețin aparatură învechită (în general), dar și insuficientă pentru specializările dezvoltate, unele unități necesitând chiar aparatură de bază. Deși în ultimii ani situația dotărilor cu aparatură medicală s-a îmbunătățit punctual, există carențe ale sistemului încă nerezolvate odată cu îmbunătățirea dotărilor (ex: în județ nu se asigură funcționarea non-stop a unui computer tomograf).

Cele mai multe internări, în cursul anului 2010, s-au înregistrat în Spitalul Județean de Urgență și în Spitalul Municipal Onești.

Cea mai mare perioadă de internare este raportată în Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău și în Spitalul Orășenesc Buhuși perioada medie de internare este cea mai ridicată.

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 crescut semnificativ.

În ceea ce privește distribuția de medicamente prin intermediul farmaciilor, situația s-a modificat semnificativ în ultimii ani, numărul farmaciilor private depășind cu mult numărul farmaciilor publice (153 farmacii private într-un total de 162 unități în anul 2010). Implicit, numărul farmaciștilor din sistemul privat a fost în continuă creștere.

Dezvoltarea și modernizarea sistemului public de furnizare a serviciilor medicale este dependentă de veniturile încasate. Spitalele publice au ca surse de venit contractele cu CAS, bugetul de stat, bugetul local și veniturile proprii.

Cea mai mare parte a bugetului de venituri a spitalelor publice este reprezentată de contractele cu CAS, care nu asigură și necesarul de investiții. Pentru anul 2011, valoarea totală a bugetelor provenind din contractul cu CAS este de 168,5 milioane lei, cu aproximativ 15% mai redus față de anul 2010. Bugetul asigurărilor publice de sănătate depinde în mare măsură de cotizațiile asiguraților care, în ultima perioadă, au scăzut o dată cu scăderea numărului de contribuabili dar și cu scăderea gradului de colectare a taxelor.

Per ansamblu, populația are încredere ridicată mai degrabă în sistemul privat de sănătate comparativ cu cel public din județ. De altfel, dacă ar fi puși în situația de a alege între sistemul public și cel privat, majoritatea locuitorilor județului ar opta pentru serviciile private în cazul tuturor specializărilor/serviciilor/unităților medicale, cu excepția serviciilor de urgență.

Unul din aspectele cele mai apreciate din sistemul public de sănătate din județul Bacău este reprezentat de activitatea medicului de familie. Acesta este urmat de distanța față de cel mai apropiat spital, gradul de competență al medicilor, comportamentul medicilor și gradul de succes al operațiilor/tratamentelor.

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

Opinia în general nefavorabilă a locuitorilor cu privire la sistemul de sănătate din județ este generată de situații nemulțumitoare reale din spitalele publice (condițiile de

internare, aparatura, conduita personalului medical, lipsa consumabilelor etc), în timp ce situațiile pozitive din sistem (performanțe deosebite ale medicilor, tehnologii moderne achiziționate, investiții importante realizate) sunt mult mai puțin evidențiate și cunoscute. Din acest punct de vedere, este nevoie de informare corectă și echidistantă, rolul mass-mediei în această privință fiind evident. De altfel, mass-media poate contribui semnificativ atât la îmbunătățirea imaginii serviciilor medicale din sistem dar și la informarea populației cu privire la comportamentul adecvat față de sănătate (activități de prevenție, acționarea în situații critice, stil de viață sănătos etc.).

În opinia populației, avantajul serviciilor medicale publice, în detrimentul celor private, este reprezentat de costurile mai reduse ale serviciilor medicale.

Principalele avantaje ale serviciilor medicale private sunt apreciate de populație a fi calitatea superioară a serviciilor, tehnologiile/aparatele moderne utilizate, atenția sporită acordată pacienților și faptul că există mai puține riscuri de îmbolnăvire.

Serviciul public pentru care populația optează, în detrimentul sistemului privat este serviciul medical de urgență. În schimb, majoritatea populației preferă mai multe servicii/unități medicale în sistem privat: cabinete stomatologice, unități de analize medicale, laboratoare medicale, cabinete oftalmologie, cabinete ORL, clinici de chirurgie, cabinete de obstetrică și ginecologie.

Avantajele serviciilor medicale PUBLICE -opiniile populației-

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 -opiniile populației-

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

Aprecierea sistemului PUBLIC de sănătate din județul Bacău -opiniile populației-

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

1.4.2. Starea actuală a sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate

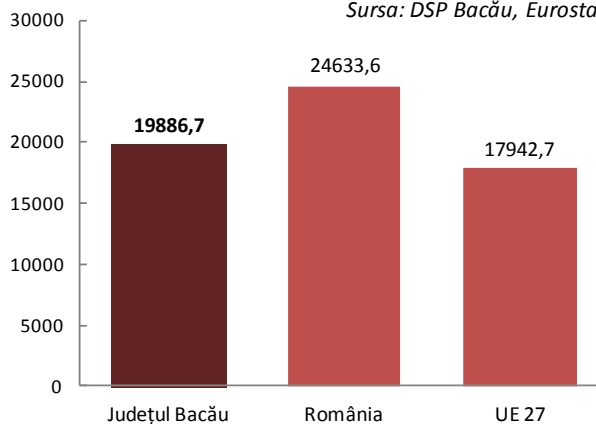
Asemenea situației generale de la nivel național, sistemul public de sănătate din județul Bacău continuă să se bazeze pe asistența spitalicească ca principală metodă de intervenție. **Rata internărilor în județul Bacău în anul 2009 a fost de 19.886,7 internări/100.000 de locuitori**, cu circa 10% mai mare decât în Uniunea Europeană. La nivel național, rata internării este mult mai ridicată, la 100.000 de locuitori internându-se în spitale, în medie, 24.633,6 persoane. Astfel, România înregistrează una dintre cele mai mari rate ale internării din Uniunea Europeană, singurele state care devansează România fiind Austria și Elveția. Spre deosebire de țara noastră, atât Austria, cât și Elveția sunt recunoscute la nivel mondial pentru calitatea serviciilor medicale și dotările moderne existente, motiv pentru care o pondere ridicată din persoanele internate în spitale provin din alte țări.

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 crescut semnificativ. Se remarcă faptul că, în ultimii ani, numărul de tratamente s-a apropiat foarte mult de numărul de consultații, situație care denotă, parțial, insuficiența activității de prevenție și lipsa educației de prevenție în rândul populației.

Cadrul general din județul Bacău din prezent are o influență foarte mare asupra sistemului sanitar public. Având o **populație în mare parte săracă** (50,1% din populație se situează sub pragul sărăciei relative), **lipsită de informare și în curs de îmbătrânire** (14% din populație are peste 65 ani), județul Bacău întâmpină o serie de probleme specifice care pot fi rezolvate prin adaptarea sistemului public sanitar la necesitățile populației. Conform *Studiului privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău*, 40% din populație suferă de diverse afecțiuni, în cadrul cărora cele mai frecvente sunt bolile asociate bătrâneții și bolile asociate stresului. Aproape jumătate din afecțiunile de care suferă populația sunt afecțiuni care, de regulă, pot fi tratate în afara spitalului: dureri de spate și de coloană, hipertensiune, dureri de cap etc. Cu toate acestea, o mare parte din capacitatea actuală a spitalelor publice descentralizate din județul Bacău este dedicată unor servicii medicale care ar putea fi oferite mai sigur și mai eficient în ambulatoriu, sau chiar la domiciliu.

rata internării (numărul de internări raportat la 100.000 de locuitori), în anul 2009

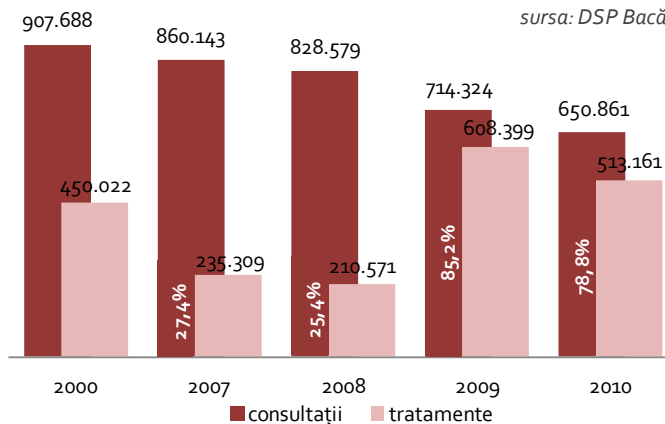
Sursa: DSP Bacău, Eurostat



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

2000-2010

sursa: DSP Bacău



Numeroase cazuri în care serviciile medicale necesare pot fi asigurate în mod corespunzător în cadrul rețelei de asistență primară sunt furnizate, în prezent, în spitalele publice. Printre dezavantajele imediate se numără: costuri mai ridicate ale sistemului, supraîncărcarea spitalelor, disconfort pentru pacienți etc.

Această problemă este întâlnită și în cazul **serviciului de urgențe**, o parte din solicitările populației fiind în realitate urgențe ce pot fi tratate prin asistența primară (medicii de familie).

Cererea mare de servicii medicale adresată spitalelor publice (spitale au devenit principala instituție sanitară la care apelează populația din județ) a făcut ca **o mare parte din medici să își desfășoare activitatea în spitale**. În spitalele publice descentralizate din județul Bacău își desfășoară activitatea 47,8% din medicii (inclusiv medici de familie) din sectorul public de la nivel județean (75,6% din medicii, exclusiv medici de familie). O soluție, în acest sens, ar fi restructurarea și reorganizarea serviciilor spitalicești astfel încât acestea se ofere, în primul rând, îngrijire pentru cazurile acute și pentru cazurile cronice. Îngrijirile pentru vârstnici și pentru cazurile sociale ar trebui transferate către noi instituții specializate (**unități de asistență medico-socială**).

Pentru decongestionarea spitalelor publice este propusă și **dezvoltarea centrelor de permanență**, ca o cale de mijloc între medicii de familie și spitale. În prezent, există două centre de permanență în județ, acestea fiind amplasate în comuna Stănișești și comuna Ghimeș-Făget. Autoritățile locale pot sprijini înființarea de noi centre de permanență prin punerea la dispoziție de spații pentru desfășurarea activității.

O altă cauză a suprasolicității spitalelor publice din Bacău este **lipsa de informare a populației și neglijarea problemelor de sănătate** în stadiul în care ele pot fi tratate de medicul de familie. Se ajunge, astfel, la afecțiuni acute care sunt direcționate direct în spitale. Situația este cu atât mai gravă cu cât populația din județul Bacău este în curs de îmbătrânire, iar în rândul populației în vârstă incidența bolilor este mult mai mare. Spre exemplu, conform *Studiului privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău*, în prezent, 72% din populația cu vârsta peste 65 de ani suferă de diverse afecțiuni. Tocmai din acest motiv, există necesitatea intensificării activităților de prevenție și de informare a populației cu privire la sănătate.

În contextul îmbătrânirii populației este oportună, de asemenea, și **dezvoltarea serviciilor de geriatrie**, în prezent în spitalele publice sau private din Bacău nefuncționând o astfel de secție. Pe de altă parte, serviciile medicale primare pentru persoanele bătrâne pot fi oferite de **Instituții de asistență socială pentru persoane vârstnice**, care furnizează servicii socio-medicale specializate.

Trebuie avută în vedere și dezvoltarea serviciilor medicale de asistență pentru bolnavii cronici și a

serviciilor de recuperare medicală, județul Bacău fiind deficitar din acest punct de vedere. Se recomandă dezvoltarea unor astfel de secții în cadrul Spitalelor din Comănești și Buhuși.

În sistemul public de sănătate din județul Bacău există probleme care pornesc chiar de la **organizarea/managementul instituțiilor**. Un aspect negativ este reprezentat chiar de schimbările frecvente ale managerilor spitalelor. În prezent, în 4 din cele 6 spitale descentralizate din județul Bacău managerii existenți au fost numiți în funcție în anii 2009-2010. Schimbările repetate ale managerilor au dus la apariția unui anumit grad de incoerență în procesul decizional din spitale, augmentat și de schimbările și limitările legislative din ultima perioadă.

În ceea ce privește **infrastructura** în cadrul căreia unitățile spitalicești publice își desfășoară activitatea, au fost semnalate mai multe probleme care țin fie de suficiența spațiului, fie de calitatea clădirilor (majoritatea sunt vechi), de infrastructura de acces, rețelele tehnico-edilitare sau eficiența energetică a clădirilor.

În cadrul tuturor spitalelor publice descentralizate din Bacău există secții în cadrul cărora ar trebui realizate diverse acțiuni de modernizare, consolidare sau extindere. În același timp, **dotările** din unitățile spitalicești corespund doar parțial, o pondere ridicată din aparatură fiind foarte veche. La nivelul tuturor spitalelor este nevoie de **informatizarea sistemului medical**.

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 necesară 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.

În ceea ce privește **Serviciul de Ambulanță Județean Bacău**, acesta ar avea nevoie de suplimentarea numărului de puncte de plecare (substații), dar și de creșterea numărului de ambulanțe. Rapiditatea intervenției în cazuri de urgență este afectată semnificativ de condițiile infrastructurii și de relief, astfel încât timpul mediu de intervenție în zona de vest a județului este mai ridicată.

Pe lângă problemele legate de infrastructură, Serviciul de Ambulanță Județean Bacău întâmpină anumite dificultăți care sunt legate și de **personalul medical și auxiliar care deservește acest serviciu**. Astfel, atât numărul de medici și asistenți, cât și numărul de șoferi este insuficient, fiind necesară creșterea numărului acestora cu minim 20% față de situația actuală.

Probleme legate de **resursele umane** sunt întâlnite și în spitalele publice descentralizate. În prezent, serviciile medicale sunt furnizate de 427 medici și 1.400 asistenți medicali, peste jumătate din aceștia desfășurându-și activitatea în Spitalul Județean de Urgențe Bacău. În raport cu solicitările din partea populației, **personalul medico-sanitar actual este insuficient**, în special în anumite secții/compartimente (ex.: nu există suficient personal pentru gărzi de urgență). Problema constă, pe de o parte, în **blocarea posturilor 3din sistemul public**, pe de altă parte în **lipsa pârghiilor de motivare** (în special, financiară) a personalului, care de multe ori migrează spre alte unități din țară și din străinătate (majoritar).

Insuficiența medicilor din județ este reliefată și de comparația cu media națională. Numărul de medici din sistemul public (cu excepția medicilor de familie) ce revin unui eșantion de 1.000 de locuitori din județ este de 7,9 medici, aproape jumătate față de media națională (14,4 medici la 1.000 loc.)

Secțiile/specializările cu cele mai mari probleme în ceea ce privește suficiența personalului sunt:

- *Spitalul Orășenesc Buhuși*: Cardiologie, infirmiere;
- *Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău*: asistenți medicali;
- *Spitalul Municipal de Urgență Moinești*: Neonatologie, A.T.I., Urologie, Radiologie, O.R.L., Psihiatrie, Neurochirurgie, Pediatrie, Pneumologie, Oncologie, Medicină de urgență, Ortopedie;
- *Spitalul Județean de Urgențe Bacău*: Neonatologie, U.P.U, A.T.I, Radiologie, Oncologie, Nefrologie;
- *Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești*: ATI, Medicină Internă;
- *Spitalul Municipal Onești*: Diabet zaharat și boli nutriționale, Îngrijiri paliative, Medicină de urgență, Asistență medicală.

Salarizarea nesatisfăcătoare este o carență majoră a sistemului care duce atât la reducerea interesului personalului medical, cât și la migrarea acestora în străinătate. Deși în ultimii ani nu a fost observată scăderea numărului de medici din unitățile spitalicești publice descentralizate din Bacău, au existat numeroase cazuri de plecări ale medicilor cu experiență în străinătate și de înlocuire a acestora cu specialiști tineri, lipsiți de experiență. Lipsa stimulentele financiare din partea autorităților responsabile a contribuit la **dezvoltarea practicării plăților informale**, menite să compenseze salarizarea nesatisfăcătoare, generând situații de nemulțumire atât în rândul pacienților dar și al personalului medical.

Dacă situația medicilor (efectiv disponibil, specializare) este momentan satisfăcătoare, nu același lucru poate fi afirmat de Majoritatea spitalelor publice descentralizate întâmpină probleme legate de **asistenții medicali**, atât din prisma **suficienței acestora, cât și de nivelul slab de pregătire profesională**. Din acest punct de vedere, un avantaj este funcționarea pe teritoriul județului a Colegiului „Mihai Eminescu” care cuprinde o **Școală Postliceală sanitară** – domeniul sănătate și asistență

pedagogică, calificare asistent medical generalist. De asemenea, începând cu anul universitar 2011-2012, în municipiul Bacău a fost înființată o filială a **Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”** cu specializarea Asistență medicală generală.

1.4.3. Starea actuală a sistemului privat de furnizare a serviciilor de sănătate

Structura organizatorică a unităților sanitare private cu paturi din județul Bacău este similară cu cea a spitalelor publice, ambele categorii de instituții fiind conduse de un consiliu director. **Sursele de finanțare diferă**, însă, semnificativ, unitățile spitalicești private susținându-se financiar din serviciile medicale furnizate (bani de la pacienți) și din contractele cu Casa de Asigurări de Sănătate Bacău (în cazul unităților care au încheiat un contract cu CAS). Sistemul de coplată este practicat cu prioritate în unitățile private, în cazurile în care nu există contract cu CAS pacienții suportând în totalitate costurile furnizării serviciilor medicale. Spitalul Polimed este o excepție, din cauza nivelului scăzut de dezvoltare economică a zonei sistemul de coplată nefiind fezabil în cazul acestei unități.

Potrivit Casei de Asigurări de Sănătate Bacău, în anul 2011 au fost încheiate contracte cu 13 furnizori de servicii medicale spitalicești din care 7 sunt furnizori privați. **Valoarea bugetului alocat unităților private pentru anul 2011 este de 6.328.014,29 lei, reprezentând 5,2% din valoarea totală a contractelor (public și privat).**

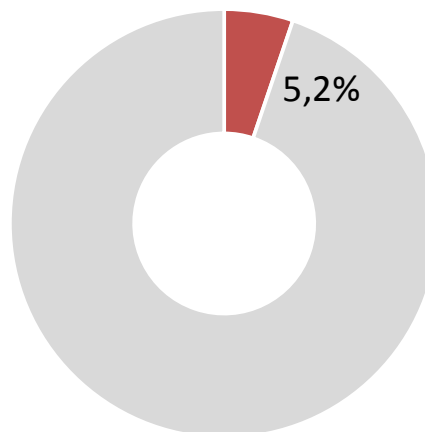
63,3% din sumele furnizate de CAS unităților sanitare private din județul Bacău sunt alocate Spitalului Polimed din Podu Turcului, acesta fiind urmat de Malp (18,6%), Clinica Palade (5,7%) și Psihomed Laboratory (4,7%).

Scăderea puterii de cumpărare a populației pe fondul crizei economice mondiale din ultimii ani a făcut ca **populația să se orienteze mai mult spre serviciile sanitare publice decât spre cele private**. Ca urmare a acestui fapt, numărul de internări și numărul de zile de internare în unitățile spitalicești private a avut un trend ușor descendent în perioada 2008-2010. Cu toate acestea, veniturile realizate de spitalele private din județul Bacău au crescut cu aproximativ 13 procente în anul 2010, față de anul precedent. În intervalul 2006-2010, rata medie anuală de creștere a cifrei de afaceri a unităților spitalicești private din județul Bacău care au fost clasificate de Ministerul Sănătății a fost de +18,9%.

Spre deosebire de spitalele publice, în unitățile sanitare private cu paturi **costurile spitalizării sunt mai ridicate**. Prețul mai mare este justificat (atât de unitățile de sănătate dar și de pacienți) prin condițiile de internare mai bune din spitalele private, prin echipamentele

ponderea valorii contractelor CAS cu furnizorii privați de servicii spitalicești din totalul contractelor, în anul 2011

Sursa: CAS



medicale mai performante și prin comportamentul „mai atent” al medicilor. Spre exemplu, numărul mediu de paturi dintr-un salon din unitățile private spitalicești este de 2,8 paturi, cu 30% mai puține decât media înregistrată în spitalele publice. Pe de altă parte, **nivelul de aglomerare din unitățile private este mult mai redus**, doar o pondere scăzută din capacitatea maximă de internare a spitalelor private (număr paturi * număr zile an) fiind utilizată efectiv.

Serviciile medicale din unitățile sanitare private cu paturi sunt furnizate, de regulă, de personal medical (medici și personal sanitar mediu) care desfășoară activități și în spitalele publice. În spitalele private, **câștigul salarial al personalului medical este, în medie, cu 50% mai mare decât în spitalele publice**. Acesta este principalul motiv pentru care o mare parte din medicii din județ desfășoară activități atât în sistemul public cât și în sistemul privat. De altfel, o parte dintre pacienții din public se îndreaptă spre servicii specializate din mediul privat. Spre deosebire de spitalele publice, în unitățile spitalicești private **volumul câștigurilor informale este mult mai redus**.

Unitățile private nu întâmpină probleme vis-à-vis de suficiența personalului medical. Totuși, există nemulțumiri legate de **nivelul de pregătire a personalului sanitar mediu**. În acest sens, înființarea

Filialele în Bacău a Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași va fi un punct de plecare a îmbunătățirii pregătirii personalului medical.

Unul dintre avantajele unităților spitalicești private este **infrastructura de clădiri corespunzătoare**. Spre deosebire de clădirile în cadrul cărora își desfășoară activitatea spitalele publice, care au cel puțin 40-50 ani, spitalele private sunt înființate relativ recent și funcționează în clădiri de dată mai recentă. Una din unitățile private care își desfășoară activitatea într-o clădire mai veche este Spitalul Polimed din comuna Podu Turcului, care funcționează pe infrastructura fostului Spital Comunal construit în anii '80. Ulterior privatizării au fost realizate investiții masive în infrastructura de acces, dotări, echipamente și infrastructură tehnico-ediliciară. O problemă majoră de infrastructură cu care se confruntă Spitalul Polimed este evacuarea apelor uzate fără epurarea biologică și neutralizarea substanțelor radioactive sau a substanțelor chimice toxice.

În ceea ce privește **dotările** din unitățile spitalicești private, acestea sunt, de multe ori, mai performante decât cele din spitalele publice. Mai mult decât atât anumite unități private dețin echipamente medicale inexistente în spitalele publice, precum aparat RMN/IRM (Imagistică prin rezonanță magnetică).

1.4.4. Complementaritatea sistemelor public și privat de furnizare a serviciilor medicale

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.

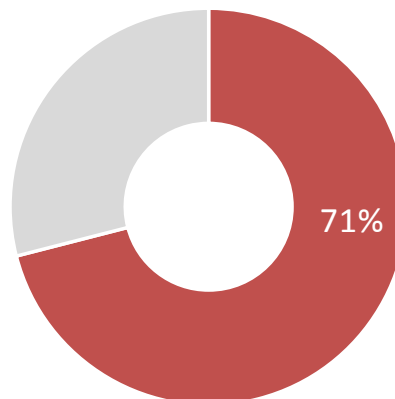
Strategia pentru care a optat mare parte din unitățile sanitare private a fost de a se nișa pe o specializare unică (ex. ORL, Obstetrică - Ginecologie, Chirurgie, Chirurgie estetică), sau de a dezvolta doar un grup restrâns de specializări. De altfel, pe lista spitalelor clasificate de Ministerul Sănătății 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 suplینească 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.

ponderea paturilor existente în unitățile sanitare private (inclusiv centre de sănătate) din județul Bacău din totalul paturilor din regiune, în anul 2010

Sursa: INS



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-medicele, condițiilor generale din spitale și performanței serviciilor furnizate, sectorul privat va deveni, într-o perioadă scurtă de timp, din complementar în concurrent.

1.4.5. Principalele probleme și necesități

Sistemul sanitar public de la nivelul județului Bacău se confruntă cu o serie de probleme ce nu avantajează populația ce apelează la serviciile acestuia:

Politica generală de la nivelul sistemului sanitar în dezavantajul pacientului. Condițiile de furnizare a serviciilor medicale din unitățile spitalicești publice din județ nu sunt optime, numărul de paturi de spital diminuându-se, cadrele medicale cu experiență fiind în scădere, iar numărul cadrelor medicale medii reducându-se.

Reducerea numărului de paturi din unitățile spitalicești nu influențează, de cele mai multe ori, scăderea numărului de internări, apelându-se la varianta în care se internează mai multe persoane pe un pat.

De asemenea, reducerea personalului calificat din sistem scade calitatea serviciilor medicale, crescând numărul de pacienți de care se ocupă un medic și un asistent medical, fapt ce nu conduce la o îmbunătățire a stării de sănătate a populației, pe termen lung.

Pe lângă acest lucru, spitalele publice din județ nu dispun de aparatură și tehnică adaptată noilor cerințe, cele mai multe spitale având aparatură veche, iar cel mai grav este faptul că unele spitale nu dispun de aparatura de bază, în conformitate cu specializările dezvoltate.

Deși diferitele forme de cancer devin boli principale ale populației, majoritatea unităților spitalicești nu dispun de aparatura necesară depistării acestor boli. Drept urmare, procentul populației care a realizat screening-uri pentru cancer este foarte scăzut.

Situația din sistemul public de sănătate se poate agrava în condițiile subfinanțării acestuia. Subfinanțarea sistemului sanitar influențează negativ calitatea serviciilor medicale furnizate.

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.

Scăderea calității serviciilor publice de sănătate și, totodată, dezvoltarea serviciilor private de sănătate în

concordanță cu nevoile populației, vor conduce la prăbușirea sistemului public de sănătate.

În prezent, sistemul public se bucură de avantajul costurilor reduse, dar se confruntă cu avantajele sistemului privat ce țin de calitatea serviciilor, dotarea cu tehnologie, precum și atenția personalului față de pacient, dar și igiena acestor unități.

1.4.6. Compararea sistemului sanitar din județul Bacău cu situația de la nivel regional și național

Sistemul sanitar din județul Bacău prezintă anumite puncte tari în comparație cu situația înregistrată la nivel regional sau național. Deși numărul de spitale publice (descentralizate și subordonate autorităților publice centrale) raportat la 100.000 locuitori în județul Bacău este inferior celui din Regiunea de Dezvoltare Nord - Est, sistemul privat de furnizare a serviciilor spitalicești este mai dezvoltat. Astfel, la 100.000 locuitori revin 0,7 spitale private, dublu față de valoarea înregistrată în regiune și la nivel național (0,3 spitale private/100.000 locuitori). În același timp, la 1.000 de locuitori revin 0,3 paturi în spitalele private în județul Bacău, în timp ce în regiune și la nivel național revin doar 0,1 paturi.

Pe de altă parte, compararea situației resurselor umane din spitalele din Bacău cu situația din regiune și de la nivel național subliniază problema acută a insuficienței personalului medico-sanitar din județ. Astfel, la 10.000 de locuitori în județul Bacău revin 9,6 medici (exclusiv medici de familie), cu 45,5% mai puțin decât în România și cu 23,8% mai puțin decât în Regiunea de Dezvoltare Nord – Est. În unitățile spitalicești private din Bacău media este de 1,7 medici (exclusiv medici de familie) la 10.000 de locuitori, adică cu 54,6% mai mult decât în regiune.

Ponderea medicilor (exclusiv medici de familie) din sistemul public din județul Bacău din totalul medicilor este de 82,4%, valoarea apropiată situației din regiune (90,9%) și de la nivel național (82%).

La 10.000 locuitori revin 4,3 medici de familie, valoare inferioară atât mediei înregistrate în regiune (5,2 medici de familie), cât și celei înregistrate în România (6,8 medici de familie). În județul Bacău cea mai mare parte din medicii de familie își desfășoară activitatea în sistemul public (97,6%), în timp ce la nivel regional și național ponderea medicilor de familie din sistemul public este mai scăzută (51,3% în Regiunea Nord – Est și 70,7% în România).

Numărul persoanelor angajate ca personal sanitar mediu în unitățile medicale din județul Bacău, raportat la 10.000 locuitori, este de 45,8 persoane, cu 14,7% mai puține decât în regiune și cu 22,4% mai puține decât la nivel național.

Durata medie a internării în spitalele din județul Bacău este ușor mai scăzută decât numărul mediu de zile de internare înregistrate la nivel național (6,8 zile, față de 7,6 zile). Totodată, rata internării este de 18.425,7 internări/100.000 locuitori în județul Bacău și de 24.633,6 internări/100.000 locuitori în România (+33,7% față de media din Bacău).

Ponderea populației din județul Bacău care prezintă un indice de masă corporală normal este de 47,7%, valoare foarte apropiată de situația întâlnită la nivel național (48% în anul 2008). Cu toate acestea, în Bacău extremele (subnutriții și obezii) au căpătat proporții mai mari, 3,4% din populație fiind subnutrită (față de 1,9% la nivel național) și 14,1% obeză (față de 7,9% la nivel național).

Referitor la obiceiurile de consum, există o situație foarte asemănătoare la nivel județean și național în ceea ce privește ponderea populației care fumează zilnic. Astfel, în județul Bacău 20,4% din populație fumează zilnic, iar la nivel național 20,5%. Obiceiurile privind consumul de alcool, fructe și legume diferă. Ponderea populației care consumă zilnic alcool în județul Bacău este mult mai mare decât procentul existent la nivel național: 9%, față de 0,4%. Pe de altă parte, în județul Bacău un procent mai mare din populație consumă de mai multe ori pe zi fructe și legume: 30,7% consumă de mai multe ori pe zi fructe în județul Bacău (față de 16,9% în România) și 27% consumă de mai multe ori pe zi legume (față de 17,2% în România).

Un procent mai mare din populația din Bacău a realizat screening-uri pentru depistarea cancerului în ultimul an. Spre exemplu, 3,9% din populația de sex feminin cu vârsta cuprinsă între 50-69 ani a realizat un screening pentru cancer la sân în ultimul an, în timp ce la nivel național 3,5% din populația din această categorie a efectuat o astfel de analiză (sursa: Eurostat, 2008). De asemenea, 2,3% din populația cu vârsta cuprinsă între 50-74 ani a realizat un screening pentru cancer la colon în ultimul an (față de 0,7%) și 4,9% din populația de sex feminin cu vârsta cuprinsă între 20-69 ani a realizat un screening pentru cancer la col uterin în ultimul an (față de 4,4%).

Vis-à-vis de principalele cauze de decese, în Bacău există o rată mai mare decât la nivel național a deceselor cauzate de boli infecțioase și parazitare (tuberculoză), tulburări mentale și de comportament, boli ale sistemului nervos și boli ale aparatului digestiv.

principali indicatori statistici referitori la sistemul sanitar și starea de sănătate a populației

	Județul Bacău	Regiunea Nord-Est	România
Infrastructura (anul 2010)			
Spitale/100.000 locuitori	1,8	1,9	2,3
Spitale publice/100.000 locuitori	1,1	1,7	2
Spitale private/100.000 locuitori	0,7	0,3	0,3
Paturi în spitale/1.000 locuitori	4,5	5,4	6,1
Paturi în spitalele publice/1.000 locuitori	4,2	5,3	6
Paturi în spitalele private/1.000 locuitori	0,3	0,1	0,1
Personal medico-sanitar (anul 2010)			
Medici (exclusiv medici de familie)/10.000 locuitori	9,6	12,6	17,6
Medici în sistemul public (exclusiv medici de familie)/10.000 locuitori	7,9	11,5	14,4
Medici în sistemul privat (exclusiv medici de familie)/10.000 locuitori	1,7	1,1	3,2
Medici de familie/10.000 locuitori	4,3	5,2	6,8
Medici de familie în sistem public/10.000 locuitori	4,3	2,7	4,8
Medici de familie în sistem privat/10.000 locuitori	0,1	2,5	2
Pondere medici din sistemul public din total medici (exclusiv medici de familie)	82,40%	90,90%	82%
Personal sanitar mediu/10.000 locuitori	45,8	53,7	59
Personal sanitar mediu în sistemul public/10.000 locuitori	36,4	42,5	47,5
Personal sanitar mediu în sistemul privat/10.000 locuitori	9,4	11,2	11,5
Frecvența internărilor (anul 2010)			
Număr internări spitale	131.976	-	5.349.049 **
Număr internări-zile spitale	891.865	-	40.646.515 **
Durata medie a internării	6,8	-	7,6 **
Rata internării (număr internări/100.000 locuitori)	18.425,7	-	24.633,6 **
Indicele de masă corporală (anul 2011)			
Ponderea populației subnutrite	3,40%	-	1,9% *
Ponderea populației normale	47,7%	-	48%*
Ponderea populației supraponderale	31,90%	-	42,2% *
Ponderea populației obeze	14,10%	-	7,9% *
Comportament de consum (anul 2011)			
Ponderea populației care fumează zilnic	20,40%	-	20,5% *
Ponderea populației care consumă alcool zilnic	9%	-	0,4% *
Ponderea populației care consumă fructe de mai multe ori pe zi	30,70%	-	16,9% *
Ponderea populației care consumă legume de mai multe ori pe zi	27%	-	17,2% *
Utilizarea serviciilor medicale (anul 2011)			
Ponderea populației de sex feminin cu vârsta cuprinsă între 50-69 ani care a realizat un screening pentru cancer la sân în ultimul an	3,90%	-	3,5% *
Ponderea populației cu vârsta cuprinsă între 50-74 ani care a realizat un screening pentru cancer la colon în ultimul an	2,30%	-	0,7% *
Ponderea populației de sex feminin cu vârsta cuprinsă între 20-69 ani care a realizat un screening pentru cancer la col uterin în ultimul an	4,90%	-	4,4% *
Cauze ale deceselor populației (anul 2010)			
Rata persoanelor decedate de boli infecțioase și parazitare (număr decese/100.000 locuitori)	20,7	15,6	11,5
Rata persoanelor decedate de tuberculoza (număr decese/100.000 locuitori)	10,5	8,0	6,9

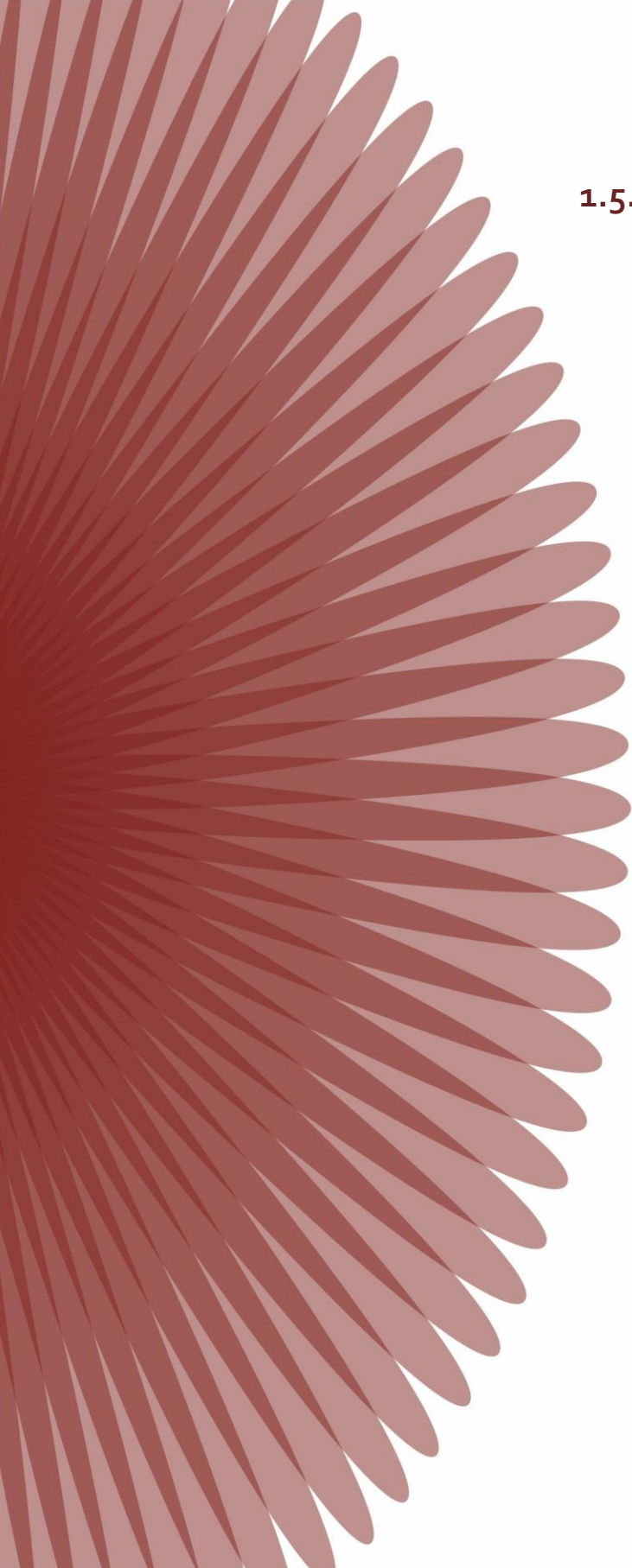
principali indicatori statistici referitori la sistemul sanitar și starea de sănătate a populației

	Județul Bacău	Regiunea Nord-Est	România
Rata persoanelor decedate de tumori (număr decese/100.000 locuitori)	207,6	207,2	221,3
Rata persoanelor decedate de boli endocrine, de nutriție și metabolism (număr decese/100.000 locuitori)	10,5	11,3	12,0
Rata persoanelor decedate de tulburări mentale și de comportament (număr decese/100.000 locuitori)	4,9	4,1	2,9
Rata persoanelor decedate de boli ale sistemului nervos (număr decese/100.000 locuitori)	12,4	9,7	11,9
Rata persoanelor decedate de boli ale aparatului circulator (număr decese/100.000 locuitori)	666,7	660,8	728,5
Rata persoanelor decedate de boli ale aparatului respirator (număr decese/100.000 locuitori)	52,5	70,5	59,3
Rata persoanelor decedate de boli ale aparatului digestiv (număr decese/100.000 locuitori)	130,4	94,6	77,4
Rata persoanelor decedate de boli ale aparatului genito-urinar (număr decese/100.000 locuitori)	9,9	12,3	11,9

*2008

**2009

Surse: INS, DSP Bacău, Eurostat, Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, în anul 2011



1.5. Prognoza demografică a județului Bacău pentru perioada 2010-2025

Populația totală

Proiecția demografică a județului Bacău pe termen scurt arată o continuare a scăderii observate în ultima perioadă de timp. Astfel, până în 2015, populația totală a județului se așteaptă să ajungă la aproximativ 702.779 persoane, însemnând o scădere cu 1,7% față de anul 2010. Până în anul 2020, se preconizează o creștere ușoară a populației (3,2% față de anul 2015), în special pe fondul creșterii duratei medii a vieții și a creșterii ponderilor populațiilor vârstnice. Următorii 5 ani nu vor aduce modificări majore ale efectivului demografic al județului, populația preconizată pentru anul 2025 fiind de 728.531 locuitori (cu 0,4% mai mult față de 2020).

Structura pe grupe de vârstă

Fenomenul de îmbătrânire demografică a populației județului Bacău va continua în perioada următoare. Populația cu vârste peste 60 de ani va reprezenta circa 28,4% din totalul județului. De altfel, în anul 2025 se așteaptă ca jumătate din populație să aibă vârsta peste 45 de ani.

Populația județului Bacău pe grupe mari de vârstă 2010 și previziuni în orizontul de timp 2025

anul	grupa de vârstă						Total
	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+	
2010	119.671	156.321	169.002	134.333	92.781	42.533	714.641
2015	110.001	138.311	156.428	139.929	101.371	56.740	702.779
2020	109.825	120.146	160.369	144.910	121.773	68.315	725.337
2025	98.842	113.687	148.505	160.552	127.616	79.328	728.531

Sursa datelor: INS; Previziuni: Advances

Structura populației județului Bacău pe grupe mari de vârstă 2010 și previziuni în orizontul de timp 2025

anul	grupa de vârstă						Total
	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+	
2010	16,7%	21,9%	23,6%	18,8%	13,0%	6,0%	100%
2015	15,7%	19,7%	22,3%	19,9%	14,4%	8,1%	100%
2020	15,1%	16,6%	22,1%	20,0%	16,8%	9,4%	100%
2025	13,6%	15,6%	20,4%	22,0%	17,5%	10,9%	100%

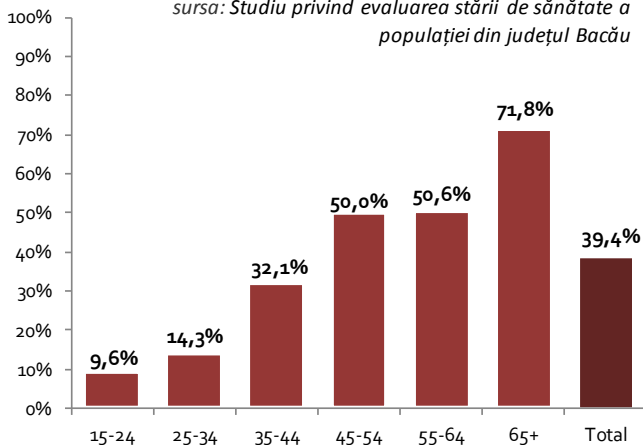
Sursa datelor: INS; Previziuni: Advances

Notă: Previziunile au fost efectuate în baza datelor statistice oficiale existente și țin cont de tendințele demografice ale populației județului Bacău din ultimii 15 ani (spor natural, durata medie a vieții, spor migratoriu etc). Rezultatele recensământului populației care se desfășoară în anul 2011 pot schimba dramatic informațiile cu privire la structura demografică a județului, schimbând semnificativ datele previzionate. Totuși, estimarea structurii pe grupe mari de vârstă a populației oferă o imagine relevantă asupra evoluției fenomenului de îmbătrânire și, implicit, a creșterii cererii de servicii medicale și sociale.

procentul persoanelor suferinde din totalul populației (autoevaluare) pe categorii mari de vârstă

2011

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

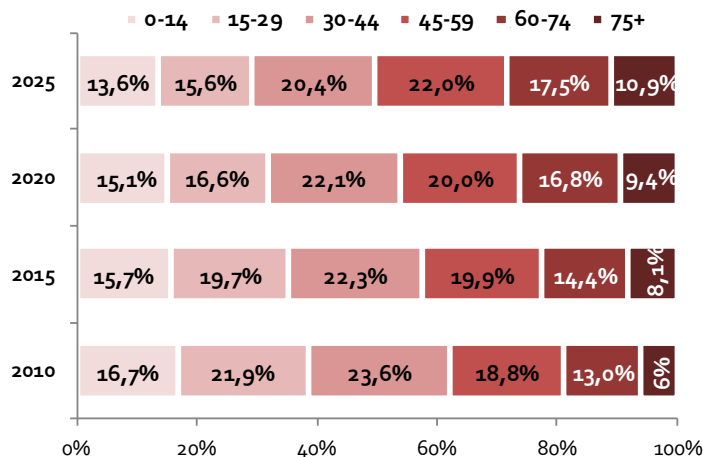


structura populației stabilă a județului bacău pe categorii mari de vârstă

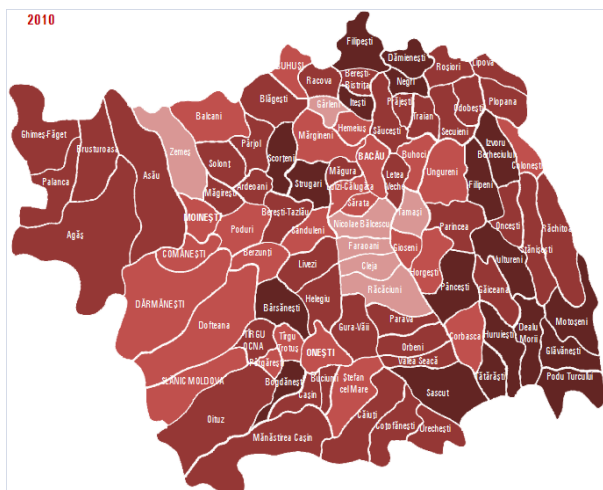
2010, 2015*, 2020*, 2025*

sursa: INS

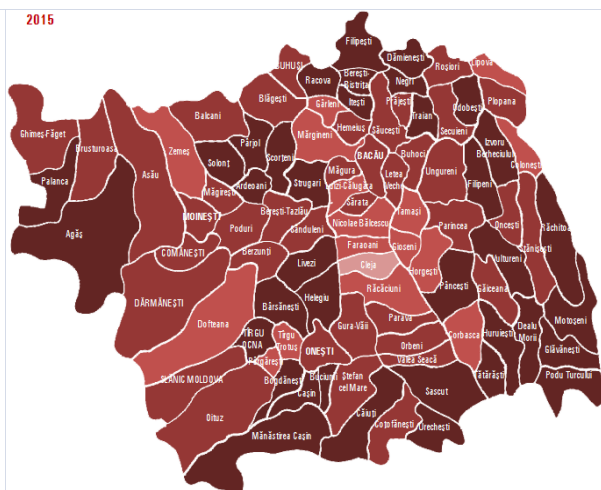
*prognoze: Advances



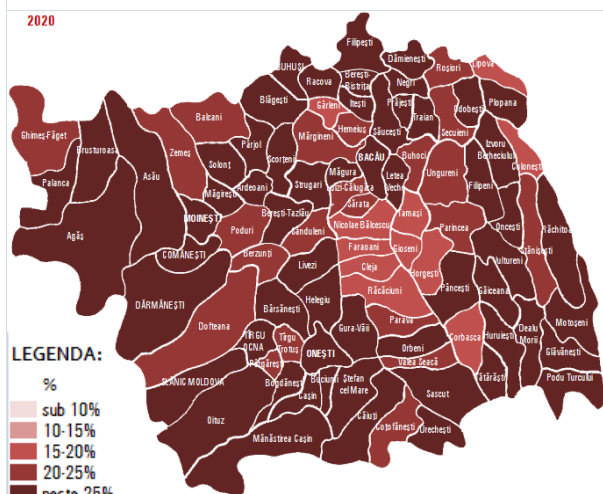
Ponderea persoanelor peste 60 de ani din totalul populației județului Bacău, în profil teritorial - prognoză 2025



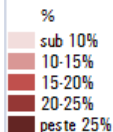
sursa datelor: INS



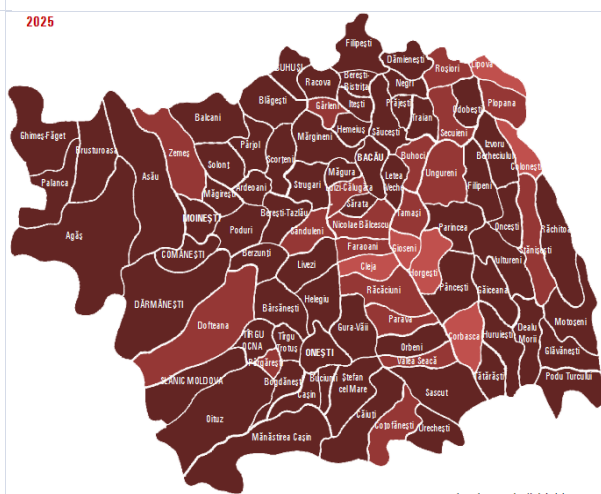
sursa datelor: estimări Addvances



LEGENDA:



sursa datelor: estimări Addvances



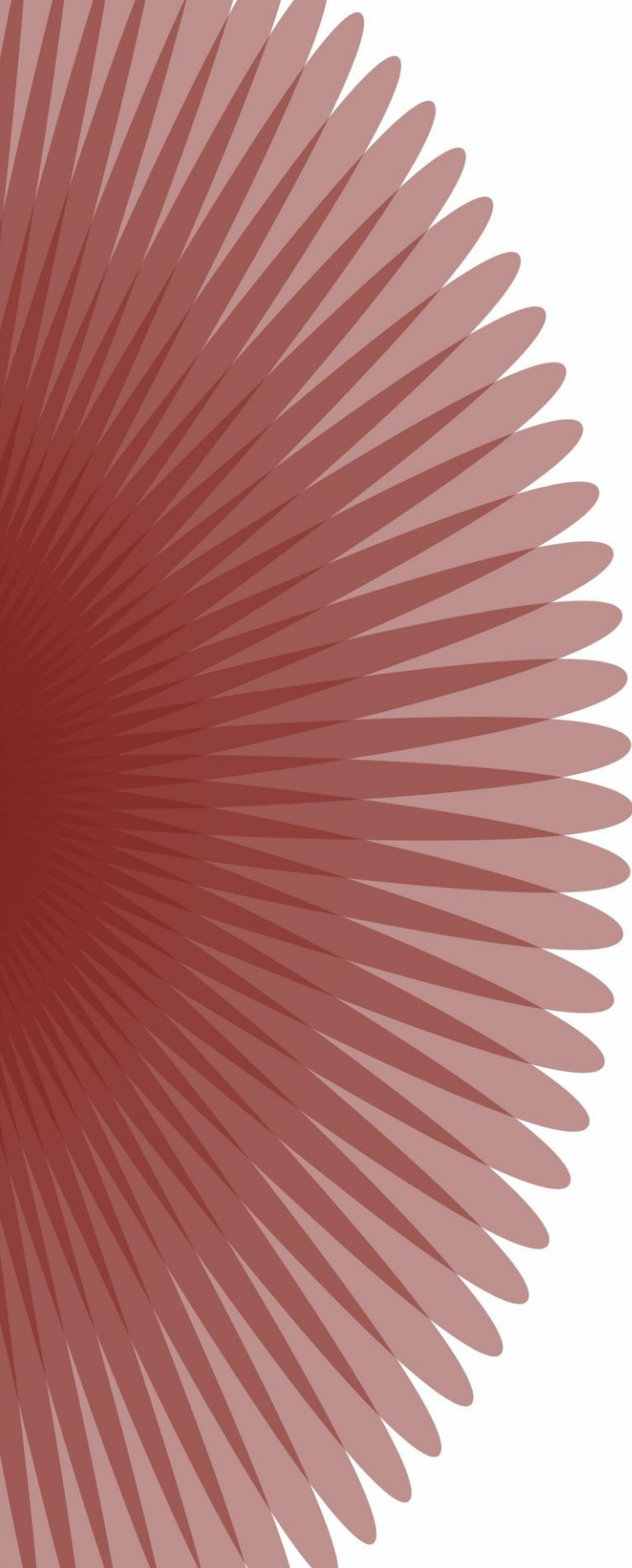
sursa datelor: estimări Addvances

© ADVANCES, www.advances.ro

În profil teritorial, nu se poate vorbi despre o zonă critică din punctul de vedere al îmbătrânirii populației. Dacă în 2010 se poate identifica o situație mai nefavorabilă în zona de sud și sud-est și în zona de nord-est, în următoarea perioadă ponderea persoanelor peste 60 de ani va crește în toate zonele din județ. În 15 ani, populația cu vârste peste 60 de ani va reprezenta mai mult de un sfert din efectivul demografic total în majoritatea localităților Băcăuane. În zona centrală, în localitățile situate pe valea Siretului, gradul de

îmbătrânire demografică nu va fi la fel de accentuat ca în restul județului, dar ponderea grupelor de vârstă de peste 60 de ani nu va coborî sub nivelul de 15%.

Având în vedere că procentul suferinșilor crește direct proporțional cu vârsta, previziunile demografice pe termen mediu arată o creștere importantă a cererii de servicii medicale. Căuzată în special de îmbătrânirea demografică a populației, această cerere va fi dominată de boli legate de îmbătrânire.



1.6. Analiza SWOT a sistemului sanitar din județul Bacău

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>Unități de sănătate</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lipsa unei unități spitalicești clasificată 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"> - Dezvoltarea asistenței medicale spitalicești (paturi acuti) 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; - Desfășurarea unui număr ridicat de programe naționale de sănătate în unitățile spitalicești publice și private din 	<p>Dotări</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; <p>Accesul la servicii medicale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grad redus de accesibilitate a serviciilor sanitare în zona de est a județului (stânga râului Siret), în zona de Nord-Vest extrem (partea de nord a Văii Muntelui);

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;

- 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 privat;
- Suprasolicitarea 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;
- Înregistrarea unor situații se 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;

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;
- Absența implementării protocoalelor de practică în funcție de dotare și competență profesională în unitățile sanitare;
- 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

- 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.

AMENINȚĂRI

- 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 amenințarea calității și responsabilității actului medical;
- Schimbările în managementul spitalelor publice pe criterii politice cauzează inconsecvență în aplicarea politicilor proprii de dezvoltare;
- Descentralizarea 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 II

**Strategia de reformare a sistemului de
furnizare a serviciilor de sănătate din
județul Bacău**



2.1. Viziunea de dezvoltare a sistemului de sănătate din județul Bacău

Viziune

„Sistemul de sănătate din județul Bacău va fi unul dintre reperele regionale în domeniul sănătății, oferind populației accesibilitate ridicată la servicii de sănătate moderne, având condiții și tehnologii medicale la standarde europene.”

Obiective

Obiectiv General

Îmbunătățirea accesibilității populației la serviciile medicale de bază și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate pentru creșterea calității vieții locuitorilor județului Bacău.

Obiective Strategice

- OS1. Eficientizarea modului de utilizare a resurselor financiare din sistemul public de sănătate al județului Bacău;
- OS2. Îmbunătățirea condițiilor de spitalizare și de tratament oferite de unitățile medicale din județul Bacău
- OS3. Disponibilitatea permanentă a asistenței medicale primare la nivelul comunităților locale
- OS4. Reducerea timpului de intervenție în cazuri de urgențe medicale
- OS5. Reducerea presiunii îmbătrânirii demografice asupra sistemului de sănătate, pe termen mediu și lung
- OS6. Îmbunătățirea infrastructurii necesare pentru îmbunătățirea furnizării de servicii de sănătate în județul Bacău

Moto

„Sănătatea nu reprezintă totul, dar fără sănătate totul este nimic.”

Arthur SCHOPENHAUER

Politici publice de sănătate ale județului Bacău

SĂNĂTATEA – PRIORITATE A JUDEȚULUI BACĂU

Fapt confirmat însuși de publicarea acestui document și de proiectele recente de investiții în spitale susținute de administrația publică, **sănătatea este unul dintre domeniile prioritare ale județului Bacău** pentru perioada următoare (termen mediu și lung). Consiliul Județean Bacău va urmări cu deosebită atenție să sprijine sistemul de sănătate din județul Bacău (public și privat) cu scopul de a asigura populației condiții decente de tratament la standardele actuale din domeniu.

COMPETITIVITATE PRIN COMPLEMENTARITATE

Sistemul public de sănătate din județul Bacău trebuie să fie unul bazat pe **complementaritate pentru a deveni competitiv** într-un domeniu în care calitatea înaltă a serviciilor va fi un atribut definitoriu. 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.

UTILIZAREA EFICIENTĂ A RESURSELOR

Utilizarea eficientă a resurselor, în special cele financiare, este singura soluție pentru a obține calitate în serviciile publice. Sectorul de sănătate se află într-o situație specială: insuficiența resurselor financiare este recunoscută la toate nivelurile din sistem, insuficiența resurselor umane devine o problemă din ce în ce mai severă. 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. Referitor la unitățile spitalicești, Spitalul Județean de Urgență Bacău va trebui să reprezinte un centru de performanță în domeniul medical, principalul pilon al sistemului județean și un spital de interes regional. Din prisma serviciilor de urgență și a serviciilor de asistență medicală pentru cazurile acute, sistemul județean de sănătate se va baza pe trei centre de importanță județeană: Spitalul Județean Bacău, Spitalul Municipal de Urgență Moinești și Spitalul Municipal Onești. Sistemul va fi completat de celelalte unități spitalicești (care pot asigura și intervenții de bază în medicina de urgență) și pe centrele de permanență ale medicilor de familie. Spitalul Municipal Bacău, a cărui finalizare este așteptată într-un timp relativ scurt, va avea un aport important la completarea sistemului de sănătate din județ și va contribui la preîntâmpinarea creșterii cererii de servicii de sănătate pe termen mediu și lung.

ORIENTAREA SPRE ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ ȘI TRATAMENTUL ÎN AMBULATORIU

Actualmente, opțiunea principală de tratament a populației este spitalul, fie că este vorba de afecțiuni grave sau doar de tratamente care pot fi realizate la domiciliu. Spitalele sunt suprasolicitate, costurile cresc inefficient, calitatea generală scade iar percepția generală a populației cu privire la sistemul de sănătate este în continuare una nefavorabilă. În condițiile în care populația îmbătrânește demografic accentuat, perpetuarea acestei situații reprezintă garanția blocării dezvoltării sistemului. Se impune o schimbare radicală de optică și de comportament, cu orientarea spre a asigura serviciile medicale de bază cât mai aproape de pacient și a evita internarea pentru tratament.

Medicii de familie joacă un rol deosebit de important în această schimbare, ei trebuind să fie (redevină) principalul reper al comunităților locale cu privire la sănătate. Mai mult, asistența medicală primară trebuie asigurată în permanență în cadrul comunităților locale, **înființarea centrelor de permanență ale medicilor de familie** reprezentând soluția cea mai potrivită. Centrele de permanență vor trebui să asigure intervențiile în situațiile medicale, în care se impune administrarea urgentă a unor tratamente, a unor sfaturi avizate sau chiar a primului ajutor (în limita competențelor și a echipamentelor necesare).

Trebuie pus accentul pe **tratamentul în ambulatoriu**, ca soluție preferată internării (atunci când este posibil), a cărei costuri cresc foarte mult cheltuielile sistemului. Tratamentul administrat în ambulatoriul unităților sanitare sau chiar autoadministrat sub monitorizarea medicului de familie, trebuie să devină o obișnuință și pentru pacienți, care trebuie informați și educați pentru a deveni mai responsabili cu privire la automedicație.

Comunitățile rurale necesită o atenție deosebită, centrele de permanență urmând a fi înființate în special în zonele rurale cu accesibilitate scăzută.

Îngrijirile medicale la domiciliu reprezintă o opțiune foarte eficientă de a asigura la costuri foarte reduse necesarul de asistență medicală pentru cazuri cronice, pacienți nedeplasabili, pacienți aflați în tratament la domiciliu, persoane cu dizabilități etc. Dezvoltarea acestor servicii se va realiza în parteneriat cu sectorul non-guvernamental din județ, care deține o experiență importantă în acest domeniu.

PREÎNTÂMPINAREA PROBLEMELOR GENERATE DE ÎMBĂTRÂNIREA DEMOGRAFICĂ

Îmbătrânirea demografică a populației județului Bacău este un fenomen real și în continuă dezvoltare. Proiecțiile demografice arată că, pentru 15 ani, un sfert din populația județului va avea peste 60 de ani. Dacă cererea de servicii medicale va crește în același ritm, sistemul de sănătate din județul Bacău va fi supus unei presiuni deosebite, cu atât mai mult cu cât o parte importantă a cererii va consta, cel mai probabil, în probleme sociale.

Abordarea timpurie a problemelor ce vor fi cauzate de îmbătrânirea demografică a populației este necesară pentru a asigura funcționarea corectă a sistemului medical pe termen mediu și lung. Se impun acțiuni concentrate spre informarea și educarea populației (prioritară este populația peste 40 de ani) în sensul prevenției, cunoașterii sistemului medical, comportamentelor sănătoase etc. De asemenea, spitalele trebuie să analizeze fezabilitatea înființării unor secții de geriatrie și de personalizare a serviciilor de sănătate pentru a răspunde cât mai bine nevoilor populației vârstnice.

În contextul preîntâmpinării situațiilor generate de îmbătrânirea populației, dar și ca răspuns la situația actuală din sistem, trebuie înființate **unități de asistență medico-socială**, pentru o abordare corectă a demarcării problemelor medicale de cele sociale.

Bolile cronice care, cel mai probabil, se vor înmulți o dată cu îmbătrânirea populației, necesită, de asemenea, o atenție deosebită, atât la nivel național (prin demarcarea clară de cazurile acute, inclusiv în decontări), dar și la nivel județean (unde o parte importantă din accesările actuale ale serviciilor de urgență sunt cazuri cronice!). Se recomandă ca, în cadrul Spitalului Orășenesc Comănești și a Spitalului Orășenesc Buhuși, să fie dezvoltate secții de recuperare medicală, asistență pentru pacienți cronici, asistență paliativă, geriatrie.

RESPONSABILIZAREA TUTUROR NIVELURILOR DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

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. **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.

Unitățile specializate, cele spitalicești etc. trebuie să își concentreze eforturile spre îmbunătățirea calității serviciilor medicale și pe colaborarea permanentă cu asistența medicală primară în scopul prevenției și dezvoltării competențelor acestui nivel.

Administrațiile publice vor avea (cel puțin în configurația actuală a sistemului) rolul de a sprijini dezvoltarea serviciilor medicale ale unităților spitalicești din județ, din prisma calității și a adaptării serviciilor furnizate la nevoile populației.

ACCENTUL PE ACTIVITĂȚILE PREVENTIVE

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.

Problemele sociale care conduc, de multe ori, la generarea de probleme medicale, vor fi abordate cu atenție sporită. **Asociațiile și fundațiile specializate în furnizarea de servicii sociale vor fi sprijinite** în desfășurarea activităților de prevenție în cazurile sociale. De asemenea, **se va încuraja voluntariatul** pentru susținerea campaniilor de educare și informare, pentru desfășurarea activităților de sprijin pentru comunitate și chiar pentru anumite activități ale spitalelor.

Sunt identificate **trei grupuri-țintă critice pentru activitățile de prevenție:** tinerii (în special populația școlară), persoanele cu vârste între 45 și 60 de ani (care peste 15 ani vor intra în categoria de vârstă 60-75 ani) și persoanele cu vârste peste 60 de ani. Activitățile de prevenție trebuie personalizate în funcție de scopul urmărit și de caracteristicile fiecărei categorii de vârstă în parte.

Condițiile de trai sunt definatorii pentru starea de sănătate a populației. De aceea, aspecte referitoare la sănătate și condiții de trai vor fi abordate în toate domeniile strategice și acțiunile dezvoltate la nivel județean. De asemenea, programele de informare și educare vor aborda ca temă orizontală îmbunătățirea factorilor determinanți ai stării de sănătate a populației.

PARTENERIAT PUBLIC-PRIVAT ÎN SĂNĂTATE

Un sistem modern de sănătate trebuie să fie orientat spre un parteneriat eficient între specialiști, autorități publice, mediul universitar și mediul privat. Experiența statelor europene arată că, o dată cu un serviciu necesar pentru populație, sănătatea este o afacere profitabilă. Pentru perioada următoare, dezvoltarea sistemului de sănătate din județul Bacău va fi orientat spre **complementaritatea public-privat în furnizarea serviciilor medico-sanitare,** scopul fiind eficientizarea costurilor din sistemul public și îmbunătățirea calitativă a serviciilor oferite.

ASOCIEREA COMUNITĂȚILOR LOCALE PENTRU SUSȚINEREA SISTEMULUI MEDICAL DIN JUDEȚ

Comunitățile locale vor trebui să conștientizeze importanța sănătății populației și să își revizuiască planul de priorități astfel încât **sănătatea să ocupe locul cuvenit în strategiile locale de dezvoltare.**

Fiind un domeniu dificil de susținut (în special financiar), **comunitățile locale vor trebui să se asocieze** (ex: după modelul asocierilor pentru înființarea rețelelor de utilități sau a altor servicii publice) pentru a susține serviciile locale de sănătate. Înființarea centrelor de permanență ale medicilor de familie vor fi un aspect concret în care administrațiile publice trebuie să sprijine sistemul de sănătate. De asemenea, **oferirea de facilități pentru tinerii specialiști** va fi o modalitate foarte eficientă de a sprijini dezvoltarea sistemului de sănătate din județ.

Scenarii de reorganizare a serviciilor de sănătate furnizate de unitățile spitalicești din județul Bacău

Scenarii posibile

1. Scenariul administrării unice

Presupune administrarea tuturor unităților spitalicești deconcentrate din județ de către o singură entitate/instituție. În cazul de față, acest scenariu ar putea fi pus în practică prin preluarea în administrare a spitalelor de către Consiliul Județean Bacău care să coordoneze activitatea spitalelor prin înființarea unei direcții sau al unui serviciu specializat.

Acest scenariu prezintă cea mai mare eficacitate, atât din prisma serviciilor medicale, dar și a **eficienței utilizării resurselor financiare**. Administrarea unică a tuturor spitalelor ar permite **negocierea cu furnizorii de produse și servicii la nivelul întregului județ**, favorizând stabilirea unor condiții foarte avantajoase din prisma costurilor. Acest scenariu este cel mai favorabil realizării unei strategii realiste și cu un grad maxim de aplicabilitate.

Deși este cel mai recomandat scenariu, punerea sa în practică este mult îngreunată de lipsa unui consimțământ unitar al administrațiilor publice locale care dețin în administrare unități spitalicești. Un exemplu elocvent este poziția Consiliului Local Comănești care exprimă vehement împotrivirea față de un scenariu de acest fel sau de orice altă variantă care ar conduce la o reorganizare a serviciilor medicale furnizate de spitalul din localitate.

Avantaje: scenariul care prezintă cea mai mare aplicabilitate a măsurilor/programelor strategice județene, permite eficacitate maximă prin coordonarea județeană a furnizării serviciilor medicale, negocierea cu furnizorii de produse/servicii la nivelul întregului județ, eficientizarea utilizării resurselor financiare, materiale și umane.

Dezavantaje: existența unei perioade de tranziție care poate conduce la diverse probleme de funcționare și relaționare, dezinteresul comunităților locale pentru

sustinerea unităților spitalicești, grad redus de implementare (în contextul actual).

2. Scenariul inerțial

Acest scenariu presupune menținerea aceleiași structuri spitalicești, atât ca organizare a unităților dar și ca structură internă, privind specializările medicale dezvoltate.

Cu toate că este cel mai puțin favorabil scenariu pentru dezvoltarea serviciilor de sănătate la nivelul județului, prezintă un grad ridicat de acceptare în rândul comunităților locale, inclusiv al administrațiilor publice, datorită posibilităților reticente ale comunităților locale față de modificările de structură ale unităților spitalicești.

Avantaje: influența directă a comunităților locale care administrează spitalele, reflectarea voinței locale asupra direcțiilor de dezvoltare a spitalelor, cointeresarea administrațiilor locale teritoriale în proiecte de investiții, menținerea unei anumite tradiții locale privind serviciile medicale;

Dezavantaje: capacitate scăzută de coordonare a politicilor de sănătate la nivel județean, eficiență financiară scăzută, îngreunarea procesului de îmbunătățire a anumitor servicii medicale, activitate concurențială (și nu complementară!) a unităților spitalicești etc.;

3. Scenariul grupării teritoriale

Acest scenariu abordează gruparea/fuzionarea unităților spitalicești aflate la o distanță teritorială redusă și dezvoltarea complementară a serviciilor medicale. Se identifică două astfel de cazuri: (1) spitalele din Comănești și Moinești și (2) spitalele din Buhuși și Bacău. Administrarea unităților spitalicești astfel realizate poate fi realizată prin parteneriat între toate administrațiile publice locale implicate, cu un eventual aport al

Consiliului Județean, fie poate fi trecută în sarcina unei singure entități.

Avantaje: complementaritatea serviciilor medicale oferite la nivel zonal, eficientizarea costurilor, creșterea calității serviciilor medicale oferite;

Dezavantaje: scăderea (relativă) a accesibilității anumitor servicii medicale, existența unei perioade de tranziție care poate conduce la diverse probleme de funcționare și relaționare, dezinteresul comunităților locale pentru susținerea unităților spitalicești

4. Scenariul combinat

Acest scenariu pornește de la premisa că scenariul administrației unice este cel mai recomandat dar că punerea sa integrală în practică nu este posibilă. În acest context, scenariul combinat propune valorificarea tuturor posibilităților de colaborare dintre spitale și dintre acestea și administrațiile publice pentru a contribui la rezolvarea în comun a unor probleme de ordin medical sau de funcționare, la dezvoltarea serviciilor medicale oferite etc. Mai precis, scenariul de față propune o combinare a scenariului administrației unice cu scenariul grupării teritoriale, bazându-se pe voința consensuală dintre administrațiile publice locale și dintre spitale. Se vor fructifica orice posibilități de parteneriat și/sau de comasare a unităților spitalicești. Parteneriatele sau colaborările vor respecta principiul complementarității și vor viza cu prioritate calitatea înaltă a serviciilor medicale.

Avantaje: grad ridicat de aplicabilitate, colaborare îmbunătățită între unitățile spitalicești, grad ridicat de complementaritate, creșterea calității serviciilor medicale, creșterea gradului de eficiență în utilizarea resurselor;

Dezavantaje: grad moderat de dificultate în coordonarea politicilor publice județene de sănătate, dependența ridicată față de factorul politic administrativ;

Scenariul ales

Dintre scenariile propuse, scenariul administrării unice este cel mai recomandat, însă, în contextul actual (legislativ, administrativ, relațional), implementarea lui nu este posibilă. Un obstacol major este lipsa voinței comune a administrațiilor locale care au în administrare unități spitalicești de a realiza acest lucru, cu toate că ar putea aduce cele mai bune rezultate pe termen mediu și lung pentru sistemul de sănătate din județ și chiar pentru unitățile spitalicești individuale.

Scenariul combinat este cel mai plauzibil scenariu, din acest considerent fiind și scenariul ales. În baza scenariului combinat urmează a fi definite liniile directoare ale Strategiei pe termen mediu.

Centrele principale ale județului, din punctul de vedere al serviciilor spitalicești descentralizate, vor fi Bacău, Moinești și Onești, corespunzător spitalelor care s-au demarcat deja în asistență medicală spitalicească pentru acuți (Spitalul Județean de Urgență Bacău, Spitalul Municipal de Urgență Moinești, Spitalul Orășenesc Onești). Zonele de adresabilitate a serviciilor medicale de urgență furnizate de aceste spitale vor fi Nord-Vest (pentru SMU Moinești), Sud-Vest (SO Onești) și Est (SJU Bacău). Aceste spitale vor dezvolta cu prioritate serviciile medicale pentru cazuri acute și de urgență, serviciile pentru patologii cronice urmând a fi dezvoltate cu precădere în celelalte unități spitalicești din județ.

Spitalul de Pediatrie din Bacău, aflat în proces de fuzionare prin absorbție cu SJU Bacău, va deveni o componentă a SJU și își va menține adresabilitatea. Având în vedere complexitatea structurii SJU Bacău, o dată cu absorbția Spitalului de Pediatrie dar și cu dezvoltarea celorlalte specialități medicale, se recomandă introducerea unui nivel intermediar de management astfel încât fiecare clinică/pavilion/centru ale spitalului să aibă o structură proprie intermediară de management, cu rol executiv.

Se recomandă ca dezvoltarea Spitalului Orășenesc Buhuși să urmărească complementaritatea cu SJU Bacău, cu atât mai mult cu cât distanța dintre cele două unități este foarte redusă. De altfel, comasarea cu SJU Bacău este o opțiune recomandată pentru Spitalul din Buhuși, devenind secție exterioară a SJU și oferind servicii medicale de bază pentru cazuri de urgență dar dezvoltând cu prioritate servicii de recuperare medicală,

servicii pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, servicii de îngrijire paliativă, geriatrie etc.

Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” din Comănești își va continua activitatea ca spital de acută, din dorința administrației publice locale și a conducerii unității, în paralel cu dezvoltarea serviciilor spitalicești din zonă și din județ. Se recomandă, totuși, ca acest spital să își restructureze serviciile în complementaritate cu celelalte spitale (în special cu SMU Moinești) și să dezvolte serviciile de recuperare medicală, asistență pentru bolnavi cronici, asistență paliativă etc., în tandem cu serviciile pentru cazurile acute.

Pe parcursul anului 2012 este preconizată recepția finală a Spitalului Municipal Bacău, investiție realizată de Consiliul Local al Municipiului Bacău după standardele actuale de specialitate. Se așteaptă ca acest spital să reducă parțial gradul de solicitare al Spitalului Județean, dar se preconizează o concurență directă a celor două unități, generată atât de serviciile medicale dezvoltate de ambele spitale dar și de proximitatea teritorială. Se recomandă dezvoltarea în complementaritate a celor două unități spitalicești, urmărind acest lucru din prisma serviciilor medicale furnizate dar și din segmentarea publicului-țintă.

Spitalul de Pneumoftiziologie se află în administrarea Consiliului Local Bacău dar are adresabilitate județeană, însemnând că, deși spitalul are ca beneficiari pacienți ai întregului județ, cheltuielile de investiții etc. vor trebui suportate de municipalitatea băcăuană. Cea mai potrivită soluție în acest caz este gruparea spitalelor din municipiul Bacău într-un holding sau consorțiu spitalicesc, fără a modifica structura de administrație a acestora dar facilitând parteneriatele active între acestea, în temeiul principiului complementarității.

Spitalul Polimed din Podu Turcului este o unitate spitalicească privată dar care funcționează similar unui spital public. Importanța acestui spital este susținută de faptul că asigură complementaritate teritorială celorlalte spitale publice din județ, având adresabilitate directă pentru localitățile din su-estul județului, zonă cu accesibilitate foarte scăzută a serviciilor medicale. Se recomandă ca administrația publică locală să sprijine dezvoltarea acestui spital, iar programele dezvoltate la nivelul județului să vizeze și Spitalul Polimed ca potențial partener.

Principiile de bază care vor sta la baza dezvoltării serviciilor de sănătate din județ sunt principiul complementarității și principiul parteneriatului, urmărind îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale furnizate și eficientizarea utilizării resurselor disponibile. Se recomandă organizarea de evenimente care să reunească periodic conducerile unităților spitalicești din județ și ale administrațiilor publice, cu scopul de a identifica soluționări comune ale problemelor existente, stabilirea de parteneriate pentru dezvoltarea serviciilor medicale și pentru îmbunătățirea modului de funcționare a spitalelor etc.

Pe lângă rolul de administrator al Spitalului Județean de Urgență Bacău (incluzând Spitalul de Pediatrie), Consiliul Județean Bacău are și menirea de a sprijini și coordona consiliile locale pentru realizarea serviciilor publice de sănătate de interes județean. Astfel, în perioada următoare, Consiliul Județean Bacău va continua să susțină dezvoltarea sistemului de sănătate din județ, atât timp cât factorii implicați (în speță, consiliile locale) demonstrează aportul la dezvoltarea serviciilor de sănătate din județ și contribuția la obiectivele strategice județene în domeniul sănătății. Se recomandă înființarea, în cadrul Consiliului Județean, a unei unități de management (serviciu/departament/direcție) care să aibă rol de monitorizare, evaluare și coordonare a politicilor de sănătate din județ, care să reprezinte un mediator activ între factorii implicați și un inițiator al parteneriatelor județene și locale în domeniul sănătății.

Calitatea înaltă a serviciilor furnizate populației va reprezenta o prioritate permanentă a sistemului județean de sănătate. Parteneriatele dintre spitale și modul complementar de activitate vor reprezenta factori dinamizatori pentru acest deziderat. Elementul-cheie pentru atingerea standardelor ridicate de calitate a serviciilor medicale este resursa umană; de aceea, în perioada următoare, se va acorda atenția cuvenită acestei priorități intrinseci a sistemului. Spitalele și administrațiile publice vor trebui să colaboreze pentru a atrage resurse umane medicale înalt specializate, asigurând, în același timp, condiții propice pentru dezvoltarea continuă a resurselor umane existente.

Niciunul dintre spitalele din județul Bacău nu este clasificat în categoria a II-a de competență, conform ierarhizării realizate de Ministerul Sănătății în anul 2011. La nivelul Regiunii Nord-Est, unități cu o clasificare mai înaltă de categoria a III-a funcționează doar în municipiul

Iași. De altfel, județul Bacău se află într-o zonă mai extinsă fără acces direct la serviciile unor unități spitalicești de categoria I și a II-a, populația județului având ca alternative apropiate municipiul Iași, municipiul Brașov sau municipiul Galați (distribuția geografică a spitalelor din categoriile I și II de competență este prezentată în Anexa 5).

Dezvoltarea serviciilor de sănătate din județul Bacău, pentru perioada următoare, va urmări dezvoltarea centrelor de excelență în servicii medicale pentru care unitățile spitalicești din județ dispun de capacitate umană și materială necesară. De asemenea, se vor dezvolta secții clinice în spitalele care au potențialul uman necesar (doctori în științe medicale, personal mediu bine pregătit), în parteneriat cu instituții de învățământ medical superior. Scopul principal este de a asigura cetățenilor județului servicii medicale de

excepție, dar și de a atrage în sistemul de sănătate din județ pacienți din județele limitrofe, dar nu numai. Turismul medical poate reprezenta o opțiune foarte bună de a asigura venituri suplimentare necesare pentru investițiile permanente în calitatea serviciilor medicale, atât timp cât nu dezavantajează pacienții locali.

Dezvoltarea asistenței primare și activitățile de prevenție sunt esențiale pentru dezvoltarea serviciilor spitalicești, în sensul reducerii presiunii asupra spitalelor. Se vor dezvolta centre de permanență a medicilor de familie și unități medico-sociale, prin parteneriate între medicii de familie, administrațiile publice locale, unități spitalicești și Serviciul de Ambulanță. De asemenea, se vor dezvolta serviciile de prevenție și de asistență medicală la domiciliu, în parteneriat cu serviciile de asistență socială și cu sectorul non-guvernamental.



2.2. Priorități și direcții de dezvoltare a sistemului de sănătate din județul Bacău

Necesități majore ale sistemului

*Concluziile analizelor efectuate pentru fundamentarea Strategiei (Diagnosticul sistemului de sănătate a județului Bacău, Studiul privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău, Studiul privind evaluarea sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău, Consultarea factorilor-cheie din sistemul de sănătate al județului Bacău) au reliefat o serie de necesități sau obstacole ale sistemului de sănătate din județul Bacău comune cu situația generală națională și **a căror rezolvare depinde de instituțiile și autoritățile naționale** de resort sau din domenii conexe.*

1. Revizuirea (schimbarea) modului de funcționare și administrare a spitalelor: autoadministrarea

Funcționarea corectă și eficientă a unităților spitalicești trebuie să se bazeze pe:

- politici proprii de personal;
- politici proprii de dezvoltare;
- politici proprii de investiții.

2. Revizuirea (schimbarea) modului de finanțare a sistemului de asigurări de sănătate

- schimbarea mecanismelor de plată;
- introducerea coplății pentru anumite servicii medicale, eșalonat, în funcție de complexitate etc.;
- contractarea pe secții sau pe specializări (inclusiv serviciile de urgență);
- actualizarea costurilor pentru serviciile decontate;

3. Introducerea unui sistem informatic național de evidență și monitorizare a sistemului medical

- monitorizarea și evaluarea stării de sănătate a populației;
- monitorizarea și evaluarea activității unităților de sănătate;
- eficientizarea activităților unităților spitalicești (administrative, economice, medicale);
- reducerea costurilor din sistemul medical;
- reducerea timpului de intervenție în situații de urgență;

4. Revizuirea politicilor publice de sănătate

- Abordarea unitară a sistemului medico-sanitar;
- Echilibrarea responsabilităților în sistemul public de sănătate;
- Orientarea către asistența medicală primară și către tratamentul în ambulatoriu;

5. Revizuirea politicii de resurse umane la nivelul țării

- (re)Considerarea justă a importanței personalului medical pentru societate;
- Stoparea migrației medicilor și asistenților medicali;

6. Investiții în infrastructura de acces pentru îmbunătățirea accesibilității zonelor rurale

În județul Bacău, secțiunile de drum național care trebuie reabilitate cu prioritate sunt:

- DN12A Comănești – Ghimeș-Făget;
- DN11 Bacău-Onești.

