

RAPORTUL ST RII DE S N TATE A POPULAȚIEI JUDEȚULUI TIMIŞ

2013 – 2016

realizat de: Direcția de S n tate Public a Județului Timiș

SCOP :

Scopul raportului const în analiza indicatorilor st rii de s n tate a populaiei județului Timiș și a determinanilor acesteia pe baza datelor furnizate de Compartimentul de Statistic și Informatic în S n tatea Public , din cadrul DSP Timi și a celor furnizate de Direcția Regională de Statistic Timiș.

Obiective:

- a. Analiza st rii de s n tate a populaiei în anul 2016;
- b. Evaluarea principalelor fenomene demografice, de morbiditate, activitatea și resursele rețelei sanitare în perioada 2013-2016;
- c. Identificarea diferenelor dintre județul Timiș și valorile obținute pe plan național, precum și la nivel de UE în privin a st rii de s n tate și a determinanilor acestaie.

CADRUL METODOLOGIC

Din punct de vedere metodologic, lucrarea constituie un studiu descriptiv a datelor existente la nivel județean pentru anii 2013 – 2016.

Ca surse de date s-au utilizat:

- baza de date a Compartimentului de Statistic și Informatic în S n tatea Public , din cadrul DSP Timiș

- Raport Național privind Starea de S n tate a Populaiei României 2016 realizat de Institutul Național de S n tate Public Bucureti, coordonator Dr. Maria Alexandra Cucu

- datele furnizate de Direcția Regională de Statistic Timiș, privind populaia.

Indicatorii, în cadrul raportului, sunt grupați astfel:

- Indicatori demografici;
- Indicatori de morbiditate;
- Determinanii ai s n t ii;
- Indicatori privind resursele și activitatea rețelei sanitare.

INDICATORI DEMOGRAFICI

Indicatorii demografici au fost analizați pentru anul 2016 și în dinamic în perioada 2013-2016.

POPULA IA:

**Tb. Nr.1 Populaia jud. Timiș, în cifre absolute,
pe medii și sexe, în perioada 2013-2016**

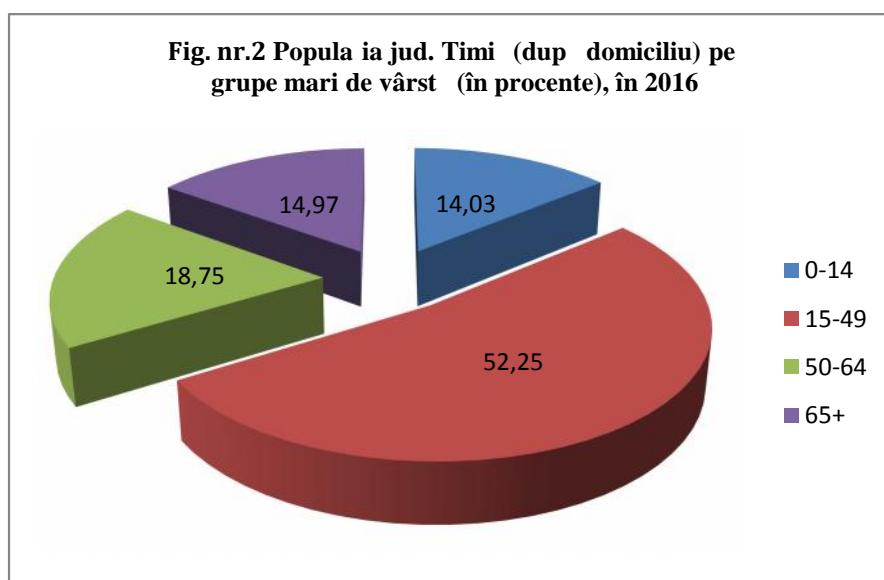
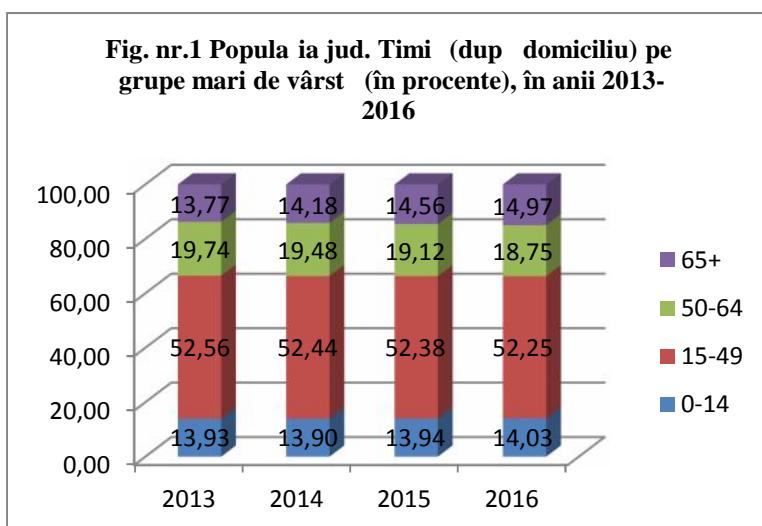
	2013	2014	2015	2016
	Nr. persoane	Nr. persoane	Nr. persoane	Nr. persoane
Total	736105	739217	741600	744373
Urban	455232	454988	454299	452510
Rural	280873	284229	287301	291863
Feminin	381486	382985	383999	385346
Masculin	354619	356232	357601	359027

Analizând evoluia populaiei, cu domiciliul stabil în județul nostru (populaia după domiciliu reprezintă numărul persoanelor cu cetătie română și domiciliu pe teritoriul României, delimitat după criterii administrativ-teritoriale), observăm că putem vorbi de o scădere în fiecare an. La nivel de medii de proveniență, vorbim de o scădere a populaiei din mediul urban și o creștere a celei din mediul rural precum și o creștere constantă atât a populaiei feminine cât și acele masculine (vezi Tb. nr.1).

Pe plan național, populaia României în perioada 2006-2015 a urmat un trend constant de scădere. Populaia după domiciliu, în perioada 2006-2015, scade cu 334.210 locuitori, de la 22.594.368 la 22.260.158 locuitori, reprezentând o scădere de 1,48%. [1]

	0-14	15-49	50-64	65+
2013	13,93	52,56	19,74	13,77
2014	13,90	52,44	19,48	14,18
2015	13,94	52,38	19,12	14,56
2016	14,03	52,25	18,75	14,97

Dacă analizăm structura populației, în județul nostru, pe grupe mari de vîrstă, observăm valori scăzute la grupa 0-14 ani (sub 15% în fiecare an) comparativ cu grupelor (50-64) și (65+). Vorbim deci de o îmbătrânire a populației. Chiar dacă în anul 2016 avem o ușoară creștere a populației 0-14 ani, aceasta este nesemnificativ (vezi tb. nr.2, fig. nr. 1 și 2)

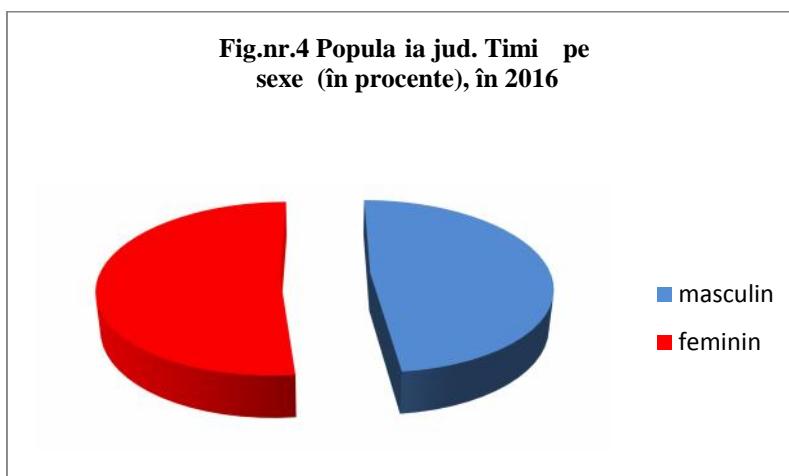
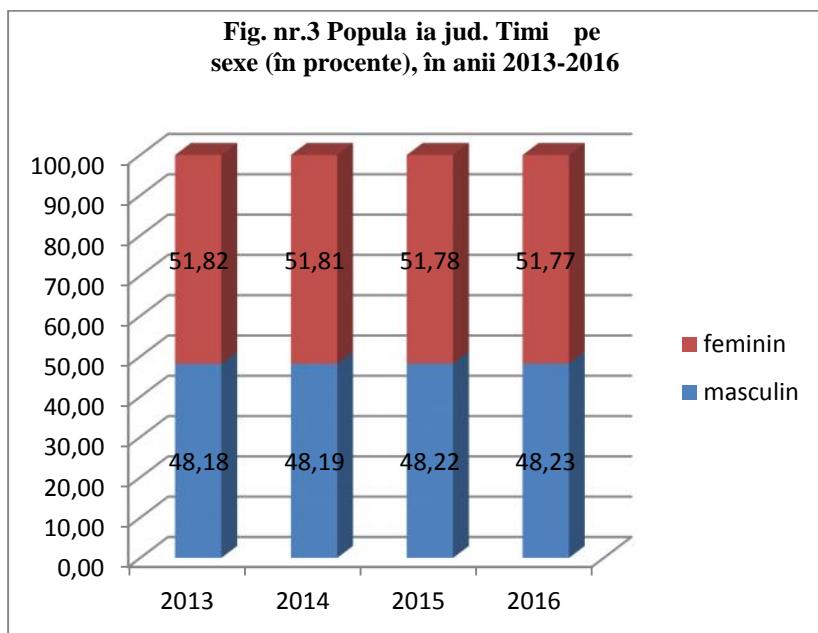


La nivelul ţării, pe grupe de vîrstă, structura populației pe perioada studiată, arată aceeași tendință de îmbătrânire a populației. Pentru populația după domiciliu, tabloul arată astfel: a scăzut populația în vîrstă de 0-14 ani (de la 15,5% în 2006 la 14,8% în 2015), a scăzut accentuat și populația 15-49 ani (de la 52,7% în

2006 la 51,2% în 2015), a crescut populația 50-64 ani (de la 17,4% în 2006 la 18,5% în 2015) și cea în vîrstă de 65 ani și peste (de la 14,4% în 2006 la 15,5% în 2015). Comparând anul 2015 cu 2006, se constată o proporție mare la grupa de vîrstă 15-64 ani în totul anii și o scădere permanentă a ponderii grupelor de vîrstă 0-14 ani, aceasta ajungând pentru populația după domiciliu la o valoare mai mică de 15% în 2015. [1]

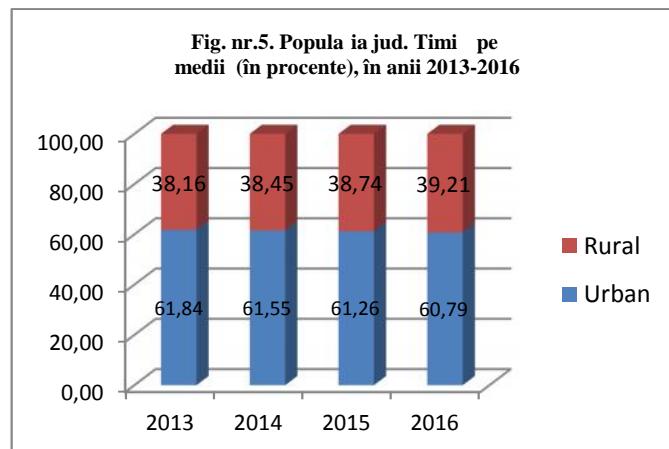
Tb. Nr.3 . Populația jud. Timiș pe sexe (în procente), în anii 2013-2016		
	masculin	feminin
2013	48,18	51,82
2014	48,19	51,81
2015	48,22	51,78
2016	48,23	51,77

Analizând structura populației județului nostru, pe sexe, observăm procente mai mari la sexul feminin. Chiar dacă în 2016 avem o creștere ușoară a populației de sex masculin, rămâne o diferență mai mare de 3 procente între cele 2 sexe (vezi Tb. nr.3, fig. nr.3 și 4).



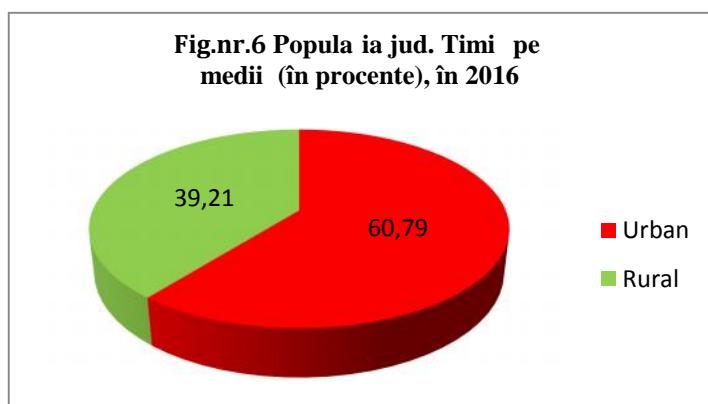
Structura pe sexe a populaiei este relativ constant si la nivel national, pe toata perioada studiată (2006-2015). Pentru populaia după domiciliu se observă tendința de mic orare a dezechilibrului pe sexe în cadrul populaiei, astfel, din numărul total al populaiei, în 2015, 51,2% sunt femei și a crescut leneșenial (cu 0,1%) față de anul 2006 - 51,1% femei, astfel că raportul procentual al bărbaților a scăzut ușor. În cifre absolute, numărul femeilor s-a redus cu 155.912, iar al bărbaților cu 178.298, această tendință având anse sporite de menire și în următorul deceniu. În 2006 sunt cu 2,2% mai multe femei decât bărbați și urmând un trend ascendent ajung în 2015 să fie cu 2,4% mai multe femei decât bărbați (populaia după domiciliu). Corelația procentuală între femei și bărbați (numărul de femei la 100 bărbați) pentru populaia după domiciliu a crescut ușor de la 104,6 în 2006 la 104,9 în 2015. Acest aspect, corelat cu numărul mai mare al femeilor vârstnice, comparativ cu bărbații, va genera mai multe probleme sociale, economice și sanitare în viitor. [1]

Structura pe medii de proveniență a populaiei după domiciliu, în județul nostru, ne arată o populaie majoritar urbană, putem vorbi, însă, despre o creștere ușoară, dar constantă, a populaiei din mediul rural, în perioada 2013 – 2016 (vezi tab. nr.4 și graficele nr.5 și 6). În realitate, vorbim de o creștere a zonelor periurbane.



Tb. Nr.4 . Populaia jud. Timiș pe medii (în procente), în anii 2013-2016

	Urban	Rural
2013	61,84	38,16
2014	61,55	38,45
2015	61,26	38,74
2016	60,79	39,21



La nivelul ţării, pentru *populaţia după domiciliu* se menine acela i raport, mediul urban având o populaţie mai numeroasă decât cel rural. Astfel, în 2015 proporţia populaţiei din mediul rural a fost de 43,6%, mai crescută, dar nesemnificativ cu 0,4%, faţă de anul 2006 (43,2% în mediul rural). Raportul procentual urban/rural a scăzut u or de la 13,6% în 2006 la 12,8% în 2015. [1]

Indicele de dependență al tinerilor și vârstnicilor:

Tb. Nr. 5 Rata de dependență a populației de tineri și vârstniți, în perioada 2013-2016, în Timiș			
	Populația 0-14 ani + 65 ani și peste	Populația 15-49 ani	Rata de dependență
2013	312318	386927	807,18
2014	207552	387648	535,41
2015	211370	388453	544,13
2016	215836	388937	554,94

E un indice important deoarece ne arată numărul de tineri și vârstniți din populație, subătăiată peste limita de aptitudine de muncă, ce revin la 1000 de persoane apte de muncă. În județul nostru, a scăzut de la 800%, la u oră peste 500% în ultimii 3 ani.

Pe plan național, în anul 2006, indicele a fost de 628,4%, adică 628 persoane apte de muncă au între înălțime 372 persoane între 0-14 ani și 65 ani și peste; în anul 2015, acest indice a fost de 678,2%, adică 678 persoane apte de muncă au între înălțime 322 persoane între 0-14 ani și 65 ani și peste. Generațiile mai puțin numeroase și scăzute după anul 1990 vor deveni, după anii 2020-2030, poziția centrală atât în populația de la care vor proveni viitorii copii ai ţării, cât și în populația economică activă. Accentuarea procesului de îmbătrânire a populației pe parcursul următoarelor 2-3 decenii nu poate fi evitată, de aici obiectivul principal al politicilor în domeniul demografic constând în acomodarea societății la un nou profil al structurii de vîrstă a populației.

Vîrstă medie a populației:

Tabel 6 Vîrstă medie a populației, pe sexe, la 1 iulie, 2013-2016 (în ani), în Timiș				
	2013	2014	2015	2016
Total	40,41	40,03	40,25	40,45
Masculin	38,28	38,54	38,77	38,97
Feminin	41,13	41,41	41,62	41,82

Putem observa o îmbătrânire a populației, în special a celei feminine cu aproximativ 2 ani, pe totă perioada analizată (vezi tab. nr.6).

La nivelul ţării, de către tendință a vîrstei medii este caracteristică ambelor sexe, totuși acesta este mai crescut la femei.[1]

Dacă analizăm vîrstă medie a populației în funcție de mediul de proveniență, în județul nostru se observă o ușoară întinerire a populației pentru perioada studiată (2013 – 2016). Dar,

per ansablu, putem spune c vârsta medie a populaiei dep e de 35 de ani, iar în mediul urban 40 de ani (vezi tabel nr.7)

Tabel 7 . Vârsta medie a populaiei, pe medii, la 1 iulie, 2013-2016 (în ani), în Timi				
	2013	2014	2015	2016
Total	40,41	40,03	40,25	40,45
Urban	40,43	40,73	41,00	41,26
Rural	38,31	38,56	38,71	38,83

La nivelul rii, dup domiciliu, populaia urban are o vârst medie mai mare comparativ cu cea rural , ceea ce poate fi explicat printr-o durată a vieii mai mare a populaiei din localitile urbane, consecința condițiilor de trai mai favorabile în mediul urban și a serviciilor de sănătate mai accesibile. Procesul de îmbătrânire a populaiei este o consecință a creșterii ponderilor de adulți și vârstnici, comparativ cu ponderile de copii și adolescenți care scad și, ca urmare, crește vârsta medie a populaiei.

Evoluția procesului de îmbătrânire se caracterizează prin următoarele particularități:

- este mai intens la femei decât la bărbați, datorită speranței de viață mai mari a populaiei feminine;
- este mai intens în mediul urban comparativ cu cel rural, datorită speranței de viață mai mare în localitățile urbane.

Aadar, procesul îmbătrânirii populaiei, în mare măsură, este mai accentuat pentru femei, datorită nivelului înalt al mortalității barbilor din grupa de vârstă aptă de muncă.

Vârsta medie a populaiei UE în anul 2014 (conform Eurostat) este de 42,4 ani, în timp ce în România este de 41,4 ani pentru populația rezidentă și 40,7 ani pentru populația după domiciliu. Putem afirma că în România, comparativ cu UE, vârsta medie este mai mică. [1]

Proiecții populatonale:

Eurostat a produs proiecțiile demografice la nivel național pentru cele 28 de state membre ale Uniunii Europene și pentru Islanda, Norvegia și Elveția. Setul de date folosesc populațiile publicate la 1 ianuarie, precum și proiecții pentru fertilitate, mortalitatea și migrația internațională. Previziunile populaiei sunt exprimate în cifre absolute. [1]

În figura nr.7 sunt prezentate proiecțiile populatonale pentru anii 2015–2050. Populația Uniunii Europene în 2015 este de 508.223.624 locuitori și va ajunge în 2050 la 525.527.876 locuitori, crescând cu 1.730.4252 locuitori. În România fenomenul previzionat este următorul: în 2015 populația a fost de 19.909.323 locuitori și va suferi un proces de scădere până în anul 2050, ajungând la 17.973.992 locuitori, mai puțin cu 1.935.331 locuitori, reprezentând o scădere de 9,7% a populaiei. Țările dezvoltate, precum Austria, Belgia, Elveția, Franța, Italia, Regatul Unit, vor înregistra o creștere importantă până în anul 2050, în timp ce Polonia, Croația, Bulgaria, Estonia, Slovacia vor suferi scăderi ale populaiei comparativ cu anul 2015. România se numără printre țările cu cea mai mare descreștere a populaiei. [1]

Același fenomen de scădere a populaiei țării noastre se întâmplă și pe sexe. Populația feminină scade de la 10.206.154 în 2015 la 9.162.954 în 2050, reprezentând o scădere de

10,2%. Populația masculin scade de la 9.703.169 în 2015 la 8.811.038 în 2050, reprezentând o scdere de 9,2%. Conform programei se constată o scdere mai mare pentru populația feminin față de cea masculin până în anul 2050. [1]

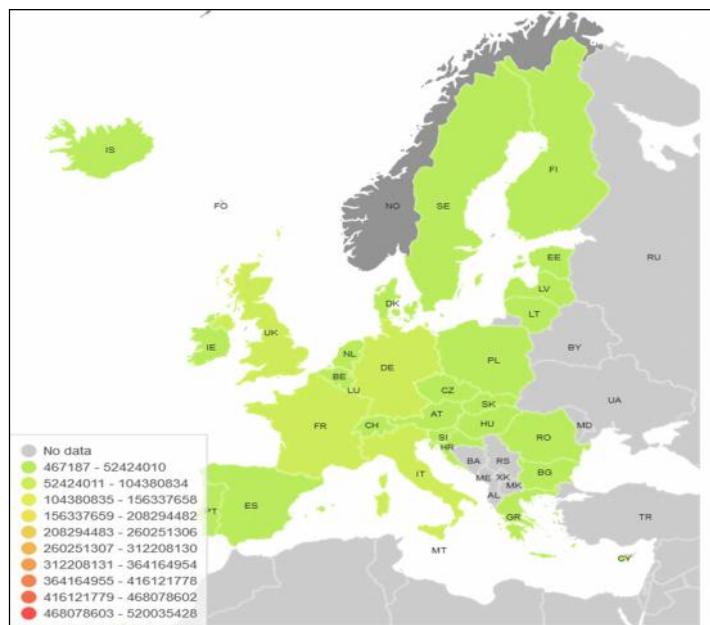


Fig. nr.7 Proiecții populaționale în țările Uniunii Europene în anul 2050
Sursă : ECHI (European Core Health Indicators) [1]

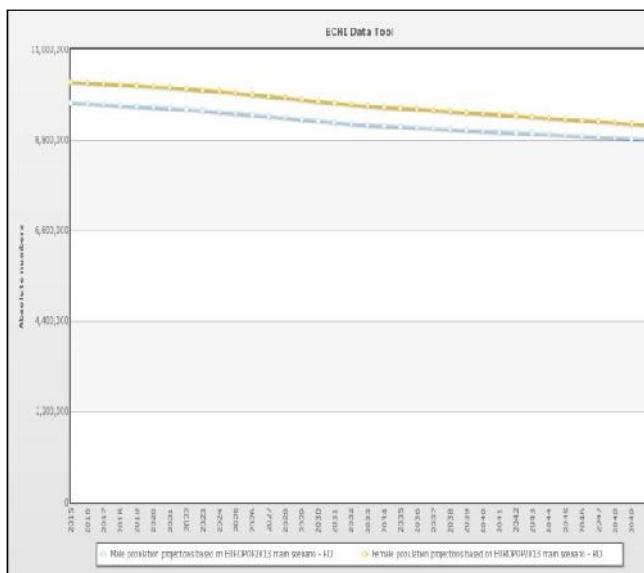


Fig. nr.8 Proiecția populației masculine și feminine în România în perioada 2015-2050 , Sursă : ECHI (European Core Health Indicators) [1]

Natalitatea:

Natalitatea este un fenomen demografic ce exprimă frecvența sau intensitatea nașterilor în cadrul unei populații sau subpopulații dintr-un anumit teritoriu într-o anumită perioadă de timp.