7. Deblocarea parteneriatelor de tip public-privat

Clarificarea cadrului legal pentru parteneriatele public-private:

- norme de aplicare ale legii Parteneriatului Public-Privat.

Recomandări pentru Administrația Publică Locală din județul Bacău

Momentul elaborării Strategiei se încadrează într-un context în care sistemul de sănătate din România se află în proces de restructurare și reformă. Schimbările recente au modificat radical implicarea administrațiilor publice în sistemul de sănătate iar, după cum însuși Ministerul Sănătății publică: „Reforma sistemului de sănătate continuă!”. Având în vedere scopul administrației publice locale vis-à-vis de îmbunătățirea condițiilor de trai ale populației, se impun o serie de măsuri generale pe care Consiliul Județean Bacău și Primăriile din județul Bacău trebuie să le aibă în vedere:

1. Susținere zonală pentru unitățile de sănătate

Unitățile de sănătate trebuie susținută de întreaga comunitate pe care o deservește, și nu doar de unitățile teritorial-administrative pe raza cărora funcționează. De aceea, la nivel local se recomandă:

- asocierea unităților teritorial-administrative din județ cu scopul susținerii unităților locale de sănătate (ex: după modelul celor înființate pentru rețelele edilitare etc);
- implicarea Grupurilor de Acțiune Locală în susținerea sistemului medical din județ;

2. Îmbunătățirea condițiilor de trai pentru locuitorii județului Bacău

Starea de sănătate a populației depinde în mod direct de condițiile de trai ale populației (condițiile de locuire, condițiile economice, nivelul de educație și informare). Autoritățile publice locale vor trebui să contribuie la crearea unor condiții de trai favorabile stării de sănătate a populației, prin colaborarea activă cu sistemul de sănătate din județ. Aspectele urmărite vor fi asigurarea infrastructurii fizice de bază, dezvoltarea economică, susținerea permanentă a activităților de promovare a sănătății și a campaniilor de informare și educare a populației cu privire la sănătate.

3. Îmbunătățirea accesibilității comunităților rurale

Reabilitarea infrastructurii de acces este esențială pentru îmbunătățirea accesibilității comunităților rurale. Prioritară pentru județul Bacău este modernizarea unei rute care să asigure accesibilizarea zonei de est a județului unde, pe lângă infrastructura deficitară, relieful și depărtarea față de unitățile de primiri urgențe sunt factori limitativi pentru intervențiile în situații de urgență. Montarea de indicatoare suplimentare de orientare rutieră este recomandată în tot județul.

4. Sprijinirea dezvoltării și modernizării sistemului medical

Aportul administrației publice locale este foarte important (de multe ori, este definitoriu) pentru dezvoltarea serviciilor locale de sănătate. Cu precădere în mediul rural, unde condițiile generale de funcționare nu sunt atractive pentru personalul medical, administrațiile locale trebuie să își coordoneze eforturile pentru:

- sprijinirea medicilor de familie pentru înființarea centrelor de permanență în județ (punerea la dispoziție a spațiilor necesare, mobilizarea factorilor-cheie etc);
- sprijinirea campaniilor de educare și informare a populației privind sănătatea;
- sprijinirea proiectelor de investiții și de dezvoltare a unităților de sănătate (modernizări, dotări etc);
- sprijinirea înființării punctelor de ambulanță și SMURD;
- sprijinirea atragerii tinerilor specialiști, prin facilități de natură a le îmbunătăți condițiile de (re)locare;
- atragerea fondurilor nerambursabile pentru investiții în unitățile de sănătate prin sprijinirea dezvoltării și implementării proiectelor europene.

5. Îmbunătățirea managementului serviciilor de asistență medicală furnizată populației

Unitățile teritorial-administrative care au în administrare unități medicale trebuie să își înființeze, în cadrul aparatelor de specialitate, unități de management (servicii / direcții) specializate pentru monitorizarea și evaluarea asistenței medicale furnizate, în scopul eficientizării utilizării resurselor și îmbunătățirii serviciilor furnizate.

Priorități

Pentru dezvoltarea sistemului de sănătate din județul Bacău și pentru rezolvarea problemelor existente, au fost identificate o serie de aspecte sau domenii pentru care este necesară intervenția comună a factorilor ce pot avea un aport la îmbunătățirea situației existente. Totuși, având în vedere resursele disponibile limitate și faptul că mobilizarea factorilor implicați se face, de obicei, mai puțin operativ, se impune o prioritizare a intervențiilor care să răspundă, pe de o parte, nevoilor celor mai stringente și, pe de altă parte, să aibă capacitatea de a crea premisele îmbunătățirii altor aspecte adiacente. Stabilirea priorităților pentru sistemul de sănătate din județul Bacău a fost realizată plecând de la rezultatele analizelor, cu implicarea deosebită a factorilor-cheie din sistem.

În funcție de necesitatea abordării fiecărui domeniu/aspect și de importanța acestora față de întregul sistem de sănătate, au fost identificate 6 priorități majore. Dintre acestea, 3 au fost stabilite pentru un orizont temporal scurt (3-5 ani) iar 3 sunt considerate priorități pe termen mediu și lung (10-20 ani), care trebuie să reprezinte principii directe pentru dezvoltarea continuă a sistemului de sănătate din județul Bacău și care sunt abordate sub forma unor teme orizontale. Măsurile/acțiunile de dezvoltare vor trebui să se subordoneze atât priorităților pe termen scurt cât și celor pe termen mediu și lung.

Priorități pe termen scurt

1. Asistența medicală primară

Concluziile analizelor efectuate, inclusiv sondarea opiniei populației și interviuarea stakeholderilor, a reieșit o tendință generală a populației de a apela direct la serviciile spitalicești în situațiile în care întâmpină anumite probleme de sănătate (de cele mai multe ori considerate acute în starea de sănătate aparentă). Din lipsa activității medicale primare de permanență pe timpul nopții și la sfârșitul săptămânii (în județ funcționează doar 2 centre de permanență: la Ghimeș Făget și la Stănișești), accesarea nejustificată a serviciilor de urgență crește considerabil. Rezultatele sunt reflectate în starea de sănătate a populației (inclusiv din cauza insuficienței activității de prevenție) și în modul de utilizare a resurselor la nivelul întregului sistem (cu efecte imediate în calitatea serviciilor de sănătate și în gradul de insatisfacție al populației). Zonele rurale, în special localitățile din zona de est (în stânga Siretului), cele din Valea Muntelui sau de pe cursul Tazlului etc, prezintă un grad mai scăzut de accesibilitate, asistența medicală primară fiind cu atât mai importantă pentru aceste comunități.

Mai mult, în contextul în care se pune un accent din ce în ce mai mare pe eficiență și pe calitate, este foarte probabil ca în perioada următoare să crească foarte mult importanța serviciilor medicale de bază pentru starea de sănătate a populației și pentru funcționarea sistemului sanitar. Sistemul de sănătate din județ trebuie să răspundă din timp noilor provocări pentru a avea capacitatea de a furniza serviciile medicale necesare în termeni de calitate și de cantitate.

În județul Bacău, asistența medicală primară este prioritară pe termen scurt deoarece se urmăresc două obiective foarte importante. Primul este de a asigura **asistență medicală de calitate cât mai aproape de cetățean**. Al doilea obiectiv urmărit este de a **reducere suprasolicitarea nejustificată a spitalelor** și, implicit, de a contribui la îmbunătățirea unor aspecte interdependente: **reducerea cheltuielilor, condiții mai bune de tratament și internare, condiții mai bune de desfășurare și dezvoltare a activității profesionale pentru personalul medical** etc.

Importanța asistenței medicale primare este dată de faptul că reprezintă furnizarea serviciilor de sănătate de prim contact atât pentru situațiile în care există o anumită boală dar și pentru populația sănătoasă. Relația cu pacientul este continuă iar de existența și calitatea acesteia depinde însăși starea de sănătate a populației (evidența reală, depistarea din timp a problemelor, intervenția operativă etc.). Un alt atu al asistenței medicale primare este apropierea teritorială de populație și, practic, atributul de apartenență la comunitatea locală.

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. Activitatea de prevenție

Factorii implicați în furnizarea serviciilor de sănătate (vizând în mod deosebit specialiștii din sănătate) și percepția generală a societății față de acest domeniu pun accentul în special pe latura curativă a sistemului de sănătate, cea mai costisitoare din punct de vedere economic și social. Este preferabilă evitarea problemelor de sănătate din prisma individului, dar și din cauză că aceste probleme devin din ce în ce mai complexe și mai apăsătoare în raport cu posibilitatea de dezvoltare a sistemului de furnizare a serviciilor medicale. În aceste condiții, activitățile de prevenție trebuie să devină **principala măsură de menținere în parametri optimi a stării de sănătate a populației**.

Din prisma activității medicale, activitatea de prevenție intervine în evitarea îmbolnăvirilor și în evitarea complicațiilor acestora, succesul unei intervenții sau al unui tratament depinzând foarte mult de stadiul bolii. Eficiența serviciilor medicale crește cu cât acestea intervin încă din stadiile presimptomatice, importanța medicinei primare fiind evidentă (prevenția secundară).

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.), care 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** (comportament preventiv, control periodic, automedicație etc).

Necesitatea implicării comunității (factorilor locali) în activitatea de prevenție derivă și din importanța stabilirii legăturii directe între activitatea de prevenție a medicului (prevenția primară) și beneficiarul vizat (cetățeanul). De cele mai multe ori, populația nu acordă suficientă atenție sau suficient timp mesajelor și serviciilor preventive, modalitatea și canalul de comunicare necesitând susținere adecvată pentru eficientizarea impactului.

Activitățile de prevenție vor fi adresate întregii comunități județene, **dar vor fi abordate particularizat segmente de populație** (grupuri-țintă) pentru care prevenția este prioritară din perspectivă strategică: tinerii (în special populația școlară), persoanele cu vârste cuprinse între 45 și 60 de ani (segment care peste 10-15 ani va face parte din populația vârstnică – abordare din prisma prognozelor demografice alarmante). Pentru toate segmentele vizate se vor avea în vedere **teme orizontale** pentru prevenție, în funcție de factorii determinanți pentru sănătate, riscurile la care este expusă populația, situația morbidității (vor fi abordate cu prioritate cauzele bolilor celor mai frecvente sau a celor cu incidență în creștere etc).

Activitățile de prevenție nu se vor limita doar la reducerea posibilităților de apariție a anumitor boli (cel puțin, cele din perioada imediat următoare), ci vor aborda și amănuntele care pot conduce la **evitarea agravării unor situații existente**. Se va asigura informarea necesară pentru o acționare corectă în anumite situații (ex: internarea, automedicația, stări acute etc). În cazul pacienților, se va urmări informarea corectă pentru inducerea stării de **încredere față de unitatea medicală și față de personalul medical** de serviciile cărora beneficiază.

3. Serviciile medicale de urgență

Importanța strategică a dezvoltării serviciilor medicale de urgență din județ este dată de nevoia de modernizare și îmbunătățire a capacităților de intervenție, cu scopul de a oferi **șanse cât mai mari de viață** pentru persoanele aflate în situații de urgență medicală. În stabilirea priorităților, conform studiilor și analizelor efectuate, contribuie semnificativ caracteristica actuală a populației (care se va menține cu siguranță cel puțin pe termen mediu) de a accesa spitalele în detrimentul altor unități medicale, iar acest lucru făcându-se cel mai des în situații critice (în care trebuie să intervină serviciile de urgență). Pe fondul acestor comportamente, având în vedere prognozele demografice alarmante și în contextul situației economice dificile din țară și din județ, modificările sistemului de asigurări de sănătate care se prefigurează pot avea implicații importante asupra serviciilor de urgență. Efectul preconizat este **creșterea numărului de cazuri de urgențe medicale**, mai ales a celor în care stadiul bolilor este avansat.

Componenta teritorială este foarte importantă pentru acțiunea în situații de urgență, din prisma distanțelor, a accesibilității și a distribuției teritoriale a competențelor medicale. Timpul de intervenție și, implicit, șansa de supraviețuire a pacientului depind în mod decisiv de acest aspect. **Reducerea timpului de intervenție** va reprezenta un obiectiv specific al măsurilor de îmbunătățire a serviciilor de urgență. Din acest punct de vedere, față de situația actuală, se impune **suplimentarea numărului de substații** ale serviciului de ambulanță și amplasarea acestora în teritoriu astfel încât să se asigure o accesibilitate cât mai bună a zonelor problematice din acest punct de vedere. **Centrele de permanență** ale medicilor de familie, care pot fi grupate în proximitatea sau chiar în **aceiași ansamblu cu punctele de plecare ale ambulanței**, pot avea un aport important pentru intervenții în cazuri acute de o complexitate care nu necesită accesarea serviciilor unui spital sau în acordarea primului ajutor. Din prisma acestui deziderat, medicii care vor deservi centrele de permanență vor trebui să își îmbunătățească pregătirea pentru intervenții în situații de urgență și să beneficieze de **dotări medicale adecvate**. În cazul celor trei unități/compartimente de primiri urgențe, reducerea timpului de intervenție pentru anumite cazuri poate fi realizată prin implementarea soluțiilor de **telemedicină** (existentă doar la SMU Moinești) și dezvoltarea infrastructurii de aerodromuri pentru elicoptere - **heliporturi** (în curs de realizare la SMU Moinești).

Principalii piloni ai serviciilor de urgență vor fi **serviciul de ambulanță și cele trei spitalele de importanță județeană** (SJU Bacău, SMU Moinești, SO Onești), care vor relaționa în mod deosebit cu serviciile **ISU și SMURD** și cu toate celelalte niveluri și unități medico-sanitare din județ. Responsabilități în situații de urgență revin fiecărui element component al sistemului, începând cu pacientul (și chiar potențialul pacient), continuând cu medicul de familie, personalul serviciului de ambulanță etc. Pentru zona de sud-est a județului, o importanță deosebită pentru primirea urgențelor medicale o prezintă Spitalul Polimed, acțiunile de dezvoltare a serviciului de specialitate din cadrul acestei unități trebuind a fi susținute de administrația publică locală.

Spitalele de acuți vor trebui să își dezvolte serviciile în sensul îmbunătățirii continue a serviciilor oferite. Unitățile/compartimentele de primiri urgențe și secțiile A.T.I. vor fi modernizate și dezvoltate, atât din punct de vedere tehnic dar și al resurselor umane. Se va urmări înființarea secțiilor/serviciilor medicale care nu sunt în prezent acoperite (ex: recuperare etc.) și dotarea spitalelor cu structurile tehnice necesare (ex: platoul tehnic).

Pentru a permite dezvoltarea adecvată a serviciilor de urgență, o serie de servicii medicale vor trebui dezvoltate cu precădere în alte unități medico-sanitare decât cele trei mari centre spitalicești. Mai precis, spitalele din teritoriu vor trebui să acorde atenție deosebită serviciilor de recuperare medicală, îngrijirilor paliative, îngrijirilor de lungă durată, îngrijirilor bolnavilor cronici etc. pe care spitalele de acuți nu le vor dezvolta la același nivel.

Priorități orizontale

1. Calitatea serviciilor medicale

Calitatea serviciilor medicale va reprezenta, în continuare, pentru sistemul de sănătate din județul Bacău, un obiectiv atotcuprinzător, față de care se va manifesta o preocupare permanentă de îmbunătățire. Într-o perioadă în care caracterul competițional își va face din ce în ce mai mult simțită prezența, singura opțiune a sistemului public este de deveni **mai competitiv ca tot unitar prin axarea pe calitatea cât mai înaltă a serviciilor oferite.**

Calitatea serviciilor medicale depinde de o serie de factori precum condițiile de tratament și internare, dotarea cu aparatură medicală performantă, existența materialelor necesare desfășurării în bune condiții a activității etc. Investițiile viitoare din unitățile de sănătate vor viza toate aceste aspecte. Mai presus de resursele materiale, va fi abordată cu prioritate **dezvoltarea resurselor umane medicale**, nucleul serviciilor medicale și fundamentul esențial al dezvoltării sistemului de sănătate. Comunitățile locale (administrații publice locale, spitale, mediul de afaceri etc.) vor trebui să facă eforturi comune pentru a asigura această necesitate.

2. Accesibilitatea serviciilor medicale

Abordarea viitoare a furnizării serviciilor de sănătate trebuie să fie orientată spre cetățean, principalul beneficiar al sistemului și însuși temelul existenței acestor servicii. Serviciile de sănătate vor trebui să ajungă **cât mai aproape de cetățean** și vor trebui să facă parte din comunitatea locală.

Accesibilitatea serviciilor medicale nu trebuie privită doar din perspectivă teritorială, ci și din punct de vedere economic și social. Importante din acest punct de vedere sunt activitățile de **prevenție**, prin educație și informare continuă și eficientă (pornind de la ipoteza că prevenția sau tratamentul timpuriu sunt mult mai accesibile). De asemenea, accesibilitatea va însemna mai mult decât înființarea unor unități medicale în teritoriu ci prestarea serviciilor cât mai aproape de beneficiar (ex: îngrijirile medicale la domiciliu).

3. Adaptarea permanentă a serviciilor de sănătate la nevoile populației

Cererea de servicii medicale este în continuă schimbare și este determinată de structura demografică a populației, condițiile de trai ale locuitorilor județului, dezvoltarea economică, nivelul de educație, comportamentele de consum etc. Structura serviciilor medicale oferite de unitățile specializate din județul Bacău, atât din prisma **repartizării teritoriale** dar și a **nivelului de competență medicală**, se va dezvolta în **concordanță cu evoluția cererii**. Totuși, se va avea în permanență în vedere **principiul complementarității** și cel al **eficienței**. De asemenea, se va aborda și importanța pe care o poate avea sistemul de sănătate din județul Bacău în **context regional**, prin **extinderea adresabilității anumitor servicii medicale** dezvoltate la nivel de excelență în județ.

Plan de acțiune

Direcția de acțiune 1. REȚEA DE CENTRE DE PERMANENȚĂ

Context:

Strategia Națională de Reorganizare a Spitalelor, document strategic aflat în curs de implementare, identifică, referitor la asistența medicală primată și la decongestionarea spitalelor, nevoia de a găsi „formule viabile pentru asigurarea permanenței asistenței medicale primare (centre de permanență, asocieri ale medicilor de familie în grupuri de practică, permanența la domiciliu, call-centre de urgențe, etc), care, împreună cu o atentă direcționare a politicilor de resurse umane pentru atragerea medicilor în mediul rural, vor crește accesibilitatea populației la serviciile medicilor de familie.”

Înființarea și funcționarea centrelor de permanență reprezintă un parteneriat activ între Direcția de Sănătate Publică, medicii de familie și administrația publică locală. Față de situația actuală, în perioada următoare este necesară mobilizarea corespunzătoare a medicilor de familie (care trebuie să accepte activarea într-un centru de permanență și să respecte programul de activitate aferent) și a administrațiilor publice (care trebuie să accepte sprijinirea înființării și funcționării centrelor de permanență).

Înființarea centrelor de permanență este reglementată de legea nr. 263/2004, cu modificările și completările ulterioare (OG 32/2005, Legea nr. 14/2006, OG 11/2008, OG 7/2011). Conform acestei legi, „centrele de permanență sunt forme de organizare a activității medicale în sistemul sanitar, fixe sau mobile, fără personalitate juridică, care funcționează în afara programului de activitate al cabinetului de medicină de familie stabilit și prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale în asistență medicală primară încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care sunt organizate în condițiile prevăzute de lege și care asigură continuitatea asistenței medicale primare”.

Centrele de permanență și zonele în care se înființează acestea sunt stabilite pe baza dispoziției emise de către directorul executiv al direcției de sănătate publică județene, cu acordul prealabil al caselor de asigurări de sănătate și al consiliilor locale.

Fundamentare

Centrele de permanență reprezintă o soluție de rezolvare a două probleme majore ale sistemului de sănătate din județ, și anume lipsa asistenței medicale primare din teritoriu în afara orelor de program ale cabinetelor medicale de familie și suprasolicitarea serviciului de ambulanță și a unităților/compartimentelor de primiri urgențe ale spitalelor. Un rezultat indirect al înființării centrelor de permanență este schimbarea percepției cetățenilor față de asistența medicală primară, prin conștientizarea importanței acesteia în sistemul de furnizare a serviciilor de sănătate.

Prioritare în înființarea centrelor de permanență sunt zonele rurale, cu precădere în zonele cu accesibilitate îngreunată (zona de est a județului, Valea Muntelui etc.). La momentul redactării strategiei, în județul Bacău funcționează doar două centre de permanență, unul în comuna Stănișești și unul în comuna Ghimeș-Făget.

Centrele de permanență funcționează cu un număr minim de 5 posturi de medic și, după caz, cu 5 posturi de asistenți mediali. Organizarea activității centrelor de permanență se stabilește conform normelor metodologice emise de Ministerul Sănătății (nr. 1024 din 2008). Prin voința de asociere liber exprimată a minimum 2 medici de familie, titulari de cabinete de medicina de familie, se constituie un grup de practică pentru asigurarea continuității asistenței medicale primare într-un centru de permanență.

În cadrul centrului de permanență fix, garda este asigurată în mod obligatoriu de o echipă medicală formată din medic de familie și asistent medical.

Centrele de permanență fixe pot funcționa:

- într-un spațiu pus la dispoziție de către consiliile locale;
- într-un cabinet medical pus la dispoziție de unul dintre medicii de familie asociați;
- prin rotație, în cabinetele medicale ale medicilor de familie asociați.

În cazul în care centrele de permanență fixe funcționează în spații puse la dispoziție de către consiliile locale, acestea trebuie să îndeplinească normele privind structura funcțională a cabinetelor medicale, prevăzute de actele normative în vigoare, și standardele minimale privind dotarea centrelor de permanență fixe (prezentate în Anexa nr. 12 a Strategiei).

Activitatea centrelor de permanență mobile este coordonată prin intermediul dispeceratului medical de urgență 112. Punctul de plecare în intervenție al medicilor de familie care asigură continuitatea asistenței medicale primare în cadrul unui centru de permanență mobil poate fi reprezentat de:

- serviciul de ambulanță județean sau al municipiului București, stațiile sau substațiile acestora
- cabinetul de medicină de familie.

Asocierea medicilor în vederea participării la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență se realizează pe baza unei convenții de asociere, în condițiile prevăzute în normele metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență.

Medicii care își desfășoară activitatea în localitățile arondate teritorial la centrele de permanență, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, sunt obligați să asigure continuitatea asistenței medicale primare prin centrele de permanență, în condițiile legii.

Asistenții medicali necesari pentru activitatea centrelor de permanență pot fi repartizați de medicii de familie asociați conform unui grafic stabilit de comun acord între medicii care asigură continuitatea asistenței medicale și asistenții medicali angajați, cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare. Activitatea asistenților medicali se plătește de către medicul de familie, cu tariful orar stabilit în funcție de salariul negociat pentru orele efectiv prestate în afara programului de lucru stabilit, și se suportă din sumele decontate de către casele de asigurări de sănătate cabinetelor medicale cu care au încheiat contract distinct pentru asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență."

Centrele de permanență funcționează în regim de gardă:

- în zilele lucrătoare, între orele 1500 - 800, numai după terminarea programului stabilit pentru activitatea curentă a medicilor de familie în cadrul cabinetelor de medicină de familie;
- în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale, garda începe de la ora 8 și durează 24 de ore.

Serviciile medicale acordate de medicii de familie în cadrul centrelor de permanență se acordă tuturor persoanelor care le solicită, indiferent de statutul de asigurat al acestora, și sunt următoarele:

- asistență medicală în urgențele medico-chirurgicale (anamneză, examen clinic general, diagnostic, tratament) în limitele competenței medicului de familie și a posibilităților tehnice;
- asistență medicală curentă (anamneză, examen clinic general, diagnostic, tratament) în cazul afecțiunilor acute intercurrente și episoadelor acute ale afecțiunilor cronice;
- trimitere către alte specialități sau în vederea internării, în situațiile prevăzute care depășesc competențele medicului de familie;
- prescriere de medicamente în tratament ambulatoriu pentru afecțiunile acute, în condițiile normativelor în vigoare;

Dotările minime ale centrelor de permanență, conform Ordinul MSP nr. 1024 din 2008, sunt:

- trusa de urgență;

- mobilier specific cabinetului medical;
- aparatura / echipamente pentru resuscitare – respirație;
- aparatura defibrilare - monitorizare - evaluare – administrare;
- aparate pentru comunicații / avertizare;
- materiale si dispozitive auxiliare.

Detalierea fiecărui tip de dotare este prezentată în Anexele nr. 12 și nr. 13 ale Strategiei.

Atributiile Direcției de sanatare publica privind functionarea centrelor de permanenta sunt urmatoarele:

- arondarea teritoriala a localitatilor la centrele de permanenta;
- asigurarea dotarii truselor de urgenta cu medicamente si materiale sanitare, in conformitate cu baremul minimal stabilit prin ordin al ministrului sanatarei;
- controlul organizarii si desfasurarii activitatii;
- realizarea programarii lunare a medicilor care participa la asigurarea continuitatii asistentei medicale primare in cadrul centrelor de permanenta, pana la data de 25 a lunii curente pentru luna urmatoare.

Atributiile consiliilor locale privind functionarea centrelor de permanentă, prevăzute de legislația menținută, constau în:

- asigurarea spatiilor necesare desfasurarii activitatii centrelor de permanenta;
- asigurarea personalului auxiliar;
- asigurarea dotarii minime necesare functionarii centrelor de permanenta, stabilita prin ordin al ministrului sanatarei;
- asigurarea utilitatilor necesare functionarii centrelor de permanenta.

Consiliile locale pot participa la asigurarea dotarii truselor de urgenta cu medicamentele si materialele sanitare necesare acordarii asistentei medicale la nivelul centrelor de permanenta, in conformitate cu baremul minimal stabilit prin ordin al ministrului sănătății.

Măsura 1.1. Înființarea și dotarea centrelor de permanentă

Rezumat fișă de măsură

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritatea 1:

Asistența medicală primară

Măsura se încadrează în Prioritatea nr. 1 a strategiei prin înființarea centrelor de permanentă care vor asigura disponibilitatea serviciilor de asistență medicală primară și în afara orelor de program al cabinetelor de familie.

Prioritatea 3:

Serviciile medicale de urgență

Prin înființarea centrelor de permanentă se va asigura posibilitatea intervenției rapide în situații de urgență medicală de o complexitate redusă, îmbunătățind capacitatea generală de intervenție în situații de urgență și reducând numărul de solicitări al spitalelor și al serviciului de ambulanță.

Acțiuni / proiecte

- 1.1.1. Mobilizarea factorilor interesați (medicii de familie, autoritățile publice locale) pentru conștientizarea necesității înființării centrelor de permanentă
- 1.1.2. Configurarea rețelei de centre de permanentă (sediul/sedii), medici arondați
- 1.1.3. Înființarea centrelor de permanentă
- 1.1.4. Dotarea centrelor de permanentă înființate

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

1.1.1. Mobilizarea factorilor interesați (medicii de familie, autoritățile publice locale) pentru conștientizarea necesității înființării centrelor de permanență

Pentru înființarea centrelor de permanență și pentru asigurarea funcționării acestora, este nevoie ca factorii locali, mai precis medicii de familie și primăriile din teritoriu, să conștientizeze nevoia înființării acestora centre și, mai ales, faptul că trebuie să sprijine un astfel de demers. În acest sens, instituțiile vizate de legislația în vigoare (DSP, CAS) trebuie să desfășoare activități de informare și conștientizare prin care să obțină un consens al comunităților locale față de susținerea centrelor de permanență.

Mobilizarea factorilor interesați presupune, în primă fază, organizarea de evenimente precum dezbaterile publice în teritoriul vizat, după un plan de comunicare bine stabilit, prin intermediul cărora să se prezinte necesitățile identificate și prevederile legislative în vigoare. Pentru o implicare mai activă a factorilor interesați, se recomandă organizarea unor ateliere de lucru pentru identificarea posibilităților de colaborare, un pas premergător spre stabilirea convențiilor de colaborare.

Consiliul Județean Bacău se poate implica în aceste activități ca mediator sau facilitator al discuțiilor cu administrațiile publice, având în vedere legăturile directe și permanente cu acestea.

Acțiuni

- 1. Realizarea unui plan de comunicare cu medicii de familie și autoritățile publice locale, privind necesitățile identificate și legislația în vigoare;*
- 2. Realizarea unor evenimente comune (dezbateri), cu participarea factorilor interesați, pentru prezentarea problematicii înființării centrelor de familie și stabilirea activităților propuse în acest sens;*
- 3. Organizarea unor ateliere de lucru pentru identificarea soluțiilor de înființare a centrelor de permanență, identificarea parteneriatelor locale, identificarea grupurilor de practică;*
- 4. Stabilirea unor convenții de colaborare între DSP, CAS și administrațiile publice pentru înființarea centrelor de permanență;*

1.1.2. Configurarea rețelei de centre de permanență (sediu/sedii), medici arondați

Configurarea rețelei de centre de permanență este o activitate prevăzută de cadrul procedural de înființare a centrelor de permanență (cf. Legii nr. 263/2004 cu modificările ulterioare) și revine în responsabilitatea DSP, după o consultarea prealabilă cu CAS și administrațiile publice (de unde și necesitatea activității 1.1.1.). În activitatea de configurare trebuie analizat gradul de accesibilitate al comunităților din județ la servicii de asistență medicală, în special de urgență, prioritate la înființarea acestor centre având zonele cu accesibilitate redusă (inclusiv cele pentru care intervenția serviciului de ambulanță necesită un timp mai îndelungat din cauza distanțelor geografice).

Activitatea de configurare a rețelei de centre de permanență presupune stabilirea tipologiei centrelor (fixe sau mobile), arealul deservit (localitățile arondate), cabinetele medicale de familie care deservește centrul (medicii arondați). Locații posibile pentru centrele de permanență, stabilite în funcție de gradul de accesibilitate, de numărul de medici de familie care activează în teritoriu și de distribuția acestora, sunt prezentate în Anexa nr. 3.

Acțiuni

- 1. Stabilirea amplasamentului și tipologiei centrelor de permanență;*

2. *Stabilirea localităților arondate centrelor de permanență;*
3. *Stabilirea medicilor de familie arondați centrelor de permanență;*

1.1.3. Înființarea centrelor de permanență

Această activitate reprezintă nucleul măsurii propuse, însemnând concretizarea nevoii identificate și parcurgerea procedurilor necesare pentru înființarea centrelor de permanență, stabilite de legislația în vigoare (legea nr. 263/2004, cu modificările și completările ulterioare: OG 32/2005, Legea nr. 14/2006, OG 11/2008, OG 7/2011). În cazul centrelor fixe, după emiterea deciziilor de înființare a centrelor de permanență de către DSP și semnarea convențiilor de asociere a medicilor de familie, urmează stabilirea imobilelor în care vor funcționa unitățile înființate (alocarea sau construirea acestora) și amenajarea spațiilor de funcționare.

Pentru centrele mobile se stabilesc parteneriatele între medicii arondați și serviciul de ambulanță, presupunând alocarea (achiziționarea) ambulanțelor pentru consult la domiciliu, stabilirea regulamentelor de utilizare a acestora, stabilirea procedurilor de intervenție și de comunicare între medici și serviciul de ambulanță etc. Spațiile în care funcționează centrele de permanență respectă standardele legislative referitoare la centrele medicale, inclusiv cu privire la circuitele medicale.

Acțiuni

1. *Emiterea deciziilor de înființare a centrelor de permanență de către DSP;*
2. *Semnarea convențiilor de asociere a medicilor de familie;*
3. *Identificarea spațiului de funcționare a centrelor de permanență (în cazul centrelor de permanență fixe);*
4. *Construirea spațiilor de funcționare (dacă este cazul);*
5. *Amenajarea sediilor centrelor de permanență (în cazul centrelor de permanență fixe);*
6. *Stabilirea circuitelor medicale;*
7. *Semnarea contractelor de asigurare a continuității serviciilor în asistența medicală primară, între CAS și cabinetele medicale de familie;*
8. *Stabilirea parteneriatelor între centrele de permanență și administrațiile publice;*

1.1.4. Dotarea centrelor de permanență înființate

Dotarea centrelor de permanență este reglementată, referitor la nivelul minim care trebuie asigurat pentru funcționare, de legea nr. 263/2004, cu modificările și completările ulterioare (OG 32/2005, Legea nr. 14/2006, OG 11/2008, OG 7/2011). Fiecare centru va fi dotat cu o trusă de urgență și materiale sanitare asigurate de DSP din fondurile alocate programului național de sănătate privind reabilitarea serviciilor de urgență prespitalicească.

Dotarea cu mobilier specific, aparatură pentru resuscitare, aparatură de defibrilare etc., reprezentând dotarea minimă de funcționare a centrelor de permanență, intră în responsabilitatea consiliilor locale. Consiliul Județean poate sprijini asigurarea dotării minime. Standardul minim cu privire la dotarea centrelor de permanență, stabilit prin ordin al ministrului, este prezentat în Anexa 12.

Acțiuni

1. *Dotarea cu truse de urgență;*

2. Dotarea cu mobilier specific cabinetelor medicale (în cazul centrelor fixe);
3. Dotarea cu aparatură/echipamente pentru resuscitare-respirație (în cazul centrelor fixe);
4. Dotarea cu aparatura defibrilare - monitorizare - evaluare – administrare (în cazul centrelor fixe);
5. Dotarea cu aparate pentru comunicații / avertizare (în cazul centrelor fixe);
6. Dotarea cu materiale si dispozitive auxiliare (în cazul centrelor fixe);
7. Dotarea cu autospeciale de consultații la domiciliu (în cazul centrelor mobile și, după caz, în cazul centrelor fixe);

Cadrul instituțional de realizare - propunere

Responsabili

DSP, Administrațiile publice din județul Bacău, CAS;

Parteneri

medicii de familie din județul Bacău, CJ Bacău, Serviciul Județean de Ambulanță Bacău;

Durată

2012-2014

Valoare estimativă a investițiilor

- în cazul înființării centrelor mobile: 225.000 euro, din care 220.000 euro pentru achiziționarea ACD (aprox. 22.000 euro / ACD) și 5.000 euro pentru activitățile necesare înființării centrelor (organizarea evenimentelor aferente, activitățile de stabilire a parteneriatelor în teritoriu etc.);
- în cazul înființării centrelor fixe:
 - în cazul în care se impune construirea unui sediu nou: 355.000 euro, din care 150.000 euro pentru construcție și amenajare (aprox. 15.000 / centru), 200.000 pentru dotare (aprox. 20.000 / centru), 5.000 euro pentru activitățile necesare înființării centrelor (organizarea evenimentelor aferente, activitățile de stabilire a parteneriatelor în teritoriu etc.);
 - în cazul în care există spații pentru funcționare: 280.000 euro, din care 75.000 euro pentru amenajare (aprox. 15.000 / centru), 200.000 pentru dotare (aprox. 20.000 / centru), 5.000 euro pentru activitățile necesare înființării centrelor (organizarea evenimentelor aferente, activitățile de stabilire a parteneriatelor în teritoriu etc.);

Observație: aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieței din punct de vedere tehnic și al politicii de preț. De asemenea, un alt factor care poate influența costurile înființării centrelor de permanență este cadrul legislativ (din prisma dotărilor minime necesare).

Ținte cheie

- 10 centre de permanență înființate, dotate și echipate corespunzător, situate în județul Bacău, în perioada 2012-2014;
- reducerea ponderii accesărilor neîntemeiate ale serviciului de ambulanță de la 30% (estimare actuală) la 15%, până în anul 2014;
- creșterea gradului de accesibilitate a serviciilor medicale primare, ca urmare a înființării centrelor medicale de permanență în zonele rurale cu accesibilitate scăzută, în perioada 2012-2014;

Surse de finanțare existente

- Programul Operațional Regional, Axa prioritară 3 – Îmbunătățirea infrastructurii sociale, Domeniul Major de Intervenție 3.1. - Reabilitarea / modernizarea/ echiparea infrastructurii serviciilor de sănătate;
- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Credite;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene*: Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013*: Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030*: Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor* – Obiectiv specific 3.2. Dezvoltarea și îmbunătățirea calitativă a asistenței medicale primare și ambulatorii;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013*: Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Recomandare:

Centrelor de permanență le pot fi arondate ambulanțe pentru consult la domiciliu prin parteneriat cu Serviciul Județean de Ambulanță. Anumite echipamente și aparate medicale pot fi achiziționate și operate prin parteneriat cu spitalele din județ.

Se recomandă asocierea APL-urilor locale cu scopul de a sprijini înființarea și funcționarea centrelor de permanență. Spre exemplu, localitățile arondate unui centru pot forma o asociație sau un alt gen de parteneriat în acest scop.

Având în vedere că se impune acordul administrației publice locale pentru înființarea centrelor de permanență și susținerea corespunzătoare a APL, conform legislației în vigoare, pentru asigurarea dotărilor și a anumitor cheltuieli de funcționare, se recomandă implicarea Consiliului Județean Bacău în activitatea de mobilizare a factorilor interesați și în identificarea soluțiilor de înființare și funcționare a centrelor de permanență.

Notă:

Variante posibile de amplasare a centrelor de familie au fost identificate în funcție de distribuția teritorială a medicilor de familie și a prevederilor legale cu privire la numărul minim de medici arondați unui centru de permanență. Zonele (localitățile) orientative unde pot fi înființate astfel de unități sunt prezentate în Anexa 3 (Harta necesarului de dezvoltare).

Direcția de acțiune 2. INFORMARE ȘI EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE

Context

Scopul activităților de informare și educație este de a sprijini prevenția medicală în contribuția la formarea unor comportamente responsabile față de starea proprie de sănătate, la reducerea incidenței anumitor boli, la evitarea unor situații care pot conduce la înrăutățirea stării de sănătate a populației etc. Necesitatea desfășurării unor programe de educare și informare derivă din situația actuală identificată la nivelul populației (din sondajul de opinie și din studiul privind stakeholderii din sănătate), caracterizată de comportamente greșite cu privire la accesarea serviciilor de urgență (ambulanță și spitale), la consultarea tardivă a medicului, la nerespectarea tratamentelor și automedicație, la ignorarea (sau necunoașterea) anumitor riscuri generate de comportamente neadecvate de consum (inclusiv vicii) etc.

Vor fi abordate separat segmente de populație care necesită o informare specială precum adolescenții (cu privire la stilul de viață sănătos, boli transmisibile, fumatul, consumul de droguri), tinerii părinți (vaccinări periodice, consultări medicale, alimentație, igienă etc.), persoanele care se internează în unitățile spitalicești (informații cu privire la spital și personalul medical, proceduri de urmat, echipament adecvat, comportament recomandat etc.).

Configurarea programelor de informare, inclusiv mesajele transmise și populația-țintă, vor ține cont în mod deosebit de morbiditatea teritorială și de previziunile pe termen mediu de evoluție a anumitor afecțiuni. Spre exemplu, din prisma îmbătrânirii demografice, un grup țintă de interes actual pentru preîntâmpinarea unor probleme care pot suprasolicita sistemul de sănătate pe termen mediu este populația cu vârste între 45 și 60 de ani (în 15 ani, membrii acestei grupe vor face parte din populația vârstnică).

Modalitățile alese pentru informarea și educarea populației vor fi adaptate situației societății actuale și diferitelor grupuri-țintă, pentru a obține o penetrabilitate cât mai mare a informațiilor și mesajelor transmise.

Fundamentare

Promovarea sănătății este procesul care oferă individului și colectivităților posibilitatea de a-și crește controlul asupra determinantilor sănătății și, prin aceasta, de a-și îmbunătăți starea de sănătate. Reprezintă un concept unificator pentru cei care recunosc nevoia fundamentală de schimbare atât a stilului de viață, cât și a condițiilor de trai. Promovarea sănătății reprezintă o strategie de mediere între individ și mediu, combinând alegerea personală cu responsabilitatea socială și având drept scop asigurarea în viitor a unei mai bune stări de sănătate (WHO-EURO, Health Promotion Glossary, 1989).

Promovarea sănătății este un termen care presupune o abordare multidimensională de îmbunătățire a stării de sănătate, care include activități de educație, activități de promovare a unor schimbări comportamentale și de stil de viață, politici și măsuri legislative.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) subliniază că sănătatea este mult prea importantă pentru a fi lăsată numai practicienilor din domeniul sanitar; educația și elaborarea de politici trebuie să fie centrale pentru dezvoltarea sănătății la nivel individual, comunitar și național.

Educația pentru sănătate folosește mai multe tipuri de abordări:

- *medicală* (bazată pe tipul de relație medic-pacient);
- *educațională* (bazată pe informarea oamenilor, care vor lua singuri decizii privind sănătatea);
- *personalizată* (individualizată), având drept caracteristică lucrul cu clienții, pentru a-i sprijini să identifice singuri problemele și să ia singuri deciziile necesare;

- care presupune schimbări sociale, în care se urmărește realizarea unor schimbări în mediu pentru a facilita luarea deciziilor cele mai favorabile sănătății (ex: ajutoare sociale pentru mamele singure, astfel încât acestea să nu fie nevoite să se întoarcă prea devreme la lucru).

Metodele folosite în educația pentru sănătate pot fi clasificate în funcție de mai multe criterii:

- după adresabilitate:
 - educație individuală
 - educație în grup
 - educație prin mijloace de comunicare în masă
- după mijloacele folosite:
 - mijloace audio
 - mijloace video:
 - predominarea textului
 - predominarea imaginii
 - mijloace combinate (audio-video)

Un obiectiv general al Strategiei de Dezvoltare Durabilă a Uniunii Europene este „Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății”, invocând principiul precauției („Acolo unde există incertitudine științifică, implementați proceduri de evaluare și realizați acțiunile preventive potrivite pentru a evita pagubele pentru sănătatea umană sau pentru mediu”) și recomandând promovarea corespunzătoare a sănătății și a strategiilor de prevenire a bolilor.

Strategia de Dezvoltarea Durabilă a României prevede, în scopul îmbunătățirii sănătății populației, **instituirea unor programe de educație pentru sănătate și de informare** asupra riscurilor, inclusiv în privința sedentarismului, nutriției, consumului de tutun, alcool și droguri psihotrope, nivelului de sanitație și igienă în locuințe, siguranței alimentare; evaluarea eficacității campaniilor de conștientizare și ajustarea lor în vederea creșterii impactului pe termen lung. De asemenea, Strategia de Dezvoltarea Durabilă a României cuprinde între măsurile sale în domeniul sănătății și „Deplasarea accentului către serviciile preventive de sănătate”.

Strategia Națională în domeniul Sănătății abordează problematica activității de prevenție pornind de la politica Uniunii Europene, care consideră că “ameliorarea sănătății publice trebuie să încorporeze intersectorialitatea și participarea, variabile esențiale pentru serviciile de promovare a sănătății, în toate strategiile sectoriale de dezvoltare”. Unul dintre obiectivele generale stabilite de documentul strategic este “Stimularea componentei preventive pentru a fi incorporată în practica clinică individuală, mai ales cea ambulatorie”, iar ca activități prevede „organizarea unui sistem eficient și modern de diseminare a informațiilor legate de starea de sănătate și determinanții ei atât pentru decidenți și specialiști, cât și pentru publicul general” și „organizarea unor activități de informare, educare și comunicare având la bază informațiile din sistemul de monitorizare a determinanților sănătății”.

În România, conform legii privind reforma în domeniul sănătății (Legea nr. 95/2006) funcțiile principale ale asistenței de sănătate publică vizează:

- dezvoltarea politicilor, strategiilor și programelor vizând asigurarea sănătății publice;
- monitorizarea și analiza stării de sănătate a populației;
- planificarea în sănătatea publică;
- supravegherea epidemiologică, prevenirea și controlul bolilor;
- managementul și marketingul strategic al serviciilor de sănătate publică;
- reglementarea domeniului sănătății publice, aplicarea și controlul aplicării acestei reglementări;
- asigurarea calității serviciilor de sănătate publică;
- cercetarea-dezvoltarea și implementarea de soluții inovatoare pentru sănătatea publică;
- prevenirea epidemiilor, inclusiv instituirea stării de alertă epidemiologică;

- j) protejarea populației împotriva riscurilor din mediu;
- k) **informarea, educarea și comunicarea pentru promovarea sănătății;**
- l) **mobilizarea partenerilor comunitari în identificarea și rezolvarea problemelor de sănătate;**
- m) evaluarea calității, eficacității, eficienței și accesului la serviciile medicale;
- n) dezvoltarea și planificarea resurselor umane și dezvoltarea instituțională pentru sănătate publică;
- o) integrarea priorităților de sănătate publică în politicile și strategiile sectoriale de dezvoltare durabilă;
- p) asigurarea capacităților de răspuns la dezastre sau la amenințările la adresa vieții și sănătății populației, inclusiv prin introducerea de restricții de circulație a persoanelor și bunurilor.

Obligativitatea activităților de protecție a sănătății nu se află doar în sarcina instituțiilor și unităților de profil, ci este o îndatorire a comunităților umane, în general. Conform legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, „**protecția sănătății publice constituie o obligație a autorităților administrației publice centrale și locale, precum și a tuturor persoanelor fizice și juridice**”. Modalitățile prin care administrațiile publice pot contribui la protecția sănătății publice se referă la îmbunătățirea condițiilor de mediu, îmbunătățirea condițiilor de trai și susținerea activității de prevenție în domeniul sănătății, în special prin măsuri de promovare a sănătății.

Promovarea sănătății este, cf. L95/2006, procesul care oferă individului și colectivităților posibilitatea de a-și controla și îmbunătăți sănătatea sub raport fizic, psihic și social și de a contribui la reducerea inechităților în sănătate. Legislația în vigoare stabilește promovarea sănătății și educația pentru sănătate între principalele domenii de intervenție a asistenței de sănătate publică, responsabilitățile în acest domeniu reprezentând:

- 1. **campanii de informare–educare–comunicare;**
- 2. **programe de educație pentru sănătate și promovare a sănătății în comunități;**
- 3. **dezvoltarea și implicarea comunităților locale;**
- 4. **pledoaria pentru sănătatea publică.**

Conform Analizei diagnostic a sistemului de sănătate din județul Bacău, **consumul de droguri** este unul dintre factorii negativi ai stării de sănătate a populației, cu atât mai mult cu cât implicațiile medicale sunt numeroase și, de multe ori, fatale, iar controlarea și eradicarea consumului de droguri este o problemă greu de rezolvat. Un fenomen cu amploare în creștere este consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (cunoscute ca „**droguri legale**” sau „**etnobotanice**”), favorizat de legalitatea consumului, accesibilitatea extrem de facilă (inclusiv prin comerț on-line), prețurile mai scăzute față de celelalte substanțe halucinogene etc. În anul 2010, conform datelor Agenției Naționale Antidrog, 75% dintre cazurile de urgențe medicale asociate consumului de droguri înregistrate în Regiunea Nord-Est au fost reprezentate de intoxicațiile acute cu substanțe „etobotanice”. În funcție de numărul de cazuri de urgențe non-fatale înregistrate în 2010, ANA a încadrat **Județul Bacău în zona de risc mediu**, corespunzătoare unei pondere de până la 5% din urgențele raportate la nivel național. La nivelul Regiunii Nord-Est, după județul Iași, **județul Bacău raportează cea mai mare pondere a urgențelor cauzate de consumul de droguri**. Recomandarea formulată este desfășurarea, în perioada următoare, a unor activități susținute de informare și educare cu privire la pericolele asociate consumului de droguri.

La nivelul județului Bacău, Diagnosticul sistemului de sănătate din județul Bacău identifică o serie de aspecte referitoare la starea de sănătate a populației și la factorii determinanți pentru care se impun activități de informare și educație, precum obișnuința de a fuma (conform studiului întreprins în rândul populației din județul Bacău, 20,4% dintre persoane fumează zilnic și 8,8% persoane fumează doar cu anumite ocazii), consumul de alcool (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), comportamentul general referitor la accesarea serviciilor de sănătate (tendința actuală a populației este de înlocuire a asistenței primare furnizate de medicul de familie cu serviciile spitalicești). De asemenea, prognozele demografice pe termen mediu indică creșterea alarmantă a ponderii populației vârstnice, până la 25% din total în anul 2020, impunându-se măsuri de informare și educare pentru prevenirea apariției problemelor de sănătate specifice bătrâneții care vor suprasolicita sistemul în perioada analizată.

Cu privire la elaborarea materialelor de informare și educație pentru sănătate, Ministerul Sănătății a publicat un document metodologic („Elaborarea materialelor de informare și educare pentru promovarea sănătății și educație pentru sănătate - Ghid metodologic național”) care stabilește principiile, normele și recomandările cu privire la elaborarea din punct de vedere științific a conținutului acestor materiale, dar și respectarea normelor și principiilor privind redactarea științifică și tehnoredactarea. Cu privire la elaborarea științifică a materialelor de informare și educare în domeniul sănătății, documentul recomandă abordarea următoarelor aspecte:

- tema abordată;
- informațiile furnizate;
- audiența intenționată pentru materialele de informare și educare;
- relevanța materialelor;
- corectitudinea științifică a informațiilor furnizate;
- accesibilitatea materialelor;
- înțelegerea materialelor de către audiența intenționată;
- respectarea valorilor audienței intenționate;
- respectarea demnității umane;
- sursele suplimentare de informare ;
- promovarea unor servicii alternative;
- prezentarea dovezilor științifice;
- judecarea calității informațiilor furnizate;
- impactul asupra vieții de zi cu zi;
- informații despre beneficii dar și despre riscuri.

Măsura 2.1. Programe multianuale de informare și educație pentru sănătate

Rezumat fișă de măsură

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritatea 1: Asistența medicală primară	Măsura se raportează la Prioritatea nr. 1 a strategiei prin sprijinirea/completarea activităților de prevenție desfășurate de medicina primară și promovarea informațiilor cu privire la importanța activității de medicină primară pentru sănătatea populației.
Prioritatea 2: Activitatea de prevenție	Măsurile de informare și educație pentru sănătate reprezintă o modalitate concretă de prevenire în domeniul sănătății.

Acțiuni / proiecte

- 2.1.1. Evaluarea impactului programelor de informare și educare în domeniul sănătății realizate în județul Bacău**
- 2.1.2. Program de informare și educare adresat tinerilor;**
- 2.1.3. Program de informare și educare adresat proaspeților părinți;**
- 2.1.4. Program de informare și educare adresat persoanelor care accesează serviciile unităților spitalicești;**
- 2.1.5. Program de informare și educare adresat populației vârstnice;**
- 2.1.6. Program de informare și educare cu privire la prevenția și tratamentul bolilor frecvente;**

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

- 2.1.1.1. Evaluarea impactului programelor de informare și educare în domeniul sănătății realizate în județul Bacău**

În județul Bacău au fost desfășurate în ultima perioadă o serie de activități de informare și educare cu adresabilitate variată și abordând teme de actualitate precum consumul de droguri, bolile transmisibile etc. Rezultatele acestora și, mai ales, impactul general al activităților întreprinse în acest domeniu la nivelul întregului județ nu sunt cunoscute. De asemenea, nu sunt cunoscute informații cu privire la necesarul de informație și educare și modul în care programele actuale se pliază pe nevoile reale. Informațiile cu privire la canalele de comunicare cu cel mai mare impact pentru programele de informare și educare sunt, de asemenea, de interes.

O evaluare a rezultatelor activităților de informare și educare desfășurate sunt utile și pentru a putea estima impactul acțiunilor viitoare, pentru a putea stabili acțiuni complementare sau în continuarea celor desfășurate, pentru a prelua anumite exemple de succes și chiar pentru a evita anumite efecte negative ale campaniilor de educare și informare (ex: ca urmare a campaniei de promovare a numărului unic de urgență 112 au crescut solicitările serviciului de ambulanță pentru cazuri care nu se pretau pentru accesarea serviciilor de urgență).

Acțiuni

5. *Stabilirea unui set de indicatori pentru cuantificarea impactului activităților de promovare și educare*
6. *Realizarea unui studiu de evaluare a impactului programelor de informare și educare în domeniul sănătății*
7. *Identificarea de modele de bună practică în domeniul informării și educării pentru sănătate*

2.1.2. Program de informare și educare adresat tinerilor

Populația tânără, cu precădere populația școlară (elevi și studenți) prezintă un risc mai ridicat de expunere față de factori ce influențează negativ starea de sănătate a populației, precum consumul de droguri, consumul de alcool, consumul de tutun, bolile transmisibile etc. De asemenea, această categorie de populație prezintă și cea mai mare eficiență a activităților de informare și educare, aflându-se în perioada de acumulare de informații și de formare a comportamentelor de consum și a conduitei preventive cu privire la starea de sănătate. În plus, implementarea activităților de informare și educare este facilitată de posibilitatea stabilirii parteneriatelor cu unitățile de învățământ pentru facilitarea comunicării directe cu grupul țintă.

Necesitatea abordării acestei grupe de populație este susținută și de creșterea alarmantă în ultima perioadă a consumului de substanțe noi psihoactive, (cunoscute ca „droguri legale” sau „etnobotanice”), favorizat de legalitatea consumului, accesibilitatea extrem de facilă (inclusiv prin comerț on-line), prețurile mai scăzute față de celelalte substanțe halucinogene etc. Deși numărul consumatorilor nu poate fi determinat, în 2010, conform datelor Agenției Naționale Antidrog, 75% dintre cazurile de urgențe medicale asociate consumului de droguri înregistrate în Regiunea Nord-Est au fost reprezentate de intoxicațiile acute cu substanțe „etobotanice”. Județul Bacău este inclus în zona de risc mediu cu privire la consumul de droguri, după județul Iași având cel mai mare risc din Regiunea Nord Est.

Acțiuni

1. *Identificarea temelor de informare și educare prioritare pentru grupul țintă;*
2. *Realizarea unui plan de comunicare (metode de comunicare, materiale de comunicare, căi de comunicare etc.);*
3. *Realizarea materialelor de informare și educare (ghiduri, site-uri web, broșuri, panouri etc);*
4. *Realizarea activităților de informare și educare conform planului de comunicare stabilit (caravane de informare, campanii de educare și informare etc.);*
5. *Evaluarea impactului activităților de informare și educare organizate;*

2.1.3. Program de informare și educare adresat proaspeților părinți

Strategia Națională de Reformare a Sistemului Sanitar din România identifică problema mortalității infantile postneonatale (45,9% din decesele sub un an se înregistrează după prima lună de viață), una dintre principalele cauze identificate fiind deficiențele mari în educația sanitară a mamelor. În județul Bacău, Diagnosticul sistemului de sănătate din județul Bacău relevă o scădere importantă a mortalității infantile, dar identifică și o legătură directă a acestei scăderi cu involuția ratei de natalitate, una din principalele cauze ale scăderii demografice și un factor determinant al dezechilibrelor demografice pe termen mediu și lung. Recomandarea în acest caz este acordarea atenției cuvenite informării și educării familiilor tinere, în sensul respectării unor condiții esențiale pentru sănătatea infantilă (igienă, controale periodice etc.).

Ca o primă etapă a programului, se recomandă ca, părinții fiecărui nou-născut din județul Bacău de pe parcursul unui an să primească în maternitate un trusou conținând elementele de minimă igienă necesare copilului și un set de informații cu privire la necesitatea și periodicitatea efectuării controalelor și analizelor medicale, vaccinare, modalități de evitare a expunerii copilului la riscuri de îmbolnăvire, alimentație corectă, instituțiile și unitățile de sănătate la care trebuie să apeleze în anumite situații, surse de informare etc.

Acțiuni

1. *Stabilirea parteneriatelor cu unitățile spitalicești publice și private pentru desfășurarea programului*
2. *Stabilirea temelor de informare și educare prioritare pentru grupul țintă;*
3. *Realizarea unui plan de comunicare (metode de comunicare, materiale de comunicare, căi de comunicare etc.);*
4. *Realizarea materialelor de informare și educare (trusou, ghiduri, site-uri web, broșuri, panouri etc);*
5. *Realizarea activităților de informare și educare conform planului de comunicare stabilit (caravane de informare, campanii de educare și informare etc.);*
6. *Evaluarea impactului activităților de informare și educare organizate;*

2.1.4. Program de informare și educare adresat persoanelor care accesează serviciile unităților spitalicești

Conform sondajului de opinie privind starea de sănătate a populației din județul Bacău, în ultimele 12 luni, 17,5% dintre locuitorii județului au fost internate în spital cel puțin o noapte, iar 21,2% dintre cetățeni au accesat servicii medicale dintr-un spital fără a fi internați. Conform autoevaluărilor, 39,4% dintre persoanele din județ suferă de o anumită boală, iar posibilitatea de a accesa serviciile unui spital este crescută de tendința de a apela la servicii medicale specializate doar în faze critice și de tendința de a se adresa direct spitalelor și nu asistenței medicale primare (de altfel, 5,1% din locuitorii județului nu au fost niciodată la medicul de familie).

Un alt aspect avut în vedere este menținerea la cote joase a nivelului de încredere a populației față de sistemul public de sănătate din județul Bacău, cu toate că, în ultima perioadă s-au realizat progrese importante cu privire la condițiile de tratament și internare, echipamente medicale etc. În plus, în spitalele publice din județ s-au înregistrat performanțe medicale deosebite. Cauza identificată a situației observate este lipsa de informare cu privire la investițiile realizate, cu privire la specializarea și performanțele medicilor, la disponibilitatea serviciilor medicale de interes etc.

Se propune o primă etapă a programului constând în înmânarea pacienților, la internare sau la accesarea serviciilor spitalicești în ambulatoriu, a unui set de materiale informative de interes care să conțină referiri la procedurile de internare/externare, informații privind rezolvarea cu succes în spitalele din județ a unor cazuri dificile, informații

privind investițiile din spitale, informații privind personalul medical, informații referitoare la serviciile/specializările medicale existente, investițiile în curs, informații cu privire la prevenția medicală etc.

Acțiuni

1. *Stabilirea parteneriatelor cu unitățile spitalicești publice pentru desfășurarea programului*
2. *Stabilirea temelor de informare și educare prioritare pentru grupul țintă;*
3. *Realizarea unui plan de comunicare (metode de comunicare, materiale de comunicare, căi de comunicare, proceduri de selectare a beneficiarilor campaniilor etc.);*
4. *Realizarea materialelor de informare și educare (ghiduri, broșuri etc);*
5. *Realizarea activităților de informare și educare conform planului de comunicare stabilit (furnizarea materialelor către spitale, înmânarea materialelor către pacienți etc.);*
6. *Evaluarea impactului activităților de informare și educare organizate;*

2.1.5. Program de informare și educare adresat populației vârstnice;

Proiecția demografică a județului Bacău arată accentuarea fenomenului de îmbătrânire demografică a populației. În anul 2020, populația cu vârste peste 60 de ani va reprezenta circa 26% din totalul județului, procentul urmând să crească la 28,4% până în anul 2025. De altfel, în anul 2025 se așteaptă ca jumătate din populație să aibă vârsta peste 45 de ani. Analizei diagnostic a sistemului de sănătate din județul Bacău, având în vedere că procentul suferinșilor crește direct proporțional cu vârsta, previziunile demografice pe termen mediu arată o creștere importantă a cererii de servicii medicale. Cauzată în special de îmbătrânirea demografică a populației, această cerere va fi dominată de boli legate de îmbătrânire.

Scopul programelor de informare și educare adresat populației vârstnice este de a reduce presiunea asupra sistemului de sănătate din județul Bacău pe termen mediu și lung, prin promovarea unor comportamente responsabile față de îmbătrânire și față de bolile specifice acestei vârste. În grupul țintă al acestei acțiuni este inclusă și populația cuprinsă în grupa de vârstă 45-60 de ani, aceasta urmând a fi populația vârstnică a județului pe termen mediu. Se va pune accent pe informații privind automedicația corectă, necesitatea identificării din timp a bolilor, evitarea riscurilor pentru starea de sănătate etc.

Acțiuni

1. *Identificarea temelor de informare și educare prioritare pentru grupul țintă;*
2. *Realizarea unui plan de comunicare (metode de comunicare, materiale de comunicare, căi de comunicare etc.);*
3. *Realizarea materialelor de informare și educare (ghiduri, site-uri web, broșuri, panouri etc);*
4. *Realizarea activităților de informare și educare conform planului de comunicare stabilit (caravane de informare, campanii de educare și informare etc.);*
5. *Evaluarea impactului activităților de informare și educare organizate;*

2.1.6. Program de informare și educare cu privire la prevenția și tratamentul bolilor frecvente

Gradul de îmbolnăvire al populației depinde de o serie de factori determinanți ai stării de sănătate, a căror evoluție influențează dinamica morbidității și, implicit, a cererii de servicii medicale. În ultima perioadă, boli precum diabetul sau cancerul se află pe o pantă ascendentă (ca prevalență) în județul Bacău.

Conform Diagnosticului sistemului de sănătate din județul Bacău, 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 și 0,1% suferă de TBC. De remarcat este triplarea numărului de diabetici din județ în perioada 2000-2010.

Pentru reducerea numărului de îmbolnăviri, se propune sprijinirea activităților medicale de prevenție prin campanii de informare și educare pentru conștientizarea populației cu privire la factorii de risc ce conduc la apariția bolilor frecvente sau a bolilor costisitoare.

Acțiuni

1. *Identificarea temelor de informare și educare prioritare pentru grupul țintă;*
2. *Realizarea unui plan de comunicare (metode de comunicare, materiale de comunicare, căi de comunicare etc.);*
3. *Realizarea materialelor de informare și educare (ghiduri, site-uri web, broșuri, panouri etc);*
4. *Realizarea activităților de informare și educare conform planului de comunicare stabilit (caravane de informare, campanii de educare și informare etc.);*
5. *Evaluarea impactului activităților de informare și educare organizate;*

Cadrul instituțional de realizare - propunere

Responsabili

CJ Bacău, DSP;

Parteneri

Medicii de familie din județul Bacău, sectorul non-guvernamental (ONG-uri), spitalele din județul Bacău, Inspectoratul Școlar Județean Bacău, unitățile de învățământ din județ, administrațiile publice locale din județul Bacău, Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog al Județului Bacău, Biserica;

Durată

continuu (2012-2020)

Valoare estimativă a investițiilor

3,3 milioane euro, din care:

- în medie, aproximativ 350.000 euro anual pentru activitățile de promovare;
- aproximativ 150.000 euro pentru realizarea studiilor de evaluare a impactului activităților de informare și evaluare desfășurate;

Observație: aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieței din punct de vedere tehnic și al politicii de preț. De asemenea, un alt factor care poate influența costurile activității de informare și educare este mijlocul de informare utilizat (deși este cel mai recomandat, fiind cel mai ieftin, Internetul nu este întotdeauna cel mai

recomandat canal de comunicare pentru anumite grupuri țintă). Bugetele anuale ale programelor de informare sunt influențate și de canalele de comunicare utilizate, de cantitatea și de tipologia materialelor realizate etc.

Ținte cheie

- Reducerea incidenței îmbolnăvirilor la nivelul populației județului Bacău, în perioada 2012-2020, ca urmare a activității promovate a sănătății;
- Diminuarea numărului de accesări ale spitalelor de către populația vârstnică în perioada 2015-2020, ca urmare a activităților de educare pentru sănătate care vor avea ca efect reducerea apariției bolilor bătrâneții;
- Reducerea situațiilor de accesare nejustificată a serviciilor de ambulanță și a serviciilor spitalicești de urgență din județul Bacău, în perioada 2012-2020, ca urmare a informării corecte cu privire la accesarea acestor servicii;
- Reducerea cazurilor acute cauzate de consumul de droguri și substanțe noi psihoactive în județul Bacău, în perioada 2012-2020, ca urmare a activităților de informare și educare cu privire la consumul de droguri;
- Îmbunătățirea imaginii și a încrederii percepute de populație față de spitalele și resurselor umane medicale din județul Bacău ca urmare a informării corecte cu privire la investițiile efectuate în sistem și la performanțele medicale înregistrate de medicii care deservește spitalele publice din județul Bacău;

Surse de finanțare existente

- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene*: Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013*: Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030*: Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor* – Obiectiv specific 3.1. Raționalizarea cererii de servicii spitalicești;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013*: Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Recomandări:

Grupurile țintă prioritare recomandate ale programelor sunt:

- *tinerii (în special populația școlară)* - vor fi informați și educați cu privire la pericolele de îmbolnăvire, comportament responsabil pentru sănătate, implicațiile negative ale consumului de droguri și substanțe halucinogene etc;
- *persoanele cu vârste între 45-60 de ani* – activitățile adresate acestui segment vor avea drept scop prevenirea apariției bolilor specifice bătrâneții (pentru evitarea suprasolicității sistemului de sănătate după anul 2015) și vor include informații cu privire la importanța consultațiilor medicale periodice, respectarea tratamentelor prescrise de medici (automedicația), stil de viață sănătos, responsabilitatea față de nevoile de sănătate ale familiei etc.;
- *persoanele cu vârste peste 60 de ani* – programele desfășurate vor urmări informarea și conștientizarea acestei grupe de populație cu privire la posibilitățile de tratament pentru evitarea apariției sau complicațiilor anumitor boli, accesarea corectă a unităților de sănătate (în funcție de tipologia cazului, gravitate etc.).

Temele orizontale recomandate pentru a fi promovate de programele desfășurate sunt:

- *comportamentul adecvat cu privire la sănătate*: promovarea prevenției, evitarea situațiilor de risc etc.;
- *stil de viață sănătos*: evitarea exceselor, alimentația corectă, importanța activității fizice etc.;

- *utilizarea judicioasă a serviciilor publice de sănătate*: apelarea ambulanței doar în cazurile necesare, accesarea cu prioritate a asistenței primare etc.;

- *promovarea serviciilor disponibile în unitățile de sănătate din județul Bacău*: informații cu privire la specializările disponibile, condițiile de internare și tratament, dotări etc;

Măsura 2.2. Parteneriate locale pentru asistența medicală în școli

Rezumat fișă de măsură

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritatea 1:
Asistența medicală primară Măsura se raportează la Prioritatea nr. 1 a strategiei prin sprijinirea/completarea activităților de prevenție desfășurate de medicina primară și promovarea în școli informațiilor cu privire la importanța activității de medicină primară pentru sănătatea populației.

Prioritatea 2:
Activitatea de prevenție Măsurile de informare și educație pentru sănătate reprezintă o modalitate concretă de prevenire în domeniul sănătății. În cazul măsurii de față, activitățile de prevenție vor fi desfășurate în incintele unităților școlare.

Acțiuni / proiecte

2.2.1. Înființarea unor puncte mobile ale medicilor de familie în școli

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

2.2.1. Înființarea unor puncte mobile ale medicilor de familie în școli

Conform Diagnosticului sistemului de sănătate din județul Bacău, cabinete medicale școlare mai funcționează doar în orașele județului. În mediul rural, accesul direct al elevilor la serviciile de asistență medicală primară este, astfel, îngreunat. Necesitatea existenței unui cabinet de medicină școlară sau a unui punct mobil al medicilor de familie în școli este susținută și de faptul că în mediul rural gradul de îmbolnăvire este mai ridicat față de mediul urban, iar anumiți factori determinanți ai sănătății se află în situații mai puțin favorabile în mediul rural față de mediul urban.

Scopul înființării unor parteneriate între cabinetele de medicină primară, instituțiile de învățământ și administrațiile publice este de a suplini lipsa cabinetelor medicale școlare, în special din mediul rural, și de a contribui la creșterea accesibilității populației școlare la servicii de sănătate. Medicii care vor deservei punctele mobile din școli pot desfășura activități de informare și educare în scopul prevenției medicale, cursuri de prim ajutor etc.

Punctele mobile pot fi concretizate în spații amenajate și cu o minimă dotare ce pot fi deservite, prin rotație, după un program bine stabilit, de medicii și asistenții medicali ai cabinetelor locale de medicină de familie.

Acțiuni

1. *Stabilirea parteneriatelor între cabinetele de medicină primară, unități de învățământ și administrații publice;*
2. *Amenajarea și dotarea minimă a spațiilor de funcționare a punctelor mobile (acolo unde este cazul);*
3. *Stabilirea unui program de funcționare al punctelor înființate;*
4. *Funcționalizarea punctelor înființate;*
5. *Popularizarea în rândul elevilor a serviciilor și importanței punctelor medicilor de familie înființate*

Cadrul instituțional de realizare - propunere

Responsabili

unitățile de învățământ, administrațiile publice locale, medicii de familie;

Parteneri

DSP Bacău, CJ Bacău;

Durată

2012-2014

Valoare estimativă a investițiilor

100.000 euro, din care aproximativ 10.000 de euro / punct mobil (amenajare spațiu de funcționare, dotări minime, materiale sanitare);

Ținte cheie

- 10 parteneriate locale între administrația publică locală, cabinetele medicale de familie și școli stabilite până în anul 2014 în mediul rural al județului Bacău, concretizate în înființarea unor puncte de lucru a medicilor de familie în cadrul unităților de învățământ;
- îmbunătățirea accesului populației școlare din mediul rural al județului Bacău la asistența medicală primară prin înființarea punctelor de lucru a medicilor de familie în școli, în perioada 2012-2014;

Surse de finanțare existente

- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene*: Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013*: Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030*: Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor* – Obiectiv specific 3.2. Dezvoltarea și îmbunătățirea calitativă a asistenței medicale primare și ambulatorii;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013*: Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Recomandări:

Aceste activități sunt prioritare în mediul rural unde, conform celor mai recente statistici oficiale, nu există nici un cabinet medical școlar iar nivelul de informare cu privire la sănătate este, de cele mai multe ori, mai redus față de mediul urban.

Activitățile de medicină primară în școli se pot realiza ca un parteneriat între medicii de familie, administrația publică locală și unitățile de învățământ, cu sprijinul autorităților județene (DSP, CJ etc). Personalul care susține aceste activități poate fi asigurat de cabinetele locale ale medicilor de familie după un program bine stabilit, eventual într-o fracțiune a programului pentru consultații.

Dirrecția de acțiune 3. ASISTENȚĂ MEDICALĂ PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE

Context:

Importanța acordării atenției adecvate asistenței medicale pentru persoanele vârstnice este fundamentată pe estimarea creșterii semnificative a cererii de servicii medicale specializate, având în vedere prognoza demografică conform căreia, în 2020, un sfert din populația județului va avea peste 60 de ani.

Asistența medicală la domiciliu este o alternativă foarte eficientă (inclusiv din prisma costurilor) de a crește accesibilitatea serviciilor medicale pentru persoanele în vârstă dar și de a reduce solicitările unităților spitalicești. Oportunitatea îngrijirilor și asistenței medicale la domiciliu pentru populația vârstnică este demonstrată și de rezultatele *Studiului privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău (2011)* care arată că 11,2% dintre persoanele cărora li s-a recomandat internarea au refuzat acest lucru, iar 22,1% au refuzat consultarea unui medic specialist.

Asistenței medicale la domiciliu, așa cum este reglementată de legea Nr. 95 din 14 aprilie 2006 și Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, i se pot adăuga îngrijiri sociale la domiciliu, pentru cazuri sociale, prin activități de voluntariat desfășurate de societatea civilă și susținute de autoritățile publice.

În condițiile în care jumătate din populația județului Bacău se află sub pragul de sărăciei relative, costurile asistenței medicale vor depinde din ce în ce mai mult de existența asigurărilor suplimentare de sănătate, iar perspectivele economice nu sunt îmbucurătoare, se așteaptă ca numărul cazurilor sociale care accesează spitalele din județ la momentul actual, să crească semnificativ. În județul Bacău nu există nicio unitate de asistență medico-socială (cf. legii nr. 412/2003).

Fundamentare:

În 1988, Organizația Mondială a Sănătății a inclus problemele îmbătrânirii, printre primele cinci probleme de sănătate ale lumii, alături de patologia cardiovasculară, cancer, SIDA și alcool.

Îmbătrânirea populației este una dintre cele mai importante provocări sociale și economice cu care se confruntă societățile europene în secolul al XXI-lea. Acest fenomen va afecta toate statele membre ale Uniunii Europene și va influența aproape toate domeniile de acțiune ale Uniunii Europene. Până în 2025, peste 20% din europeni vor avea cel puțin 65 de ani. De asemenea, se va produce o creștere rapidă a numărului celor de peste 80 de ani.

Potrivit Uniunii Europene, persoanele în vârstă au nevoie de îngrijiri medicale speciale și, pe măsură ce populația îmbătrânește, sistemele sanitare trebuie să se adapteze, astfel încât să poată oferi asistență adecvată, rămânând, în același timp, fiabile din punct de vedere financiar. Tocmai din acest motiv, Comisia Europeană face eforturi pentru a promova îmbătrânirea demnă și în condiții bune de sănătate și ajută statele membre să amelioreze eficiența sistemelor naționale de sănătate.

În luna octombrie 2010, Direcția Generală pentru Sănătate și protecția consumatorilor a Comisiei Europene a invitat peste 60 de experți din întreaga Europă la trei ateliere de lucru, care vizau discutarea, explorarea și crearea unei viziuni comune pentru îmbătrânire sănătoasă în Europa. Concluzia acestor ateliere de lucru a fost că este o nevoie semnificativă ca o nouă paradigmă să recunoască complexitatea procesului de îmbătrânire și însemnătatea îmbătrânirii pentru sănătatea noastră și a sistemelor de asistență medicală.

Conform Raportului Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului”, restructurarea și reorganizarea serviciilor spitalicești ar trebui să se realizeze în patru mari categorii, din care una este dedicată persoanelor vârstnice:

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

În prezent, conform *Legii nr.17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice*, modificată prin Legea nr. 270/2008, serviciile comunitare pentru persoanele vârstnice se realizează cu consimțământul acestora și au în vedere: îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu; îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice sau îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale, precum și altele asemenea. Serviciile comunitare asigurate persoanelor vârstnice la domiciliu includ și următoarele categorii:

- Servicii socio-medicale privind, în principal, ajutorul pentru realizarea igienei personale, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice și antrenarea la activități economice, sociale și culturale, precum și îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;
- Servicii medicale, sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale. Aceste servicii sunt acordate în baza reglementărilor legale privind asigurările sociale de sănătate.

Totodată, conform reglementării legislative menționate anterior, căminele pentru persoanele vârstnice au ca obiective și să asigure supravegherea și îngrijirea medicală necesară, potrivit reglementărilor privind asigurările sociale de sănătate și să prevină și să trateze consecințele legate de procesul de îmbătrânire. Cheltuielile pentru servicii medicale, materiale sanitare, dispozitive medicale și medicamente se suportă din fondurile și în condițiile prevăzute de reglementările privind asigurările sociale de sănătate. Cheltuielile care nu se suportă din fondurile asigurărilor sociale de sănătate, în condițiile legii, sunt asigurate de căminul pentru persoane vârstnice, prin care se realizează asistența persoanei în cauză.

În ceea ce privește unitățile de asistență medico-socială, organizarea, funcționarea și finanțarea acestora este aprobată prin *Hotărârea Guvernului nr. 412/2003*. Potrivit acestei hotărâri, unitățile de asistență medico – sociale sunt instituții publice specializate, cu personalitate juridică, în subordinea autorităților administrației publice locale, care acordă servicii de îngrijire, servicii medicale, precum și servicii sociale persoanelor cu nevoi medico – sociale. Beneficiarii serviciilor acordate în unitățile de asistență medico-socială sunt persoane cu afecțiuni cronice care necesită permanent sau temporar supraveghere, asistare, îngrijire, tratament și care, din cauza unor motive de natură economică, fizică, psihică sau socială, nu au posibilitatea să își asigure nevoile sociale, să își dezvolte propriile capacități și competențe pentru integrare socială.

Internarea în unitățile de asistență medico-socială este recomandată de către unități sanitare cu paturi și este condiționată de evaluarea medico-socială prealabilă, efectuată în conformitate cu grila de evaluare medico-socială aprobată prin reglementările comune ale Ministerului Sănătății și ale Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale.

În unitățile de asistență medico-socială care nu au medici proprii angajați, serviciile medicale necesare pot fi asigurate prin contractarea acestora cu furnizori publici sau privați.

Conform *Ordinului nr. 1454/30.11.2010 privind aprobarea Ghidului de practică medicală pentru specialitatea geriatrie și gerontologie*, s-a constatat că numeroase persoane vârstnice suferă de:

- probleme medicale;
- probleme mentale;
- probleme sociale complexe.

Tocmai din acest motiv se impune realizarea evaluării geriatrice - abordare interdisciplinară care vizează estimarea medicală și psihosocială a pacientului, stabilirea unui diagnostic corect și identificarea strategiilor adecvate pentru prevenție, tratament și reabilitare. Astfel, eforturile și cheltuielile în domeniul îngrijirii medicale pentru vârstnici pot fi reduse, iar speranța de viață va crește.

Evaluarea geriatrică include un istoric natural complex al fiecărui pacient, care include date personale, detalii antropometrice, antecedente heredocolaterale, diagnosticări și tratamentele anterioare și date referitoare la condițiile ambientale de viață (fumat, alcool, droguri, stres, mediu toxic, statutul social). Evaluarea geriatrică cuprinde scale de evaluare specifice grupelor de vârstă, de peste 50 de ani, care facilitează într-un timp eficient obținerea de informații pentru stabilirea unui diagnostic corect de vârstă, în contextul polipatologiei pacientului. Evaluarea geriatrică începe cu identificarea deteriorării clinice și a factorilor de risc ai acestei deteriorări. Deteriorarea clinică se referă la: agravarea unei boli sau înrăutățirea status-ului funcțional.

Măsura 3.1. Dezvoltarea serviciilor medicale de geriatrie

Rezumat fișă de măsură

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritatea 1: Unitățile private specializate vor asigura și servicii de asistență medicală primară furnizate de medicii de familie.
Asistența medicală primară

Prioritatea 3: Prin înființarea unor unități private specializate se va duce la reducerea solicitării spitalelor pentru situații de urgență minore, îmbunătățind capacitatea generală de intervenție în situații de urgență și reducând numărul de solicitări a spitalelor și al serviciului de ambulanță.
Serviciile medicale de urgență

Acțiuni / proiecte

3.1.1. Înființarea unor secții/compartimente de geriatrie în cadrul spitalelor;

3.1.2. Înființarea unor unități private specializate (PPP).

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

3.1.1. Înființarea unor secții/compartimente de geriatrie în cadrul spitalelor

Conform *Legii Spitalelor*, structura organizatorică a spitalului cuprinde, după caz: secții, departamente, laboratoare, servicii de diagnostic și tratament, compartimente, servicii sau birouri tehnice, economice și administrative, servicii de asistență prespitalicească și transport urgențe, structuri de primiri urgențe și alte structuri ce sunt aprobate de Ministerul Sănătății. Secțiile, laboratoarele, departamentele și serviciile medicale ale spitalelor sunt conduse de către un șef de departament, de un șef de secție, șef de laborator sau șef de serviciu. Aceste funcții se ocupă prin concurs, organizat în condițiile legii.

Înființarea unor secții/compartimente de geriatrie în cadrul spitalelor din județul Bacău presupune amenajarea spațiilor necesare și achiziționarea aparaturii și dotărilor necesare în vederea furnizării unor servicii, precum: servicii de diagnostic și tratament geriatric, tratamente cu produse eutroifice, consiliere gerontologică și socială, evaluare terapie relațională și nutrițională, etc.