Tab. Nr.8 Natalitatea în perioada 2013-2016, la %0 loc. în Timi	
2013	11,10
2014	10,25
2015	11,49
2016	12,27

După cum putem observa, natalitatea a crescut cu aproximativ 1% și este peste 10% în perioada 2013-2016, în județul Timiș, raportat la 1000 locuitori populație după domiciliu.

Pe plan național, în anul 2015 rata natalității a fost de 8,4 nașuți vii la 1000 locuitori, mai mic decât în 2006 (9,7 nașuți vii la 1000 locuitori) cu 1,3 nașuți vii la 1000 locuitori.

Se poate concluziona că din 2006 rata natalității urmează un trend descendente, cu mici fluctuații în perioada studiată. Evoluția numărului de nașuți vii în perioada de referință urmează aceea că curbă evoluției natalității, scăzând îngrijorător de la 219.483 în 2006, la 187.372 în 2015, cu circa 32.111 (14,6%) în numai 10 de ani, ajungând astfel printre cele mai mici rate pe plan european, mai mic decât media din UE (10,13%) (vezi fig. nr.9), mai mic decât în Bulgaria și în Ungaria. Portugalia, Italia, Germania sunt țări cu rate ale natalității mai mici decât în România, în timp ce în Irlanda rata crește la 14,43%, reprezentând cea mai mare rată din UE în 2014. Valori crescute au fost înregistrate și în țări ca: Franța, Anglia, Suedia, Belgia probabil prin sursele luate pentru susținerea natalității și migrația tinerilor (tineri emigranți care întemeiază o familie în aceste țări). [1]

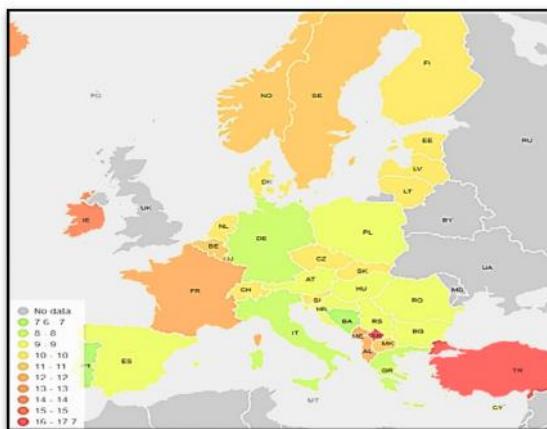


Fig. nr.9 Rata natalității în țările Uniunii Europene, în anul 2014
Sursă : ECHI (European Core Health Indicators) [1]

Comparativ cu statele europene, natalitatea în România scade treptat, în timp ce în unele țări europene dezvoltate această scădere este mai mică, iar în unele țări natalitatea chiar crește. [1]

În acest context, creșterea natalității trebuie să fie o problemă cheie a politicilor demografice.

Distribuția geografică a natalității în anul 2015 din țara noastră, a înregistrat cele mai mici rate în județele Brăila (6,3% locuitori), Caraș-Severin (6,4% locuitori), Vâlcea (6,7% locuitori), Teleorman (6,7% locuitori), Olt (6,8% locuitori), Mehedinți (7,2% locuitori) și Hunedoara (7,2% locuitori). O rată mai mare se constată în județele: Ilfov (11,3% locuitori), Slănic (10,0% locuitori), Suceava (9,9% locuitori), Bistrița-Năsud (9,8% locuitori), Iași (9,4% locuitori), Harghita (9,3% locuitori), Brașov (9,3% locuitori) (vezi fig. nr. 10) [1].

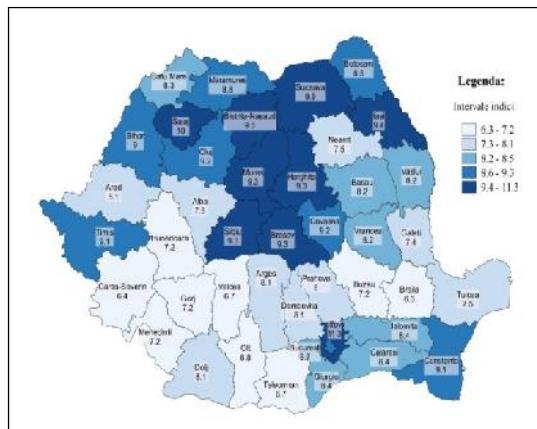


Fig. nr. 10 Rata natalității în România în anul 2015 [1]

Dinamica natalității pe medii:

La nivelul ţării, cele mai mari rate au fost înregistrate în rural, acestea fiind în toți anii (2006 – 2015) peste media pe țară .[1]

Dinamica natalității pe regiuni de dezvoltare: În ceea ce privește rata natalității pe regiuni de dezvoltare, graficul de mai jos arată că sunt zone unde rata natalității a scăzut înălțător, cum este zona Nord-Est (scăzută cu 2,4% la locuitori, de la 11,1% la locuitori în 2006 la 8,7% la locuitori în 2015) și zona de Sud-Est (scăzută cu 1,7% la locuitori, de la 9,5% la locuitori în 2006 la 7,8% la locuitori în 2015). În anul 2015 cele mai mici valori la nivel de regiune se înregistrează în Sud-Vest Oltenia (7,3% la locuitori), urmată de regiunea Sud-Est (7,8% la locuitori), iar cele mai mari valori de 9,1% la locuitori, se înregistrează în regiunile Nord-Vest și București-Ilfov. Raportat la media națională de 8,4% în 2015, sunt 4 zone cu rate sub media națională (Sud-Est, Sud-Muntenia, Sud-Vest Oltenia și Vest), iar restul regiunilor sunt peste medie.[1]

Dinamica natalității pe macroregiuni: Macroregiunile cu cele mai mici rate de natalitate sunt: reg.4 (Sud-Vest-Olténia; reg. Vest) și 3 (reg. București Ilfov; reg. Sud-Muntenia).[1]

Natalitatea în funcție de vîrstă mamei [1]:

Analizând în răsăritile de mai jos putem afirma că populația feminin din România are un comportament diferit față de cea din UE. Astfel, se constată că în România în anul 2014 s-a înregistrat cea mai mare pondere a mamelor care nasc la vîrstă sub 20 ani (10,0%), alături de Bulgaria (9,8%), în timp ce UE are o pondere de 2,9%, celelalte ţări situându-se mult sub această medie (fig. nr.11). În ceea ce privește ponderea mameelor cu vîrstă peste 35 ani, în Uniunea Europeană este de 22,9%, în timp ce în România ponderea lor este mult mai mică (13,9%) (fig. nr.12). [1]

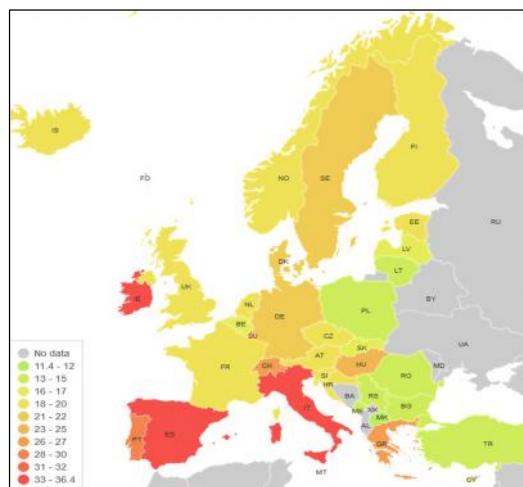


Fig. nr. 11 Procentul de născuți vii cu mame sub 20 de ani

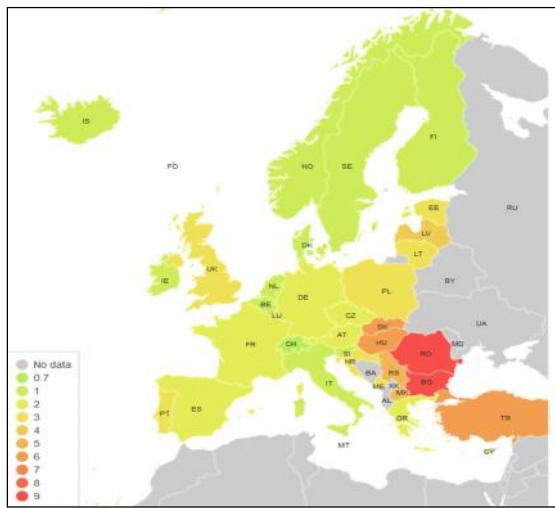


Fig. nr. 12 Procentul de născuți vii cu mame de 35 ani și peste în anul 2014

Sursă: ECHI (European Core Health Indicators) [1]

Sporul natural al popula iei:

Tab. Nr.9 Sporul natural în perioada 2013-2016, la %0 loc. în Timi	
2013	0,11
2014	-0,80
2015	-0,37
2016	1,00

La nivelul județului nostru, sporul natural a fost în perioada 2013 – 2015 în jur de 0 la 1000 locuitori (vezi tab. nr. 9). Doar în 2016 a ajuns la 1 la 1000 locuitori.

Pe plan național, ca urmare a dinamicii negative a natalit ii i mortalit ii generale, sporul natural a sc zut constant de la -1,7%o locuitori în anul 2006, la -3,3%o în 2015, el reprezentând de fapt un deficit de popula ie (fig. 10). Evolu ia natalit ii i mortalit ii generale au determinat în anul 2013 o u oar redresare a declinului sporului natural de la -54.435 (2012) la -42.293 locuitori. Sporul natural este un deficit de popula ie care se men ine în toat perioada studiat (2006-2015), începând cu anul 1992 sporul natural prezint valori negative. În 2015, deficitul de populaie crește la -73.625, astfel c indicele ajunge la cea mai mare valoare negativ înregistrat în intervalul studiat (-3,3%)[1].

Din perspectiva distribuției teritoriale, cel mai mare deficit de popula ie în anul 2015 a fost înregistrat în jude ul Teleorman, de (-10,2%o) locuitori, urmat de jude ele: Olt (-7,2%o), Brila (-7,2%o), Cara -Severin (-6,7%o), Giurgiu (-6,6%o) i Buz u (-6,6%o), iar un spor natural real de popula ie a fost înregistrat doar în jude ul Ilfov (1,5%o). Judetele care au înregistrat cele mai bune valoari al sporului natural,dar negative, au fost: Ia i (-0,5%o), Bistri a-N s ud (-0,6%o), Bra ov (-0,6%o), Suceava (-0,8%o) i Sibiu (-0,8%o)[1].

Dinamica sporului natural pe medii. În mediul rural sporul natural are valori între (-3,9%o) în 2008 i (-5,5%o) în 2015, iar în mediul urban are valori pozitive din 2006 pân în 2010, apoi devine negativ, înregistând cea mai mic valoare în 2015 (-1,6%o). [1]

Dinamica sporului natural pe regiuni. Judetele din regiunile Sud-Vest Oltenia, Sud-Muntenia i Vest au cel mai mare deficit al sporului natural, în aceste zone i mortalitatea fiind mai accentuat , iar natalitatea mai sc zut .[1]

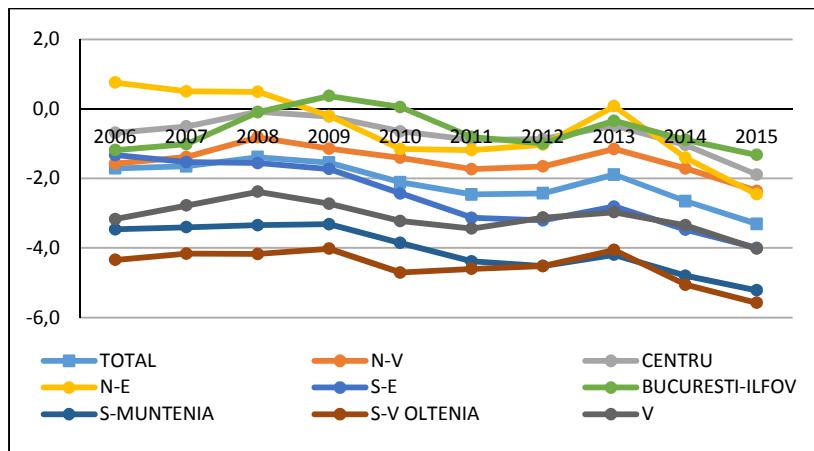


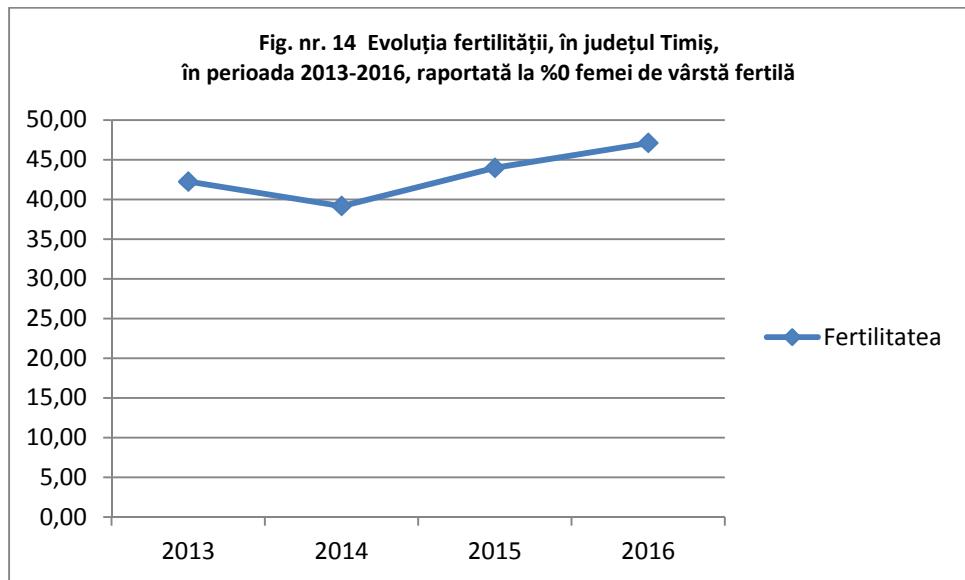
fig. nr. 13 Dinamica sporului natural pe regiuni în România în anii 2006-2015 [1]

Dinamica sporului natural pe macroregiuni: Macroregiunile cu cele mai mici rate ale sporului natural sunt macroregiunile 4 (reg. Sud-Vest-Olténia; reg. Vest) și 3 (reg. București-Ilfov; reg. Sud-Munténia).[1]

Fertilitatea generală :

Fertilitatea se definește ca numărul de născuți vii ce revin la 1000 femei de vîrstă fertilă, de 15-49 ani. În județul Timiș, ea a crescut cu aproximativ 5% în ultimul an (vezi tabel nr.10 și fig. nr.14).

Tb. Nr.10 Fertilitatea, în județul Timiș, în perioada 2013-2016, raportată la %0 femei de vîrstă fertilă			
2013	2014	2015	2016
42,24	39,16	43,96	47,09



Pe plan național, fertilitatea a fost în anul 2015 de 33,4% o femei de 15-49 ani, în timp ce în 2006 indicele a avut valoarea de 37,3% o femei de 15-49 ani. Trendul este descendente.

cele mai mici rate ale fertilității, în 2015 s-au înregistrat în județele Brăila (25,8%), Caraș-Severin (26,3%), Vâlcea (27,1%), Gorj (27,7%), Olt (27,8%), Galați (28,6%), Hunedoara (28,8%) iar rate mai mari în județele Ilfov (41,3%), Sălaj (40,9%), Suceava (39,4%), Bistrița-Năsud (39,0%), Mureș (37,6%) (vezi fig.15). [1]

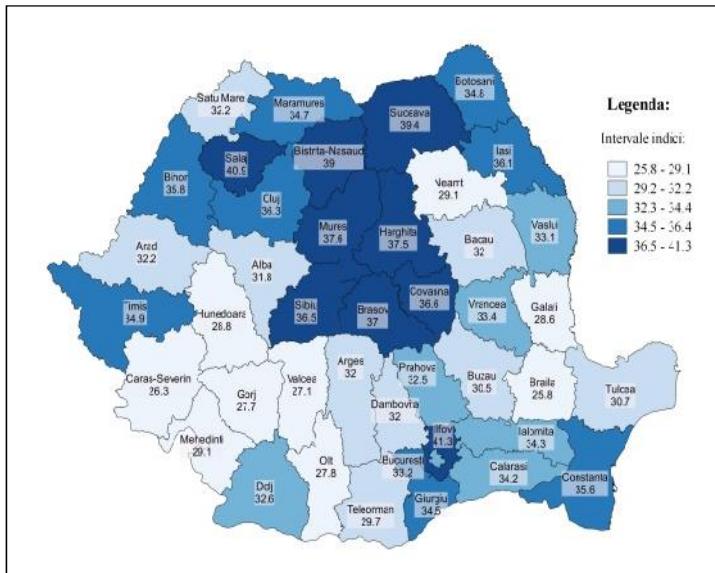


Fig. nr. 15. Rata fertilității în România în anul 2015[1]

Dinamica fertilității pe medii: În România, în mediul rural fertilitatea este mult mai mare decât media pe țar și faț de cea din mediul urban, din punct de vedere, ea scade de la 46,0% în 2006, la 36,9% în 2015[1].

Dinamica fertilității pe regiuni: Conform graficului de mai jos, cele mai afectate regiuni sunt cele de Sud-Vest Oltenia, Vest și de Sud-Est.[1]

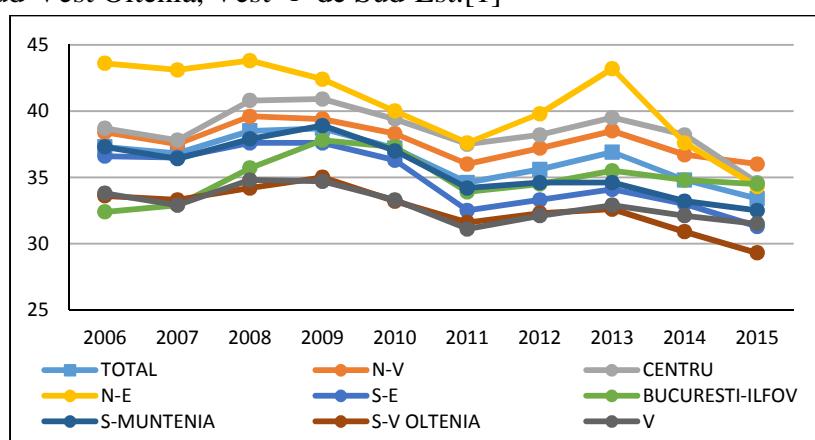


Fig. 16 Dinamica fertilității pe regiuni în România în perioada 2006-2015 [1]

Comparativ cu ţările UE, România are o rată mai mică a fertilității decât media UE, mai mare față de Ungaria și mai mică decât Bulgaria. Valori mai mici decât România înregistrează Spania, Portugalia, Italia, iar mai mari: Franța (cea mai mare rată din UE), Irlanda, Suedia, Anglia. Conform hărții de mai jos majoritatea ţărilor au valori mici.[1]

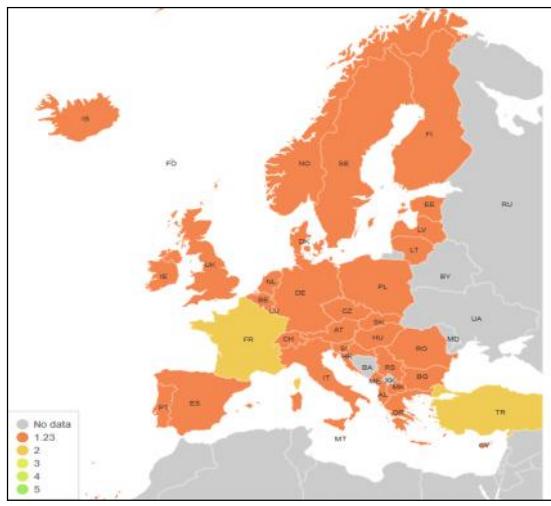


Fig. 17. Rata fertilității în țările Uniunii Europene în anul 2014
Sursa : ECHI (European Core Health Indicators)[1]

SITUAȚIA REPRODUCERII:

Avortul:

Avortul se referă la terminarea sarcinii, indiferent de cauză, înainte ca produsul de concepție să fie apt pentru viață extrauterină.

Tb. nr.11 Întreruperile de sarcină, în cifre absolute, pe medii și cauze, în perioada 2013-2016, în județul Timiș												
Cauza	2013			2014			2015			2016		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Total	1125	2685	3810	1378	1620	2998	1286	2725	4011	1229	1423	2652
La cerere	644	1921	2565	803	881	1684	786	1951	2737	692	735	1427
Avort incomplet	481	764	1245	575	739	1314	500	774	1274	537	688	1225
Avort provocat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tb. nr. 12 Întreruperile de sarcină, în procente, pe medii și cauze, în perioada 2013-2016, în județul Timiș												
Cauza	2013			2014			2015			2016		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Total	29,53	70,47	100,00	45,96	54,04	100,00	32,06	67,94	100,00	46,34	53,66	100,00
La cerere	16,90	50,42	67,32	26,78	29,39	56,17	19,60	48,64	68,24	26,09	27,71	53,81
Avort incomplet	12,62	20,05	32,68	19,18	24,65	43,83	12,47	19,30	31,76	20,25	25,94	46,19
Avort provocat	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

După cum putem observa, numărul întreruperilor de sarcină este mai mare în mediul urban, cele mai mari valori înregistrându-se în anii 2013 și 2015, majoritatea avorturilor fiind la cerere.