Acțiuni

1. Stabilirea spitalelor în cadrul cărora vor fi înființate secții/compartimente de geriatrie;
2. Obținerea aprobării Ministerului Sănătății privind modificarea structurii organizatorice a spitalelor;

3. *Amenajarea spațiului necesar;*
4. *Achiziționarea de echipamente și dotări specifice;*
5. *Angajarea, prin concurs, a personalului medico-sanitar și auxiliar necesar.*

3.1.2. Înființarea unor unități private specializate (PPP)

În cadrul *Strategiei naționale privind serviciile de sănătate* unul dintre obiectivele strategice menționate este transferul îngrijirilor furnizate în spitale pentru cazurile sociale și pentru vârstnici către unități/organizații ale autorităților locale și/sau către unități private, astfel încât spitalele să se poată concentra pe furnizarea îngrijirilor de tip acut. De asemenea, conform Raportului Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului” o altă metodă de eficientizare a alocării și utilizării resurselor publice constă în dezvoltarea de parteneriate pentru furnizarea de servicii de sănătate, astfel încât fiecare sector, public și privat, să contribuie cu acele practici în care este cel mai eficient.

Înființarea unor unități private specializate care să furnizeze servicii medicale de geriatrie se poate realiza prin parteneriate public-privat. Parteneriatele de tip public-privat sunt o soluție general recomandată și promovată pentru rezolvarea problemelor sau eficientizarea serviciilor medicale. Apariția recentă a Legii nr. 178/2010 care reglementează parteneriatul public-privat și a normelor aferente de aplicare este privită drept o oportunitate reală de a implementa o parte dintre proiectele propuse.

Acțiuni

1. *Stabilirea locațiilor oportune pentru înființarea unor unități private specializate care să furnizeze servicii medicale de geriatrie;*
2. *Realizarea parteneriatului public-privat, prin respectarea legislației în vigoare privind etapele de atribuire a unui contract de parteneriat public-privat:*
 - *definirea și aprobarea de către partenerul public a oportunității de demarare a proiectului de parteneriat public-privat;*
 - *elaborarea și aprobarea studiului de fezabilitate sau de fundamentare de către partenerul public;*
 - *elaborarea de către partenerul public a documentului atașat la anunțul de intenție;*
 - *constituirea comisiei de evaluare a scrisorilor de intenție de către partenerul public și numirea acestuia prin ordin, decizie sau dispoziție, după caz;*
 - *elaborarea și aprobarea criteriilor de evaluare, a grilelor de punctaj și a modului de tratare a scrisorilor de intenție întârziate sau primite nesigilate și aprobarea acestora prin ordin, decizie sau dispoziție, emise de către partenerul public;*
 - *elaborarea și aprobarea criteriilor de negociere cu investitorii privați selectați, semnături ai acordului de proiect, în vederea selectării partenerului privat cu care se va încheia contractul de parteneriat public-privat;*
 - *publicarea anunțului de intenție;*
 - *distribuirea, fără plată, a documentului atașat la anunțul de intenție;*
 - *primirea și înregistrarea plicurilor ce conțin scrisorile de intenție elaborate de investitorii privați interesați;*
 - *convocarea comisiei de evaluare și deschiderea plicurilor conținând scrisorile de intenție în prezența tuturor membrilor comisiei;*
 - *evaluarea scrisorilor de intenție și a documentelor anexate la acestea;*
 - *întocmirea raportului de evaluare de către comisia de evaluare și prezentarea acestuia partenerului public spre aprobare;*
 - *invitarea investitorilor privați selectați la negocierea și semnarea acordului de proiect;*
 - *constituirea de către partenerul public a comisiei de negociere cu investitorii privați selectați, semnături ai acordului de proiect și numirea acestuia prin ordin, decizie sau dispoziție, după caz;*

- aplicarea criteriilor de negociere cu investitorii privați selectați, semnături ai acordului de proiect, în vederea selectării partenerului privat cu care se va încheia contractul de parteneriat public-privat;
 - desfășurarea negocierilor pentru selectarea partenerului privat cu care se va încheia contractul de parteneriat public-privat;
 - prezentarea ofertei finale, rezultate în urma negocierilor, a partenerului privat selectat;
 - încheierea contractului de parteneriat public-privat cu partenerul privat selectat și publicarea acestuia.
3. Construirea/amenajarea spațiului necesar (după caz);
 4. Achiziționarea de echipamente și dotări specifice (după caz);
 5. Obținerea acreditării Ministerului Sănătății privind funcționarea unităților private specializate;
 6. Angajarea, prin concurs, a personalului medico-sanitar și auxiliar necesar.

Cadrul instituțional de realizare - propunere

Responsabili

administrațiile publice, spitalele, DSP;

Parteneri

Societatea civilă, mediul de afaceri;

Durată

2014-2016

Valoare estimativă a investițiilor

0,6 milioane euro, din care, aproximativ 200.000 euro / secție înființată și dotată corespunzător;

Observație: aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieții din punct de vedere tehnic și al politicii de preț.

Ținte cheie

- 3 secții/compartimente de geriatrie înființate, în județul Bacău, în perioada 2014-2016

Surse de finanțare existente

- Programul Operațional Regional, Axa prioritară 3 – Îmbunătățirea infrastructurii sociale, Domeniul Major de Intervenție 3.1. - Reabilitarea / modernizarea/ echiparea infrastructurii serviciilor de sănătate;
- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Credite;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene:* Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013:* Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;

- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030*: Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor* – Obiectiv general - Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor.
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013*: Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Notă: Serviciile de asistență medicală la domiciliu nu se vor rezuma doar la persoanele vârstnice, dar vor aborda cu prioritate această categorie de populație.

Recomandare:

Se recomandă suplimentarea sumelor acordate anual de către Consiliul Județean Bacău pentru proiecte din domeniul Social (conform Legii nr. 350/2005, cu modificările și completările ulterioare) și acordarea unei priorități sporite proiectelor care vizează îngrijiri și asistență medicală la domiciliu.

Măsura 3.2. Rețea de unități de asistență medico-socială

Rezumat fișă de măsură

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritatea 1: Unitățile de asistență medico-socială vor asigura și servicii de asistență medicală primară furnizate de medicii de familie.
Asistență medicală primară

Prioritatea 3: Prin înființarea unor unități de asistență medico-socială se va duce la reducerea solicitării spitalelor pentru situații de urgență minore, îmbunătățind capacitatea generală de intervenție în situații de urgență și reducând numărul de solicitări a spitalelor și al serviciului de ambulanță.
Serviciile medicale de urgență

Acțiuni / proiecte

- 3.2.1. Mobilizarea factorilor interesați (administrațiile publice, MMFPS, MS) și configurarea rețelei de unități (amplasare, capacitate)
- 3.2.2. Înființare unități de asistență medico-socială.

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

3.2.1. Mobilizarea factorilor interesați (administrațiile publice, MMFPS, MS) și configurarea rețelei de unități (amplasare, capacitate)

Conform *Hotărârea Guvernului nr. 412/2003 privind organizarea, funcționarea și finanțarea unităților de asistență medico-socială*, acestea se înființează ca instituții rezidențiale sau de zi, prin hotărâre a Consiliului Local ori, după caz, a consiliului județean, prin reorganizarea unor unități sanitare, cu avizul Ministerului Sănătății. Reorganizarea se va realiza după evaluarea de către direcțiile de sănătate publică a performanței unității sanitare, a potențialului acesteia de transformare în unitate de asistență medico-socială, ținând cont de nevoile medico-sociale ale populației.

Propunerea de înființare a unității de asistență medico-socială se face de către președintele Consiliului Județean sau de către Primar, după caz, pe baza documentației și fundamentării prezentate de Serviciul public de asistență socială de la nivelul Consiliilor județene sau al Consiliilor locale. Tocmai din acest motiv este nevoie de mobilizarea factorilor interesați, accentul prioritar căzând tocmai pe autoritățile publice locale care pot realiza propunerea de înființare a unității de asistență medico-socială.

Ulterior mobilizării factorilor interesați se va desfășura configurarea rețelei de unități, prin stabilirea clară a amplasamentelor și capacității necesare a unităților de asistență medico-sociale. Configurarea rețelei de unități se va realiza astfel încât să deservească cât mai bine potențialii beneficiari. Astfel, în vederea stabilirii amplasamentelor se va analiza oportunitatea înființării în funcție de factorii interesați, dar și în funcție de resursele existente (materiale, financiare, umane) în anumite unități teritorial-administrative. Totodată, capacitatea unităților de asistență medico-sociale va depinde atât de capitalul financiar și material, cât și de volumul pieței potențiale.

Acțiuni

1. *Realizarea de acțiuni de lobby la Ministerul Sănătății în scopul introducerii unei legi care să prevadă înființarea de unități de asistență socio-medicală pe lângă Hotărârea Guvernului nr. 412/2003 care prevede reorganizarea unor unități sanitare în unități de asistență socio-medicală.*
2. *Realizarea documentației și fundamentării privind necesitatea înființării de unități de asistență medico-socială (inclusiv amplasare, capacitate, beneficiari posibili, etc.)*
3. *Realizarea propunerii de înființare a unităților de asistență medico-socială de către Președintele Consiliului Județean Bacău sau Primarii din unitățile teritorial-administrative de la nivel județean.*

3.2.2. Înființare unități de asistență medico-socială

Prin hotărârea de înființare a unității de asistență medico-socială adoptată de Consiliul Local sau, după caz, de Consiliul Județean se vor aproba regulamentul de organizare și funcționare, structura organizatorică, precum și numărul de personal ale acesteia. În prezent, încadrarea cu personal medico-sanitar și auxiliar a unităților de asistență medico-sociale este efectuată în conformitate cu următorul normativ:

- un medic la 25-30 de paturi;
- un cadru sanitar mediu la 15-20 de paturi/tură;
- o infirmieră la 8-12 paturi/tură;
- o îngrijitoare pentru 200 m².

Conducerea unității de asistență medico-socială se asigură de către director, care este numit și eliberat din funcție, după caz, prin hotărâre a Consiliului Local, la propunerea Primarului, sau prin hotărâre a Consiliului Județean, la propunerea Președintelui acestuia.

Acțiuni

1. *Emiterea hotărârii de înființare a unităților de asistență medico-socială;*
2. *Reabilitarea/amenajarea clădirii în cadrul căreia își vor desfășura activitatea unitățile de asistență medico-socială;*
3. *Achiziționarea aparaturii și dotărilor specifice;*
4. *Angajarea, prin concurs, a personalului necesar;*

Cadrul instituțional de realizare - propunere

Responsabili

administrațiile publice, DSP

Parteneri

MMFPS, MS, CJ, CAS;

Durată

2014-2016

Valoare estimativă a investițiilor

3,6 milioane euro

Observație: aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieții din punct de vedere tehnic și al politicii de preț.

Ținte cheie

- 3 unități de asistență medico-socială înființate, în județul Bacău, în perioada 2014-2016;
- 180 de paturi disponibile în unitățile medico-sociale din județul Bacău, începând cu perioada 2014-2016.

Surse de finanțare existente

- Programul Operațional Regional, Axa prioritară 3 – Îmbunătățirea infrastructurii sociale, Domeniul Major de Intervenție 3.2. - Reabilitarea / modernizarea / dezvoltarea și echiparea infrastructurii serviciilor sociale
- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Credite;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene:* Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013:* Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030:* Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor* – Obiectiv specific - 3.2. Dezvoltarea și îmbunătățirea calitativă a asistenței medicale primare și ambulatorii;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013:* Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Notă: Serviciile de asistență medicală la domiciliu nu se vor rezuma doar la persoanele vârstnice, dar vor aborda cu prioritate această categorie de populație.

Recomandare:

Se recomandă suplimentarea sumelor acordate anual de către Consiliul Județean Bacău pentru proiecte din domeniul Social (conform Legii nr. 350/2005, cu modificările și completările ulterioare) și acordarea unei priorități sporite proiectelor care vizează îngrijiri și asistență medicală la domiciliu.

Măsura 3.3. Dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu

Rezumat fișă de măsură

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritatea 1:
Asistența medicală primară Serviciile de îngrijire la domiciliu vor include și servicii de asistență medicală primară furnizate, în general, de medicii de familie: consultații, administrarea de medicamente, etc.

Prioritatea 3:
Serviciile medicale de urgență Prin dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu se va duce la reducerea solicitării spitalelor pentru situații de urgență minore, îmbunătățind capacitatea generală de intervenție în situații de urgență și reducând numărul de solicitări a spitalelor și al serviciului de ambulanță.

Acțiuni / proiecte

3.3.1. Parteneriate între administrația publică și societatea civilă;

3.3.2. Activități de îngrijire și asistență medicală la domiciliu (tratamente, consiliere, consultații medicale, îngrijire de igienă, alimentație, îngrijiri paliative etc.).

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

3.3.1. Parteneriate între administrația publică și societatea civilă

Conform *Strategiei Naționale de Raționalizare a Spitalelor*, o componentă importantă a asistenței medicale ambulatorie este reprezentată de îngrijirea medicală la domiciliu. Aceasta reprezintă un sistem de măsuri complexe integrate, cuprinzând servicii de bază, servicii de suport, servicii de îngrijiri medicale, de recuperare și reabilitare, servicii conexe domeniului medical și social, precum și servicii de reabilitare și adaptare a mediului acordate la domiciliul persoanelor care necesită asistență. Această alternativă complementară la spitalizare poate asigura atât reducerea costurilor generate de spitalizarea prelungită sau inutilă, cât și umanizarea actului medical. Păstrarea pacientului în mediul său, în casa lui, în anturajul său social și aducerea actului medical la patul bolnavului s-a dovedit benefică în multe cazuri atât pentru pacient cât și pentru familia lui. De asemenea, una dintre cauzele numărului mare de internări în sistem de urgență este reprezentată de subfinanțarea îngrijirilor la domiciliu în lipsa cărora un pacient care necesită un tratament zilnic sau monitorizare chiar de 2-3 ori pe zi se adresează direct spitalului.

De aceea este nevoie de dezvoltarea sistemului de îngrijiri la domiciliu pentru mai multe categorii de beneficiari, în vederea asigurării îngrijirilor post-spitalizare, îngrijiri de evitare a spitalizării (care permit rămânerea la domiciliul propriu), respectiv îngrijiri asiguratorii (pentru asigurarea condițiilor pentru tratamentul medical ambulatoriu și rezultatele acestuia).

Legislația în vigoare permite alocarea din bugetele publice locale a unor sume de bani care să fie destinate asistenței sociale. Astfel, Consiliul Județean Bacău sau Consiliile Locale ale unităților teritorial-administrative din județul Bacău pot susține financiar, împreună cu societatea civilă (în speță, organizații non-guvernamentale) dezvoltarea sistemului de îngrijiri la domiciliu.

Acțiuni

1. Lansarea unui program de finanțare a proiectelor sociale axate pe îngrijiri la domiciliu de către Consiliul Județean Bacău
2. Organizarea unor proceduri de selecție a partenerilor privați (în special, organizații non-guvernamentale) cu care se vor implementa proiecte de dezvoltare a sistemului de îngrijiri la domiciliu.

3.3.2. Activități de îngrijire și asistență medicală la domiciliu (tratamente, consiliere, consultații medicale, îngrijire de igienă, alimentație, îngrijiri paliative etc.)

Prin îngrijire la domiciliu se înțelege activitatea de îngrijire medicală prestată de personal specializat, la domiciliul bolnavului, care contribuie la îmbunătățirea stării pacientului, atât fizic cât și psihic. În prezent, conform *Legii nr.17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice*, modificată prin Legea nr. 270/2008, serviciile comunitare pentru persoanele vârstnice se realizează cu consimțământul acestora și au în vedere: îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu.

Pentru asigurarea îngrijirii la domiciliu a persoanei vârstnice aflate în situația de dependență socio-medicală, stabilită potrivit grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, consiliile locale pot angaja personal de îngrijire prin plata cu ora, fracțiuni de normă sau normă întreagă, în funcție de perioada de îngrijire necesară a se acorda. De asemenea, la solicitarea organizațiilor neguvernamentale, a organizațiilor de pensionari sau a unităților de cult recunoscute în România, căminele pot asigura îngrijirea unor persoane vârstnice la domiciliu, pe bază de convenții încheiate cu finanțatorul.

Acțiuni

1. Identificarea și evaluarea cazurilor care necesită îngrijire și asistență medicală la domiciliu
2. Furnizarea serviciilor de îngrijire și asistență medicală la domiciliu
3. Evaluarea periodică a stării fizice și psihice a beneficiarilor și a impactului serviciilor de îngrijire și asistență medicală la domiciliu asupra calității vieții.

Cadrul instituțional de realizare – propunere

Responsabili

societatea civilă, CJ;

Parteneri

administrația publică locală, DGASPC, CAS, DSP, societatea civilă (ONG-uri, fundații ale confesiunilor religioase), Biserica;

Durată

continuu (2012-2020)

Valoare estimativă a investițiilor

2,5 milioane euro, din care, în medie, aprox. 300.000 euro anual;

Observație: aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieței din punct de vedere tehnic și al politicii de preț.

Ținte cheie

- Reducerea ratei internărilor persoanelor cu vârsta peste 50 ani din județul Bacău până în anul 2020 cu minim 20% (număr internări a persoanelor din județul Bacău cu vârsta peste 50 ani/100.000 de locuitori din județul Bacău cu vârsta peste 50 de ani).

Surse de finanțare existente

- Programul Operațional Regional, Axa prioritară 3 – Îmbunătățirea infrastructurii sociale, Domeniul Major de Intervenție 3.2. - Reabilitarea / modernizarea / dezvoltarea și echiparea infrastructurii serviciilor sociale
- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene*: Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013*: Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030*: Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor* – Obiectiv specific - 3.2. Dezvoltarea și îmbunătățirea calitativă a asistenței medicale primare și ambulatorii;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013*: Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Notă: Serviciile de asistență medicală la domiciliu nu se vor rezuma doar la persoanele vârstnice, dar vor aborda cu prioritate această categorie de populație.

Recomandare:

Se recomandă suplimentarea sumelor acordate anual de către Consiliul Județean Bacău pentru proiecte din domeniul Social (conform Legii nr. 350/2005, cu modificările și completările ulterioare) și acordarea unei priorități sporite proiectelor care vizează îngrijiri și asistență medicală la domiciliu.

Directia de acțiune 4. DEZVOLTAREA UNITĂȚILOR SPITALICEȘTI

Context

Centrele principale ale sistemului de furnizare a serviciilor de sănătate al județului vor continua să fie spitalele. Dezvoltarea viitoare a acestora trebuie să urmărească îmbunătățirea colaborărilor din domeniu și să respecte principiul complementarității, așa cum este prezentat în secțiunea de politici și scenarii de dezvoltare.

Investițiile pe termen scurt care vor fi realizate în spitalele din județ trebuie să vizeze acoperirea deficitului de servicii/specializări medicale necesare, asigurarea funcționării la parametri optimi a unor secții/structuri/echipamente necesare (ex: secția A.T.I., platforma tehnică, CT disponibil permanent etc.), desfășurarea în bune condiții a activității medicale etc. Scopul investițiilor viitoare trebuie să fie rezolvarea problemelor specifice de infrastructură (starea necorespunzătoare a acesteia, insuficiența), eficiența energetică, modernizarea condițiilor de internare și tratament, modernizarea echipamentelor medicale etc.

Investițiile necesare la nivelul spitalelor publice din județul Bacău implică resurse financiare care nu pot fi acoperite decât parțial din bugetele spitalelor și ale administrațiilor publice cărora le sunt arondate. De altfel, inventarul investițiilor necesare care va fi prezentat în continuare nu vizează decât prioritățile spitalelor pentru perioada imediat următoare. Pentru situațiile în care nu vor exista finanțări suficiente și dezvoltarea unui anumit serviciu medical este foarte importantă, se recomandă identificarea posibilităților de dezvoltare a parteneriatelor de tip public privat.

Notă: Investițiile necesare identificate și prezentate în continuare precum și cele care vor fi identificate pe parcursul implementării strategiei, vor beneficia de sprijinul financiar al Consiliului Județean doar în măsura în care solicitantul prezintă un proiect de investiții coerent care se încadrează în liniile strategice ale județului și face dovada impactului pozitiv asupra sistemului județean de sănătate.

Fundamentare

În județul Bacău funcționează 9 unități spitalicești publice din care 7 reprezintă unități descentralizate (aflate în subordinea administrațiilor publice locale), una subordonată Ministerului Sănătății (sanatoriul Balnear Slănic Moldova) și o unitate a rețelei sanitare din cadrul Ministerului de Interne.

Potrivit INS, în toate unitățile spitalicești publice din Bacău (*unități descentralizate și unități subordonate autorităților publice centrale*) există 2.996 paturi, ceea ce înseamnă că la 1.000 de locuitori revin 4,2 paturi. Prin comparație, la nivel național, la 1.000 de locuitori revin 6 paturi din unitățile spitalicești publice, Ministerul Sănătății propunându-și să reducă numărul de paturi finanțate de casele de asigurări de sănătate, astfel încât să se atingă media europeană de 5,61 paturi la 1.000 de locuitori.

Media de paturi la 1.000 de locuitori în Bacău se află în prezent sub ținta stabilită pentru anul 2013 de Ministerul Sănătății. În această situație, o eventuală nouă reducere a numărului de paturi din județ nu poate fi justificată din prisma acestui indicator. Pentru a atinge media de 5,61 paturi la 1.000 de locuitori, numărul de paturi de spital din județul Bacău ar trebui să crească la 4.005 paturi (cu 1.009 mai multe față de situația actuală). În *unitățile spitalicești descentralizate* din județul Bacău există **599 saloane și 2.656 paturi**,

În unitățile sanitare private (inclusiv centre de sănătate) din Bacău există 223 paturi, ceea ce înseamnă că la 10.000 de locuitori revin 3,1 paturi din unitățile spitalicești private. În comparație cu situația de la nivel regional și național, sistemul privat din județul Bacău este mult mai dezvoltat. În Regiunea de Dezvoltare Nord - Est media este de 0,8 paturi în unitățile private la 10.000 de locuitori, iar la nivel național 0,6 paturi la 10.000 de locuitori. 71% din paturile existente în unitățile sanitare private (inclusiv centre de sănătate) din Regiunea de Dezvoltare Nord - Est funcționează în județul Bacău.

În România, organizarea spitalelor este definită de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății (cu modificările ulterioare), care definește spitalele ca fiind „instituții de asistență medicală (profilactică și curativă), dotate cu paturi, de utilitate publică, persoane juridice, care prestează servicii de asistență medicală”.

Conform L95/2006, asistența de sănătate publică reprezintă efortul organizat al societății în vederea protejării și promovării sănătății populației. Asistența de sănătate publică se realizează prin ansamblul măsurilor politico-legislative, a programelor și strategiilor adresate determinantilor stării de sănătate, precum și prin organizarea instituțiilor pentru furnizarea tuturor serviciilor necesare.

Scopul asistenței de sănătate publică îl constituie promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și îmbunătățirea calității vieții. Strategia sistemului de sănătate publică urmărește asigurarea sănătății populației în cadrul unor comunități sănătoase.

Asistența de sănătate publică este o componentă a sistemului de sănătate publică. Asistența de sănătate publică este coordonată de către Ministerul Sănătății Publice și se realizează prin toate tipurile de unități sanitare de stat sau private, constituite și organizate conform legii. Responsabilitatea pentru asigurarea sănătății publice revine Ministerului Sănătății Publice, autorităților de sănătate publică teritoriale, precum și autorităților de sănătate publică din cadrul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie.

Protecția sănătății publice constituie o obligație a autorităților administrației publice centrale și locale, precum și a tuturor persoanelor fizice și juridice.

În perioada actuală, spitalele se află într-un proces de descentralizare și reorganizare, cea mai recentă modificare a organizării spitalelor reprezentând-o trecerea unităților din subordinea Ministerului Sănătății în responsabilitatea administrațiilor publice locale, în baza OUG nr. 48/2010. Conform acestui act normativ, au fost transferate către autoritățile administrației publice locale managementul asistenței medicale acordate în următoarele categorii de unități sanitare cu paturi:

- a) centrele de sănătate;
- b) spitalele comunale
- c) spitalele orășenești;
- d) spitalele municipale.

Descentralizarea administrativă a spitalelor a demarat destul de târziu, în 2002, când unele imobile (compuse din construcții și terenurile aferente în care își desfășoară activitatea unitățile sanitare respective) au trecut din domeniul privat al statului și din administrarea Ministerului Sănătății în domeniul public al județelor, municipiilor, orașelor și comunelor și în administrarea consiliilor județene sau consiliilor locale, după caz, conform Hotărârii Guvernului nr. 866/2002, cu modificările ulterioare, Hotărârii Guvernului nr. 867/2002, cu modificările și completările ulterioare, Hotărârii Guvernului nr. 1.096/2002 și Ordonanței Guvernului nr. 70/2002, cu modificările și completările ulterioare. Acest ultim act normativ stabilește competențele Ministerului Sănătății, ale direcțiilor de sănătate publică și ale consiliilor județene/locale, în ceea ce privește asigurarea resurselor financiare pentru cheltuielile de întreținere și gospodărire, reparații, consolidare, extindere și modernizare a unităților sanitare publice, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale. În baza acestui act normativ au fost înființate unitățile medico-sociale, unități în subordinea consiliilor locale sau județene.

Procesul de descentralizare a fost continuat prin OUG 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale și a fost impulsionat prin HG 562/2009 privind Strategia de descentralizare a sănătății, care are ca obiective specifice:

- Crearea cadrului operațional pentru realizarea descentralizării;
- Transferul competențelor privind administrarea unităților sanitare cu paturi și managementul asistenței medicale către autoritățile administrației publice locale sau județene;
- Redefinirea rolului MS în elaborarea, implementarea și monitorizarea politicilor de sănătate publică și a reglementărilor necesare funcționării sistemului de sănătate.

Ministerul Sănătății a trecut la o etapă superioară a procesului de descentralizare, promovând, începând cu luna iunie 2010, un pachet normativ care conturează cadrul juridic necesar pentru descentralizarea a 370 de spitale publice dintr-un număr total de 435, aflate în subordinea Ministerului Sănătății. Astfel, în Monitorul Oficial nr. 384/10.06.2010 a fost publicată Ordonanță de Urgență nr. 48/2010 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății în vederea descentralizării, în Monitorul Oficial nr. 385/10.06.2010 a fost publicată Hotărârea Guvernului nr. 529/2010 pentru aprobarea Listei spitalelor pentru care se menține sau se transferă managementul asistenței medicale la autoritățile administrației publice locale și la Primăria Municipiului București, iar în Monitorul Oficial nr. 389/11.06.2010 a fost publicat Ordinul ministrului sănătății nr. 910/2010 privind aprobarea modelului protocolului de predare-primire între direcțiile de sănătate publică și autoritățile publice locale. Aceste acte normative vor fi completate cu un set de reglementări secundare care să asigure buna funcționare a instituțiilor sanitare descentralizate.

În procesul de descentralizare, în județul Bacău, Spitalul Județean de Urgență Bacău și Spitalul de Pediatrie Bacău au intrat în administrarea Consiliului Județean Bacău, Spitalul Municipal de Urgență Moinești este administrat de Consiliul Local Moinești, Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești se află în subordinea Consiliului Local Comănești, Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău este administrat de Consiliul Local Bacău, iar Spitalul Local Onești este subordonat Consiliului Municipal Onești. În anul 2011, Consiliul Județean Bacău a hotărât fuziunea prin absorbție a Spitalului de Pediatrie cu Spitalul Județean de Urgență Bacău.

În anul 2011, Ministerul Sănătății a realizat o clasificare a spitalelor în funcție de gradul de competență. În județul Bacău, 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 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).

Organizarea activității de cercetare științifică în domeniul sănătății este reglementată de Metodologiei privind definirea domeniilor cercetării științifice clinice, de medicină preventivă și fundamentală, nucleeele, colectivele, departamentele de cercetare, precum și instituțiile sanitare în care se desfășoară activitate de cercetare științifică, stabilită de Ministerul Sănătății prin ordinul nr. 215/2002. Conform acestui document, cercetarea științifică medicală în domeniul sănătății publice (medicina preventivă) se asimilează ca statut cu cercetarea științifică medicală clinică. Cercetările în domeniul sănătății publice se vor referi la:

- identificarea factorilor de risc corelați cu diferite procese patologice;
- identificarea indivizilor cu risc crescut de a dezvolta o anumită afecțiune;
- identificarea factorilor de risc care pot fi influențați și diminuarea impactului lor asupra sănătății;
- incidenta și prevalența bolilor transmisibile și netransmisibile și a complicațiilor acestora;
- studii diferitelor procedee terapeutice eficiente în prevenția secundară a proceselor morbide;
- studii diferitelor metode eficiente în prevenția primară;
- evaluarea impactului diferitelor tehnologii medicale asupra sistemelor de sănătate;
- evaluarea aspectelor psihologice și comportamentale legate de proceduri diagnostice, terapeutice sau de tehnologii medicale;
- îmbunătățirea standardelor de calitate ale tehnologiilor folosite în prevenția primară și secundară;
- studii metodelor de îmbunătățire a eficienței și calității serviciilor medicale și de sănătate publică.

Structurile de cercetare științifică medicală sunt:

- a) nucleu - 1 - 3 posturi pentru activitatea de cercetare;
- b) colectiv - 4 - 7 posturi pentru activitatea de cercetare;
- c) laborator - 13 - 24 posturi pentru activitatea de cercetare;
- d) secție - 25 - 30 posturi pentru activitatea de cercetare;

- e) departament - peste 30 de posturi pentru activitatea de cercetare;
- f) institute in care se desfășoară activitate de asistență medicală, de învățământ și de cercetare științifică medicală;
- g) institute in care se desfășoară numai activitate de cercetare științifică medicală, institute fără personalitate juridică in care se desfășoară activitate de cercetare științifică medicală, grefate pe clinici sau secții.

Structuri de cercetare științifică medicală prevăzute la punctele a) – e) pot funcționa atât in institute in care se desfășoară numai activitate de cercetare științifică medicală, cat și in celelalte unități sanitare cu sau fără paturi, in care se desfășoară și activitate de asistenta medicală și învățământ.

Activitatea de cercetare științifică medicală clinică, de sănătate publică și fundamentală poate fi desfășurată de personal medical cu studii superioare și de alte categorii de personal, atestat sau neatestat, precum și de personal auxiliar din activitatea de cercetare științifică medicală, cu studii medii.

Conform Diagnosticului sistemului public de sănătate din județul Bacău, infrastructura spitalicească actuală din județ 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.

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 mai multe lucrări de reabilitare în ultimii ani.

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.

Conform Diagnosticului realizat, au fost identificate o serie de obstacole pentru realizarea investițiilor în infrastructura spitalicească din județul Bacău: 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.

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.

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.

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). 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 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%).

Măsura 4.1. Modernizarea infrastructurii și dotării unităților spitalicești

Rezumat fișă de măsură

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritatea 3:

Serviciile medicale de urgență

Măsura contribuie la Prioritatea 3 datorită faptului că investițiile propuse se referă și la unitățile spitalicești care asigură asistența medicală specializată în situații de urgență.

Investițiile vor viza cu prioritate spitalele/secțiile de acuți, dar vor urmări și dezvoltarea secțiilor de recuperare medicală, îngrijiri paliative, îngrijiri pentru bolnavii cronici etc. cu scopul decongestionării spitalelor de urgență, conform scenariului de dezvoltare al sistemului de sănătate și conform politicilor publice propuse de Strategie.

Acțiuni / proiecte

- 4.1.1. Reabilitarea/modernizarea/dezvoltarea secțiilor spitalicești;**
- 4.1.2. Dotarea cu echipamente și aparatură medicală modernă a spitalelor;**
- 4.1.3. Îmbunătățirea eficienței energetice a clădirilor unităților spitalicești**

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

4.1.1.1. Reabilitarea/modernizarea/dezvoltarea secțiilor spitalicești

Diagnosticul sistemului de sănătate al județului Bacău identifică o serie de probleme și necesități referitoare la infrastructura unităților spitalicești din județ. 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.

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. O necesitate comună este și înlocuirea sistemelor existente de producere a energiei termice pentru încălzire, prepararea apei calde menajere și producerea aburului tehnologic din spitale, care funcționează cu eficiență redusă și consum ridicat.

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%).

Acțiuni

4. *Înființarea/extinderea secțiilor de care spitalele din județ nu dispun*
5. *Reabilitarea infrastructurii saloanelor și reorganizarea acestora*
6. *Reabilitarea/modernizarea dependințelor spitalelor*
7. *Reabilitarea infrastructurii de utilități din spitale (rețele de alimentare cu apă potabilă, sisteme de evacuare a apelor uzate, rețele de termoficare, rețele de aer condiționat etc.)*

4.1.2. Dotarea cu echipamente și aparatură medicală modernă a spitalelor

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 și echipamentele medicale corespund parțial sau în cea mai mare măsură. Punctual, au fost semnalate însă curențe 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 permise 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. În județul Bacău nu se asigură funcționarea permanentă a unui computer tomograf, deși aparatura necesară există atât în mediul public cât și în cel privat.

Acțiuni

1. Achiziționarea aparaturii necesare pentru dotarea corespunzătoare a platourilor tehnice (aparatură de imagistică medicală, aparatură de laborator etc.)
2. Instruirea resurselor umane care vor deservi aparatura achiziționată
3. Introducerea sistemelor informatice de gestiune și monitorizare a activităților spitalelor;
4. Achiziționarea de aparatură pentru monitorizarea funcțiilor vitale în cadrul unităților de terapie intensivă;

4.1.3. Îmbunătățirea eficienței energetice a clădirilor unităților spitalicești

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. O necesitate comună este și înlocuirea sistemelor existente de producere a energiei termice pentru încălzire, prepararea apei calde menajere și producerea aburului tehnologic din spitale, care funcționează cu eficiență redusă și consum ridicat.

Îmbunătățirea eficienței energetice a spitalelor contribuie la reducerea costurilor de funcționare a unităților spitalicești, la îmbunătățirea condițiilor de tratament și internare din spitale și la protejarea mediului.

Acțiuni

1. Înlocuirea rețelelor de termoficare ale spitalelor care nu respectă normele actuale privind eficiența termică
2. Înlocuirea rețelelor de aer condiționat care nu respectă normele actuale privind eficiența termică
3. Dotarea cu sisteme de aer condiționat a secțiilor deficitare din acest punct de vedere
4. Înlocuirea sistemelor clasice, energofage, de producere a energiei termice pentru încălzire, prepararea apei calde menajere și producerea aburului tehnologic
5. Izolarea termică a clădirilor în care funcționează unitățile spitalicești

Cadrul instituțional de realizare – propunere

Responsabili

Spitalele, administrațiile publice locale

Parteneri

MS, parteneri privați

Durată

2012-2016

Valoare estimativă a investițiilor

26.194.973 euro, din care:

- În anul 2012: 13.099.139 euro;
- În anul 2013: 7.524.167 euro;
- În anul 2014: 2.746.667 euro;
- În anul 2015: 1.625.000 euro;

- În anul 2016: 1.200.000 euro;
- Pentru investiții în infrastructură: 14.247.972 euro;
- Pentru investiții în echipamente și aparatură medicală: 11.947.001;

Observație:

Aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieții din punct de vedere tehnic și al politicii de preț. De asemenea, lista de investiții necesare poate suferi modificări importante generate de cererea de servicii medicale, noile tehnologii în domeniu, schimbări legislative etc.

Estimarea bugetelor necesare este fundamentată pe listele de investiții colectate de la unitățile spitalicești descentralizate din județul Bacău, și se referă la valoarea totală a investițiilor prevăzute. În Anexa 11 este prezentată o detaliere a acestei liste, precum și o distribuție pe spitale, prioritate/necesitate, ani de realizare.

Ținte cheie

- modernizarea unităților spitalicești din județul Bacău, în perioada 2012-2016, ca urmare a modernizării infrastructurii și a dotării cu echipamente și aparatură specifice;
- creșterea calității actului medical din sistemul de sănătate al județului Bacău în perioada 2012-2016, ca urmare a îmbunătățirii condițiilor de tratament și internare din spitalele din județ și a îmbunătățirii dotărilor cu echipamente medicale;
- reducerea sumelor necesare pentru funcționarea unităților spitalicești, în perioada 2012-2016, ca urmare a îmbunătățirii eficienței energetice a clădirilor, prin izolarea termică a clădirilor și modernizarea sistemelor de producere a energiei termice;
- îmbunătățirea opiniei populației față de sistemul medico-sanitar din județul Bacău, în perioada 2012-2016, ca urmare a îmbunătățirii infrastructurii unităților spitalicești din județ și a dotărilor;
- îndeplinirea condițiilor tehnice pentru clasificarea în categoria a II-a a unei unități spitalicești din județul Bacău, ca urmare a investițiilor în infrastructură și dotare cu echipamente medicale.

Surse de finanțare existente

- Programul Operațional Regional, Axa prioritară 3 – Îmbunătățirea infrastructurii sociale, Domeniul Major de Intervenție 3.1. - Reabilitarea / modernizarea/ echiparea infrastructurii serviciilor de sănătate;
- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Credite;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene:* Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013:* Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030:* Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor –* Obiectiv general: Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013:* Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Notă:

Lista investițiilor prioritare în infrastructura unităților spitalicești din sectorul public al județului Bacău sunt prezentate în Anexa nr. 11.

Măsura 4.2. Dezvoltarea activității de cercetare științifică medicală

Rezumat fișă de măsură

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritate 1	Dezvoltarea activității de cercetare științifică medicală va duce la îmbunătățirea serviciilor de asistență medicală primară.
Asistența medicală primară	
Prioritatea 3:	Dezvoltarea activității de cercetare științifică medicală va duce la îmbunătățirea serviciilor medicale de urgență.
Serviciile medicale de urgență	

Acțiuni / proiecte

- 4.2.1. Dezvoltarea centrelor de cercetare și excelență;
- 4.2.2. Dotarea cu echipamente de laborator pentru cercetare medicală;
- 4.2.3. Achiziționarea infrastructurii informatice necesare pentru susținerea activității de cercetare (inclusiv soft specializat, acces la baze de date medicale);
- 4.2.4. Stabilirea colaborărilor naționale și internaționale pentru dezvoltarea activităților de cercetare.

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

4.2.1. Dezvoltarea centrelor de cercetare și excelență

Conform Ordinului Nr. 215 din 29 martie 2002 pentru aprobarea Metodologiei privind definirea domeniilor cercetării științifice clinice, de medicină preventivă și fundamentală, nucleele, colectivele, departamentele de cercetare, precum și instituțiile sanitare în care se desfășoară activitate de cercetare științifică, structurile de cercetare științifică medicală pot funcționa atât în institute în care se desfășoară numai activitate de cercetare științifică medicală, cât și în celelalte unități sanitare cu sau fără paturi, în care se desfășoară și activitate de asistență medicală și învățământ.

Activitatea de cercetare științifică medicală clinică, de sănătate publică și fundamentală poate fi desfășurată de personal medical cu studii superioare și de alte categorii de personal, atestat sau neatestat, precum și de personal auxiliar din activitatea de cercetare științifică medicală, cu studii medii.

Dezvoltarea centrelor de cercetare și excelență în județul Bacău va duce la implicarea neîngrădită a angajaților unităților sanitare în activități de cercetare clinică și de laborator (cadre medicale universitare, cadre medicale cu contract de cercetare, cadre medii).

Acțiuni

1. Construirea/amenajarea infrastructurii de clădiri;
2. Amenajarea cu mobilier;

3. *Angajare resurse umane.*

4.2.2. **Dotarea cu echipamente de laborator pentru cercetare medicală**

Eficiența activității desfășurate în centrele de cercetare și excelență depinde în foarte mare măsură de dotarea cu echipamente. Tocmai din acest motiv, este propusă dotarea cu echipamente de laborator pentru cercetare medicală. Echipamentele trebuie să fie corespunzătoare îndeplinirii următoarelor tipuri de obiective:

- Identificarea factorilor de risc corelați cu diferite procese patologice;
- Identificarea indivizilor cu risc crescut de a dezvolta o anumită afecțiune;
- Identificarea factorilor de risc care pot fi influențați și diminuarea impactului lor asupra sănătății;
- Incidența și prevalența bolilor transmisibile și netransmisibile și a complicațiilor acestora;
- Studiul diferitelor procedee terapeutice eficiente în prevenția secundară a proceselor morbide;
- Studiul diferitelor metode eficiente în prevenția primară;
- Evaluarea impactului diferitelor tehnologii medicale asupra sistemelor de sănătate;
- Evaluarea aspectelor psihologice și comportamentale legate de proceduri diagnostice, terapeutice sau de tehnologii medicale;
- Îmbunătățirea standardelor de calitate ale tehnologiilor folosite în prevenția primară și secundară;
- Studiul metodelor de îmbunătățire a eficienței și calității serviciilor medicale și de sănătate publică.

Acțiuni

1. *Achiziționarea echipamentelor de laborator pentru cercetare medicală;*
2. *Pregătirea resurselor umane în vederea utilizării echipamentelor.*

4.2.3. **Achiziționarea infrastructurii informatice necesare pentru susținerea activității de cercetare (inclusiv soft specializat, acces la baze de date medicale)**

Conștientă de potențialul aplicațiilor tehnologiei informației și comunicațiilor (TIC) în domeniul sănătății (e-sănătate), Comisia Europeană a oferit, timp de douăzeci de ani, finanțare pentru cercetare și dezvoltare în acest domeniu. Prin *Strategia în materie de sănătate* și prin *Planul de acțiune privind e-sănătatea*, Comisia Europeană s-a angajat încă o dată în direcția sprijinirii sistemelor dinamice de sănătate și al utilizării noilor tehnologii în beneficiul cetățenilor.

Acțiuni

1. *Achiziționare soft specializat pentru susținerea activității de cercetare;*
2. *Furnizarea accesului la baze de date medicale.*

4.2.4. **Stabilirea colaborărilor naționale și internaționale pentru dezvoltarea activităților de cercetare**

Dezvoltarea activității de cercetare medicală de la nivel județean se va realiza și prin dezvoltarea de parteneriate cu alte unități de cercetare, unități de învățământ medical și farmaceutic, unități medicale de stat sau private și organizații profesionale. Astfel de parteneriate facilitează transferul de know-how medical și poate duce la îmbunătățirea rezultatelor cercetării în domeniul medical.

Acțiuni

1. *Stabilirea de colaborări la nivel național în vederea dezvoltării activităților de cercetare;*

2. Stabilirea de colaborări la nivel internațional în vederea dezvoltării activităților de cercetare.

Responsabili

spitalele, administrațiile publice locale;

Parteneri

MS, UMF Iași, Universitatea „V. Alecsandri” Bacău, parteneri privați

Durată

2012-2018

Valoare estimativă a investițiilor

2 milioane euro

Observație: aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieții din punct de vedere tehnic și al politicii de preț. De asemenea, un alt factor care poate influența costurile investițiilor este cadrul legislativ (din prisma dotărilor minime necesare).

Ținte cheie

- modernizarea serviciilor medicale oferite de unitățile spitalicești din județul Bacău, prin dezvoltarea activității de cercetare și a centrelor de excelență;
- creșterea calității actului medical în spitalele din județul Bacău, în perioada 2012-2018, datorită dezvoltării centrelor de excelență medicală;
- îmbunătățirea opiniei populației față de sistemul medico-sanitar din județul Bacău, în perioada 2012-2018, datorită dezvoltării performanțelor medicale din spitale;
- îndeplinirea condițiilor referitoare la activitatea cercetare pentru clasificarea în categoria a II-a unei unități spitalicești din județul Bacău până în anul 2016.

Surse de finanțare existente

- Programul Operațional Regional, Axa prioritară 3 – Îmbunătățirea infrastructurii sociale, Domeniul Major de Intervenție 3.1. - Reabilitarea / modernizarea / echiparea infrastructurii serviciilor de sănătate;
- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Credite;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene*: Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013*: Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030*: Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor* – Obiectiv general: Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013*: Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Recomandări

La nivelul județului, din cauza lipsei/insuficienței ofertei anumitor servicii medicale specializate, secțiile/serviciile care trebuie dezvoltate cu prioritate sunt:

- *A.T.I.*;
- *Radioterapie*;
- *Îngrijiri paliative*;
- *Geriatric*;
- *Neurologie*;
- *Recuperare și medicină fizică*;
- *Oncologie*.

În Regiunea Nord-Est, radioterapia este disponibilă doar în municipiul Iași. Înființarea acestui serviciu în județul Bacău este o oportunitate atât pentru locuitorii județului cât și pentru cei din județele limitrofe.

Premisele dezvoltării centrelor de cercetare și excelență medicală sunt reprezentate de existența, în spitalele publice din județul Bacău, a 35 de medici doctori în științe medicale, a dotărilor medicale moderne, a performanțelor recunoscute în domeniul medical și a preocupării permanente pentru dezvoltarea profesională a resurselor umane medicale și pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale furnizate. Centrele de excelență medicală vor fi dezvoltate în concordanță cu resursele disponibile urmărind, în același timp, domenii pentru care există cerere suficientă.

Direcția de acțiune 5. DEZVOLTAREA RESURSELOR UMANE DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

Context:

Cea mai importantă resursă pe care se poate fundamenta dezvoltarea serviciilor de sănătate este resursa umană specializată. Fie că se dezvoltă un centru de excelență sau se realizează o intervenție minoră, succesul activității depinde de resursa umană în jurul căreia se construiește serviciul medical.

Unitățile medicale trebuie să ofere personalului medical oportunități de dezvoltare profesională prin sprijinirea specializării continue și a perfecționării profesionale. În același timp, administrația publică trebuie să contribuie la oferirea unor facilități care să contribuie la atragerea de tineri specialiști în spitalele din județ.

Un motiv al neplăcerilor resimțite de pacienți pe timpul internării în spitalele publice și al percepției generale mai puțin favorabile a populației cu privire la sistemul public de sănătate din județ este modalitatea de comportare a personalului medical. Doar 41,1% din locuitorii județului au aprecieri pozitive la cu privire la comportamentul medicilor din spitalele publice, în timp ce doar 32,1% afirmă același lucru cu privire la asistentele medicale și la infirmiere.

Fundamentare:

Conform *Strategiei Naționale de Raționalizare a Spitalelor*, se poate aprecia că principalele probleme de resurse umane de la nivelul sistemului de sănătate sunt următoarele:

- Este necesară o îmbunătățire a coordonării funcționale între instituțiile cu atribuții în domeniu (în principal Ministerului Sănătății și Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului) prin dezvoltarea și armonizarea capacității comune de planificare în domeniul resurselor umane din sănătate;
- Există importante deficite în ceea ce privește numărul total de profesioniștilor din sănătate;
- Există dezechilibre în ceea ce privește repartitia teritorială a personalului sanitar necesar, dar și în ceea ce privește repartitia între diferite profesii și specializări;
- Inexistența unui sistem adecvat de motivare a personalului din sănătate, fapt ce duce pe de o parte la scăderea atractivității pentru intrarea în sistem și, pe de altă parte, la creșterea numărului celor ce părăsesc sistemul;
- Oportunitățile pentru dezvoltarea carierei profesionale sunt insuficiente, cu existența, în unele cazuri, a unor criterii de promovare subiective.

Potrivit *Strategiei Naționale pentru Dezvoltare Durabilă*, obiectivul general al României și al Uniunii Europene în domeniul sănătății publice este promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății. Din acest punct de vedere, un rol aparte îl are dezvoltarea resurselor umane din sistemul de sănătate, cu atât mai mult cu cât tehnologia medicală avansează iar personalul medico-sanitar trebuie să se adapteze noilor cerințe medicale.

Conform *Codului Muncii*, în România formarea profesională a salariaților are următoarele obiective principale:

- Adaptarea salariatului la cerințele postului sau ale locului de muncă;
- Obținerea unei calificări profesionale;
- Actualizarea cunoștințelor și deprinderilor specifice postului și locului de muncă și perfecționarea pregătirii profesionale pentru ocupația de bază;
- Reconvertirea profesională determinată de restructurări socio-economice;
- Dobândirea unor cunoștințe avansate, a unor metode și procedee moderne, necesare pentru realizarea activităților profesionale;
- Prevenirea riscului șomajului;
- Promovarea în muncă și dezvoltarea carierei profesionale.

Formarea profesională a salariaților se poate realiza prin următoarele forme: participarea la cursuri organizate de către angajator sau de către furnizorii de servicii de formare profesională din țară sau din străinătate; stagii de adaptare profesională la cerințele postului și ale locului de muncă; stagii de practică și specializare în țară și în străinătate; ucenicie organizată la locul de muncă; formare individualizată, alte forme de pregătire convenite între angajator și salariat.

Conform Ordinului 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, pentru clasificare în categoria I spitalul trebuie să desfășoare activitate de învățământ și cercetare științifico-medicală, precum și de educație medicală continuă, în conformitate cu prevederile regulamentului de organizare și funcționare al acestuia, aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii. Această obligativitate se aplică și în ceea ce privește obținerea clasificării în categoria I M, II sau III M.

Educația Medicală Continuă reprezintă, conform *Deciziei privind stabilirea sistemului de credite de educație medicală continuă, pe baza căruia se evaluează activitatea de perfecționare profesională a medicilor, a criteriilor și normelor de acreditare a educației medicale continue, precum și a criteriilor și normelor de acreditare a furnizorilor de educație medicală continuă*, totalitatea activităților planificate de pregătire teoretică și practică desfășurate de medici în vederea dobândirii sau îmbunătățirii nivelului de cunoștințe, abilități și atitudini profesionale, în scopul creșterii calității actului medical și nivelului de performanță în domeniul respectiv. Educația Medicală Continuă constă în participarea la cursuri universitare, la manifestări științifice sau în publicarea de materiale științifice. Creditarea se face direct de către Comisia de EMC a Colegiului Medicilor din România (CMR), unitatea de creditare fiind ora de educație medicală continuă. Pentru o oră efectivă de activitate de EMC se acordă un credit EMC. Pentru o zi de activitate efectivă se acordă maximum 6 credite EMC.

Creditele obținute de medici în urma participării la activitățile de EMC contribuie la alcătuirea punctajului profesional al medicului. Evaluarea punctajului profesional al medicului se face periodic, la un interval de 5 ani. Numărul minim de credite EMC pe care un medic trebuie să le acumuleze în vederea evaluării profesionale periodice este de 200 de credite EMC la 5 ani. Participarea la activitățile de EMC trebuie să fie preponderentă în domeniul de specialitate. Se admite ca maximum o treime din punctajul minim să fie reprezentată prin activități educaționale din alte domenii medicale decât specialitatea de bază.

Formele de educație permanentă medicală sunt reprezentate de cursurile de educație permanentă sau formare continuă medicală, ateliere de formare profesională continuă și stagii practice de perfecționare profesională sau de adaptare ori readaptare profesională.

Manifestările și activitățile cu caracter științific creditate de Colegiul Medicilor din România cuprind:

- Manifestări științifice, reprezentate de congrese, conferințe, simpozioane, mese rotunde, ateliere de lucru, sesiuni științifice, seminarii;
- Publicarea de materiale științifice medicale, respectiv articole, în reviste medicale, capitole de carte, cărți, monografii, tratate, manuale, editare de carte medicală.

Participarea la conferințe se creditează în funcție de durata efectivă a manifestării științifice și de amploarea evenimentului (internațional, național sau local), la care se adaugă, în cazul participării cu o conferință, un număr egal de credite cu cel corespunzător manifestării, iar pentru comunicări orale sau poster, se adaugă, unde e cazul, puncte din valoarea conferinței pentru primul autor, respectiv co-autor, pentru fiecare din lucrările prezentate.

Măsura 5.1. Specializarea continuă și perfecționarea personalului medical

Rezumat fișă de măsură

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritatea 1: Asistența medicală primară	Această măsură va contribui la dezvoltarea asistenței medicale primare prin pregătirea medicilor de familie pentru intervenția în anumite cazuri de urgență (prim ajutor), în cadrul centrelor de permanență.
Prioritatea 2: Activitatea de prevenție	Prin participarea la acțiuni de specializare continuă și perfecționare, personalul medical va dobândi și abilități și informații referitoare la activitățile de prevenție necesare a fi implementate la nivel județean.
Prioritatea 3: Serviciile medicale de urgență	Implementarea acestei măsuri presupune și specializarea continuă și perfecționarea personalului medical din cadrul unităților spitalicești care furnizează servicii medicale de urgență.

Acțiuni / proiecte

- 5.1.1. Cursuri de specializare pentru medici;
- 5.1.2. Activități de educație medicală continuă;
- 5.1.3. Pregătirea medicilor de familie pentru intervenția în anumite cazuri de urgență (prim ajutor), în cadrul centrelor de permanență;
- 5.1.4. Cursuri de specializare a personalului medical al spitalelor;
- 5.1.5. Centru de educație și formare continuă în domeniul medical.

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

5.1.1. Cursuri de specializare pentru medici

Profesia de medic are ca principal scop asigurarea stării de sănătate prin prevenirea îmbolnăvirilor, promovarea, menținerea și recuperarea sănătății individului și a colectivității. Conform *Strategiei Naționale de Raționalizare a Spitalelor*, modelul educațional din sănătate are o performanță redusă, nici una dintre instituțiile medicale românești neaflându-se în primele 500 din lume, în nici unul dintre clasamentele importante existente. Tocmai din acest motiv se impune specializarea periodică a medicilor.

Acțiuni:

1. Stabilirea cursurilor necesare pentru specializarea medicilor;
2. Selectarea medicilor participanți la cursuri;
3. Organizarea cursurilor de specializare.

5.1.2. Activități de educație medicală continuă

Educația Medicală Continuă reprezintă totalitatea activităților planificate de pregătire teoretică și practică desfășurate de medici în vederea dobândirii sau îmbunătățirii nivelului de cunoștințe, abilități și atitudini profesionale,

în scopul creșterii calității actului medical și nivelului de performanță în domeniul respectiv. Educația Medicală Continuă constă în participarea la cursuri universitare, la manifestări științifice sau în publicarea de materiale științifice.

Forme de învățământ postuniversitar încadrate în educația continuă (asigurate prin instituțiile universitare de învățământ medical acreditate/autorizate sau formatori atestați/acreditați):

- Cursuri de învățământ postuniversitar;
- Cursuri de învățământ postuniversitar organizate de universități sau în colaborare cu alți furnizori de educație continuă acreditați;
- Cursurile de învățământ post-bază;
- Cursurile de învățământ post-bază organizate de universități sau în colaborare cu alți furnizori de educație continuă acreditați - masteratul și doctoratul (forme de învățământ aprofundat și academic).
- Dobândirea de atestate și specializări (forme de învățământ complementare, tehnice sau de aprofundare în subdomenii aferente specializării de bază, menite să asigure cerințe de performanță ale postului și neacoperite de pregătirea specializării de bază);
- Programe (cursuri) de educație permanentă;
- Ateliere de formare (forme educaționale utilizând metode complexe de educație a adultului, bazate preponderent pe dinamică de grup);
- Stagii practice;
- Manifestări științifice: congrese, conferințe, simpozioane, mese rotunde, etc.

Acțiuni:

1. *Organizarea la nivel județean de congrese, conferințe, simpozioane, mese rotunde, etc.*
2. *Stabilirea de parteneriate cu instituții din străinătate în vederea trimerii specialiștilor de la nivel județean în stagii practice.*

5.1.3. Pregătirea medicilor de familie pentru intervenția în anumite cazuri de urgență (prim ajutor), în cadrul centrelor de permanență

Medicul de familie este furnizorul de îngrijiri de sănătate care coordonează și integrează serviciile medicale furnizate pacienților de către el însuși sau de către alți furnizori de servicii de sănătate. Cabinetul de medicină de familie poate desfășura următoarele activități: intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale; activități de medicină preventivă; activități medicale curative; activități de îngrijire la domiciliu; activități de îngrijiri paliative; activități de consiliere; alte activități medicale, în conformitate cu atestatele de studii complementare; activități de învățământ în specialitatea medicină de familie, în cabinetele medicilor instructori formatori; activități de cercetare științifică; activități de suport.

Serviciile medicale acordate de medicii de familie în cadrul centrelor de permanență se acordă tuturor persoanelor care le solicită, indiferent de statutul de asigurat al acestora, și sunt următoarele:

- asistență medicală în urgențele medico-chirurgicale (anamneză, examen clinic general, diagnostic, tratament) în limitele competenței medicului de familie și a posibilităților tehnice;
- asistență medicală curentă (anamneză, examen clinic general, diagnostic, tratament) în cazul afecțiunilor acute intercurrente și episoadelor acute ale afecțiunilor cronice;
- trimitere către alte specialități sau în vederea internării, în situațiile prevăzute care depășesc competențele medicului de familie;
- prescriere de medicamente în tratament ambulatoriu pentru afecțiunile acute, în condițiile normativelor în vigoare.

Acțiuni:

1. *Angajarea medicilor de familie în cadrul centrelor de permanență/elaborare contract colaborare;*
2. *Pregătirea medicilor angajați pentru intervenția în cazuri de urgență.*

5.1.4. Cursuri de specializare a personalului medical al spitalelor

Conform *Strategiei Naționale de Raționalizare a Spitalelor*, modelul educațional din sănătate are o performanță redusă, nici una dintre instituțiile medicale românești neaflându-se în primele 500 din lume, în nici unul dintre clasamentele importante existente. Tocmai din acest motiv se impune specializarea periodică a medicilor. Astfel, educația de bază obținută în mediul universitar trebuie completată, în permanență, de cursuri de specializare.

Acțiuni:

1. *Stabilirea cursurilor necesare pentru specializarea personalului medical din spitale;*
2. *Selectarea personalului medical participant la cursuri;*
3. *Organizarea cursurilor de specializare.*

5.1.5. Centru de educație și formare continuă în domeniul medical.

Conform legislației în vigoare, furnizorul de educație medicală continuă este o instituție sau o organizație cu specific educațional medical, ce asigură managementul formelor de educație medicală continuă. Tipurile de furnizori de EMC acreditați de Colegiul Medicilor din România sunt:

- Furnizorii de învățământ postuniversitar reprezentați de instituții de învățământ superior medical, respectiv de universități sau facultăți de medicină legal acreditate;
- Furnizorii de educație permanentă sau formare continuă, reprezentați de instituțiile de învățământ superior medical, de instituții cu rol de învățământ, de colegiile teritoriale, ce pot asigura managementul unui program de formare continuă medicală, precum și de alte organizații recunoscute de Colegiul Medicilor din România, în colaborare cu instituțiile de mai sus;
- Furnizorii de EMC la distanță, reprezentați de instituțiile de învățământ superior medical și de alte centre cu rol de formare la distanță, numai în colaborare cu o universitate sau facultate de medicină acreditată;
- Furnizorii de manifestări științifice reprezentați de Colegiile Medicilor, societățile și asociațiile medicale profesionale, instituțiile de învățământ superior medical, Ministerul Sănătății, Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului, Academia de Științe Medicale, institutele de cercetări medicale, Direcțiile de Sănătate Publică, precum și alți furnizori de EMC acreditați de Colegiul Medicilor din România;
- Editurile de carte medicală recunoscute de Colegiul Medicilor din România.

Acțiuni:

1. *Înființarea unui centru de atestare a personalului medico-sanitar;*
2. *Organizarea periodică de cursuri pentru atestarea personalului medico-sanitar;*
3. *Atestarea, formarea periodică a personalului din sistemul medical.*

Cadrul instituțional de realizare - propunere

Responsabili

Spitalele, medicii de familie, DSP;

Parteneri

administrațiile publice locale, Colegiul „Mihai Eminescu” Bacău, Universitatea „v. Alecsandri” Bacău, sectorul non-guvernamental, mediul de afaceri;

Durată

continuu (2012-2020)

Valoarea estimativă a investițiilor

2,6 milioane euro

Observație: aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieții din punct de vedere tehnic și al politicii de preț. De asemenea, un alt factor care poate influența costurile investițiilor este cadrul legislativ (din prisma dotărilor minime necesare).

Ținte cheie

- 1 centru de educație și formare continuă în domeniul medical acreditat la nivel județean până în anul 2020;
- îndeplinirea condițiilor referitoare la activitatea de dezvoltare a resurselor umane pentru clasificarea în categoria a II-a a unei unități spitalicești din județul Bacău, până în anul 2016;

Surse de finanțare existente

- Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Capacității Administrative – Axa Prioritară de Intervenție 2 - Îmbunătățirea calității și eficienței furnizării serviciilor publice, cu accentul pus pe procesul de descentralizare Domeniul Major de Intervenție 2.1. - Sprijin pentru procesul de descentralizare sectorială a serviciilor;
- Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane , Axa prioritară 3 – Creșterea adaptabilității lucrătorilor și a întreprinderilor, Domeniul Major de Intervenție 3.2. - Formare profesională și sprijin pentru întreprinderi și angajați pentru promovarea adaptabilității;
- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Credite;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene:* Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013:* Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030:* Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor* – Obiectiv general: Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013:* Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Recomandări:

Având în vedere importanța factorului uman în îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate, se recomandă ca unitățile de sănătate și administrațiile publice în a căror subordine se află acestea să sprijine activitățile de specializare a personalului medical.

Centrul de educație și formare continuă în domeniul medical este propus ca un parteneriat între Administrația Publică Locală (Primărie, CJ Bacău), Universitatea "V. Alecsandri" Bacău, Colegiul „Mihai Eminescu” Bacău și Serviciul Județean de Ambulanță Bacău, prin care să se asigure necesarul de specializare continuă și atestare periodică în domeniul medical (asistenți medicali generaliști, asistenți medicali de farmacie, ambulanțieri, paramedici etc.) al personalului instituțiilor și unităților de sănătate din județ, și nu numai. Se recomandă fructificarea oportunităților de finanțare nerambursabilă disponibile.

Direcția de acțiune 6. DEZVOLTAREA CAPACITĂȚII ADMINISTRATIVE

Context:

Din concluziile studiului în rândul stakeholderilor din sistemul de sănătate al județului Bacău a reieșit necesitatea înființării unei unități de management (direcție/serviciu) care să coordoneze furnizarea serviciilor de sănătate la nivelul județului și care să contribuie la îmbunătățirea colaborărilor între furnizorii de servicii medicale. Unitatea de management va funcționa ca un corp de specialiști, majoritatea din domeniul medical, care să evalueze în permanență sistemul de furnizare a serviciilor de sănătate și să reprezinte interfața dintre unitățile medicale și autoritățile publice. Evaluarea implementării Strategiei va intra, de asemenea, în responsabilitatea acestei structuri.

Sănătatea trebuie să reprezinte o prioritate pentru fiecare comunitate locală din județ, nu doar pentru cele care au în administrare unități medico-sanitare. Delegarea disproporționată a responsabilității de a susține financiar funcționarea unităților de sănătate nu este echitabilă (ex: Spitalul Orășenesc Onești primește fonduri doar de la Consiliul Local Onești cu toate că deservește întreaga zonă de sud-vest a județului etc.) în condițiile în care alocarea de la bugetul local pentru susținerea unui spital este costisitoare. O soluție pentru echilibrarea acestei situații și de sporire a bugetelor spitalelor (și a viitoarelor centre de permanență etc.) este asocierea administrațiilor publice locale, în baza Legii administrației publice locale nr. 215/2001, cu modificările ulterioare) cu scopul de a susține sistemul de furnizare a serviciilor de sănătate din județ sau din zonă. Varianta ideală este de a realiza o singură asociație la nivelul județului, din care să facă parte toate APL și care să contribuie financiar, prin constituirea unui fond județean, la bugetul sistemului de sănătate al județului (prin alocarea unui procent de minim 1% din bugetele locale ale UAT din județ se poate constitui un fond de cel puțin 2 milioane de euro anual!).

Piața serviciilor de sănătate va deveni, fără nicio îndoială, din ce în ce mai concurențială. Competitivizarea unităților medicale trebuie să se axeze pe furnizarea unor servicii medicale de înaltă calitate, bazându-se în special pe resursa umană medicală dar și pe dotările de specialitate și pe condițiile de tratament și internare. În acest sens, atragerea de venituri suplimentare, inclusiv din fonduri nerambursabile, trebuie să reprezinte o prioritate pentru managementul unităților de sănătate. La momentul redactării strategiei, niciunul dintre spitalele publice descentralizate din județul Bacău nu are în structura proprie o unitate specializată în atragerea de fonduri nerambursabile, majoritatea spitalelor considerând că este oportună participarea resurselor umane din structurile administrative la cursuri de specializare în acest domeniu.

Fundamentare:

În vederea creșterii autonomiei colectivităților locale prin transferul de noi responsabilități decizionale, precum și de resurse financiare și patrimoniale, cu respectarea principiului subsidiarității, reducerea cheltuielilor curente și creșterea transparenței în relația cu cetățenii și creșterea calității și accesului la servicii publice, Guvernul a stabilit ca principale direcții de acțiune descentralizarea administrativă, creșterea eficienței administrației publice locale și descentralizarea financiară.

În domeniul sănătății, Guvernul României și-a propus transferul competențelor privind administrarea unităților sanitare cu paturi și managementul asistenței medicale către autoritățile administrației publice locale sau județene, 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.

Una dintre recomandările principale formulate în documentul *Un Sistem Sanitar Centrat pe Nevoile Cetățeanului. Raportul Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România* este descentralizarea managementului spitalicesc și înființarea unor agenții spitalicești județene care să asigure coordonarea serviciilor spitalicești la nivel județean.

O trăsătură a sistemelor de sănătate bazate pe principiile pieței o constituie existența unui grad înalt de responsivitate a serviciilor față de nevoile în schimbare ale populației. Acesta este cel mai bine realizabil în condițiile în care deciziile operaționale sunt luate la un nivel cât mai apropiat de cel al furnizării serviciilor. Mai mult, magnitudinea deciziilor necesare în privința unor aspecte cum ar fi restructurarea bunurilor și serviciilor, implementarea programelor de îngrijire, încadrarea cu personal conform noilor modalități de îngrijire, etc., va face imposibilă avansarea strategiei în condițiile existenței în continuare a unui sistem centralizat de decizie operațional. Totuși, acest proces de descentralizare a responsabilității manageriale trebuie să fie însoțit de o îmbunătățire semnificativă a managementului serviciilor la nivel regional deoarece structurile de management actuale nu vor putea face față (lucru evident, fiindcă dacă actualele structuri ar fi avut această capacitate, nu ar mai fi existat necesitatea exprimată permanent de reformare a sistemului spitalicesc).

Totodată, raportul prezidențial propune reorganizarea sistemului cu descentralizarea organizațională și decizională. Două dintre principiile ce stau la baza realizării obiectivelor strategiei de sănătate se referă la plasarea pacientului - și a cetățeanului în general - în centrul sistemului de sănătate, împreună cu responsabilitatea decidenților în fața sa. Acest lucru presupune o schimbare majoră a mecanismelor decizionale și de responsabilitate, astfel încât decizia să poată fi luată cât mai aproape de locul unde sunt furnizate și utilizate serviciile de sănătate. În acest mod se asigură o mai bună adecvare la nevoile de sănătate ale populației concomitent cu responsabilizarea directă a celor ce iau deciziile în fața comunității. Concomitent structurile centrale, în special Ministerul Sănătății Publice, retrăgându-se din managementul de nivel local, se pot concentra pe funcțiile strategice, i.e. dezvoltarea de politici sectoriale, supravegherea și îndrumarea întregului sistem, incluzând activitățile din afara sistemului care au impact asupra stării de sănătate, ca și dezvoltarea mecanismelor și structurilor de cooperare intersectorială.

Măsura 6.1. Înființarea unităților de management a serviciilor de asistență medicală

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

<i>Prioritate 1</i> Asistența medicală primară	Înființarea unităților de management a serviciilor de asistență medicală va duce la eficientizarea serviciilor de asistență medicală primară prin monitorizarea permanentă a performanței acestora și formularea a măsuri de îmbunătățire și eliminare a deficiențelor.
<i>Prioritatea 3:</i> Serviciile medicale de urgență	Înființarea unităților de management a serviciilor de asistență medicală va duce la eficientizarea serviciilor medicale de urgență prin monitorizarea permanentă a performanței acestora și formularea a măsuri de îmbunătățire și eliminare a deficiențelor.

Acțiuni / proiecte

- 6.1.1. **Înființarea unor structuri dedicate pentru monitorizarea și evaluarea activității de asistență medicală furnizată populației;**

6.1.2. Specializarea resurselor umane care vor deservi unitățile înființate.

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

6.1.1. Înființarea unor structuri dedicate pentru monitorizarea și evaluarea activității de asistență medicală furnizată populației

Eficientizarea procesului de descentralizare a sistemului sanitar presupune și înființarea unor structuri dedicate pentru monitorizarea și evaluarea activității de asistență medicală furnizată populației. În prezent, *Proiectul de lege privind organizarea și funcționarea sistemului sanitar din România* propune reorganizarea și restructurarea direcțiilor actuale de sănătate publică, prin transferul unor atribuțiuni și a personalul calificat în exercitarea atribuțiilor transferate, într-o structură înființată și organizată la nivelul autorităților administrației publice teritoriale. Transferul atribuțiilor și personalului angajat pe funcții publice ale serviciului de control în sănătate publică din structura actuală ale direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, va permite, în cadrul procesului de descentralizare, întărirea capacității de protejare a cetățenilor și siguranței sociale din teritoriul administrativ în responsabilitatea administrației publice teritoriale

Acțiuni

1. *Elaborarea reglementărilor legale;*
2. *Înființarea și organizarea unei structuri la nivel județean.*

6.1.2. Specializarea resurselor umane care vor deservi unitățile înființate

Ulterior înființării unei structuri dedicate pentru monitorizarea și evaluarea activității de asistență medicală furnizată populației este necesară specializarea resurselor umane ce vor deservi aceste unități proaspăt înființate.

Acțiuni

1. *Angajarea prin concurs a resurselor umane ce vor activa în structurile dedicate pentru monitorizarea și evaluarea activității de asistență medicală furnizată populației;*
2. *Specializarea resurselor umane.*

Cadrul instituțional de realizare - propunere

Responsabili

Administrațiile publice locale care au în administrare unități spitalicești

Parteneri

DSP, spitalele;

Durată

2012

Valoare estimativă a investițiilor

50.000 euro

Observație: aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieții din punct de vedere tehnic și al politicii de preț. De asemenea, un alt factor care poate influența costurile investițiilor este cadrul legislativ (din prisma dotărilor minime necesare).

Ținte cheie

- 6 unități de management a serviciilor de asistență medicală înființate în județul Bacău, în anul 2012.

Surse de finanțare existente

- Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Capacității Administrative – Axa Prioritară de Intervenție 2 - Îmbunătățirea calității și eficienței furnizării serviciilor publice, cu accentul pus pe procesul de descentralizare Domeniul Major de Intervenție 2.1. - Sprijin pentru procesul de descentralizare sectorială a serviciilor;
- Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane , Axa prioritară 3 – Creșterea adaptabilității lucrătorilor și a întreprinderilor, Domeniul Major de Intervenție 3.2. - Formare profesională și sprijin pentru întreprinderi și angajați pentru promovarea adaptabilității;
- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Credite;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene:* Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013:* Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030:* Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor –* Obiectiv general: Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013:* Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Măsura 6.2. Asocierea APL pentru susținerea serviciilor locale de sănătate

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritate 1

Asistența medicală primară

Asocierea APL pentru susținerea serviciilor locale de sănătate poate contribui la dezvoltarea asistenței medicale primare prin propunerea și implementarea unor proiecte în acest sens.

Prioritate 2

Activitate de prevenție

Asocierea APL pentru susținerea serviciilor locale de sănătate poate contribui la dezvoltarea activităților de prevenție prin propunerea și implementarea unor proiecte în acest sens.

Prioritatea 3:

Serviciile medicale de urgență

Asocierea APL pentru susținerea serviciilor locale de sănătate poate contribui la dezvoltarea serviciilor medicale de urgență prin propunerea și implementarea unor proiecte în acest sens.

Acțiuni / proiecte

6.2.1. Mobilizarea factorilor implicați (administrațiile publice, unitățile de sănătate, medicii de familie);

6.2.2. Înființarea asociațiilor locale/zonale/județene;

6.2.3. Stabilirea unui mecanism concret de sprijinire a serviciilor locale de sănătate.

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

6.2.1. Mobilizarea factorilor implicați (administrațiile publice, unitățile de sănătate, medicii de familie)

Conform Legii administrației publice locale, autoritățile administrației publice locale au dreptul ca, în limitele competențelor lor, să coopereze și să se asocieze cu alte autorități ale administrației publice locale din țară sau din străinătate, în condițiile legii.

Pentru protecția și promovarea intereselor lor comune autoritățile administrației publice locale au dreptul de a adera la asociații naționale și internaționale, în condițiile legii. Autoritățile administrației publice locale pot încheia între ele acorduri și pot participa, inclusiv prin alocare de fonduri, la inițierea și la realizarea unor programe de dezvoltare regională, în condițiile legii.

Acțiuni:

1. *Realizarea unui plan de comunicare cu autoritățile publice locale, privind necesitățile identificate și legislația în vigoare;*
2. *Realizarea unor evenimente comune (dezbateri), cu participarea factorilor interesați, pentru prezentarea problematicii înființării unor asocieri APL pentru susținerea serviciilor locale de sănătate.*

6.2.2. Înființarea asociațiilor locale/zonale/județene

Potrivit legislației în vigoare, Consiliul Local/Consiliul Județean;

- hotărăște cooperarea sau asocierea cu persoane juridice române sau străine, cu organizații neguvernamentale și cu alți parteneri sociali, în vederea finanțării și realizării în comun a unor acțiuni, lucrări, servicii sau proiecte de interes public local; hotărăște înfrățirea comunei sau orașului cu unități administrativ-teritoriale similare din alte țări;
- hotărăște, în condițiile legii, cooperarea sau asocierea cu alte autorități ale administrației publice locale din țară sau din străinătate, precum și aderarea la asociații naționale și internaționale ale autorităților administrației publice locale, în vederea promovării unor interese comune.

Acțiuni:

1. *Înființarea asociațiilor locale/zonale/județene;*
2. *Stabilirea regulamentului de funcționare.*

6.2.3. Stabilirea unui mecanism concret de sprijinire a serviciilor locale de sănătate

Ulterior înființării asociațiilor locale/zonale/județene trebuie stabilit un mecanism concret de sprijinire a serviciilor locale de sănătate. Acesta trebuie armonizat cu legislația în vigoare de la nivel național și european.

Acțiuni:

1. *Elaborare plan de sprijinire a serviciilor locale de sănătate.*

Cadrul instituțional de realizare - propunere

Responsabili

administrațiile publice locale din județul Bacău;

Parteneri

CJ, spitalele, DSP, Colegiul Medicilor, CAS, Grupurile de Acțiune Locală din județul Bacău

Durăță

2012-2013

Valoare estimativă a investițiilor

30.000 euro

Observație: aceste bugete sunt estimative, unele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieței din punct de vedere tehnic și al politicii de preț. De asemenea, un alt factor care poate influența costurile investițiilor este cadrul legislativ (din prisma dotărilor minime necesare).

Ținte cheie

- minim o asociație APL înființată;
- îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate județean prin sprijin din partea tuturor comunităților locale;

Surse de finanțare existente

- Bugetul local;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene:* Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013:* Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030:* Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor* – Obiectiv general: Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013:* Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Recomandare: Asocierea unităților administrativ teritoriale trebuie să urmărească amplasarea geografică, caracteristicile (problemele) comune ale sistemului local de sănătate și amplasarea unităților de sănătate care deserveșc teritoriul. Se recomandă a se avea în vedere trei variante (în funcție de consensul local): (1) înființarea unei singure asociații județene sau (2) înființarea a 4 astfel de asociații: Nord Vest (Valea Muntelui, Moinești etc.), Nord-Est (Buhuși, Bacău etc.), Sud-Est (Podu Turcului, Horgești, Răchitoasa etc) și Sud-Vest (Onești, Tg. Ocna, Căiuți etc.) sau (3) asocierea localităților arundate centrelor medicale de permanență care vor fi înființate, cu scopul sprijinirii funcționării acestora.

Măsura 6.3. Specializarea structurilor administrative ale unităților de sănătate

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

<i>Prioritate 1</i> Asistența medicală primară	Specializarea structurilor administrative ale unităților de sănătate poate contribui la dezvoltarea asistenței medicale primare prin pregătirea personalului managerial și executiv din cadrul acestor unități.
<i>Prioritate 2</i> Activitate de prevenție	Specializarea structurilor administrative ale unităților de sănătate poate contribui la dezvoltarea activităților de prevenție prin pregătirea personalului managerial și executiv în vederea elaborării și implementării de proiecte de prevenție la nivel județean.
<i>Prioritatea 3:</i> Serviciile medicale de urgență	Specializarea structurilor administrative ale unităților de sănătate poate contribui la dezvoltarea serviciilor medicale de urgență prin pregătirea personalului managerial și executiv din cadrul acestor unități.

Acțiuni / proiecte

6.3.1. Participarea personalului structurilor administrative la cursuri de specializare și perfecționare pentru îmbunătățirea capacității de dezvoltare, atragere și implementare a proiectelor cu finanțare europeană nerambursabilă;

6.3.2. Participarea personalului managerial la cursuri de specializare și perfecționare.

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

6.3.1. Participarea personalului structurilor administrative la cursuri de specializare și perfecționare pentru îmbunătățirea capacității de dezvoltare, atragere și implementare a proiectelor cu finanțare europeană nerambursabilă

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). În perioada de programare 2007-2013 unul dintre programele care a oferit finanțare nerambursabilă unităților spitalicești a fost Programul Operațional Regional, Axa 3 "Îmbunătățirea infrastructurii sociale", domeniul de intervenție, 3.1. "Reabilitarea/ modernizarea/ echiparea infrastructurii serviciilor de sănătate". Până la sfârșitul anului 2011, un singur spital din Bacău a primit finanțare prin intermediul acestui program, Spitalul Municipal de Urgență Moinești, care a finalizat cu succes un proiect de modernizare a ambulatoriului integrat și achiziționarea de echipamente pentru dotarea acestuia, în valoare de aproximativ 1,25 milioane euro.

Acțiuni:

1. *Selectarea personalului în vederea participării la cursuri de specializare și perfecționare;*
2. *Participarea personalului structurilor administrative la cursuri de specializare și perfecționare pentru îmbunătățirea capacității de dezvoltare, atragere și implementare a proiectelor cu finanțare europeană nerambursabilă.*

6.3.2. Participarea personalului managerial la cursuri de specializare și perfecționare

Formarea profesională a salariaților se poate realiza prin următoarele forme: participarea la cursuri organizate de către angajator sau de către furnizorii de servicii de formare profesională din țară sau din străinătate; stagii de adaptare profesională la cerințele postului și ale locului de muncă; stagii de practică și specializare în țară și în străinătate; ucenicie organizată la locul de muncă; formare individualizată; alte forme de pregătire convenite între angajator și salariat.

În domeniul sanitar este necesară participarea periodică a personalului managerial la cursuri de specializare și perfecționare.

Acțiuni:

1. *Selectarea personalului în vederea participării la cursuri de specializare și perfecționare;*
2. *Participarea personalului managerial la cursuri de specializare și perfecționare.*

Cadrul instituțional de realizare - propunere

Responsabili

- Unitățile de sănătate;

Parteneri

CJ Bacău, administrațiile publice locale din județul Bacău;

Durată

2012-2015

Valoare estimativă a investițiilor

72.000 euro (aproximativ 500 de euro / persoană / an)

***Observație:* aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieții din punct de vedere tehnic și al politicii de preț.**

Ținte cheie

- 24 de beneficiari ai cursurilor de specializare în domeniul proiectelor cu finanțare europeană (câte 2 persoane din fiecare spital descentralizat, câte 2 persoane din cadrul autorității publice aferente);
- 12 beneficiari ai cursurilor de specializare și perfecționare în domeniul managementului serviciilor publice de sănătate (câte 2 persoane din fiecare spital descentralizat);

Surse de finanțare existente

- Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Capacității Administrative – Axa Prioritară de Intervenție 2 - Îmbunătățirea calității și eficienței furnizării serviciilor publice, cu accentul pus pe procesul de descentralizare Domeniul Major de Intervenție 2.1. - Sprijin pentru procesul de descentralizare sectorială a serviciilor;
- Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane , Axa prioritară 3 – Creșterea adaptabilității lucrătorilor și a întreprinderilor, Domeniul Major de Intervenție 3.2. - Formare profesională și sprijin pentru întreprinderi și angajați pentru promovarea adaptabilității;
- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Credite;

- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene*: Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013*: Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030*: Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor* – Obiectiv general: Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013*: Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Recomandare: Pentru următoarea perioadă de programare (2014-2020) nu este cunoscută încă disponibilitatea finanțărilor pentru domeniul medical din România care necesită investiții importante în infrastructură, dotări etc. Totuși, se recomandă ca la nivelul unităților din sistemul medical să specializeze câte un corp de specialiști din structura administrativă proprie care să pregătească și să implementeze potențialele proiecte cu finanțare europeană.

Dirrecția de acțiune 7. DEZVOLTAREA SISTEMULUI MEDICAL DE URGENȚĂ

Context:

Serviciile medicale de urgență sunt o prioritate a sistemului județean de sănătate din județul Bacău. Pentru perioada următoare, trebuie dezvoltată rețeaua de centre de ambulanță, prin înființarea unor stații în zonele cu accesibilitate redusă, suplimentarea numărului de resurse umane și dotarea corespunzătoare a stațiilor. Scopul acestor măsuri este de a reduce timpul de intervenție în situații de urgență medicală, contribuind semnificativ la creșterea speranțelor de viață. În același sens, este oportună dezvoltarea infrastructurii pentru transportul pacienților cu elicopterul, mai ales pentru situațiile în care se impune transportul la/de la o distanță considerabilă. Telemedicina este, de asemenea, un instrument care îmbunătățește capacitatea de reacție specializată în situații de urgență.

Fundamentare:

Conform *Ordinului 2021/691 din 12 decembrie 2008*, pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, modificat prin *Ordinul 56/2011*, acordarea asistenței medicale publice de urgență la nivel prespitalicesc este asigurată de:

- Serviciile de ambulanță județene, prin echipaje medicale de urgență și echipaje de consultații de urgență la domiciliu
- Inspectoratele pentru Situații de Urgență în colaborare cu spitalele județene, Inspectoratul de Aviație din cadrul Ministerului Internelor și Reformei Administrative, precum și cu autoritățile publice locale după caz, prin: echipaje integrate de terapie intensivă mobilă și echipaje aeriene și navale de salvare.

La nivel prespitalicesc, asistența medicală de urgență este organizată sub forma serviciilor județene sau regionale publice, cu stații centrale și stații sau puncte de lucru, după caz, organizate la nivel urban și rural. În mediul urban, asistența medicală de urgență este organizată după cum urmează:

- Stație centrală sau stație în cazul serviciului de ambulanță, având echipaj/echipaje medicale de urgență și echipaj/echipaje de consultații la domiciliu.
- Stațiile serviciilor de ambulanță sunt organizate în două compartimente în conformitate cu prevederile legale fiind permis ca în cadrul unei stații să funcționeze doar echipaje medicale de urgență și/sau de consultații de urgență la domiciliu, dar, în același timp este interzis ca în cadrul unei stații să funcționeze doar echipaje de transport sanitar cu ambulanțe tip A1 sau A2.
- Echipajele de prim ajutor calificat, integrate organic în subunitățile de intervenție ale serviciilor de urgență profesionale, subordonate Inspectoratului General pentru Situații de Urgență, în cazul SMURD.
- Echipajele de terapie intensivă mobilă, inclusiv echipajele de medicină de urgență, organizate la nivelul inspectoratelor pentru situații de urgență județene, în cazul SMURD.

În mediul rural, asistența medicală de urgență este organizată, după cum urmează:

- Stație sau punct de lucru în cazul serviciului de ambulanță, deținând cel puțin un echipaj medical de urgență funcțional în regim continuu utilizând ambulanțe tip B sau C2 în conformitate cu prevederile legale în vigoare.
- Stație sau punct de lucru în cazul serviciului de ambulanță, deținând cel puțin un echipaj de consultații de urgență la domiciliu
- Domiciliu funcțional, fiind interzis ca o stație a unui serviciu de ambulanță să funcționeze cu echipaje de transport sanitar fără cel puțin un echipaj medical de urgență sau de consultații de urgență la domiciliu, concomitent în cadrul aceleiași stații.
- Echipajele de prim ajutor calificat, care să fie constituite fie ca puncte de lucru independente, fie aparținând unor subunități din cadrul inspectoratelor pentru situații de urgență județene și sunt dislocate în alte localități decât cele în care acestea își au sediul, în cazul SMURD.

Intervenția integrată la urgențele medicale în faza prespitalicească este asigurată concomitent, succesiv sau independent, la următoarele nivele:

- Primul-ajutor calificat, asigurat de echipaje cu instruire specifică în primul ajutor calificat.
- Consultațiile de urgență la domiciliu, asigurate de medici de medicină generală, medici în specialitățile: medicină internă, pediatrie și medici rezidenți începând cu anul III de pregătire în specialitățile menționate cu acordul directorului sau coordonatorului de programe sub coordonarea dispeceratelor medicale ale serviciilor publice de ambulanță sau a dispeceratelor integrate acolo unde există.
- Asistența medicală de urgență la nivel de echipaj condus de un asistent medical cu pregătire specifică în acordarea asistenței medicale de urgență.
- Asistența medicală de urgență la nivel de echipaj condus de medic cu competența/atestat în medicina de urgență, sau de medic specialist sau primar în medicina de urgență fără loc de muncă într-o unitate de primiri urgențe.
- Terapia intensivă mobilă la nivel de medic rezident începând cu anul III/medic specialist sau primar în medicina de urgență sau anestezie terapie intensivă cu loc de muncă de bază în cadrul unui spital.

Personalul care participă la acordarea asistenței publice integrate de urgență prespitalicească, la toate nivelurile ei, include următoarele categorii: Medici cu specialitatea medicină de urgență; Medici cu specialitatea anestezie terapie intensivă; Medici cu competența/atestat în medicina de urgență prespitalicească; Medici de familie sau de medicină generală; Medici rezidenți în specialitatea medicină de urgență, sau anestezie terapie intensivă începând cu semestrul II al anului III de pregătire, cu acordul directorului sau coordonatorului programului de rezidențiat.; Medici rezidenți în specialitatea medicină de familie și medicină internă începând cu semestrul I din anul III de pregătire cu acordul directorului sau coordonatorului programului de rezidențiat; Asistenți medicali cu atestate/cursuri în acordarea asistenței medicale de urgență; Personal paramedical cu instruire specifică în domeniul acordării primului ajutor calificat și al asistenței medicale de urgență în echipă; Ambulanțieri cu instruire specifică în acordarea primului ajutor de bază și al asistenței medicale de urgență în echipă; Voluntari cu instruire specifică în acordarea asistenței medicale de urgență și a primului ajutor calificat în echipă.

La nivel spitalicesc, asistența medicală publică de urgență este asigurată la nivelul spitalelor județene de urgență, a spitalelor municipale și orașenești la nivelul de competență al fiecărui spital până la stabilizarea pacientului și asigurarea, inclusiv, a tratamentului definitiv al acestuia, sau până la stabilizarea și organizarea transferului acestuia la o unitate sanitară cu competența necesară asigurării tratamentului definitiv cazului respectiv.

Măsura 7.1. Dezvoltarea rețelei de centre de ambulanță

Rezumat fișă de măsură

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritatea 3:

Serviciile medicale de urgență

Dezvoltarea rețelei de centre de ambulanță va duce la îmbunătățirea serviciilor medicale de urgență prin reducerea timpului de intervenție și îmbunătățirea infrastructurii și dotărilor existente în substațiile de ambulanță

Acțiuni / proiecte

7.1.1. Suplimentarea numărului de substații de ambulanță;

7.1.2. Reabilitarea sediilor substațiilor de ambulanță existente;

7.1.3. Dotarea corespunzătoare a serviciului de ambulanță.

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

7.1.1. Suplimentarea numărului de stații de ambulanță

Conform *Ordinului 2021/691 din 12 decembrie 2008*, pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, modificat prin Ordinul 56/2011, stația a serviciului public de ambulanță este unitatea în care își are baza cel puțin un echipaj medical de urgență. Stațiile serviciilor de ambulanță sunt deservite de echipajele medicale de urgență, ele putând avea și echipaje de transport sau de consultații după caz.

În prezent, Serviciul de Ambulanță Județean Bacău 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. Este, însă, necesară suplimentarea numărului de stații cu cel puțin 7 unități astfel încât întreg teritoriul județului să fie deservit corespunzător, indiferent de relief sau calitatea infrastructurii rutiere.

Acțiuni:

1. *Identificarea localităților oportune pentru înființarea stațiilor;*
2. *Înființarea unui număr de 7 stații de ambulanță: construirea/amenajarea spațiilor necesare;*
3. *Achiziționarea aparaturii, echipamentelor, etc. necesare pentru intervențiile în situații de urgență;*
4. *Angajarea personalului specializat.*

7.1.2. Reabilitarea sediilor stațiilor de ambulanță existente

În prezent, Serviciul de Ambulanță Județean Bacău a semnalat existența mai multor probleme de funcționare ale acestui serviciu, între care condițiile de desfășurare a activității (stațiile din teritoriu sunt închiriate, lipsa fondurilor pentru amenajarea corespunzătoare a spațiilor necesare) reprezintă o carență importantă.

Acțiuni:

1. *Reabilitarea infrastructurii de clădiri;*
2. *Reabilitarea infrastructurii tehnico-edilitare;*
3. *Reabilitarea infrastructurii de acces în sediile stațiilor de ambulanță.*

7.1.3. Dotarea corespunzătoare a serviciului de ambulanță

O altă problemă întâmpinată de stațiile Serviciului de Ambulanță Județean Bacău este reprezentată de dotările existente: ambulanțe vechi și insuficiente ca număr – există un necesar de încă 31 de ambulanțe, plus schimbarea celor care trebuie casate.

Mijloacele specifice de intervenție destinate asistenței medicale de urgență și de transport sanitar:

- ambulanță tip C1, C2, B1 - ambulanță destinată intervenției medicale de urgență la cel mai înalt nivel și transportului medical asistat al pacientului critic;
- ambulanță tip B2 - ambulanță destinată intervenției de urgență și transportului medical asistat al pacienților;

- ambulanțe tip A1, A2 - ambulanțe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienți (A2).

Este interzisă utilizarea echipajelor de tip A1 și A2 din structura serviciilor publice de ambulanță ca echipaje de urgență cu excepția următoarelor situații: nu există nici un echipaj de prim ajutor calificat sau echipaj medical de urgență disponibil pentru a interveni în timp util; accident colectiv care necesită intervenția mai multor echipaje iar capacitatea de intervenție a serviciilor de urgență prespitalicească este depășită; accident sau incident care implică mai multe persoane care necesită transport nemedicalizat. Trimiterea excepțională a unui echipaj tip A la un caz de urgență este urmată în mod obligatoriu de trimiterea unui echipaj de prim ajutor calificat sau/și un echipaj medical de urgență.

Acțiuni:

1. Achiziționarea de noi ambulanțe;
2. Casarea ambulanțelor vechi existente.

Cadrul instituțional de realizare - propunere

Responsabili

Serviciul de Ambulanță Județean, SMURD;

Parteneri

Administrațiile publice locale, sectorul non-guvernamental

Durata

2012-2013

Valoarea estimativă a investițiilor

1,8 milioane euro

Observație: aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieții din punct de vedere tehnic și al politicii de preț.

Ținte cheie

- Timp de intervenție a ambulanței (minim 75% din cazuri):
 - 12 minute în mediul urban
 - 20 de minute în mediul rural
- 7 stații de ambulanță înființate;
- 2 unități SMURD înființate;

Surse de finanțare existente

- Programul Operațional Regional, Axa prioritară 3 – Îmbunătățirea infrastructurii sociale, Domeniul Major de Intervenție 3.3. - Îmbunătățirea dotării cu echipamente a bazelor operaționale pentru intervenții în situații de urgență;
- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;

- Credite;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene*: Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013*: Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030*: Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor* – Obiectiv general: Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013*: Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Recomandare: Administrația Publică Locală poate sprijini înființarea de noi puncte de plecare pentru ambulanță și reabilitarea sediilor celor existente prin punerea la dispoziție a spațiilor necesare (acolo unde este cazul), suportarea anumitor cheltuieli de funcționare, suportarea anumitor investiții etc. Pentru a îmbunătăți colaborarea din sistem și pentru a eficientiza utilizarea resurselor financiare, se recomandă ca punctele de plecare ale ambulanței să utilizeze infrastructuri comune cu viitoarele centre de permanență ale medicilor de familie.

Notă: Amplasarea punctelor de ambulanță și SMURD necesare sunt prezentate în Anexa 3.

Măsura 7.2. Heliporturi pentru deservirea spitalelor de urgență

Rezumat fișă de măsură

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritatea 3: Dezvoltarea de heliporturi pentru deservirea spitalelor de urgență va duce la
Serviciile medicale de urgență îmbunătățirea serviciilor medicale de urgență prin reducerea timpului de intervenție, în special în cazurile de urgență majoră

Acțiuni / proiecte

7.2.1. Obținerea avizelor necesare;

7.2.2. Realizarea pistelor de aterizare.

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

7.2.1. Obținerea avizelor necesare

Conform Ordinului nr. 247/2009 pentru aprobarea Reglementării aeronautice civile române privind proiectarea și exploatarea tehnică a heliporturilor – RACR-AD-PETH, heliportul este aria de teren situată la nivelul solului sau în terase, utilizată în scopul aterizării și decolării elicopterelor; această arie poate cuprinde amenajări utile exploatarei

elicopterelor, arii de staționare, încărcare, descărcare, așteptare, pregătirea decolării, alimentare cu carburanți și echipament de întreținere. Heliporturilor pot fi de două categorii:

- Heliporturi de suprafață – heliport situat pe sol sau pe apă;
- Heliporturi în terase – heliport situat pe o structură ridicată pe pământ;

Acțiuni:

1. *Întocmire documentații*
2. *Obținere avize Autoritatea Aeronautică Civilă Română (AACR).*

7.2.2. Realizarea pistelor de aterizare

Aerodromurile și heliporturile înregistrate pot funcționa numai dacă dețin un certificat de înregistrare emis de Regia Autonomă "Autoritatea Aeronautică Civilă Română". Semnalizările la sol și marcajele folosite pe aerodromurile și heliporturile înregistrate trebuie să respecte prevederile aplicabile ale reglementării aeronautice civile române RACR - RA privind regulile aerului.

Detalierea planului de acțiune

1. *Construcție pistă, cale de rulaj, etc.;*
2. *Realizarea marcajelor și balizelor necesare;*
3. *Illuminarea pistei și realizarea de marcaje luminoase (far de heliport);*

Cadrul instituțional de realizare - propunere

Responsabili

Spitalul Municipal de Urgență Moinești, Spitalul Municipal Onești, Spitalul Județean de Urgență Bacău;

Parteneri

CJ Bacău, administrațiile publice locale, ISU Bacău, Autoritatea Aeronautică Română, SMURD

Durata

2012-2014

Valoarea estimativă a investițiilor

600.000 euro (aproximativ 200.000 euro / aerodrom)

Observație: aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieții din punct de vedere tehnic și al politicii de preț. De asemenea, un alt factor care poate influența costurile investițiilor este cadrul legislativ (din prisma dotărilor minime necesare).

Ținte cheie

- 3 heliporturi funcționale pentru deservirea spitalelor de urgență Bacău, Onești și Moinești până în anul 2014

Surse de finanțare existente

- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Credite;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene*: Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013*: Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030*: Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor – Obiectiv general*: Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013*: Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Recomandare: Spitalul Municipal Moinești se află deja într-un stadiu avansat al realizării heliportului. La momentul elaborării strategiei, investiția așteaptă avizul Autorității Aeronautice Române. Se recomandă implicarea factorilor politici și administrativi pentru promovarea necesității realizării acestor investiții.

Măsura 7.3. Dezvoltarea serviciilor medicale de urgență

Rezumat fișă de măsură

Coerența cu Strategia de reformare a sistemului public de sănătate din județul Bacău

Prioritatea 3: Această măsură va duce la îmbunătățirea serviciilor medicale de urgență prin reducerea timpului de intervenție, reducerea numărului de pacienți/medic și modernizarea aparatului medical.

Acțiuni / proiecte

- 7.3.1. Dezvoltarea secțiilor ATI;
- 7.3.2. Dezvoltarea Compartimentului de Primiri Urgențe al Spitalului Municipal Onești;
- 7.3.3. Completarea gărzilor medicale cu resursele umane necesare;
- 7.3.4. Completarea sistemelor de monitorizare a funcțiilor vitale din secțiile ATI;
- 7.3.5. Implementarea sistemului de telemedicină la Spitalul Municipal Onești și Spitalul Județean de Urgență Bacău.

Fundamentarea acțiunilor / proiectelor

7.3.1. Dezvoltarea secțiilor ATI

Conform *Ordinul 1500 din 24 noiembrie 2009 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare*, prin sintagma anestezie și terapie intensivă se înțelege specialitatea medicală care asigură:

- condițiile necesare pentru desfășurarea actului chirurgical, îngrijirea peri-operatorie și terapia durerii, alte proceduri diagnostice și/sau terapeutice, prin mijloace farmacologice și tehnice specifice;
- suportul indispensabil pacientului critic pentru evaluarea și tratamentul disfuncțiilor și/sau leziunilor acute de organ care amenință viața.

Terapia intensivă cuprinde: diagnosticul, prevenirea și tratamentul tuturor insuficiențelor acute ale funcțiilor vitale. Măsurile specifice de tratament se adresează pacienților cărora le este amenințată imediat viața.

Secțiile/compartimentele ATI din unitățile sanitare cu paturi funcționează în spații special destinate și amenajate, care să permită izolarea eficientă a componentei cu paturi a secției - de restul circuitelor -, inclusiv de unitatea primire urgențe, blocul operator, unitatea de transfuzie sanguină sau stația centrală de sterilizare.

Acțiuni:

1. *Achiziționarea de mobilier medical: paturi de terapie intensivă, paturi de terapie intermediară/îngrijire postoperatorie, paturi de supraveghere post-anestezică.*
2. *Achiziționarea de aparatură medicală.*

7.3.2. Dezvoltarea Compartimentului de Primiri Urgențe al Spitalului Municipal Onești

Potrivit legislației în vigoare, compartimentul de primire urgențe (CPU) este secția aflată în structura unui spital orășenesc, municipal sau în structura spitalelor aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, cu personal propriu, special pregătit, destinată triajului, evaluării și tratamentului de urgență ale pacienților cu afecțiuni acute care se prezintă la spital spontan sau care sunt transportați de ambulanțe. CPU sunt organizate astfel încât să fie posibile primirea, trierea, investigarea de bază, stabilizarea și aplicarea tratamentului de urgență majorității pacienților sosiți cu ambulanțele sau cu mijloacele proprii de transport, fiind necesară organizarea transferului unor pacienți care necesită investigații complexe și tratament definitiv de urgență la un spital de categorie superioară din județul respectiv sau din alt județ.

CPU au următoarele spații minime funcționale organizate și dotate în conformitate cu dispozițiile legii:

- spațiul de primire/triaj a/al pacienților;
- biroul de informare/documentare al CPU;
- camera de resuscitare;
- spațiul pentru evaluare și tratament imediat;
- salon de observație;
- spațiul pentru ghipsare/pregătirea atelelor ghipsate;
- spații de depozitare;
- spații de așteptare;
- spațiul de igienizare/deparazitare;
- spații administrative.

Acțiuni:

1. *Reabilitarea/modernizarea compartimentului;*
2. *Achiziționarea de mobilier medical;*
3. *Achiziționarea de aparatură medicală.*

7.3.3. Completarea gărzilor medicale cu resursele umane necesare

Conform *Ordinului nr.870 din 1 iulie 2004 al ministrului sănătății pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar*, continuitatea asistenței medicale se asigură prin serviciul de gardă. Numărul liniilor de gardă prin care se asigură continuitatea asistenței medicale se

determină pe tipuri de unități sanitare, iar repartitia pe specialități clinice se face de conducerea fiecărei unități publice cu personalitate juridică.

Numărul liniilor de gardă se determină în mod diferențiat, pe tipuri de unități sanitare, în funcție de numărul de paturi aprobat prin ordinul de structură, după cum urmează:

- spitale universitare - o linie de gardă la 40 de paturi;
- institute și centre medicale clinice care desfășoară asistență medicală de urgență în profil cardiologie, cardiovascular și cerebrovascular și spitale clinice de urgență - o linie de gardă la 60 de paturi;
- spitale clinice județene de urgență, spitale județene de urgență, spitale clinice județene și spitale de urgență - o linie de gardă la 70 de paturi;
- spitale clinice, spitale județene și spitale de pediatrie și obstetrică-ginecologie - o linie de gardă la 80 de paturi;
- institute și centre medicale clinice, spitale municipale și orașenești - o linie de gardă la 90 de paturi;
- institute și centre medicale clinice de specialitate, spitale clinice de specialitate, spitale de specialitate - o linie de gardă la 150 de paturi;
- spitale comunale, centre medicale altele decât cele clinice, sanatorii - o linie de gardă pe unitate, indiferent de numărul de paturi.

Acțiuni:

1. *Identificarea secțiilor/specializărilor unde este necesară complementarea gărzilor medicale;*
2. *Suplimentarea gărzilor medicale cu resurse umane.*

7.3.4. Completarea sistemelor de monitorizare a funcțiilor vitale din secțiile ATI

Terapia Intensivă (TI) reprezintă nivelul cel mai ridicat de îngrijire dintr-o unitate sanitară cu paturi. Este partea distinctă din cadrul componentei cu paturi a secției/ compartimentului ATI, destinată preluării, monitorizării, tratamentului și îngrijirii pacienților care prezintă deja sau sunt susceptibili de a dezvolta insuficiențe organice acute multiple: cardio-circulatorie, respiratorie, renală etc., care amenința prognosticul vital.

Pacienții îngrijiți în TI necesită o îngrijire specializată și utilizarea prelungită a metodelor de supleare a acestor funcții și organe precum: suport hemodinamic, suport ventilator, epurare extrarenala etc.

Sistemele de urmărire (monitorizare) a pacientului și a aparatului de anestezie sunt diferențiate în funcție de complexitatea chirurgiei practicate în concordanță cu nivelul aparatului de anestezie. Baremul minim pe care trebuie să îl îndeplinească orice post de anestezie în materie de monitorizare a funcțiilor vitale și a aparatului de anestezie: electrocardioscop, puls oximetru, presiune arterială non-invasivă, temperatură, debitmetre pentru oxigen, aer, N₂O, capnograf, analizor de vapori anestezici, măsurarea și afișarea concentrației inspiratorii de oxigen, volum curent, frecvența, volum minut, presiune în căile aeriene, alarme.

Acțiuni:

1. *Achiziționarea și montarea de sisteme de monitorizare a funcțiilor vitale din secțiile ATI;*
2. *Instruirea personalului medico-sanitar în utilizarea sistemelor.*

7.3.5. Implementarea sistemului de telemedicină la Spitalul Municipal Onești și Spitalul Județean de Urgență Bacău

Conform, *Comunicării Comisiei către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor privind telemedicina și beneficiile sale pentru pacienți, pentru sistemele de sănătate și pentru societate,*

telemedicina – furnizarea de la distanță a serviciilor medicale – poate contribui la îmbunătățirea calității vieții cetățenilor europeni, atât pacienți cât și cadre medicale, oferind în același timp posibilitatea de a răspunde provocărilor cu care se confruntă sistemele de sănătate. Telemedicina înseamnă furnizarea de servicii de asistență medicală, bazată pe utilizarea TIC, în situații în care cadrul medical și pacientul (sau două cadre medicale) se află în locații diferite. Aceasta presupune transmiterea în siguranță a datelor și informațiilor medicale, sub formă de text, sunet, imagine sau în alte formate necesare pentru prevenirea, diagnosticarea, tratarea și urmărirea pacienților.

În prezent rețeaua națională de telemedicină cuprinde două centre de comandă, la Spitalul Clinic de Urgență București Floreasca și la Spitalul Clinic Județean Târgu Mureș și 56 de spitale din 19 județe. Astfel, medicii de la cele două centre de comandă oferă suport medical în timp real la oricare dintre spitalele din țară și urmăresc pulsul pe monitorul de semne vitale, rata respiratorie, EKG-ul, pulsul-oximetrie, CO₂ și tensiunea arterială ale pacienților.

Acțiuni:

1. *Achiziționarea aparaturii necesare în vederea implementării sistemului de telemedicină;*
2. *Instruirea personalului medico-sanitar.*

Cadrul instituțional de realizare - propunere

Responsabili

Spitalul Municipal de Urgență Moinești, Spitalul Municipal Onești, Spitalul Județean de Urgență Bacău;

Parteneri

CJ Bacău, Administrațiile publice locale, Ministerul Sănătății, parteneri privați

Durata

2012-2016

Valoarea estimativă a investițiilor

- 2,4 milioane euro, din care:
- SMU Moinești: 700.000 euro;
 - SM Onești: 665.000 euro;
 - SJU Bacău: 1.040.000 euro;

Observație:

Estimarea bugetelor se bazează pe necesarul de investiții prioritare identificat conform datelor furnizate de unitățile spitalicești. Aceste bugete sunt estimative, sumele pot varia în funcție de momentul calculării și a evoluției pieței din punct de vedere tehnic și al politicii de preț. De asemenea, un alt factor care poate influența costurile investițiilor este cadrul legislativ (din prisma dotărilor minime necesare).

Ținte cheie

- 3 spitale specializate în medicina de urgență, de interes județean, modernizate, la nivelul județului Bacău, până în anul 2016;
- îndeplinirea condițiilor tehnice pentru clasificarea în categoria a II-a a unei unități spitalicești din județul Bacău până în anul 2016.

Surse de finanțare existente

- Programul Operațional Regional, Axa prioritară 3 – Îmbunătățirea infrastructurii sociale, Domeniul Major de Intervenție 3.1. - Reabilitarea / modernizarea/ echiparea infrastructurii serviciilor de sănătate;

- Fonduri guvernamentale;
- Bugetul local;
- Credite;
- Parteneriat public-privat.

Armonizarea cu politica și legislația sectorială sanitară europeană, națională, regională și județeană

- *Strategia de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene*: Obiectiv general - Promovarea unei sănătăți publice corespunzătoare în mod echitabil și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor asupra sănătății;
- *Carte albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013*: Obiective strategice: Promovarea unei stări bune de sănătate într-o Europă care îmbătrânește, Protejarea cetățenilor de amenințările la adresa sănătății; Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii;
- *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030*: Obiectiv general: Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății.
- *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor* – Obiectiv general: Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor;
- *Strategia de dezvoltare regională Nord – Est 2007-2013*: Prioritatea 1 – Infrastructura și mediul, Măsura 1.6 - Reabilitarea și dezvoltarea infrastructurii educaționale, sociale și de sănătate;

Notă: Amplasarea în teritoriu a spitalelor de urgență de interes județean, delimitarea orientativă a comunităților deservite și a unităților de ambulanță arondare sunt prezentate în Anexa 4.

Surse de finanțare

Dezvoltarea sistemului de sănătate din județul Bacău se va baza pe dezvoltarea resurselor umane medicale, modernizarea condițiilor de internare și tratament, dotarea cu aparatură medicală specifică. Susținerea financiară a acestor componente implică bugete anuale costisitoare, care depășesc disponibilitățile sistemului. De aceea, se recomandă analizarea oportunităților de finanțare disponibile, în special a celor nerambursabile, dar și generarea de noi surse proprii de venituri.

Fondurile nerambursabile, din surse guvernamentale și/sau din fonduri europene, reprezintă cea mai recomandată opțiune de finanțare a proiectelor/programelor din cadrul strategiei. În acest sens, se recomandă specializarea unei structuri proprii din fiecare unitate medicală în dezvoltarea și implementarea proiectelor cu finanțare nerambursabilă.

În perioada 2007-2013, principalele surse europene de finanțare nerambursabilă pentru susținerea proiectelor în domeniul sănătății sunt:

- **Programul Operațional Regional**, prin:
 - *Axa prioritară 1* - Sprijinirea dezvoltării durabile a orașelor - Potențiali poli de creștere, DMI 1.1 Planuri integrate de dezvoltare urbană;
 - *Axa prioritară 3* - Îmbunătățirea infrastructurii sociale, DMI 3.1 Reabilitarea/modernizarea/echiparea infrastructurii serviciilor de sănătate;
- **Programul Operațional Sectorial Competitivitate Economică**, prin:
 - *Axa prioritară 3* - Tehnologia informației și comunicațiilor pentru sectoarele privat și public;
- **Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane.**

Pentru perioada imediat următoare (2012-2013), disponibilitatea fondurilor europene nerambursabile este incertă, lipsind informațiile referitoare la bugetele încă disponibile pe axele de finanțare de interes și momentele în care se vor lansa apelurile de proiecte pentru accesarea acestora. Începând cu anul 2014, urmează o nouă perioadă de programare în care se vor realoca fonduri pentru finanțări nerambursabile, valoare acestora și structura pe domenii de interes nefiind, încă, cunoscute.

Fondurile de la bugetul de stat sunt disponibile prin intermediul Programelor naționale existente și sunt gestionate de Ministerul Sănătății.

Fondurile din bugetele locale au reprezentat o sursă principală pentru susținerea proiectelor de investiții și chiar a funcționării unităților spitalicești din județ. În contextul în care, până în 2014, finanțările nerambursabile în domeniul sănătății sunt incerte, bugetele locale reprezintă, în continuare, o sursă principală finanțare pentru susținerea proiectele spitalelor din județ.

Parteneriatele de tip public-privat sunt o soluție general recomandată și promovată pentru rezolvarea problemelor sau eficientizarea serviciilor medicale. Apariția recentă a Legii nr. 178/2010 care reglementează parteneriatul public-privat și a normelor aferente de aplicare este privită drept o oportunitate reală de a implementa o parte dintre proiectele propuse.

O parte a necesarului de finanțare pentru proiectele din domeniul sănătății va trebui să provină din **fondurile proprii** ale unităților medicale din județ. Deși planificarea multianuală a bugetelor din domeniul sănătății este, practic, imposibilă, se recomandă o preocupare sporită pentru obținerea de venituri suplimentare la bugetele proprii.

Mecanismul de monitorizare și evaluare a implementării strategiei

Monitorizarea și evaluarea implementării *Strategiei de reformare a sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău* au drept scop atât aprecierea gradului de realizare al activităților propuse de document, per ansamblu, cât și fundamentarea eventualelor revizuirii și modificări ale direcțiilor de dezvoltare, obiectivelor, țintelor, planurilor de măsuri și acțiuni.

Implementarea strategiei trebuie să fie bine coordonată, susținută, monitorizată și evaluată de un singur organism care să aibă o vedere de ansamblu a tuturor intervențiilor sectoriale. În acest fel se va asigura coerența intervențiilor și atingerea scopului final așteptat.

Monitorizarea implementării strategiei va fi realizată în permanență, de către un departament al aparatului propriu al Consiliului Județean, cu atribuții în acest sens. Monitorizarea va consta în verificarea implementării în perioada programată a activităților, colectarea datelor necesare pentru popularea bazei de date a indicatorilor de evaluare pentru a surprinde gradul de atingere al țăintelor cheie prezentate în paragrafele următoare. Această activitate contribuie și la o îmbunătățire a coordonării proiectelor realizate în profil teritorial.

Evaluarea implementării strategiei se bazează pe compararea gradului de atingere a țăintelor propuse inițial cu situația dezvoltării sistemului sanitar din județul Bacău la diferite momente. Prin activitatea de evaluare se stabilește, în funcție de contextul sistemului sanitar de la nivel european, național și regional, valabilitatea sau nu a obiectivelor propuse.

Evaluarea implementării strategiei se bazează pe analiza evoluției indicatorilor de evaluare și a stadiului la care aceștia se află în funcție de țăintele aferente stabilite. Evaluarea va fi realizată de către departamentul care va realiza și activitatea de monitorizare. La o perioadă stabilită de Președintele Consiliului Județean (se recomandă perioade nu mai mici de 1 an), acest departament va prezenta în plenul Consiliului Județean un raport de evaluare a implementării strategiei care va conține situația țăintelor stabilite. În baza acestei situații, departamentul va propune eventuale modificări sau actualizări ale prevederilor Strategiei.

Se recomandă ca, la perioade mai mari de timp sau în cazul unor schimbări socio-economice sau administrative majore să se efectueze o revizuire a documentului strategic.

Tintele cheie ale strategiei:

- 10 centre de permanență înființate, dotate și echipate corespunzător, situate în județul Bacău, în perioada 2012-2014;
- reducerea ponderii accesărilor neîntemeiate ale serviciului de ambulanță de la 30% (estimare actuală) la 15%, până în anul 2014;
- creșterea gradului de accesibilitate a serviciilor medicale primare, ca urmare a înființării centrelor medicale de permanență în zonele rurale cu accesibilitate scăzută, în perioada 2012-2014;
- Reducerea incidenței îmbolnăvirilor la nivelul populației județului Bacău, în perioada 2012-2020, ca urmare a activității promovare a sănătății;
- Diminuarea numărului de accesări ale spitalelor de către populația vârstnică în perioada 2015-2020, ca urmare a activităților de educare pentru sănătate care vor avea ca efect reducerea apariției bolilor bătrâneții;
- Reducerea situațiilor de accesare nejustificată a serviciilor de ambulanță și a serviciilor spitalicești de urgență din județul Bacău, în perioada 2012-2020, ca urmare a informării corecte cu privire la accesarea acestor servicii;
- Reducerea cazurilor acute cauzate de consumul de droguri și substanțe noi psihoactive în județul Bacău, în perioada 2012-2020, ca urmare a activităților de informare și educare cu privire la consumul de droguri;
- Îmbunătățirea imaginii și a încrederii percepute de populație față de spitalele și resurselor umane medicale din județul Bacău ca urmare a informării corecte cu privire la investițiile efectuate în sistem și la performanțele medicale înregistrate de medicii care deservește spitalele publice din județul Bacău;

- 10 parteneriate locale între administrația publică locală, cabinetele medicale de familie și școli stabilite până în anul 2014 în mediul rural al județului Bacău, concretizate în înființarea unor puncte de lucru a medicilor de familie în cadrul unităților de învățământ;
- îmbunătățirea accesului populației școlare din mediul rural al județului Bacău la asistența medicală primară prin înființarea punctelor de lucru a medicilor de familie în școli, în perioada 2012-2014;
- 3 secții/compartimente de geriatrie înființate, în județul Bacău, în perioada 2014-2016
- 3 unități de asistență medico-socială înființate, în județul Bacău, în perioada 2014-2016;
- 180 de paturi disponibile în unitățile medico-sociale din județul Bacău, începând cu perioada 2014-2016.
- Reducerea ratei internărilor persoanelor cu vârsta peste 50 ani din județul Bacău până în anul 2020 cu minim 20% (număr internări a persoanelor din județul Bacău cu vârsta peste 50 ani/100.000 de locuitori din județul Bacău cu vârsta peste 50 de ani).
- modernizarea unităților spitalicești din județul Bacău, în perioada 2012-2016, ca urmare a modernizării infrastructurii și a dotării cu echipamente și aparatură specifice;
- creșterea calității actului medical din sistemul de sănătate al județului Bacău în perioada 2012-2016, ca urmare a îmbunătățirii condițiilor de tratament și internare din spitalele din județ și a îmbunătățirii dotărilor cu echipamente medicale;
- reducerea sumelor necesare pentru funcționarea unităților spitalicești, în perioada 2012-2016, ca urmare a îmbunătățirii eficienței energetice a clădirilor, prin izolarea termică a clădirilor și modernizarea sistemelor de producere a energiei termice;
- îmbunătățirea opiniei populației față de sistemul medico-sanitar din județul Bacău, în perioada 2012-2016, ca urmare a îmbunătățirii infrastructurii unităților spitalicești din județ și a dotărilor;
- modernizarea serviciilor medicale oferite de unitățile spitalicești din județul Bacău, prin dezvoltarea activității de cercetare și a centrelor de excelență;
- 1 centru de educație și formare continuă în domeniul medical acreditat la nivel județean până în anul 2020;
- îndeplinirea condițiilor referitoare la activitatea de dezvoltare a resurselor umane pentru clasificarea în categoria a II-a a unei unități spitalicești din județul Bacău, până în anul 2016;
- 6 unități de management a serviciilor de asistență medicală înființate în județul Bacău, în anul 2012.
- minim o asociație APL înființată;
- îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate județean prin sprijin din partea tuturor comunităților locale;
- 24 de beneficiari ai cursurilor de specializare în domeniul proiectelor cu finanțare europeană (câte 2 persoane din fiecare spital descentralizat, câte 2 persoane din cadrul autorităților publice aferente);
- 12 beneficiari ai cursurilor de specializare și perfecționare în domeniul managementului serviciilor publice de sănătate (câte 2 persoane din fiecare spital descentralizat);
- Timp de intervenție a ambulanței (minim 75% din cazuri): 12 minute în mediul urban, 20 de minute în mediul rural
- 7 substații de ambulanță înființate;
- 2 unități SMURD înființate;
- 3 heliporturi funcționale pentru deservirea spitalelor de urgență Bacău, Onești și Moinești până în anul 2014
- 3 spitale specializate în medicina de urgență, de interes județean, modernizate, la nivelul județului Bacău, până în anul 2016.

Analiza factorilor interesați

Stakeholderii (factori interesați) sunt indivizii sau grupurile care pot influența o anumită politică, ori care pot fi afectați de aceasta. Un factor interesat poate fi o persoană (un cetățean), o instituție (aici incluzând diferitele departamente ale administrației), grupuri specifice sau categorii de persoane (ca de exemplu tineri, bătrâni, bogați, săraci), un cartier sau chiar întreaga comunitate.

Stakeholderii implementării *Strategiei de reformare a sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău* sunt: Ministerul Sănătății, Consiliul Județean Bacău, Consiliile Locale ale unităților teritoriale administrative din județul Bacău, Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Bacău, Direcția de Sănătate Publică Bacău, populația, instituțiile publice din sectorul sanitar, personalul medico-sanitar, mediul de afaceri etc.

Ministerul Sănătății este unul dintre cei mai importanți stakeholderi ai implementării *Strategiei de reformare a sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău*, atribuțiile principale ale acestei instituții fiind:

- elaborează politici, strategii și programe de acțiune în domeniul sănătății populației, în acord cu Programul de guvernare, coordonează și controlează implementarea politicilor, strategiilor și programelor din domeniul sănătății populației, la nivel național, regional și local;
- evaluează și monitorizează starea de sănătate a populației, ia măsuri pentru îmbunătățirea acesteia și informează Guvernul referitor la indicatorii de sănătate, tendințele de evoluție și despre măsurile necesare pentru îmbunătățirea acestora;
- reglementează modul de organizare și funcționare a sistemului de sănătate;
- monitorizează, controlează și evaluează activitatea instituțiilor sanitare și ia măsuri pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale acordate populației;
- asigură, în colaborare cu instituțiile administrației publice centrale și locale, resursele umane, materiale și financiare necesare funcționării instituțiilor din sistemul public de sănătate;
- colaborează cu reprezentanții autorităților administrației publice centrale și locale, cu cei ai societății civile și cu mass-media în scopul educației pentru sănătate a populației și adoptării unui stil de viață sănătos;
- participă la limitarea efectelor apărute în urma dezastrelor, calamităților și epidemiilor în domeniul său de competență;
- reprezintă Guvernul României în relațiile cu Organizația Mondială a Sănătății și cu alte organisme internaționale, în domenii de interes;
- elaborează, implementează și coordonează programe naționale de sănătate, în scopul realizării obiectivelor politicii de sănătate publică;
- gestionează, prin structuri specializate, programele internaționale de asistență financiară pentru susținerea reformei în sănătate și pentru creșterea calității asistenței medicale acordate populației.

Consiliul Județean Bacău este unul dintre factorii interesați care poate avea o contribuție semnificativă la îmbunătățirea sistemului de sănătate de la nivel județean, prin natura atribuțiilor sale. Conform Legii Administrației Publice Locale, Consiliul Județean este autoritatea administrației publice locale, constituită la nivel județean, pentru coordonarea activității consiliilor comunale și orășenești, în vederea realizării serviciilor publice de interes județean. Consiliul Județean Bacău, ca autoritate deliberativă a administrației publice locale constituită la nivel județean, îndeplinește următoarele atribuții principale care pot afecta implementarea prezentei strategii:

- adoptă strategii, prognoze și programe de dezvoltare economico-socială a județului sau a unor zone din cuprinsul acestuia pe baza propunerilor primite de la consiliile locale, dispune, aprobă și urmărește, în cooperare cu autoritățile administrației publice locale comunale și orășenești interesate, măsurile necesare, inclusiv cele de ordin financiar, pentru realizarea acestora;
- aprobă bugetul propriu al județului, împrumuturile, virările de credite și modul de utilizare a rezervei bugetare; aprobă contul de încheiere a exercițiului bugetar; stabilește impozite și taxe, precum și taxe speciale, în condițiile legii;

- hotărăște repartizarea pe comune, orașe și municipii a cotei din sumele defalcate din unele venituri ale bugetului de stat sau din alte surse, în condițiile legii;
- administrează domeniul public și domeniul privat al județului;
 - hotărăște darea în administrare, concesionarea sau închirierea bunurilor proprietate publică a județului sau, după caz, a serviciilor publice de interes județean, în condițiile legii; hotărăște cu privire la vânzarea, concesionarea și închirierea bunurilor proprietate privată a județului, în condițiile legii;
 - hotărăște înființarea de instituții publice și de servicii publice de interes județean, în condițiile legii; numește și eliberează din funcție, în condițiile legii, conducătorii instituțiilor și serviciilor publice pe care le-a înființat și le aplică, dacă este cazul, sancțiuni disciplinare, în condițiile legii;
 - stabilește, pe baza consultării autorităților administrației publice locale comunale și orășenești, proiectele de organizare și amenajare a teritoriului județului, precum și de dezvoltare urbanistică generală a județului și a unităților administrativ-teritoriale componente; urmărește modul de realizare a acestora în cooperare cu autoritățile administrației publice locale comunale și orășenești implicate;
 - asigură, potrivit competențelor sale, condițiile materiale și financiare necesare în vederea bunei funcționări a instituțiilor de cultură, a instituțiilor și serviciilor publice de educație, ocrotire socială și asistență socială, a serviciilor publice de transport de sub autoritatea sa, precum și a altor activități, în condițiile legii;
 - hotărăște, în condițiile legii, cooperarea sau asocierea cu persoane juridice române sau străine, cu organizații neguvernamentale și cu alți parteneri sociali, în vederea finanțării și realizării în comun a unor acțiuni, lucrări, servicii sau proiecte de interes public județean;
 - hotărăște, în condițiile legii, asocierea cu consiliile locale, pentru realizarea unor obiective de interes comun, scop în care poate înființa împreună cu acestea instituții publice, societăți comerciale și servicii publice.

Mai mult decât atât, de implementarea acestei strategii se va ocupa în mod direct Consiliul Județean Bacău.

În ceea ce privește **Consiliile Locale**, acestea asigură, potrivit competențelor, condițiile materiale și financiare necesare pentru buna funcționare a instituțiilor și serviciilor publice de educație, sănătate, cultură, tineret și sport, apărarea ordinii publice, apărarea împotriva incendiilor și protecția civilă, de sub autoritatea sa; urmărește și controlează activitatea acestora. De asemenea, Consiliile Locale hotărăsc, în localitățile cu medici sau cu personal sanitar în număr insuficient, acordarea de stimulente în natură și în bani, precum și de alte facilități, potrivit legii, în scopul asigurării serviciilor medicale pentru populație; asemenea facilități pot fi acordate și personalului didactic. Alte atribuții importante în vederea implementării prezentei strategii sunt:

- avizează sau aprobă, după caz, studii, prognoze și programe de dezvoltare economico-socială, de organizare și amenajare a teritoriului, documentații de amenajare a teritoriului și urbanism, inclusiv participarea la programe de dezvoltare județeană, regională, zonală și de cooperare transfrontalieră, în condițiile legii;
- aprobă bugetul local, împrumuturile, virările de credite și modul de utilizare a rezervei bugetare; aprobă contul de încheiere a exercițiului bugetar; stabilește impozite și taxe locale, precum și taxe speciale, în condițiile legii;
- administrează domeniul public și domeniul privat al comunei sau orașului;
- hotărăște darea în administrare, concesionarea sau închirierea bunurilor proprietate publică a comunei sau orașului, după caz, precum și a serviciilor publice de interes local, în condițiile legii;
- hotărăște vânzarea, concesionarea sau închirierea bunurilor proprietate privată a comunei sau orașului, după caz, în condițiile legii;
- înființează instituții publice, societăți comerciale și servicii publice de interes local; urmărește, controlează și analizează activitatea acestora; instituie, cu respectarea criteriilor generale stabilite prin lege, norme de organizare și funcționare pentru instituțiile și serviciile publice de interes local; numește și eliberează din funcție, în condițiile legii, conducătorii serviciilor publice de interes local, precum și pe cei ai instituțiilor publice din subordinea sa; aplică sancțiuni disciplinare, în condițiile legii, persoanelor pe care le-a numit;
- contribuie la realizarea măsurilor de protecție și asistență socială; asigură protecția drepturilor copilului, potrivit legislației în vigoare; aprobă criteriile pentru repartizarea locuințelor sociale;
- hotărăște, în condițiile legii, cooperarea sau asocierea cu persoane juridice române sau străine, cu organizații neguvernamentale și cu alți parteneri sociali, în vederea finanțării și realizării în comun a unor acțiuni, lucrări, servicii

sau proiecte de interes public local; hotărăște înfrățirea comunei sau orașului cu unități administrativ-teritoriale similare din alte țări;

- hotărăște, în condițiile legii, cooperarea sau asocierea cu alte autorități ale administrației publice locale din țară sau din străinătate, precum și aderarea la asociații naționale și internaționale ale autorităților administrației publice locale, în vederea promovării unor interese comune; înființează și asigură funcționarea unor instituții de binefacere de interes local.

Direcția de Sănătate Publică Județeană Bacău este un alt factor interesat al implementării prezentului document. Conform legislației în vigoare, direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București sunt servicii publice deconcentrate, cu personalitate juridică, subordonate Ministerului Sănătății, reprezentând autoritatea de sănătate publică la nivel local, care realizează politicile și programele naționale de sănătate, elaborează programe locale, organizează structurile sanitare, evidențiază statisticile pe probleme de sănătate, precum și de planificare și derulare a investițiilor finanțate de la bugetul de stat pentru sectorul de sănătate.

Direcțiile de sănătate publică evaluează, coordonează și monitorizează modul de asigurare a asistenței medicale curative și profilactice din unitățile sanitare de pe teritoriul arondat, inclusiv pentru unitățile sanitare din subordinea Ministerului Sănătății, luând măsuri pentru asigurarea accesului la asistența medicală a oricărei persoane din raza județului. Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, prin serviciile de supraveghere medicală, coordonează, organizează, evaluează și participă la realizarea programelor naționale de sănătate ce se derulează în teritoriul arondat și exercită atribuții specifice de control în sănătatea publică, în domeniile de competență, prin personalul împuternicit de Ministerul Sănătății. De asemenea, Direcțiile de sănătate în colaborare cu autoritățile locale, cu instituții de învățământ și organizații guvernamentale și nonguvernamentale, organizează activități în domeniul medical al sănătății publice.

Direcțiile de sănătate publică județene coordonează serviciile de asistență medicală din teritoriu, organizează, coordonează și participă la asistența medicală în caz de calamități, epidemii, catastrofe și alte situații deosebite, organizează, coordonează și răspund de pregătirea rețelei sanitare pentru apărare, sub coordonarea Ministerului Sănătății. Direcțiile de sănătate publică județene organizează culegerea și prelucrarea datelor statistice de la toți furnizorii de servicii medicale, indiferent de forma de organizare, întocmesc și transmit rapoarte statistice periodice către instituțiile desemnate în acest scop.

Un alt stakeholder este **Casa de Asigurări de Sănătate Bacău** - instituție publică, cu personalitate juridică, cu buget propriu, în subordinea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, exercitând atribuțiile conferite de lege și de statutul propriu prin aplicarea și respectarea politicii și strategiei stabilite pentru sistemul de asigurări sociale de sănătate la nivelul județului Bacău.

Un alt stakeholder este reprezentat de **unitățile sanitare** de la nivel județean, în rândul cărora se remarcă, în special, **spitalele descentralizate**:

- Spitalul Județean de Urgență Bacău (subordonat Consiliului Județean Bacău);
- Spitalul de Pediatrie Bacău (subordonat Consiliului Județean Bacău);
- Spitalul Municipal de Urgență Moinești (subordonat Consiliului Local Moinești);
- Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești (subordonat Consiliului Local Comănești);
- Spitalul Municipal Onești (subordonat Consiliului Local Onești);
- Spitalul Orășenesc Buhuși (subordonat Consiliului Local Buhuși);
- Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău (subordonat Consiliului Local Bacău).

În cadrul strategiei sunt incluse mai multe proiecte care vizează reabilitarea infrastructurii sanitare sau dotarea spitalelor și altor categorii de unități sanitare cu echipamente și dotări performante.

Populația județului Bacău este un stakeholder important din perspectiva factorilor care vor beneficia de pe urma implementării strategiei. Astfel, populația de la nivel județean va beneficia de servicii medicale de mai bună calitate, de

infrastructură modernizată, de unități sanitare dotate cu aparatură performantă, de acces facil la servicii medicale, etc. Toate acestea vor duce, în timp, la îmbunătățirea stării de sănătate a populației și a reducerea incidenței bolilor.

Personalul medico-sanitar va avea, de asemenea, multiple beneficii în urma implementării *Strategiei de reformare a sistemului public de furnizare a serviciilor de sănătate din județul Bacău*. Astfel, pe de o parte resursele umane din sistemul sanitar vor dispune de mai multe locuri de muncă, iar, pe de altă parte, vor dispune de condiții mai bune de lucru, de un cadru propice dezvoltării profesionale și realizării de performanțe în domeniul medical.

Și **mediul de afaceri** va avea anumite beneficii, întrucât o parte importantă din proiecte se va baza de dezvoltarea de parteneriate de tip public-privat. Mai mult decât atât, însăși implementarea unor proiecte presupune stimularea activității în sectoare precum: construcții, consultanță, comerț, etc

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 măsuri 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 statuează 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 intensă 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 existenței 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 discrepanțelor 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, dialogului și parteneriatului 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. Dezbateri de coeziune teritorială este importantă pentru a evidenția chestiunile implicate și pentru a încuraja analiza 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.
- Bazele 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.
- Politica 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.
- Politica privind concurența poate afecta distribuția teritorială a activității economice prin asigurarea concentrării ajutorului regional în zonele mai dezavantajate și prin ajustarea dimensiunii ajutorului în funcție de natura și amploarea problemelor.

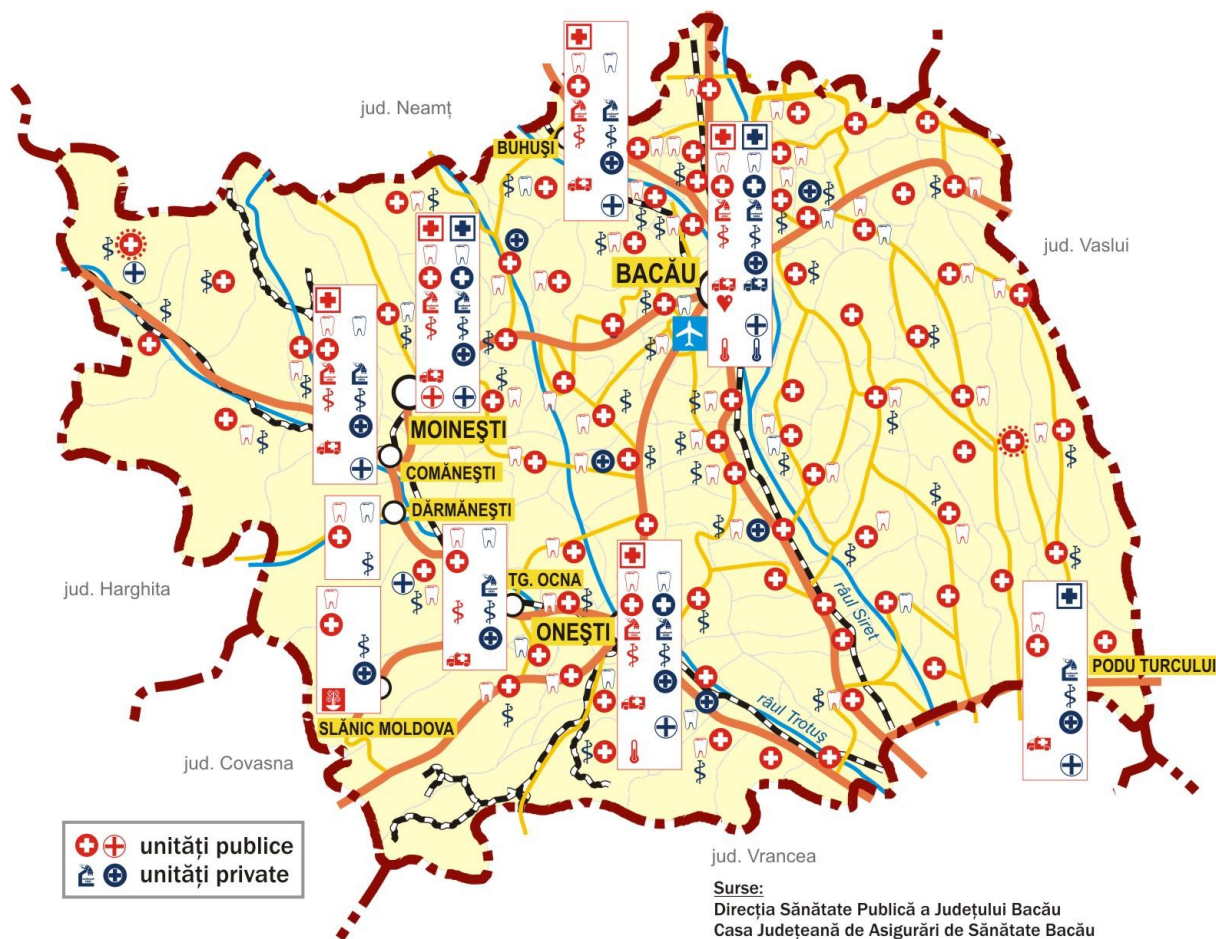


ANEXE

Anexa 1 – Harta sistemului de sănătate din județul Bacău – Situația existentă

HARTA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN JUDEȚUL BACĂU

Situația existentă - unități publice și private



unități publice
 unități private

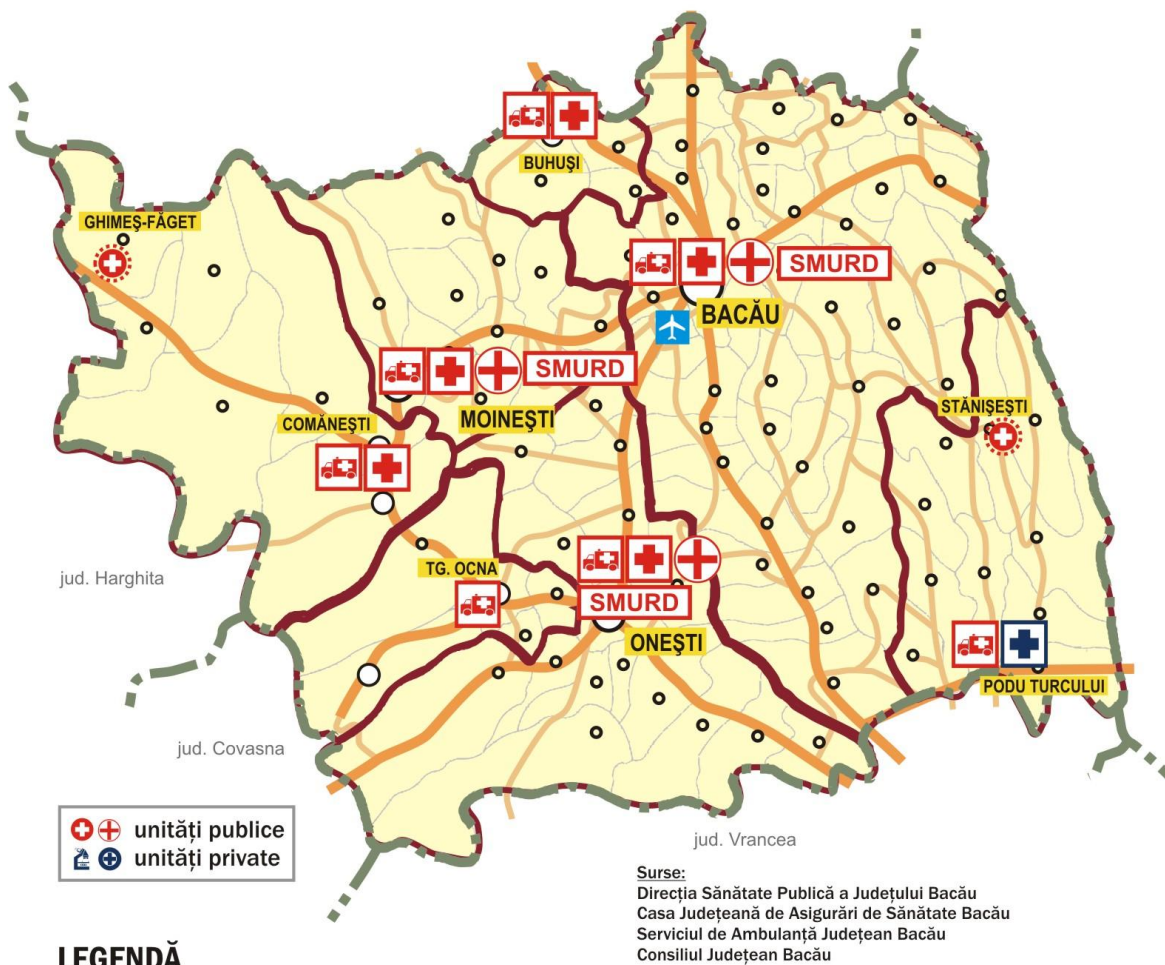
Surse:
 Direcția Sănătate Publică a Județului Bacău
 Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Bacău
 Institutul Național de Statistică
 Consiliul Județean Bacău

LEGENDĂ

- | | | | |
|--|------------------------------|--|---|
| | limita de județ | | spital |
| | limita de UAT | | cabinet de stomatologie |
| | drum național / european | | cabinet medical de familie |
| | drum județean | | laborator medical |
| | cale ferată | | farmacie / punct farmaceutic |
| | curs de apă principal | | unitate de ambulanță |
| | municipiu reședință de județ | | centru de transfuzie |
| | municipiu | | cabinet medical de specialitate |
| | oraș | | cabinet de medicină generală |
| | aeroport | | policlinică |
| | | | sanatoriu balnear |
| | | | centre de permanență ale medicilor de familie |

HARTA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN JUDEȚUL BACĂU

Situația existentă - servicii medicale de urgență



LEGENDĂ

- | | | | |
|-----------|------------------------------|---|--|
| — — — — — | limita de județ | ☒ | spital |
| — — — — — | limita de UAT | ☒ | unitate de ambulanță |
| — — — — — | drum național / european | ⊕ | compartiment / unitate primiri urgențe |
| — — — — — | drum județean | ⚙ | centru de permanență al medicilor de familie |
| — — — — — | cale ferată | ☒ | echipaj smurd |
| — — — — — | curs de apă principal | ☐ | zonă de intervenție a unității de ambulanță |
| ○ | municipiu reședință de județ | | |
| ○ | municipiu | | |
| ○ | oraș | | |
| ✈ | aeroport | | |

HARTA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN JUDEȚUL BACĂU

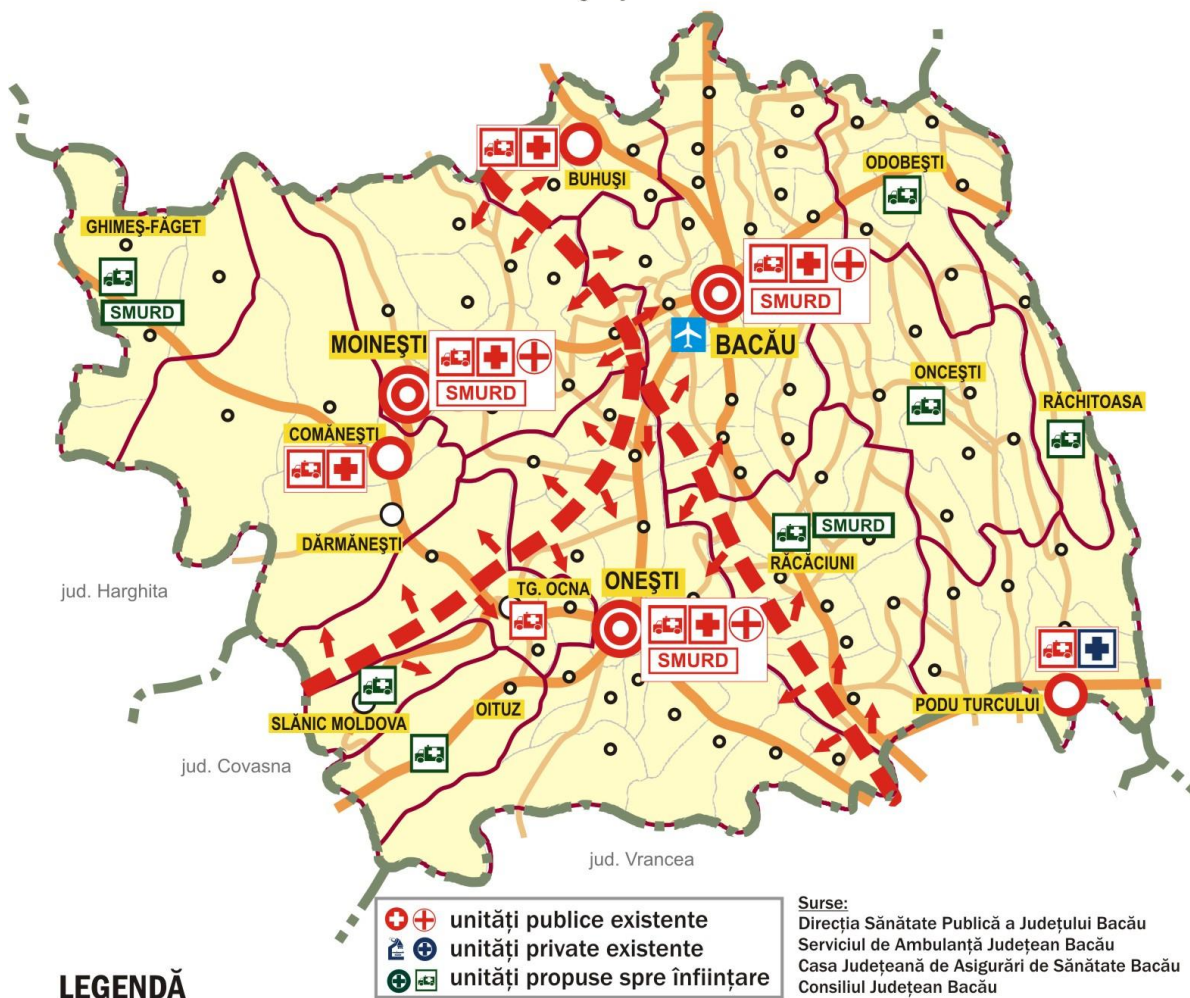
Necesarul de dezvoltare



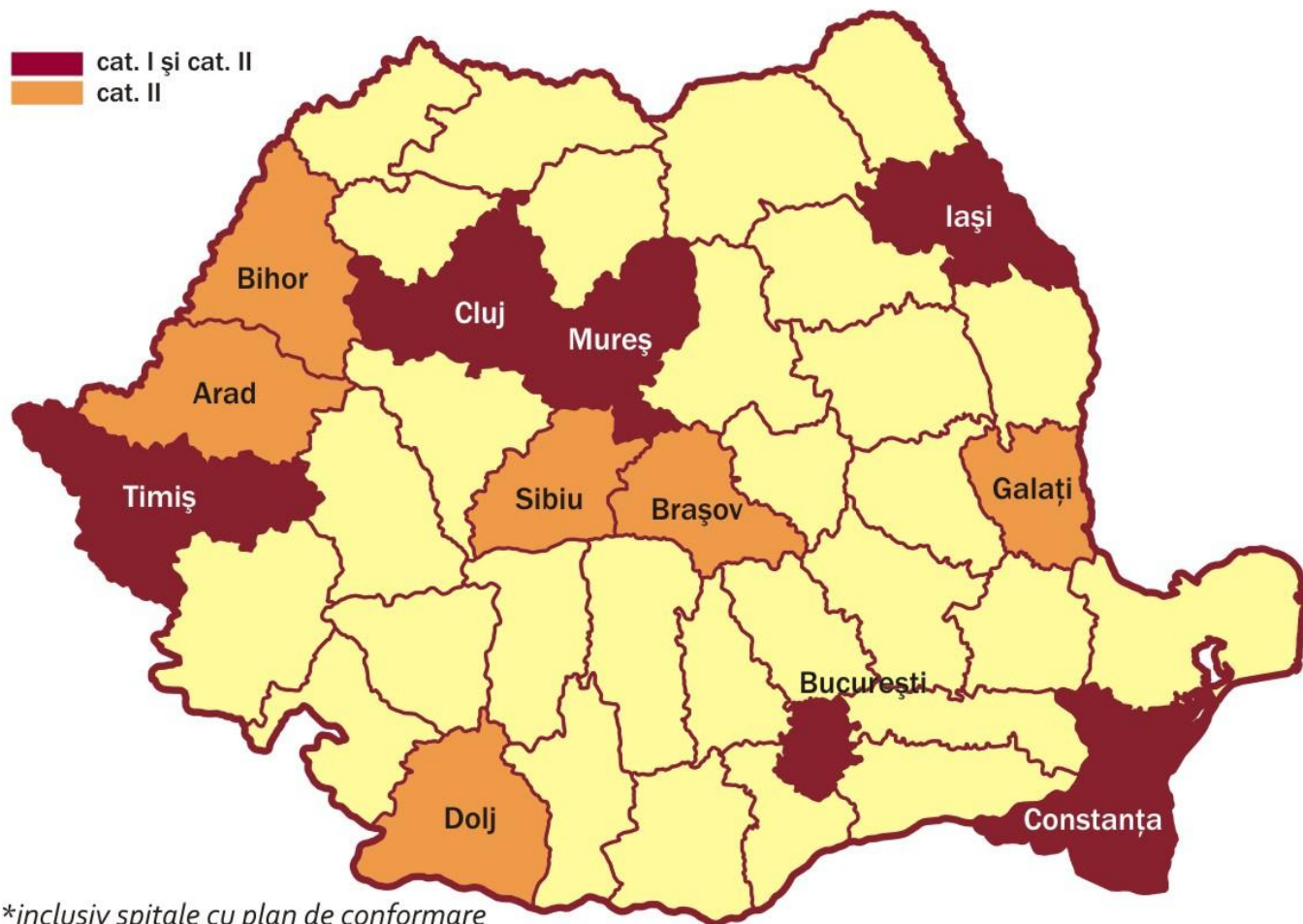
Anexa 4 – Harta sistemului de sănătate din județul Bacău – Necesar de dezvoltare – servicii medicale de urgență

HARTA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN JUDEȚUL BACĂU

Necesarul de dezvoltare - servicii medicale de urgență



Distribuția județeană a spitalelor de categoria I și II*



*inclusiv spitale cu plan de conformare

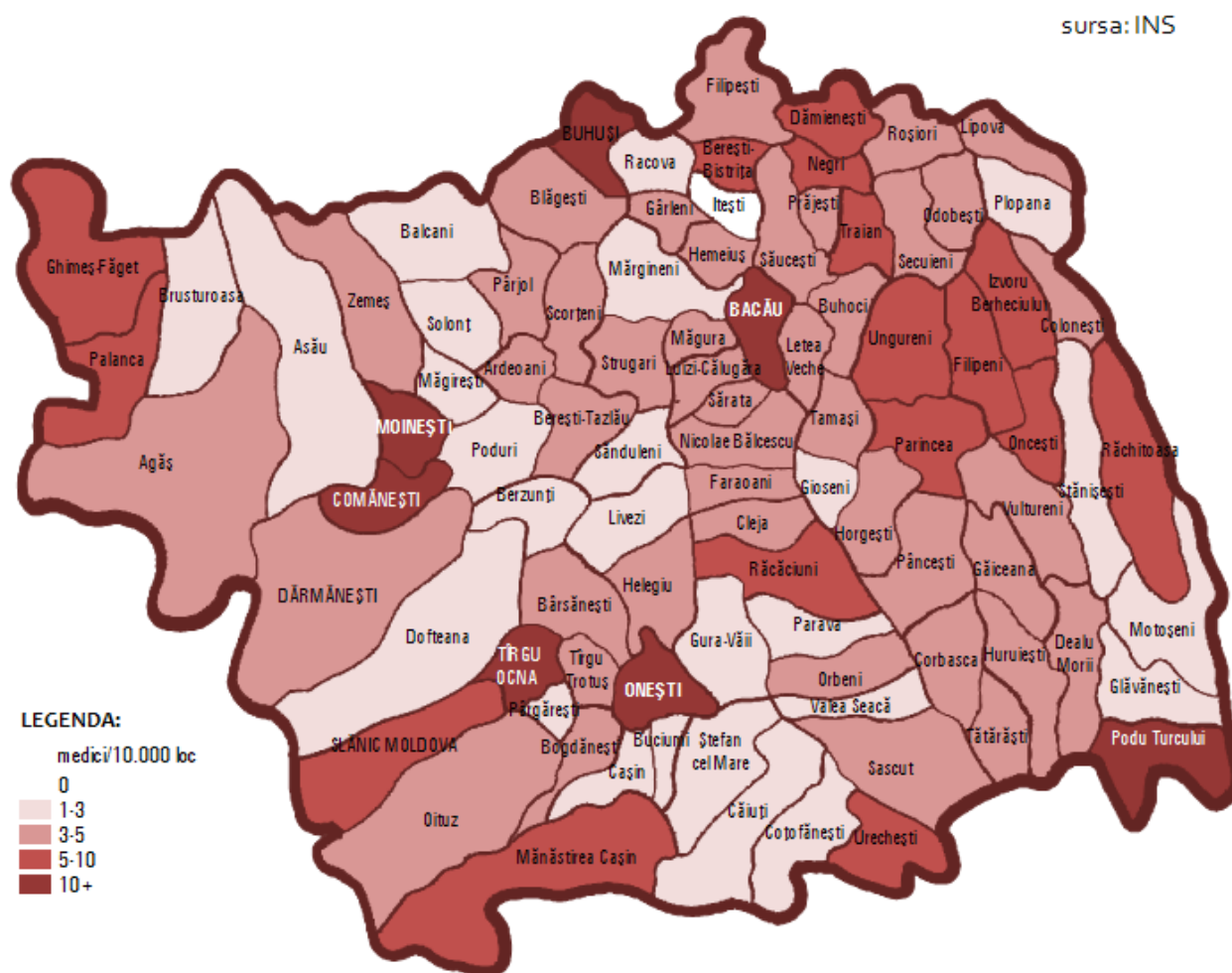
Sursa: MS, Clasificarea unităților sanitare cu paturi, în funcție de competență

Anexa 6 – Numărul de medici la 10.000 locuitori

Numărul de medici (public+privat) la 10.000 din județul Bacău, în profil teritorial

anul: 2010

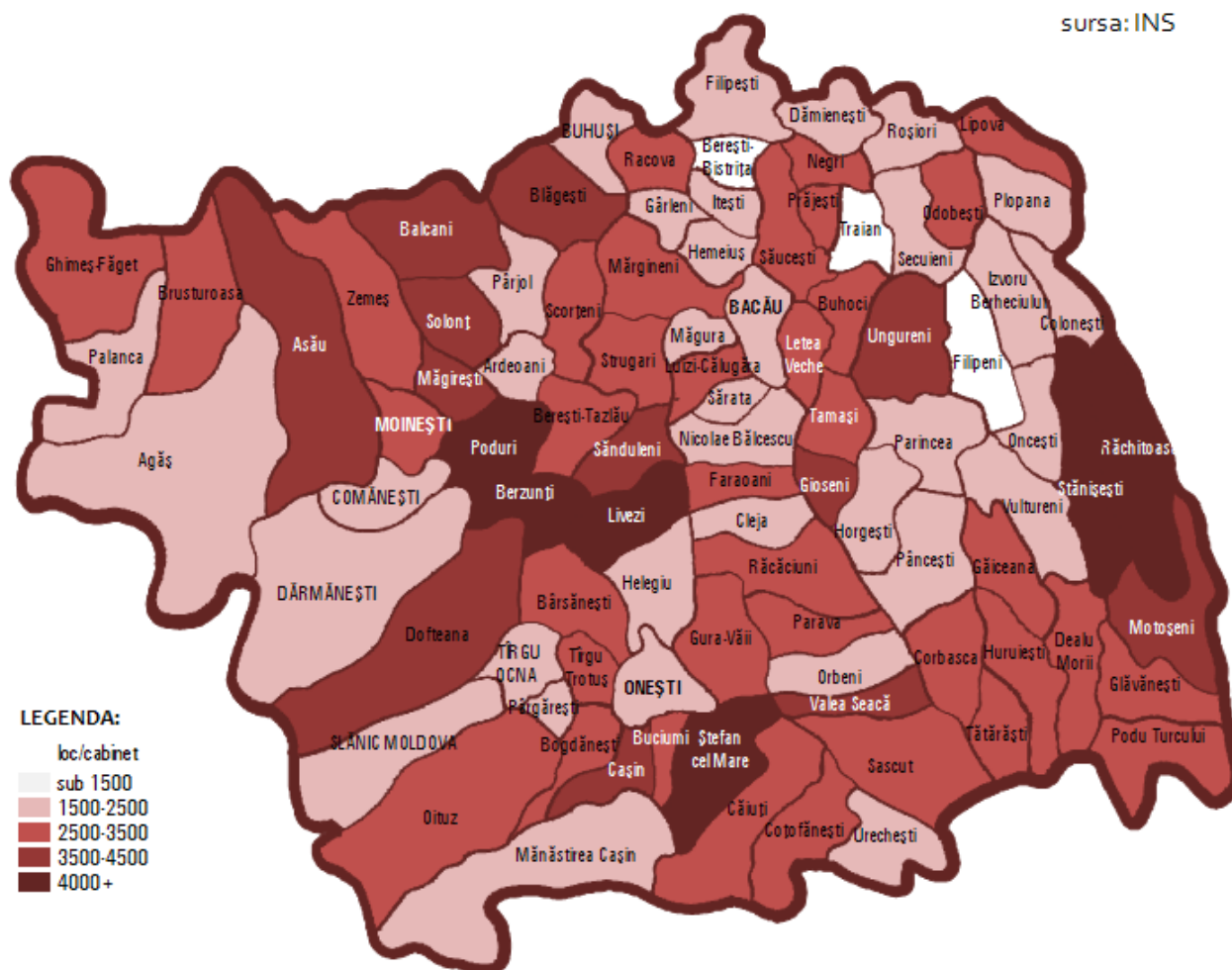
sursa: INS



Numărul de locuitori ce revin unui cabinet medical de familie din județul Bacău, în profil teritorial

anul: 2010

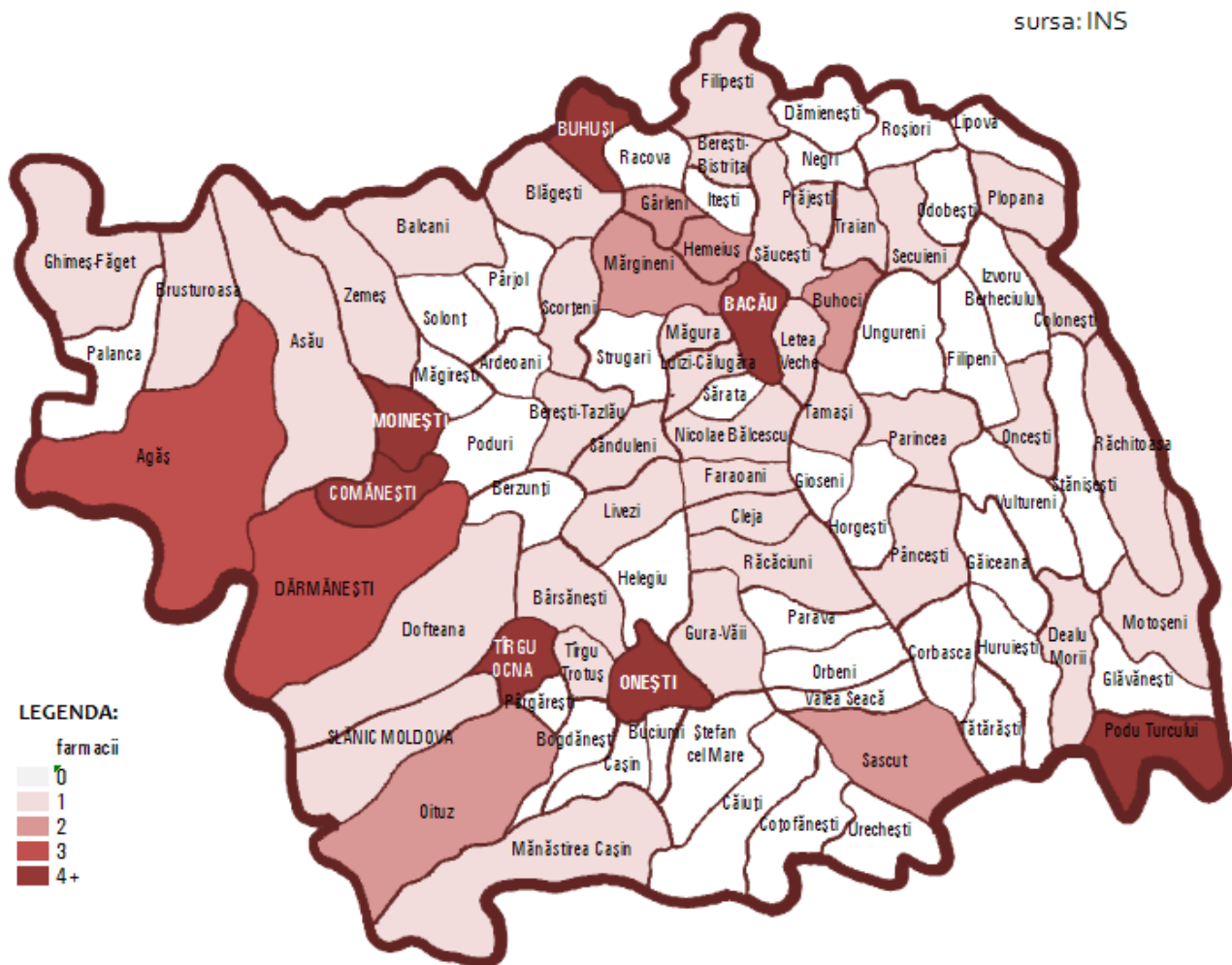
sursa: INS



Numărul de farmacii și puncte farmaceutice din județul Bacău, în profil teritorial

anul: 2010

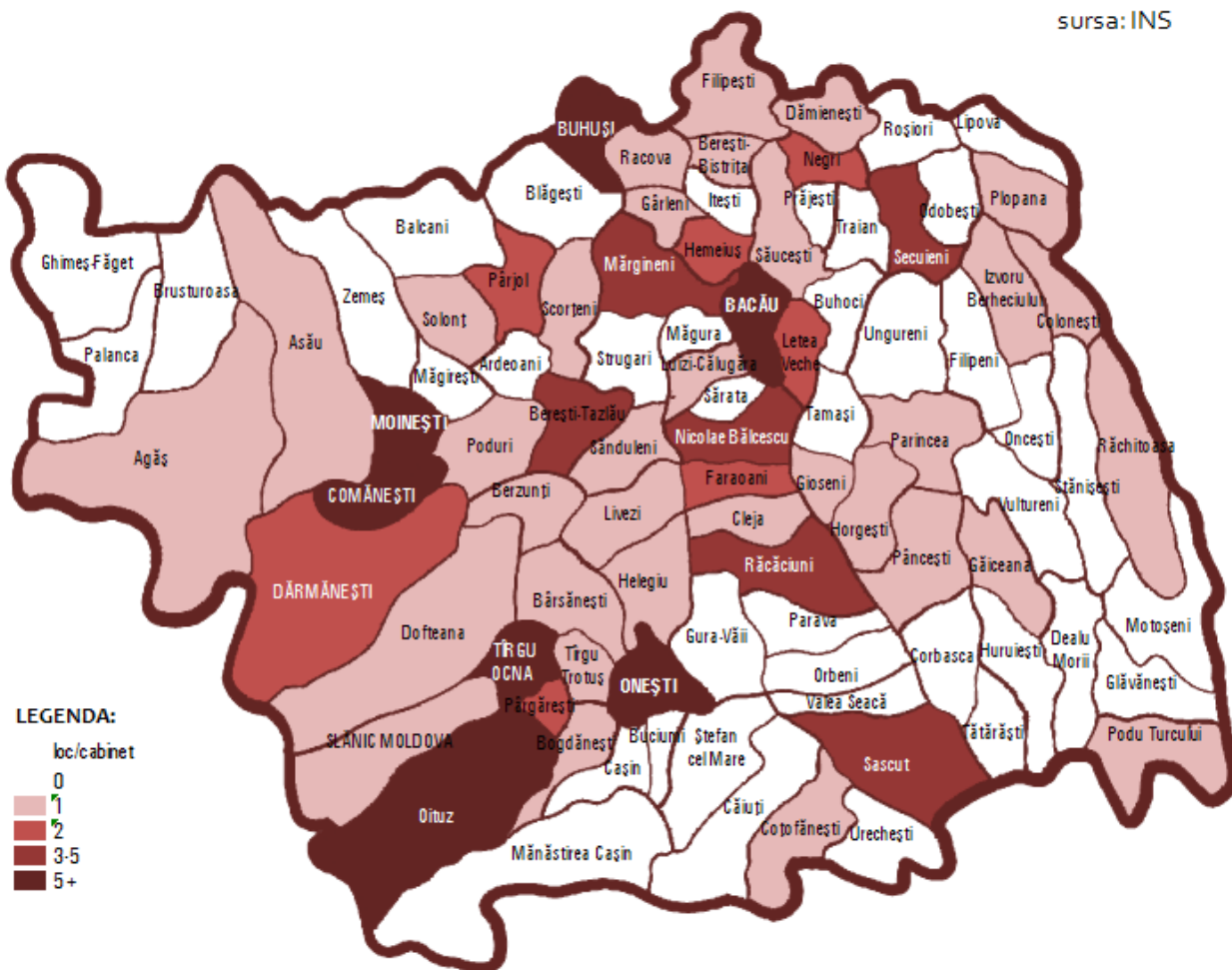
sursa: INS



Numărul de cabinete stomatologice (public+privat) din județul Bacău, în profil teritorial

anul: 2010

sursa: INS



Anexa 10 - Investiții finanțate de Consiliul Județean Bacău în anul 2011 în domeniul sănătății