Fig. 18 Întreruperile de sarcin , în procente, pe medii, în perioada 2013-2016, în județul Timiș

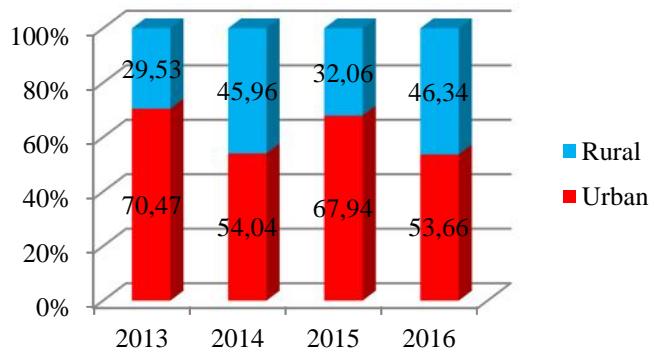
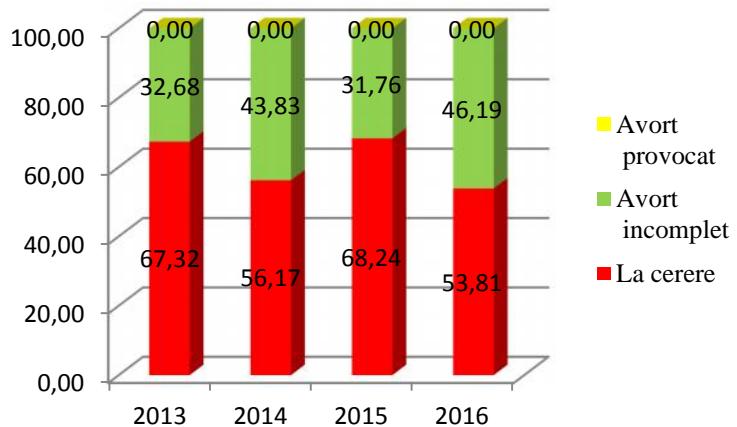


Fig. nr.19 Întreruperile de sarcin , în procente, pe cauze, în perioada 2013-2016, în județul Timiș



Tb. nr. 13 Întreruperile de sarcin , la 1000 femei între 15-49 ani, pe cauze, în perioada 2013-2016, în județul Timiș

Cauza	2013	2014	2015	2016
Total	19,70	15,49	20,70	13,67
La cerere	13,26	8,70	14,12	7,36
Avort incomplet	6,44	6,79	6,57	6,32
Avort provocat	0,00	0,00	0,00	0,00

Dacă raportul numărului de sarcini la 1000 de femei de vîrstă fertilă, valoarea cea mai mare o obținem tot în anul 2015, marea lor majoritate fiind la cerere (vezi tb. nr.13)

După cum putem observa, la nivelul județului Timiș, cele mai multe avorturi s-au efectuat în cabinetele publice, dar trebuie să luăm în calcul și faptul că cele din cabinetele private sunt subraportate (vezi tb. nr.14).

Pe plan național, numărul total al întreruperilor de sarcină în 2015 a fost de 70.885 (tabel 15). În anul 2015, cele mai multe întreruperi de sarcină au fost efectuate în județele: M. București, Timiș, Prahova, Brașov și Constanța, iar cele mai puține în Sălaj, Hunedoara, Bistrița-N., Satu-Mare, Tulcea (fig. 20). [1]

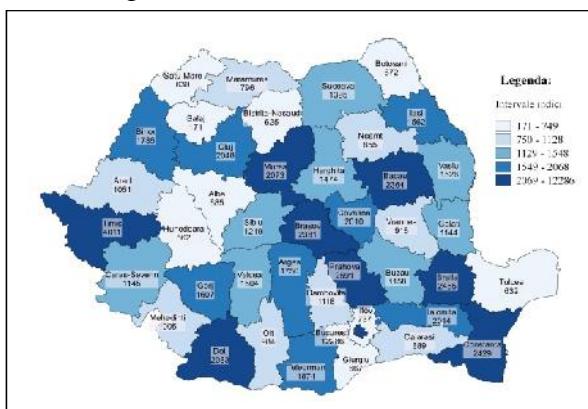


Fig.20 Întreruperile de sarcin în România în anul 2015 [1]

Întreruperile de sarcină au următoarea structură: la cerere, avort incomplet, avort provocat.[1]

Tabel 15. Dinamica întreruperilor de sarcin în anii 2006 – 2015 [1]

Anul	Intreruperi de sarcin						
	Total (cifre abs.)	La cerere (cifre abs.)	La cerere (la % din total)	Av.incomplet (cifre abs.)	Av.incomplet (la % din total)	Av.provocat (cifre abs.)	Av.provocat (la % din total)
2006	150246	97363	64,8	52830	35,2	53	0,04
2007	137226	85538	62,4	51640	37,6	48	0,03
2008	127907	76611	59,9	51266	40,1	30	0,02
2009	116219	66478	57,2	49688	42,8	53	0,05
2010	101915	54676	53,7	47185	46,3	54	0,05
2011	103386	60786	58,8	42517	41,1	83	0,08
2012	88135	50532	57,3	37484	42,5	119	0,14
2013	86432	49061	56,8	37339	43,2	32	0,04
2014	78371	44283	56,5	33971	43,4	117	0,15
2015	70885	41056	57,9	29820	42,1	9	0,01

Tabel 16. Dinamica întreruperilor de sarcin pe medii în România, în anii 2006-2015 [1]

Anul	Total-cifre absolute	Urban-cifre absolute	Urban-La % din total	Rural-cifre absolute	Rural-La % din total
2006	150246	77809	51,8	72437	48,2
2007	137226	70284	51,2	66942	48,8
2008	127907	66325	51,9	61582	48,1
2009	116219	59242	51,0	56977	49,0
2010	101915	52605	51,6	49310	48,4
2011	103386	53146	51,4	50240	48,6
2012	88135	45088	51,2	43047	48,8
2013	86432	43729	50,6	42703	49,4
2014	78371	39956	51,0	38415	49,0
2015	70885	36812	51,9	34073	48,1

Începând cu anul 2006, întreruperile de sarcin cunosc un trend descendant, ajungând în 2015 la mai puțin de 50% din valoarea întreruperilor din 2006. [1]

Pe medii, cele mai multe întreruperi în 2015 sunt în mediul urban (51,9%), în timp ce în 2006 valoarea era mai crescut în rural (51,8%) (tabel 16).[1]

Numărul avorturilor efectuate în clinicele particulare nu se cunoaște cu exactitate. De aceea numărul actual al avorturilor din România, deja mare, este mult subevaluat. Rata avorturilor se menține încrezător, chiar în condițiile înființării centrelor și cabinetelor de planificare familială.[1]

Sarcina:

Sarcina în natură sunt fenomene naturale, nu reprezentă o boală.

Sarcina este starea fiziologică a femeii ajunsă la maturitate sexuală, prin care trupul și psihicul ei realizează armonia deplină, împlinirea menirii sale biologice și sociale, o perioadă de schimbări fizice și psihice. Sarcina este un proces fiziologic, o perioadă de aproximativ 9 luni (40 săptămâni) cuprinsă între fecundare și naștere.[1]

În județul Timiș, gravidele nou depistate, în cifre absolute, sunt mai multe în mediul urban; raportate la 1000 de femei de vîrstă fertilă, valorile cele mai mari le-am obținut pentru mediul rural (vezi tabelele nr.17 și 18 și fig. nr. 21).

Tab. nr.17 Gravidele nou depistate, în cifre absolute, pe medii, în perioada 2013-2016, în județul Timiș

Mediu	2013	2014	2015	2016
Total	7311	1767	7174	7140
Urban	4323	1038	4238	4216
Rural	2988	729	2936	2924

Tab. nr. 18 Gravidele nou depistate, la 1000 femei între 15-49 ani, pe medii, în perioada 2013-2016, în județul Timiș

Mediu	2013	2014	2015	2016
Total	37,81	9,13	37,02	36,82
Urban	35,25	8,52	35,02	35,22
Rural	42,24	10,15	40,34	39,39

Tab. Nr. 19 Numărul gravidelor nou depistate, pe grupe de vîrstă, în județul Timiș, în perioada 2013 - 2016, în cifre absolute

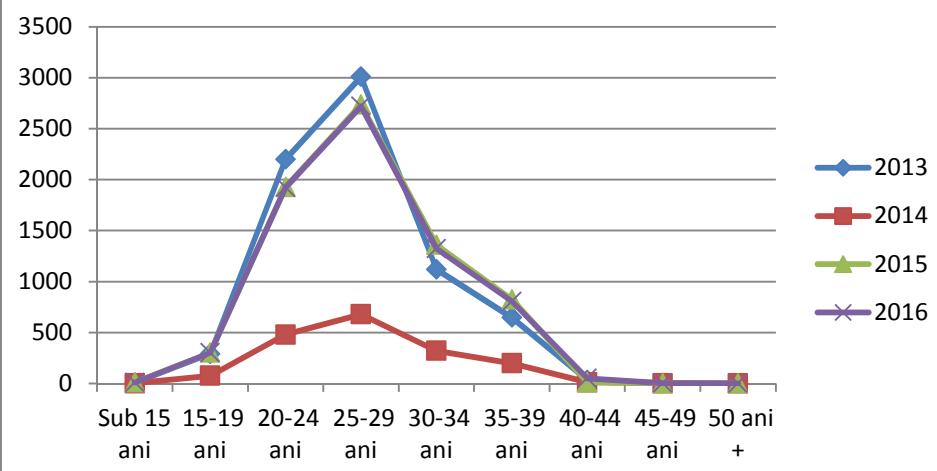
	Total	Sub 15 ani	15-19 ani	20-24 ani	25-29 ani	30-34 ani	35-39 ani	40-44 ani	45-49 ani	50 ani +
2013	7311	6	291	2200	3011	1118	648	33	4	0
2014	1767	2	76	479	679	320	198	11	2	0
2015	7174	11	301	1926	2737	1361	825	11	2	0
2016	7140	10	302	1924	2721	1323	806	50	4	0

Fig. nr. 21 Evoluția gravidelor nou depistate, la 1000 femei între 15-49 ani, pe medii, în perioada 2013-2016, în județul Timiș



Dacă analizăm numărul gravidelor nou depistate în funcție de grupa de vîrstă, cele mai multe s-au înregistrat la grupa de vîrstă 25-29 de ani, urmată de grupa 20 – 24 de ani (vezi tab. nr.19 și fig nr.22)

Fig. nr. 22 Gravidele nou depistate, în cifre absolute, pe grupe de vîrstă, în perioada 2013-2016, în județul Timiș



Pe plan național, scăderile ale numărului de gravide în mod continuu și alarmant, atrag după sine un fenomen demografic și anume îmbătrânirea populației, datorită modificării structurii pe vârstă a acesteia cu consecințe în viața socială, unde se modifică ratele de dependență precum și modelul ratelor de activitate ale populației active.[1]

Dacă în anul 2006, întreruperile de sarcină reprezentau 40,5% din total sarcini, în 2015 se ajunge la 27,4% din total. Procentul numărului de sarcini care sunt, însă, în numărul sarcinilor a scăzut considerabil (tabel 20).[1]

Tabel 20. Numărul de sarcini și ponderile lor din total sarcini în România, în anii 2006-2015 [1]

Anii	Total sarcini	Total sarcini					
		Prin natură				Prin întrerupere curs sarcină	
		N scăzute	%	N scăzute mort	%	Număr întreruperi	%
2006	370872	219483	59,2	1143	0,3	150246	40,5
2007	352963	214728	60,8	1009	0,3	137226	38,9
2008	350800	221900	63,3	993	0,3	127907	36,5
2009	339576	222388	65,5	969	0,3	116219	34,2
2010	314970	212199	67,4	856	0,3	101915	32,4
2011	300439	196242	65,3	811	0,3	103386	34,4
2012	290018	201104	69,3	779	0,3	88135	30,4
2013	294814	207611	70,4	771	0,3	86432	29,3
2014	274764	195612	71,2	781	0,3	78371	28,5
2015	258994	187372	72,3	737	0,3	70885	27,4

Numărul sarcinilor a scăzut considerabil în perioada 2006-2015, menținându-se însă aproximativ aceleași proporții pe grupe de vîrstă (tabel 20).[1]

Tabel 21. Numărul gravide nou depistate în România, în anii 2006-2015 [1]

Anii	Total gravide nou depistate	Grupa de vîrstă a gravidei								
		sub 15 ani	15-19 ani	20-24 ani	25-29 ani	30-34 ani	35-39 ani	40-44 ani	45-49 ani	50+ ani
2006	178160	649	20872	54271	59586	31355	10160	1200	66	1
2007	172376	643	19309	51963	56946	32035	9933	1492	51	4
2008	170795	619	17766	48559	56338	34972	10454	1999	86	2
2009	169266	683	17096	48967	56026	34535	9941	1906	112	0
2010	142728	524	13601	39645	47420	30072	9551	1805	108	2
2011	130756	588	13010	35314	39881	27567	11589	2566	238	3
2012	129380	619	12073	33849	42474	28366	10108	1816	70	5
2013	135615	734	12456	33499	45615	29035	12048	2134	90	4
2014	129723	654	12675	31160	44466	27897	11076	1726	68	1
2015	129729	511	10649	29434	44265	30416	12513	1847	87	7

MORTALITATEA

Mortalitatea generală :

Mortalitatea măsoară totalitatea deceselor în cadrul unei populații pe parcursul unei perioade definite de timp. Variază la ratele de mortalitate, în mare măsură, determinată nivelul sporului natural și al speranței de viață. La rândul ei, mortalitatea este indicatorul cel mai sensibil influențat de factori socio-economici și biologici (mediul ambiental, stilul de viață), precum și de serviciile de sănătate.[1]

Pe plan local, mortalitatea este în jur de 11 la 1000 de locuitori (vezi tabelul de mai jos).

Tab. nr. 22 Mortalitatea generală, în perioada 2013-2016, la %0 loc. în Timiș

2013	11,10
2014	11,06
2015	11,86
2016	11,27

La nivelul ţării, în anul 2015, numărul deceselor a fost de 260.997, ceea ce corespunde unei rate brute de mortalitate de 11,7‰ locuitori, reprezentând cea mai mare rată în intervalul studiat.[1]. Se remarcă în continuare în anul 2015 o supramortalitate masculină (135.697 decese - 12,5‰) în comparație cu cea feminină de 125.300 decese (11,0‰). [1]

În ceea ce privește mortalitatea pe medii, avem o mortalitate mai mare în mediul rural (138.505 decese - 14,3‰) decât în mediul urban (122.492 - 9,8‰). Fenomenul se poate datora îmbătrânirii populației mai ales în mediul rural, migrației populației tinere către zonele urbane în căutarea de locuri de muncă.[1]

Valori mai mari ale ratei brute de mortalitate în 2015 se constată în județele Teleorman (16,9‰), Giurgiu (15,0‰), Dolj (14,2‰), Olt (14,0‰), Caraș-Severin (14,0‰), iar cele mai mici rate în județele Ilfov (9,9‰), Iași (9,9‰), Brașov (9,9‰), Sibiu (10,0‰), Constanța (10,2‰) (fig. 23). [1]

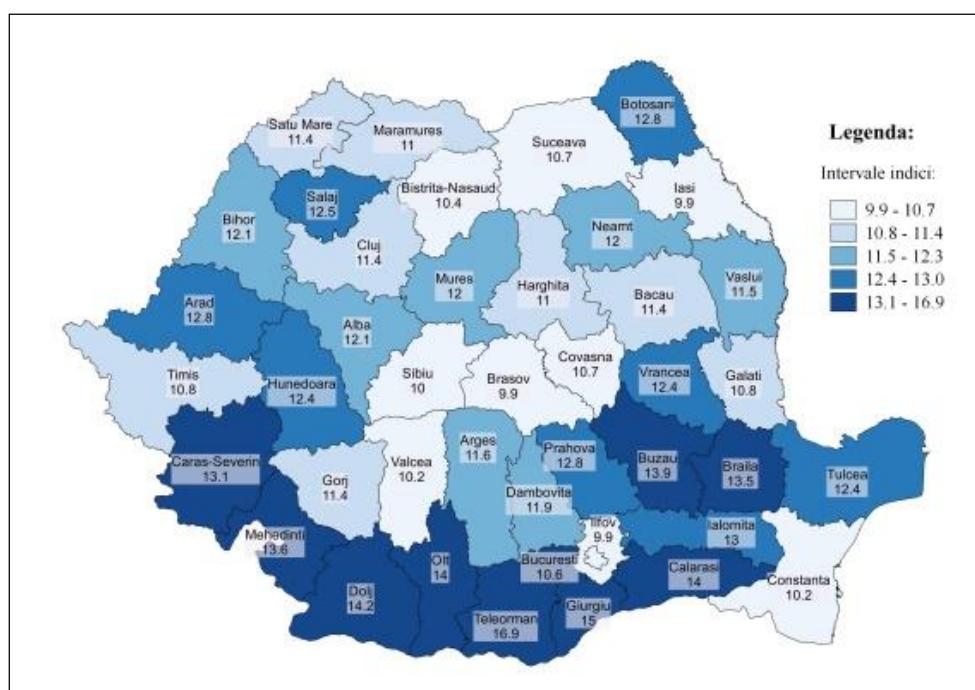


Fig. nr.23 Rata mortalității brute în România, în anul 2015 [1]

Regiunile cu cele mai mari rate ale mortalității sunt următoarele: regiunea Sud-Muntenia, Sud-Vest Oltenia și Vest.(figura nr.24)[1]

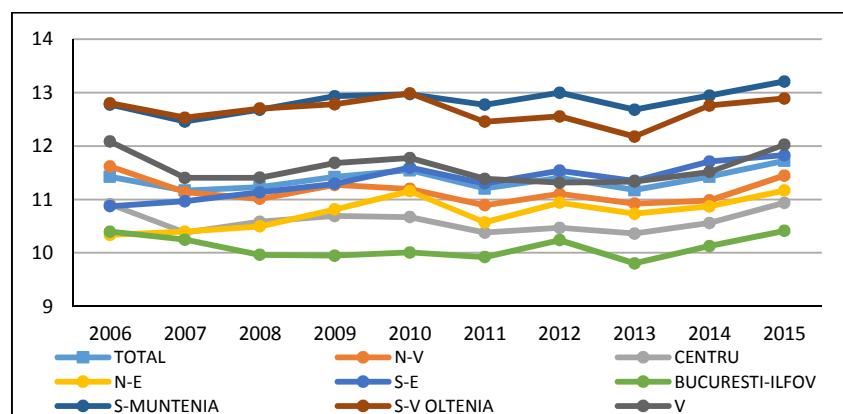
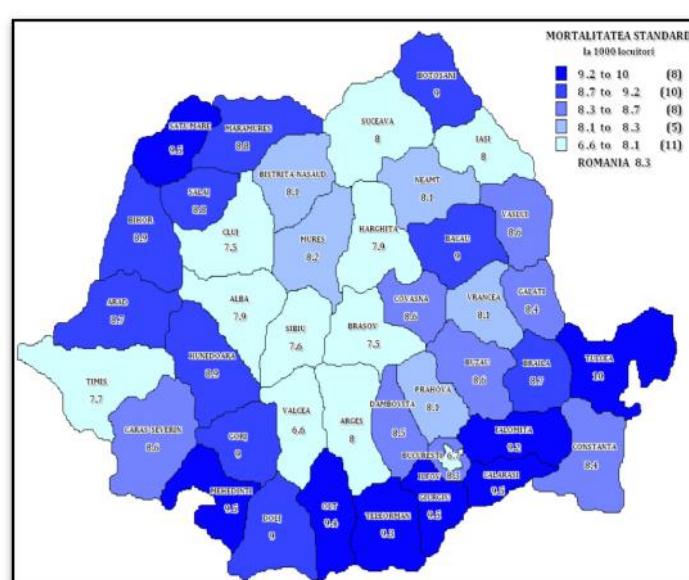


Fig. 24 Dinamica mortalității pe regiuni în România în perioada 2006-2015 [1]

Mortalitatea standardizată :

Pentru compararea nivelelor de mortalitate generală interjudețene și internaționale se utilizează rata standardizată de mortalitate (RSM), ratele brute de mortalitate generală nefiind comparabile. Calcularea unor rate standardizate permite compararea populațiilor, eliminând diferențele generate de structura diferită pe grupe de vîrstă. La nivelul județelor, rata mortalității standardizate urmează același trend descendente, de la 9,9‰ locuitori în 2006 la 8,4‰ locuitori în 2015.[1]

În anul 2015 valori mai mari ale mortalității standardizate se constată în județele Satu-Mare (9,9‰), Tulcea (9,8‰), Călărași (9,5‰), Dolj (9,4‰), Mehedinți (9,3‰), Bihor (9,2‰) iar cele mai mici rate în județele Vâlcea (6,4‰), Municipiul București (6,9‰), Brașov (7,5‰), Sibiu (7,6‰), Cluj (7,7‰), Timiș (8,0‰).(Fig. nr.25)[1] Conform valorilor RSM, în plan european, România se situează printre cele cu cele mai mari nivele ale tuturor de Ungaria, Bulgaria și Republica Moldova (care înregistrează cea mai mare rată a mortalității) (fig. 26). Rate mici ale mortalității se înregistrează în Spania, Luxemburg, Franță, Suedia.[1]



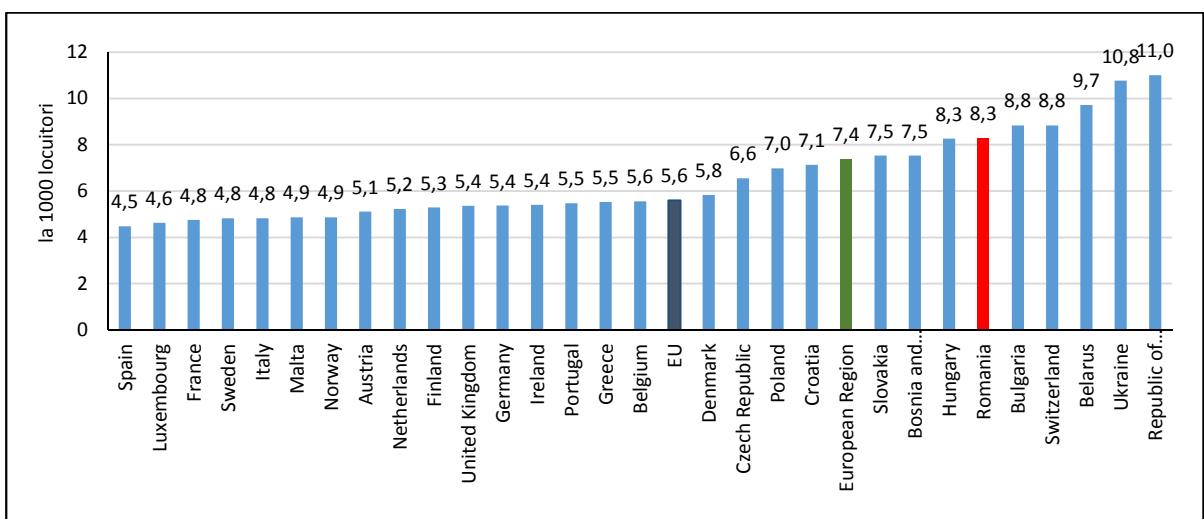


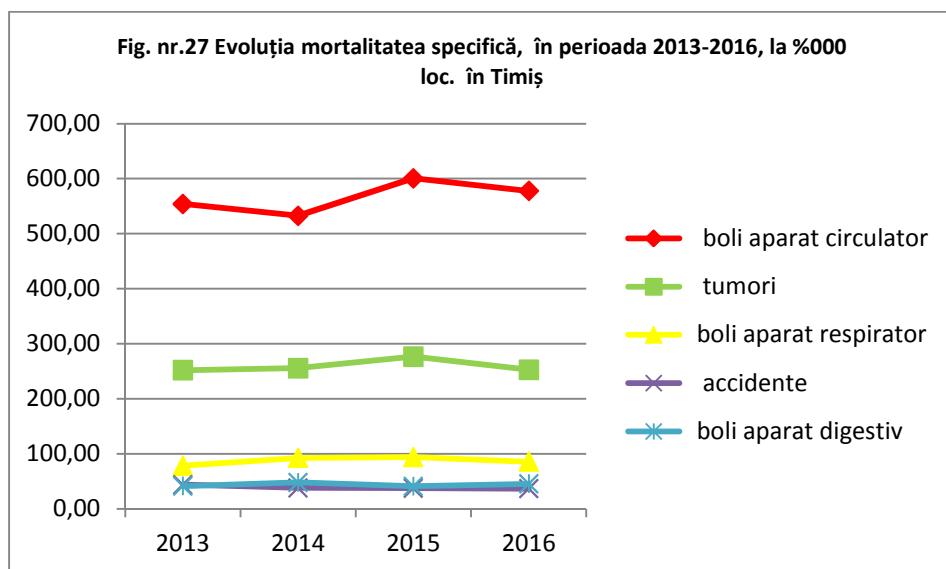
Fig. 26 Rata mortalității standardizate în țările Uniunii Europene, în jurul anului 2014 Sursa: (H.F.A. iulie 2016)[1]

Mortalitatea specific :

Mortalitatea specific pe cauze de deces identific principalele afecțiuni care generează decese, unele dintre ele prevenibile prin strategii preventive.