Investiții finanțate de Consiliul Județean Bacău în anul 2011 în domeniul sănătății

Proiect / investitie	lei	euro	obs
Maternitatea Bacău	13.750.000	3.200.000	Cofinanțare pentru proiectul realizat cu sprijinul Băncii Mondiale
Extindere compartiment primire urgențe - Spitalul Municipal Moinești	2.770.000	645.000	
Inlocuire 4 lifturi la Pavilion Medico-chirurgical - Spitalul Judetean de Urgențe Bacău	1.150.000	270.000	
Reparații, modernizare și dotări aer condiționat secția ATI - Spitalul Judetean de Urgențe Bacău	640.000	150.000	
Dotări aparatură și echipamente medicale - Spitalul Judetean de Urgențe Bacău	280.000	65.000	
Dotări bloc operator și terapie intensivă - Spitalul de Pediatrie Bacău	266.000	62.000	
Reparații la Policlinica Stomatologică și laboratoare dentare	500.000	120.000	
Secția de oncologie și cobaltoterapie - Spitalul Județean de Urgențe Bacău	1.300.000	303.000	
Lucrări de consolidare, reparații și reabilitări termice cabinete medicale situate în str. George Bacovia nr. 54	1.600.000	370.000	
TOTAL	22.256.000	5.185.000	

Anexa 11 - Lista principalelor investiții pe termen scurt necesare la nivelul spitalelor publice descentralizate din județul Bacău

Lista principalelor investiții pe termen scurt necesare la nivelul spitalelor publice descentralizate din județul Bacău

Investiție	Detalii tehnice	Valoare estimată	Finanțare necesară	Anul de realizare	Observații
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BACĂU					
<i>Investiții prioritare</i>					
Secția Oncologie si Cobaltoterapie	Proiect amplu de dezvoltare prin PPP sau Concesionare	6.000.000	3.000.000	2012-2016	
Dotare aer condiționat pavilion medico-chirurgical si compartimentare in saloane de 3 paturi cu grup sanitar	C+M si Achiziție	850.000	850.000	2014-2015	
Achiziție de aparatura medicala	Investiții multianuale	3.000.000	2.000.000	2012-2014	
<i>Investiții necesare</i>					
Ambulatoriu de specialitate	Reparații capitale	2.000.000	2.000.000	2012-2013	
Laborator de analize medicale	Reparații capitale	320.000	320.000	2012	
Dotare aparatura Maternitate	Achiziție	570.000	570.000	2012	
Pavilion HIV	Reparații capitale	260.000	260.000	2013	
Sectia Urologie	Reparații capitale	100.000	100.000	2012	
Stație Oxigen	Achiziție	120.000	120.000	2013	
Canalizare+Statie epurare	C+M	70.000	70.000	2012	
Dotate aparatura sectia ATI	Achiziție	150.000	150.000	2012	
Pavilion Administrativ	Reparații capitale	410.000	410.000	2013	
	TOTAL	13.850.000	9.850.000		
	<i>din care</i>				
	2012	4.410.000	3.476.667		
	2013	3.990.000	3.056.667		
	2014	2.625.000	1.691.667		
	2015	1.625.000	1.025.000		
	2016	1.200.000	600.000		
SPITALUL DE PEDIATRIE BACĂU					
<i>Investiții prioritare</i>					
Reamenajare intrare principală	Reorganizarea spațiului de recepție, externări	563.000	563.000	2012	Investiție necesară pentru respectarea circuitelor medicale; proiect tehnic existent,

Investiție	Detalii tehnice	Valoare estimată	Finanțare necesară	Anul de realizare	Observații
					indicatori tehnico-economici aprobați
Investiții prioritare					
Reabilitare demisol Corp D - Infecțioase	Igienizare, eliminarea infiltrațiilor de apă, reabilitarea infrastructurii de utilități, înlocuirea instalației electrice	320.000	320.000	2012	Suma include și valoarea realizării proiectelor tehnice
Aparatură medicală pentru secțiile chirurgie, pediatrie, infecțioase, ambulatoriu		755.000	755.000	2012	
TOTAL din care		1.638.000	1.638.000		
		2012	1.638.000	1.638.000	
SPITAL DE PNEUMFTIZIOLOGIE BACĂU					
Reabilitare și modernizare Secția I Pneumoftiziologie	Reparații și consolidări infrastructură; Mansardare; Modernizări interioare; Igienizare generală; Ascensor exterior; Modernizare și extindere instalație de oxigen; Dotare cu mobilier;	360.000	360.000		
Reabilitare și modernizare Secția II Pneumoftiziologie	Reparații și consolidări infrastructură; Mansardare; Modernizări interioare; Igienizare generală; Ascensor exterior; Modernizare și extindere instalație de oxigen; Dotare cu mobilier;	480.000	480.000		
Consolidare și reabilitare centru MRF	Lucrări de consolidare corpuri de clădire; Reabilitări interioare și exterioare; Modernizare sistem de utilități; Igienizare generală;	56.500	56.500		
Consolidare și reabilitare bloc alimentar	Lucrări de consolidare corpuri de clădire; Reabilitări interioare și exterioare; Modernizare sistem de	80.000	80.000		

Investiție	Detalii tehnice	Valoare estimată	Finanțare necesară	Anul de realizare	Observații
	utilități;				
Consolidare și reabilitare spălătorie	Lucrări de consolidare corpuri de clădire; Reabilitări interioare și exterioare; Modernizare sistem de utilități;	123.000	123.000		
Reabilitare rețele electrice exterioare	Modernizare tablouri electrice; Înlocuire rețele electrice; Înlocuire firide de bransament;	15.000	15.000		
Stație de epurare a apei	Stație de epurare a apelor uzate de proveniență spitalicească	20.000	20.000		
Extindere spații necesare	Construire pavilion administrativ; Construire prosectura; Construire secție chirurgie toracică;	250.000	250.000		
Dotare cu echipament medical	Aparat radiologie – 2 buc.; Ecograf cu Dopler 1 buc Aparat de ventilație non-invazivă - 2 buc. Kit transfer gazos - 1 buc. Analizor biochimic – 1 buc.; Analizor urină – 1 buc.; Hotă bacteriologică – 1 buc.; Mașină sterilizat bronhoscoape – 1 buc.; Videobronhoscop – 1 buc.; Computer tomograf – 1 buc; Monitoare terapie intensivă – 2 buc.;	225.000	225.000		
Dotări parc auto	Ambulanță tip B	40.000	40.000		
	Autoutilitară transport cadavre	25.000	25.000		
Compartiment de reabilitare pulmonară	Amenajare spațiu; Dotare cu aparatură specifică (biciclete medicinale, benzi de alergare, spalieri etc.)	5.000	5.000		
TOTAL		1.679.500	1.679.500		

SPITALUL ORĂȘENESC BUHUȘI

Investiții prioritare

Modernizare instalație de sterilizare	Modernizare generator și tablou electric;	37.000	37.000	2012	
---------------------------------------	---	--------	--------	------	--

Investiție	Detalii tehnice	Valoare estimată	Finanțare necesară	Anul de realizare	Observații
Înlocuire sistem de termoficare	Modernizare autoclavă; Achiziționare instalație de sterilizare tip ISM; Înlocuire instalație de producere a energiei termice; Înlocuire rețea de conducte; Înlocuire radiatoare;	120.000	120.000	2012	
TOTAL		157.000	157.000		
din care					
	2012	157.000	157.000		

SPITALUL ORĂȘENESC „IOAN LASCĂR” COMĂNEȘTI

Investiții necesare

Reabilitare și modernizare ambulatoriu integrat	Reabilitare și modernizare infrastructură; Reorganizare circuit funcțional; Echipare și dotare cu aparatură și mobilier de specialitate;	4.830.000	96.600	2012-2013	Investiție propusă spre finanțare prin proiect european (proiect în evaluare), este necesară acoperirea sumei pentru cofinanțare
Înlocuire sistem de termoficare	Înlocuire instalație de producere a energiei termice; Înlocuire rețea de conducte; Înlocuire radiatoare;	580.472	174.142	2011-2012	Investiție propusă spre finanțare prin proiect european (contract semnat), este necesară acoperirea sumei pentru cofinanțare
Reparații capitale spital	Reabilitare și modernizare infrastructură interioară și exterioară; Extindere mansardă; Extindere corp clădire;	900.000	900.000	2012-2013	
TOTAL		6.310.472	1.170.742		
din care					
	2012	3.445.472	672.442		
	2013	2.865.000	498.300		

SPITALUL MUNICIPAL DE URGENȚĂ MOINEȘTI

Investiții prioritare

Dotare platou imagistic	Computer tomograf; mamograf	500.000	417.000	2012	
-------------------------	--------------------------------	---------	---------	------	--

Investiție	Detalii tehnice	Valoare estimată	Finanțare necesară	Anul de realizare	Observații
Înlocuire sistem clasic de termoficare	Instalație de producere a energiei din surse regenerabile, nepoluante	400.000	337.000	2012	Investiție propusă spre finanțare prin proiect european (proiect în evaluare), este necesară acoperirea sumei pentru cofinanțare
Investiții necesare					
Heliport	Amplasare heliport și culoar de zbor	200.000	167.000	2012	Studiu și proiect tehnic realizate
TOTAL din care		1.100.000	921.000		
		2012	1.100.000		921.000
SPITALUL MUNICIPAL ONEȘTI					
Investiții prioritare					
Construirea sursă proprie de apă	Forare puțuri; Sistem de conducte; Pompe submersibile; Instalație de automatizare;	70.000	70.000	2012-2013	Investiție necesară pentru acreditarea spitalului
Stație de tratare a apei reziduale	Sistem de tratare a apelor reziduale de origine spitalicească de tip mixt combinat chimico-fizic	175.000	175.000	2012-2013	Investiție necesară pentru acreditarea spitalului
Reparații generale și modernizări ale spațiilor medicale	Reparații și modernizări ale secțiilor: maternitate, interne, pneumologie, bloc operator, ORL, oftalmologie	465.000	460.000	2012-2013	Investiție necesară pentru acreditarea spitalului
Extindere Compartiment Primiri Urgențe	Construcție nouă, atașată actualului CPU;	140.000	140.000	2012-2013	Investiție necesară pentru acreditarea spitalului
Asigurarea dotărilor la fiecare pat conform OMS 914/2006	Priză de oxigen; Corp de iluminat; Sistem individual de alarmare;	185.000	185.000	2012-2013	Investiție necesară pentru acreditarea spitalului
Sisteme de asistare automată a respirației	Sisteme de asistare automată a respirației	60.000	60.000	2012-2013	Investiție necesară pentru acreditarea spitalului
Computer tomograf	Achiziționare CT; Amenajare spațiu pentru funcționare CT;	280.000	280.000	2012-2014	
Investiții necesare					

Investiție	Detalii tehnice	Valoare estimată	Finanțare necesară	Anul de realizare	Observații
Izolarea termică a clădirilor	Anvelopare termică a corpurilor de clădire	85.000	85.000	2012-2014	
TOTAL		1.460.000	1.455.000		
<i>din care</i>					
	2012	669.167	666.667		
	2013	669.167	666.667		
	2014	121.667	121.667		

Anexa 11.1

Repartizarea investițiilor necesare pe ani (2012-2016)

Anul / spitalul	Valoare estimată totală	Finanțare necesară
2012		
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BACĂU	4.410.000	3.476.667
SPITALUL DE PEDIATRIE BACĂU	1.638.000	1.638.000
SPITAL DE PNEUMOFIZIOLOGIE BACĂU	1.679.500	1.679.500
SPITALUL ORĂȘENESC BUHUȘI	157.000	157.000
SPITALUL ORĂȘENESC „IOAN LASCĂR” COMĂNEȘTI	3.445.472	672.442
SPITALUL MUNICIPAL DE URGENȚĂ MOINEȘTI	1.100.000	921.000
SPITALUL MUNICIPAL ONEȘTI	669.167	666.667
TOTAL	13.099.139	9.211.276
2013		
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BACĂU	3.990.000	3.056.667
SPITALUL ORĂȘENESC „IOAN LASCĂR” COMĂNEȘTI	2.865.000	498.300
SPITALUL MUNICIPAL ONEȘTI	669.167	666.667
TOTAL	7.524.167	4.221.634
2014		
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BACĂU	2.625.000	1.691.667
SPITALUL MUNICIPAL ONEȘTI	121.667	121.667
TOTAL	2.746.667	1.813.334
2015		
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BACĂU	1.625.000	1.025.000
TOTAL	1.625.000	1.025.000
2016		
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BACĂU	1.200.000	600.000
TOTAL	1.200.000	600.000
TOTAL	26.194.973	16.871.244

Anexa 12 - Standardele minimale privind dotarea centrelor de permanență fixe

Standardele minimale privind dotarea centrelor de permanență fixe

Conform Ordinului MSP nr. 1024 din 2008

1) Mobilier specific cabinetului medical:

- a) pat / canapea de consultatie
- b) birou medic
- c) scaune
- d) dulap instrumentar
- e) masuta instrumentar
- f) suport perfuzie

2) Aparatura / echipamente pentru resuscitare - respirație

- a) oxigen staționar - minim 2 x 10 l, NTP, contor debit/ventil debit cu capacitate maximă de cel puțin 15 l/min. și robinet de reglare Conexiune rapidă
- b) oxigen portabil - minim 5 l, NTP, contor debit/ventil debit cu capacitate maximă de cel puțin 15 l/min. și robinet de reglare Conexiune rapidă
- c) balon ventilație adult/copil cu măști de diferite mărimi și rezervor suplimentar pentru oxigen.
- d) set căi orofaringiene adult/copil
- e) laringoscop cu lame de diferite mărimi (adult/copil) și cu mandren
- f) pensa Mcgill diferite mărimi

3) Aparatura defibrilare - monitorizare - evaluare - administrare

- a) glucometru
- b) stetoscop
- c) tensiometru manual
- d) lampa pentru examinarea pupilelor
- e) ciocan reflexe
- f) termometru
- g) cantar pentru sugar si adulți
- h) negatoscop pentru radiografii;
- i) taliometru
- j) pelvimetru
- k) apăsător limbă;
- l) deschizător gură;
- m) canule rectale, uretrale, vaginale
- n) trusă completă de mică chirurgie;
- o) masa ginecologica
- p) valve ginecologice si pense de col
- q) seringă Guion pentru spalaturi auriculare
- r) atele Kramer

4) Aparate pentru comunicații / avertizare

- a) sistem de adresare publica

5) Materiale si dispozitive auxiliare

- s) materiale pentru curatenie si dezinfectie
- t) materiale necesare colectarii si neutralizarii deseurilor periculoase
- u) stingator de incendiu

Anexa 13 - Conținutul trusei de urgență pentru dotarea centrelor de permanență

Conținutul trusei de urgență pentru dotarea centrelor de permanență

Conform Ordinului MSP nr. 1024 din 2008

1) Materiale sanitare

- a) sonde de aspirație tip Yankauer
- b) sonde de aspirație flexibile endotraheale/incl. pediatrice
- c) seringi 5 și 10 ml
- d) truse perfuzie
- e) sonde de intubatie traheala (6, 7, 8, 9)
- f) fesi si pansamente sterile si nesterile
- g) truse sondaj urinar / pungii colectoare de urina
- h) container materiale ascutite
- i) manusi nesterile / consult /de unica folosinta
- j) canule intravenoase periferice de diferite marimi adulti / copii

2) Medicamente si solutii

- a) Solutii cristaloides (ser fiziologic, Ringer, glucoza 5%, glucoza 10%)
- b) Analgetice minore nemorfinice
- c) Aspirina
- d) Beta 2 mimetice inhalatorii
- e) Adrenalina
- f) Atropina
- g) Glucoza 33%
- h) Diazepam
- i) HCHS
- j) Nitroglicerina spray
- k) Nitroglicerina tablete
- l) Xilina
- m) Antiemetic injectabil
- n) Antiemetice orale
- o) Furosemid
- p) Vitamina B₁
- q) Vitamina B₆
- r) Miofilina iv
- s) Antihipertensive injectabile
- t) Antihipertensive orale
- u) Antispastice injectabile
- v) Antispastice orale
- w) Solutii dezinfectante (alcool, iod, rivanol, etc)

Anexa 14 - Studiu privind evaluarea stării de sănătate a populației din județul Bacău - Raport final de cercetare

STUDIUL PRIVIND EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI DIN JUDEȚUL BACĂU Raport final de cercetare

METODOLOGIE

Tip studiu: sondaj pe bază de chestionar structurat;

Universul cercetării: 714.641 locuitori ai județului Bacău la 1 iulie 2010;

Eșantionare: stratificată

Criterii de stratificare:

- Mediul de rezidență: urban și rural;
- Zone de rezidență ale județului: Nord Est, Nord Vest, Sud Vest, Sud Est.

Eșantion: 411 locuitori din județul Bacău, cu vârsta de 15 ani și peste

Eșantionul rezultat are următoarea structură:

Structura eșantionului rezultat pe medii de rezidență					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Urban	222	54,0	54,0	54,0
	Rural	189	46,0	46,0	100,0
	Total	411	100,0	100,0	

Structura eșantionului rezultat pe zone de rezidență					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nord-Est	194	47,2	47,2	47,2
	Nord-Vest	78	19,0	19,0	66,2
	Sud_Vest	91	22,1	22,1	88,3
	Sud_Est	48	11,7	11,7	100,0
	Total	411	100,0	100,0	

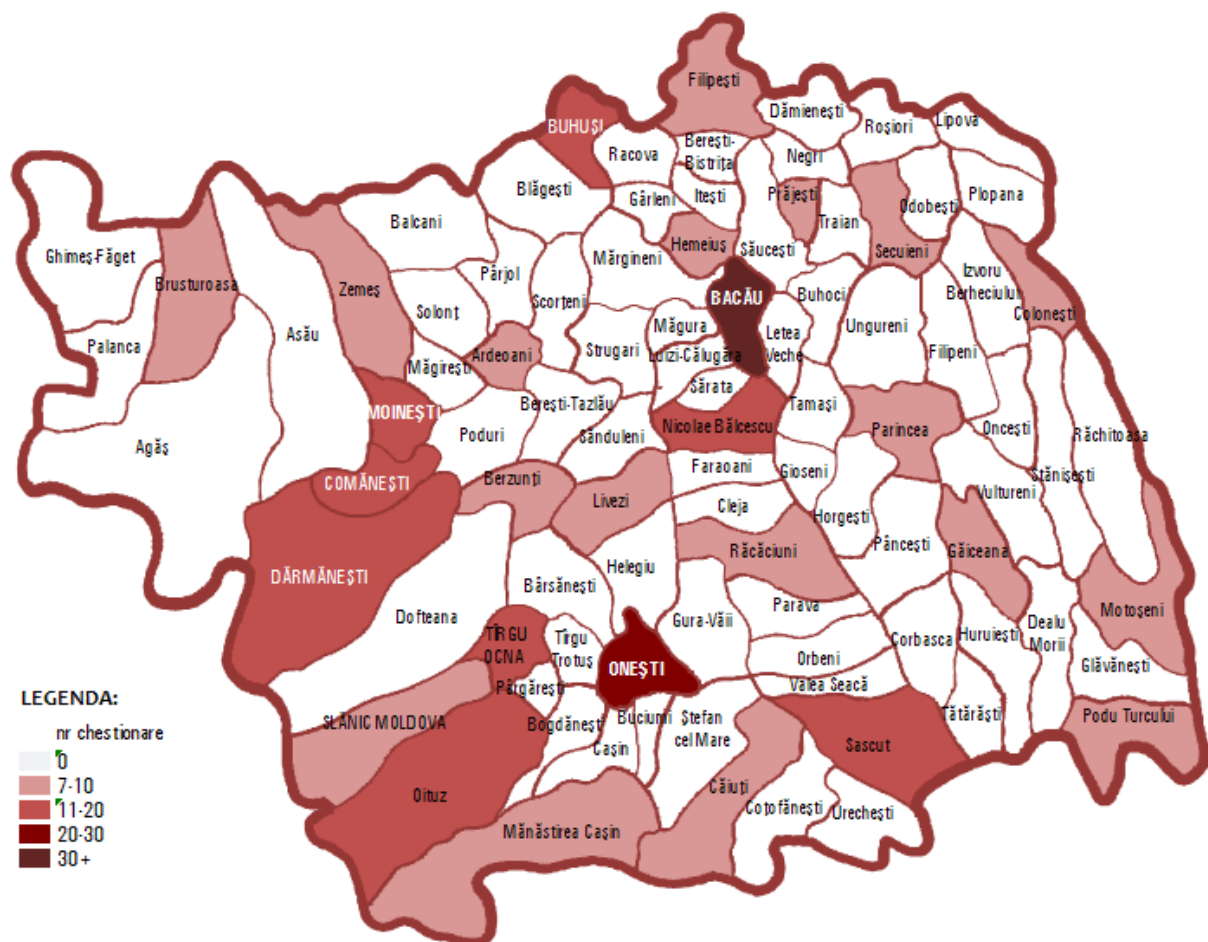
Reprezentativitate: eșantionul este reprezentativ pentru populația din județul Bacău; eroarea maximă de reprezentativitate $\pm 3\%$, la un nivel de încredere în rezultate de 95%.

Procedura de culegere a datelor: interviuri față-în-față;

Instrumentul de culegere a datelor: chestionarul structurat, 6 pagini, limba română;

Perioada de culegere a datelor 6 zile.

Sondaj de opinie - starea de sănătate a populației distribuție teritorială a chestionarelor valide



Glosar de termeni

Frequency – (frecvență absolută) - numărul, în valoare absolută, de răspunsuri de un anumit tip, date la o anumită întrebare;

Valid - (frecvență absolută) - numărul, în valoare absolută, de răspunsuri (mai puțin non-răspunsurile) de un anumit tip, date la o anumită întrebare;

Missing – non-răspunsuri.

Percent – (procent) - frecvența relativă, adică numărul răspunsurilor de un anumit tip în totalul variantelor de răspuns la o anumită întrebare;

Valid percent – (procent valid) - se obține prin eliminarea non-răspunsurilor din masa totală de răspunsuri la o anumită întrebare;

Cumulative Percent – (procent cumulativ) – procente cumulate de sus în jos, sau invers, pentru a evidenția, acolo unde este cazul, cumulara răspunsurilor ușor asemănătoare (de exemplu "Sigur DA" și "DA");

Mean – media aritmetică;

Median – (mediana) – indicatorul care împarte volumul eșantionului în două sub-eșantioane de volume egale în raport cu poziția subiecților față de o variabilă;

Percent of Respondents – (ponderea din numărul respondenților) – ponderea din totalul respondenților, în cazul variabilelor cu răspuns multiplu;

Percent of Cases – (ponderea din cazuri) - ponderea din totalul cazurilor valide, în cazul variabilelor cu răspuns multiplu;

Percentiles – indicator ce împarte volumul eșantionului în 100 de sub-eșantioane de volume egale în raport cu poziția subiecților față de o variabilă; Percentila 50 reprezintă totodată valoarea mediane.

În cadrul prezentului studiu, pentru prezentarea detaliată a distribuțiilor răspunsurilor la anumite întrebări s-au utilizat percentilele 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 și 90. Pentru interpretarea valorilor medii aferente fiecăruia dintre cele 10 grupuri prezentăm următorul exemplu:

Numărul mediu al anilor de studii al respondenților

Statistics		
N	Valid	411,00
	Missing	,00
Mean		11,49
Median		12,00
Minimum		1,00
Maximum		35,00
Percentiles	10	7,00
	20	8,00
	30	10,00
	40	11,00
	50	12,00
	60	12,00
	70	12,00
	80	14,00
	90	16,00

- 10% dintre persoanele intervievate au studiat 7 ani sau mai puțin (restul de 90% având o perioadă de studii de peste 7 ani)
- 20% dintre persoanele intervievate au studiat 8 ani sau mai puțin (restul de 80% având o perioadă de studii de peste 8 ani); în acest segment de 20% sunt incluse și cele 10% persoane intervievate care au studiat 7 ani sau mai puțin;
- 30% dintre persoanele intervievate au studiat 10 ani sau mai puțin (restul de 70% având o perioadă de studii de peste 10 ani)
- 50% dintre persoanele intervievate au studiat cel puțin 12 ani, restul de 50% dintre respondenți având o perioadă de studii de peste 12 ani;
- 90% dintre persoane au avut o perioadă de studii de până în 16 ani, restul de 10% dintre persoane având peste 16 ani de studiu;

REZUMAT EXECUTIV

ASPECTE GENERALE

- Vârsta medie a respondenților este de 46,3 ani, fiind 17,8% respondenți de 15,-24 ani, 10,2% respondenți cu vârsta de 25-34 ani, 20,4% respondenți având vârsta de 35-44 ani, 14,6% respondenți având vârsta de 45-54 ani, 19,7% respondenți având vârsta de 55-64 ani și 17,3% respondenți având vârsta de 65 ani și peste.
- 56,7% dintre respondenți sunt femei și 43,3% respondenți sunt bărbați.
- Numărul mediu al anilor de studiu al respondenților este de 11,5 ani, 70,0% dintre ei având 12 ani de studiu sau mai puțin și 30,0% respondenți având peste 12 ani de studiu.
- 31,1% dintre persoanele intervievate sunt pensionari, 20,2% respondenți sunt muncitori calificați, 12,2% persoane sunt casnice, 9,0% respondenți sunt elevi/studenti, 5,8% respondenți reprezintă personal cu studii superioare, 5,1% sunt muncitori necalificați, 3,2% sunt muncitori iar 13,4% respondenți au alte ocupații.
- Persoanele active economic au o vechime medie în muncă de 17,4 ani, iar persoanele inactice economic (șomerii, pensionarii, persoanele casnice) au lucrat în medie 29,7 ani.
- 35,2% din persoanele active economic intervievate lucrează în servicii, 21,4% persoane în comerț, 17,6% în industrie, 6,9% în construcții și 1,9% în agricultură.
- Majoritatea persoanelor inactive economic în prezent, au activat în sectorul serviciilor (34,4% persoane inactive) și în industrie (18,3% persoane inactive), 8,6% persoane fiind în agricultură, 8,1% persoane în construcții și 4,3% persoane în comerț.
- 63,0% respondenți sunt căsătoriți, 22,4% respondenți sunt necăsătoriți, 12,2% sunt divorțați/separați/văduvi și 2,4% respondenți sunt implicați într-o uniune liber consimțită (concubinaj).
- Numărul mediu de persoane dintr-o gospodărie a intervievaților este de 3,2 persoane.
- Peste jumătate din respondenți (59,6%) locuiesc la casă, în timp ce 40,4% respondenți locuiesc în apartament.
- Principala sursă de venit a respondenților este salariul, 54,3% dintre respondenți beneficiind de acesta. Însă, 29,0% respondenți au pensie, 19,2% respondenți beneficiază de alocație de creștere a copilului/copiiilor, 6,1% respondenți beneficiază de pensie de invaliditate, 3,6% respondenți iau pensie de urmaș, 3,4% respondenți beneficiază de subvenție de încălzire, 1,9% respondenți iau indemnizație de șomaj, 3,2% respondenți beneficiază de alte surse de venit iar 2,9% respondenți nu au nicio sursă de venit.
- Venitul mediu total lunar net pe familie este de 1.439 lei.
- Persoanele feminine care au participat la studiu au o înălțime medie de 1,64 m iar bărbații au o înălțime medie de 1,73 m.
- Greutatea corporală medie a femeilor care au fost intervievate este de 67,1 kg, iar cea a bărbaților este de 76,8 kg.

- 49,1% dintre respondenți sunt normali din punct de vedere al greutateii raportate de la înălțime, 31,9% respondenți sunt supraponderali, 14,1% respondenți sunt obezi iar 3,5% respondenți suferă de subnutriție.
- Pe medii de rezidență, nu se înregistrează diferențe semnificative, gradul de supraponderalitate (persoane supraponderale) fiind de 32,1% în mediul urban și de 33,7% în mediul rural, iar ponderea persoanelor obeze de 15,8% în mediul urban și de 13,1% în mediul rural. Ponderea persoanelor normale, din punct de vedere al greutateii corporale, reprezintă 49,8% în mediul urban și 48,4% în mediul rural. Însă, în mediul rural ponderea persoanelor subnutrite (4,9%) este aproape dublu decât în mediul urban (2,3%).
- Pe sexe, gradul de supraponderalitate nu diferă semnificativ, 34,7% dintre persoanele de sex masculin și 31,4% dintre persoanele de sex feminin fiind supraponderale iar 15,0% dintre persoanele de sex masculin și 14,2% dintre persoanele de sex feminin fiind obeze. Ponderea persoanelor normale, din punct de vedere al greutateii corporale, este egală atât în rândul bărbaților cât și în rândul femeilor (49,1% respondenți). Însă, ponderea femeilor subnutrite (5,3%) este de peste 4 ori mai mare decât cea a bărbaților (1,2%) cu o greutate scăzută raportată la înălțimea acestora.

STAREA DE SĂNĂTATE

- Majoritatea respondenților 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.
- respondenții din mediul urban autoevaluează starea generală de sănătate mai degrabă bună și foarte bună, comparativ cu respondenții din mediul rural. Așadar, în mediul urban 55,0% 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% respondenți apreciază o stare de sănătate bună și foarte bună, iar 28,5% respondenți apreciază o stare de sănătate proastă și foarte proastă.
- 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.
- De o afecțiune care a limitat activitatea zilnică, în ultimele 6 luni, au suferit 31,2% dintre respondenți, în timp ce 66,9% 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.
- 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 *diabet* (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), *ulcer* (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), *hipertensiune* (91,9% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 45,3% diagnosticate în ultimele 12 luni), *ciroză, disfuncție hepatică* (88,9% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 55,6% diagnosticate în ultimele 12 luni), *diabet* (88,5% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 53,8% diagnosticate în ultimele 12 luni), *osteoartrită* (85,7% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 47,6% diagnosticate în ultimele 12 luni), *bronșită cronică, boli pulmonare* (85,7% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 14,3% diagnosticate în ultimele 12 luni), *vătămare 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).

- cea mai menționată afecțiune, durerile de spate și de coloană, are cea mai scăzută rată de diagnosticare, 38,3% respondenți declarând că aceste dureri au fost diagnosticate de către medic și doar 14,3% 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).

FUMATUL

- 70,8% dintre respondenți declară că nu obișnuiesc să fumeze, în timp ce 20,4% respondenți fumează zilnic și 8,8% respondenți fumează 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 persoanele 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 de 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%.
- 27,0% dintre femei și 32,0% dintre bărbați fumează zilnic/ocazional. Dintre femei, 17,2% fumează zilnic, cu 7,5 procente mai puțin decât bărbații.
- 96,7% dintre fumătorii activi fumează țigări din comerț, în timp ce doar 3,3% respondenți preferă și alte categorii de țigări.
- Numărul mediu de țigări din comerț consumate pe zi este de 12 țigări. Jumătate dintre respondenți consumă sub 10 țigări pe zi, iar jumătate consumă peste 10 țigări pe zi.
- 70,0% dintre respondenți consumă sub 20 de țigări pe zi, în timp ce 30,0% respondenți fumează 20 de țigări sau mai multe pe zi.

- 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.
- 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 urmă cu un an, majoritatea respondenților (58,2%) nu aveau obișnuința de a fuma, în timp ce 41,1% respondenți fumau zilnic sau ocazional.
- Dintre fumătorii activi, la momentul realizării sondajului, cei mai mulți fumau și în urmă cu un an. 95,2% din persoanele care fumează zilnic în prezent erau fumătoare și în urmă cu un an și 41,7% dintre fumătorii ocazionali din prezent aveau acest obicei în trecut. **25,4% dintre nefumătorii din prezent, erau fumători activi în urmă cu un an.**
- Perioada medie în care fumătorii activi din prezent au acest obicei este de 16 ani. Jumătate din fumătorii activi fumează de mai puțin de 15 ani, iar jumătate dintre ei fumează de peste 15 ani.
- Din totalitatea respondenților, 75,9% nu sunt expuși la fumul de țigară în locuință, iar 24,1% dintre ei sunt expuși la acest lucru mai puțin de o oră pe zi sau mai mult. 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 ocazional 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 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 cu fumul 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%.
- 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.
- Majoritatea respondenților (58,4%) nu sunt expuși niciodată sau aproape 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).
- În familiile a 50,9% dintre respondenți nu fumează nici un membru al familiei, ceea ce înseamnă că pentru 71,8% 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.
- 75,5% dintre respondenții în a căror familie cel puțin un membru fumează au declarat că niciunul nu este adolescent, în ce **3,0% dintre respondenți au declarat că în familie este cel puțin un adolescent care fumează.**

CONSUMUL DE ALCOOL

- Majoritatea populației intervievate (56,4%) a declarat că în ultimele 12 luni au consumat băuturi alcoolice, iar 43,6% respondenți susțin că nu consumă băuturi de acest gen niciodată.
- 20,7% respondenți ai 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, 6,3% 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%.
- În zona de Sud Vest a județului Bacău se observă cea ridicată pondere a persoanelor care consumă frecvent alcool (de 4-6 ori pe săptămână și zilnic), aceasta fiind de 19,8%. Acestei zone îi urmează, din punct de vedere al consumului frecvent de alcool, zona de Sud Est, unde 14,6% respondenți consumă frecvent alcool, zona de Nord Vest, unde 11,6% respondenți consumă frecvent alcool, și zona de Nord Est, unde 10,8% respondenți consumă frecvent alcool.

- 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 ridicat 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).
- 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 țarie/săptămână.
- Jumătate dintre respondenți consumă sub 2 litri de bere/săptămână, iar jumătate respondenți consumă peste această cantitate, ajungând chiar și la 22 litri de bere/săptămână.
- 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 țarie 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 țarie 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 țarie consumată este de 0,19 litri / săptămână / persoană în mediul rural și de 0,15 litri / săptămână / persoană în mediul urban
- Dintre persoanele care în ultimele 12 luni au consumat foarte rar (lunar sau mai rar) băuturi alcoolice, 49,4% au declarat că au consumat cel puțin 100 ml de băuturi alcoolice mai rar decât o dată pe lună, 41,2% respondenți au susținut că nu au consumat niciodată și 9,4% persoane au declarat că au consumat lunar cel puțin 100 ml de băuturi alcoolice.

CONSUMUL DE MEDICAMENTE

- Cele mai utilizate medicamente pe baza prescripției medicului sunt antibioticele, 62,0% dintre respondenți declarând că au utilizat aceste medicamente cu prescripție. De asemenea, 12,2% dintre respondenți au utilizat somnifere pe baza prescripției medicale, 7,1% respondenți au utilizat pilulele contraceptive și 0,7% respondenți au consumat hormoni pentru menopauză pe baza prescripției de la medic. În categoria altor tipuri de medicamente prescrise de către medic au fost menționate cu preponderență mineralele, vitaminele, antiinflamatoarele, antinevralgicele, medicamentele pentru bolile de inimă și medicamentele pentru diabet.
- 68,9% respondenți nu au consumat în ultimele 2 săptămâni medicamente cu prescripție medicale, iar 31,1% respondenți au consumat în acest timp medicamente cu prescripție.

- În ultimele 2 săptămâni, în mediul urban ponderea persoanelor care au consumat medicamente cu prescripție (35,1% respondenți) este mai ridicat decât în mediul rural (26,5% respondenți).
- Dintre persoanele care în ultimele 2 săptămâni au consumat medicamente cu prescripție, 37,5% respondenți au consumat aceste medicamente pentru *hipertensiune arterială*, 21,9% respondenți le-au consumat pentru *alte dureri (exclusiv cele de articulații, gât, spate, cap)*, 17,2% respondenți le-au consumat pentru *durerile articulațiilor*, 12,5% respondenți le-au consumat pentru *durerile de gât sau spate*, 11,7% respondenți le-au consumat pentru *durerile de cap sau migrene*, 9,4% respondenți le-au consumat pentru *diabet*, etc.
- Mare parte din respondenți (76,4%) nu au consumat medicamente fără prescripție medicală, în ultimele două săptămâni, iar 23,6% respondenți au utilizat medicamente fără a avea o prescripție medicală pentru acest lucru.
- Dintre persoanele care în ultimele 2 săptămâni au utilizat medicamente cu prescripție, 19,5% persoane au consumat și medicamente fără prescripție medicală și 80,5% persoane nu au făcut acest lucru.
- Dintre persoanele care nu au utilizat medicamente cu prescripție în ultimele 12 săptămâni, 25,4% persoane au consumat medicamente fără a avea o prescripție medicală pentru acestea.
- Procentul femeilor care au consumat medicamente, în ultimele 2 săptămâni, fără prescripție medicală (30,0% persoane) este dublu față de cel al bărbaților care consumă medicamente în același mod (15,2% persoane).
- Principalele afecțiunile pentru care respondenții au consumat medicamente fără prescripție medicală sunt reprezentate de: *durerile de cap sau migrene* (39,2% respondenți), *alte dureri – exclusiv cele de cap, gât, spate, articulații* (20,6% respondenți), *răceală, gripă* (19,6% respondenți), *lipsa vitaminelor* (11,3% respondenți) și *probleme ale stomacului* (9,3% respondenți).
- În cele 2 săptămâni, persoanele intervievate au consumat medicamente pe care au cheltuit între 7 și 700 lei, jumătate dintre respondenți cheltuind sub 65 de lei, iar jumătate respondenți cheltuind pe medicamente peste 65 lei.
- Suma medie cheltuită pentru achiziționarea medicamentelor în ultimelor 2 săptămâni a fost mai ridicată în mediul rural, unde acesta a fost de 120,8 lei, iar în mediul urban suma medie a fost ușor mai scăzută, de 106,4 lei. Așadar, locuitorii din mediul rural au cheltuit în medie cu 14,4 lei mai mult pe medicamente decât persoanele din mediul urban, în această perioadă.
- În fiecare lună, 19,2% respondenți cheltuie pe medicamente între 101 și 300 lei, 15,6% respondenți cheltuie sub 50 lei, 12,4% respondenți cheltuie între 51 și 100 lei și 4,9% respondenți cheltuie peste 300 de lei pentru procurarea medicamentelor. 40,4% dintre respondenți nu cumpără medicamente în mod regulat, iar 7,5 respondenți nu au putut aprecia suma cheltuită lunar pe medicamente.
- În mediul rural locuitorii care au participat la studiu cheltuie lunar cu 5,3 lei mai mult decât în mediul urban, suma medie fiind de 158,2 lei în mediul rural și de 152,9 lei în mediul urban.
- În fiecare lună, 19,2% respondenți cheltuie pe medicamente între 101 și 300 lei, 15,6% respondenți cheltuie sub 50 lei, 12,4% respondenți cheltuie între 51 și 100 lei și 4,9% respondenți cheltuie peste 300 de lei pentru procurarea medicamentelor. 40,4% dintre respondenți nu cumpără medicamente în mod regulat, iar 7,5 respondenți nu au putut aprecia suma cheltuită lunar pe medicamente.

- Suma medie lunară cheltuită pentru achiziționarea de medicamente este de **155,5 lei**, această sumă variind între 5 și 1.000 lei lunar.
- În mediul rural locuitorii care au participat la studiu cheltuie lunar cu 5,3 lei mai mult decât în mediul urban, suma medie fiind de 158,2 lei în mediul rural și de 152,9 lei în mediul urban.

UTILIZAREA SERVICIILOR MEDICALE

- 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.
- În ceea ce privește realizarea de screening-uri, doar 2,7% dintre respondenți au realizat pentru cancerul la colon, 2,4% respondenți pentru cancerul de col uterin și 1,0% pentru cancerul la sân.

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

ACTIVITĂȚI FIZICE

- 30,4% dintre respondenți declară că 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%.
- Timpul mediu de realizare a activităților fizice semnificative, săptămânal, este de 30,4 ore, ceea ce înseamnă peste 4 ore 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.
- 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.

COMPORAMENT DE CONSUM

- Cea mai mare parte a populației intervievate (90,3% respondenți) consumă fructe cel puțin o dată pe săptămână. 30,7% respondenți consumă fructe de două sau mai multe ori pe zi, 37,2% respondenți consumă fructe o dată pe zi, 11,4% respondenți consumă fructe de cel puțin 4 ori pe săptămână și 10,9% respondenți consumă fructe de mai puțin de 4 ori pe săptămână.
- **8,0% respondenți consumă fructe mai puțin de o dată pe săptămână, iar 1,2% respondenți nu consumă niciodată fructe.**
- 92,0% dintre respondenți consumă cel puțin o dată pe săptămână legume, dintre care 27,0% respondenți consumă legume de două sau mai multe ori pe zi, 46,2% respondenți consumă legume o dată pe zi, 11,7% respondenți consumă legume de cel puțin 4 ori pe săptămână și 7,1% 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.

- Frecvența consumului de sucuri naturale din fructe sau legume este mult mai scăzută decât consumul acestora în formă naturală, 42,3% respondenți neconsumând niciodată astfel de sucuri.
- Majoritatea respondenților (74,0%) nu consumă niciodată snacks-uri, însă 15,6% respondenți consumă astfel de produse mai puțin de o dată pe săptămână, 5,8% respondenți consumă snacks-uri mai puțin de 4 ori pe săptămână și 1,0% 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% 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 16,3% respondenți consumă astfel de produse de mai puțin de 1 dată pe săptămână, spre deosebire de cei 34,8% respondenți care consumă cel puțin o dată pe săptămână sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr.
- **19,9% 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.**
- 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.
- Însă, **pentru 3,7% respondenți frecvența de consum a produselor fast-food este ridicată, 3,25 respondenți consumând aceste produse o dată pe zi și 0,5% respondenți consumându-le de două sau mai multe ori pe zi.**

SĂNĂTATE ORALĂ

- Majoritatea respondenților (52,8% persoane) au făcut o ultimă vizită la medicul stomatolog în urmă cu un an sau cu mai mult, iar 27,3% respondenți au fost la stomatolog mai recent de un an. Se remarcă totuși **procentul ridicat, de 19,2%, al persoanelor care nu au fost niciodată la medicul stomatolog.**
- În cazul persoanelor care nu au fost niciodată la stomatolog, se observă procentul mai ridicat pentru respondenții din mediul rural (29,1% persoane), comparativ cu mediul urban (10,8% persoane).
- Dintre persoanele care au declarat că au făcut ultima vizită la medicul stomatolog mai recent de un an, 58,0% respondenți nu au realizat nicio vizită în ultima lună, 28,6% respondenți au făcut 1-2 vizite, 5,4% respondenți au efectuat 3,4 vizite și 8,0% au făcut 5 vizite sau mai multe.

SOCIALIZARE ȘI SPRIJIN

- 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 apropiere lor astfel de persoane.
- Dintre persoanele care au declarat că au în apropiere cel puțin o persoană de sprijin, 16,8% respondenți au declarat că dintre acestea cel puțin una este cadru medical, iar pentru 83,2% dintre respondenți în rândul persoanelor de sprijin nu se află nici un cadru medical.

SISTEMUL DE SĂNĂTATE

- Cei mai mulți respondenți (64,3%) au o încredere ridicată în medicul de familie, în timp ce 23,65 respondenți au o încredere medie și 6,8% respondenți au o încredere scăzută.
- 48,9% respondenți au o încredere ridicată în medicii din sistemul privat din România, față de 32,4% respondenți care au o încredere ridicată în medicii din sistemul public din România.
- Privind sistemul din județul Bacău, 48,6% respondenți au o încredere ridicată în medicii din sistemul privat față de 35,6% respondenți 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% respondenți) și din județul Bacău (16,1% respondenți).**
- 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% respondenți declară că au o apreciere pozitivă. Acesta este urmat de *distanța față de cel mai apropiat spital* (47,2% respondenți care au o apreciere pozitivă), *gradul de competență al medicilor* (47,2% respondenți), *comportamentul medicilor* (41,1% respondenți) și *gradul de succes al operațiilor/tratamentelor* (40,2% respondenți).
- Cel mai scăzut grad de apreciere îl înregistrează aspecte precum *costurile practicate pentru serviciile medicale* (32,1% respondenți), *gradul de transparență în cheltuirea fondurilor* (27,7% respondenți), *condițiile de spitalizare* (22,1% respondenți), *gradul de modernizare a echipamentelor* (20,7% respondenți), *starea instrumentarului* (20,7% respondenți).
- Principalele avantaje ale serviciilor medicale private sunt reprezentate de *calitatea superioară a serviciilor* (56,4% respondenți), *tehnologiile/aparatele moderne utilizate* (42,8% respondenți), *atenția sporită acordată pacienților* (41,1% respondenți) și *faptul că există mai puține riscuri de îmbolnăvire* (33,3% respondenți).
- Avantajul serviciilor medicale publice, în detrimentul celor private, este reprezentat în principal de *costurile mai reduse*, care a fost menționat de 67,2% respondenți.
- 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%).
- 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.
- 81,2% respondenți au declarat că nu dețin o asigurare de sănătate privată și doar 13,9% respondenți dețin o astfel de asigurare.

- 38,7% dintre respondenți au plătit actul medical ultima dată când au beneficiat de servicii medicale din sistemul medical public, 28,7% respondenți au plătit actul medical de care au beneficiat în spital, iar 19,5% respondenți au plătit actul medical medicului de familie, în același regim.
- Actul medical a fost condiționat de existența asigurării medicale pentru 33,1% respondenți care au beneficiat de serviciile medicului de familie, 24,6% respondenți care au beneficiat de serviciile medicului specialist și 18,7% respondenți care au beneficiat de serviciile din spital.
Altă condiționare a actului medical a fost reprezentată de plățile informale pentru 10,5% respondenți care au beneficiat de serviciile medicului specialist, 10,5% respondenți care au beneficiat de serviciile din spital și 3,4% respondenți care au beneficiat de serviciile medicului de familie.
- Cei mai mulți dintre respondenți apreciază că au un nivel de informare relativ mediu privind unele aspecte ale sistemului medical din România.
- Doar 24,3% respondenți apreciază că au un nivel de informare ridicat cu privire la procedurile de urmat pentru accesarea serviciilor medicale, 22,8% respondenți se autoevaluează că au un nivel ridicat de informare cu privire la drepturile ca asigurat, 20,9% respondenți se autoevaluează cu un nivel de informare ridicat cu privire la disponibilitatea serviciilor medicale și 13,4% respondenți au un nivel ridicat de informare privitor mecanismul de finanțare.

REZULTATELE STUDIULUI

1. ASPECTE GENERALE

Vârsta respondentului

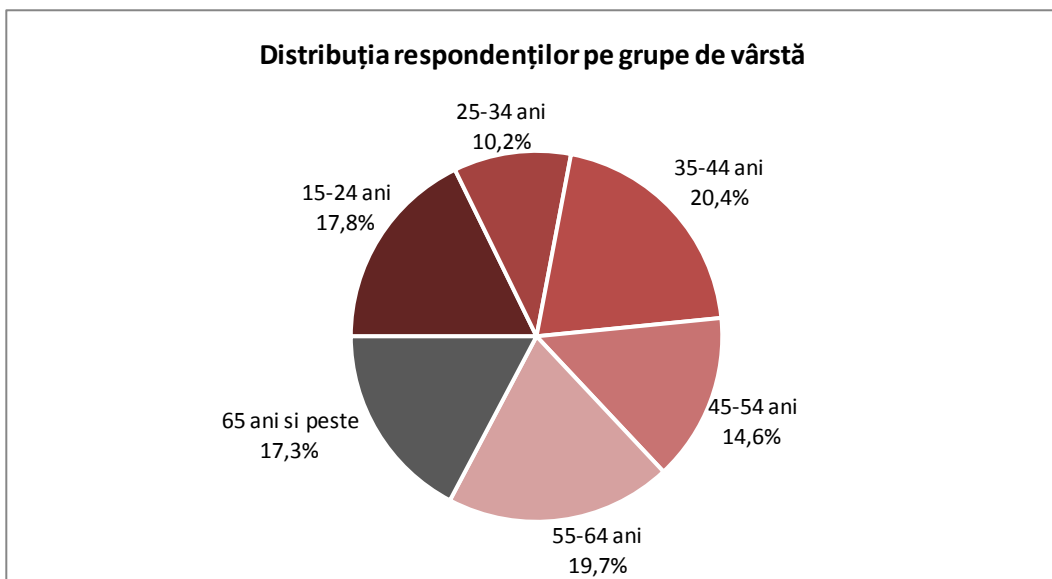
Vârsta medie a respondenților este de 46,3 ani, fiind 17,8% respondenți de 15,-24 ani, 10,2% respondenți cu vârsta de 25-34 ani, 20,4% respondenți având vârsta de 35-44 ani, 14,6% respondenți având vârsta de 45-54 ani, 19,7% respondenți având vârsta de 55-64 ani și 17,3% respondenți având vârsta de 65 ani și peste.

Tabel 1. Vârsta medie a respondenților

Statistics		
N	Valid	411,00
	Missing	0,00
Mean		46,29
Median		45,00
Minimum		15,00
Maximum		89,00
Percentiles	10	21,00
	20	27,00
	30	36,00
	40	41,00
	50	45,00
	60	52,20
	70	58,00
	80	62,00
	90	70,00

Tabel 2. Distribuția respondenților pe grupe de vârstă

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
15-24 ani	73	17,8	17,8	17,8
25-34 ani	42	10,2	10,2	28,0
35-44 ani	84	20,4	20,4	48,4
45-54 ani	60	14,6	14,6	63,0
55-64 ani	81	19,7	19,7	82,7
65 ani și peste	71	17,3	17,3	100,0
	411	100,0	100,0	

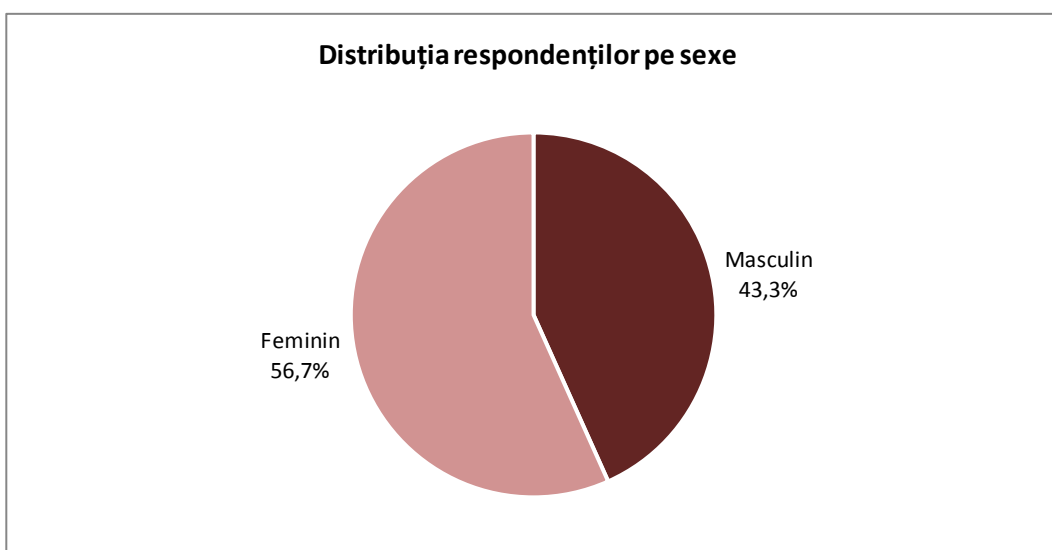


Sexul respondenților

56,7% dintre respondenți sunt femei și 43,3% respondenți sunt bărbați.

Tabel 3. Distribuția respondenților pe sexe

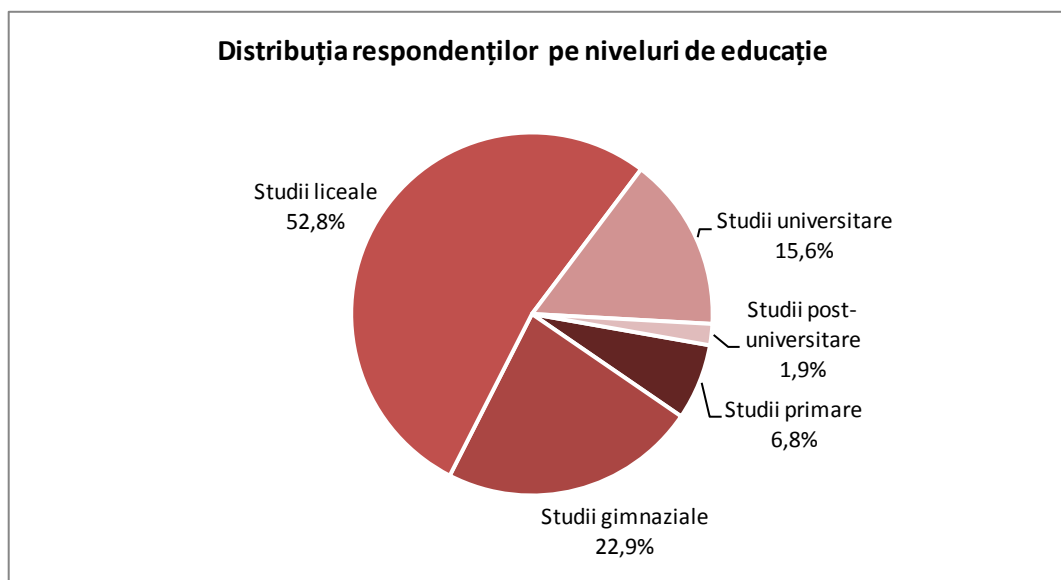
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculin	178	43,3	43,3	43,3
	Feminin	233	56,7	56,7	100,0
Total		411	100,0	100,0	



Nivelul de educație al respondenților

Tabel 4. Distribuția respondenților pe niveluri de educație

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Studii primare	28	6,8	6,8	6,8
Studii gimnaziale	94	22,9	22,9	29,7
Studii liceale	217	52,8	52,8	82,5
Studii universitare	64	15,6	15,6	98,1
Studii post-universitare	8	1,9	1,9	100,0
Total	411	100,0	100,0	



Numărul anilor de studii al respondenților

Numărul mediu al anilor de studiu al respondenților este de 11,5 ani, 70,0% dintre ei având 12 ani de studiu sau mai puțin și 30,0% respondenți având peste 12 ani de studiu.

Tabel 5. Numărul mediu al anilor de studii al respondenților

Statistics		
N	Valid	411,00
	Missing	,00
Mean		11,49
Median		12,00
Minimum		1,00
Maximum		35,00
Percentiles	10	7,00
	20	8,00

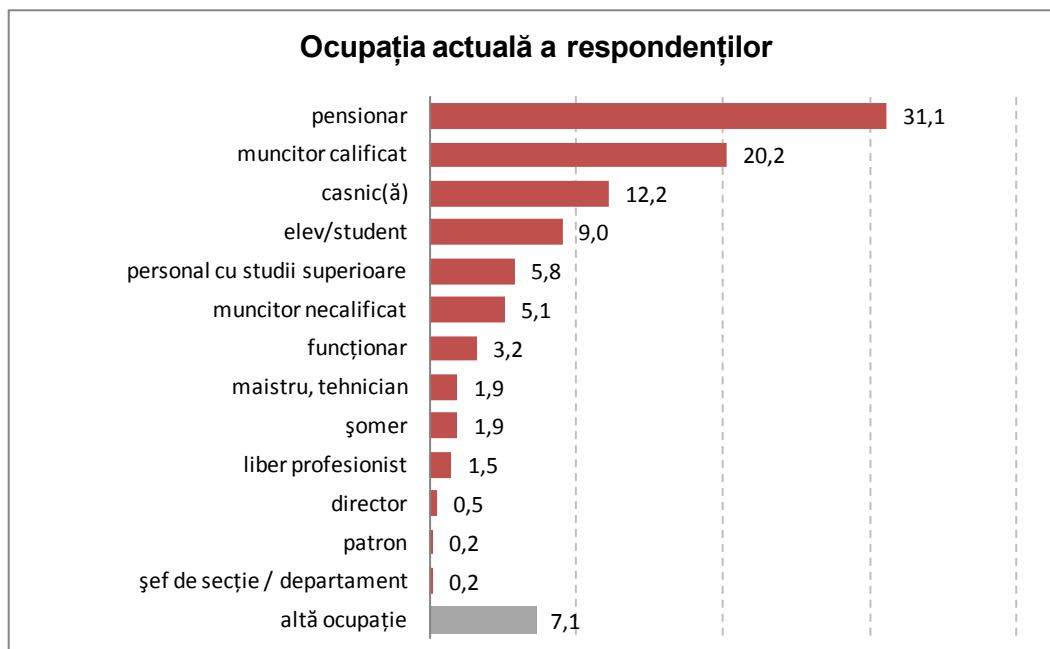
	30	10,00
	40	11,00
	50	12,00
	60	12,00
	70	12,00
	80	14,00
	90	16,00

Ocupația actuală a respondenților

31,1% dintre persoanele interviuate sunt pensionari, 20,2% respondenți sunt muncitori calificați, 12,2% persoane sunt casnice, 9,0% respondenți sunt elevi/studenti, 5,8% respondenți reprezintă personal cu studii superioare, 5,1% sunt muncitori necalificați, 3,2% sunt muncitori iar 13,4% respondenți au alte ocupații.

Tabel 6. Ocupația actuală a respondenților

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid patron	1	0,2	0,2	0,2
director	2	0,5	0,5	0,7
șef de secție / departament	1	0,2	0,2	1,0
personal cu studii superioare	24	5,8	5,8	6,8
maistru, tehnician	8	1,9	1,9	8,8
muncitor calificat	83	20,2	20,2	29,0
muncitor necalificat	21	5,1	5,1	34,1
funcționar	13	3,2	3,2	37,2
liber profesionist	6	1,5	1,5	38,7
elev/student	37	9,0	9,0	47,7
șomer	8	1,9	1,9	49,6
casnic(ă)	50	12,2	12,2	61,8
pensionar	128	31,1	31,1	92,9
altă ocupație	29	7,1	7,1	100,0
Total	411	100,0	100,0	



Persoanele active economic au o vechime medie în muncă de 17,4 ani, iar persoanele inactice economic (șomerii, pensionarii, persoanele casnice) au lucrat în medie 29,7 ani.

35,2% din persoanele active economic interviuate lucrează în servicii, 21,4% persoane în comerț, 17,6% în industrie, 6,9% în construcții și 1,9% în agricultură.

Tabel 7. Vechimea medie de muncă a respondenților activi economic (ani)

Vechimea în muncă (ani)		
N	Valid	145
	Missing	14
Mean		17,4
Median		17,0
Minimum		0,5
Maximum		89,0
Percentiles	10	3,0
	20	7,0
	30	9,0
	40	12,4
	50	17,0
	60	20,0
	70	22,0
	80	27,8
	90	32,4

Tabel 8. Sectoarele de activitate ale respondenților activi economic

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Agricultura	3	1,9	2,3	2,3
	Industrie	28	17,6	21,2	23,5
	Constructii	11	6,9	8,3	31,8
	Comert	34	21,4	25,8	57,6
	Servicii	56	35,2	42,4	100,0
Missing		27	17,0	100,0	
Total		159	100,0		

Tabel 9. Vechimea medie în muncă a respondenților inactivi economic (ani)

Vechimea în muncă (ani)		
N	Valid	147,0
	Missing	39,0
Mean		29,7
Median		32,0
Minimum		0,0
Maximum		60,0
Percentiles	10	10,8
	20	18,0
	30	25,0
	40	30,0
	50	32,0
	60	35,0
	70	37,0
	80	40,0
	90	42,0

Majoritatea persoanelor inactiv economic în prezent, au activat în sectorul serviciilor (34,4% persoane inactiv) și în industrie (18,3% persoane inactiv), 8,6% persoane fiind în agricultură, 8,1% persoane în construcții și 4,3% persoane în comerț.

Tabel 10. Sectoarele de activitate în care au lucrat respondenții inactivi economic

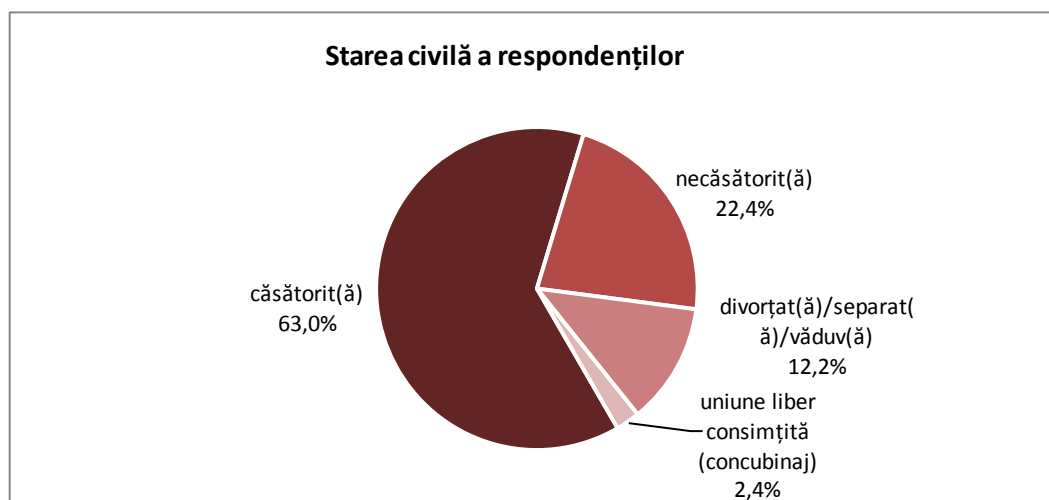
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Agricultura	16	8,6	11,7	11,7
	Industrie	34	18,3	24,8	36,5
	Constructii	15	8,1	10,9	47,5
	Comert	8	4,3	5,8	53,3
	Servicii	64	34,4	46,7	100,0
Missing		49	26,3	100,0	
Total		186	100,0		

Starea civilă a respondenților

63,0% respondenți sunt căsătoriți, 22,4% respondenți sunt necăsătoriți, 12,2% sunt divorțați/separați/văduvi și 2,4% respondenți sunt implicați într-o uniune liber consimțită (concubinaj).

Tabel 11. Starea civilă a respondenților

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	căsătorit(ă)	259	63,0	63,0	63,0
	necăsătorit(ă)	92	22,4	22,4	85,4
	divorțat(ă)/separat(ă)/văduv(ă)	50	12,2	12,2	97,6
	uniune liber consimțită (concubinaj)	10	2,4	2,4	100,0
	Total	411	100,0	100,0	



Numărul membrilor din gospodărie

Numărul mediu de persoane dintr-o gospodărie a intervievaților este de 3,2 persoane.

Tabel 12. Numărul mediu de membri într-o gospodărie

	Număr membri (pers.)	
N	Valid	404
	Missing	7
Mean		3,2
Median		3,0
Minimum		1,0
Maximum		13,0
Percentiles	10	1,0
	20	2,0
	30	2,0

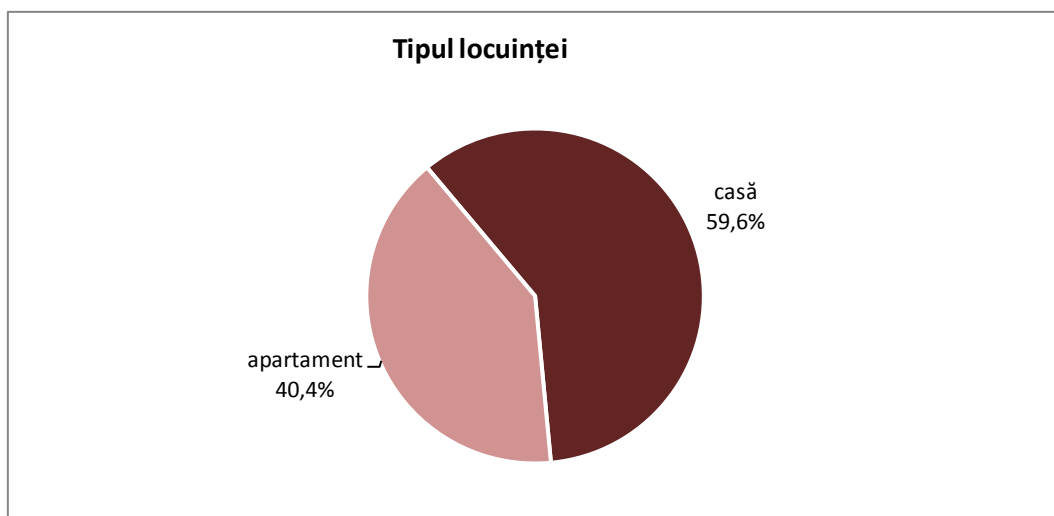
	40	3,0
	50	3,0
	60	4,0
	70	4,0
	80	4,0
	90	5,0

Tipul locuinței

Peste jumătate din respondenți (59,6%) locuiesc la casă, în timp ce 40,4% respondenți locuiesc în apartament.

Tabel 13. Tipul locuinței

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casă	245	59,6	59,6	59,6
	apartament	166	40,4	40,4	100,0
	Total	411	100,0	100,0	

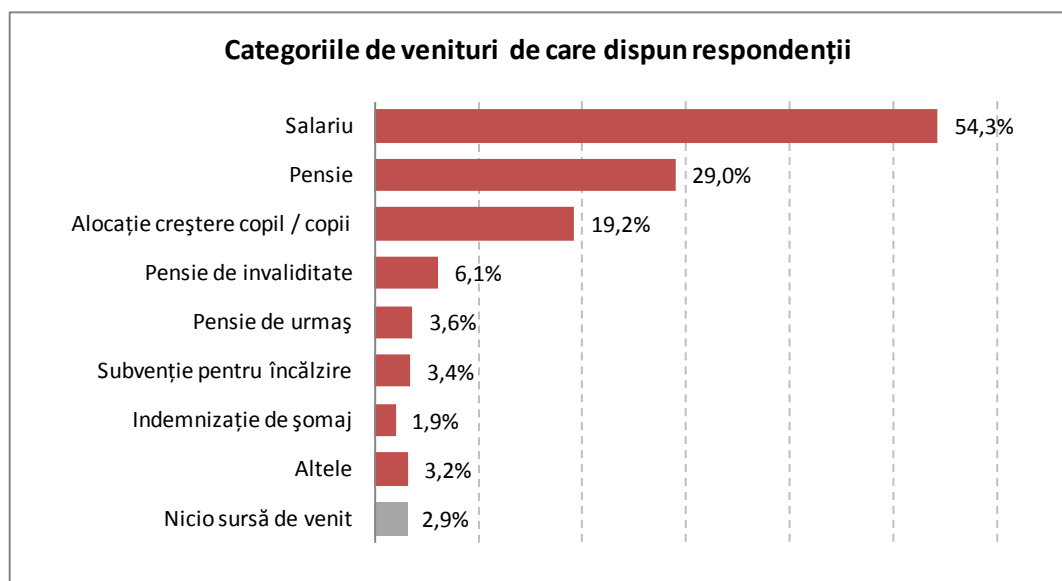


Veniturile respondenților

Principala sursă de venit a respondenților este salariul, 54,3% dintre respondenți beneficiind de acesta. Însă, 29,0% respondenți au pensie, 19,2% respondenți beneficiază de alocație de creștere a copilului/copiilor, 6,1% respondenți beneficiază de pensie de invaliditate, 3,6% respondenți iau pensie de urmaș, 3,4% respondenți beneficiază de subvenție de încălzire, 1,9% respondenți iau indemnizație de șomaj, 3,2% respondenți beneficiază de alte surse de venit iar 2,9% respondenți nu au nicio sursă de venit.

Tabel 14. Categoriile de venituri de care dispun respondenții

Categoriile de venituri	N	Percent	Percent of Respondents	Percent of Cases
Salariu	223	43,9%	54,3%	55,2%
Pensie	119	23,4%	29,0%	29,5%
Alocație creștere copil / copii	79	15,6%	19,2%	19,6%
Pensie de invaliditate	25	4,9%	6,1%	6,2%
Pensie de urmaș	15	3,0%	3,6%	3,7%
Subvenție pentru încălzire	14	2,8%	3,4%	3,5%
Indemnizație de șomaj	8	1,6%	1,9%	2,0%
Altele	13	2,6%	3,2%	3,2%
Nicio sursă de venit	12	2,4%	2,9%	3,0%
Total	508	100,0%	123,6%	125,7%



Venitul mediu total lunar net pe familie este de 1.439 lei.

Tabel 15. Venitul mediu total lunar NET al familiei

		Statistic
Mean		1.522,2
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.418,9
	Upper Bound	1.625,5
5% Trimmed Mean		1.439,0
Median		1.300,0
Minimum		70,0
Maximum		5.200,0
Range		5.130,0
Interquartile Range		1.200,0
Skewness		1,3
Kurtosis		2,0

Caracteristicile fizice ale respondenților

Înălțimea

Persoanele feminine care au participat la studiu au o înălțime medie de 1,64 m iar bărbații au o înălțime medie de 1,73 m.

Tabel 16. Înălțimea medie a respondenților, pe sexe (m,cm)

Sex	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Masculin	1,73	1,73	1,60	1,91	175
Feminin	1,64	1,65	1,40	1,90	229
Total	1,68	1,68	1,40	1,91	404

Greutatea corporală

Greutatea corporală medie a femeilor care au fost intervievate este de 67,1 kg, iar cea a bărbaților este de 76,8 kg.

Tabel 17. Greutatea corporală medie a respondenților, pe sexe (kg)

Sex	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Masculin	76,8	75,0	42,0	120,0	173
Feminin	67,1	65,0	41,0	114,0	226
Total	71,3	70,0	41,0	120,0	399

Gradul de supraponderalitate

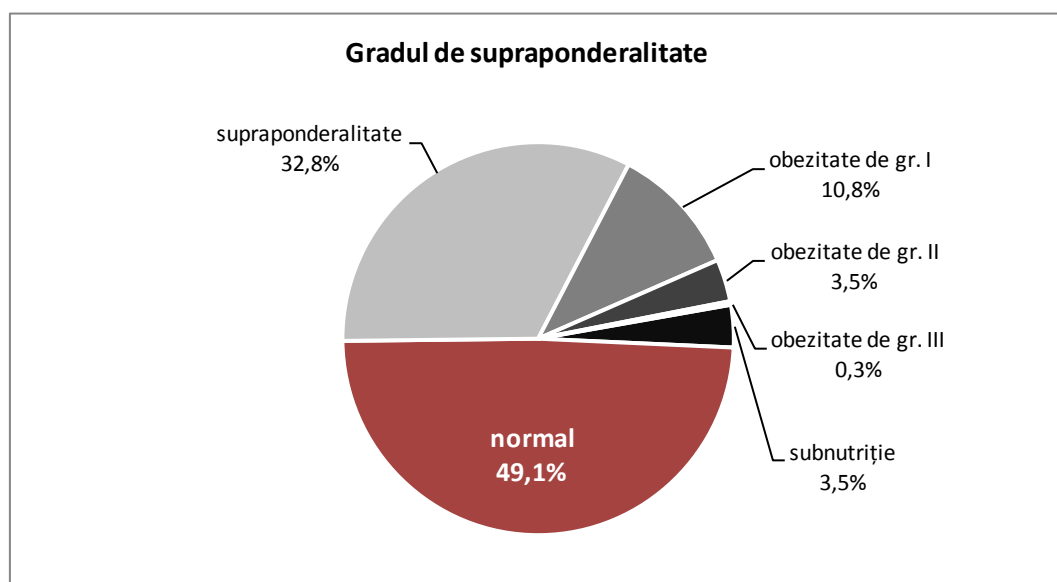
Gradul de supraponderalitate se află prin calcularea Indicelui de Masă Corporală, împărțind greutatea corporală la înălțime (IMC = $G : \hat{I} * \hat{I}$). Gradul de supraponderalitate se poate stabili în funcție de valorile calculate ale IMC:

<u>Valoare IMC</u>	<u>Grad supraponderalitate</u>
Sub 18,5	subnutriție
18,5 – 24,9	normal
25,0 – 29,9	supraponderalitate
30,0 – 34,9	obezitate de gradul I
35,0 – 39,9	obezitate de gradul II
Peste 40,0	obezitate de gradul III

49,1% dintre respondenți sunt normali din punct de vedere al greutateii raportate de la înălțime, 31,9% respondenți sunt supraponderali, 14,1% respondenți sunt obezi iar 3,5% respondenți suferă de subnutriție.

Tabel 18. Gradul de supraponderalitate

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	subnutriție	14	3,4	3,5	3,5
	normal	196	47,7	49,1	52,6
	supraponderalitate	131	31,9	32,8	85,5
	obezitate de gradul I	43	10,5	10,8	96,2
	obezitate de gradul II	14	3,4	3,5	99,7
	obezitate de gradul III	1	0,2	0,3	100,0
	Total		399	97,1	100,0
Missing	nu știu/nu răspund	12	2,9		
Total		411	100,0		



Pe medii de rezidență, nu se înregistrează diferențe semnificative, gradul de supraponderalitate (persoane supraponderale) fiind de 32,1% în mediul urban și de 33,7% în mediul rural, iar ponderea persoanelor obeze de 15,8% în mediul urban și de 13,1% în mediul rural.

Ponderea persoanelor normale, din punct de vedere al greutateii corporale, reprezintă 49,8% în mediul urban și 48,4% în mediul rural.

Însă, în mediul rural ponderea persoanelor subnutrite (4,9%) este aproape dublu decât în mediul urban (2,3%).

Tabel 19. Gradul de supraponderalitate, pe medii de rezidență

	Urban	Rural	Total
subnutriție	2,3%	4,9%	3,5%
normal	49,8%	48,4%	49,1%
supraponderalitate	32,1%	33,7%	32,8%
obezitate de gradul I	13,0%	8,2%	10,8%
obezitate de gradul II	2,3%	4,9%	3,5%
obezitate de gradul III	0,5%		0,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Pe zone de rezidență, gradul de supraponderalitate cel mai ridicat se observă în de Sud Vest (38,9% respondenți supraponderali), aceasta fiind urmată de regiunea Sud Est (34,0% respondenți supraponderali).

În același timp, gradul de obezitate cel ridicat se înregistrează în regiunea Nord Vest (20,5% respondenți care suferă de obezitate de gradul I, II și III), în celelalte regiuni ponderea persoanelor obeze fiind apropiat: 13,3% în regiunea Sud Vest, 13,2% în regiunea Nord Est și 12,8% în regiunea Sud Est.

Tabel 20. Gradul de supraponderalitate, pe zone

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
subnutriție	2,6%	8,2%	2,2%	2,1%	3,5%
normal	52,9%	42,5%	45,6%	51,1%	49,1%
supraponderalitate	31,2%	28,8%	38,9%	34,0%	32,8%
obezitate de gradul I	11,6%	12,3%	10,0%	6,4%	10,8%
obezitate de gradul II	1,6%	6,8%	3,3%	6,4%	3,5%
obezitate de gradul III		1,4%			0,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pe sexe, gradul de supraponderalitate nu diferă semnificativ, 34,7% dintre persoanele de sex masculin și 31,4% dintre persoanele de sex feminin fiind supraponderale iar 15,0% dintre persoanele de sex masculin și 14,2% dintre persoanele de sex feminin fiind obeze.

Ponderea persoanelor normale, din punct de vedere al greutateii corporale, este egală atât în rândul bărbaților cât și în rândul femeilor (49,1% respondenți).

Însă, ponderea femeilor subnutrite (5,3%) este de peste 4 ori mai mare decât cea a bărbaților (1,2%) cu o greutate scăzută raportată la înălțimea acestora.

Tabel 21. Gradul de supraponderalitate, pe sexe

	Masculin	Feminin	Total
subnutriție	1,2%	5,3%	3,5%
normal	49,1%	49,1%	49,1%
supraponderalitate	34,7%	31,4%	32,8%
obezitate de gradul I	10,4%	11,1%	10,8%
obezitate de gradul II	4,6%	2,7%	3,5%
obezitate de gradul III		0,4%	0,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Gradul de supraponderalitate depinde de **vârsta** respondentului. Așadar putem spune că majoritatea persoanelor cu vârste de peste 45 de ani sunt supraponderale și/sau obeze, în timp ce majoritatea persoanelor tinere se încadrează în limite normale, din punct de vedere al greutateii corporale raportate la înălțime.

Tabel 22. Gradul de supraponderalitate, pe grupe de vârstă

	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65 ani si peste	Total
subnutriție	9,6%	7,3%	3,7%		1,3%		3,5%
normal	82,2%	65,9%	50,6%	37,3%	23,1%	41,8%	49,1%
supraponderalitate	8,2%	24,4%	33,3%	44,1%	41,0%	44,8%	32,8%
obezitate de gradul I		2,4%	7,4%	13,6%	26,9%	10,4%	10,8%
obezitate de gradul II			3,7%	5,1%	7,7%	3,0%	3,5%
obezitate de gradul III			1,2%				0,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2. STAREA DE SĂNĂTATE

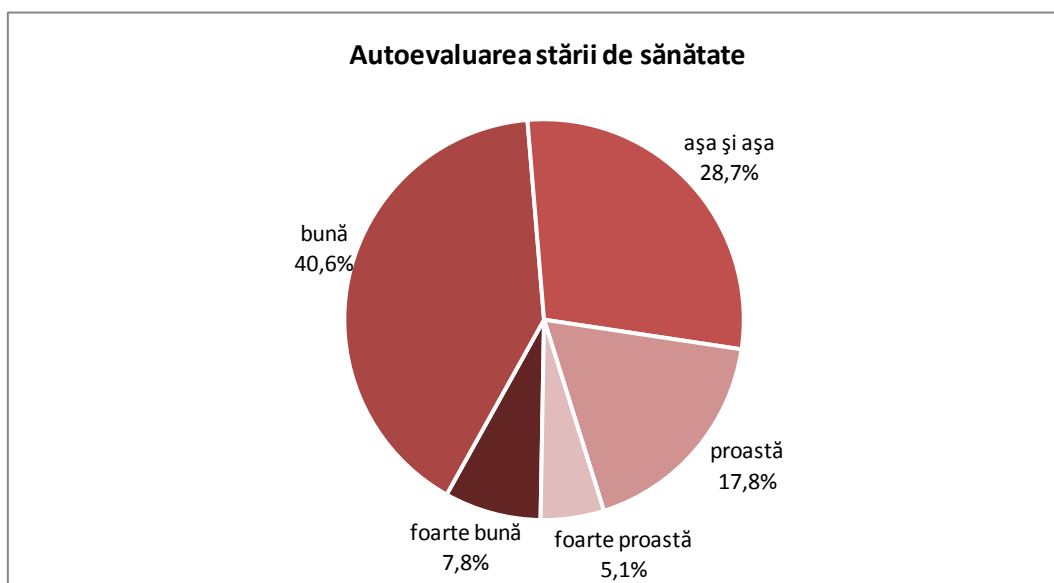
Aprecierea stării de sănătate

Majoritatea respondenților 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.

Tabel 23. Autoevaluarea stării de sănătate

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	foarte bună	32	7,8	7,8	7,8
	bună	167	40,6	40,6	48,4
	așa și așa	118	28,7	28,7	77,1
	proastă	73	17,8	17,8	94,9
	foarte proastă	21	5,1	5,1	100,0
	Total	411	100,0	100,0	



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

Tabel 24. Autoevaluarea stării de sănătate, pe medii de rezidență (%)

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

Tabel 25. Autoevaluarea stării de sănătate, pe zone (%)

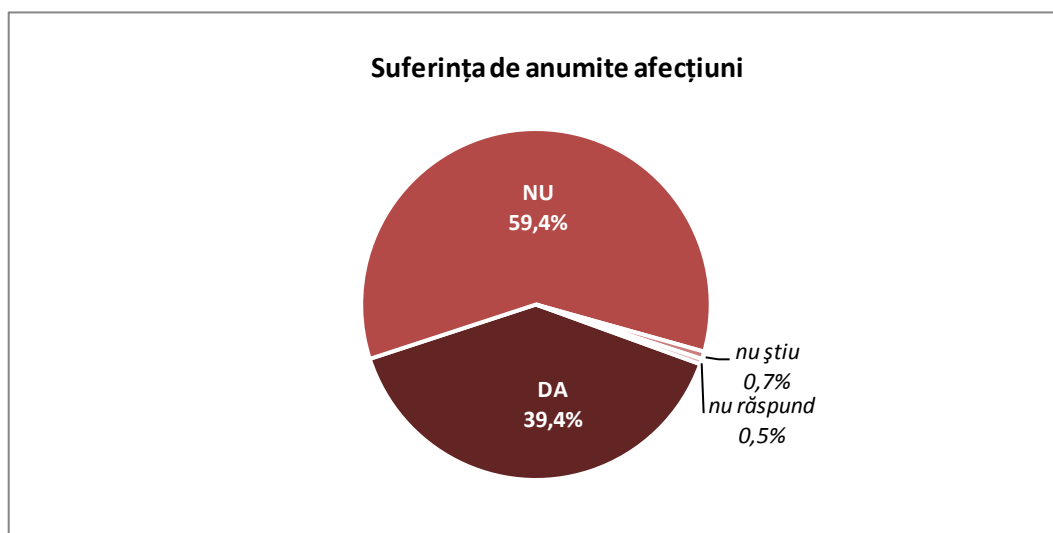
	foarte bună	bună	așa și așa	proastă	foarte proastă	Total
Nord-Est	11,9	44,8	25,8	13,9	3,6	100,0
Nord-Vest	5,1	46,2	21,8	21,8	5,1	100,0
Sud-Vest	4,4	28,6	36,3	25,3	5,5	100,0
Sud-Est	2,1	37,5	37,5	12,5	10,4	100,0

Suferința de anumite afecțiuni

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.

Tabel 26. Suferința de anumite afecțiuni

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
da	162	39,4	39,4	39,4
nu	244	59,4	59,4	98,8
nu știu	3	0,7	0,7	99,5
nu răspund	2	0,5	0,5	100,0
Total	411	100,0	100,0	



Tabel 27. Suferința de anumite afecțiuni, pe medii de rezidență

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

Tabel 28. Suferința de anumite afecțiuni, pe zone

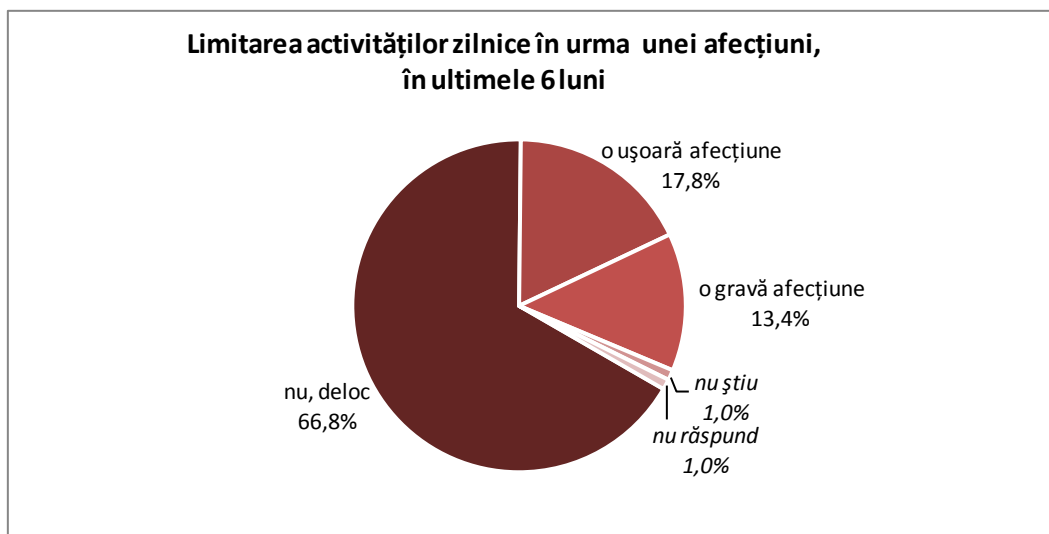
	da	nu	nu știu	nu răspund	Total
Nord-Est	34,5	63,4	1,0	1,0	100,0
Nord-Vest	41,0	57,7	1,3		100,0
Sud-Vest	48,4	51,6			100,0
Sud-Est	39,6	60,4			100,0

Limitarea activităților zilnice în ultimele 6 luni de către o afecțiune

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

Tabel 29. Limitarea activităților zilnice în urma unei afecțiuni, în ultimele 6 luni

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nu, deloc	275	66,9	66,9	66,9
	o ușoară afecțiune	73	17,8	17,8	84,7
	o gravă afecțiune	55	13,4	13,4	98,1
	nu știu	4	1,0	1,0	99,0
	nu răspund	4	1,0	1,0	100,0
	Total	411	100,0	100,0	



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.

Tabel 30. Limitarea activităților zilnice în urma unei afecțiuni, în ultimele 6 luni, pe medii de rezidență (%)

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

Tabel 31. Limitarea activităților zilnice în urma unei afecțiuni, în ultimele 6 luni, pe zone (%)

	nu, deloc	o ușoară afecțiune	o gravă afecțiune	nu știu	nu răspund	Total
Nord-Est	68,6	18,0	10,8	1,0	1,5	100,0
Nord-Vest	61,5	21,8	15,4	-	1,3	100,0
Sud-Vest	68,1	14,3	17,6	-	-	100,0
Sud-Est	66,7	16,7	12,5	4,2	-	100,0

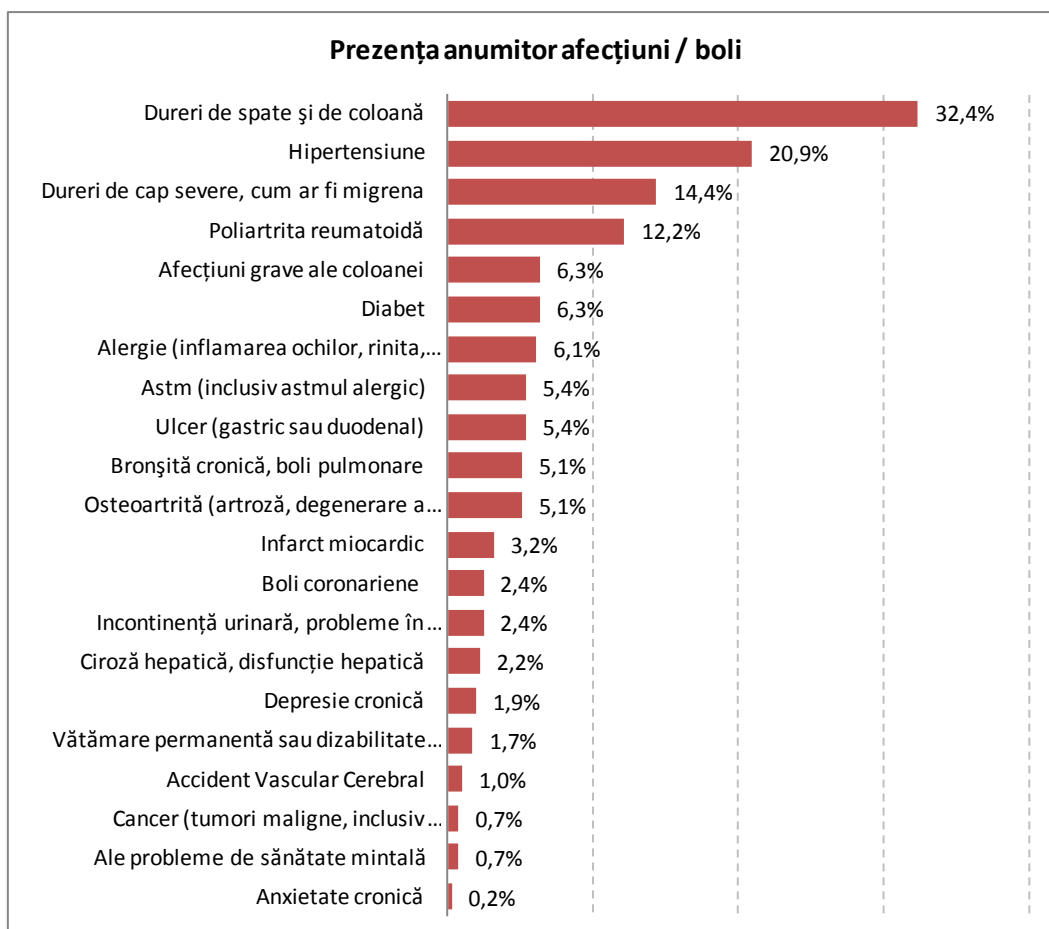
Prezența anumitor afecțiuni/boli

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 *diabet* (6,3% dintre respondenți).

Tabel 32. Prezența unor anumite afecțiuni / boli

	N	Percent	Percent of Respondets	Percent of Cases
Dureri de spate și de coloană	133	23,8%	32,4%	52,8%
Hipertensiune	86	15,4%	20,9%	34,1%
Dureri de cap severe, cum ar fi migrena	59	10,6%	14,4%	23,4%
Poliartrita reumatoidă	50	8,9%	12,2%	19,8%
Afecțiuni grave ale coloanei	26	4,7%	6,3%	10,3%
Diabet	26	4,7%	6,3%	10,3%
Alergie (inflamarea ochilor, rinita, dermatita, alergii alimentare etc.)	25	4,5%	6,1%	9,9%
Astm (inclusiv astmul alergic)	22	3,9%	5,4%	8,7%
Ulcer (gastric sau duodenal)	22	3,9%	5,4%	8,7%
Bronșită cronică, boli pulmonare	21	3,8%	5,1%	8,3%
Osteoartrită (artroză, degenerare a articulațiilor)	21	3,8%	5,1%	8,3%
Infarct miocardic	13	2,3%	3,2%	5,2%
Boli coronariene	10	1,8%	2,4%	4,0%
Incontinență urinară, probleme în controlul vezicii urinare	10	1,8%	2,4%	4,0%
Ciroză hepatică, disfuncție hepatică	9	1,6%	2,2%	3,6%
Depresie cronică	8	1,4%	1,9%	3,2%

	N	Percent	Percent of Respondets	Percent of Cases
Vătămare permanentă sau dizabilitate cauzată de un accident	7	1,3%	1,7%	2,8%
Accident Vascular Cerebral	4	0,7%	1,0%	1,6%
Cancer (tumori maligne, inclusiv leucemie și limfom)	3	0,5%	0,7%	1,2%
Ale probleme de sănătate mintală	3	0,5%	0,7%	1,2%
Anxietate cronică	1	0,2%	0,2%	0,4%
Total	559	100,0%	136,0%	221,8%



Tabel 33. Prezența anumitor afecțiuni/boli, pe medii de rezidență

	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%

	Urban	Rural	Total
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%

Tabel 34. Prezența anumitor afecțiuni/boli, pe zone

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
Dureri de spate și de coloană	39,2%	19,2%	25,3%	39,6%	32,4%
Hipertensiune	21,1%	16,7%	24,2%	20,8%	20,9%
Dureri de cap severe, cum ar fi migrena	17,0%	9,0%	11,0%	18,8%	14,4%
Poliartrita reumatoidă	9,3%	15,4%	13,2%	16,7%	12,2%
Afecțiuni grave ale coloanei	5,2%	7,7%	7,7%	6,3%	6,3%
Diabet	5,7%	7,7%	6,6%	6,3%	6,3%
Alergie (inflamarea ochilor, rinita, dermatita, alergii alimentare etc.)	4,1%	10,3%	7,7%	4,2%	6,1%
Astm (inclusiv astmul alergic)	6,2%	3,8%	5,5%	4,2%	5,4%
Ulcer (gastric sau duodenal)	4,1%	3,8%	6,6%	10,4%	5,4%
Bronșită cronică, boli pulmonare	3,1%	3,8%	7,7%	10,4%	5,1%
Osteoartrită (artroză, degenerare a articulațiilor)	6,2%	1,3%	7,7%	2,1%	5,1%
Infarct miocardic	1,5%	6,4%	3,3%	4,2%	3,2%
Boli coronariene	1,5%	0,0%	5,5%	4,2%	2,4%
Inconsecvență urinară, probleme în controlul vezicii urinare	2,1%	1,3%	3,3%	4,2%	2,4%
Ciroză hepatică, disfuncție hepatică	2,1%	1,3%	3,3%	2,1%	2,2%
Depresie cronică	1,0%	1,3%	5,5%	0,0%	1,9%
Vătămare permanentă sau dizabilitate cauzată de un accident	1,0%	2,6%	2,2%	2,1%	1,7%
Accident Vascular Cerebral	1,5%	0,0%	0,0%	2,1%	1,0%
Cancer (tumori maligne, inclusiv leucemie și limfom)	0,5%	1,3%	1,1%	0,0%	0,7%
Ale probleme de sănătate mintală	0,0%	1,3%	2,2%	0,0%	0,7%
Anxietate cronică	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%

Gradul de diagnosticare a afecțiunilor/bolilor

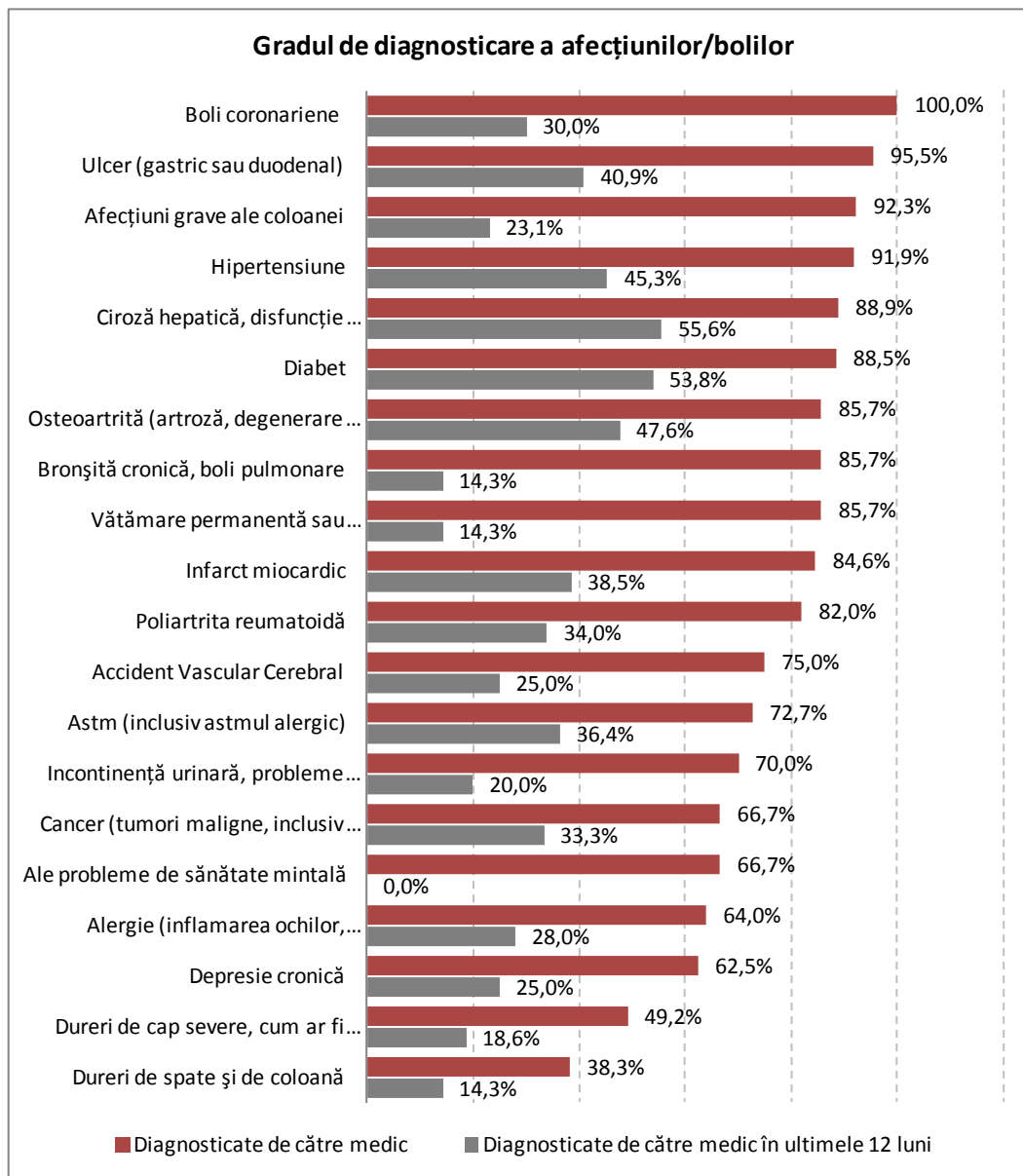
Dintre afecțiunile medicale de care suferă populația respondentă, **cea mai mare rată de diagnosticare de către un medic** se observă pentru: *bolile coronariene* (100,0% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 30,0% diagnosticate în ultimele 12 luni), *ulcer* (95,5% dintre cazuri sunt 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), *hipertensiune* (91,9% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 45,3% diagnosticate în ultimele 12 luni), *ciroză*, *disfuncție hepatică* (88,9% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 55,6% diagnosticate în ultimele 12 luni), *diabet* (88,5% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 53,8% diagnosticate în ultimele 12 luni), *osteoartrită* (85,7% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 47,6% diagnosticate în ultimele 12 luni), *bronșită cronică*, *boli pulmonare* (85,7% dintre cazuri sunt diagnosticate de către un medic și 14,3% diagnosticate în ultimele 12 luni), *vătămare 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).

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

Tabel 35. Gradul de diagnosticare a afecțiunilor/bolilor

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

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).



Tabel 36. Gradul de diagnosticare a afecțiunilor/bolilor, pe medii de rezidență

	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	-	-	-	-	-	-

Tabel 37. Gradul de diagnosticare a afecțiunilor/bolilor, pe zone

	Diagnosticate de către medic					Diagnosticate de către medic în ultimele 12 luni				
	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
Boli coronariene	66,7%	-	120,0%	100,0%	100,0%	66,7%	-	-	50,0%	30,0%
Ulcer (gastric sau duodenal)	100,0%	100,0%	83,3%	100,0%	95,5%	50,0%	33,3%	33,3%	40,0%	40,9%
Afecțiuni grave ale coloanei	100,0%	83,3%	100,0%	66,7%	92,3%	40,0%	16,7%	-	33,3%	23,1%
Hipertensiune	90,2%	92,3%	95,5%	90,0%	91,9%	48,8%	53,8%	36,4%	40,0%	45,3%
Ciroză hepatică, disfuncție hepatică	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	88,9%	75,0%	-	66,7%	-	55,6%
Diabet	81,8%	100,0%	100,0%	66,7%	88,5%	54,5%	66,7%	33,3%	66,7%	53,8%
Osteoartrită (artroză, degenerare a articulațiilor)	91,7%	-	85,7%	100,0%	85,7%	75,0%	-	14,3%	-	47,6%
Bronșită cronică, boli	100,0%	66,7%	85,7%	80,0%	85,7%	33,3%	-	-	20,0%	14,3%

	Diagnosticate de către medic					Diagnosticate de către medic în ultimele 12 luni				
pulmonare										
Vătămare permanentă sau dizabilitate cauzată de un accident	100,0%	50,0%	100,0%	100,0%	85,7%	-	-	50,0%	-	14,3%
Infarct miocardic	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	84,6%	33,3%	20,0%	100,0%	0,0%	38,5%
Poliartrita reumatoidă	88,9%	75,0%	100,0%	50,0%	82,0%	50,0%	25,0%	25,0%	25,0%	34,0%
Accident Vascular Cerebral	100,0%	-	-	0,0%	75,0%	33,3%	-	-	0,0%	25,0%
Astm (inclusiv astmul alergic)	66,7%	33,3%	100,0%	100,0%	72,7%	33,3%	-	60,0%	50,0%	36,4%
Incontinență urinară, probleme în controlul vezicii urinare	50,0%	100,0%	100,0%	50,0%	70,0%	25,0%	-	0,0%	50,0%	20,0%
Cancer (tumori maligne, inclusiv leucemie și limfom)	100,0%	100,0%	-	-	66,7%	100,0%	-	-	-	33,3%
Ale probleme de sănătate mintală	-	100,0%	50,0%	-	66,7%	-	-	-	-	-
Alergie (inflamarea ochilor, rinita, dermatita, alergii alimentare etc.)	50,0%	75,0%	71,4%	50,0%	64,0%	25,0%	25,0%	42,9%	-	28,0%
Depresie cronică	50,0%	100,0%	60,0%	-	62,5%	50,0%	100,0%	-	-	25,0%
Dureri de cap severe, cum ar fi migrena	30,3%	71,4%	70,0%	77,8%	49,2%	12,1%	42,9%	10,0%	33,3%	18,6%
Dureri de spate și de coloană	31,6%	60,0%	43,5%	42,1%	38,3%	14,5%	13,3%	4,3%	26,3%	14,3%
Anxietate cronică	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

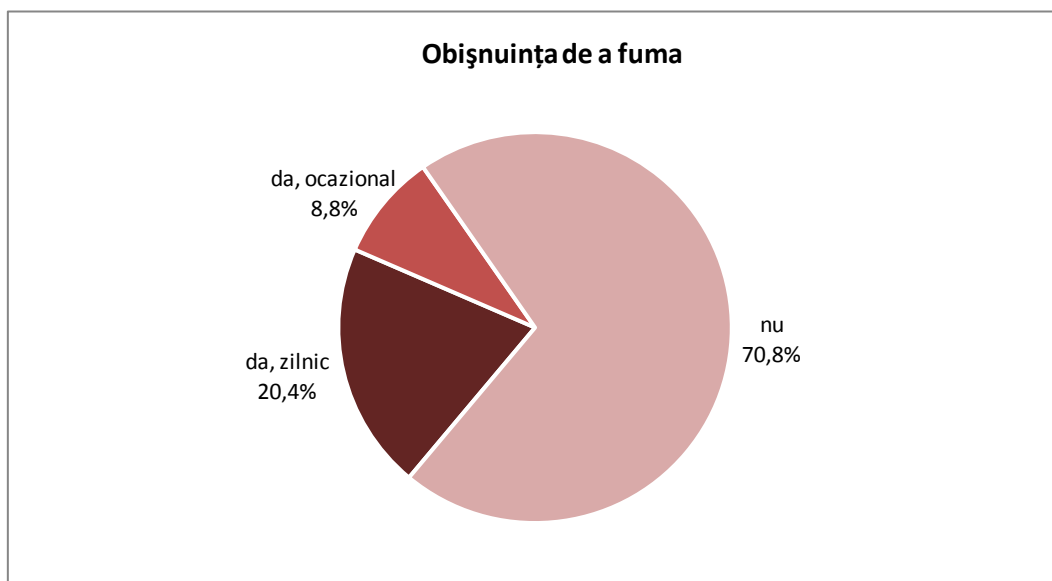
3. FUMATUL

Obișnuința respondenților de a fuma

70,8% dintre respondenți declară că nu obișnuiesc să fumeze, în timp ce 20,4% respondenți fumează zilnic și 8,8% respondenți fumează cu anumite ocazii.

Tabel 38. Obișnuința de a fuma

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
da, zilnic	84	20,4	20,4	20,4
da, ocazional	36	8,8	8,8	29,2
nu	291	70,8	70,8	100,0
Total	411	100,0	100,0	



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 persoanele 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).

Tabel 39. Obișnuința de a fuma, pe medii 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

Cea mai mare pondere a fumătorilor se observă în regiunea de Sud Est a județului (35,4% fumători), aceasta fiind urmată de regiunea de Nord Est (33,0% fumători).

Tabel 40. Obișnuința de a fuma, pe zone (%)

	da, zilnic	da, ocazional	nu	Total
Nord-Est	18,6	14,4	67,0	100,0
Nord-Vest	17,9	5,1	76,9	100,0
Sud-Vest	20,9	2,2	76,9	100,0
Sud-Est	31,2	4,2	64,6	100,0
Total	20,4	8,8	70,8	100,0

Pe grupe de vârstă, ponderea cea mai ridicată a fumătorilor activi se înregistrează la persoanele tinere de 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%.

Tabel 41. Obișnuința de a fuma, pe grupe 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

27,0% dintre femeii și 32,0% dintre bărbații fumează zilnic/ocazional. Dintre femeii, 17,2% fumează zilnic, cu 7,5 procente mai puțin decât bărbații.

Tabel 42. Obișnuința de a fuma, pe sexe (%)

	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

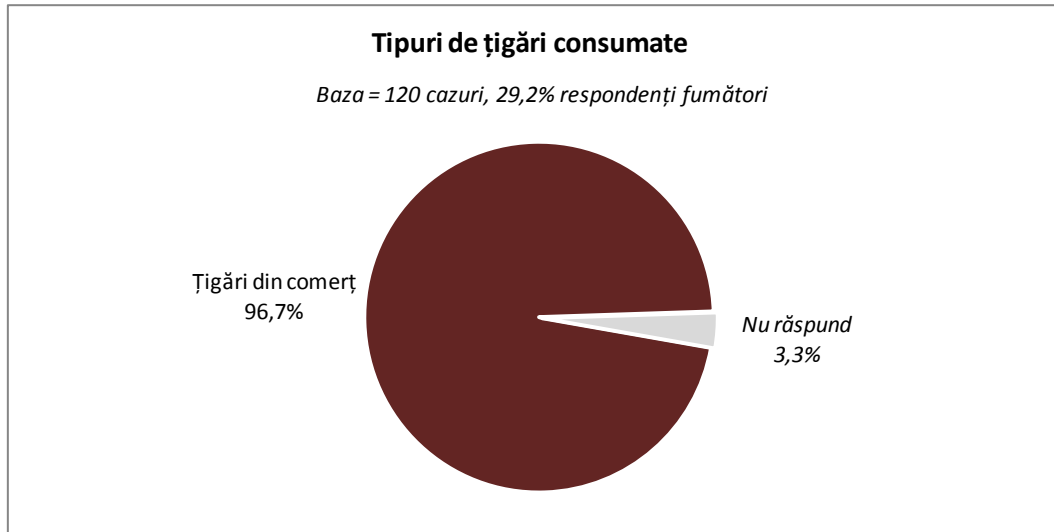
Tipuri de țigări

Baza = 120 cazuri, 29,2% respondenți fumători

96,7% dintre fumătorii activi fumează țigări din comerț, în timp ce doar 3,3% respondenți preferă și alte categorii de țigări.

Tabel 43. Tipuri de țigări consumate

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Țigări din comerț	116	96,7	100	100
Missing	Nu răspund	4	3,3		
Total		120	100,0		



Numărul mediu de țigări pe zi

Baza = 116 cazuri, 28,2% respondenți care consumă țigări din comerț

Numărul mediu de țigări din comerț consumate pe zi este de 12 țigări. Jumătate dintre respondenți consumă sub 10 țigări pe zi, iar jumătate consumă peste 10 țigări pe zi.

70,0% dintre respondenți consumă sub 20 de țigări pe zi, în timp ce 30,0% respondenți fumează 20 de țigări sau mai multe pe zi.

Tabel 44. Numărul mediu de țigări consumate pe zi

		Statistics	
N	Valid		116
	Missing		4
Mean			12,0
Median			10,0
Minimum			1,0
Maximum			40,0
Percentiles		10	2,0
		20	3,0
		30	5,0

Statistics	
40	7,8
50	10,0
60	12,6
70	20,0
80	20,0
90	20,0

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.

Tabel 45. Numărul mediu de țigări consumate pe zi, pe medii de rezidență

Mediu de rezidența	N	Mean	Median	Minimum	Maximum
Urban	61	11,7	10,0	1	40
Rural	55	12,3	10,0	1	40
Total	116	12,0	10,0	1	40

Pe regiuni, numărul mediu de țigări consumate zilnic cel mai ridicat se înregistrează în regiunea Sud Est (16,0 țigări/zi), fiind urmată, în ordine descrescătoare a numărului mediu de țigări consumate zilnic, de regiunea Sud Vest (13,9 țigări/zi), regiunea Nord Vest (11,2 țigări/zi) și regiunea Nord Est (10,4 țigări/zi).

Tabel 46. Numărul mediu de țigări consumate pe zi, pe zone

Zona de rezidența	N	Mean	Median	Minimum	Maximum
Nord-Est	61	10,4	10,0	1	30
Nord-Vest	18	11,2	10,0	2	20
Sud-Vest	20	13,9	11,0	1	40
Sud-Est	17	16,0	15,0	2	40
Total	116	12,0	10,0	1	40

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.

Tabel 47. Numărul mediu de țigări consumate pe zi, pe grupe de vârstă

Grupe de varsta	N	Mean	Median	Minimum	Maximum
15-24 ani	33	12,1	10,0	1	40
25-34 ani	21	12,5	10,0	2	40
35-44 ani	27	12,9	10,0	1	40
45-54 ani	17	10,5	8,0	1	20
55-64 ani	15	12,1	10,0	1	40
65 ani si peste	3	6,0	5,0	1	12
Total	116	12,0	10,0	1	40

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).

Tabel 48. Numărul mediu de țigări consumate pe zi, pe sexe

Sex	N	Mean	Median	Minimum	Maximum
Masculin	57	14,8	15,0	1	40
Feminin	59	9,3	8,0	1	20
Total	116	12,0	10,0	1	40

Obișnuința de a fuma, în trecut

În urmă cu un an, majoritatea respondenților (58,2%) nu aveau obișnuința de a fuma, în timp ce 41,1% respondenți fumau zilnic sau ocazional.

Tabel 49. Obișnuința de a fuma, în urmă cu 1 an

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
da	169	41,1	41,1	41,1
nu	239	58,2	58,2	99,3
nu răspund	3	0,7	0,7	100,0
Total	411	100,0	100,0	

Dintre fumătorii activi, la momentul realizării sondajului, cei mai mulți fumau și în urmă cu un an. 95,2% din persoanele care fumează zilnic în prezent erau fumătoare și în urmă cu un an și 41,7% dintre fumătorii ocazionali din prezent aveau acest obicei în trecut.

25,4% dintre nefumătorii din prezent, erau fumători activi în urmă cu un an.

Tabel 50. Obișnuința de a fuma în urmă cu 1 an, în funcție de obișnuința din prezent

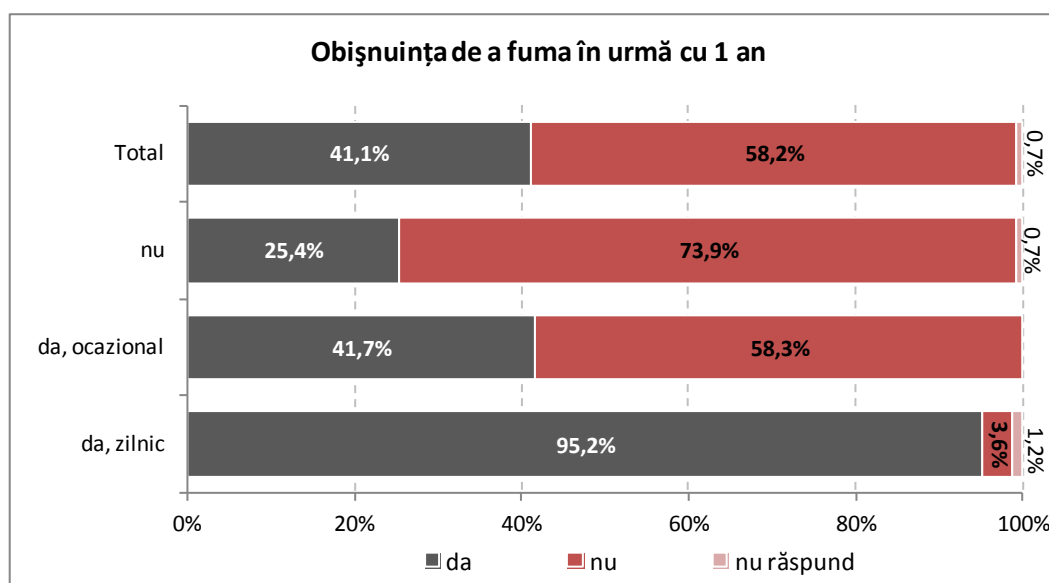
		Fumator activ în trecut			Total
		da	nu	nu răspund	
Fumători activi în prezent	da, zilnic	95,2%	3,6%	1,2%	100,0%
	da, ocazional	41,7%	58,3%		100,0%
	nu	25,4%	73,9%	0,7%	100,0%
	Total	41,1%	58,2%	0,7%	100,0%

Tabel 51. Obișnuința de a fuma în urmă cu 1 an, pe medii de rezidență (%)

	Urban	Rural	Total
da	37,4	45,5	41,1
nu	62,2	53,4	58,2
nu răspund	0,5	1,1	0,7
Total	100,0	100,0	100

Tabel 52. Obișnuința de a fuma în urmă cu 1 an, pe zone (%)

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
da	38,1	41,0	44,0	47,9	41,1
nu	61,3	59,0	54,9	50,0	58,2
nu răspund	0,5		1,1	2,1	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100



Perioada de fumat (ani)

Perioada medie în care fumătorii activi din prezent au acest obicei este de 16 ani. Jumătate din fumătorii activi fumează de mai puțin de 15 ani, iar jumătate dintre ei fumează de peste 15 ani.

În mediul rural perioada medie de când respondenții au acest obicei este de 16,4 ani, cu aproximativ un an peste perioada medie de la nivel urban de 15,6 ani.

Tabel 53. Perioada de fumat (ani), pe medii de rezidență

Statistics		Total	Urban	Rural
N	Valid	97	47	50
	Missing	23	16	7
Mean		16,0	15,6	16,4
Median		12,0	10,0	13,5
Minimum		1,0	2,0	1,0
Maximum		50,0	50,0	44,0
Percentiles	10	3,0	4,0	3,0

Statistics				
	20	4,6	5,0	3,2
	30	7,4	8,0	7,0
	40	10,0	10,0	10,0
	50	12,0	10,0	13,5
	60	15,0	15,0	18,0
	70	20,0	20,0	20,7
	80	30,0	30,0	29,6
	90	34,2	30,0	40,0

Statistics						
		Total	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est
N	Valid	97	48	15	19	15
	Missing	23	16	3	2	2
Mean		16,0	17,3	14,0	17,2	12,4
Median		12,0	15,0	6,0	13,0	10,0
Minimum		1,0	2,0	2,0	2,0	1,0
Maximum		50,0	48,0	40,0	40,0	30,0
Percentiles	10	3,0	4,0	2,0	3,0	2,2
	20	4,6	6,8	3,0	5,0	4,2
	30	7,4	9,0	3,0	10,0	6,6
	40	10,0	10,0	3,8	10,0	7,8
	50	12,0	15,0	6,0	13,0	10,0
	60	15,0	17,0	10,0	18,0	13,0
	70	20,0	20,0	26,0	21,0	20,0
	80	30,0	30,0	30,0	34,0	20,8
	90	34,2	40,0	37,2	40,0	26,4

Expunerea la fumul de țigară în locuință

Din totalitatea respondenților, 75,9% nu sunt expuși la fumul de țigară în locuință, iar 24,1% dintre ei sunt expuși la acest lucru mai puțin de o oră pe zi sau mai mult. 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.

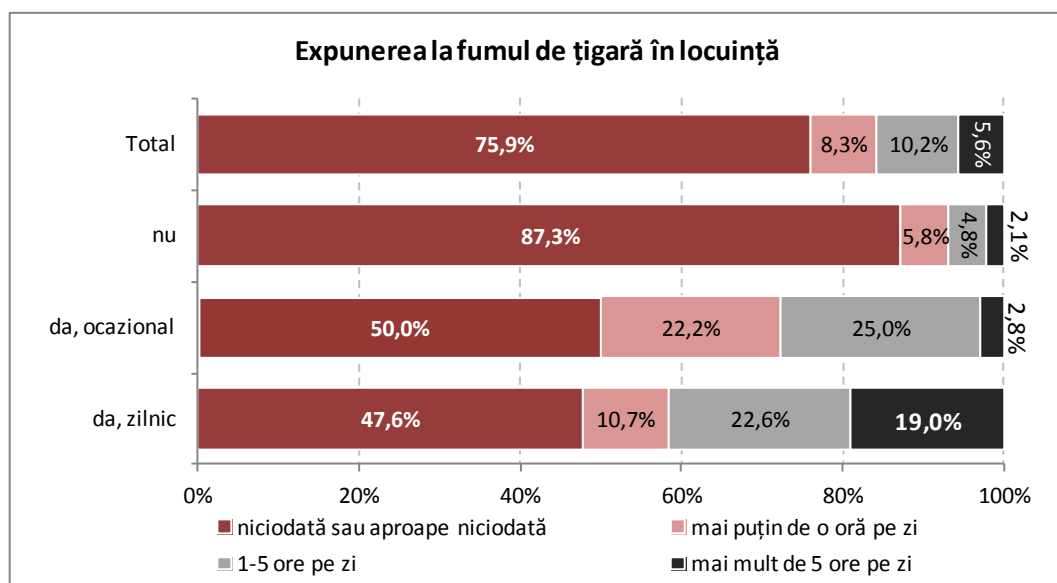
Tabel 54. Expunerea la fumul de țigară în locuință

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	niciodată sau aproape niciodată	312	75,9	75,9	75,9
	mai puțin de o oră pe zi	34	8,3	8,3	84,2
	1-5 ore pe zi	42	10,2	10,2	94,4
	mai mult de 5 ore pe zi	23	5,6	5,6	100,0
Total		411	100,0	100,0	

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

Tabel 55. 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%



Pe medii de rezidență, 17,0% dintre nefumătorii din mediul urban se confruntă cu fumul de țigară, 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 cu fumul 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%.

Tabel 56. Expunerea la fumul de țigară în locuință, a fumătorilor activi/pasivi, pe medii de rezidență

Expunerea la fumul de țigară în locuință							
Mediu de rezidența		niciodată sau aproape niciodată	mai puțin de o oră pe zi	1-5 ore pe zi	mai mult de 5 ore pe zi	Total	
Urban	Fumători activi	da, zilnic	26,3%	13,2%	36,8%	23,7%	100,0%
		da, ocazional	36,0%	28,0%	32,0%	4,0%	100,0%
		nu	83,0%	9,4%	5,7%	1,9%	100,0%

Expunerea la fumul de țigară în locuință							
Rural	Fumători activi	Total	68,0%	12,2%	14,0%	5,9%	100,0%
		da, zilnic	65,2%	8,7%	10,9%	15,2%	100,0%
		da, ocazional	81,8%	9,1%	9,1%		100,0%
		nu	92,4%	1,5%	3,8%	2,3%	100,0%
		Total	85,2%	3,7%	5,8%	5,3%	100,0%

Pe **zone**, se poate spune că fumătorii din regiunile de Nord Est și Sud Est sunt mai expuși fumului de țigară în locuință comparativ cu fumătorii din celelalte zone ale județului. Așadar, în zona de Nord Est 69,4% dintre persoanele care fumează zilnic și 50,0% dintre fumătorii ocazionali sunt expuse la fumul de țigară în locuință, iar în zona Sud Est 26,7% dintre persoanele care fumează zilnic și 50,0% dintre fumătorii ocazionali sunt expuse la fumul de țigară în locuință.

Tabel 57. Expunerea la fumul de țigară în locuință, a fumătorilor activi/pasivi, pe zone

Expunerea la fumul de țigară în locuință							
Zona de rezidență		niciodată sau aproape niciodată	mai puțin de o oră pe zi	1-5 ore pe zi	mai mult de 5 ore pe zi	Total	
Nord-Est	Fumători activi	da, zilnic	30,6%	19,4%	27,8%	22,2%	100,0%
		da, ocazional	50,0%	25,0%	21,4%	3,6%	100,0%
		nu	80,8%	10,0%	5,4%	3,8%	100,0%
		Total	67,0%	13,9%	11,9%	7,2%	100,0%
Nord-Vest	Fumători activi	da, zilnic	50,0%	7,1%	28,6%	14,3%	100,0%
		da, ocazional	75,0%	-	25,0%	-	100,0%
		nu	93,3%	3,3%	3,3%	-	100,0%
		Total	84,6%	3,8%	9,0%	2,6%	100,0%
Sud-Vest	Fumători activi	da, zilnic	57,9%	5,3%	21,1%	15,8%	100,0%
		da, ocazional	-	-	100,0%	-	100,0%
		nu	92,9%	1,4%	4,3%	1,4%	100,0%
		Total	83,5%	2,2%	9,9%	4,4%	100,0%
Sud-Est	Fumători activi	da, zilnic	73,3%	-	6,7%	20,0%	100,0%
		da, ocazional	50,0%	50,0%	-	-	100,0%
		nu	90,3%	3,2%	6,5%	-	100,0%
		Total	83,3%	4,2%	6,2%	6,2%	100,0%

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.

Tabel 58. Expunerea la fumul de țigară în spațiile publice

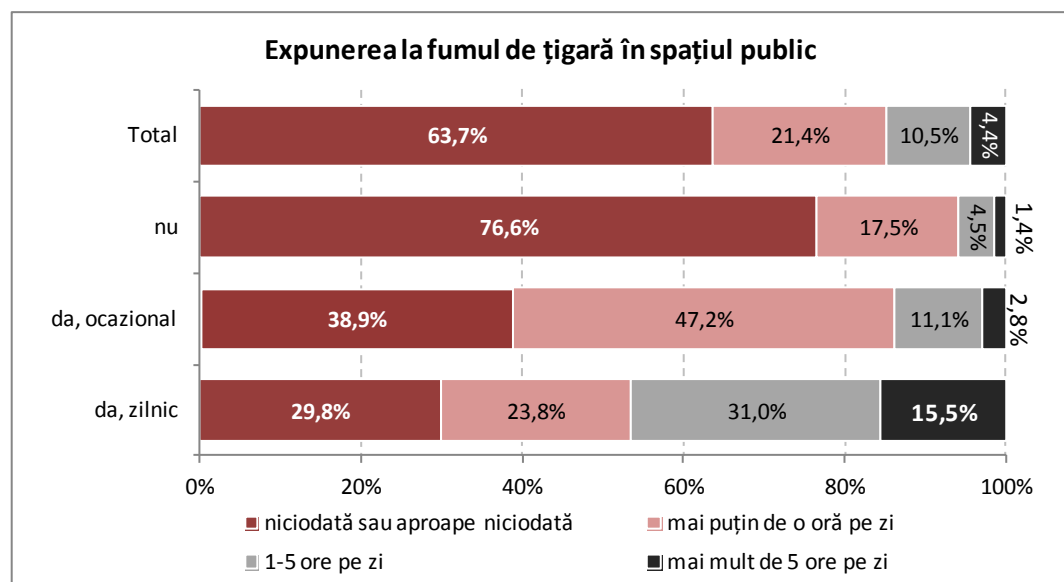
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	niciodată sau aproape niciodată	262	63,7	63,7
	mai puțin de o oră pe zi	88	21,4	85,2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1-5 ore pe zi	43	10,5	10,5	95,6
mai mult de 5 ore pe zi	18	4,4	4,4	100,0
Total	411	100,0	100,0	

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%.

Tabel 59. 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%



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.

Tabel 60. Expunerea la fumul de țigară în spațiile publice, a fumătorilor activi/pasivi, pe medii de rezidență

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	Urban	da, zilnic	18,4%	28,9%	34,2%	18,4%	100,0%
		da, ocazional	32,0%	52,0%	12,0%	4,0%	100,0%
		nu	70,4%	23,3%	5,7%	0,6%	100,0%
		Total	57,2%	27,5%	11,3%	4,1%	100,0%
	Rural	da, zilnic	39,1%	19,6%	28,3%	13,0%	100,0%
		da, ocazional	54,5%	36,4%	9,1%		100,0%
		nu	84,1%	10,6%	3,0%	2,3%	100,0%
		Total	71,4%	14,3%	9,5%	4,8%	100,0%

Pe zone, se poate spune că persoanele din regiunile de Nord Est și Nord Vest sunt mai expuse fumului de țigară în spațiile publice comparativ cu fumătorii din celelalte zone ale județului. Așadar, în zona de Nord Est 72,2% dintre persoanele care fumează zilnic, 64,3% dintre fumătorii ocazionali și 36,2% dintre persoanele nefumătoare sunt expuse la fumul de țigară în spațiile publice, iar în zona Nord Vest 71,4% dintre persoanele care fumează zilnic, 50,0% dintre fumătorii ocazionali și 8,3% dintre persoanele nefumătoare sunt expuse la fumul de țigară în spațiile publice.

Tabel 61. Expunerea la fumul de țigară în spațiile publice, a fumătorilor activi/pasivi, pe zone

Expunerea la fumul de țigară în spații publice							
Zona de rezidență			niciodată sau aproape niciodată	mai puțin de o oră pe zi	1-5 ore pe zi	mai mult de 5 ore pe zi	Total
Nord-Est	Fumători activi	da, zilnic	27,8%	25,0%	30,6%	16,7%	100,0%
		da, ocazional	35,7%	57,1%	3,6%	3,6%	100,0%
		nu	63,8%	29,2%	5,4%	1,5%	100,0%
		Total	53,1%	32,5%	9,8%	4,6%	100,0%
Nord-Vest	Fumători activi	da, zilnic	28,6%	28,6%	21,4%	21,4%	100,0%
		da, ocazional	50,0%		50,0%		100,0%
		nu	91,7%	3,3%	3,3%	1,7%	100,0%
		Total	78,2%	7,7%	9,0%	5,1%	100,0%
Sud-Vest	Fumători activi	da, zilnic	21,1%	15,8%	52,6%	10,5%	100,0%
		da, ocazional		50,0%	50,0%		100,0%
		nu	88,6%	7,1%	2,9%	1,4%	100,0%
		Total	72,5%	9,9%	14,3%	3,3%	100,0%
Sud-Est	Fumători activi	da, zilnic	46,7%	26,7%	13,3%	13,3%	100,0%
		da, ocazional	100,0%				100,0%
		nu	74,2%	19,4%	6,5%		100,0%
		Total	66,7%	20,8%	8,3%	4,2%	100,0%

Expunerea la fumul de țigară la serviciu/școală

Majoritatea respondenților (58,4%) nu sunt expuși niciodată sau aproape 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.

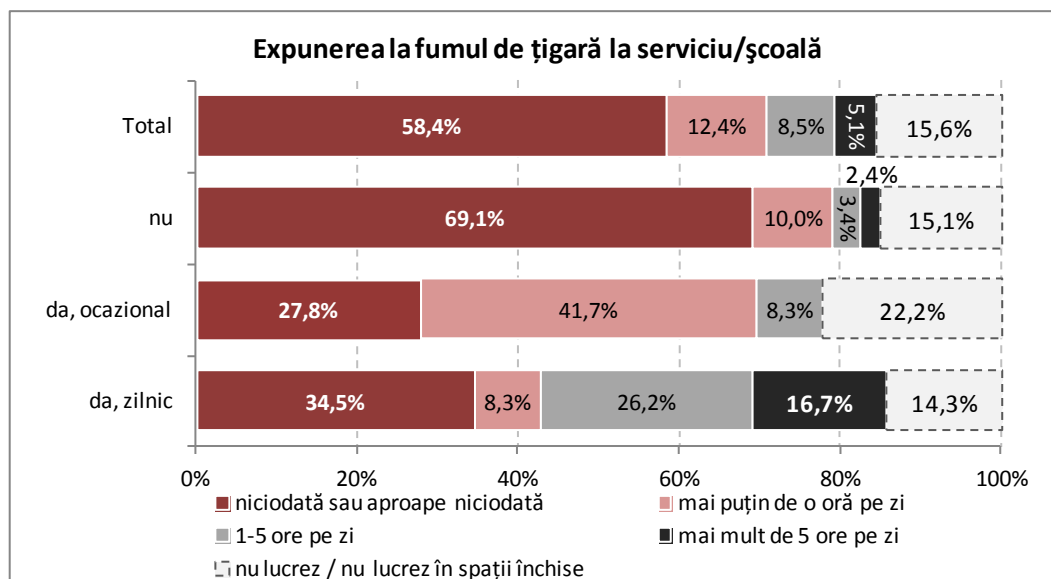
Tabel 62. Expunerea la fumul de țigară la serviciu/școală

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	niciodată sau aproape niciodată	240	58,4	58,4	58,4
	mai puțin de o oră pe zi	51	12,4	12,4	70,8
	1-5 ore pe zi	35	8,5	8,5	79,3
	mai mult de 5 ore pe zi	21	5,1	5,1	84,4
	nu lucrez / nu lucrez în spații închise	64	15,6	15,6	100,0
Total		411	100,0	100,0	

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.

Tabel 63. 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%



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).

Tabel 64. Expunerea la fumul de țigară la serviciu/școală, a fumătorilor activi/pasivi, pe medii de rezidență

Expunerea la fumul de țigară la serviciu/școală							
Mediu de rezidența		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
Urban	Fumători activi	da, zilnic	34,2%	10,5%	28,9%	13,2%	100,0%
		da, ocazional	24,0%	52,0%	8,0%	16,0%	100,0%
		nu	61,0%	16,4%	3,8%	2,5%	100,0%
		Total	52,3%	19,4%	8,6%	4,1%	100,0%
Rural	Fumători activi	da, zilnic	34,8%	6,5%	23,9%	19,6%	100,0%
		da, ocazional	36,4%	18,2%	9,1%	36,4%	100,0%
		nu	78,8%	2,3%	3,0%	2,3%	100,0%
		Total	65,6%	4,2%	8,5%	6,3%	100,0%

Tabel 65. Expunerea la fumul de țigară la serviciu/școală, a fumătorilor activi/pasivi, pe zone

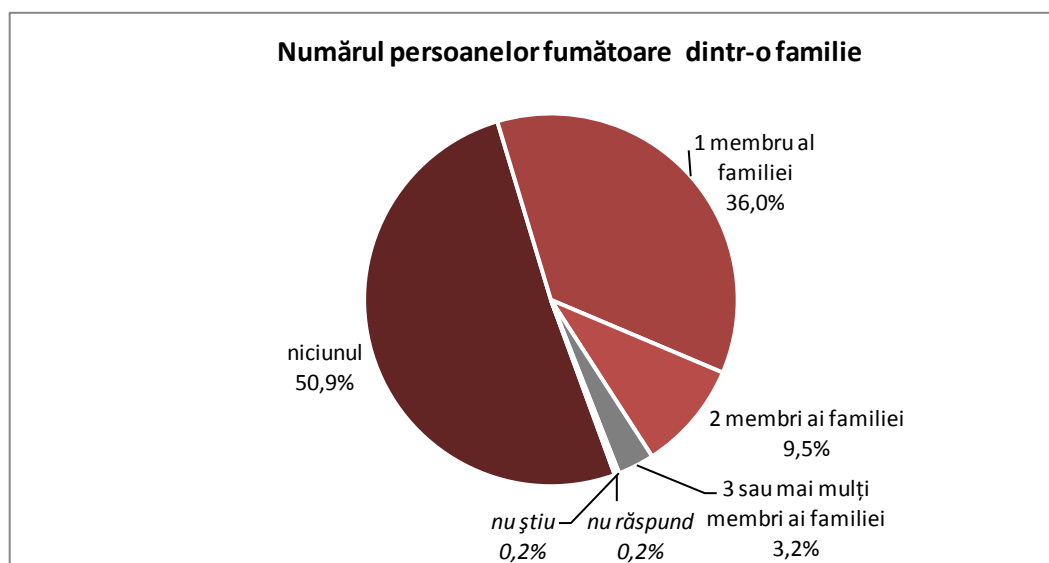
Expunerea la fumul de țigară la serviciu/școală							
Zona de rezidența		niciodată sau aproape niciodată	mai puțin de o oră pe zi	1-5 ore pe zi	mai mult de 5 ore pe zi	nu lucrez / nu lucrez în spații închise	Total
Nord-Est	Fumători activi	da, zilnic	22,2%	13,9%	22,2%	16,7%	100,0%
		da, ocazional	21,4%	50,0%	7,1%	21,4%	100,0%
		nu	52,3%	20,0%	3,8%	1,5%	100,0%
		Total	42,3%	23,2%	7,7%	4,1%	100,0%
Nord-Vest	Fumători activi	da, zilnic	28,6%	7,1%	42,9%	14,3%	100,0%
		da, ocazional	50,0%	25,0%	25,0%	7,1%	100,0%
		nu	88,3%	1,7%	1,7%	3,3%	100,0%
		Total	75,6%	2,6%	10,3%	5,1%	100,0%
Sud-Vest	Fumători activi	da, zilnic	63,2%	5,3%	21,1%	5,3%	100,0%
		da, ocazional	50,0%	50,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		nu	80,0%	1,4%	4,3%	4,3%	100,0%
		Total	75,8%	2,2%	7,7%	4,4%	100,0%
Sud-Est	Fumători activi	da, zilnic	33,3%	26,7%	33,3%	6,7%	100,0%
		da, ocazional	50,0%	50,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		nu	77,4%	3,2%	3,2%	16,1%	100,0%
		Total	62,5%	4,2%	10,4%	10,4%	100,0%

Numărul persoanelor fumătoare dintr-o familie

În familiile a 50,9% dintre respondenți nu fumează nici un membru al familiei, ceea ce înseamnă că pentru 71,8% 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.

Tabel 66. Numărul persoanelor fumătoare dintr-o familie

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	niciunul	209	50,9	50,9
	1 membru al familiei	148	36,0	86,9
	2 membri ai familiei	39	9,5	96,4
	3 sau mai mulți membri ai familiei	13	3,2	99,6
	nu știu	1	0,2	99,8
	nu răspund	1	0,2	100,0
Total	411	100,0	100,0	



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.

Tabel 67. Numărul persoanelor fumătoare dintr-o familie, pe medii de rezidență (%)

	Urban	Rural	Total
niciunul	50,0	51,9	50,9
1 membru	36,0	36,0	36,0
2 membri	10,4	8,5	9,5
3 membri sau mai mulți	2,7	3,7	3,2
nu știu	0,5		0,2
nu răspund	0,5		0,2
Total	100,0	100,0	100,0

În zona de Nord Vest se înregistrează cel mai scăzut procent al persoanelor a căror familie cel puțin un membru fumează, de 37,2%.

47,9% dintre respondenții din zona de Sud Est, 51,5% respondenți din zona de Nord Est și 52,8% respondenți din zona de Sud Vest au declarat că există cel puțin un membru al familiei care fumează.

Tabel 68. Numărul persoanelor fumătoare dintr-o familie, pe zone (%)

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
niciunul	47,4	62,8	47,3	52,1	50,9
1 membru	36,6	29,5	41,8	33,3	36,0
2 membri	10,8	5,1	9,9	10,4	9,5
3 membri sau mai mulți	4,1	2,6	1,1	4,2	3,2
nu știu	0,5				0,2
nu răspund	0,5				0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ponderea fumătorilor adolescenți

Baza = 200 cazuri, 48,7% respondenți care au declarat că cel puțin un membru din familie fumează

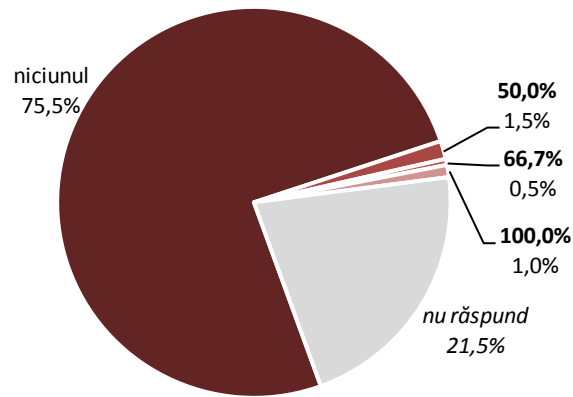
75,5% dintre respondenții în a căror familie cel puțin un membru fumează au declarat că niciunul nu este adolescent, în ce **3,0% dintre respondenți au declarat că în familie este cel puțin un adolescent care fumează.**

Tabel 69. Ponderea fumătorilor adolescenți

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
niciunul	151	75,5	75,5	75,5
50,0% din membrii familiei	3	1,5	1,5	77,0
66,7% din membrii familiei	1	0,5	0,5	77,5
100,0% din membrii familiei	2	1,0	1,0	100,0
nu răspund	43	21,5	21,5	99,0
Total	200	100,0	100,0	

Pondereea adolescenților fumători

Baza = 200 cazuri, 48,7% respondenți care au declarat că cel puțin un membru din familie fumează



4. CONSUMUL DE ALCOOL

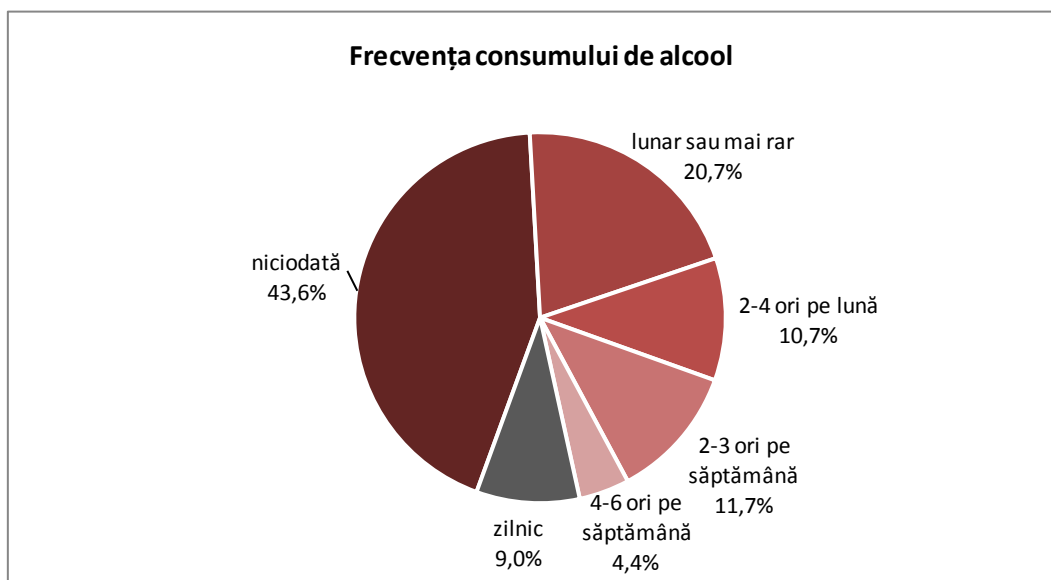
Frecvența consumului de alcool

Majoritatea populației interviuate (56,4%) a declarat că în ultimele 12 luni au consumat băuturi alcoolice, iar 43,6% respondenți susțin că nu consumă băuturi de acest gen niciodată.

20,7% respondenți ai 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.

Tabel 70. Frecvența consumului de alcool

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	niciodată	179	43,6	43,6	43,6
	lunar sau mai rar	85	20,7	20,7	64,2
	2-4 ori pe lună	44	10,7	10,7	74,9
	2-3 ori pe săptămână	48	11,7	11,7	86,6
	4-6 ori pe săptămână	18	4,4	4,4	91,0
	zilnic	37	9,0	9,0	100,0
	Total	411	100,0	100,0	



De asemenea, se remarcă ponderea ridicată a celor care consumă alcool în mod frecvent în mediul rural, 6,3% 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%.

Tabel 71. Frecvența consumului de alcool, pe medii de rezidență (%)

	Urban	Rural	Total
niciodată	41,9	45,5	43,6
lunar sau mai rar	25,7	14,8	20,7
2-4 ori pe lună	12,6	8,5	10,7
2-3 ori pe săptămână	13,5	9,5	11,7
4-6 ori pe săptămână	2,7	6,3	4,4
zilnic	3,6	15,3	9,0
Total	100,0	100,0	100,0

În zona de Sud Vest a județului Bacău se observă cea ridicată pondere a persoanelor care consumă frecvent alcool (de 4-6 ori pe săptămână și zilnic), aceasta fiind de 19,8%. Acestei zone îi urmează, din punct de vedere al consumului frecvent de alcool, zona de Sud Est, unde 14,6% respondenți consumă frecvent alcool, zona de Nord Vest, unde 11,6% respondenți consumă frecvent alcool, și zona de Nord Est, unde 10,8% respondenți consumă frecvent alcool.

Tabel 72. Frecvența consumului de alcool, pe zone (%)

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
niciodată	35,6	51,3	52,7	45,8	43,6
lunar sau mai rar	24,7	20,5	14,3	16,7	20,7
2-4 ori pe lună	14,9	6,4	4,4	12,5	10,7
2-3 ori pe săptămână	13,9	10,3	8,8	10,4	11,7
4-6 ori pe săptămână	4,1	2,6	6,6	4,2	4,4
zilnic	6,7	9,0	13,2	10,4	9,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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.

Tabel 73. Frecvența consumului de alcool, pe sexe (%)

	Masculin	Feminin	Total
niciodată	23,6%	58,8%	43,6%
lunar sau mai rar	15,7%	24,5%	20,7%
2-4 ori pe lună	14,0%	8,2%	10,7%
2-3 ori pe săptămână	18,5%	6,4%	11,7%
4-6 ori pe săptămână	9,0%	0,9%	4,4%
zilnic	19,1%	1,3%	9,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

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).

Tabel 74. Frecvența consumului de alcool, pe grupe de vârstă (%)

	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65 ani si 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%

Cantitatea medie de alcool consumată săptămânal

Baza = 103 cazuri, 25,1% respondenți care în ultimele 12 luni au consumat alcool de peste 2 ori pe săptămână

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 tărie/săptămână.

Jumătate dintre respondenți consumă sub 2 litri de bere/săptămână, iar jumătate respondenți consumă peste această cantitate, ajungând chiar și la 22 litri de bere/săptămână.

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.

Tabel 75. Cantitatea de băuturi alcoolice consumate săptămânal (litri)

		bere	vin	băuturi alcoolice/tărie
N	Valid	90	89	71
	Missing	13	14	32
Mean		2,60	1,66	0,18
Median		2,00	1,00	0,00
Minimum		0,00	0,00	0,00
Maximum		22,00	15,00	2,00
Percentiles	10	0,00	0,00	0,00
	20	0,07	0,00	0,00
	30	1,00	0,00	0,00
	40	1,00	0,50	0,00
	50	2,00	1,00	0,00
	60	2,00	1,00	0,00

	bere	vin	băuturi alcoolice/ tărie
70	3,00	1,00	0,00
80	4,00	2,00	0,50
90	5,00	6,00	0,50

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

Tabel 76. Cantitatea de băuturi alcoolice consumate săptămânal, pe medii de rezidență (litri)

		Urban	Rural	Total
bere	Mean	2,75	2,49	2,60
	Median	1,50	2,00	2,00
	Minimum	0,00	0,00	0,00
	Maximum	22,00	10,00	22,00
vin	Mean	1,44	1,80	1,66
	Median	0,75	1,00	1,00
	Minimum	0,00	0,00	0,00
	Maximum	10,00	15,00	15,00
tărie	Mean	0,15	0,19	0,18
	Median	0,00	0,00	0,00
	Minimum	0,00	0,00	0,00
	Maximum	2,00	2,00	2,00

Tabel 77. Cantitatea de băuturi alcoolice consumate săptămânal, pe zone (litri)

		Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
bere	Mean	2,22	4,10	3,02	2,00	2,60
	Median	2,00	2,00	2,00	1,50	2,00
	Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Maximum	10,00	22,00	15,00	7,00	22,00
vin	Mean	1,02	4,77	1,41	1,04	1,66
	Median	0,50	2,00	0,85	0,00	1,00
	Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Maximum	14,00	15,00	7,00	7,00	15,00
tărie	Mean	0,09	0,50	0,32	0,08	0,18
	Median	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00
	Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Maximum	1,00	2,00	2,00	0,50	2,00

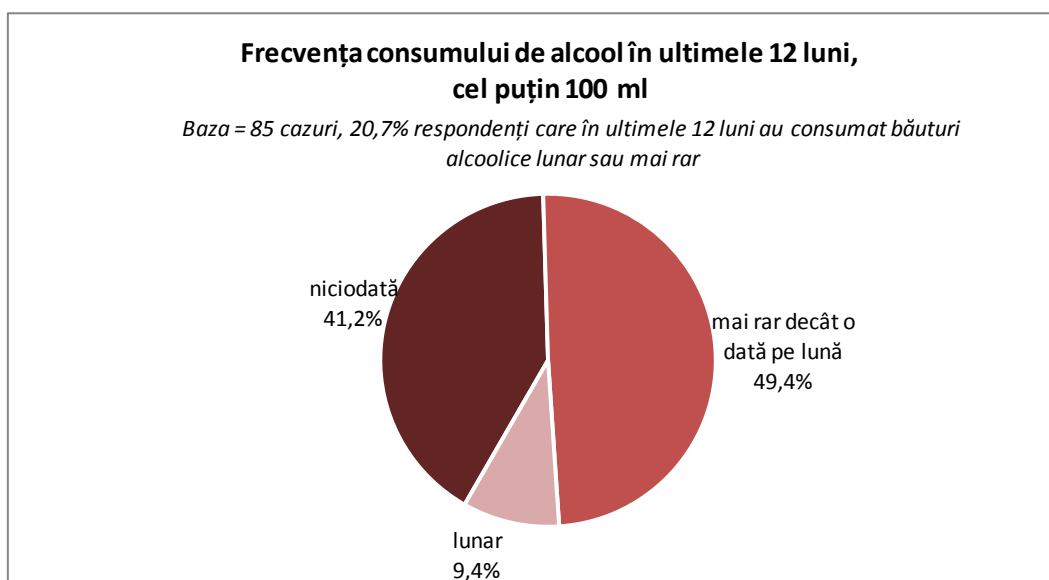
Frecvența consumului de alcool în ultimele 12 luni

Baza = 85 cazuri, 20,7% respondenți care în ultimele 12 luni au consumat băuturi alcoolice lunar sau mai rar

Dintre persoanele care în ultimele 12 luni au consumat foarte rar (lunar sau mai rar) băuturi alcoolice, 49,4% au declarat că au consumat cel puțin 100 ml de băuturi alcoolice mai rar decât o dată pe lună, 41,2% respondenți au susținut că nu au consumat niciodată și 9,4% persoane au declarat că au consumat lunar cel puțin 100 ml de băuturi alcoolice.

Tabel 78. Frecvența consumului de alcool în ultimele 12 luni, cel puțin 100 ml

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	niciodată	35	41,2	41,2	41,2
	mai rar decât o dată pe lună	42	49,4	49,4	90,6
	lunar	8	9,4	9,4	100,0
	Total	85	100,0	100,0	



Tabel 79. Frecvența consumului de alcool în ultimele 12 luni, cel puțin 100 ml, pe medii de rezidență

	Urban	Rural	Total
niciodată	38,6%	46,4%	41,2%
mai rar decât o dată pe lună	47,4%	53,6%	49,4%
lunar	14,0%		9,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 80. Frecvența consumului de alcool în ultimele 12 luni, cel puțin 100 ml, pe zone

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
niciodată	18,8%	81,2%	76,9%	37,5%	41,2%
mai rar decât o dată pe lună	66,7%	18,8%	15,4%	62,5%	49,4%
lunar	14,6%		7,7%		9,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

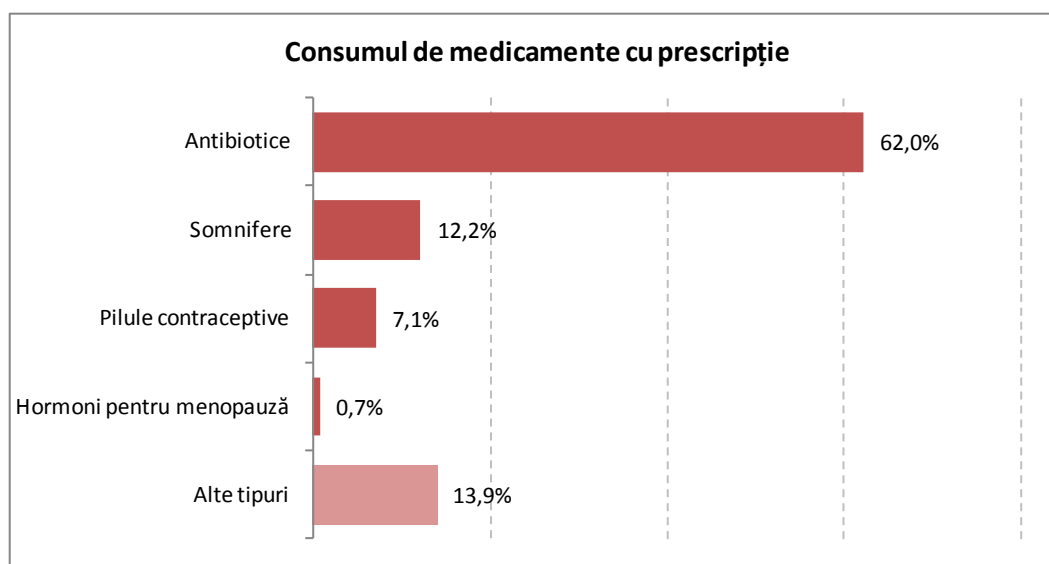
5. CONSUMUL DE MEDICAMENTE

Consumul de medicamente cu prescripție

Cele mai utilizate medicamente pe baza prescripției medicului sunt antibioticele, 62,0% dintre respondenți declarând că au utilizat aceste medicamente cu prescripție. De asemenea, 12,2% dintre respondenți au utilizat somnifere pe baza prescripției medicale, 7,1% respondenți au utilizat pilulele contraceptive și 0,7% respondenți au consumat hormoni pentru menopauză pe baza prescripției de la medic.

Tabel 81. Consumul de medicamente cu prescripție

Tipuri de medicamente	N	Percent	Percent of Respondents	Percent of Cases
Antibiotice	255	64,7%	62,0%	84,7%
Somnifere	50	12,7%	12,2%	16,6%
Pilule contraceptive	29	7,4%	7,1%	9,6%
Hormoni pentru menopauză	3	0,8%	0,7%	1,0%
Altele	57	14,5%	13,9%	18,9%
Total	394	100,0%	95,9%	130,9%



În categoria altor tipuri de medicamente prescrise de către medic au fost menționate cu preponderență mineralele, vitaminele, antiinflamatoarele, antinevralgicele, medicamentele pentru bolile de inimă și medicamentele pentru diabet.

Tabel 82. Consumul de medicamente cu prescripție, pe medii de rezidență

Tipuri de medicamente	Urban	Rural	Total
Antibiotice	64,4%	59,3%	62,0%
Somnifere	12,2%	12,2%	12,2%

Tipuri de medicamente	Urban	Rural	Total
Pilule contraceptive	6,3%	7,9%	7,1%
Hormoni pentru menopauză	0,9%	0,5%	0,7%
Altele	13,1%	14,8%	13,9%
Total	77,0%	68,8%	73,2%

Tabel 83. Consumul de medicamente cu prescripție, pe zone

Tipuri de medicamente	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
Antibiotice	62,4%	61,5%	59,3%	66,7%	62,0%
Somnifere	10,3%	9,0%	17,6%	14,6%	12,2%
Pilule contraceptive	4,6%	12,8%	6,6%	8,3%	7,1%
Hormoni pentru menopauză	1,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,7%
Altele	17,5%	11,5%	11,0%	8,3%	13,9%
Total	75,8%	73,1%	69,2%	70,8%	73,2%

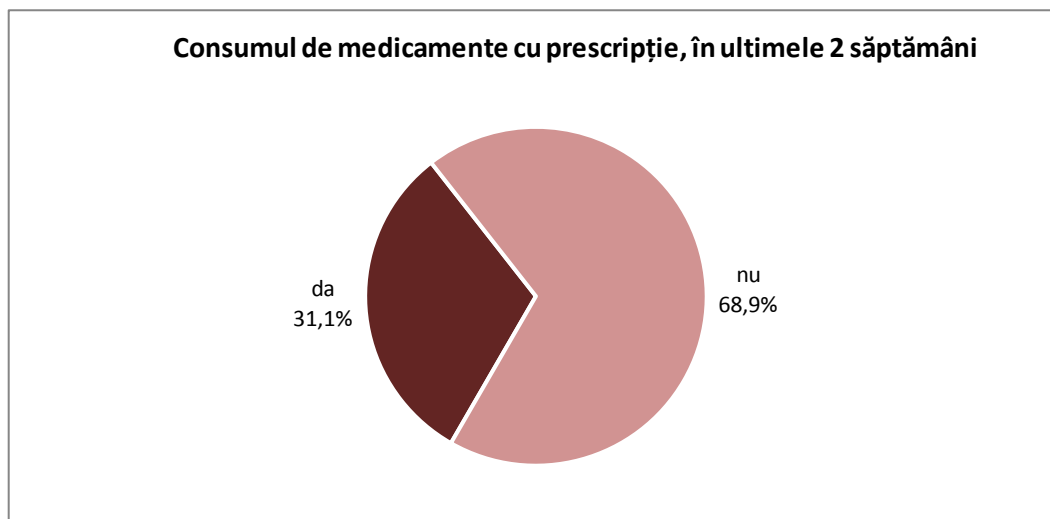
Tipuri de medicamente	Masculin	Feminin	Total
Antibiotice	51,7%	70,0%	62,0%
Somnifere	9,6%	14,2%	12,2%
Pilule contraceptive	-	12,4%	7,1%
Hormoni pentru menopauză	-	1,3%	0,7%
Altele	12,9%	14,6%	13,9%
Total	61,8%	82,0%	73,2%

Consumul de medicamente prescrise, în ultimele 2 săptămâni

68,9% respondenți nu au consumat în ultimele 2 săptămâni medicamente cu prescripție medicamente, iar 31,1% respondenți au consumat în acest timp medicamente cu prescripție.

Tabel 84. Consumul de medicamente cu prescripție, în ultimele 2 săptămâni

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	128	31,1	31,1
	nu	283	68,9	68,9
	Total	411	100,0	100,0



În ultimele 2 săptămâni, în mediul urban ponderea persoanelor care au consumat medicamente cu prescripție (35,1% respondenți) este mai ridicat decât în mediul rural (26,5% respondenți).