Tab. nr. 23 Mortalitatea specifică, în perioada 2013-2016, la %000 loc. în Timiș				
	2013	2014	2015	2016
boli aparat circulator	554,13	532,59	600,59	577,67
tumori	252,00	255,81	276,70	252,70
boli aparat respirator	78,11	92,53	93,99	85,58
accidente	44,02	38,01	37,62	36,54
boli aparat digestiv	41,16	47,89	41,13	45,27

La nivelul județului Timiș, cele mai multe decese sunt date de bolile aparatului circulator, urmate de tumori și boli ale aparatului respirator (vezi tab. nr.23 și figura nr.27)



La nivelul ţării, mortalitatea pe cauze de deces în perioada 2006-2015 prezintă aceeași evoluție multianuală, primul loc fiind ocupat de decesele prin boli ale aparatului circulator, urmate de tumori. Aparatul respirator a fost pentru o lungă perioadă de timp al treilea cauză de deces. În perioada studiată (2006-2015) bolile aparatului digestiv s-au situat pe pozitia a treia (excepție fiind în anul 2015), urmate de decesele prin boli ale aparatului respirator și apoi de decesele prin accidente (tabel 24). [1]

Tabel 24. Mortalitatea pe principalele cauze de deces în România, în anii 2006-2015 (la 100000 locuitori) [1]

Cauze de deces	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Boli aparat circulator	709,6	684,8	679,3	686,2	695,2	675,3	684,6	659,7	668,4	691,1
Tumori	201,2	201,1	206,2	210,4	211,2	215,5	219,0	222,4	226,8	230,4
Boli aparat digestiv	62,9	64,6	68,6	73,1	73,8	64,6	64,6	62,8	65,2	64,6
Boli aparat respirator	56,1	56,1	54,6	57,2	56,6	55,5	59,2	56,8	60,0	67,3
Accidente	56,5	54,3	56,8	54,1	53,5	46,9	47,3	45,1	44,6	43,7

Bolile ischemice defină o pondere mare în cadrul cauzelor de deces, la populația 0-64 ani, în România (36,67% 000 loc.). [1] Țara noastră are valori de două ori mai crescute față de media UE (16,08% 000 loc.) și a înregistrat o valoare a mortalității prin boli cerebro-vasculare (21,77% 000 loc.) de trei ori mai mare decât în UE (7,21% 000 loc.). (vezi tabel 25)[1]

Tabel 25. Rata mortalității standardizate prin boli ischemice ale miocardului și prin bolile cerebro-vasculare la populația de 0-64 ani, la început de secol XXI (la 100.000 locuitori) Sursă: (H.F.A. iulie 2016)[1]

Nr.crt.	RSM prin boli ischemice ale miocardului la pop.0-64 ani			Nr. crt.	RSM prin boli cerebro-vasculare la pop. 0-64 ani				
	Rate mari		Rate mici		Rate mari		Rate mici		
1	Ucraina	101,16	Franța	7,33	1	Republica Moldova	38,22	Luxemburg	2,13
2	Repubica Moldova	78,16	Olanda	7,60	2	Ucraina	34,49	Norvegia	3,24
3	Ungaria	44,33	Portugalia	8,73	3	Belarus	30,60	Franța	4,23
4	Regiunea europeană	40,03	Danemarca	9,47	4	Elveția	27,84	Austria	4,24
5	România	36,67	Norvegia	9,73	5	Bulgaria	27,84	Suedia	4,26
6	Slovacia	33,45	Italia	9,89	6	România	21,77	Spania	4,35
7	Elveția	31,03	Belgia	10,21	7	Regiunea europeană	18,09	Malta	4,38
8	UE	16,08	Spania	10,25	8	UE	7,21	Olanda	4,47

În profil teritorial, ratele specifice de mortalitate prin boli ischemice ale inimii sunt neuniform distribuite, astfel, valori crescute se înregistrează în județele: Bihor 447,8% 000 locuitori, Alba 384,6% 000 locuitori, Bistrița-Năsud 377,5% 000 locuitori, Mureș 355,0% 000 locuitori, Salaj 340,5% 000 locuitori, iar valori mai mici în județele: Iași 88,0% 000 locuitori, Constanța 119,4% 000 locuitori, Olt 145,7% 000 locuitori, Vâlcea 150,7% 000 locuitori, Vrancea 166,8% 000 locuitori. Diferențe mari, pot avea drept cauză, atât profilul demografic diferit al județelor, cât și diferențele în calitatea procesului de codificare a cauzelor de deces. [1]

În anul 2015 au decedat prin boli ischemice ale inimii la grupa de vîrstă 0-64 ani (decese care se încadrează la decese evitabile) 7.956 persoane, reprezentând 15,1% din decesele înregistrate în acest grup de boli. [1]

Mortalitatea prin boli ischemice ale inimii, la grupa de vîrstă 0-64 ani, este de 42,3% 000 locuitori, prezentând variații de la un județ la altul; astfel valori crescute sunt înregistrate în județele: Satu-Mare 76,4% 000 locuitori, Hunedoara 73,5% 000 locuitori, Alba 72,3% 000 locuitori, Bihor 68,3% 000 locuitori, Caraș-Severin 66,2% 000 locuitori, iar valori mai mici în județele: Iași 18,8% 000 locuitori, Vrancea 24,3% 000 locuitori, Constanța 25,0% 000 locuitori, Suceava 27,6% 000 locuitori, Neamț 28,5% 000 locuitori. [1]

Pe medii, în anul 2015 au decedat prin boli ischemice în urban 24.302 (193,5%ooo locuitori), din care la grupa de vîrstă 0-64 ani 4.228 (39,1%ooo locuitori), iar la 65+ ani 20.074 (1.152,4%ooo locuitori). În rural au decedat 28.384 (292,7%ooo locuitori), din care la grupa de vîrstă 0-64 ani 3.728 (46,7%ooo locuitori), iar la 65+ ani 24.656 (1444,0%ooo locuitori).[1]

Pe regiuni, în anul 2015 cele mai mari rate ale mortalității prin boli ischemice au fost înregistrate în: regiunea Centru, Nord-Vest și Vest, având valori peste media pe țară la grupele de vîrstă 0-64 și 65+. Cea mai mică rată a fost înregistrată în regiunea Sud-Est.[1]

În anul 2015 au decedat 44.306 persoane prin boli cerebro-vasculare (199,04%ooo locuitori), reprezentând aproximativ o treime din decesele înregistrate prin boli ale aparatului circulator.[1]

În profil teritorial, decesele prin boli cerebro-vasculare nu sunt uniform distribuite în teritoriu, astfel, valori crescute se înregistrează în județele: Teleorman 478,0%ooo locuitori, Dolj 379,0%ooo locuitori, Giurgiu 375,0%ooo locuitori, Olt 370,8%ooo locuitori, Gorj 352,5%ooo locuitori, iar valori mai mici în județele: Timiș 94,5%ooo locuitori, Sibiu 106,1%ooo locuitori, Iași 107,0%ooo locuitori, Constanța 108,3%ooo locuitori, Alba 122,9%ooo locuitori. Diferențele foarte mari înregistrate în raportarea deceselor prin boli cerebro-vasculare pot fi reale, însă există și posibilitatea de codificare greșită respectarea reglementărilor OMS de codificare a cauzei de deces. [1]

În anul 2015 au decedat prin boli cerebro-vasculare la categoria de vîrstă 0-64 ani (decese care se încadrează la decese evitabile) 4.583 persoane, reprezentând 10,8% din decesele înregistrate în această categorie. [1]

În profil teritorial, decesele prin boli cerebro-vasculare la grupa de vîrstă 0-64 ani cu o rată medie de 24,4%ooo locuitori, nu sunt uniform distribuite în teritoriu; astfel, valori crescute se înregistrează în județele: Ialomița 41,3%ooo locuitori, Gorj 41,1%ooo locuitori, Dolj 40,8%ooo locuitori, Olt 40,3%ooo locuitori, Cluj 39,6%ooo locuitori, iar valori mai mici în județele: Galați 12,7%ooo locuitori, Iași 13,0%ooo locuitori, Sibiu 15,1%ooo locuitori, Alba 15,6%ooo locuitori, Argeș 15,8%ooo locuitori. Toate aceste decese au valori mai mari în județele din zona de sud a țării, acolo unde ratele de mortalitate sunt cele mai mari[1].

Pe medii, în anul 2015, au decedat prin boli cerebro-vasculare în urban 18.574 (147,9%ooo locuitori), din care la grupa de vîrstă 0-64 ani 2.270 (21,0%ooo locuitori), iar la 65+ ani 16.304 (936,0%ooo locuitori). În rural au decedat 25.732 (265,3%ooo locuitori), din care la grupa de vîrstă 0-64 ani 2.313 (28,9%ooo locuitori), iar la 65+ ani 23.419 (1371,6%ooo locuitori).[1]

Pe regiuni, în anul 2015 cele mai mari rate ale mortalității prin boli cerebro-vasculare au fost înregistrate în regiunile Sud-Vest Oltenia și Sud-Muntenia, având valori peste media pe țară la grupele de vîrstă 0-64 și 65+. Cea mai mică rată a fost înregistrată în regiunea Centru.[1]

Rata mortalității generale a populației este influențată semnificativ de o multitudine de factori:

- de structura pe vîrstă a populației: cu cât populația este mai tânără, cu atât mortalitatea generală este mai redusă;

- de tipul de morbiditate înregistrat în populația respectivă : prevalența a ridicat a bolilor cronice degenerative predispune la un nivel mai ridicat al mortalității generale;
- de nivelul de dezvoltare socio-economică și de nivelul de trai: rile dezvoltate au o mortalitate generală mai redusă, în ciuda ponderii importante a populației vîrstnice;
- de gradul de dezvoltare a serviciilor medicale și, în special, asistența de urgență și îngrijirile la domiciliu;
- de nivelul de educație și instruire a populației.[1]

Tabelul 26 arată valoarea ratelor mortalității specifice calculate ca rat brut și rat standardizat, precum și anii pierduți prin decese de diferite cauze. În anul 2015, cele mai mari pierderi (număr de ani potențiali de viață) au fost cauzate de bolile aparatului circulator, tumorii și accidente. Din cauza deceselor premature (evitabile) se înregistrează numeroși ani de viață pierduți, cei mai mulți prin decese cauzate de boli ale aparatului circulator, urmate de decesele prin tumorii.[1]

Tabel 26. Ratele brute și standardizate ale mortalității pe principalele cauze de deces și anii de viață pierduți din cauza decesului în România, în anul 2015 (la 100000 locuitori)[1]

	Boli aparat circulator	Tumori	Boli aparat respirator	Accidente	Boli aparat digestiv
Rata brut	691,7	230,6	67,4	43,7	64,6
Rata standardizat	455,9	177,5	50,3	39,0	51,4
Anii pierduți de viață	793450,3	669217,7	171832,9	251194,4	212725,2

Valorile înregistrate pentru România sunt mari în comparație cu rile dezvoltate din Europa.

Tendința evidentă de îmbătrânire a populației impune atât măsurări coerente de control și prevenție a bolilor specifice vîrstei a treia, dar mai ales stimularea (prin diverse facilități) a creșterii natalității.[1]

Mortalitatea infantilă :

Mortalitatea infantilă este un indicator de bază al situației economico-sociale și de mediu al unei comunități umane, care ia în calcul decesele 0-1 an (de la naștere la 364 de zile). Raportarea sa la 1000 de scuți vîzi din aceeași perioadă (de regulă 1 an calendaristic) și teritoriu (în care prin teritoriu se înțelege locul de rezidență și locul decesului). Acest indicator nu trebuie confundat cu Rata mortalității specifice pe aceeași grup de vîrstă (numărul de decese la 1.000 locuitori care împlinesc vîrstă 1 an, în cursul anului calendaristic în care se efectuează observarea fenomenului). Colocviul termenul de mortalitate infantilă (fenomen reprezentat de decesele persoanelor în vîrstă de mai puțin de 1 an, înregistrate într-o anumită perioadă de timp), mai este întărit cu sensul de rată a mortalității infantile.

Indicatorul este o componentă semnificativă a mortalității generale și cel mai bun indicator al dezvoltării sociale și economice. Într-o mare măsură, sănsele de a supraviețui a nou-născutului în primul an de viață determină speranța de viață la naștere a unei populații. Împreună, mortalitatea infantilă și speranța de viață la naștere (durata medie a vieții) sunt cei mai sensibili și mai frecvenți utilizări indicatori care caracterizează nivelul de dezvoltare socio-economică și starea de sănătate a populației.

Caracterizarea analitică a ansamblului aspectelor care fac obiectul analizei fenomenului necesită, într-o primă etapă, determinarea intensității mortalității infantile, ulterior, analiza se face pe grupe de vîrstă și pe cauze de deces prezintând o importanță particulară.

În practică se urmărește, mai ales, cunoașterea intensității mortalității în prima săptămână și, respectiv, prima lună de viață, precum și în intervalul 1 – 11 luni. Se stabilesc, astfel, pe grupe de vîrstă :

Rata mortalității neonatale precoce (0-6 zile)

Rata mortalității neonatale (0-29 zile)

Rata mortalității postneonatale (1 lună -364 zile)

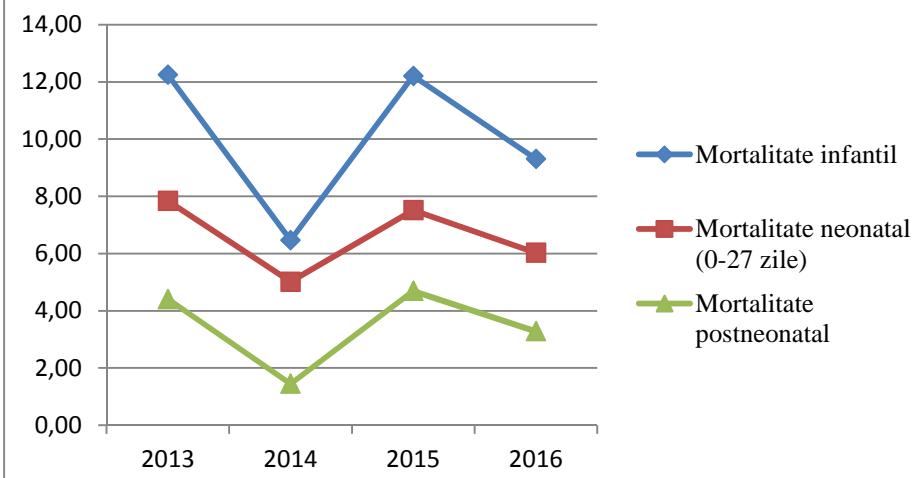
Mortinatalitatea se referă la numărul morților raportat la 1000 de nașuți vii și nu scăzut în perioadă de timp, pe un anumit teritoriu.[2]

La nivelul județului nostru, rata mortalității infantile a fost în jur de 12 la 1000 de nașuți vii. În anul 2016 a scăzut la 9,31% de nașuți vii. Majoritatea dintre noi nașuți au murit în prima lună de la naștere, valorile mortalității neonatale fiind mai mari decât cele ale mortalității postneonatale și mai exact au decedat cei mai mulți în primele 6 zile de la naștere (vezi tabel nr.27 și fig. nr.28). Acest lucru ne arată că există deficiențe în ceea ce privește dispensarizarea femeii gravide și asistarea ei la naștere.

Tab. Nr. 27 Mortalitatea la copiii până la 1 an, raportat la 1000 nașuți vii, în județul Timiș în perioada 2013 - 2016

	2013	2014	2015	2016
Mortalitate infantil	12,24	6,47	12,21	9,31
Mortalitate neonatală precoce (0-6 zile)	5,63	2,51	4,34	4,16
Mortalitate neonatală (0-27 zile)	7,84	5,01	7,51	6,02
Mortalitate postneonatală	4,41	1,45	4,70	3,28
Mortinatalitate	2,08	5,15	4,34	4,49

Fig. nr. 28 Evoluția mortalității la copiii până la 1 an, raportat la 1000 nașuți vii, în județul Timiș, în perioada 2013 - 2016



Mortinatalitatea este în jur de 4 la 1000, adică la 1000 de nașteri avem aproximativ 4 copii născuți morți. Mortalitatea maternă a fost zero în toată această perioadă de timp, adică la naștere, în județul nostru, nu a murit nici o mamă, în perioada 2013 – 2017.

Rata mortalității infantile din România este cea mai mare pe plan european (fig. 29). În anul 2013, al treilea Bulgaria (care a înregistrat valori mai mici cu 1,9 decât România) și Ungaria (cu valori mai mici cu 4,2 decât România), România are valori cu 5,5 mai mari comparativ cu media UE. Valori mici la nivel european, mult sub medie se înregistrează în Cipru, Finlanda, Spania, Suedia, Italia.[1]

În România cele mai mari rate ale mortalității infantile în anul 2015 s-au înregistrat în județele Tulcea (15,2%), Caraș-Severin (12,8%), Cluj (12,7%), Mehedinți (12,6%), Dolj (10,5%), iar cele mai mici rate în județele Municipiul București (4,9%), Brăila (5,7%), Galați (6,0%) și Vâlcea (6,3%) și Giurgiu (6,4%).[1]

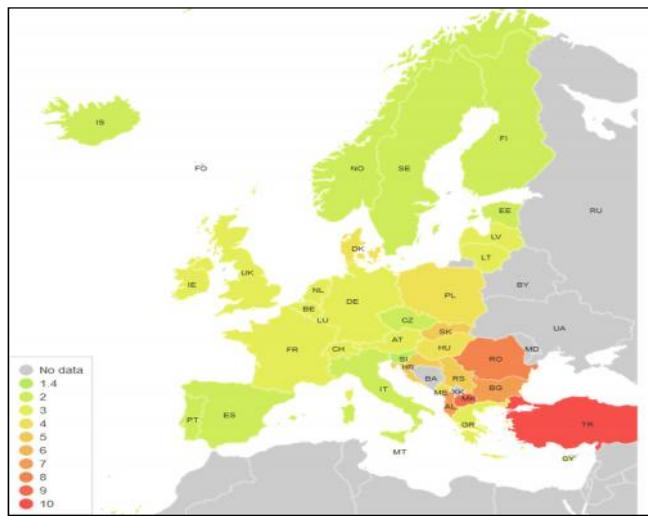


Fig. 29 Rata mortalității infantile în țările Uniunii Europene, în anul 2014 Sursa: ECHI (European Core Health Indicators)[1]

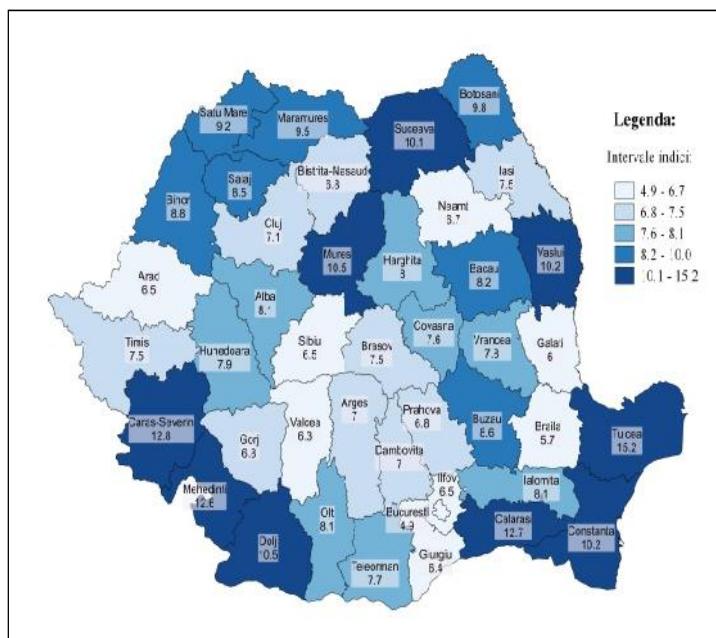


Fig. 30 Mortalitatea infantilă în România, în anul 2015

Pe medii, mortalitatea infantilă este mult mai mare în mediul rural decât în mediul urban.[1] Mortalitatea infantilă în mediul rural este mai mare decât în mediul urban, din cauza condițiilor de viață uneori precare, a nivelului mai scăzut de educație și cunoștințe despre sănătatea copilului ale persoanelor din mediul rural, dar și datorită accesului mai redus la servicii de sănătate.[1]

Pe plan național, mortalitatea infantilă la sexul masculin prezintă un nivel mai înalt decât la sexul feminin (tab. 28).[1]

**Tabel 28. Mortalitatea infantil (0-1 an) la 1000 născuți vii pe sexe și medii în România, în anii 2006-2015
(la 1000 născuți vii)[1]**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	13,9	12	11	10,1	9,8	9,4	9,0	8,1	8,4	8,0
Urban	11,2	10,2	8,5	8,1	7,7	7,5	6,6	6,5	6,2	6,3
Rural	17,1	14,1	14	12,6	12,3	11,8	11,8	10,0	10,9	10
Masculin	15,1	13,4	12,4	11,2	10,9	10,6	9,6	8,9	9,7	8,7
Feminin	12,6	10,5	9,5	8,9	8,6	8,2	8,4	7,3	6,9	7,2

Regiunile cu cele mai mari rate ale mortalității sunt conform graficului de mai jos regiunea Sud-Est, Nord-Est și Sud-Vest Oltenia. Cele mai mici rate se înregistrează în: reg. București – Ilfov (fig.31)[1]

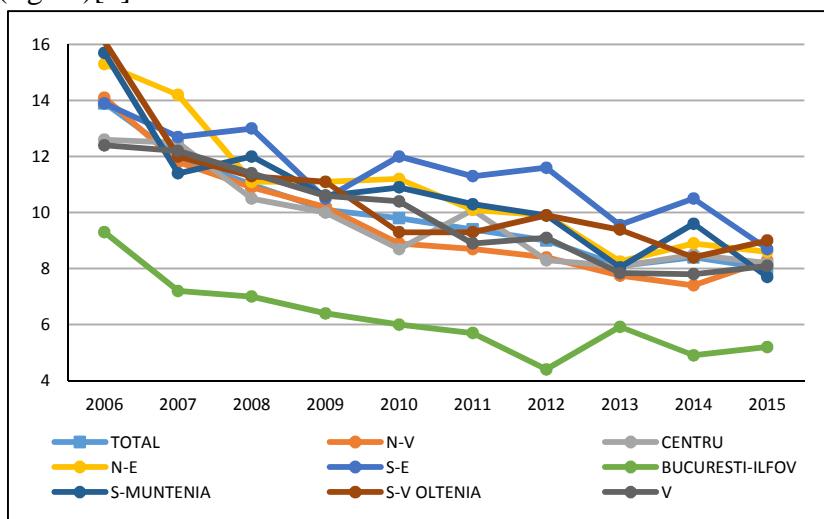


Fig. 31 Dinamica mortalității infantile pe regiuni în România în perioada 2006-2015[1]

În România, în cadrul mortalității infantile, mortalitatea neonatală precoce (0-6 zile) scade în 2015, iar cea neonatală (din prima lună de viață) scade comparativ cu 2014, însă ambele au un trend descendente începând din 2006.[1].