Tabel 85. Consumul de medicamente cu prescripție, în ultimele 2 săptămâni, pe medii de rezidență

		Urban	Rural	Total
Consumul de medicamente prescrise în ultimele 2 săptămâni	da	35,1%	26,5%	31,1%
	nu	64,9%	73,5%	68,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 86. Consumul de medicamente cu prescripție, în ultimele 2 săptămâni, pe zone

		Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
Consumul de medicamente prescrise în ultimele 2 săptămâni	da	32,5%	28,2%	33,0%	27,1%	31,1%
	nu	67,5%	71,8%	67,0%	72,9%	68,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 87. Consumul de medicamente cu prescripție, în ultimele 2 săptămâni, pe sexe

		Masculin	Feminin	Total
Consumul de medicamente prescrise în ultimele 2 săptămâni	da	25,8%	35,2%	31,1%
	nu	74,2%	64,8%	68,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Afecțiuni/boli pentru care se prescriu medicamente

Baza = 128 cazuri, 31,1% respondenți care au utilizat în ultimele 2 săptămâni medicamente cu prescripție

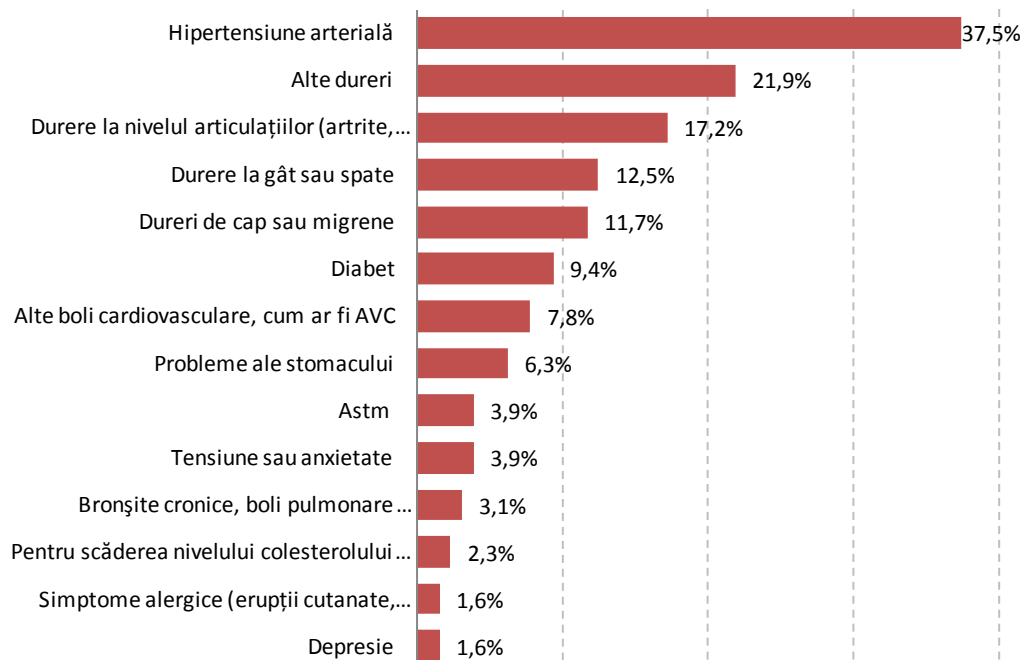
Dintre persoanele care în ultimele 2 săptămâni au consumat medicamente cu prescripție, 37,5% respondenți au consumat aceste medicamente pentru hipertensiune arterială, 21,9% respondenți le-au consumat pentru alte dureri (exclusiv cele de articulații, gât, spate, cap), 17,2% respondenți le-au consumat pentru durerile articulațiilor, 12,5% respondenți le-au consumat pentru durerile de gât sau spate, 11,7% respondenți le-au consumat pentru durerile de cap sau migrene, 9,4% respondenți le-au consumat pentru diabet, etc.

Tabel 88. Afecțiuni pentru care se prescriu medicamente

	N	Percent	Percent of Respondents	Percent of Cases
Hipertensiune arterială	48	26,7%	37,5%	40,3%
Alte dureri	28	15,6%	21,9%	23,5%
Durere la nivelul articulațiilor (artrite, artroze)	22	12,2%	17,2%	18,5%
Durere la gât sau spate	16	8,9%	12,5%	13,4%
Dureri de cap sau migrene	15	8,3%	11,7%	12,6%
Diabet	12	6,7%	9,4%	10,1%
Alte boli cardiovasculare, cum ar fi AVC	10	5,6%	7,8%	8,4%
Probleme ale stomacului	8	4,4%	6,3%	6,7%
Astm	5	2,8%	3,9%	4,2%
Tensiune sau anxietate	5	2,8%	3,9%	4,2%
Bronșite cronice, boli pulmonare obstructive cronice, emfizem	4	2,2%	3,1%	3,4%
Pentru scăderea nivelului colesterolului din sânge	3	1,7%	2,3%	2,5%
Simptome alergice (erupții cutanate, dificultăți de respirație etc.)	2	1,1%	1,6%	1,7%
Depresie	2	1,1%	1,6%	1,7%
Total	180	100,0%	140,6%	151,3%

Afecțiuni pentru care se prescriu medicamente

Baza = 128 cazuri, 31,1% respondenți care au utilizat în ultimele 2 săptămâni medicamente cu prescripție



Consumul de medicamente fără prescripție medicală, în ultimele 2 săptămâni

Mare parte din respondenți (76,4%) nu au consumat medicamente fără prescripție medicală, în ultimele două săptămâni, iar 23,6% respondenți au utilizat medicamente fără a avea o prescripție medicală pentru acest lucru.

Tabel 89. Consumul de medicamente fără prescripție, în ultimele 2 săptămâni

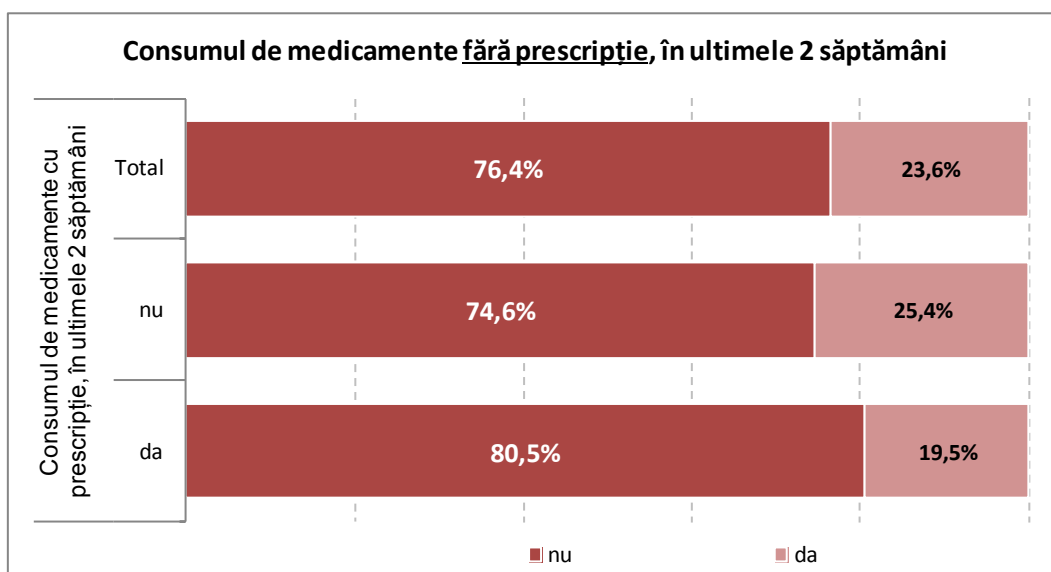
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nu	314	76,4	76,4	76,4
	da	97	23,6	23,6	100,0
Total		411	100,0	100,0	

Dintre persoanele care în ultimele 2 săptămâni au utilizat medicamente cu prescripție, 19,5% persoane au consumat și medicamente fără prescripție medicală și 80,5% persoane nu au făcut acest lucru.

Dintre persoanele care nu au utilizat medicamente cu prescripție în ultimele 12 săptămâni, 25,4% persoane au consumat medicamente fără a avea o prescripție medicală pentru acestea.

Tabel 90. Consumul de medicamente cu și fără prescripție, în ultimele 2 săptămâni

Consumul de medicamente fără prescripție, în ultimele 2 săptămâni				
		nu	da	Total
Consumul de medicamente <u>cu prescripție</u> , în ultimele 2 săptămâni	da	80,5%	19,5%	100,0%
	nu	74,6%	25,4%	100,0%
	Total	76,4%	23,6%	100,0%



Tabel 91. Consumul de medicamente fără prescripție, în ultimele 2 săptămâni, pe medii de rezidență

	nu	da	Total
Urban	73,9%	26,1%	100,0%
Rural	79,4%	20,6%	100,0%
Total	76,4%	23,6%	100,0%

Tabel 92. Consumul de medicamente fără prescripție, în ultimele 2 săptămâni, pe zone

	nu	da	Total
Nord-Est	75,3%	24,7%	100,0%
Nord-Vest	75,6%	24,4%	100,0%
Sud-Vest	80,2%	19,8%	100,0%
Sud-Est	75,0%	25,0%	100,0%
Total	76,4%	23,6%	100,0%

Procentul femeilor care au consumat medicamente, în ultimele 2 săptămâni, fără prescripție medicală (30,0% persoane) este dublu față de cel al bărbaților care consumă medicamente în același mod (15,2% persoane).

Tabel 93. Consumul de medicamente fără prescripție, în ultimele 2 săptămâni, pe sexe

	nu	da	Total
Masculin	84,8%	15,2%	100,0%
Feminin	70,0%	30,0%	100,0%
Total	76,4%	23,6%	100,0%

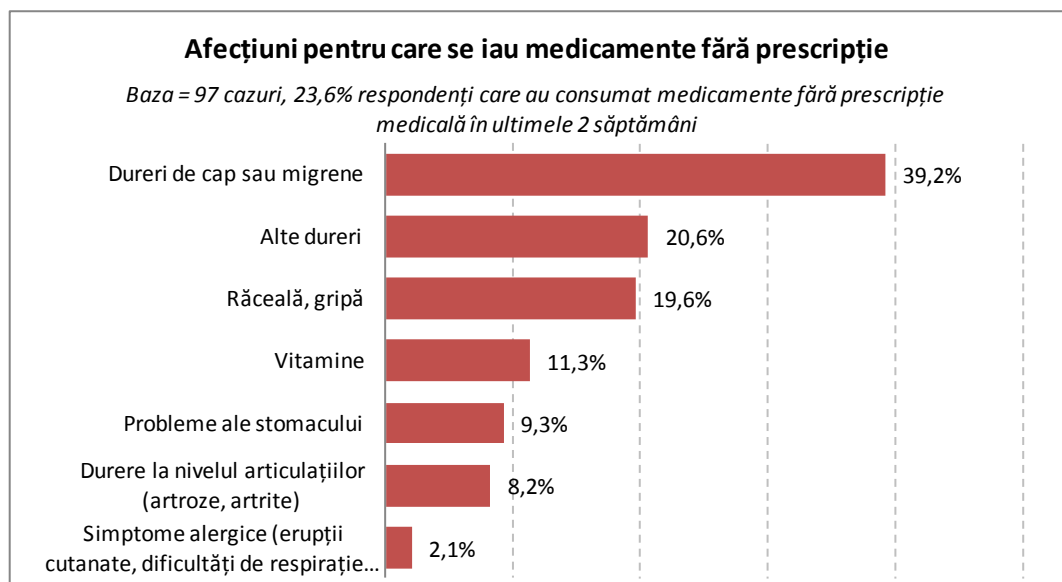
Afecțiuni pentru care se consumă medicamente fără prescripție medicală

Baza = 97 cazuri, 23,6% respondenți care au consumat medicamente fără prescripție medicală în ultimele 2 săptămâni

Principalele afecțiunile pentru care respondenții au consumat medicamente fără prescripție medicală sunt reprezentate de: durerile de cap sau migrene (39,2% respondenți), alte dureri – exclusiv cele de cap, gât, spate, articulații (20,6% respondenți), răceală, gripă (19,6% respondenți), lipsa vitaminelor (11,3% respondenți) și probleme ale stomacului (9,3% respondenți).

Tabel 94. Afecțiuni pentru care se iau medicamente fără prescripție

Afecțiuni	N	Percent	Percent of respondents	Percent of Cases
Dureri de cap sau migrene	38	35,5%	39,2%	45,2%
Alte dureri	20	18,7%	20,6%	23,8%
Răceală, gripă	19	17,8%	19,6%	22,6%
Vitamine	11	10,3%	11,3%	13,1%
Probleme ale stomacului	9	8,4%	9,3%	10,7%
Durere la nivelul articulațiilor (artroze, artrite)	8	7,5%	8,2%	9,5%
Simptome alergice (erupții cutanate, dificultăți de respirație etc.)	2	1,9%	2,1%	2,4%
Total	107	100,0%	110,3%	127,4%



Suma cheltuită pentru achiziționarea de medicamente, în ultimele 2 săptămâni

Baza = 200 cazuri, 48,7% dintre respondenți care au consumat medicamente, în ultimele 2 săptămâni, cu/fără prescripție

O persoană care a consumat în ultimele 2 săptămâni medicamente cu sau fără prescripție medicală a cheltuit în medie 112,2 lei pe aceste medicamente. În cele 2 săptămâni, persoanele intervievate au consumat medicamente pe care au cheltuit între 7 și 700 lei, jumătate dintre respondenți cheltuind sub 65 de lei, iar jumătate respondenți cheltuind pe medicamente peste 65 lei.

Tabel 95. Suma cheltuită pe medicamente în ultimele 2 săptămâni

Statistics		
N	Valid	122
	Missing	78
Mean		112,2
Median		65,0
Minimum		7,0
Maximum		700,0
Percentiles	10	16,5
	20	28,0
	30	39,6
	40	50,0
	50	65,0
	60	100,0
	70	131,0
	80	200,0
	90	294,0

Suma medie cheltuită pentru achiziționarea medicamentelor în ultimelor 2 săptămâni a fost mai ridicată în mediul rural, unde acesta a fost de 120,8 lei, iar în mediul urban suma medie a fost ușor mai scăzută, de 106,4 lei. Așadar, locuitorii din mediul rural au cheltuit în medie cu 14,4 lei mai mult pe medicamente decât persoanele din mediul urban, în această perioadă.

Tabel 96. Suma cheltuită pe medicamente în ultimele 2 săptămâni, pe medii de rezidență

Mediu de rezidența	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Urban	106,4	50,0	10,0	700,0	73
Rural	120,8	100,0	7,0	500,0	49
Total	112,2	65,0	7,0	700,0	122

Tabel 97. Suma cheltuită pe medicamente în ultimele 2 săptămâni, pe zone

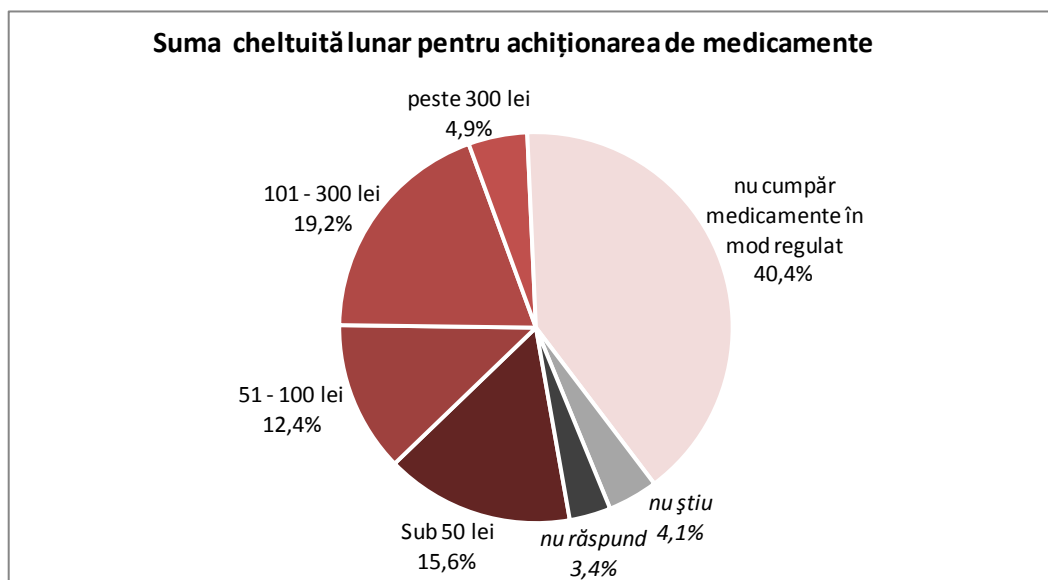
Zona de rezidența	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Nord-Est	100,2	50,0	7,0	400,0	64
Nord-Vest	128,0	70,0	10,0	700,0	16
Sud-Vest	152,7	110,0	10,0	500,0	28
Sud-Est	68,2	50,0	20,0	150,0	14
Total	112,2	65,0	7,0	700,0	122

Suma cheltuită lunar pentru achiziționarea medicamentelor

În fiecare lună, 19,2% respondenți cheltuie pe medicamente între 101 și 300 lei, 15,6% respondenți cheltuie sub 50 lei, 12,4% respondenți cheltuie între 51 și 100 lei și 4,9% respondenți cheltuie peste 300 de lei pentru procurarea medicamentelor. 40,4% dintre respondenți nu cumpără medicamente în mod regulat, iar 7,5 respondenți nu au putut aprecia suma cheltuită lunar pe medicamente.

Tabel 98. Suma cheltuită lunar pentru achiziționarea de medicamente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sub 50 lei	64	15,6	15,6	15,6
51 - 100 lei	51	12,4	12,4	28,0
101 - 300 lei	79	19,2	19,2	47,2
peste 300 lei	20	4,9	4,9	52,1
nu cumpăr medicamente în mod regulat	166	40,4	40,4	92,5
nu știu	17	4,1	4,1	96,6
nu răspund	14	3,4	3,4	100,0
Total	411	100,0	100,0	



Suma medie lunară cheltuită pentru achiziționarea de medicamente este de **155,5 lei**, această sumă variind între 5 și 1.000 lei lunar.

Tabel 99. Suma medie cheltuită lunar pentru achiziționarea de medicamente

Statistics		
N	Valid	214
	Missing	197
Mean		155,5
Median		100,0

Statistics		
Minimum		5,0
Maximum		1.000,0
Percentiles	10	20,0
	20	50,0
	30	55,0
	40	100,0
	50	100,0
	60	150,0
	70	200,0
	80	240,0
	90	300,0

În mediul rural locuitorii care au participat la studiu cheltuie lunar cu 5,3 lei mai mult decât în mediul urban, suma medie fiind de 158,2 lei în mediul rural și de 152,9 lei în mediul urban.

Tabel 100. Suma medie cheltuită lunar pentru achiziționarea de medicamente, pe medii de rezidență

Mediu de rezidenta	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Urban	152,9	100,0	10,0	1.000,0	111
Rural	158,2	100,0	5,0	800,0	103
Total	155,5	100,0	5,0	1.000,0	214

Tabel 101. Suma medie cheltuită lunar pentru achiziționarea de medicamente, pe zone

Zona de rezidenta	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Nord-Est	142,9	100,0	6,0	500,0	83
Nord-Vest	180,9	140,0	10,0	1000,0	43
Sud-Vest	180,8	110,0	10,0	800,0	58
Sud-Est	104,7	75,0	5,0	600,0	30
Total	155,5	100,0	5,0	1000,0	214

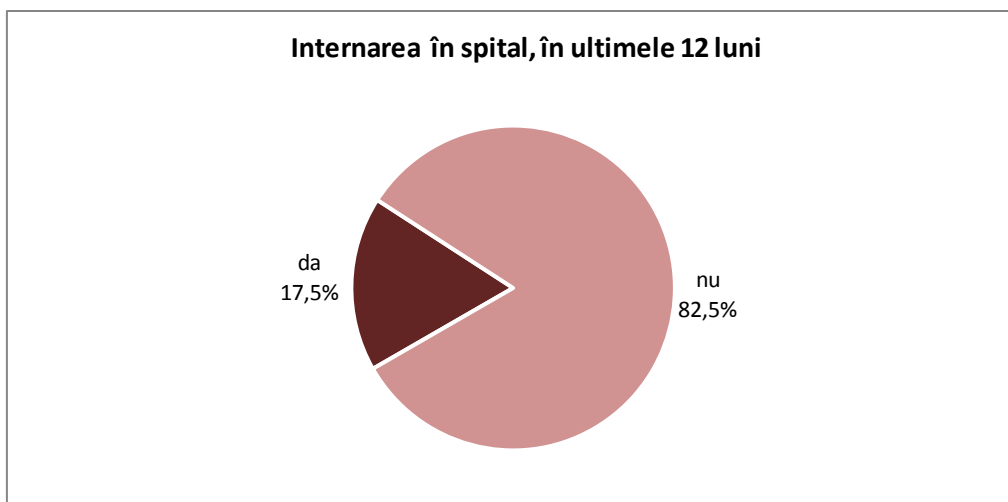
6. UTILIZAREA SERVICIILOR MEDICALE

Internarea în spital, în ultimele 12 luni

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.

Tabel 102. Internarea în spital, în ultimele 12 luni

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	72	17,5	17,5	17,5
	nu	339	82,5	82,5	100,0
Total		411	100,0	100,0	



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.

Tabel 103. Internarea în spital, în ultimele 12 luni, pe medii de rezidență

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

În cadrul județului Bacău, 25,6% dintre respondenții din regiunea Nord Vest au fost internați în spital precum și 22,0% dintre respondenții din Sud Vest, 16,7% dintre respondenții din Sud Est și 12,4% dintre respondenții din Nord Est.

Tabel 104. Internarea în spital, în ultimele 12 luni, pe zone

	da	nu	Total
Nord-Est	12,4%	87,6%	100,0%
Nord-Vest	25,6%	74,4%	100,0%
Sud-Vest	22,0%	78,0%	100,0%
Sud-Est	16,7%	83,3%	100,0%
Total	17,5%	82,5%	100,0%

Numărul mediu de nopți petrecute în spital (internare)

Baza = 72 cazuri, 17,5% respondenți care au fost internați cel puțin o noapte în spital, 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.

Tabel 105. Numărul mediu de nopți de internare

Statistics		
N	Valid	69
	Missing	3
Mean		7,8
Median		7,0
Minimum		0,0
Maximum		28,0
Sum		540,0
Percentiles	10	2,0
	20	3,0
	30	5,0
	40	6,0
	50	7,0
	60	8,0
	70	9,0
	80	12,0
	90	14,0

Tabel 106. Numărul mediu de nopți de internare, pe medii de rezidență

Mediu de rezidența	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Urban	7,9	7,0	1	28	41
Rural	7,7	7,5	0	14	28
Total	7,8	7,0	0	28	69

Tabel 107. Numărul mediu de nopți de internare, pe zone

Zona de rezidența	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Nord-Est	5,7	5,0	0	14	23
Nord-Vest	9,3	7,5	2	28	20
Sud-Vest	9,5	9,0	2	21	18
Sud-Est	6,8	6,5	2	13	8
Total	7,8	7,0	0	28	69

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**.

Tabel 108. Numărul mediu de nopți de internare, pe grupe de vârstă

Grupe de varsta	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
15-24 ani	5,8	6,0	1	9	8
25-34 ani	5,0	4,0	2	11	7
35-44 ani	6,7	6,0	1	14	10
45-54 ani	6,2	6,0	0	13	12
55-64 ani	9,8	9,0	2	28	21
65 ani și peste	10,3	9,0	3	21	11
Total	7,8	7,0	0	28	69

Tabel 109. Numărul mediu de nopți de internare, pe sexe

Sex	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Masculin	8,3	6,5	0	28	32
Feminin	7,5	7,0	1	14	37
Total	7,8	7,0	0	28	69

Cheltuieli realizate cu internarea

Baza = 72 cazuri, 17,5% respondenți care au fost internați cel puțin o noapte în spital, în ultimele 12 luni

Cu ocazia internării, respondenții au cheltuit în medie 780,5 lei.

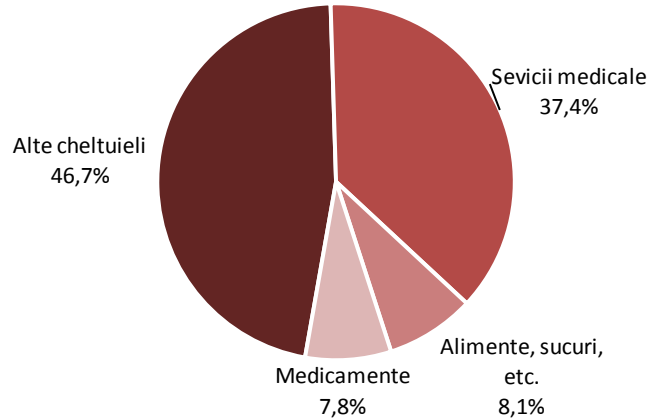
50,0% dintre respondenții internați au cheltuit sub 415 lei, iar 50,0% respondenți au cheltuit peste această sumă.

Tabel 110. Cheltuielile medii realizate cu internarea

Statistics		
N	Valid	44
	Missing	28
Mean		780,5
Median		415,0
Minimum		47,0
Maximum		8.000,0
Sum		34.343,0
Percentiles	10	100,0
	20	150,0
	30	250,0
	40	300,0
	50	415,0
	60	500,0
	70	900,0
	80	1200,0
	90	1600,0

Distribuția pe categorii a sumei totale cheltuite în perioada internării

Baza = 72 cazuri, 17,5% respondenți care au fost internați în spital cel puțin o noapte, în ultimele 12 luni



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.

Numărul mediu de internări, în ultimul an

Baza = 72 cazuri, 17,5% respondenți care în ultimele 12 luni au fost internați cel puțin o noapte

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.

Tabel 111. Numărul mediu de internări, în ultimul an

Statistics		
N	Valid	67
	Missing	5
Mean		1,5
Median		1,0
Minimum		1,0
Maximum		11,0
Percentiles	10	1,0
	20	1,0
	30	1,0
	40	1,0
	50	1,0

Statistics	
	60
	70
	80
	90

Tabel 112. Numărul mediu de internări, în ultimul an, pe medii de rezidență

Mediu de rezidența	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Urban	1,5	1,0	1,0	11,0	40
Rural	1,6	1,0	1,0	4,0	27
Total	1,5	1,0	1,0	11,0	67

Tabel 113. Numărul mediu de internări, în ultimul an, pe zone

Zona de rezidența	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Nord-Est	1,3		1,0	1,0	4,0
Nord-Vest	1,5		1,0	1,0	4,0
Sud-Vest	2,0		1,0	1,0	11,0
Sud-Est	1,3		1,0	1,0	3,0
Total	1,5		1,0	1,0	11,0

Tabel 114. Numărul mediu de internări, în ultimul an, pe sexe

Sex	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Masculin	1,5	1,0	1,0	7,0	31
Feminin	1,6	1,0	1,0	11,0	36
Total	1,5	1,0	1,0	11,0	67

Numărul mediu de nopți de internare, în ultimul an

Baza – 72 cazuri, 17,5% respondenți care în ultimele 12 luni au fost internați cel puțin o noapte

În ultimul an, perioada medie de internare a fost de **11,1 zile**.

Tabel 115. Numărul mediu de nopți de internare, ultimul an

Statistics	
N	Valid
	Missing
Mean	11,1
Median	9,0
Minimum	1,0
Maximum	40,0
Percentiles	10
	2,0

Statistics		
	20	4,4
	30	6,0
	40	7,0
	50	9,0
	60	12,0
	70	13,0
	80	14,0
	90	25,2

Tabel 116. Numărul mediu de nopți de internare, ultimul an, pe medii de rezidență

Mediu de rezidenta	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Urban	9,2	8,0	1,0	30,0	39
Rural	13,8	12,0	2,0	40,0	27
Total	11,1	9,0	1,0	40,0	66

Tabel 117. Numărul mediu de nopți de internare, ultimul an, pe zone

Zona de rezidenta	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Nord-Est	9,0	6,0	1,0	40,0	21
Nord-Vest	13,2	12,0	2,0	30,0	20
Sud-Vest	12,1	9,5	2,0	30,0	18
Sud-Est	8,4	6,0	2,0	21,0	7
Total	11,1	9,0	1,0	40,0	66

Tabel 118. Numărul mediu de nopți de internare, ultimul an, pe sexe

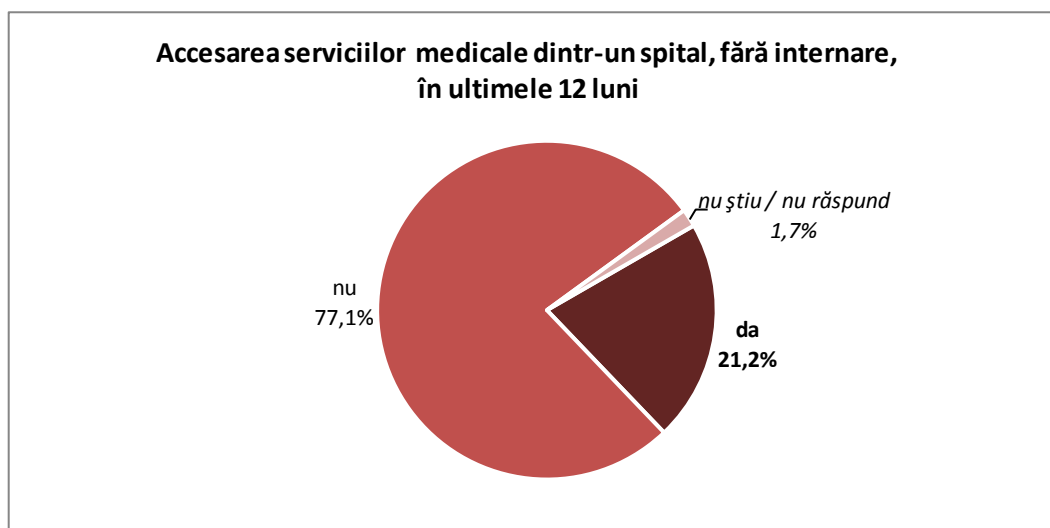
Sex	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Masculin	12,9	11,0	1,0	40,0	31
Feminin	9,4	8,0	1,0	30,0	35
Total	11,1	9,0	1,0	40,0	66

Accesarea serviciilor medicale dintr-un spital, fără internare, în ultimele 12 luni

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.

Tabel 119. Accesarea serviciilor medicale dintr-un spital, fără internare, în ultimele 12 luni

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	87	21,2	21,2	21,2
	nu	317	77,1	77,1	98,3
	nu știu / nu răspund	7	1,7	1,7	100,0
Total		411	100,0	100,0	



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).

Tabel 120. Accesarea serviciilor medicale dintr-un spital, fără internare, în ultimele 12 luni, pe medii de rezidență (%)

	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

Rata de accesare a serviciilor medicale în ultimul an, fără internare, se observă în zona de Sud Est (33,3% respondenți), aceasta fiind urmată, în ordine descrescătoare de zona Nord Vest (20,5% respondenți), Nord Est (19,6% respondenți) și zona Sud Vest (18,7% respondenți).

Tabel 121. Accesarea serviciilor medicale dintr-un spital, fără internare, în ultimele 12 luni, pe zone

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
da	19,6	20,5	18,7	33,3	21,2
nu	78,4	76,9	80,2	66,7	77,1
nu știu / nu răspund	2,1	2,6	1,1		1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

Baza – 87 cazuri, 21,2% respondenți care au accesat servicii medicale din spital, fără internare, în ultimele 12 luni

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.

Tabel 122. Numărul mediu de accesări ale serviciilor medicale din spital, fără internare, în ultimele 12 luni

Statistics		
N	Valid	84
	Missing	3
Mean		2,5
Median		1,0
Minimum		1,0
Maximum		12,0
Percentiles	10	1,0
	20	1,0
	30	1,0
	40	1,0
	50	1,0
	60	2,0
	70	3,0
	80	4,0
	90	5,0

Tabel 123. Numărul mediu de accesări ale serviciilor medicale din spital, fără internare, în ultimele 12 luni, pe medii de rezidență

Mediu de rezidența	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Urban	2,5	1,0	1,0	12,0	41
Rural	2,5	1,0	1,0	12,0	43
Total	2,5	1,0	1,0	12,0	84

Tabel 124. Numărul mediu de accesări ale serviciilor medicale din spital, fără internare, în ultimele 12 luni, pe zone

Zona de rezidența	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Nord-Est	2,1	1,0	1,0	7,0	37
Nord-Vest	2,3	1,0	1,0	12,0	15
Sud-Vest	4,0	2,5	1,0	12,0	16
Sud-Est	2,0	1,5	1,0	8,0	16
Total	2,5	1,0	1,0	12,0	84

Tabel 125. Numărul mediu de accesări ale serviciilor medicale din spital, fără internare, în ultimele 12 luni, pe sex

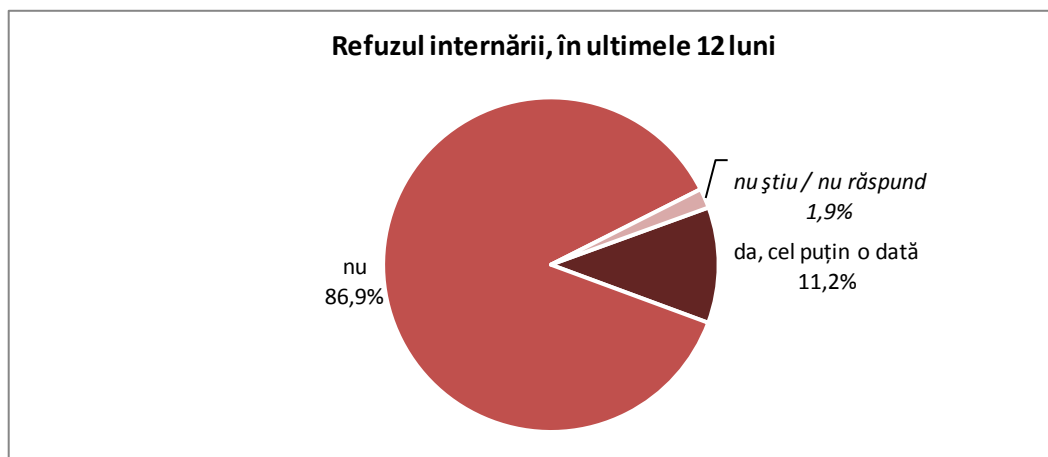
Sex	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Masculin	2,4	1,0	1,0	12,0	38
Feminin	2,6	1,0	1,0	12,0	46
Total	2,5	1,0	1,0	12,0	84

Refuzul sugestiei de internare, în 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.

Tabel 126. Refuzul internării, în ultimele 12 luni

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
da, cel puțin o dată	46	11,2	11,2	11,2
nu	357	86,9	86,9	98,1
nu știu / nu răspund	8	1,9	1,9	100,0
Total	411	100,0	100,0	



Tabel 127. Refuzul internării, în ultimele 12 luni, pe medii de rezidență (%)

	Urban	Rural	Total
da, cel puțin o dată	12,2	10,1	11,2
nu	85,6	88,4	86,9
nu știu / nu răspund	2,3	1,6	1,9
Total	100,0	100,0	100,0

Tabel 128. Refuzul internării, în ultimele 12 luni, pe zone (%)

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
da, cel puțin o dată	8,8	9,0	17,6	12,5	11,2
nu	89,7	85,9	81,3	87,5	86,9
nu știu / nu răspund	1,5	5,1	1,1		1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

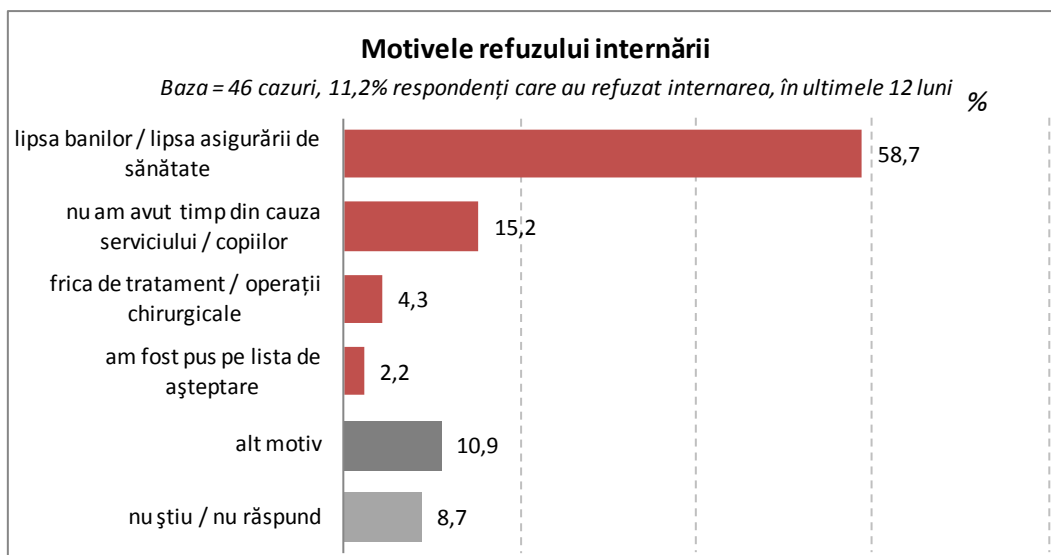
Motivele refuzului internării

Baza – 46 cazuri, 11,2% respondenți care au refuzat internarea, 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.

Tabel 129. Motivele refuzului internării

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	lipsa banilor / lipsa asigurării de sănătate	27	58,7	58,7	58,7
	nu am avut timp din cauza serviciului / copiilor	7	15,2	15,2	73,9
	frica de tratament / operații chirurgicale	2	4,3	4,3	78,2
	am fost pus pe lista de așteptare	1	2,2	2,2	80,4
	alt motiv	5	10,9	10,9	91,3
	nu știu / nu răspund	4	8,7	8,7	100,0
	Total	46	100,0	100,0	



Tabel 130. Motivele 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

	Urban	Rural	Total
nu știu / nu răspund	11,1	5,3	8,7
Total	100,0	100,0	100,0

Tabel 131. Motivele refuzului internării, pe zone (%)

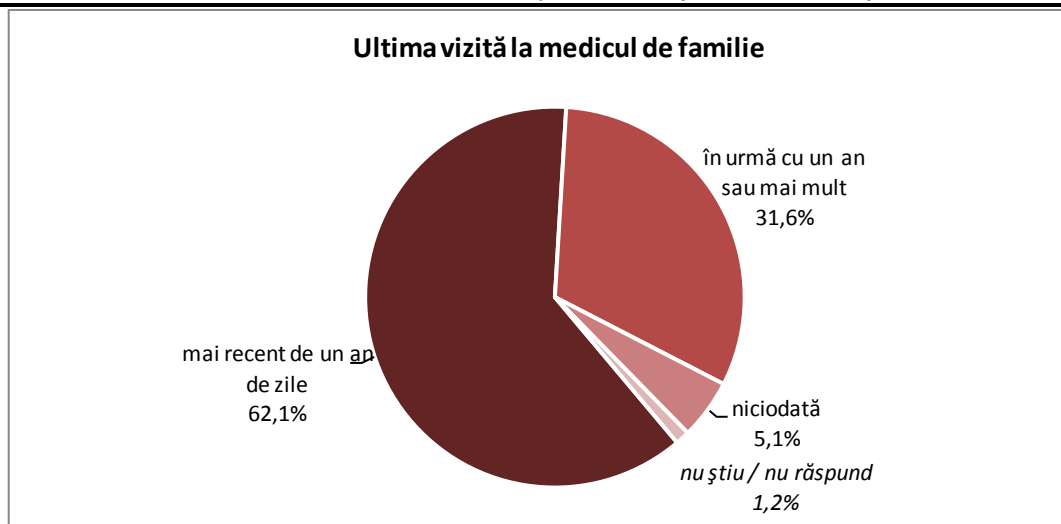
	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
lipsa banilor / lipsa asigurării de sănătate	47,1	57,1	68,8	66,7	58,7
nu am avut timp din cauza serviciului / copiilor	17,6	28,6	6,2	16,7	15,2
frica de tratament / operații chirurgicale		14,3	6,2		4,3
am fost pus pe lista de așteptare			6,2		2,2
alt motiv	11,8		12,5	16,7	10,9
nu știu / nu răspund	23,5				8,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ultima vizită la medicul 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.**

Tabel 132. Ultima vizită la medicul de familie

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mai recent de un an de zile	255	62,0	62,0	62,0
în urmă cu un an sau mai mult	130	31,6	31,6	93,7
niciodată	21	5,1	5,1	98,8
nu știu / nu răspund	5	1,2	1,2	100,0
Total	411	100,0	100,0	



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.

Tabel 133. 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

În zona de Sud Vest se remarcă cel mai ridicat procent al persoanelor care nu au fost niciodată la medicul de familie, 2,2% respondenți.

Tabel 134. Ultima vizită la medicul de familie, pe zone (%)

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
mai recent de un an de zile	62,9	59,0	67,0	54,2	62,0
în urmă cu un an sau mai mult	30,9	35,9	26,4	37,5	31,6
niciodată	5,2	3,8	4,4	8,3	5,1
nu știu / nu răspund	1,0	1,3	2,2		1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Frecvența de vizitare a medicului de familie

Baza – 255 cazuri, 62,0% respondenți care au vizitat medicul de familie mai recent de un an de zile

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.

Tabel 135. Numărul mediu de vizite la medicul de familie în ultima lună

Statistics		
N	Valid	242
	Missing	13
Mean		0,9
Median		1,0
Minimum		0,0
Maximum		20,0
Percentiles		10
		20
		30
		40
		50
		60
		70

Statistics		
	80	1,0
	90	2,0

Tabel 136. Numărul mediu de vizite la medicul de familie în ultima lună, pe medii de rezidență

Mediu de rezidență	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Urban	1,1	1,0	0,0	20,0	133
Rural	0,7	1,0	0,0	4,0	109
Total	0,9	1,0	0,0	20,0	242

Tabel 137. Numărul mediu de vizite la medicul de familie în ultima lună, pe zone

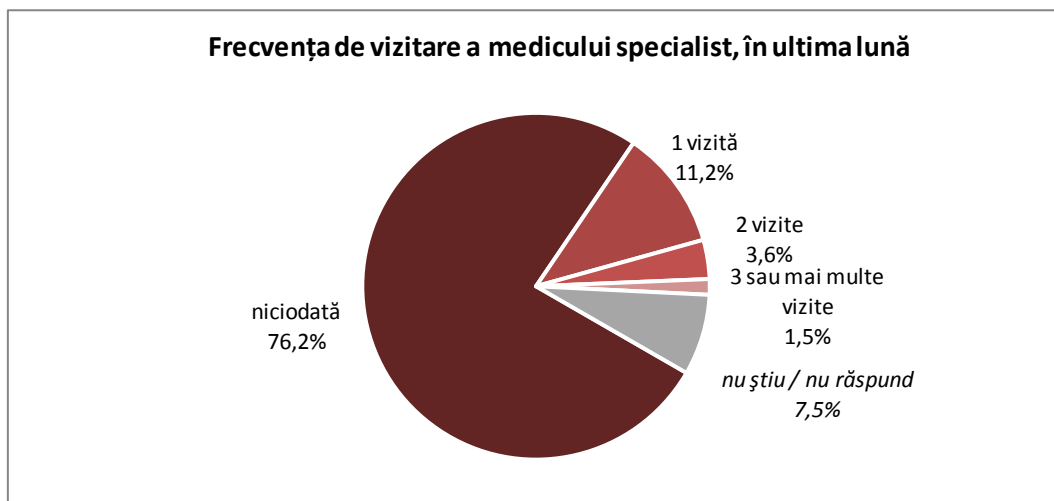
Zona de rezidență	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Nord-Est	1,1	1,0	0,0	20,0	116
Nord-Vest	0,7	1,0	0,0	4,0	44
Sud-Vest	0,8	1,0	0,0	10,0	58
Sud-Est	0,5	0,5	0,0	2,0	24
Total	0,9	1,0	0,0	20,0	242

Frecvența vizitelor la medicul specialist

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.

Tabel 138. Frecvența de vizitare a medicului specialist, în ultima lună

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	niciodată	313	76,2	76,2	76,2
	1 vizită	46	11,2	11,2	87,4
	2 vizite	15	3,6	3,6	91,0
	3 sau mai multe vizite	6	1,5	1,5	92,5
	nu știu / nu răspund	31	7,5	7,5	100,0
	Total	411	100,0	100,0	



Tabel 139. 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

Tabel 140. Frecvența de vizitare a medicului specialist, în ultima lună, pe zone (%)

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
niciodată	68,0	79,5	83,5	89,6	76,2
1 vizită	14,9	7,7	9,9	4,2	11,2
2 vizite	4,6	5,1	0,0	4,2	3,6
3 sau mai multe vizite	1,5	2,6	1,1	0,0	1,5
nu știu / nu răspund	10,8	5,1	5,5	2,1	7,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

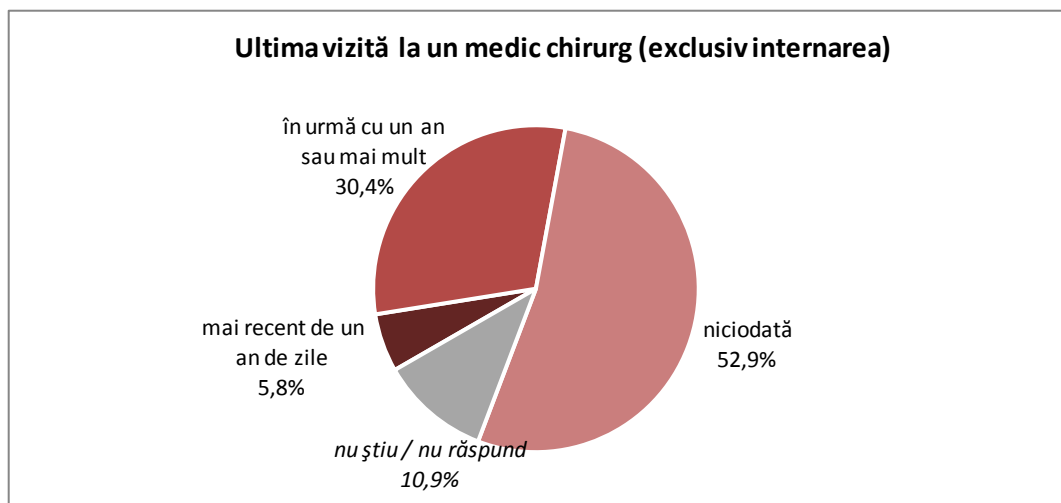
Ultima vizită la medicul chirurg (exclusiv internarea)

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.

Tabel 141. Ultima vizită la un medic chirurg (inclusiv internarea)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
mai recent de un an de zile	24	5,8	5,8	5,8
în urmă cu un an sau mai mult	125	30,4	30,4	36,3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
niciodată	217	52,8	52,8	89,1
nu știu / nu răspund	45	10,9	10,9	100,0
Total	411	100,0	100,0	



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

Tabel 142. Ultima vizită la un medic chirurg (inclusiv internarea), pe medii de rezidență (%)

	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

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.

Tabel 143. Ultima vizită la un medic chirurg (inclusiv internarea), pe zone (%)

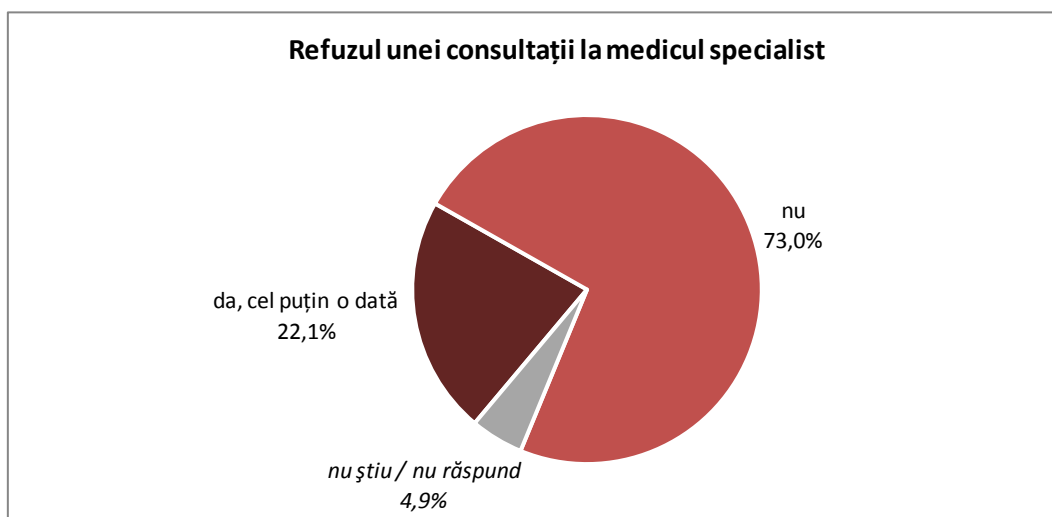
	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
mai recent de un an de zile	4,6	7,7	7,7	4,2	5,8
în urmă cu un an sau mai mult	25,8	41,0	35,2	22,9	30,4
niciodată	54,6	44,9	46,2	70,8	52,8
nu știu / nu răspund	14,9	6,4	11,0	2,1	10,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Refuzul unei consultații la medicul specialist

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.

Tabel 144. Refuzul unei consultații la medicul specialist

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
da, cel puțin o dată	91	22,1	22,1	22,1
nu	300	73,0	73,0	95,1
nu știu / nu răspund	20	4,9	4,9	100,0
Total	411	100,0	100,0	



Tabel 145. Refuzul unei consultații la medicul specialist, pe medii de rezidență

	Urban	Rural	Total
Refuzul unei consultații la medicul specialist	da, cel puțin o dată	18,0%	22,1%
	nu	78,3%	73,0%
	nu știu / nu răspund	3,7%	4,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 146. Refuzul unei consultații la medicul specialist, pe zone

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
Refuzul unei consultații la medicul specialist	da, cel puțin o dată	14,1%	22,0%	16,7%	22,1%
	nu	70,1%	71,4%	83,3%	73,0%
	nu știu / nu răspund	3,1%	10,3%	6,6%	4,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

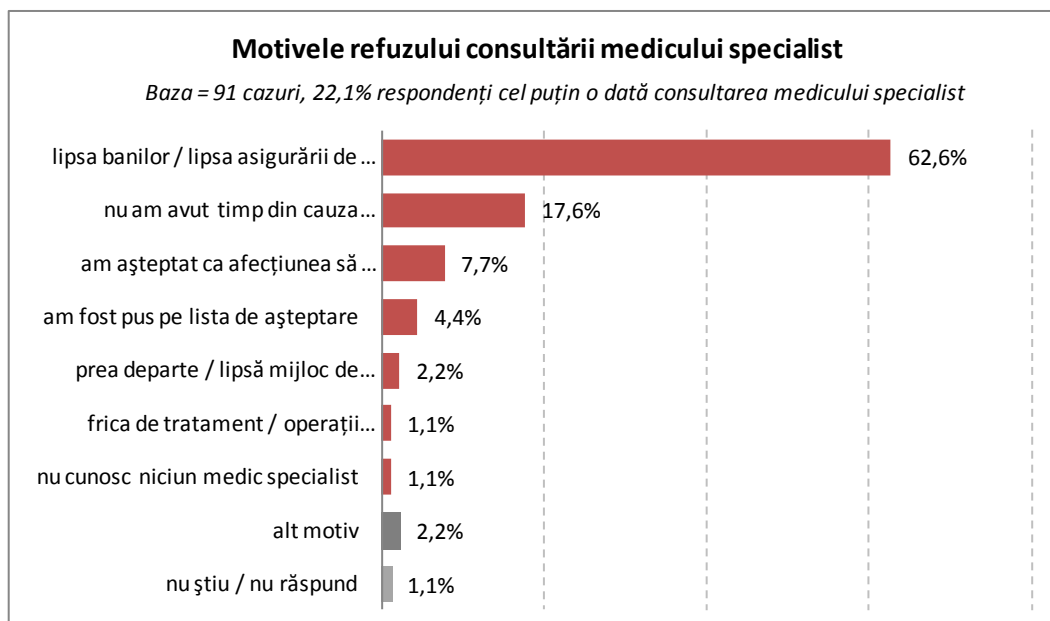
Motivele refuzului consultării medicului specialist

Baza – 91 cazuri, 22,1% respondenți care au refuzat cel puțin o dată consultarea medicului specialist

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).

Tabel 147. Motivele refuzului consultării medicului specialist

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid lipsa banilor / lipsa asigurării de sănătate	57	62,6	62,6	62,6
nu am avut timp din cauza serviciului / copiilor	16	17,6	17,6	80,2
am așteptat ca afecțiunea să dispară	7	7,7	7,7	87,9
am fost pus pe lista de așteptare	4	4,4	4,4	92,3
prea departe / lipsă mijloc de transport	2	2,2	2,2	94,5
frica de tratament / operații chirurgicale	1	1,1	1,1	95,6
nu cunosc niciun medic specialist	1	1,1	1,1	96,7
alt motiv	2	2,2	2,2	98,9
nu știu / nu răspund	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	



Tabel 148. Motivele refuzului consultării medicului specialist, pe medii de rezidență

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%

Tabel 149. Motivele refuzului consultării medicului specialist, pe zone

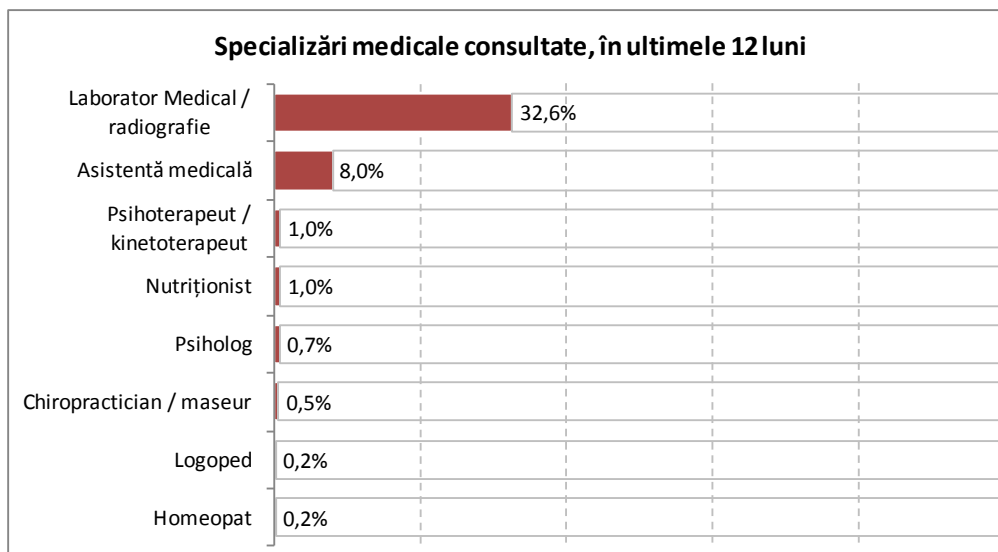
	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
lipsa banilor / lipsa asigurării de sănătate	48,1%	72,7%	85,0%	87,5%	62,6%
am fost pus pe lista de așteptare	7,7%				4,4%
nu am avut timp din cauza serviciului / copiilor	23,1%	27,3%	5,0%		17,6%
prea departe / lipsă mijloc de transport	1,9%		5,0%		2,2%
frica de tratament / operații chirurgicale			5,0%		1,1%
am așteptat ca afecțiunea să dispară	13,5%				7,7%
nu cunosc niciun medic specialist				12,5%	1,1%
alt motiv	3,8%				2,2%
nu știu / nu răspund	1,9%				1,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Specializări medicale consultate

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).

Tabel 150. Specializări medicale consultate, în ultimele 12 luni

Specializări	N	Percent	Percent of Respondents	Percent of Cases
Laborator Medical / radiografie	134	73,60%	32,6%	85,90%
Asistentă medicală	33	18,10%	8,0%	21,20%
Psihoterapeut / kinetoterapeut	4	2,20%	1,0%	2,60%
Nutriționist	4	2,20%	1,0%	2,60%
Psiholog	3	1,60%	0,7%	1,90%
Chiropractician / maseur	2	1,10%	0,5%	1,30%
Logoped	1	0,50%	0,2%	0,60%
Homeopat	1	0,50%	0,2%	0,60%
Total	182	100,00%	44,3%	116,70%



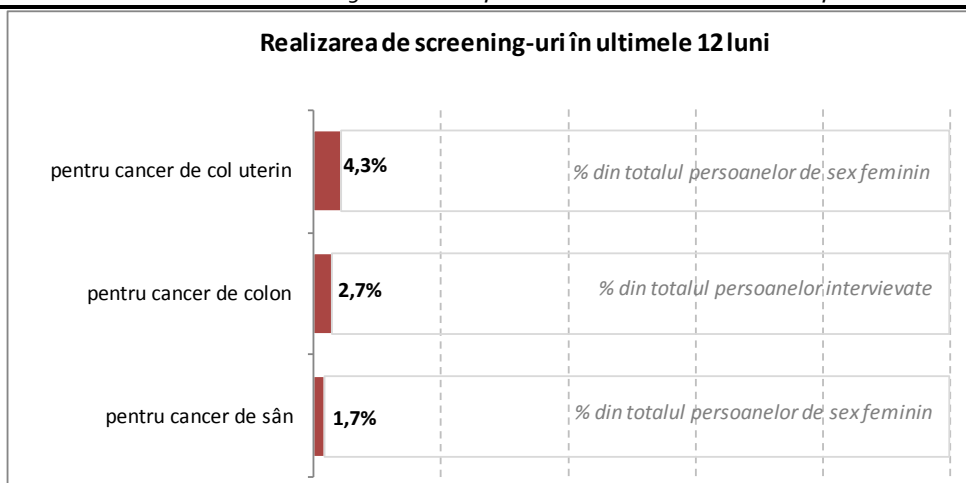
Alte specializări medicale la care respondenții au fost la consultații sunt reprezentate de stomatologie, cardiologie, endocrinologie, dermatologie, ginecologie, oftalmologie și medicina școlară.

Realizarea screening-urilor, în ultimele 12 luni

În ceea ce privește realizarea de screening-uri, doar 2,7% dintre respondenți au realizat pentru cancerul la colon, iar în ceea ce privește persoanele de sex feminin doar 4,3% dintre acestea au realizat screening-uri pentru cancerul de col uterin și 1,7% pentru cancerul la sân.

Tabel 151. Realizarea de screening-uri în ultimele 12 luni

	N	Percent	Percent of Respondets	Percent of Cases
pentru cancer de colon	11	44,0%	2,7%	64,7%
pentru cancer de col uterin	10	40,0%	4,3%	58,8%
pentru cancer de sân	4	16,0%	1,7%	23,5%
Total	25	100,0%	6,1%	147,1%



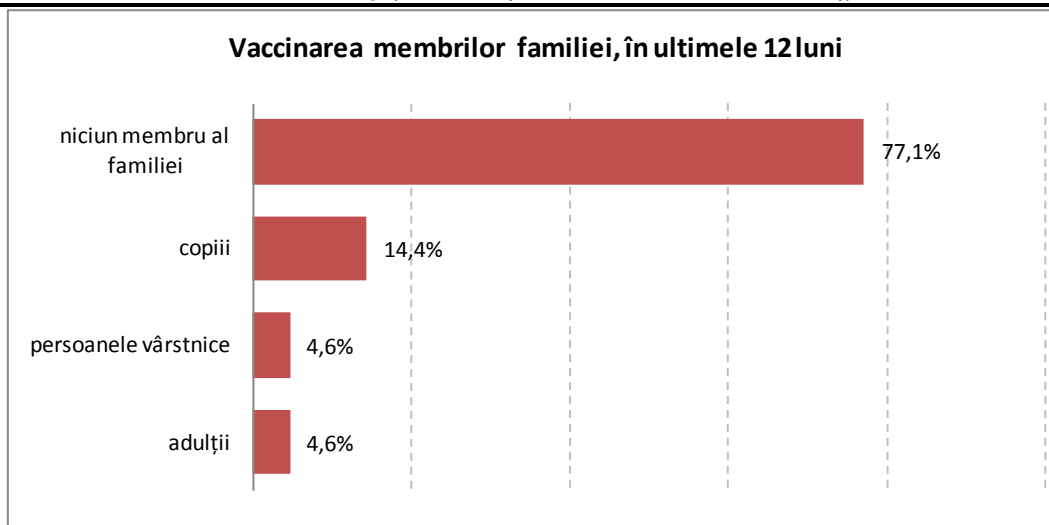
Vaccinarea membrilor familiei, în ultimele 12 luni

77,1% dintre respondenți au declarat că nici un membru al familiei nu a fost vaccinat, în ultimele 12 luni.

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

Tabel 152. Vaccinarea membrilor familiei, în ultimele 12 luni

	N	Percent	Percent of Respondents	Percent of Cases
niciun membru al familiei	317	76,6%	77,1%	77,7%
copiii	59	14,3%	14,4%	14,5%
persoanele vârstnice	19	4,6%	4,6%	4,7%
adulții	19	4,6%	4,6%	4,7%
Total	414	100,0%	100,7%	101,5%



Tabel 153. Vaccinarea membrilor familiei, în ultimele 12 luni, pe medii de rezidență (%)

	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

Tabel 154. Vaccinarea membrilor familiei, în ultimele 12 luni, pe zone (%)

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
niciun membru al familiei	76,3	79,5	75,8	79,2	77,1
copiii	14,9	14,1	12,1	16,7	14,4
persoanele vârstnice	4,6	2,6	6,6	4,2	4,6
adulții	4,1	3,8	7,7	2,1	4,6
Total	98,5	100,0	100,0	100,0	99,3

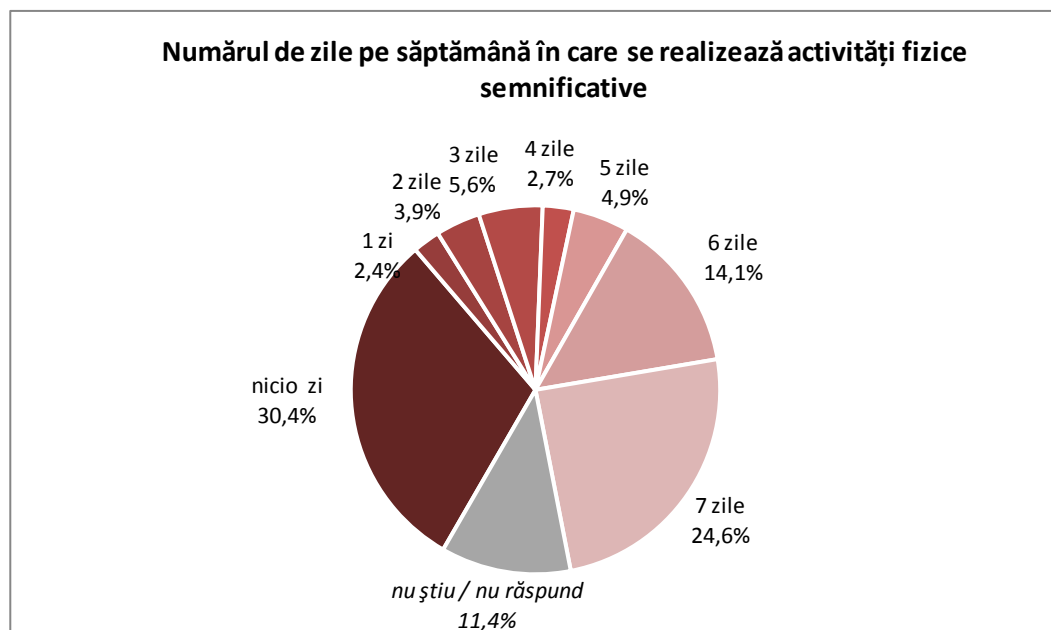
7. ACTIVITĂȚI FIZICE

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

30,4% dintre respondenți declară că 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.

Tabel 155. Numărul de zile pe săptămână în care se realizează activități fizice semnificative

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nicio zi	125	30,4	34,3	34,3
	1 zi	10	2,4	2,7	37,1
	2 zile	16	3,9	4,4	41,5
	3 zile	23	5,6	6,3	47,8
	4 zile	11	2,7	3,0	50,8
	5 zile	20	4,9	5,5	56,3
	6 zile	58	14,1	15,9	72,3
	7 zile	101	24,6	27,7	100,0
Total		364	88,6	100,0	
Missing	nu știu / nu răspund	47	11,4		
Total		411	100,0		



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.

Tabel 156. Numărul mediu de zile pe săptămână în care se realizează activități fizice semnificative

Statistics		zile
N	Valid	239
	Missing	172
Mean		5,5
Median		6,0
Minimum		1,0
Maximum		7,0
Percentiles	10	2,0
	20	3,0
	30	5,0
	40	6,0
	50	6,0
	60	7,0
	70	7,0
	80	7,0
	90	7,0

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%.

Tabel 157. Numărul de zile pe săptămână în care se realizează activități fizice semnificative, pe medii de rezidență

Zile	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%

Tabel 158. Numărul de zile pe săptămână în care se realizează activități fizice semnificative, pe zone

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
nicio zi	24,2%	32,1%	42,9%	29,2%	30,4%
1 zi	3,1%		2,2%	4,2%	2,4%
2 zile	5,7%	3,8%	1,1%	2,1%	3,9%

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
3 zile	5,2%	11,5%	2,2%	4,2%	5,6%
4 zile	3,6%	1,3%	2,2%	2,1%	2,7%
5 zile	7,2%	2,6%	2,2%	4,2%	4,9%
6 zile	7,7%	16,7%	22,0%	20,8%	14,1%
7 zile	26,3%	25,6%	17,6%	29,2%	24,6%
nu știu / nu răspund	17,0%	6,4%	7,7%	4,2%	11,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Timpul dedicat activităților fizice semnificative

Baza = 239 cazuri, 58,2% respondenți care realizează activități fizice semnificative cel puțin 1 zi pe săptămână

Timpul mediu de realizare a activităților fizice semnificative, săptămânal, este de 30,4 ore, ceea ce înseamnă peste 4 ore zilnic.

Tabel 159. Timpul mediu dedicat activităților fizice semnificative (ore, minute)

Statistics		
N	Valid	223
	Missing	16
Mean		30,4
Median		25,0
Minimum		1,0
Maximum		84,0
Percentiles	10	5,2
	20	9,8
	30	14,0
	40	20,0
	50	25,0
	60	30,0
	70	40,0
	80	54,4
	90	70,0

Tabel 160. Timpul mediu dedicat activităților fizice semnificative (ore, minute), pe medii de rezidență

Mediu de rezidența	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Urban	21,1	14,0	1,0	84,0	89
Rural	36,6	30,0	1,3	84,0	134
Total	30,4	25,0	1,0	84,0	223

Tabel 161. Timpul mediu dedicat activităților fizice semnificative (ore, minute), pe zonă

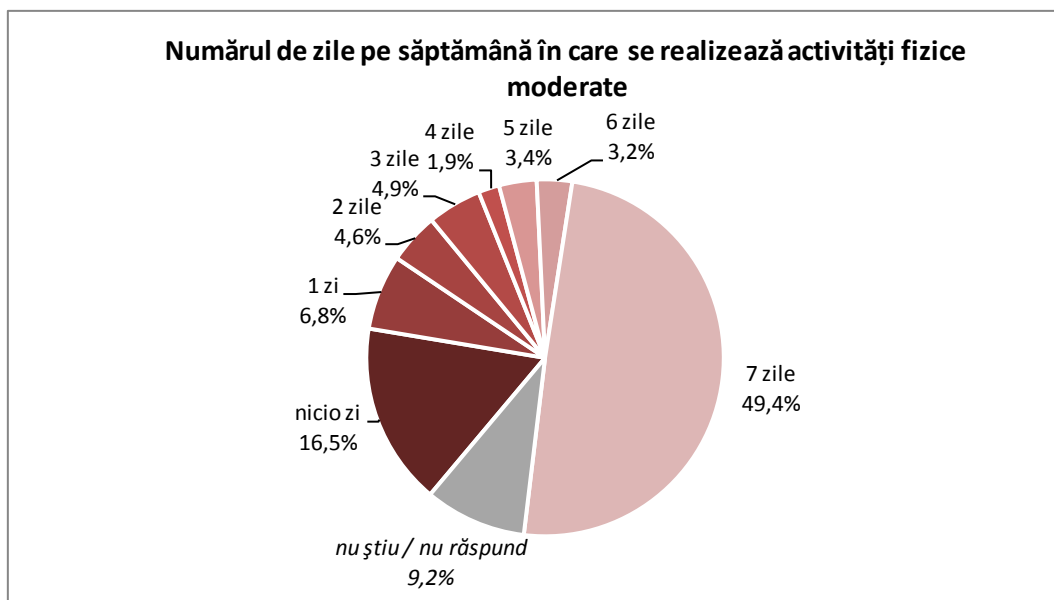
Zona de rezidența	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Nord-Est	25,9	20,0	1,0	84,0	107
Nord-Vest	34,8	30,0	1,0	84,0	47
Sud-Vest	34,8	30,0	1,0	84,0	39
Sud-Est	33,6	24,5	3,0	84,0	30
Total	30,4	25,0	1,0	84,0	223

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

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.

Tabel 162. Numărul de zile pe săptămână în care se realizează activități fizice moderate

	Zile/săptămână	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nicio zi	68	16,5	16,5	16,5
	1 zi	28	6,8	6,8	23,4
	2 zile	19	4,6	4,6	28,0
	3 zile	20	4,9	4,9	32,8
	4 zile	8	1,9	1,9	34,8
	5 zile	14	3,4	3,4	38,2
	6 zile	13	3,2	3,2	41,4
	7 zile	203	49,4	49,4	90,8
	nu știu / nu răspund	38	9,2	9,2	100,0
Total		411	100,0	100,0	



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

Tabel 163. Numărul mediu de zile pe săptămână în care se realizează activități fizice moderate

Statistics		
N	Valid	305
	Missing	106
Mean		5,7
Median		7,0

Statistics		
Minimum		1,0
Maximum		7,0
Percentiles	10	2,0
	20	3,0
	30	6,0
	40	7,0
	50	7,0
	60	7,0
	70	7,0
	80	7,0
	90	7,0

Tabel 164. Numărul de zile pe săptămână în care se realizează activități fizice moderate, pe medii de rezidență

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%

Tabel 165. Numărul de zile pe săptămână în care se realizează activități fizice moderate, pe zone

Zile/săptămână	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
nicio zi	12,4%	25,6%	14,3%	22,9%	16,5%
1 zi	8,8%	3,8%	3,3%	10,4%	6,8%
2 zile	4,6%	6,4%	2,2%	6,2%	4,6%
3 zile	5,7%	3,8%	3,3%	6,2%	4,9%
4 zile	1,0%	3,8%	2,2%	2,1%	1,9%
5 zile	4,6%	2,6%	2,2%	2,1%	3,4%
6 zile	2,6%	6,4%	2,2%	2,1%	3,2%
7 zile	45,9%	38,5%	68,1%	45,8%	49,4%
nu știu / nu răspund	14,4%	9,0%	2,2%	2,1%	9,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Timpul dedicat activităților fizice moderate

Baza = 305 cazuri, 74,2% respondenți care realizează activități fizice moderate cel puțin 1 zi pe săptămână

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.

Tabel 166. Timpul mediu dedicat activităților fizice moderate (ore, minute)

Statistics		
N	Valid	271
	Missing	34
Mean		13,8
Median		7,0
Minimum		0,2
Maximum		84,0
Percentiles	10	2,0
	20	3,3
	30	6,0
	40	7,0
	50	7,0
	60	10,0
	70	14,0
	80	20,0
	90	34,8

Tabel 167. Timpul mediu dedicat activităților fizice moderate (ore, minute), pe medii de rezidență

Mediu de rezidenta	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Urban	12,2	7,0	0,2	84,0	159
Rural	16,2	10,0	0,2	80,0	112
Total	13,8	7,0	0,2	84,0	271

Tabel 168. Timpul mediu dedicat activităților fizice moderate (ore, minute), pe zone

Zona de rezidenta	Mean	Median	Minimum	Maximum	N
Nord-Est	10,1	7,0	0,2	70,0	129
Nord-Vest	20,6	10,0	1,0	84,0	41
Sud-Vest	15,6	10,0	1,3	80,0	67
Sud-Est	16,3	10,5	0,2	60,0	34
Total	13,8	7,0	0,2	84,0	271

8. COMPORTAMENT DE CONSUM

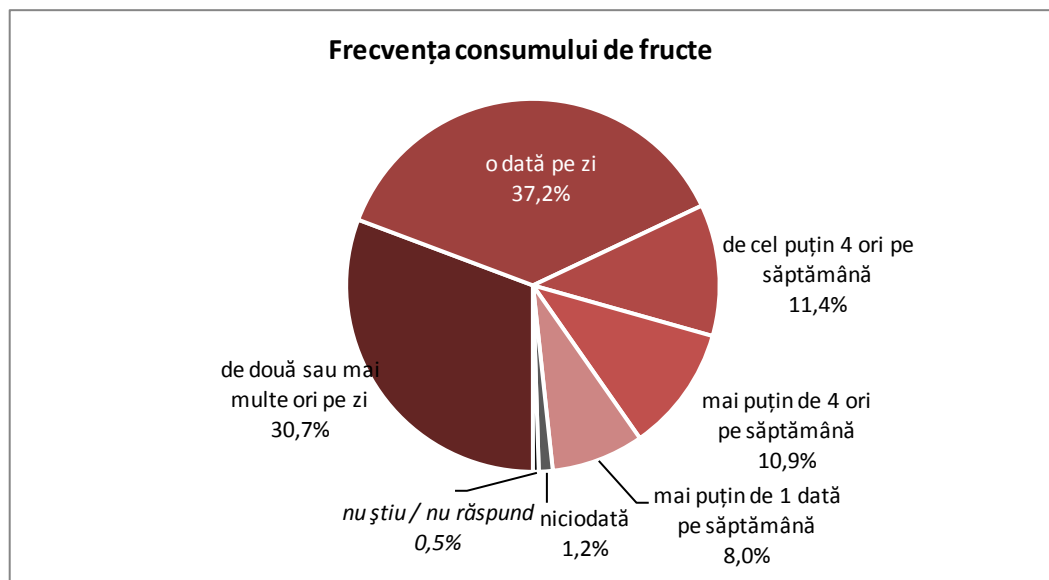
Consumul de fructe

Cea mai mare parte a populației interviuate (90,3% respondenți) consumă fructe el puțin o dată pe săptămână. 30,7% respondenți consumă fructe de două sau mai multe ori pe zi, 37,2% respondenți consumă fructe o dată pe zi, 11,4% respondenți consumă fructe de cel puțin 4 ori pe săptămână și 10,9% respondenți consumă fructe de mai puțin de 4 ori pe săptămână.

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

Tabel 169. Frecvența consumului de fructe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
de doua sau mai multe ori pe zi	126	30,7	30,7	30,7
o dată pe zi	153	37,2	37,2	67,9
de cel puțin 4 ori pe săptămână	47	11,4	11,4	79,3
mai puțin de 4 ori pe săptămână	45	10,9	10,9	90,3
mai puțin de 1 dată pe săptămână	33	8,0	8,0	98,3
niciodată	5	1,2	1,2	99,5
nu știu / nu răspund	2	0,5	0,5	100,0
Total	411	100,0	100,0	



Tabel 170. Frecvența consumului de fructe, pe medii de rezidență

Consum de fructe	Urban	Rural	Total
de doua 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%

Consum de fructe	Urban	Rural	Total
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%

Tabel 171. Frecvența consumului de fructe, pe zone

Consum de fructe	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
de doua sau mai multe ori pe zi	33,0%	24,4%	31,9%	29,2%	30,7%
o dată pe zi	37,1%	38,5%	35,2%	39,6%	37,2%
de cel puțin 4 ori pe săptămână	10,8%	15,4%	11,0%	8,3%	11,4%
mai puțin de 4 ori pe săptămână	9,8%	12,8%	11,0%	12,5%	10,9%
mai puțin de 1 dată pe săptămână	7,7%	6,4%	8,8%	10,4%	8,0%
niciodată	1,0%	2,6%	1,1%		1,2%
nu știu / nu răspund	0,5%		1,1%		0,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

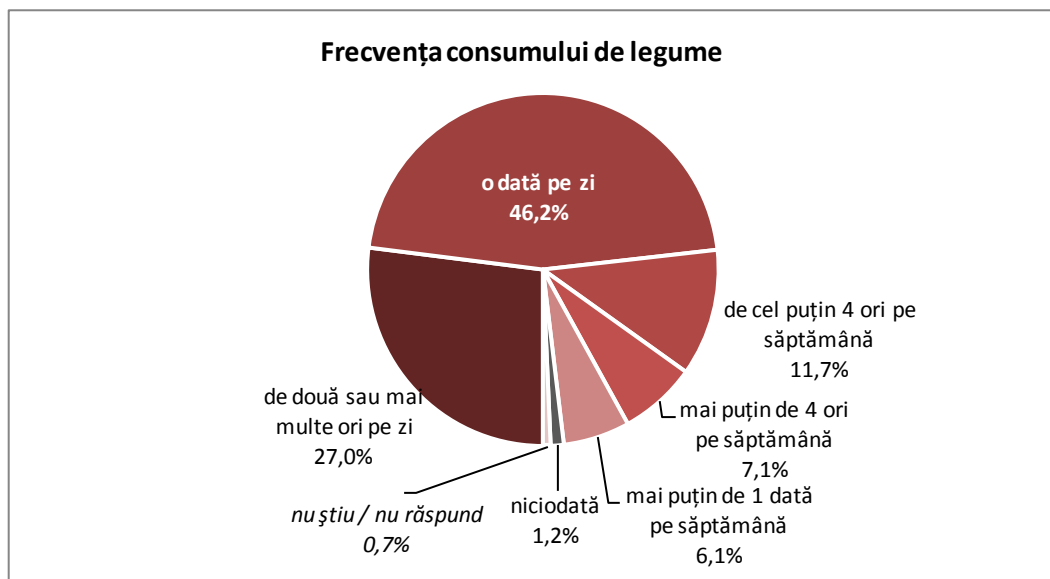
Consumul de legume

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

Tabel 172. Frecvența consumului de legume

	Consum de legume	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	de doua sau mai multe ori pe zi	111	27,0	27,0	27,0
	o dată pe zi	190	46,2	46,2	73,2
	de cel puțin 4 ori pe săptămână	48	11,7	11,7	84,9
	mai puțin de 4 ori pe săptămână	29	7,1	7,1	92,0
	mai puțin de 1 dată pe săptămână	25	6,1	6,1	98,1
	niciodată	5	1,2	1,2	99,3
	nu știu / nu răspund	3	0,7	0,7	100,0
	Total	411	100,0	100,0	



Tabel 173. Frecvența consumului de legume, pe medii de rezidență

Consum de legume	Urban	Rural	Total
de doua 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%

Tabel 174. Frecvența consumului de legume, pe zone

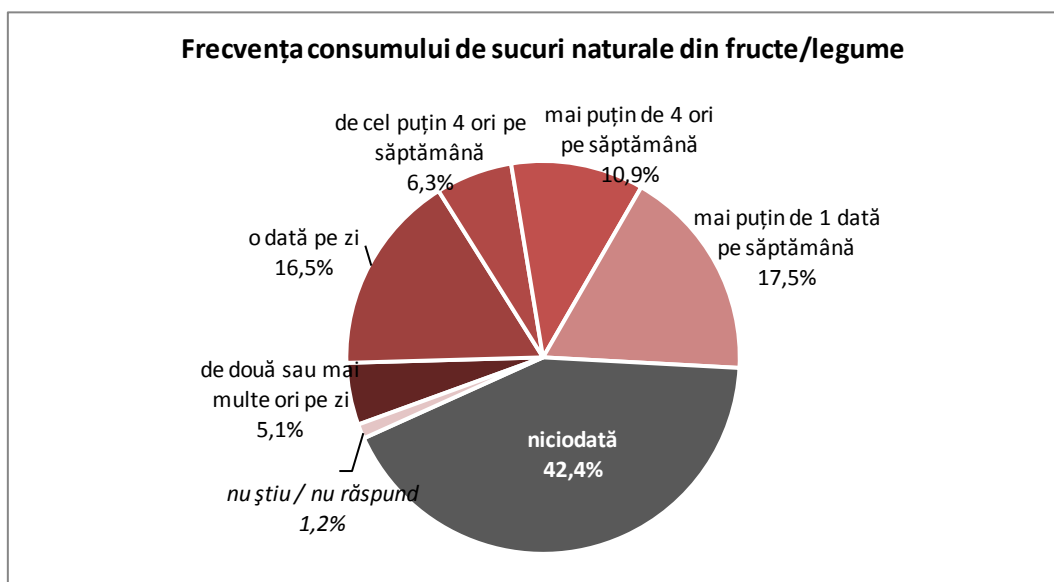
Consum de legume	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
de doua sau mai multe ori pe zi	28,9%	21,8%	27,5%	27,1%	27,0%
o dată pe zi	40,2%	47,4%	50,5%	60,4%	46,2%
de cel puțin 4 ori pe săptămână	11,3%	19,2%	9,9%	4,2%	11,7%
mai puțin de 4 ori pe săptămână	7,7%	5,1%	8,8%	4,2%	7,1%
mai puțin de 1 dată pe săptămână	9,3%	6,4%		4,2%	6,1%
niciodată	1,5%		2,2%		1,2%
nu știu / nu răspund	1,0%		1,1%		0,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

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 naturală, 42,3% respondenți neconsumând niciodată astfel de sucuri.