Tot la noi în țară, mortalitatea infantilă postneonatală (28-365 zile) de către scădere este încă foarte ridicată și reprezintă aproape jumătate din decesele înregistrate la copiii sub 1 an, care se înregistrează după prima lună de viață, ceea ce înseamnă mari deficiențe în educația sanitată a mamelor respective privind creația și îngrijirea copilului, a scăderii nivelului de trai și, bineînțeles, a supravegherii insuficiente din partea personalului medical; mortalitatea postneonatală cunoaște o tendință de scădere în intervalul de timp 2006-2015, de la 6,2‰ la 3,4‰ în scurtă vreme. [1]

În 2015, rata cea mai mică de 1,2% din scutii s-a înregistrat în județul Vrancea, iar cele mai mari valori s-au înregistrat în județele Cluj (7,1% din scutii), Mureș (7,1% din scutii), Tulcea (7,1% din scutii), Ialomița (5,7% din scutii), Dolj (5,6% din scutii) și Caraș-Severin (5,2% din scutii).[1]

Comparând cu celelalte ţări din Regiunea Europa i membre ale UE, România are valori mari ale ratelor mortalităţii infantile precoce, ocupând locul doi, după Malta, fiind urmată de valoarea medie pentru regiunea Europa și mult mai mare față de valoarea din UE. Valori mari ale acestui indicator se înregistrează și în Bulgaria, Anglia, Ungaria, și valori mici în Cipru, Estonia, Suedia.(figura 32)[1]

Cele mai frecvente cazuri în cadrul mortalității infantile sunt datorate mortalității neonatale (0-27 zile). În ceea ce privește cauzele de deces, principala cauză de deces este prin cauze perinatale, urmată de decese prin boli ale aparatului respirator și anomalii congenitale (tabel nr.19)[1]. În rile europene occidentale, decesele infantile prin boli ale aparatului respirator sunt mult mai puțin frecvente, fiind considerate drept decese evitabile.[1]

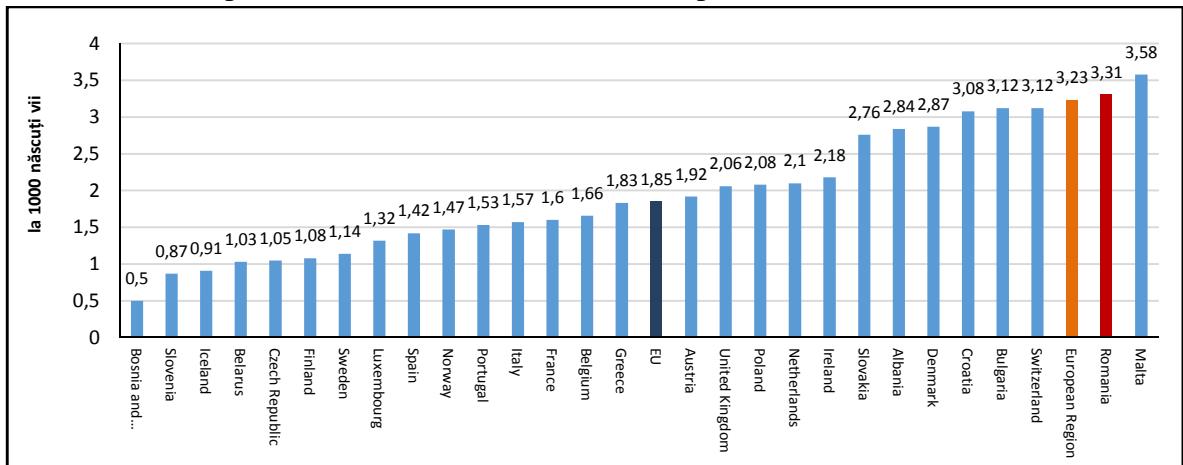


Fig. 32 Mortalitatea 0-6 zile în rile Uniunii Europene, în jurul anului 2014 Sursa: (H.F.A. iulie 2016)[1]

Tabel 19. Mortalitatea infantilă pe principalele cauze de deces în România, în anii 2006-2015
- număr decedați sub 1 an la 1000 născuți vii -[1]

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total, din care:	13,9	12	11	10,1	9,8	9,4	9,0	8,1	8,4	8,0
aparatul respirator	3,8	3,4	3,3	2,9	2,8	2,6	2,6	2	2	1,9
cauze perinatale	5,3	4,5	3,9	3,6	3,4	3,4	3,1	3,2	3,3	2,9
anomalii congenitale	3,1	2,7	2,4	2,4	2,4	2,2	2,1	1,9	1,8	1,9
boli infecțioase și parazitare	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
aparatul digestiv	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2
accidente, otră viri	0,6	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3

Mortinatalitatea: În România, rata mortinatalității are o tendință să scade, având valoarea de 3,9 la 1000 nașuți vii în anul 2015, față de anul 2006 în care se atingea valoarea de 5,2% la 1000 nașuți vii în morții[1]. Județele cu cele mai mari rate de mortinatalitate în 2015 au fost: Covasna (7,6%), Cluj (7,0%), Satu-Mare (7,0%), Arad (6,7%), Suceava (6,2%), Mureș (5,9%), iar cu cele mai mici rate, județele: Dolj (0,2%), Olt (1,3%), Brașov (1,5%), Ilfov (1,6%), Cluj (2,1%), Iași (2,3%) (fig. 33).[1]

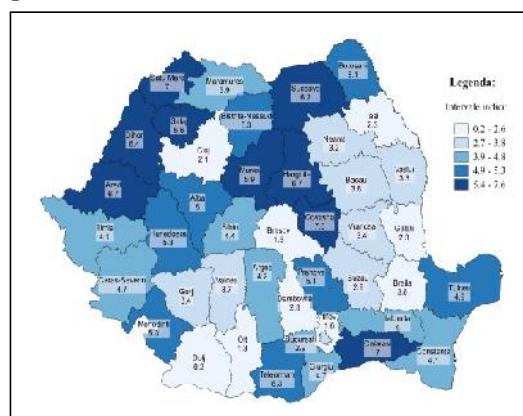
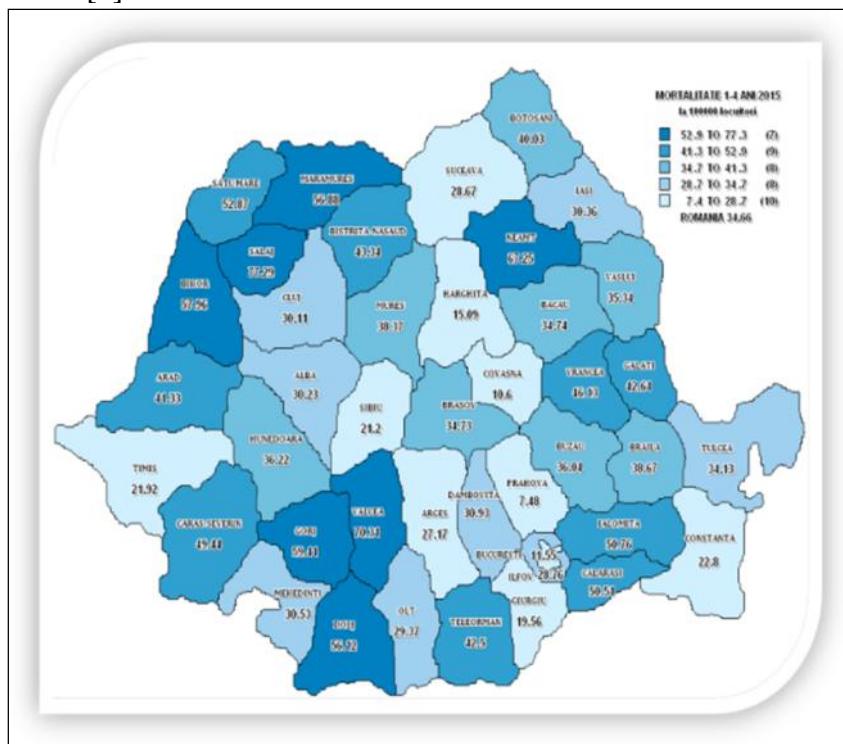


Fig.33 Mortinatalitatea în România, în anul 2015 [1]

În ceea ce privește repartitia pe medi, indicele de mortalitate scade sau nu în 2015 comparativ cu 2014 în mediul urban și rămâne constant în mediul rural și repartitia pe sexe arată că indicele de mortalitate scade sau nu în 2015 comparativ cu 2014 pentru sexul masculin, și crește puțin la sexul feminin [1].

Mortalitatea copiilor 1-4 ani:

Mortalitatea copiilor 1-4 ani reprezintă numărul de decese din perioada 1-4 ani, raportat la populația de aceeași vîrstă. Este un indicator studiat de Organizația Mondială de Sănătate, care se referă la sănătatea copiilor mici, influențată de în cea mai mare măsură de îngrijirile mamei, dar și de supravegherea copilului mic de către personalul sanitar. În țara noastră, rata deceselor copiilor 1-4 ani s-a îmbunătățit în perioada 2006-2015, dar este încă mare, de 34,7‰ copii 1-4 ani în anul 2015 față de la 61,0‰ copii 1-4 ani, valoare înregistrată în 2006 [1].



Dinamica mortalității infantile pe regiuni arată că regiunile cu cele mai mari rate ale mortalității sunt conform graficului de mai jos regiunea Sud-Est, Nord-Est și Centru. Cele mai mici rate se înregistrează în: reg. București – Ilfov (fig.35).[1]

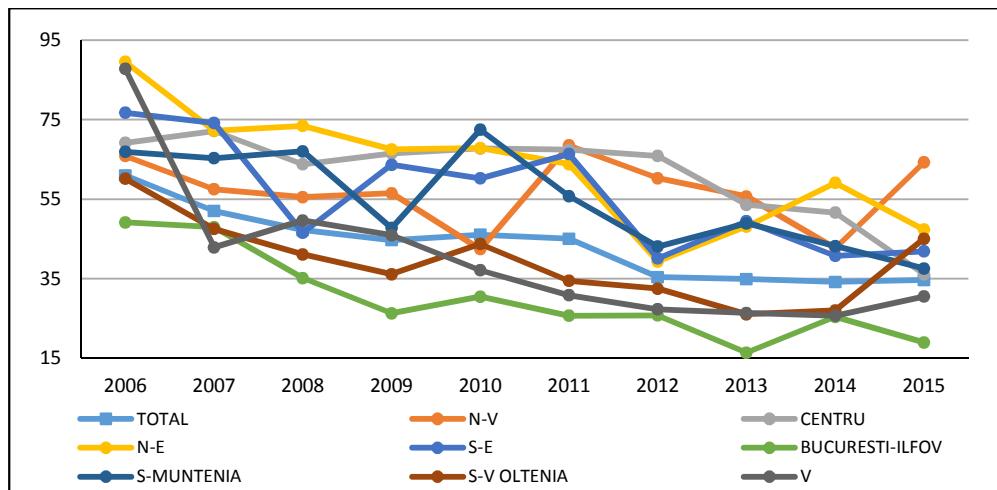


Fig. 35 Dinamica mortalității 1-4 ani pe regiuni în România în perioada 2006-2015[1]

Urmărind ratele de mortalitate specifică la copii de vîrstă 1-4 ani pe cauze de deces, în România: primul loc e ocupat de accidente, următoarele bolile respiratorii, tumorile, anomalii congenitale, bolile sistemului nervos, toate având valori mult mai scăzute în 2015 comparativ cu 2006 (tabel 21, fig. 36).[1]

Tabel 21. Mortalitatea copiilor 1–4 ani, pe primele cauze de deces în România, în anii 2005–2014
- la 100.000 copii de vîrstă 1–4 ani –[1]

Cauze deces	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Leziunile traumaticice	21,4	16,1	15,2	14,9	13,4	14,7	9,5	12,1	9,8	11,4
Boli ale aparatului respirator	13,7	12,3	12,3	9,3	13,3	11,5	10,6	8,2	9,3	8,2
Anomalii congenitale	8,4	8,4	5,6	6,7	4,9	5,7	5,2	3,5	3,6	3,0
Tumori	5,7	6,6	6,4	5,2	5,2	4,0	3,5	3,6	3,4	3,9
Boli ale sistemului nervos	4,6	4,0	3,8	2,8	4,3	3,8	2,1	2,8	2,7	3,1

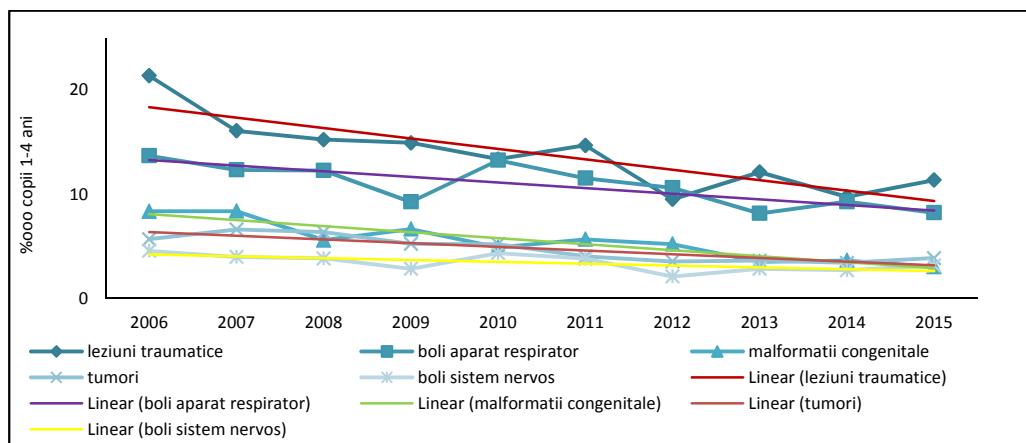


Fig. 36 Mortalitatea copiilor 1–4 ani pe primele cauze de deces în România, în anii 2006–2015 [1]

Mortalitatea maternă :

Decesul matern este decesul unei femei în cursul sarcinii sau într-o perioadă de 42 zile de la terminarea sa (oricare ar fi durata sau localizarea sarcinii, prin orice cauză determinată sau agravată de sarcină sau de îngrijirile pe care aceasta le-a solicitat) și 30 de zile post-abortum.[1]

În România, rata mortalității materne în anul 2015 a fost de 0,15 la 1000 nașuți vii, având aceeași valoare cu cea din anul 2006. Valori crescute au fost înregistrate în intervalul studiat în anul 2009 (0,21% la 1000 nașuți vii), în 2010 (0,24% la 1000 nașuți vii) și în 2011 crescând la 0,26% la 1000 nașuți vii, înregistrând valori diferite pe cele două componente: risc obstetrical-cauze directe și avort (fig. 37).[1]

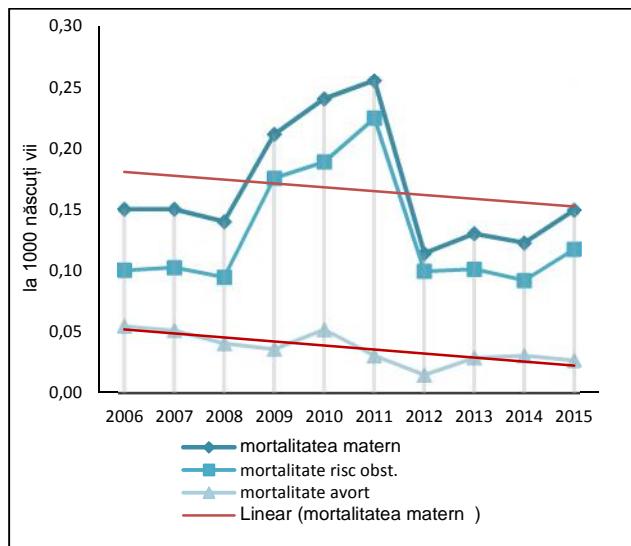


Fig. 37 Mortalitatea maternă în România, în perioada 2006-2015[1]

Pe plan european, de înem o rată mare de mortalitate maternă (fig. 38). Cele mai mari rate se înregistrează în Letonia, Luxemburg, Ungaria, apoi România și Regiunea Europa. UE înregistrează valori mici comparativ cu România. Valori mici se înregistrează în Malta, Slovenia, Grecia, Spania etc.[1] Deși, în conformitate cu definiriile OMS în vigoare, decesele prin risc obstetrical direct, risc obstetrical indirect și cele prin avort se includ în calculul mortalității materne, nu toate rile includ și decesele prin risc indirect în calculul mortalității materne. De aceea, comparațiile cu celelalte rile pot să fie distorsionate.[1]

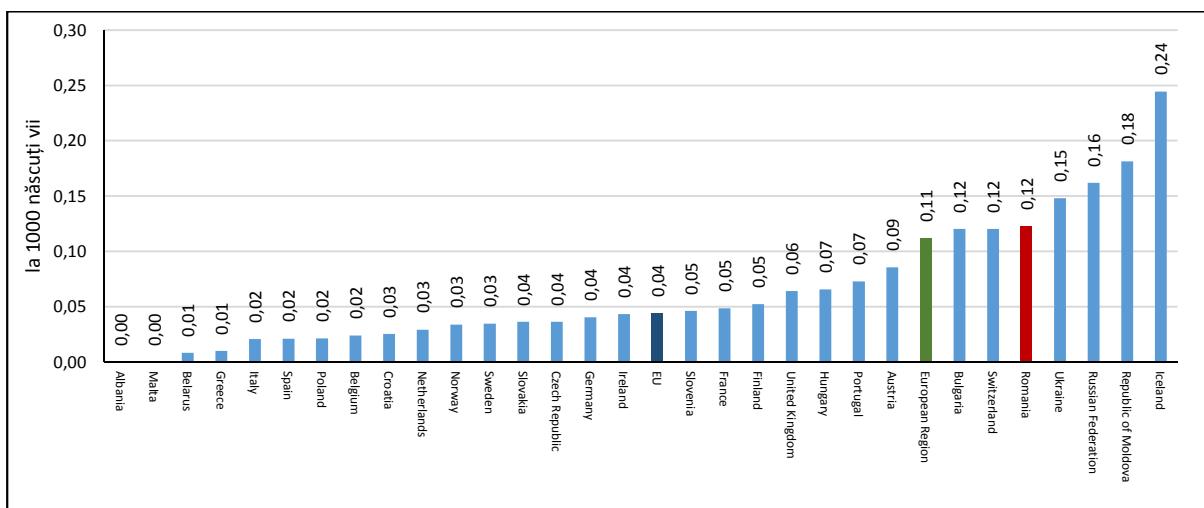


Fig. 38 Mortalitatea maternă în rile Uniunii Europene, în jurul anului 2014 Sursa: (H.F.A. iulie 2016)[1]

**Tab. nr. 23 Decesele și mortalitatea maternă pe medii în România, în anii 2006-2015
- la 1000 născuți vii – [1]**

Anul	Decese materne			Mortalitatea maternă		
	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural
2006	34	14	20	0,15	0,12	0,20
2007	33	13	20	0,15	0,11	0,20
2008	30	15	15	0,14	0,12	0,15
2009	47	25	22	0,21	0,21	0,22
2010	51	22	29	0,24	0,19	0,31
2011	50	23	27	0,25	0,22	0,30
2012	23	10	13	0,11	0,09	0,14
2013	27	11	16	0,13	0,10	0,17
2014	24	14	10	0,12	0,13	0,11
2015	27	12	15	0,14	0,12	0,18

La noi în țară, mortalitatea maternă pe medii are același trend descendente pentru rural și urban crescător pentru urban (tab. nr.23).[1]

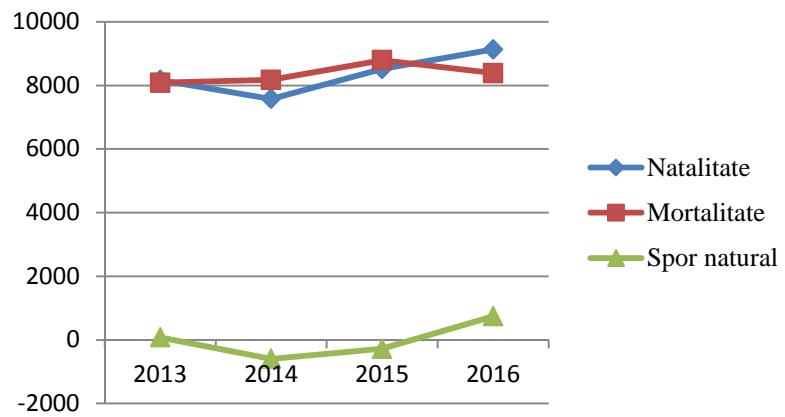
Natalitatea, mortalitatea și sporul natural:

Există o strânsă legătură între natalitate, mortalitate și spor natural. O populație îmbătrânită înseamnă o natalitate scăzută și mortalitate crescută, deci un spor natural mic. În județul nostru ne confruntăm cu acest tablou, natalitatea fiind scăzută, vorbim de o populație îmbătrânită și de un spor natural puțin peste 0 sau chiar negativ. Anul trecut sporul natural a crescut ușor (vezi tabelul nr.24 și fig. nr.39)

**Tab. Nr.24 Natalitatea, mortalitatea și sporul natural, în județul Timiș,
în perioada 2013-2016**

	2013	2014	2015	2016
Natalitate	8168	7579	8519	9133
Mortalitate	8086	8174	8795	8387
Spor natural	82	-595	-276	746

Fig. nr.39 Natalitatea, mortalitatea și sporul natural, în județul Timiș, în perioada 2013-2016



La nivelul ţării, sporul natural a fost negativ sau aproape de 0 (fig.40).[1] Unul dintre factorii care au influențat semnificativ indicatorul natalității a fost migrația populației, în special, a celei tinere, apte de procreere și de muncă. Pe parcursul ultimilor 10 ani, numărul persoanelor de 15 ani și peste, aflate la lucru sau în căutare de lucru în străinătate are tendință semnificativă de creștere. Scăderea drastică a natalității precum și migrația masivă generează sporul negativ al populației și îmbunătățirea demografică. Una din consecințele acestei situații va fi micorarea populației apte de muncă și îmbunătățirea forței de muncă din țară, ceea ce va influența raportul dintre populația activă și cea inactivă și creșterea nevoilor de servicii de sănătate, cu efecte asupra sistemului de sănătate și societății în ansamblu. În acest context semnalăm că este necesar elaborarea unor strategii la nivel național, care ar putea asigura încurajarea creșterii natalității.[1]

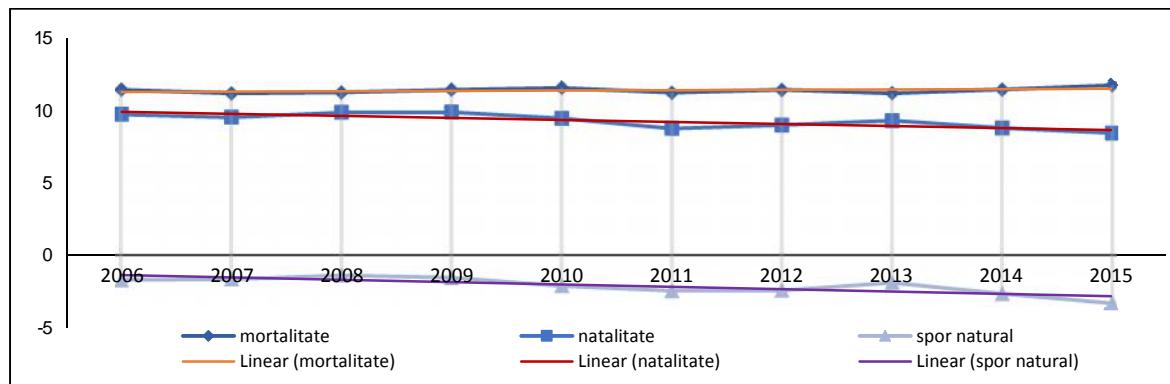


Fig. 40 Natalitatea, mortalitatea și sporul natural al populației în România, în anii 2006-2015[1]

INDICATORI DE MORBIDITATE:

Speranță de viață la naștere:

Sperană de viață naștere reprezintă numărul de ani pe care-i vor trăi în medie cei născuți în perioada respectivă, dacă în decursul vieții lor nivelul mortalității la fiecare vîrstă va rămâne același, cum a fost în anul nașterii. Durata medie de viață este un indicator calculat care exprimă vîrsta medie pe care o poate atinge o persoană, dacă nu se schimbă modelul de mortalitate din anul calculării acesteia.[1]

Pe plan local, în 2015 speranța de viață în județul nostru a fost de 76,01 ani, sub valoarea primelor 5 județe din țară (Vâlcea, mun. București, Cluj, Brașov, Sibiu). Pentru sexul masculin, în același an cu valoarea de 73,03 ani, ne-am situat în topul primelor 5 județe.

În anul 2015, speranța de viață națională (SVN) în România era de 75,41 ani, pentru persoanele de gen feminin de 78,91 ani și pentru persoanele de gen masculin de 71,96 ani.[1] Față de UE, speranța de viață în anul 2014, în România era de 75 ani, situându-se sub media UE (80,9 ani) și mult sub Spania, care avea cea mai mare valoare în 2014 (83,3 ani) (fig. nr. 41).[1]

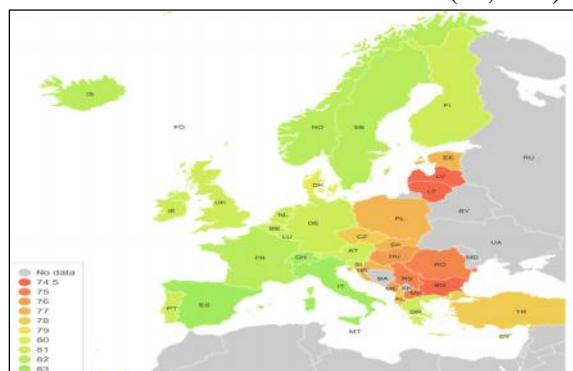


Fig. 41 Speranța de viață la naștere (în ani) în ţările Uniunii Europene în anul 2014 Sursa: ECHI (European Core Health Indicators)[1]

La nivelul ţării, analiza speranței de viață pe sexe și medii de rezidență arată că în anul 2006, în 2015 a crescut speranța de viață per total cu 3,19 ani, cea mai mare creștere fiind în urban (3,33 ani) și pentru sexul masculin (3,22 ani). Speranța de viață în rurală a înregistrat valori mai mici față de urban și sexul masculin față de cel feminin (tabel nr.25).[1]

Tabel 25. Speranța de viață la naștere pe medii și sexe, în perioada 2006-2015, în ani [1]

Anii	Total	Urban	Rural	Masculin	Feminin
2006	72,22	72,98	71,23	68,74	75,80
2007	72,61	73,34	71,64	69,17	76,14
2008	73,47	74,62	72,02	69,99	77,05
2009	73,76	75,04	72,18	70,19	77,45
2010	73,90	75,26	72,20	70,27	77,64
2011	74,20	75,50	72,55	70,63	77,86
2012	74,69	75,94	73,13	71,24	78,20
2013	75,16	76,29	73,54	71,75	78,61
2014	75,44	76,64	73,94	72,00	78,91
2015	75,41	76,65	73,87	71,96	78,91

Tot la nivelul ţării, pe județe, pentru sexul masculin, cea mai mare speranță de viață este în: Municipiul București, Vâlcea, iar pentru sexul feminin, cea mai mare speranță de viață este tot în: Municipiul București, Vâlcea. Speranța de viață cea mai mică se înregistrează în județele Cluj și Satu-Mare pentru masculini și Satu-Mare și Giurgiu, pentru feminini (tabel 26).[1]

Tabel 26. Speranța de viață la naștere, pe sexe în România, în anul 2015[1]

Judecătura sau ieșire favorabil		Judecătura sau ieșire nefavorabil		Judecătura sau ieșire favorabil		Judecătura sau ieșire nefavorabil	
Masculin	e ^o	Masculin	e ^o	Feminin	e ^o	Feminin	e ^o
M.București	74,73	Cișmigiu	69,45	M.București	80,58	Satu-Mare	76,92
Vâlcea	74,64	Satu-Mare	69,64	Vâlcea	80,47	Giurgiu	77,34
Cluj	73,73	Tulcea	69,91	Braov	79,91	Cișmigiu	77,37
Braov	73,28	Giurgiu	69,94	Sibiu	79,73	Mehedinți	77,45
Timiș	73,03	Botoșani	70,26	Cluj	79,73	Caraș-Severin	77,50

POVARA ÎMBOLNIRILOR ESTIMATĂ PRIN DALY:

Povara îmbolnăririlor se măsoară prin ani de viață ajustați pentru dizabilitate, DALY (Disability Adjusted Life Years), care reprezintă suma anilor de viață pierduți prin decese prematuri și a anilor trăiti cu dizabilitate dată de prezența bolii sau a accidentelor, ajustați pentru gravitatea bolii. [1]

Comparativ cu unele ţări din centrul și estul Europei (Bulgaria și Polonia) și unele ţări din vestul Europei (Germania, Olanda și Marea Britanie), pentru toate cauzele, DALY este în România mai mare cu aproximativ 20-40% decât în ţările din vestul Europei, cu aproximativ 10% mai mare decât în Polonia și cu aproximativ 15% mai mic decât în Bulgaria.[1]

Cauzele importante de îmbolnăviri pentru care DALY la 100000 locuitori sunt mai mari în România decât în ţările din vestul Europei sunt [1]:

- Boala cardiacă ischemică, cea mai frecventă cauză de DALY în majoritatea ţărilor este de 2-3 ori mai mare în România decât în ţările din vestul Europei, cu circa 10% mai mare decât în Polonia și cu circa 50% mai mic decât în Bulgaria;
- Accidentul vascular cerebral, a două cauze ca frecvență în ţările din estul Europei este de 3-4 ori mai mare în România decât în ţările din vestul Europei, cu circa 30% mai mare decât în Polonia și cu circa 60% mai mic decât în Bulgaria;

- Boala hipertensiv cardiac este în România de 18 ori mai mare decât în Olanda, de 15 ori mai mare decât în Marea Britanie, de 4 ori mai mare decât în Germania, de 5 ori mai mare decât în Polonia și cu circa 75% mai mare decât în Bulgaria;
- Ciroza hepatică este în România de 11 ori mai mare decât în Olanda, de aproape 4 ori mai mare decât în Marea Britanie, de 3 ori mai mare decât în Germania și de peste 2 ori mai mare decât în Polonia și în Bulgaria;
- Infecțiile respiratorii inferioare sunt în România de peste 2 ori mai mari decât în Olanda și Germania, cu circa 40% mai mari decât în Marea Britanie, cu circa 70% mai mari decât în Polonia și cu circa 30% mai mari decât în Bulgaria;
- Accidentele rutiere în România sunt de circa 2 ori mai mari decât în țările din vestul Europei și la valori similare cu țările din estul Europei;
- Bolile organelor de simț sunt în România de aproximativ 2 ori mai mari decât în Olanda, Germania și Marea Britanie și similare cu Polonia și Bulgaria;
- Diabetul zaharat este în România de circa 2 ori mai mare decât în Marea Britanie, cu circa 40% mai mare decât în Olanda, cu circa 30% mai mic decât în Germania și Polonia și cu circa 75% mai mic decât în Bulgaria;
- Cancerul de col uterin este în România de peste 6 ori mai mare decât în Olanda, de 5 ori mai mare decât în Marea Britanie, de peste 4 ori mai mare decât în Germania, de 2 ori mai mare decât în Polonia și cu 50% mai mare decât în Bulgaria;
- Cancerul de stomac este în România de circa 2 ori mai mare decât în Marea Britanie și în Olanda, cu circa 50% mai mare decât în Germania, cu peste 30% mai mare decât în Polonia și similar cu Bulgaria;
- Cancerul hepatic este în România de circa 3 ori mai mare decât în Olanda și Polonia, de peste 2 ori mai mare decât în Marea Britanie, cu circa 60% mai mare decât în Germania și cu 15% mai mare decât în Bulgaria;
- Autoagresiunea este în România cu 75% mai mare decât în Marea Britanie, cu 30% mai mare decât în Olanda, cu 15% mai mare decât în Germania, similar cu Bulgaria și cu 60% mai mare decât în Polonia;
- Tuberculoza este în România de peste 21 ori mai mare decât în Olanda și Germania, de 12 ori mai mare decât în Marea Britanie, de 4 ori mai mare decât în Polonia și de 3 ori mai mare decât în Bulgaria;
- Complicațiile prematurității sunt în România de 3 ori mai mari decât în Olanda și Germania, cu circa 65% mai mari decât în Polonia, cu 30% mai mari decât în Marea Britanie și cu 15% mai mari decât în Bulgaria;
- Anemia feriprivă este în România de 5 ori mai mare decât în Germania, de 4 ori mai mare decât în Olanda, de peste 3 ori mai mare decât în Marea Britanie și cu circa 15% mai mare decât în Polonia și Bulgaria;
- Anomaliiile congenitale cardiace sunt în România de aproape 3 ori mai mari decât în Olanda și Germania, de 2 ori mai mari decât în Marea Britanie, similare cu Polonia și cu 40% mai mici decât în Bulgaria;
- Înecul este în România de 8 ori mai mare decât în Germania, de 7 ori mai mare decât în Olanda și în Marea Britanie, cu 55% mai mare decât în Bulgaria și similar cu Polonia;
- Violența interpersonală este în România de circa 2 ori mai mare decât în Germania, Olanda și Marea Britanie și cu circa 10% mai mic decât în Bulgaria și Polonia.[1]

Cauzele importante de îmbolnăviri pentru care DALY la 100000 locuitori sunt similare în România cu cele din țările din vestul Europei sunt [1]:

- Cancerul bronhopulmonar este în România cu aproape 10% mai mare decât în Marea Britanie, similar cu Bulgaria și Germania și cu aproape 20% mai mic decât în Polonia și Olanda;
- Depresia este în România cu 35% mai mare decât în Marea Britanie, cu aproape 10% mai mare decât în Polonia, cu 10% mai mic decât în Bulgaria și Germania și cu 70% mai mic decât în Olanda;
- Durerile lombare și cervicale sunt în România similare cu Polonia și Bulgaria, cu 10% mai mici decât în Olanda, cu peste 15% mai mici decât în Marea Britanie și cu 30% mai mici decât în Germania;
- BPOC este în România similar cu Polonia și Germania, cu peste 10% mai mic decât în Olanda, cu 30% mai mic decât în Marea Britanie și cu 70% mai mic decât în Bulgaria;
- Caderile sunt în România cu 15% mai mari decât în Marea Britanie, cu aproape 10% mai mari decât în Olanda, similare cu Bulgaria și cu 10% mai mici decât în Germania și Polonia;
- Cancerul de sân este în România cu 15% mai mare decât în Polonia, cu 10% mai mic decât în Marea Britanie, cu 20% mai mic decât în Bulgaria și cu aproape 30% mai mic decât în Olanda și Germania;
- Cancerul de colon și rect este în România cu 15% mai mare decât în Marea Britanie, similar cu Polonia și Germania, cu 10% mai mic decât în Olanda și cu 30% mai mic decât în Bulgaria;[1]

Cauzele importante de îmbolnăviri pentru care DALY la 100000 locuitori sunt mai mici în România decât în țăriile din vestul Europei sunt:

- Tulburări legate de alcool sunt în România de circa 3 ori mai mici decât în Marea Britanie și Polonia, de 2 ori mai mici decât în Bulgaria și Germania și de 2 ori mai mari decât în Olanda;
- Boala Alzheimer și alte demențe sunt în România de peste 2 ori mai mici decât în Germania, Olanda și Marea Britanie și similare cu Bulgaria și Polonia;
- Cancerul de prostat este în România cu aproximativ 60% mai mic decât în Germania, Olanda și Marea Britanie, cu 20% mai mic decât în Bulgaria și similar cu Polonia.[1]

Pe grupe vârstnice cele mai frecvente cauze de DALY sunt următoarele [1]:

- la 0-4 ani infecții respiratorii inferioare, complicații ale prematurității, anomalii congenitale cardiace, alte anomalii congenitale și anemia feriprivă, primele două și ultima putând fi prevenite;
- la 5-14 ani anemia feriprivă, depresia, astmul, tulburări comportamentale ale copilului și accidentul rutier, toate beneficiind de intervenții preventive sau curative precoce;
- la 15-29 ani depresia, accidentul rutier, durerile lombare și cervicale, autoagresiunea, migrena; pentru primele două potențialul de prevenție este mare;
- la 30-59 ani boala cardiacă ischemică, ciroza hepatică, depresia, durerile lombare și cervicale, accidentul vascular cerebral; alte boli pentru care potențialul de prevenție este mare, clasate între primele 20 sunt: cancerul de sân (locul 9) și cancerul de col uterin (locul 11);
- la 60-69 ani boala cardiacă ischemică, accidentul vascular cerebral, cancerul bronhopulmonar, ciroza hepatică, boala hipertensivă cardiacă, toate fiind boli cu potențial de prevenție mare; alte boli pentru care potențialul de prevenție este mare, clasate între primele

20 sunt cancerul de sân (locul 7), cancerul de colon și rect (locul 10) și cancerul de col uterin (locul 20);

• la peste 70 de ani boala cardiacă ischemică, accidentul vascular cerebral, boala hipertensivă cardiacă, alte boli circulatorii, boli ale organelor de simț; pentru primele trei, potențialul de prevenție sau intervenție curativă precoce este mare; alte boli pentru care potențialul de prevenție este mare, clasate între primele 20 sunt: cancerul bronhopulmonar (locul 9), cancerul de colon și rect (locul 11) și cancerul de sân (locul 16).[1]

MORBIDITATEA:

Morbiditya reprezintă fenomenul îmbolnăvirilor în populație și este influențat de totalitatea determinanților sănătății.

Morbiditya generală :

(cazuri noi și vechi de boli în evidență medicilor de familie)

Cu valoarea de 9494,16%000 loc., pe primul loc, la bolnavi aflați în evidență medicilor de familie, în județul nostru, se află bolnavii hipertensiivi, urmați de cei cu diabet zaharat (5326,63%000 loc.), de cei cu cardiopatie hipertensivă (4699,93%000 loc.) și cei cu tulburări mentale și de comportament (3311,11%000 loc.) (vezi tabel nr. XXII și grafic nr. 15). Valoarea bolii hipertensive (bolnavi și mașini în evidență) a crescut de la 8899,14%000 loc. în 2013 la 9494,16%000 loc. în 2016. Diabetul zaharat a avut și el valori mai mari în 2016 (5326,63%000 loc.) față de 2013 (5193,42%000), dar crescerea nu a fost la fel de mare. O creștere semnificativă în ultimii ani le-au avut tulburări mentale și de comportament, de la 2648,26%000 loc. în 2013 la 3311,11%000 loc. în 2016. Cardiopatia ischemică a ramas la valori înalte, în ultimii 4 ani, cu valori de 4549,22%000 loc. în 2013 și 4699,93%000 loc. în 2016, la fel și bolile pulmonare cronice obstructive care au avut valori de 1566,90%000 loc. în 2013 și 1878,63%000 loc. în 2016 (vezi tab. nr. 27 și fig. nr. 42).

În ceea ce privește bolnavii noi intrați, în evidență medicilor de familie, în 2016, pe primul loc se află tot bolnavii hipertensiivi (1135,32%000 loc.), urmați de cei cu tulburări mentale și de comportament (1070,16%000 loc.), de cei cu bolile pulmonare cronice obstructive (522,32%000 loc.) și cei cu cardiopatie ischemică (407,86%000 loc.) (vezi tab. nr. 27). În ceea ce privește bolnavii nou intrați, avem o creștere: în cazul bolii hipertensive (de la 1073,62%000 loc. în 2013 la 1135,32%000 loc. în 2016), în cazul diabetului zaharat (de la 256,62%000 loc. în 2013 la 291,79%000 loc. în 2016), în cazul cardiopatiei ischemice (de la 389,75%000 loc. în 2013 la 407,86%000 loc. în 2016) și scăderi în cazul tulburărilor mentale și de comportament (de la 1253,76%000 loc. în 2013 la 1070,16%000 loc. în 2016), în cazul bolilor psihice (de la 256,21%000 loc. în 2013 la 92,56%000 loc. în 2016) sau în cazul cirozei și a altor hepatite cronice (de la 249,42%000 loc. în 2013 la 235,50%000 loc. în 2016) (vezi tab. nr. 27 și fig. nr. 43).