Tabel 175. Frecvența consumului de sucuri naturale din fructe/legume

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
de doua sau mai multe ori pe zi	21	5,1	5,1	5,1
o dată pe zi	68	16,5	16,5	21,7
de cel puțin 4 ori pe săptămână	26	6,3	6,3	28,0
mai puțin de 4 ori pe săptămână	45	10,9	10,9	38,9
mai puțin de 1 dată pe săptămână	72	17,5	17,5	56,4
niciodată	174	42,3	42,3	98,8
nu știu / nu răspund	5	1,2	1,2	100,0
Total	411	100,0	100,0	



Tabel 176. Frecvența consumului de sucuri naturale din fructe/legume, pe medii de rezidență

Consum de sucuri naturale (fructe sau legume)	Urban	Rural	Total
de doua 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%

Tabel 177. Frecvența consumului de sucuri naturale din fructe/legume, pe zone

Consum de sucuri naturale (fructe sau legume)	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
de doua sau mai multe ori pe zi	3,6%	6,4%	7,7%	4,2%	5,1%
o dată pe zi	19,1%	12,8%	12,1%	20,8%	16,5%
de cel puțin 4 ori pe săptămână	6,2%	9,0%	5,5%	4,2%	6,3%
mai puțin de 4 ori pe săptămână	15,5%	7,7%	7,7%	4,2%	10,9%
mai puțin de 1 dată pe săptămână	19,1%	20,5%	12,1%	16,7%	17,5%
niciodată	34,5%	43,6%	53,8%	50,0%	42,3%
nu știu / nu răspund	2,1%		1,1%		1,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Consumul de snacks-uri

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

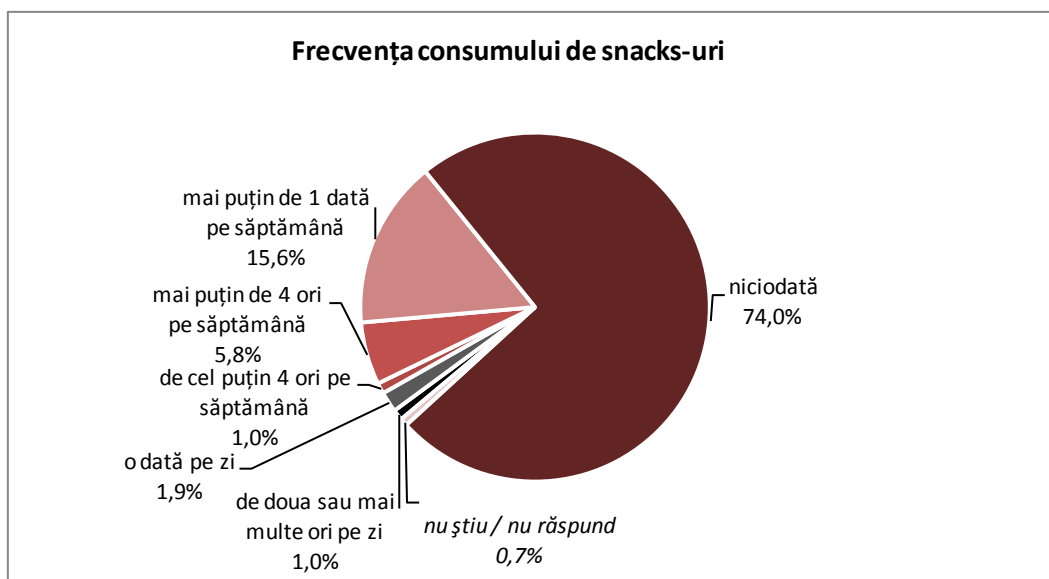
Pentru 2,9% dintre respondenți consumul de snacks-uri are o frecvență ridicată, 1,9% respondenți consumând o dată pe zi și 1,0% respondenți consumând de două sau mai multe ori pe zi astfel de produse.

Tabel 178. Frecvența consumului de snacks-uri

	Consum de snacks-uri	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	de doua sau mai multe ori pe zi	4	1,0	1,0	1,0
	o dată pe zi	8	1,9	1,9	2,9
	de cel puțin 4 ori pe săptămână	4	1,0	1,0	3,9
	mai puțin de 4 ori pe săptămână	24	5,8	5,8	9,7
	mai puțin de 1 dată pe săptămână	64	15,6	15,6	25,3
	niciodată	304	74,0	74,0	99,3
	nu știu / nu răspund	3	0,7	0,7	100,0
Total		411	100,0	100,0	

Tabel 179. Frecvența consumului de snacks-uri, pe medii de rezidență

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%



Tabel 180. Frecvența consumului de snacks-uri, pe zone

Consum de snacks-uri	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
de doua sau mai multe ori pe zi	1,0%	2,6%			1,0%
o dată pe zi	2,1%	1,3%	1,1%	4,2%	1,9%
de cel puțin 4 ori pe săptămână	2,1%				1,0%
mai puțin de 4 ori pe săptămână	8,8%	5,1%	1,1%	4,2%	5,8%
mai puțin de 1 dată pe săptămână	18,0%	14,1%	14,3%	10,4%	15,6%
niciodată	66,5%	76,9%	83,5%	81,2%	74,0%
nu știu / nu răspund	1,5%				0,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Consumul de băuturi carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr

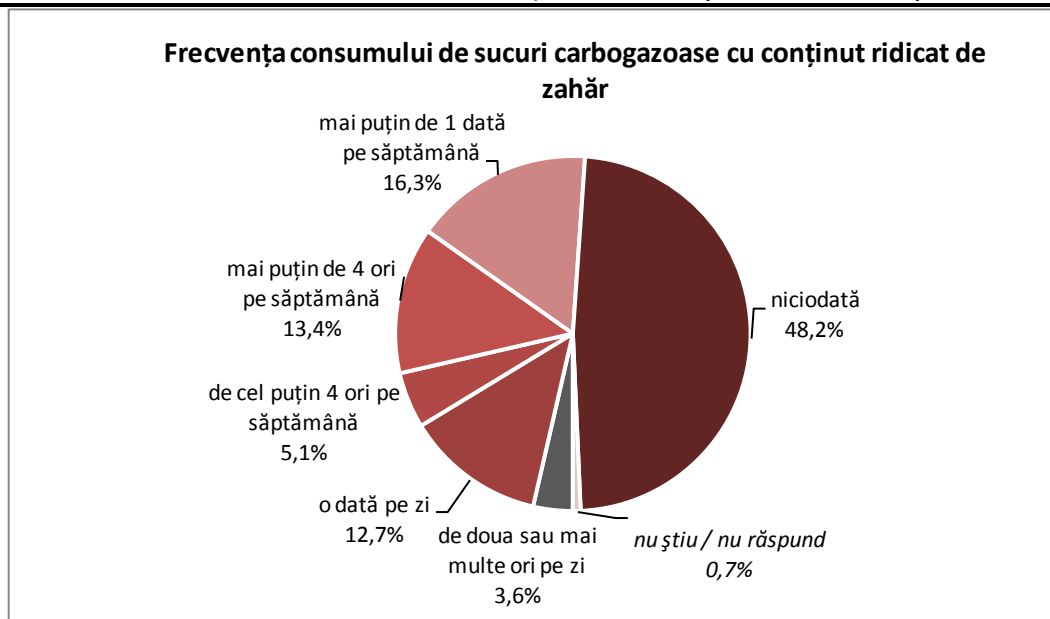
48,2% dintre respondenți nu consumă sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr niciodată, iar 16,3% respondenți consumă astfel de produse de mai puțin de 1 dată pe săptămână, spre deosebire de cei 34,8% respondenți care consumă cel puțin o dată pe săptămână sucuri carbogazoase cu conținut ridicat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

19,9% 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.

Tabel 181. Frecvența consumului de sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid de doua sau mai multe ori pe zi	15	3,6	3,6	3,6
o dată pe zi	52	12,7	12,7	16,3
de cel puțin 4 ori pe săptămână	21	5,1	5,1	21,4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
mai puțin de 4 ori pe săptămână	55	13,4	13,4	34,8
mai puțin de 1 dată pe săptămână	67	16,3	16,3	51,1
niciodată	198	48,2	48,2	99,3
nu știu / nu răspund	3	0,7	0,7	100,0
Total	411	100,0	100,0	



Tabel 182. Frecvența consumului de sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr, pe medii de rezidență

Consum de sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr	Urban	Rural	Total
de doua 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%

Tabel 183. Frecvența consumului de sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr, pe zone

Consum de sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
de doua sau mai multe ori pe zi	4,1%	3,8%	1,1%	6,2%	3,6%
o dată pe zi	14,9%	11,5%	8,8%	12,5%	12,7%

Consum de sucuri carbogazoase cu conținut ridicat de zahăr	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
de cel puțin 4 ori pe săptămână	7,2%	2,6%	4,4%	2,1%	5,1%
mai puțin de 4 ori pe săptămână	18,6%	9,0%	9,9%	6,2%	13,4%
mai puțin de 1 dată pe săptămână	17,0%	19,2%	12,1%	16,7%	16,3%
niciodată	36,6%	53,8%	63,7%	56,2%	48,2%
nu știu / nu răspund	1,5%				0,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

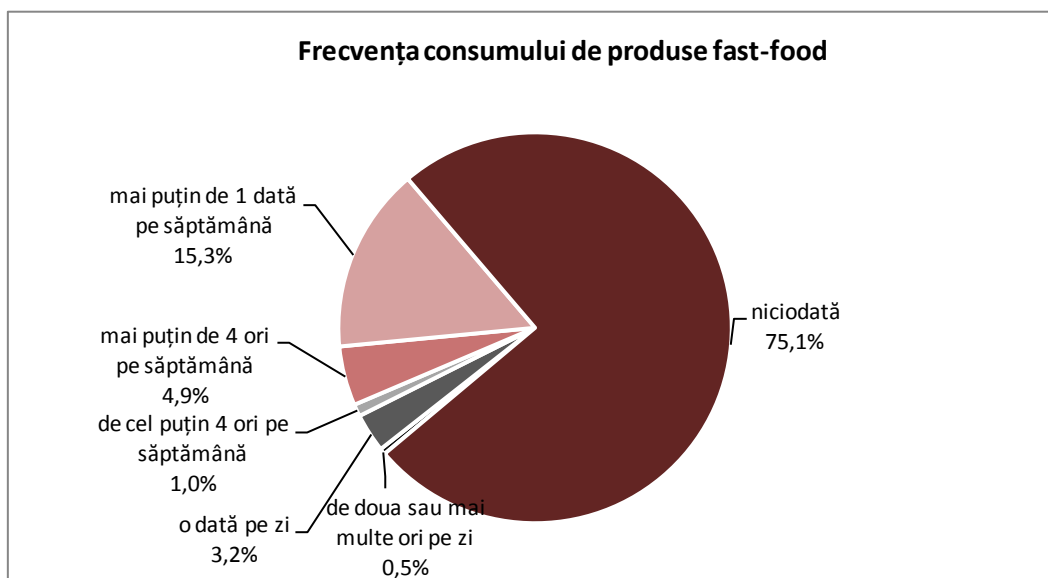
Consumul de produse fast-food

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.

Însă, pentru 3,7% respondenți frecvența de consum a produselor fast-food este ridicată, 3,25 respondenți consumând aceste produse o dată pe zi și 0,5% respondenți consumându-le de două sau mai multe ori pe zi.

Tabel 184. Frecvența consumului de produse fast-food

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	de doua sau mai multe ori pe zi	2	0,5	0,5	0,5
	o dată pe zi	13	3,2	3,2	3,6
	de cel puțin 4 ori pe săptămână	4	1,0	1,0	4,6
	mai puțin de 4 ori pe săptămână	20	4,9	4,9	9,5
	mai puțin de 1 dată pe săptămână	63	15,3	15,3	24,8
	niciodată	309	75,2	75,2	100,0
	Total	411	100,0	100,0	



Tabel 185. Frecvența consumului de produse fast-food, pe medii de rezidență

	Urban	Rural	Total
de doua 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%

Tabel 186. Frecvența consumului de produse fast-food, pe zone

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
de doua sau mai multe ori pe zi		2,6%			0,5%
o dată pe zi	4,6%	2,6%		4,2%	3,2%
de cel puțin 4 ori pe săptămână	1,5%			2,1%	1,0%
mai puțin de 4 ori pe săptămână	6,7%	3,8%	2,2%	4,2%	4,9%
mai puțin de 1 dată pe săptămână	19,6%	10,3%	9,9%	16,7%	15,3%
niciodată	67,5%	80,8%	87,9%	72,9%	75,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

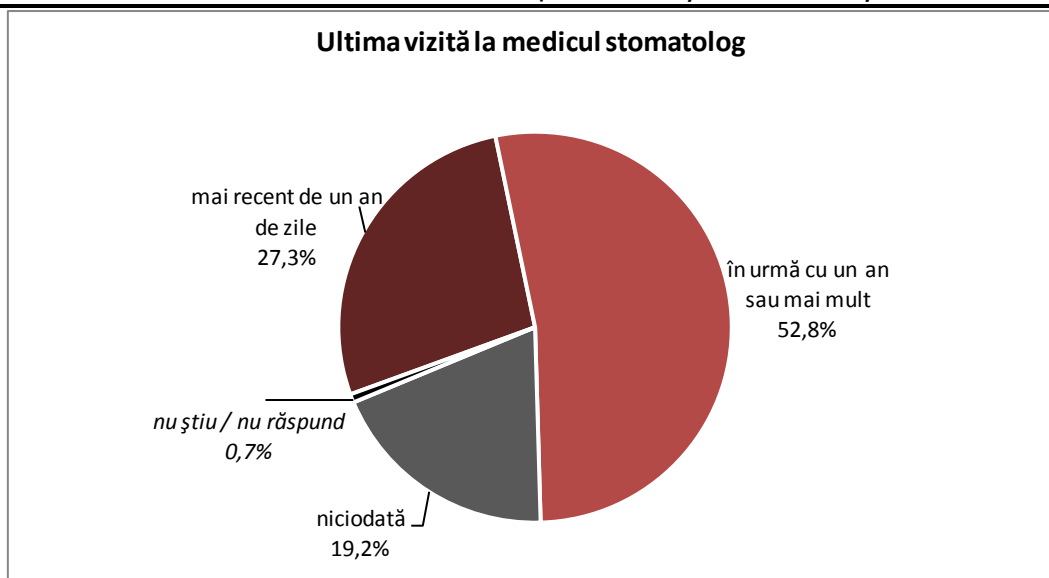
9. SĂNĂTATE ORALĂ

Ultima vizită la medicul stomatolog

Majoritatea respondenților (52,8% persoane) au făcut o ultimă vizită la medicul stomatolog în urmă cu un an sau cu mai mult, iar 27,3% respondenți au fost la stomatolog mai recent de un an. Se remarcă totuși procentul ridicat, de 19,2%, al persoanelor care nu au fost niciodată la medicul stomatolog.

Tabel 187. Ultima vizită la medicul stomatolog

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mai recent de un an de zile	112	27,3	27,3	27,3
	în urmă cu un an sau mai mult	217	52,8	52,8	80,0
	niciodată	79	19,2	19,2	99,3
	nu știu / nu răspund	3	0,7	0,7	100,0
Total		411	100,0	100,0	



În cazul persoanelor care nu au fost niciodată la stomatolog, se observă procentul mai ridicat pentru respondenții din mediul rural (29,1% persoane), comparativ cu mediul urban (10,8% persoane).

Tabel 188. Ultima vizită la medicul stomatolog, pe medii de rezidență

	Urban	Rural	Total
mai recent de un an de zile	30,2%	23,8%	27,3%
în urmă cu un an sau mai mult	58,6%	46,0%	52,8%
niciodată	10,8%	29,1%	19,2%
nu știu / nu răspund	0,5%	1,1%	0,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 189. Ultima vizită la medicul stomatolog, pe zone

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
mai recent de un an de zile	30,9%	23,1%	20,9%	31,2%	27,3%
în urmă cu un an sau mai mult	51,0%	60,3%	52,7%	47,9%	52,8%
niodată	16,5%	16,7%	26,4%	20,8%	19,2%
nu știu / nu răspund	1,5%				0,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

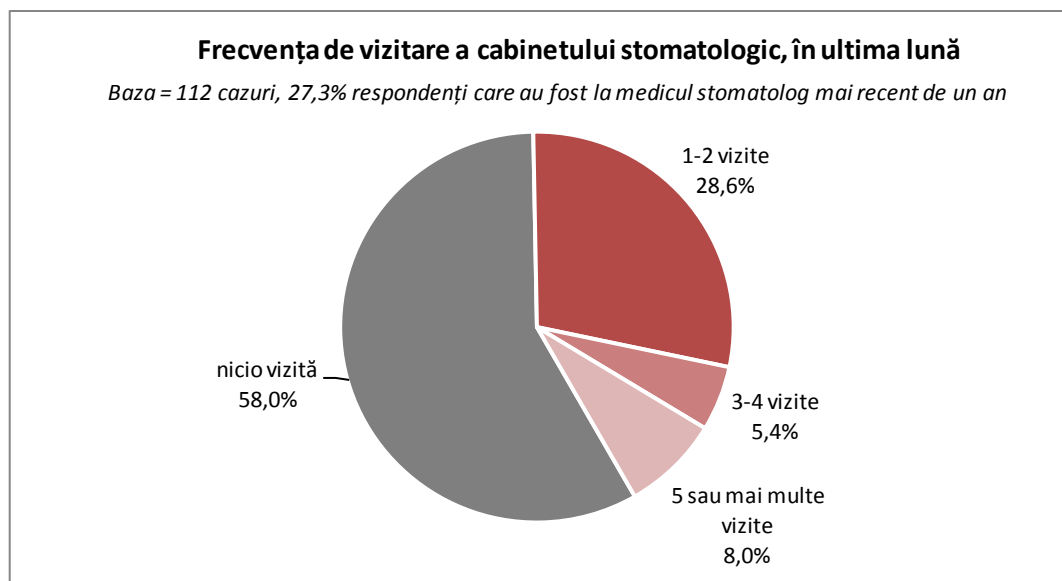
Frecvența de vizitare a cabinetului stomatologic, în ultima lună

Baza = 112 cazuri, 27,3% respondenți care au fost la medicul stomatolog mai recent de un an

Dintre persoanele care au declarat că au făcut ultima vizită la medicul stomatolog mai recent de un an, 58,0% respondenți nu au realizat nicio vizită în ultima lună, 28,6% respondenți au făcut 1-2 vizite, 5,4% respondenți au efectuat 3,4 vizite și 8,0% au făcut 5 vizite sau mai multe.

Tabel 190. Frecvența de vizitare a cabinetului stomatologic, în ultima lună

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nicio vizită	65	58,0	58,0	58,0
1-2 vizite	32	28,6	28,6	86,6
3-4 vizite	6	5,4	5,4	92,0
5 sau mai multe vizite	9	8,0	8,0	100,0
Total	112	100,0	100,0	



Tabel 191. Frecvența de vizitare a cabinetului stomatologic, în ultima lună, pe medii de rezidență

	Urban	Rural	Total
nicio vizită	47,8	73,3	58,0
1-2 vizite	37,3	15,6	28,6
3-4 vizite	4,5	6,7	5,4
5 sau mai multe vizite	10,4	4,4	8,0
Total	100,0	100,0	100,0

Tabel 192. Frecvența de vizitare a cabinetului stomatologic, în ultima lună, pe zone

	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
nicio vizită	50,0	66,7	68,4	66,7	58,0
1-2 vizite	33,3	22,2	31,6	13,3	28,6
3-4 vizite	6,7			13,3	5,4
5 sau mai multe vizite	10,0	11,1		6,7	8,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

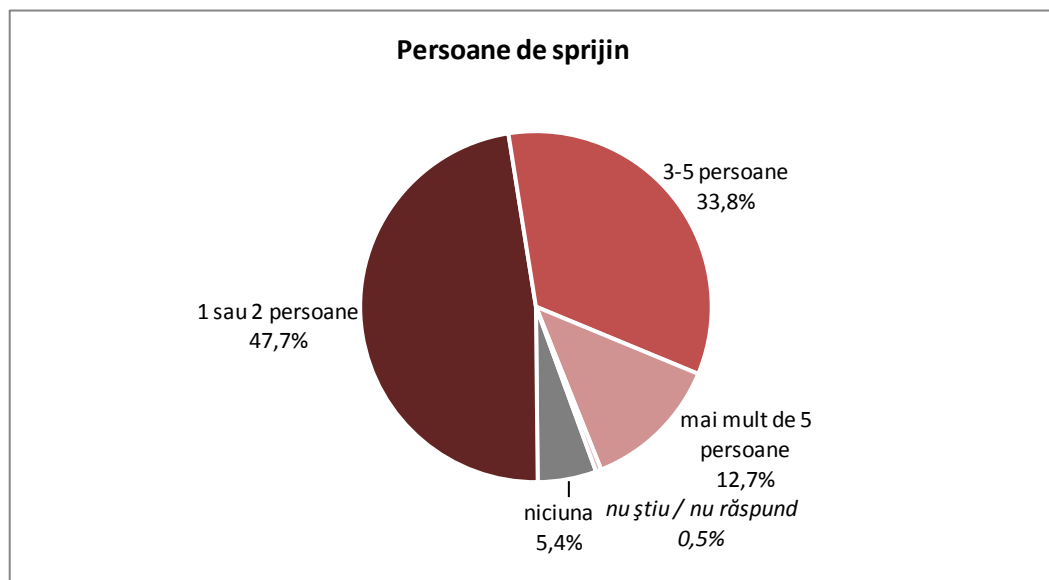
10. SOCIALIZARE ȘI SPRIJIN

Persoane de sprijin

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.

Tabel 193. Persoane de sprijin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	niciuna	22	5,4	5,4	5,4
	1 sau 2 persoane	196	47,7	47,7	53,0
	3-5 persoane	139	33,8	33,8	86,9
	mai mult de 5 persoane	52	12,7	12,7	99,5
	nu știu / nu răspund	2	0,5	0,5	100,0
Total		411	100,0	100,0	



Tabel 194. Persoane de sprijin, pe medii de rezidență

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%

Tabel 195. Persoane de sprijin, pe zone

Persoane de sprijin	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
niciuna	4,1%	5,1%	8,8%	4,2%	5,4%
1 sau 2	48,5%	51,3%	44,0%	45,8%	47,7%
3-5 persoane	34,5%	34,6%	33,0%	31,2%	33,8%
mai mult de 5 persoane	12,4%	7,7%	14,3%	18,8%	12,7%
nu știu / nu răspund	0,5%	1,3%			0,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

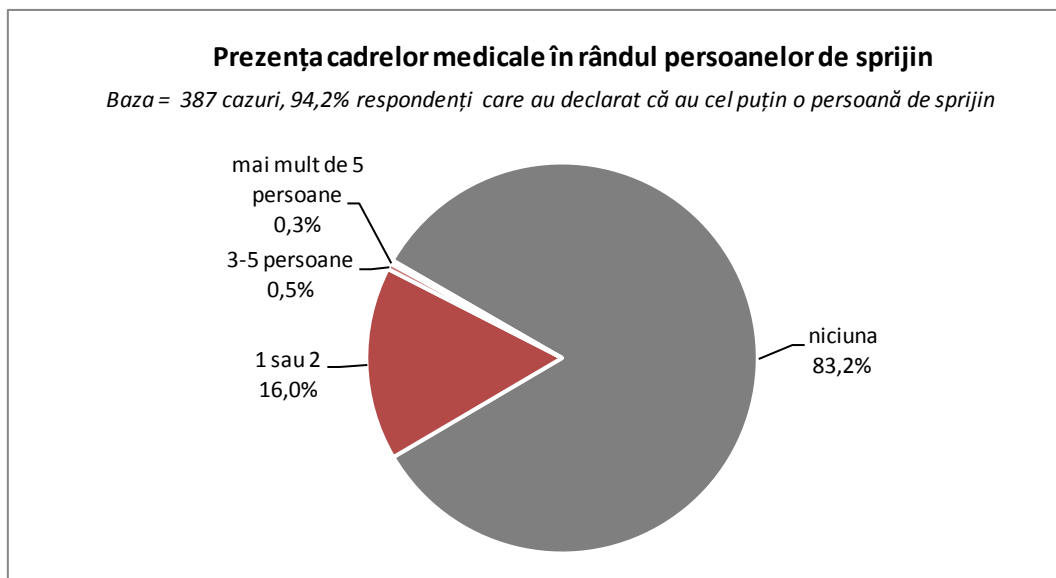
Persoane de sprijin cadre medicale

Baza = 387 cazuri, 94,2% respondenți care au declarat că au cel puțin o persoană de sprijin

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

Tabel 196. Prezența cadrelor medicale în rândul persoanelor de sprijin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	niciuna	322	83,2	83,2	83,2
	1 sau 2	62	16,0	16,0	99,2
	3-5 persoane	2	0,5	0,5	99,7
	mai mult de 5 persoane	1	0,3	0,3	100,0
Total		387	100,0	100,0	



Tabel 197. Prezența cadrelor medicale în rândul persoanelor de sprijin

Persoane 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%

Persoane de sprijin - cadre medicale	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
niciuna	78,4%	91,8%	88,0%	80,4%	83,2%
1 sau 2	21,6%	8,2%	9,6%	17,4%	16,0%
3-5 persoane			1,2%	2,2%	0,5%
mai mult de 5 persoane			1,2%		0,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

11. SISTEMUL DE SĂNĂTATE

Gradul de încredere în cadrele medicale

Cei mai mulți respondenți (64,3%) au o încredere ridicată în medicul de familie, în timp ce 23,65 respondenți au o încredere medie și 6,8% respondenți au o încredere scăzută.

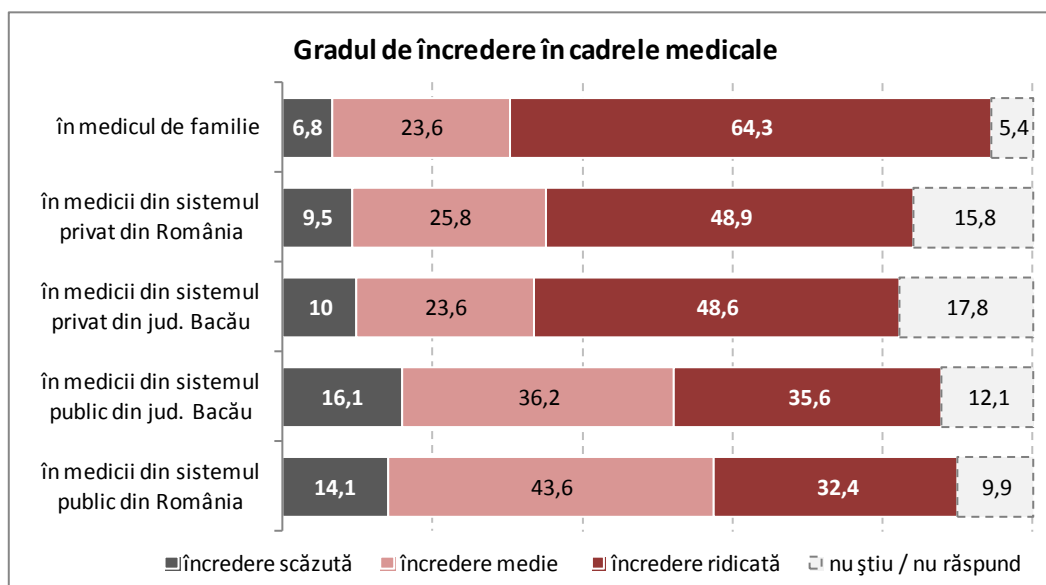
48,9% respondenți au o încredere ridicată în medicii din sistemul privat din România, față de 32,4% respondenți care au o încredere ridicată în medicii din sistemul public din România.

Privind sistemul din județul Bacău, 48,6% respondenți au o încredere ridicată în medicii din sistemul privat față de 35,6% respondenți 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% respondenți) și din județul Bacău (16,1% respondenți).

Tabel 198. Gradul de încredere în cadrele medicale (%)

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	23,6	48,6	17,8	100,0



Tabel 199. Gradul de încredere în cadrele medicale, pe medii de rezidență

Gradul de încredere		încredere scăzută	încredere medie	încredere ridicată	nu știu / nu răspund	Total
Urban	în medicul de familie	6,8%	26,2%	61,7%	5,4%	100,0%
	în medicii din sistemul public din România	12,7%	49,2%	29,8%	8,6%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din România	7,3%	33,4%	43,7%	15,8%	100,0%
	în medicii din sistemul public din jud. Bacău	14,9%	41,5%	32,1%	11,7%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din jud. Bacău	7,3%	33,0%	42,0%	18,0%	100,0%
Rural	în medicul de familie	6,8%	20,6%	67,3%	5,3%	100,0%
	în medicii din sistemul public din România	15,8%	37,1%	35,4%	11,6%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din România	12,2%	16,9%	55,0%	15,9%	100,0%
	în medicii din sistemul public din jud. Bacău	17,5%	30,1%	39,6%	12,7%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din jud. Bacău	13,3%	12,7%	56,7%	17,5%	100,0%
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%	10,0%	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%	12,2%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din jud. Bacău	10,0%	23,6%	48,6%	17,8%	100,0%

Tabel 200. Gradul de încredere în cadrele medicale, pe zone

Gradul de încredere		încredere scăzută	încredere medie	încredere ridicată	nu știu / nu răspund	Total
Nord-Est	în medicul de familie	8,7%	24,7%	63,9%	2,6%	100,0%
	în medicii din sistemul public din România	15,9%	46,4%	32,9%	4,6%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din România	10,9%	31,4%	46,4%	11,3%	100,0%
	în medicii din sistemul public din jud. Bacău	17,5%	40,2%	36,1%	6,2%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din jud. Bacău	11,3%	29,9%	45,9%	12,9%	100,0%
Nord-Vest	în medicul de familie	2,6%	19,2%	70,5%	7,7%	100,0%
	în medicii din sistemul public din România	8,9%	37,2%	32,0%	21,8%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din România	5,1%	19,2%	44,8%	30,8%	100,0%
	în medicii din sistemul public din jud. Bacău	10,3%	29,5%	37,2%	23,1%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din jud. Bacău	3,8%	17,9%	47,4%	30,8%	100,0%

Gradul de încredere		încredere scăzută	încredere medie	încredere ridicată	nu știu / nu răspund	Total
Sud-Vest	în medicul de familie	6,6%	25,3%	59,4%	8,8%	100,0%
	în medicii din sistemul public din România	12,1%	42,9%	31,9%	13,2%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din România	11,0%	25,3%	48,4%	15,4%	100,0%
	în medicii din sistemul public din jud. Bacău	14,3%	35,2%	34,1%	16,5%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din jud. Bacău	11,0%	22,0%	47,3%	19,8%	100,0%
Sud-Est	în medicul de familie	6,2%	22,9%	64,6%	6,2%	100,0%
	în medicii din sistemul public din România	18,8%	43,8%	31,3%	6,2%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din România	8,3%	14,6%	66,7%	10,4%	100,0%
	în medicii din sistemul public din jud. Bacău	22,9%	33,3%	33,4%	10,4%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din jud. Bacău	12,5%	10,5%	64,5%	12,5%	100,0%
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%	10,0%	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%	12,2%	100,0%
	în medicii din sistemul privat din jud. Bacău	10,0%	23,6%	48,6%	17,8%	100,0%

Aprecierea sistemului PUBLIC de sănătate din județul Bacău

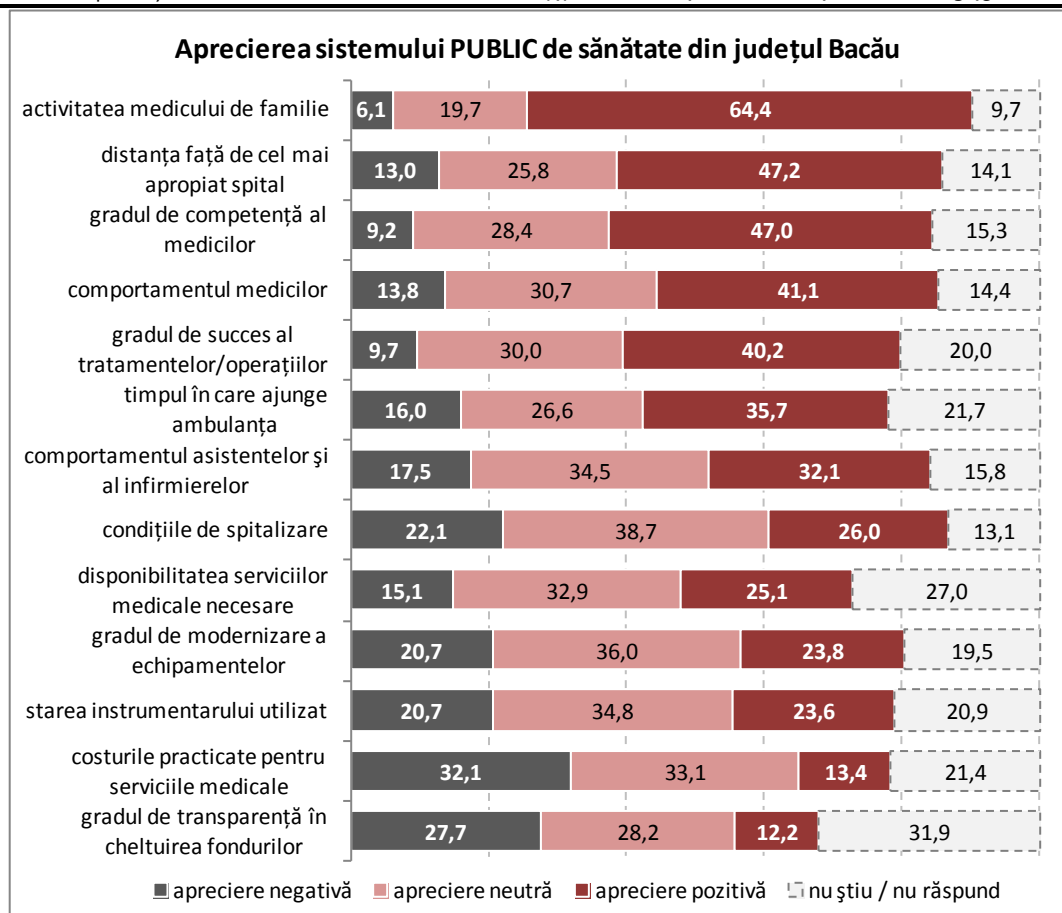
Unul din aspectele cele mai apreciate din sistemul public de sănătate din județul Bacău este reprezentat de *activitatea medicului de familie*, pentru care 64,4% respondenți declară că au o apreciere pozitivă. Acesta este urmat de *distanța față de cel mai apropiat spital* (47,2% respondenți care au o apreciere pozitivă), *gradul de competență al medicilor* (47,2% respondenți), *comportamentul medicilor* (41,1% respondenți) și *gradul de succes al operațiilor/tratamentelor* (40,2% respondenți).

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

Tabel 201. 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

Aspecte ale sistemului de sănătate	apreciere negativă	apreciere neutră	apreciere pozitivă	nu știu / nu răspund	Total
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



Tabel 202. Aprecierea sistemului PUBLIC de sănătate din județul Bacău, pe medii de rezidență

	apreciere negativă	apreciere neutră	apreciere pozitivă	nu știu / nu răspund	Total	
Urban	activitatea medicului de familie	6,4%	23,1%	60,8%	9,9%	100,0%
	condițiile de spitalizare	25,7%	42,4%	21,3%	10,8%	100,0%
	starea instrumentarului utilizat	24,4%	34,8%	20,8%	20,3%	100,0%
	gradul de modernizare a echipamentelor	23,9%	38,9%	20,7%	16,7%	100,0%
	comportamentul medicilor	16,3%	37,9%	34,3%	11,7%	100,0%
	gradul de competență al medicilor	9,9%	34,7%	41,0%	14,4%	100,0%
	comportamentul asistentelor și al infirmierelor	21,2%	36,6%	27,5%	14,9%	100,0%
	gradul de succes al tratamentelor/operațiilor	12,2%	32,0%	37,9%	18,0%	100,0%
	costurile practicate pentru serviciile medicale	32,4%	31,6%	15,3%	20,7%	100,0%
	timpul în care ajunge ambulanța	18,5%	23,0%	33,8%	24,8%	100,0%
	distanța față de cel mai apropiat spital	16,7%	21,2%	50,5%	11,7%	100,0%
	disponibilitatea serviciilor medicale necesare	19,0%	32,0%	24,0%	25,2%	100,0%
	gradul de transparență în cheltuirea fondurilor	33,3%	25,3%	10,4%	31,1%	100,0%
	Rural	activitatea medicului de familie	5,8%	15,9%	68,8%	9,5%
condițiile de spitalizare		18,0%	34,4%	31,7%	15,9%	100,0%
starea instrumentarului utilizat		16,4%	34,9%	26,9%	21,7%	100,0%
gradul de modernizare a echipamentelor		16,8%	32,8%	27,5%	22,8%	100,0%
comportamentul medicilor		11,2%	22,3%	49,1%	17,5%	100,0%
gradul de competență al medicilor		8,4%	21,2%	53,9%	16,4%	100,0%
comportamentul asistentelor și al infirmierelor		13,3%	32,3%	37,6%	16,9%	100,0%
gradul de succes al tratamentelor/operațiilor		6,9%	28,0%	42,8%	22,2%	100,0%
costurile practicate pentru serviciile medicale		31,7%	35,0%	11,0%	22,2%	100,0%
timpul în care ajunge ambulanța		13,2%	30,7%	38,1%	18,0%	100,0%
distanța față de cel mai apropiat spital		8,5%	31,2%	43,3%	16,9%	100,0%
disponibilitatea serviciilor medicale necesare		10,6%	33,9%	26,4%	29,1%	100,0%
gradul de transparență în cheltuirea fondurilor		21,2%	31,7%	14,3%	32,8%	100,0%
Total		activitatea medicului de familie	6,1%	19,7%	64,4%	9,7%
	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%

	apreciere negativă	apreciere neutră	apreciere pozitivă	nu știu / nu răspund	Total
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%

Tabel 203. *Aprecierea sistemului PUBLIC de sănătate din județul Bacău, pe zone*

	apreciere negativă	apreciere neutră	apreciere pozitivă	nu știu / nu răspund	Total
activitatea medicului de familie	6,1%	22,1%	65,5%	6,2%	100,0%
condițiile de spitalizare	26,9%	49,1%	15,4%	8,8%	100,0%
starea instrumentarului utilizat	25,3%	42,3%	18,6%	13,9%	100,0%
gradul de modernizare a echipamentelor	26,3%	42,3%	18,5%	12,9%	100,0%
comportamentul medicilor	17,0%	37,2%	34,0%	11,9%	100,0%
gradul de competență al medicilor	10,3%	35,5%	40,7%	13,4%	100,0%
comportamentul asistentelor și al infirmierelor	24,2%	36,2%	27,3%	12,4%	100,0%
Nord-Est gradul de succes al tratamentelor/operațiilor	11,8%	32,9%	39,2%	16,0%	100,0%
costurile practicate pentru serviciile medicale	31,9%	35,0%	14,5%	18,6%	100,0%
timpul în care ajunge ambulanța	21,7%	28,8%	29,3%	20,1%	100,0%
distanța față de cel mai apropiat spital	14,9%	30,0%	44,3%	10,8%	100,0%
disponibilitatea serviciilor medicale necesare	18,5%	38,1%	25,8%	17,5%	100,0%
gradul de transparență în cheltuirea fondurilor	38,1%	30,8%	9,8%	21,1%	100,0%
activitatea medicului de familie	2,6%	14,1%	68,0%	15,4%	100,0%
condițiile de spitalizare	10,3%	23,0%	44,9%	21,8%	100,0%
starea instrumentarului utilizat	9,0%	25,6%	43,6%	21,8%	100,0%
gradul de modernizare a echipamentelor	7,7%	33,3%	37,2%	21,8%	100,0%
comportamentul medicilor	6,4%	24,4%	50,0%	19,2%	100,0%
gradul de competență al medicilor	6,5%	20,5%	52,6%	20,5%	100,0%
comportamentul asistentelor și al infirmierelor	6,4%	38,5%	34,6%	20,5%	100,0%
Nord-Vest gradul de succes al tratamentelor/operațiilor	5,1%	24,3%	46,1%	24,4%	100,0%
costurile practicate pentru serviciile medicale	24,4%	35,9%	12,8%	26,9%	100,0%
timpul în care ajunge ambulanța	6,5%	23,2%	43,5%	26,9%	100,0%

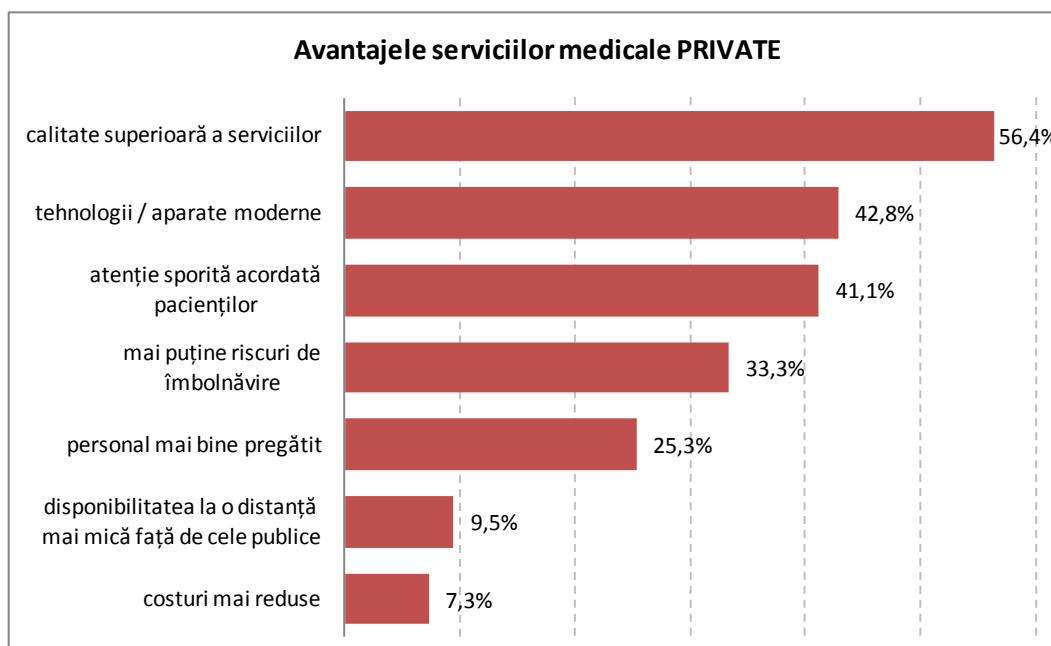
	apreciere negativă	apreciere neutră	apreciere pozitivă	nu știu / nu răspund	Total	
	distanța față de cel mai apropiat spital	7,7%	25,6%	51,3%	15,4%	100,0%
	disponibilitatea serviciilor medicale necesare	5,2%	30,7%	29,5%	34,6%	100,0%
	gradul de transparență în cheltuirea fondurilor	6,4%	29,5%	19,2%	44,9%	100,0%
Sud-Vest	activitatea medicului de familie	6,6%	18,7%	61,6%	13,2%	100,0%
	condițiile de spitalizare	18,7%	31,9%	33,0%	16,5%	100,0%
	starea instrumentarului utilizat	16,5%	28,6%	19,8%	35,2%	100,0%
	gradul de modernizare a echipamentelor	18,7%	26,4%	25,3%	29,7%	100,0%
	comportamentul medicilor	11,0%	23,1%	48,4%	17,6%	100,0%
	gradul de competență al medicilor	7,7%	19,8%	56,1%	16,5%	100,0%
	comportamentul asistentelor și al infirmierelor	11,0%	31,9%	37,4%	19,8%	100,0%
	gradul de succes al tratamentelor/operațiilor	8,8%	27,5%	40,7%	23,1%	100,0%
	costurile practicate pentru serviciile medicale	33,0%	31,9%	15,4%	19,8%	100,0%
	timpul în care ajunge ambulanța	9,9%	20,9%	48,4%	20,9%	100,0%
	distanța față de cel mai apropiat spital	12,1%	20,9%	48,4%	18,7%	100,0%
	disponibilitatea serviciilor medicale necesare	14,3%	23,1%	24,2%	38,5%	100,0%
	gradul de transparență în cheltuirea fondurilor	22,0%	22,0%	13,2%	42,9%	100,0%
	Sud-Est	activitatea medicului de familie	10,4%	20,9%	60,4%	8,3%
condițiile de spitalizare		29,1%	35,3%	25,0%	10,4%	100,0%
starea instrumentarului utilizat		29,2%	31,1%	18,7%	20,8%	100,0%
gradul de modernizare a echipamentelor		23,0%	33,3%	20,9%	22,9%	100,0%
comportamentul medicilor		18,8%	29,2%	41,7%	10,4%	100,0%
gradul de competență al medicilor		12,5%	29,2%	45,8%	12,5%	100,0%
comportamentul asistentelor și al infirmierelor		20,9%	27,1%	37,6%	14,6%	100,0%
gradul de succes al tratamentelor/operațiilor		10,4%	33,2%	33,3%	22,9%	100,0%
costurile practicate pentru serviciile medicale		43,7%	22,9%	6,3%	27,1%	100,0%
timpul în care ajunge ambulanța		20,8%	33,3%	24,9%	20,8%	100,0%
distanța față de cel mai apropiat spital		14,6%	18,8%	50,0%	16,7%	100,0%
disponibilitatea serviciilor medicale necesare		18,8%	33,2%	16,6%	31,2%	100,0%
gradul de transparență în cheltuirea fondurilor		31,2%	27,0%	8,4%	33,3%	100,0%

Avantajele serviciilor medicale PRIVATE

Principalele avantaje ale serviciilor medicale private sunt reprezentate de *calitatea superioară a serviciilor* (56,4% respondenți), *tehnologiile/aparatele moderne utilizate* (42,8% respondenți), *atenția sporită acordată pacienților* (41,1% respondenți) și *faptul că există mai puține riscuri de îmbolnăvire* (33,3% respondenți).

Tabel 204. Avantajele serviciilor medicale PRIVATE

Avantajele sistemului privat	N	Percent	Percent of Respondents	Percent of Cases
calitate superioară a serviciilor	232	26,2%	56,4%	80,8%
tehnologii / aparate moderne	176	19,8%	42,8%	61,3%
atenție sporită acordată pacienților	169	19,1%	41,1%	58,9%
mai puține riscuri de îmbolnăvire	137	15,4%	33,3%	47,7%
personal mai bine pregătit	104	11,7%	25,3%	36,2%
disponibilitatea la o distanță mai mică față de cele publice	39	4,4%	9,5%	13,6%
costuri mai reduse	30	3,4%	7,3%	10,5%
Total	887	100,0%	215,8%	309,1%



Tabel 205. Avantajele serviciilor medicale PRIVATE, pe medii de rezidență

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%

Avantajele sistemului privat	Urban	Rural	Total
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%

Tabel 206. Avantajele serviciilor medicale PRIVATE, pe zone

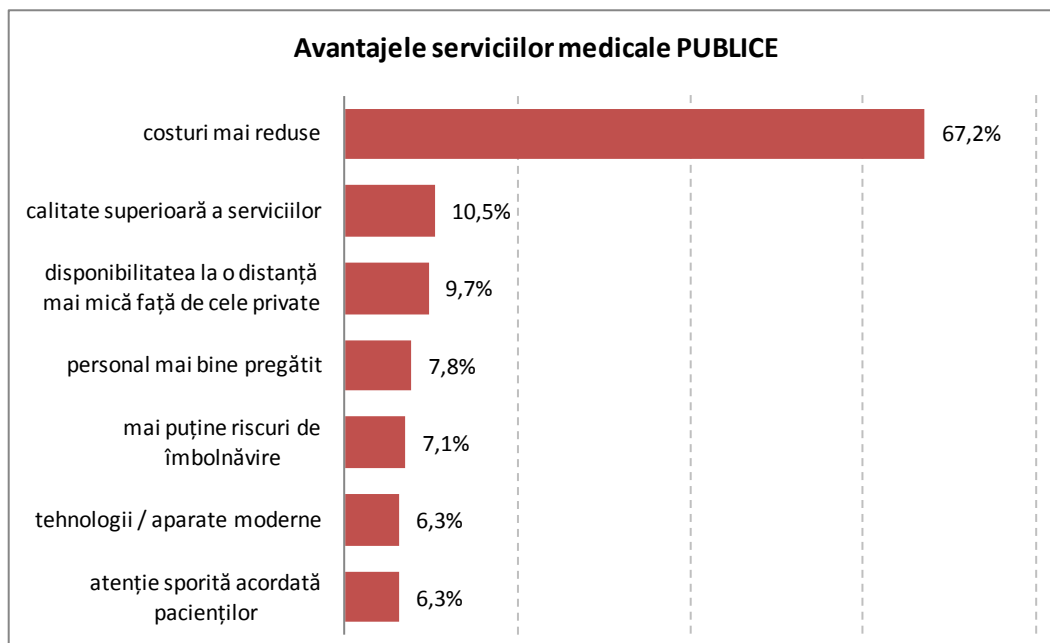
Avantajele sistemului privat	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
calitate superioară a serviciilor	64,9%	34,6%	56,0%	58,3%	56,4%
tehnologii / aparate moderne	49,5%	29,5%	38,5%	45,8%	42,8%
atenție sporită acordată pacienților	44,8%	34,6%	35,2%	47,9%	41,1%
mai puține riscuri de îmbolnăvire	42,3%	19,2%	23,1%	39,6%	33,3%
personal mai bine pregătit	29,9%	14,1%	20,9%	33,3%	25,3%
disponibilitatea la o distanță mai mică față de cele publice	14,9%	1,3%	2,2%	14,6%	9,5%
costuri mai reduse	11,3%	2,6%	1,1%	10,4%	7,3%

Avantajele serviciilor medicale PUBLICE

Avantajul serviciilor medicale publice, în detrimentul celor private, este reprezentat în principal de *costurile mai reduse*, care a fost menționat de 67,2% respondenți.

Tabel 207. Avantajele serviciilor medicale PUBLICE

Avantajele sistemului public	N	Percent	Percent of Respondents	Percent of Cases
costuri mai reduse	276	58,5%	67,2%	93,6%
calitate superioară a serviciilor	43	9,1%	10,5%	14,6%
disponibilitatea la o distanță mai mică față de cele private	40	8,5%	9,7%	13,6%
personal mai bine pregătit	32	6,8%	7,8%	10,8%
mai puține riscuri de îmbolnăvire	29	6,1%	7,1%	9,8%
tehnologii / aparate moderne	26	5,5%	6,3%	8,8%
atenție sporită acordată pacienților	26	5,5%	6,3%	8,8%
Total	472	100,0%	114,8%	160,0%



Tabel 208. Avantajele serviciilor medicale PUBLICE, pe medii de rezidență

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%

Tabel 209. Avantajele serviciilor medicale PUBLICE, pe zone

Avantajele sistemului public	Nord-Est	Nord-Vest	Sud-Vest	Sud-Est	Total
costuri mai reduse	78,4%	60,3%	56,0%	54,2%	67,2%
calitate superioară a serviciilor	16,5%	5,1%	2,2%	10,4%	10,5%
disponibilitatea la o distanță mai mică față de cele private	12,4%	7,7%	5,5%	10,4%	9,7%
personal mai bine pregătit	12,9%	2,6%	2,2%	6,3%	7,8%
mai puține riscuri de îmbolnăvire	12,9%	0,0%	2,2%	4,2%	7,1%
tehnologii / aparate moderne	10,8%	2,6%	1,1%	4,2%	6,3%
atenție sporită acordată pacienților	10,3%	0,0%	4,4%	4,2%	6,3%

Opțiunile privind serviciile medicale din sistemul privat sau 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%).

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.

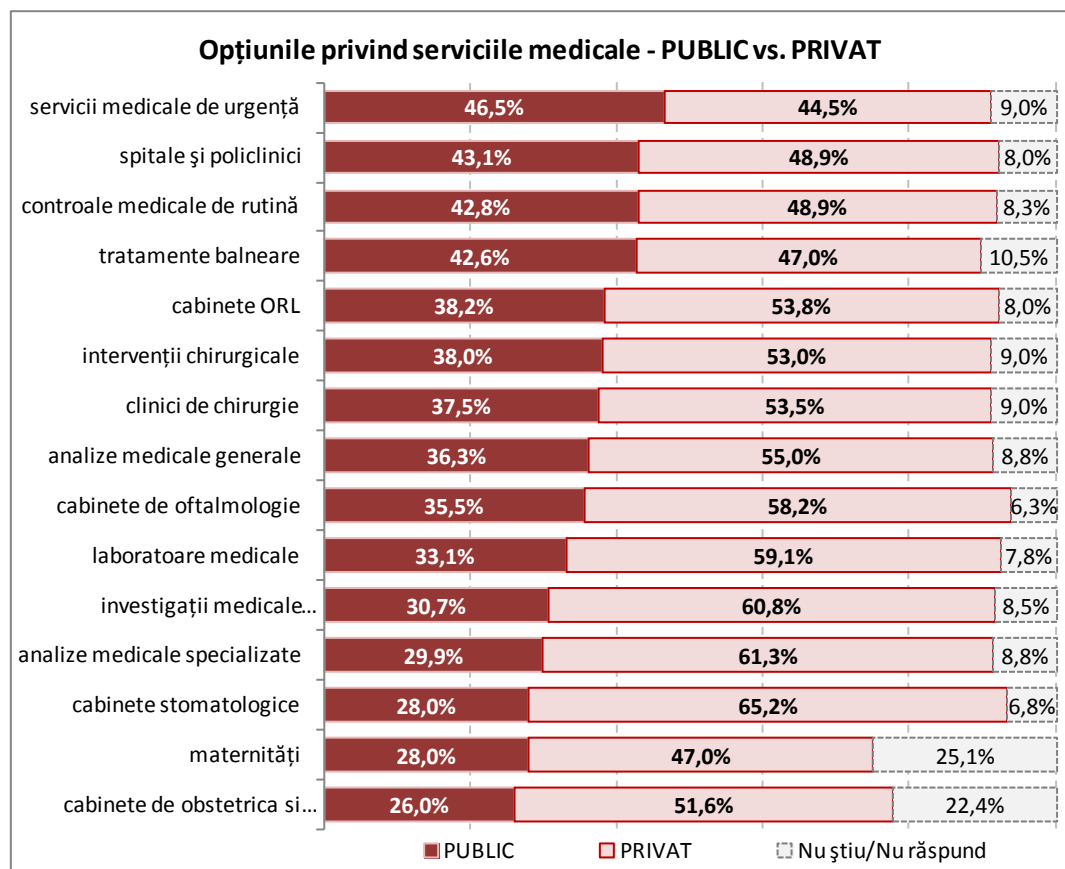
Tabel 210. Opțiunile privind serviciile medicale – PUBLIC vs. PRIVAT

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 amănunțite	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%

Tabel 211. Opțiunile privind serviciile medicale – PUBLIC vs. PRIVAT, pe medii de rezidență

Unități/servicii medicale	Urban			Rural		
	Public	Privat	Nu știu/Nu răspund	Public	Privat	Nu știu/Nu răspund
servicii medicale de urgență	21,2%	73,0%	5,9%	36,0%	56,1%	7,9%
spitale și policlinici	23,0%	56,8%	20,3%	29,6%	45,5%	24,9%
controale medicale de rutină	33,3%	62,2%	4,5%	38,1%	53,4%	8,5%
tratamente balneare	36,5%	56,3%	7,2%	40,2%	50,8%	9,0%
cabinete ORL	25,7%	49,5%	24,8%	30,7%	43,9%	25,4%
intervenții chirurgicale	36,5%	54,1%	9,5%	38,6%	52,9%	8,5%
clinici de chirurgie	44,1%	49,1%	6,8%	41,8%	48,7%	9,5%
analize medicale generale	28,8%	64,4%	6,8%	38,1%	52,9%	9,0%
cabinete de oftalmologie	42,3%	49,5%	8,1%	43,4%	48,1%	8,5%
laboratoare medicale	34,7%	57,2%	8,1%	38,1%	52,4%	9,5%
investigații medicale amănunțite	26,6%	65,8%	7,7%	33,9%	56,1%	10,1%
analize medicale specializate	28,8%	63,5%	7,7%	32,8%	57,7%	9,5%

Unități/servicii medicale	Urban			Rural		
	Public	Privat	Nu știu/Nu răspund	Public	Privat	Nu știu/Nu răspund
cabinete stomatologice	45,9%	45,5%	8,6%	47,1%	43,4%	9,5%
maternități	35,1%	57,2%	7,7%	41,3%	48,1%	10,6%
cabinete de obstetrica si ginecologie	43,2%	46,4%	10,4%	41,8%	47,6%	10,6%



Tabel 212. Opțiunile privind serviciile medicale – PUBLIC vs. PRIVAT, pe zone

Unități/servicii medicale	Nord-Est			Nord-Vest		
	Public	Privat	Nu știu/Nu răspund	Public	Privat	Nu știu/Nu răspund
servicii medicale de urgență	23,2%	72,2%	4,6%	37,2%	55,1%	7,7%
spitale și policlinici	24,7%	55,2%	20,1%	32,1%	42,3%	25,6%
controale medicale de rutină	34,5%	60,8%	4,6%	41,0%	51,3%	7,7%
tratamente balneare	36,1%	58,2%	5,7%	50,0%	41,0%	9,0%
cabinete ORL	25,3%	48,5%	26,3%	35,9%	38,5%	25,6%
intervenții chirurgicale	36,1%	56,2%	7,7%	43,6%	44,9%	11,5%

clinici de chirurgie	49,0%	45,4%	5,7%	42,3%	47,4%	10,3%
analize medicale generale	28,9%	64,4%	6,7%	44,9%	47,4%	7,7%
cabinete de oftalmologie	46,4%	47,4%	6,2%	44,9%	43,6%	11,5%
laboratoare medicale	37,1%	56,7%	6,2%	42,3%	44,9%	12,8%
investigații medicale amănunțite	27,8%	66,5%	5,7%	38,5%	48,7%	12,8%
analize medicale specializate	28,9%	64,4%	6,7%	39,7%	50,0%	10,3%
cabinete stomatologice	51,0%	42,8%	6,2%	47,4%	38,5%	14,1%
maternități	38,7%	54,6%	6,7%	42,3%	44,9%	12,8%
cabinete de obstetrica si ginecologie	47,9%	42,8%	9,3%	43,6%	43,6%	12,8%

Tabel 213. Opțiunile privind serviciile medicale – PUBLIC vs. PRIVAT, pe zone - continuare

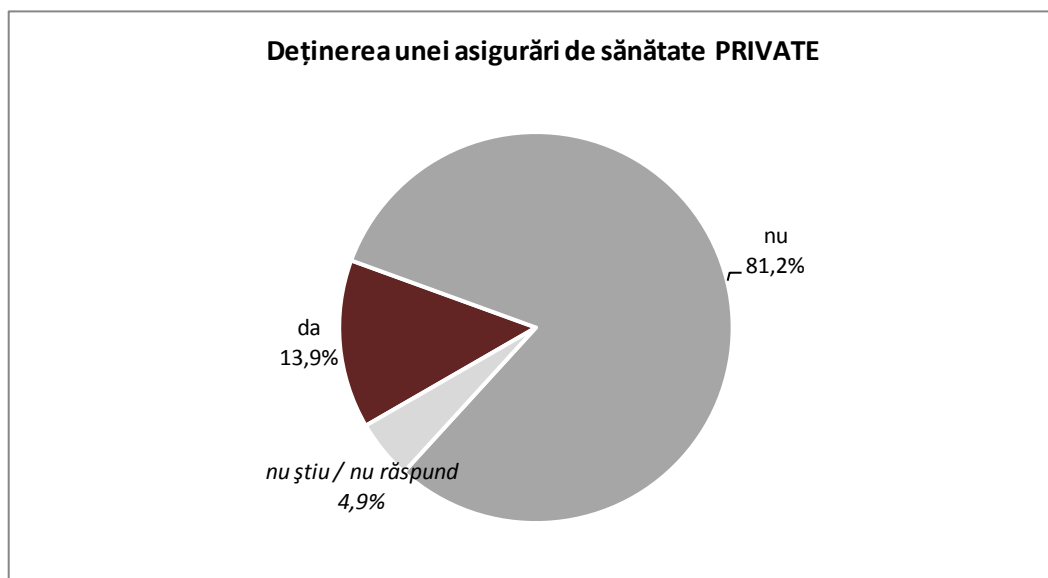
Unități/servicii medicale	Sud-Vest			Sud-Est		
	Public	Privat	Nu știu/Nu răspund	Public	Privat	Nu știu/Nu răspund
servicii medicale de urgență	31,9%	58,2%	9,9%	25,0%	66,7%	8,3%
spitale și policlinici	27,5%	49,5%	23,1%	18,8%	56,3%	25,0%
controale medicale de rutină	35,2%	57,1%	7,7%	31,3%	60,4%	8,3%
tratamente balneare	37,4%	52,7%	9,9%	29,2%	58,3%	12,5%
cabinete ORL	30,8%	46,2%	23,1%	20,8%	56,3%	22,9%
intervenții chirurgicale	39,6%	51,6%	8,8%	29,2%	60,4%	10,4%
clinici de chirurgie	38,5%	52,7%	8,8%	29,2%	58,3%	12,5%
analize medicale generale	34,1%	57,1%	8,8%	29,2%	60,4%	10,4%
cabinete de oftalmologie	41,8%	50,5%	7,7%	27,1%	60,4%	12,5%
laboratoare medicale	35,2%	56,0%	8,8%	25,0%	62,5%	12,5%
investigații medicale amănunțite	29,7%	60,4%	9,9%	25,0%	62,5%	12,5%
analize medicale specializate	29,7%	60,4%	9,9%	25,0%	64,6%	10,4%
cabinete stomatologice	44,0%	47,3%	8,8%	31,3%	56,3%	12,5%
maternități	36,3%	53,8%	9,9%	31,3%	58,3%	10,4%
cabinete de obstetrica si ginecologie	36,3%	52,7%	11,0%	31,3%	58,3%	10,4%

Deținerea unei polițe de asigurare private

81,2% respondenți au declarat că nu dețin o asigurare de sănătate privată și doar 13,9% respondenți dețin o astfel de asigurare.

Tabel 214. Deținerea unei asigurări de sănătate PRIVATE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
da	57	13,9	13,9	13,9
nu	334	81,3	81,3	95,1
nu știu / nu răspund	20	4,9	4,9	100,0
Total	411	100,0	100,0	



Tabel 215. Deținerea unei asigurări de sănătate PRIVATE, pe medii de rezidență

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

Tabel 216. Deținerea unei asigurări de sănătate PRIVATE, pe zone

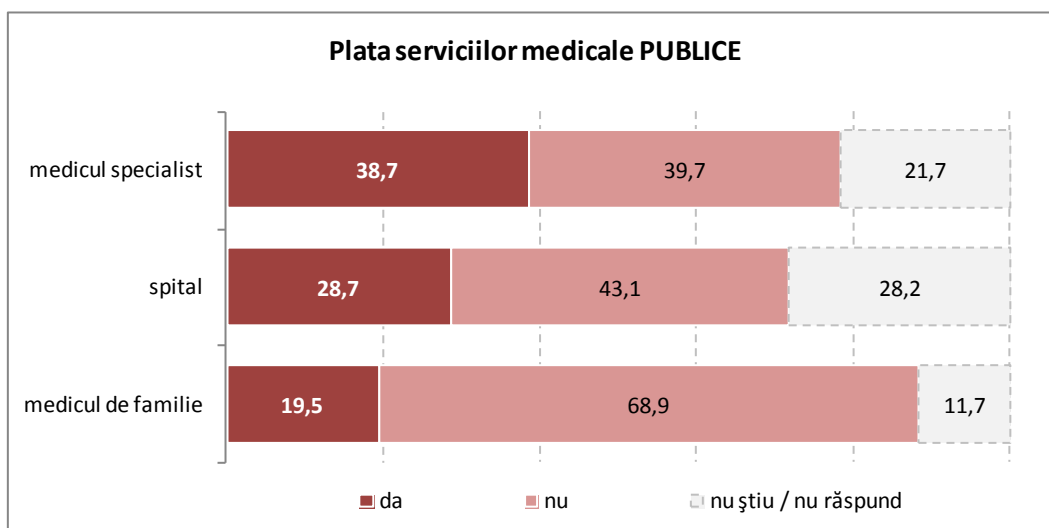
Zona de rezidență	da	nu	nu știu / nu răspund	Total
Nord-Est	18,6%	78,4%	3,1%	100,0%
Nord-Vest	6,4%	83,3%	10,3%	100,0%
Sud-Vest	12,1%	82,4%	5,5%	100,0%
Sud-Est	10,4%	87,5%	2,1%	100,0%
Total	13,9%	81,3%	4,9%	100,0%

Plata serviciilor medicale PUBLICE

38,7% dintre respondenți au plătit actul medical ultima dată când au beneficiat de servicii medicale din sistemul medical public, 28,7% respondenți au plătit actul medical de care au beneficiat în spital, iar 19,5% respondenți au plătit actul medical medicului de familie, în același regim.

Tabel 217. Plata serviciilor medicale PUBLICE

	da	nu	nu știu / nu răspund	Total
medicul de familie	19,5	68,9	11,7	100,0
medicul specialist	38,7	39,7	21,7	100,0
spital	28,7	43,1	28,2	100,0



Tabel 218. Plata serviciilor medicale PUBLICE, pe medii de rezidență

Plata actului medical la	Mediu de rezidență	da	nu	nu știu / nu răspund	Total
medicul de familie	Urban	17,1%	70,7%	12,2%	100,0%
	Rural	22,2%	66,7%	11,1%	100,0%
	Total	19,5%	68,9%	11,7%	100,0%
medicul specialist	Urban	37,8%	42,8%	19,4%	100,0%
	Rural	39,7%	36,0%	24,3%	100,0%
	Total	38,7%	39,7%	21,7%	100,0%
spital	Urban	23,9%	46,4%	29,7%	100,0%
	Rural	34,4%	39,2%	26,5%	100,0%
	Total	28,7%	43,1%	28,2%	100,0%

Tabel 219. Plata serviciilor medicale PUBLICE, pe zone

	Zona de rezidență	da	nu	nu știu / nu răspund	Total
medicul de familie	Nord-Est	20,1%	64,4%	15,5%	100,0%
	Nord-Vest	17,9%	71,8%	10,3%	100,0%
	Sud-Vest	17,6%	74,7%	7,7%	100,0%
	Sud-Est	22,9%	70,8%	6,2%	100,0%
	Total	19,5%	68,9%	11,7%	100,0%
medicul specialist	Nord-Est	39,7%	38,1%	22,2%	100,0%
	Nord-Vest	29,5%	50,0%	20,5%	100,0%
	Sud-Vest	44,0%	37,4%	18,7%	100,0%
	Sud-Est	39,6%	33,3%	27,1%	100,0%
	Total	38,7%	39,7%	21,7%	100,0%
spital	Nord-Est	26,3%	39,2%	34,5%	100,0%
	Nord-Vest	28,2%	52,6%	19,2%	100,0%
	Sud-Vest	27,5%	46,2%	26,4%	100,0%
	Sud-Est	41,7%	37,5%	20,8%	100,0%
	Total	28,7%	43,1%	28,2%	100,0%

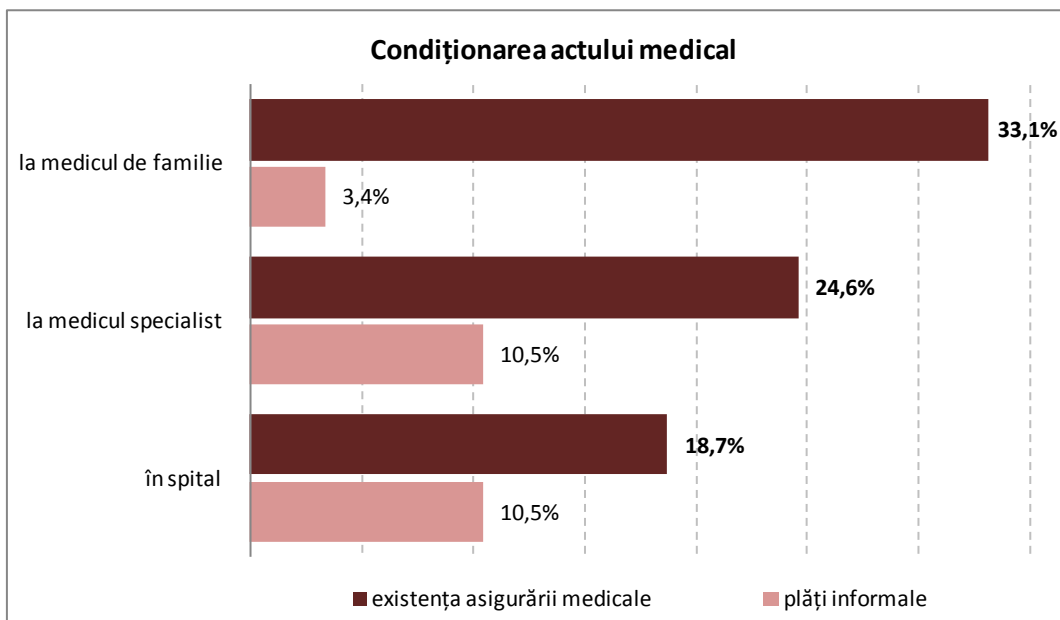
Condiționarea actului medical

Actul medical a fost condiționat de existența asigurării medicale pentru 33,1% respondenți care au beneficiat de serviciile medicului de familie, 24,6% respondenți care au beneficiat de serviciile medicului specialist și 18,7% respondenți care au beneficiat de serviciile din spital.

O altă condiționare a actului medical a fost reprezentată de plățile informale pentru 10,5% respondenți care au beneficiat de serviciile medicului specialist, 10,5% respondenți care au beneficiat de serviciile din spital și 3,4% respondenți care au beneficiat de serviciile medicului de familie.

Tabel 220. Condiționarea actului medical

Condiții	la medicul de familie	la medicul specialist	în spital
existența asigurării medicale	33,1%	24,6%	18,7%
plăți informale	3,4%	10,5%	10,5%



Tabel 221. Condiționarea actului medical, pe medii de rezidență

Condiții		la medicul de familie	la medicul specialist	în spital
Urban	■ existența asigurării medicale	35,1%	31,1%	18,9%
	■ plăți informale	5,0%	11,3%	7,7%
Rural	■ existența asigurării medicale	30,7%	16,9%	18,5%
	■ plăți informale	1,6%	9,5%	13,8%
Total	■ existența asigurării medicale	33,1%	24,6%	18,7%
	■ plăți informale	3,4%	10,5%	10,5%

Tabel 222. Condiționarea actului medical, pe zone

Condiții		la medicul de familie	la medicul specialist	în spital
Nord-Est	■ existența asigurării medicale	35,6%	27,3%	13,9%
	■ plăți informale	4,1%	12,9%	7,2%
Nord-Vest	■ existența asigurării medicale	33,3%	24,4%	26,9%
	■ plăți informale	2,6%	5,1%	11,5%
Sud-Vest	■ existența asigurării medicale	29,7%	22,0%	23,1%
	■ plăți informale	4,4%	12,1%	18,7%
Sud-Est	■ existența asigurării medicale	29,2%	18,8%	16,7%
	■ plăți informale	0,0%	6,3%	6,3%
Total	■ existența asigurării medicale	33,1%	24,6%	18,7%
	■ plăți informale	3,4%	10,5%	10,5%

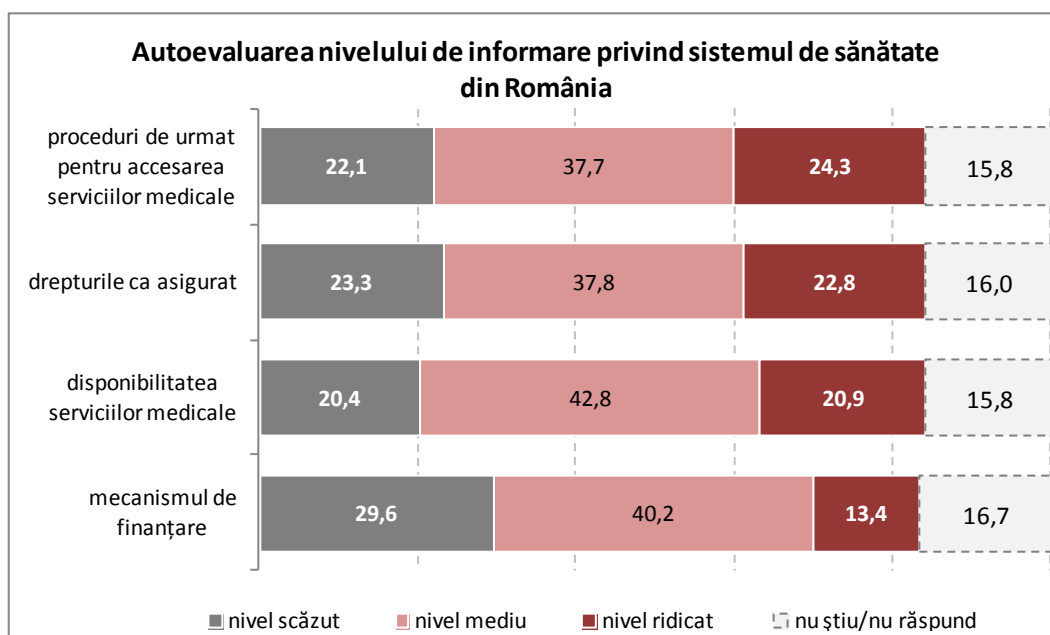
Aprecierea nivelului de informare privind sistemul de sănătate din România

Cei mai mulți dintre respondenți apreciază că au un nivel de informare relativ mediu privind unele aspecte ale sistemului medical din România.

Doar 24,3% respondenți apreciază că au un nivel de informare ridicat cu privire la procedurile de urmat pentru accesarea serviciilor medicale, 22,8% respondenți se autoevaluează că au un nivel ridicat de informare cu privire la drepturile ca asigurat, 20,9% respondenți se autoevaluează cu un nivel de informare ridicat cu privire la disponibilitatea serviciilor medicale și 13,4% respondenți au un nivel ridicat de informare privitor mecanismul de finanțare.

Tabel 223. Autoevaluarea nivelului de informare privind sistemul de sănătate din România (%)

Aspecte	nivel scăzut	nivel mediu	nivel ridicat	nu știu/nu răspund
proceduri de urmat pentru accesarea serviciilor medicale	22,1	37,7	24,3	15,8
drepturile ca asigurat	23,3	37,8	22,8	16,0
disponibilitatea serviciilor medicale	20,4	42,8	20,9	15,8
mecanismul de finanțare	29,6	40,2	13,4	16,7



Tabel 224. Autoevaluarea nivelului de informare privind sistemul de sănătate din România, pe medii de rezidență

Aspecte	nivel scăzut	nivel mediu	nivel ridicat	nu știu/nu răspund
Urban				
mecanismul de finanțare	26,7%	41,0%	14,5%	18,1%
drepturile ca asigurat	20,8%	39,2%	23,0%	17,2%
disponibilitatea serviciilor medicale	19,4%	43,4%	20,4%	17,2%

	Aspecte	nivel scăzut	nivel mediu	nivel ridicat	nu știu/nu răspund
	proceduri de urmat pentru accesarea serviciilor medicale	18,5%	38,3%	26,1%	17,2%
Rural	mecanismul de finanțare	33,3%	39,2%	12,2%	15,3%
	drepturile ca asigurat	26,5%	36,0%	22,7%	14,8%
	disponibilitatea serviciilor medicale	21,7%	42,3%	21,7%	14,3%
	proceduri de urmat pentru accesarea serviciilor medicale	26,5%	37,1%	22,2%	14,3%

Tabel 225. Autoevaluarea nivelului de informare privind sistemul de sănătate din România, pe zone

	Aspecte	nivel scăzut	nivel mediu	nivel ridicat	nu știu/nu răspund
Nord-Est	mecanismul de finanțare	27,3%	44,8%	14,9%	12,9%
	drepturile ca asigurat	19,1%	44,9%	22,6%	13,4%
	disponibilitatea serviciilor medicale	16,5%	49,5%	22,1%	11,8%
	proceduri de urmat pentru accesarea serviciilor medicale	21,1%	44,8%	22,2%	11,8%
Nord-Vest	mecanismul de finanțare	37,2%	39,7%	12,8%	10,3%
	drepturile ca asigurat	33,3%	30,8%	25,6%	10,3%
	disponibilitatea serviciilor medicale	28,1%	33,3%	26,9%	11,5%
	proceduri de urmat pentru accesarea serviciilor medicale	24,3%	26,9%	37,2%	11,5%
Sud-Vest	mecanismul de finanțare	28,6%	31,9%	11,0%	28,6%
	drepturile ca asigurat	25,3%	27,5%	20,9%	26,4%
	disponibilitatea serviciilor medicale	24,2%	34,1%	14,3%	27,5%
	proceduri de urmat pentru accesarea serviciilor medicale	25,3%	24,2%	22,0%	28,6%
Sud-Est	mecanismul de finanțare	29,1%	37,4%	12,5%	20,8%
	drepturile ca asigurat	20,9%	39,5%	22,9%	16,7%
	disponibilitatea serviciilor medicale	16,7%	47,9%	18,7%	16,7%
	proceduri de urmat pentru accesarea serviciilor medicale	16,7%	52,1%	16,7%	14,6%

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 sondă de 3,5 MHz
	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 ambulanțe 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 fileroscop 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

Abrevieri utilizate în document

acronim	explicație
APL	Administrație Publică Locală
ANA	Agenția Națională Antidrog
ATI	Anestezie și terapie Intensivă
BFT	Balneo-Fizio-Terapie
CAS, CJAS	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Bacău
CJ	Consiliul Județean
CPU	Compartiment Primiri Urgențe
CT	Computer Tomograf
DSP, DSPJ	Direcția de Sănătate Publică Județeană
EEG	Electroencefalograf
EKG, ECG	Electrocardiogramă
HIV / SIDA	Human Immunodeficiency Virus (en., Virusul Imunodeficienței Umâne) / Syndrome d'Immuno-Deficience Acquis (fr., Sindromul Imunodeficienței Dobândite)
IRM	Imagistică prin Rezonanță Magnetică
ISU	Inspectoratul pentru Situații de Urgență
MMFPS	Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale
MS	Ministerul Sănătății
ORL	Oto-Rino-Laringologie
PPP	Parteneriat Public-Privat
RMN	Rezonanță Magnetică Nucleară
SAJ	Serviciul de Ambulanță Județean
SJU	Spital Județean de Urgență
SMU	Spital Municipal de Urgență
SMURD	Serviciu Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (en., Puncte tari, Puncte slabe, Oportunități, Amenințări)
TBC	Tuberculoză
UPU	Unitate Primiri Urgențe



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 Unitatea Administrativ Teritorială Județul 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