**Tab. Nr.27 Primele 20 afecțiuni în evidență medicilor de familie, în județul Timiș,
în perioada 2013 – 2016, la %000 locuitori**

	2013		2014		2015		2016	
	r ma i în evidenț	Noi intrați	r ma i în evidenț	Noi intrați	r ma i în evidenț	Noi intrați	r ma i în evidenț	Noi intrați
Tuberculoz	75,53	73,09	73,46	19,62	74,43	88,46	65,29	54,41
Tumori maligne	293,16	280,39	292,34	123,78	292,48	475,86	317,31	300,12
Anemii (se exclud anemiile secundare)	926,91	136,39	923,82	35,58	921,39	132,82	957,05	171,15
Gu a simpl i nodular netoxic	216,00	78,79	214,96	18,94	213,32	73,35	270,03	96,99
Diabet zaharat	5193,42	256,62	5172,36	69,26	5156,55	311,08	5326,63	291,79
Obezitate	515,14	61,95	514,46	16,23	512,54	30,20	590,43	109,89
Tulbur ri mentale i de comportament	2648,26	1253,76	2626,02	269,88	2611,52	800,84	3311,11	1070,16
Boli psihibice	1175,38	256,21	1170,97	56,14	1165,59	93,72	1167,96	92,56
Boala Alzheimer	203,64	30,29	203,05	6,90	202,40	26,16	196,14	24,05
Epilepsie	390,30	87,49	388,93	18,80	387,54	74,16	430,83	74,02
Boli hipertensive	8899,14	1073,62	8862,35	285,44	8833,60	1138,75	9494,16	1135,32
Cardiopatie ischemic	4549,22	389,75	4531,15	102,54	4514,43	408,85	4699,93	407,86
Cord pulmonar cronic	168,73	49,18	168,02	11,90	167,88	47,73	190,63	47,42
Boli cerebro-vasculare	1287,59	116,56	1283,11	33,82	1279,67	135,38	1312,92	134,61
Boli pulmonare cronice obstruct.	1566,90	529,68	1560,16	131,22	1555,15	525,35	1878,63	522,32
Boal ulceroas	1096,72	29,21	1092,24	6,63	1089,27	28,45	1095,28	27,00
Ciroza i alte hepatite cronice	482,54	249,42	478,75	59,12	478,02	237,73	626,16	235,50
Insuficien a renal cronic	260,42	55,83	259,19	13,80	258,90	55,83	277,28	55,08
Calculoz urinar	843,63	55,02	839,54	11,50	837,24	46,66	842,19	45,94
Anomalii congenitale	433,36	56,92	431,40	6,09	430,02	23,87	442,52	24,05
Anomalii congenitale aparat circulator	48,09	4,48	47,89	0,54	47,73	2,16	48,36	2,15

Fig. nr. 42 Evoluția primelor 10 afecțiuni, bolnavi rămași în evidența medicului de familie, în perioada 2013 -2016, în jud. Timiș

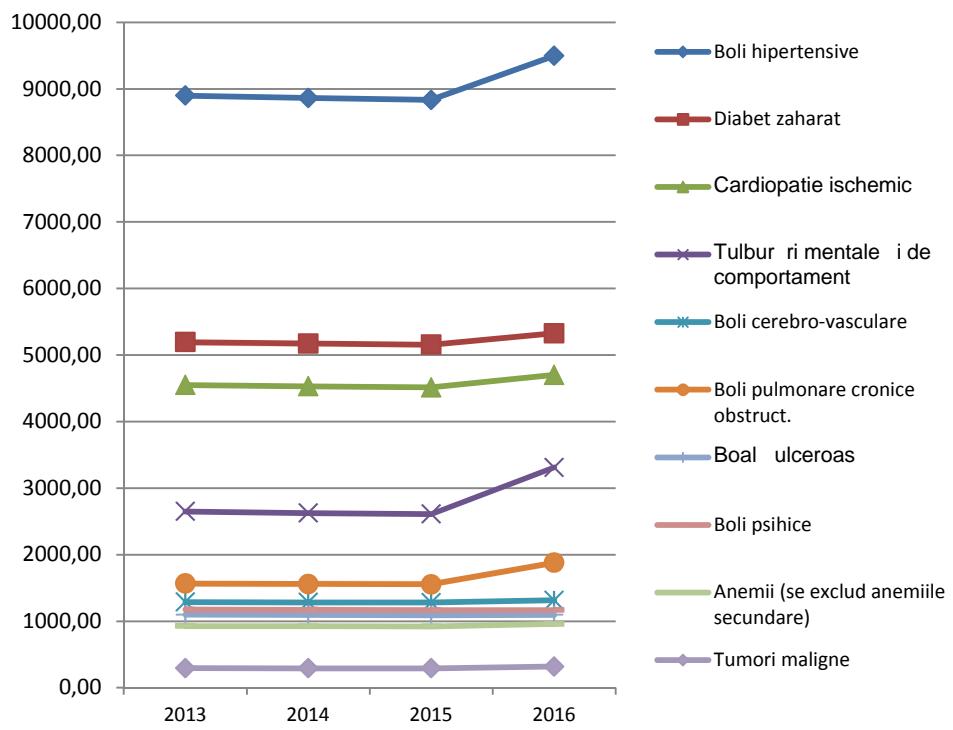
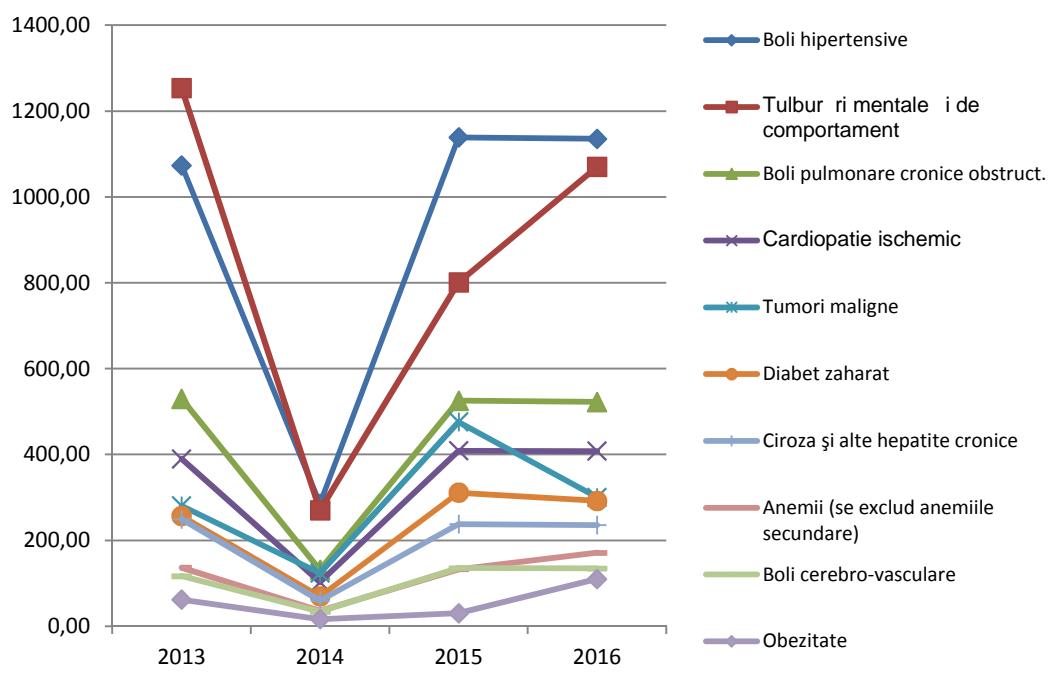


Fig. nr. 43 Evoluția primelor 10 afecțiuni, bolnavi nou intrați în evidența medicului de familie, în perioada 2013 -2016, în jud. Timi



La nivelul ţării, numărul cazurilor noi de îmbolnăvire în perioada 2006-2015 a variat între 15.323.349 în 2006 și 14.896.118 în 2015. Numărul cazurilor noi de îmbolnăvire s-a micșorat în anul 2015 comparativ cu anul 2006, cu 2,8% (-427.231 cazuri noi de boală), pentru ceilalți ani ai intervalului observându-se o oscilare a procesului. Rata de morbiditate generală sau incidența generală a oscilat între 72303,0 cazuri noi la 100000 locuitori în 2006 și 74965,4 în anul 2015.[1]

Pentru cazurile noi de îmbolnăvire pe sexe putem spune că, în timp ce pentru sexul feminin cresc de la 7.255.970 în 2007 la 8.467.906 în 2015, pentru sexul masculin scad de la 7.030.675 în 2007 la 6.428.212 în 2015.[1]

Pentru cazurile noi de îmbolnăvire pe medii putem spune că, în timp ce pentru mediul urban scad de la 9.171.908 în 2006 la 8.392.600 în 2015, pentru mediul rural cresc de la 6.151.441 în 2006 la 6.503.518 în 2015.[1]

Tot la nivel național, structura pe clase de boli în anul 2015 se prezintă astfel: primele locuri se află bolile aparatului respirator (repräsentând 38,9% din numărul total al îmbolnăvirilor), urmate de boli ale aparatului digestiv, boli ale sistemului nervos și organelor de sim (inclusiv ochiul și urechea), bolile sistemului osteo-articular.(fig.44)

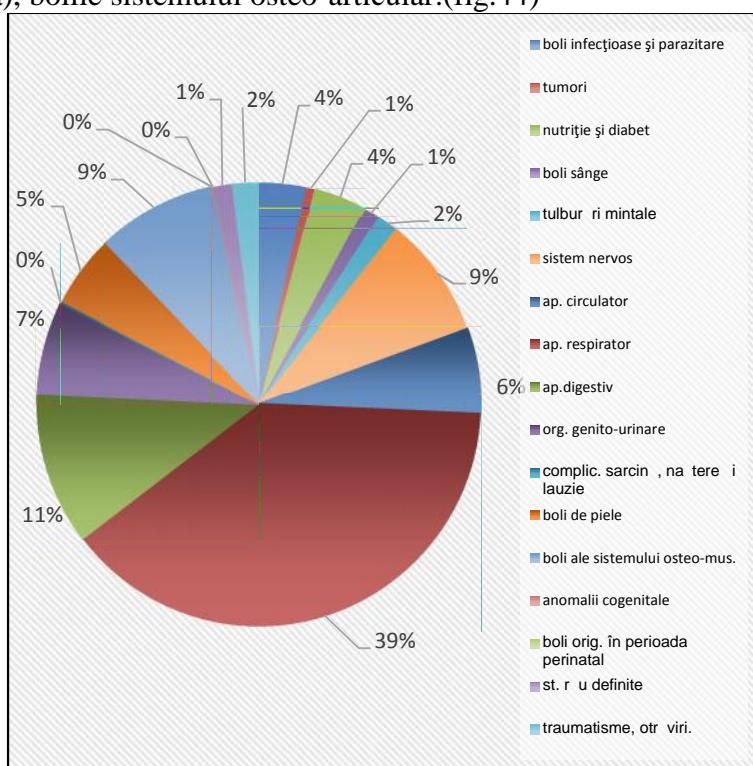


Fig. nr. 44 Structura morbidității generale (cazuri noi) pe clase de boli, în România, în anul 2015

Dispensarizarea bolnavilor cronici se face, în mare măsură, la nivelul cabinetelor medicilor de familie. Pe plan național, la acest nivel, avem următoarea morbiditate: pe primele 3 locuri se află boala hipertensivă, urmată de cardiopatia ischemică și diabetul zaharat (tabel 28).

Tabel 28. Boli cu alătură de cronicitate în evidență cabinetelor medicilor de familie în România în anul 2015 – la 100000 locuitori –

Boala hipertensivă	12289,0	Calculoză renală	842,7
Cardiopatia ischemică	5844,9	Anemia	868,3
Diabetul zaharat	3864,5	Gastrita	865,9
Bolile pulmonare cronice obstructive	1995,0	Epilepsia	597,0
Bolile cerebro-vasculare	1665,6	Nefritele	310,0
Boala ulceroasă	1534,6	Cordul pulmonar cronic	208,4
Ciroza hepatică	1502,8		

Evidența bolnavilor cronici la nivelul cabinetelor medicilor de familie este mult sub cea reală, datorită neraportării îmbolnăvirilor de către medicii de familie (aproximativ 80% din medicii de familie raportează date privind incidență și prevalență).[1]

PRINCIPALELE CAUZE DE MORBIDITATE:

Diabetul:

Pe plan local, prevalența diabetului zaharat a crescut, la nivelul cabinetelor de nutriție și boli metabolice, de la 9422,67‰ în 2013, la 11077,32‰ în 2016. La fel și incidența a crescut de la 271,02‰ în 2013 la 342,17‰ în 2016. Această creștere se-a făcut în special pe seama creșterii îmbolnăvirilor în mediul urban, care au crescut de la 10497,63‰ în 2013 la 11281,32‰ în 2016.(vezi tabelul nr.29, fig. nr.45 și nr.46)

Tab. nr.29 Morbiditatea prin diabet zaharat, pe medii de proveniență în perioada 2013-2016, la %‰ loc. în Timiș

	incidentă	Prevalență	Urban	Rural
2013	271,02	9422,67	10497,63	3515,20
2014	415,57	10012,57	10856,74	3837,75
2015	311,08	10590,38	11227,25	4129,18
2016	342,17	11077,32	11281,32	4463,52

Fig. nr.45 Evoluția incidenței prin diabet zaharat, în perioada 2013-2016, la %‰ loc. în Timiș

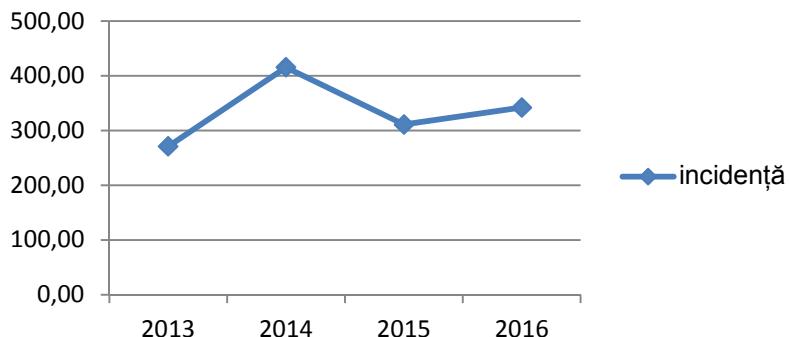
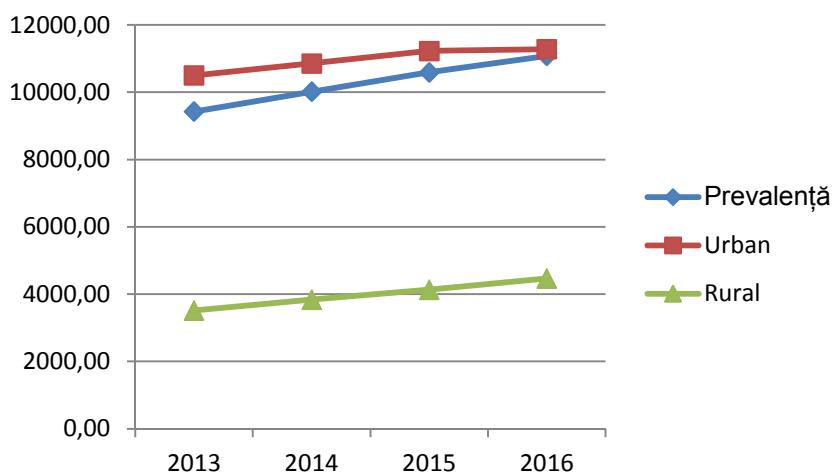


Fig. nr. 46 Evoluția prevalenței prin diabet zaharat, pe medii de proveniență în perioada 2013-2016, la %‰ loc. în Timiș



Numărul bolnavilor de diabet nou depistați la nivelul cabinetelor de nutriție și boli metabolice în perioada 2006-2015 a crescut de la 57338 la 73740, determinând o incidentă prin DZ de 270,5‰ locuitori în 2006 și de 372,1‰ locuitori în 2015, având un trend ascendent în această perioadă (fig. nr.47)[1]

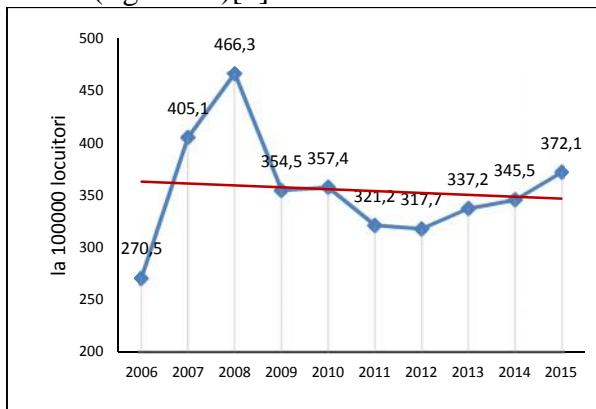


Fig. nr. 47 Incidența prin diabet zaharat (cazuri noi-total la 100000 loc.) în România, în perioada 2006–2015 [1]

La nivelul județelor, cazurile noi de diabet zaharat în anul 2015 nu sunt uniform distribuite în profil teritorial, astfel cea mai mare incidentă se înregistrează în: Neamț 667,0‰ locuitori, Hunedoara 646,4‰ locuitori, Caraș-Severin 518,3‰ locuitori, M. București 506,7‰ locuitori, Teleorman 475,1‰ locuitori și cea mai mică în județele: Giurgiu 133,5‰ locuitori, Alba 191,5‰ locuitori, Botoșani 215,0‰ locuitori, Cluj 227,5‰ locuitori, Olt 232,9‰ locuitori, Bacău 242,3‰ locuitori.[1] Distribuția incidentei prin diabet în anul 2015 - pe regiuni, medii și sexe a fost următoarea: cele mai multe cazuri noi de bolnavi cu diabet zaharat în anul 2015 pe total național, au fost în regiunea M. București - Ilfov.[1] Cele mai multe cazuri noi de bolnavi cu diabet zaharat au fost în regiunea M. București - Ilfov și pe mediul rural și la sexul masculin. Urmează regiunea Vest cu valori mari la: total, la mediul urban, mediul rural, sexul masculin și sexul feminin. Cele mai puține cazuri noi de bolnavi cu diabet zaharat au fost în regiunea Sud-Est pe: total, sexe și medii.[1]

Prevalența diabetului zaharat la cabinetele de diabet, nutriție și boli metabolice a crescut an de an, de la 2434,8 la 100000 locuitori în 2006 la 5041,5 la 100000 locuitori în 2015 (fig. 48). Cele mai multe cazuri au fost în mediul urban și la sexul masculin în anul 2015.

În profil teritorial, cazurile de diabet zaharat nu sunt uniform distribuite. Cele mai mari, respectiv cele mai mici rate de bolnavi în evidență în anul 2015 se constată în județele nominalizate în tabelul 36:

Tabel 30. Prevalența diabetului zaharat în evidență (la 100000 locuitori), în România, în anul 2015

Județe cu rate mai mari la 100000 locuitori	Județe cu rate mai mici la 100000 locuitori
Municipiul București	7954,5
Hunedoara	7197,4
Timiș	6911,4
Dolj	6199,0
Arad	6191,1
Sălaj	6169,6
Neamț	5988,6
Sibiu	5912,6
Satu-Mare	5847,8
Giurgiu	1812,7
Cișmigiu	2748,7
Ialomița	2802,0
Olt	2975,3
Ilfov	3042,4
Bistrița-Năsud	3083,2
Covasna	3085,6
Mehedinți	3231,0
Vrancea	3579,2

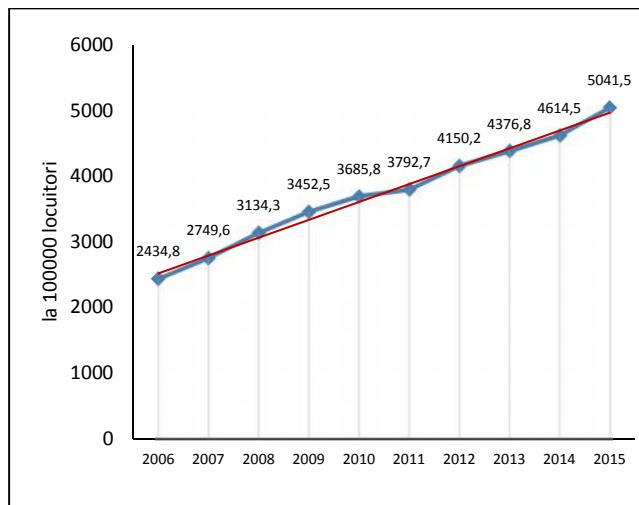


Fig. nr. 48 Prevalență prin diabet zaharat în România, în anii 2006-2015

De căzurile de bolnavi de diabet zaharat rămași în evidență au crescut mult în România, comparativ cu țările din UE precum: Spania, Marea Britanie, Italia, avem o prevalență sub valorile înregistrate în media UE (fig. nr. 49).[1]

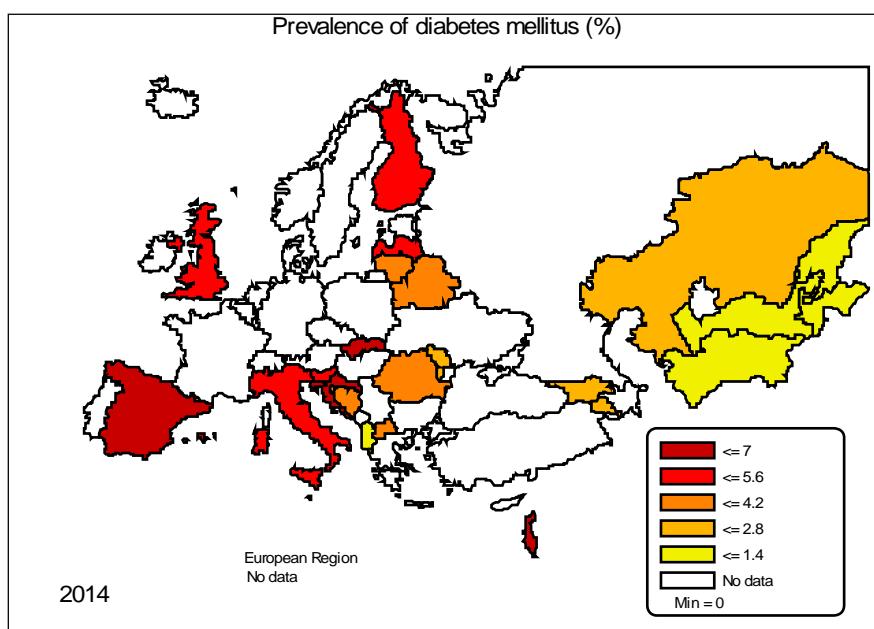


Fig. nr. 49 Prevalență prin diabet în România, Europa și Uniunea Europeană în 2014
Sursa: WHO/Europe, European HFA Database,

Cancerul:

În 2013 incidența a fost mai mare în mediul urban (320,50% 000 loc.) față de rural (288,39% 000 loc.), la sexul masculin (358,41% 000 loc.) față de sexul feminin (261,61% 000 loc.). În 2016 a fost ușor crescut în mediul rural (308,36% 000 loc.) față de urban (302,09% 000 loc.), la sexul masculin (332,84% 000 loc.) față de sexul feminin (278,19% 000 loc.) (tabel 31, fig. nr. 50 și nr. 52). În ceea ce privește prevalența, în 2013, cele mai multe cazuri au fost în mediul urban (2661,83% 000 loc.) față de mediul rural (2109,21% 000 loc.), la sexul masculin (2966,89% 000 loc.) față de cel feminin (1967,96% 000 loc.); iar în 2016 tot în mediul urban (2924,80% 000 loc.) față de mediul rural (1899,18% 000 loc.) și la sexul

masculin (2802,57%000 loc.) față de cel feminin (2261,86%000 loc.) (tabel 31, fig. nr. 51 și nr. 52).

Tabel nr. 31 Morbiditatea neoplasmelor, pe medii de proveniență și sexe, în perioada 2013 -2016, la %000 loc. în Timiș								
	2013		2014		2015		2016	
	Incidență	Prevalență	Incidență	Prevalență	Incidență	Prevalență	Incidență	Prevalență
Total	308,24	2449,35	312,49	2370,82	310,95	2437,49	304,55	2522,66
Urban	320,50	2661,83	318,47	2741,81	309,93	2831,32	302,09	2924,80
Rural	288,39	2109,21	302,92	1784,19	312,56	1826,88	308,36	1899,18
femei	261,61	1967,96	283,04	2100,27	277,08	2179,60	278,19	2261,86
Masculini	358,41	2966,89	344,16	2661,35	347,31	2714,28	332,84	2802,57

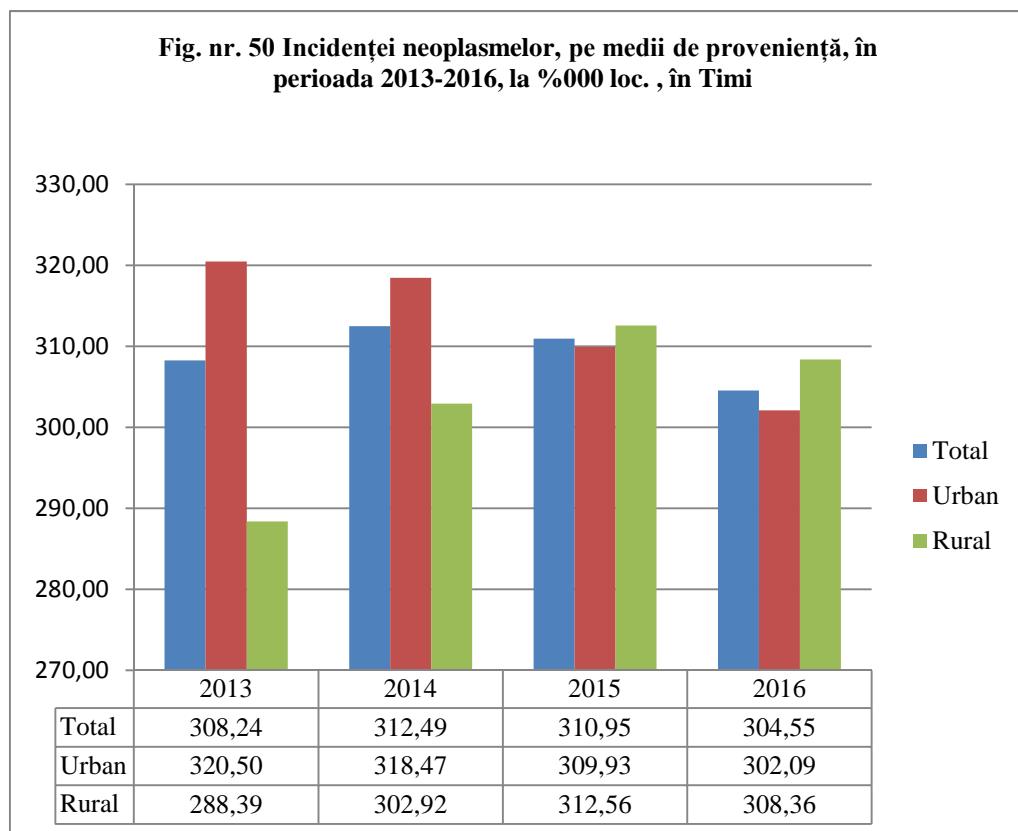


Fig. nr. 51 Prevalența neoplasmelor, pe medii de proveniență, în perioada 2013-2016, la %000 loc. , în Timi

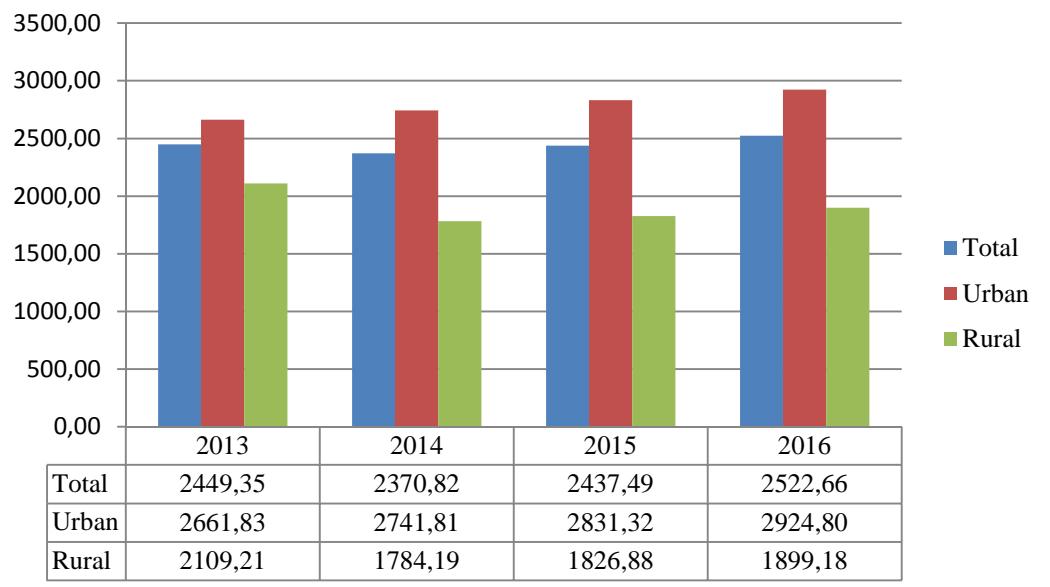
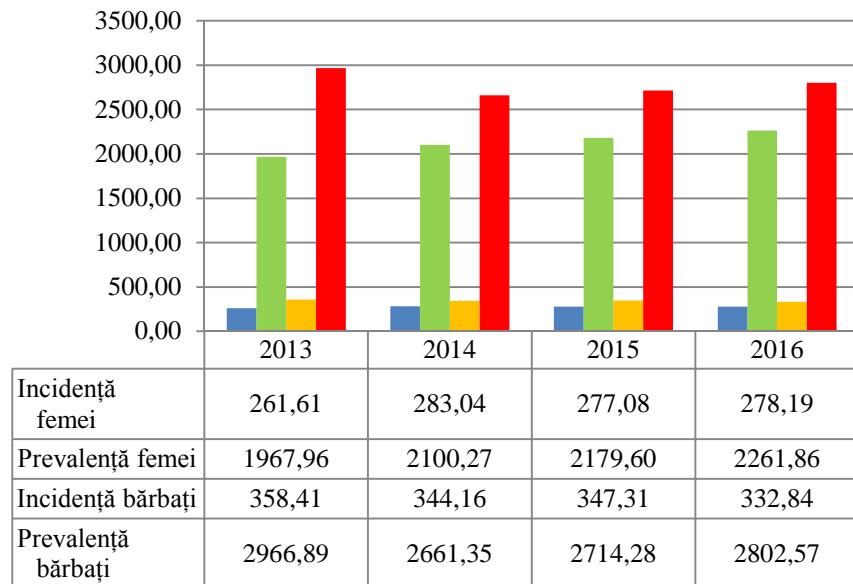


Fig. nr. 52 Morbiditatea neoplasmelor, pe sexe, în perioada 2013-2016, la %000 loc. , în Timi

■ Incidență femei ■ Prevalență femei ■ Incidență bărbați ■ Prevalență bărbați



Tab. nr. 32 Morbiditatea neoplasmelor, pe localizări, în perioada 2013-2016, la %₀₀₀ loc., la total populație, în Timiș

	2013		2014		2015		2016	
	Incidență	Prevalență	Incidență	Prevalență	Incidență	Prevalență	Incidență	Prevalență
Col uterin	18,61	111,50	15,85	119,04	12,94	123,59	15,58	133,27
Piele	13,72	78,19	15,29	87,80	14,29	94,84	7,25	97,93
Prostat	15,51	48,23	15,78	52,80	17,80	58,44	17,60	66,10
Sân	29,62	154,62	30,57	166,12	33,17	179,35	34,12	193,18
Stomac	12,81	17,60	13,35	19,88	14,29	23,38	13,84	25,79
Bronhopulmonar	25,81	51,54	51,81	53,13	52,05	56,56	49,03	57,23
Colorectal	42,07	103,98	41,78	121,07	43,15	133,80	36,68	142,40
Ficat	3,40	6,36	10,65	7,66	11,73	8,73	9,67	10,75
Pancreas	6,74	11,42	11,90	12,41	10,79	11,02	10,88	11,82
Vezica urinar	10,19	33,41	10,88	38,15	9,03	39,09	11,02	43,66

La capitolul incidentă cancerelor pe localizări, topul primelor 3 localizări, la total populație, pe plan local, în 2013, a fost ocupat de: cel colorectal (42,07%₀₀₀ loc.), de sân (29,62%₀₀₀ loc.) și bronhopulmonar (25,81%₀₀₀ loc.). În 2016, topul incidentelor cancerelor, pe localizări, a fost ocupat de: cel bronhopulmonar (49,03%₀₀₀ loc.), colorectal (36,68%₀₀₀ loc.) și sân (34,12%₀₀₀ loc.). După cum putem observa, incidenta a crescut la cancerul bronhopulmonar și cancerul de sân și a scăzut la cel colorectal, în ultimii 3 ani. (Tab. 32 și fig. 54).

În ceea ce privește prevalența, topul primelor 3 localizări, la total populație, pe plan local, în 2013, a fost ocupat de: cel de sân (154,62%₀₀₀ loc.), col uterin (111,50%₀₀₀ loc.) și colorectal (103,98%₀₀₀ loc.). În 2016 am avut următoarele 3 localizări, pe plan local, la capitolul prevalență cancere, la total populație: de sân (193,18%₀₀₀ loc.), colorectal (142,40%₀₀₀ loc.), col uterin (133,27%₀₀₀ loc.). (tab. nr.32 și fig. nr.54)

Tab. nr. 33 Morbiditatea neoplasmelor, pe localizări, în perioada 2013-2016, la %₀₀₀ loc. , la femei, în Timiș

	2013		2014		2015		2016	
	Incidență	Prevalență	Incidență	Prevalență	Incidență	Prevalență	Incidență	Prevalență
Col uterin	35,94	215,39	30,62	229,77	25,00	238,75	30,10	257,43
Piele	11,80	72,07	15,67	82,51	13,02	90,57	1,56	92,38
Prostat	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sân	56,36	297,92	57,97	320,64	64,06	346,44	65,91	373,17
Stomac	3,13	5,71	8,59	8,82	9,64	9,86	8,56	11,16
Bronhopulmonar	17,04	23,50	22,72	24,48	24,22	29,58	23,10	33,48
Colorectal	37,76	87,19	31,14	97,13	34,90	111,33	26,47	116,52
Ficat	2,36	5,22	7,81	7,79	9,11	7,53	8,04	8,04
Pancreas	8,33	14,01	10,44	16,15	8,85	13,75	8,56	8,57
Vezica urinar	4,46	27,94	5,45	30,29	5,21	31,92	5,19	34,25

	2013		2014		2015		2016	
	Incidență	Prevalență	Incidență	Prevalență	Incidență	Prevalență	Incidență	Prevalență
Col uterin	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Piele	15,79	84,78	14,88	93,48	15,66	99,44	13,37	103,89
Prostat	32,16	99,99	32,72	109,46	36,91	121,16	36,49	137,04
Sân	0,85	0,56	1,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Stomac	23,21	30,36	18,46	31,75	19,30	37,88	19,50	41,50
Bronhopulmonar	35,25	81,69	83,09	83,89	81,93	85,51	76,87	82,72
Colorectal	46,70	122,00	53,20	146,81	52,01	157,93	47,63	170,18
Ficat	4,51	7,58	13,70	7,52	14,54	10,03	11,42	13,65
Pancreas	5,03	8,63	13,47	8,39	12,86	8,08	13,37	6,13
Vezica urinar	16,36	39,30	16,71	46,60	13,14	46,79	17,27	53,76

Analizând morbiditatea pe sexe, observăm că la bărbătași, în 2013, la capitolul incidentă, primele 3 valori le ocupă cancerul: colorectal (46,70‰ loc.), bronhopulmonar (35,25‰ loc.) și prostat (32,16‰ loc.); iar în 2016 este cancerul: bronhopulmonar (76,87‰ loc), colorectal (47,63‰ loc.) și prostat (36,49‰ loc.). Remarcăm o creștere alarmantă a incidenței cancerului bronhopulmonar la bărbătași.(tab. nr. 34 și fig. nr.53). La femei, primele 3 locuri, la capitolul incidența cancerelor, în 2013, au fost ocupate de cancerul de: sân (56,36‰ loc.), colorectal (37,76‰ loc.) și col uterin (35,94‰ loc.), în 2016 primele 3 locuri au fost ocupate de: cancerul de sân (65,91‰ loc.), cancerul de col uterin (30,10‰ loc.) și colorectal (26,47‰ loc.)(tab. nr.33 și fig. nr.53). În ceea ce privește prevalența cancerelor la bărbătași, primele 3 locuri, atât în 2013, cât și în 2016 au fost ocupate de cancerul: colorectal, prostat și piele; iar la femei, atât în 2013 cât și în 2016 de cancerul de: sân, col uterin și colorectal. Valorile cancerului de sân și col uterin, la femei, depășesc cu mult orice altă localizare a cancerelor (tab. nr 33 și tab. nr.34, fig. nr. 55).

Fig. nr. 54 Incidența neoplasmelor, pe localizări, în perioada 2013-2016, la ‰ loc. pe total populație, în Timiș

Cancer Type	2013	2014	2015	2016
Col uterin	~18.5	~15.5	~14.5	~16.0
Piele	~15.0	~16.0	~15.0	~7.0
Prostat	~15.0	~16.0	~17.0	~17.0
Sân	~10.0	~10.0	~9.0	~11.0
Stomac	~13.0	~14.0	~13.0	~13.0
Bronhopulmonar	~25.0	~52.0	~52.0	~49.0
Colorectal	~42.0	~41.0	~43.0	~37.0
Ficat	~4.0	~15.0	~12.0	~10.0
Pancreas	~7.0	~11.0	~12.0	~17.0
Vezica urinar	~10.0	~10.0	~8.0	~11.0

Fig. nr. 53 Incidența neoplasmelor, pe localizări, în perioada 2013-2016, la %000 loc. pe sexe, în Timiș

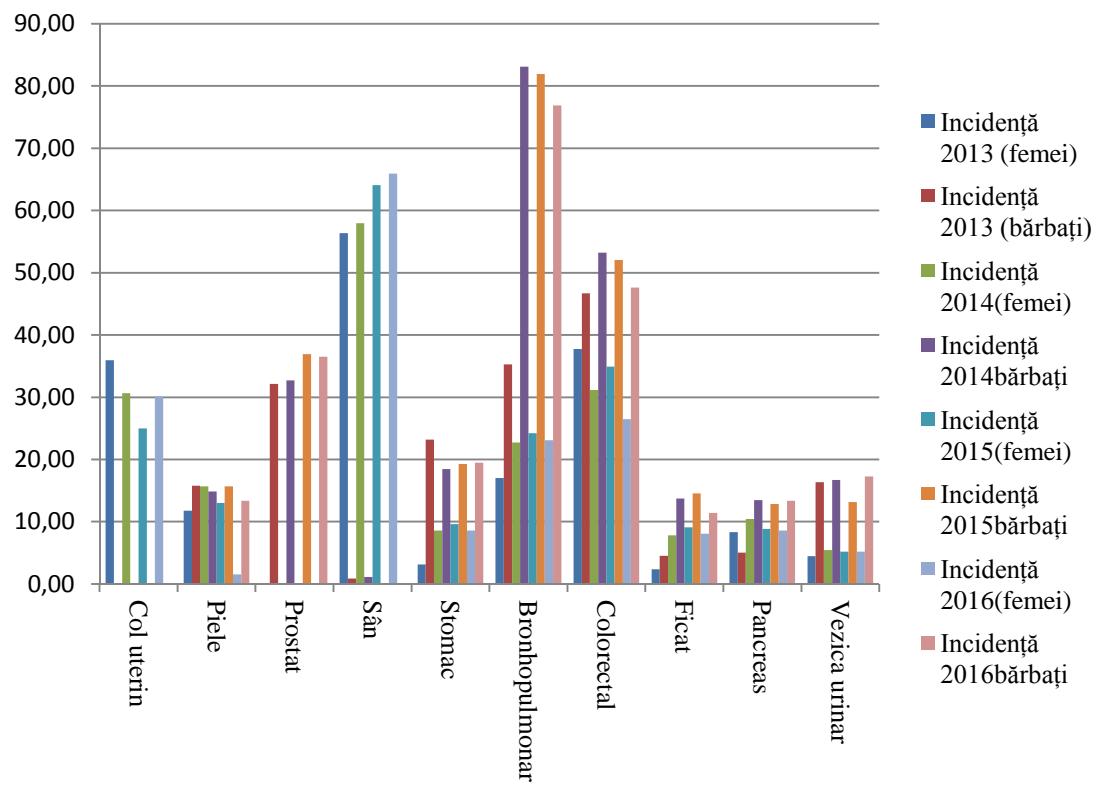


Fig. nr. 55 Prevalența neoplasmelor, pe localizări, în perioada 2013-2016, la %000 loc. pe sexe, în Timiș

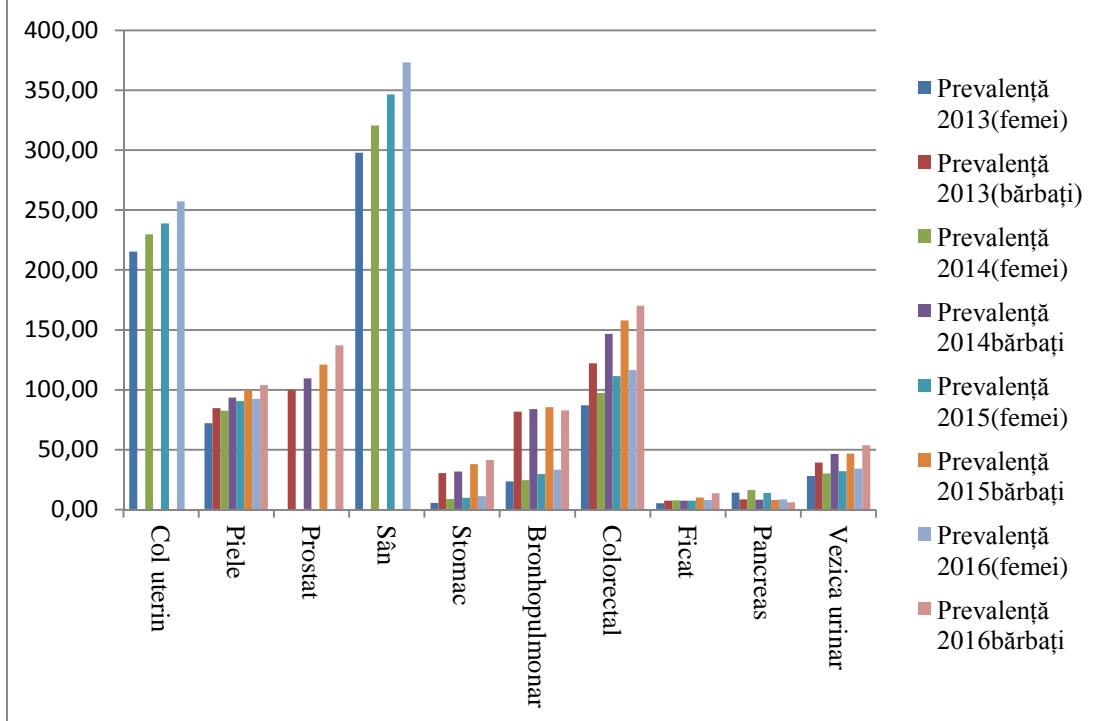
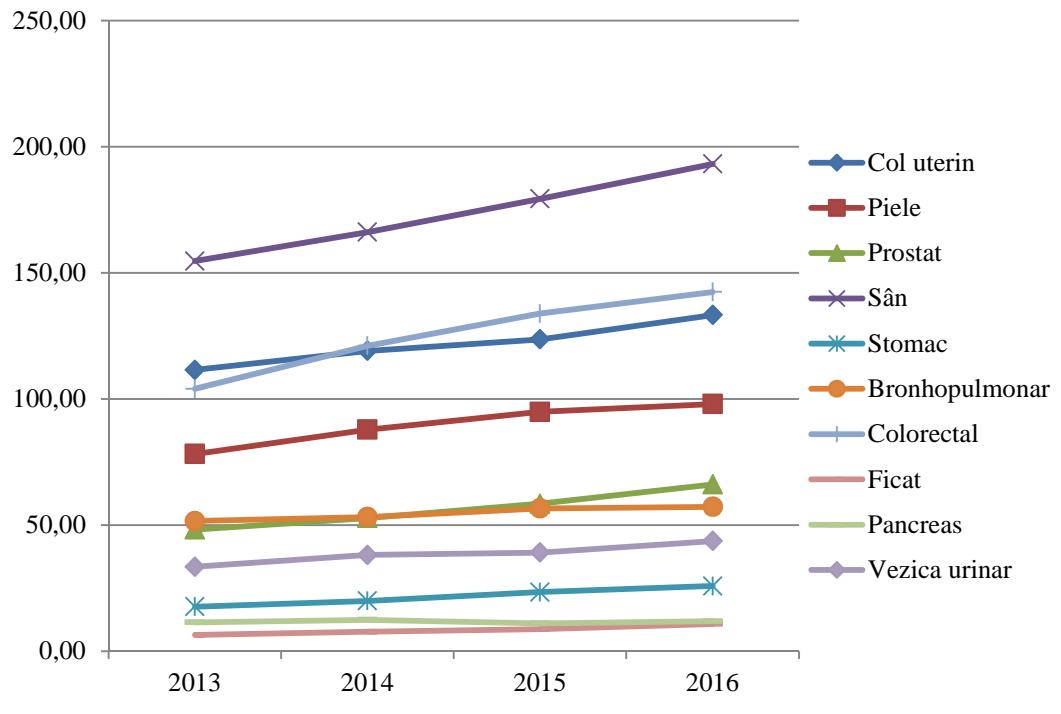


Fig. nr. 56 Prevalența neoplasmelor, pe localizări, în perioada 2013-2016, la %000 loc. pe total populație, în Timiș



La nivelul ţării, numărul bolnavilor de cancer nou depistați în cabinetul de oncologie în perioada 2006-2015 a crescut de la 55890 la 61703, incidența bolnavilor de cancer în același perioadă variind între 263,7‰ locuitori în 2006 și 311,3‰ locuitori în 2015.[1] Prognoza privind incidența prin cancer până în anul 2025 arată tendința de creștere a cazurilor noi de bolnavi de cancer, ceea ce impune o mai mare atenție acordată profilaxiei acestei boli prin screeninguri, unde este posibil, pentru a determina o reducere a costurilor și a mortalității prin această boală (fig. 67).

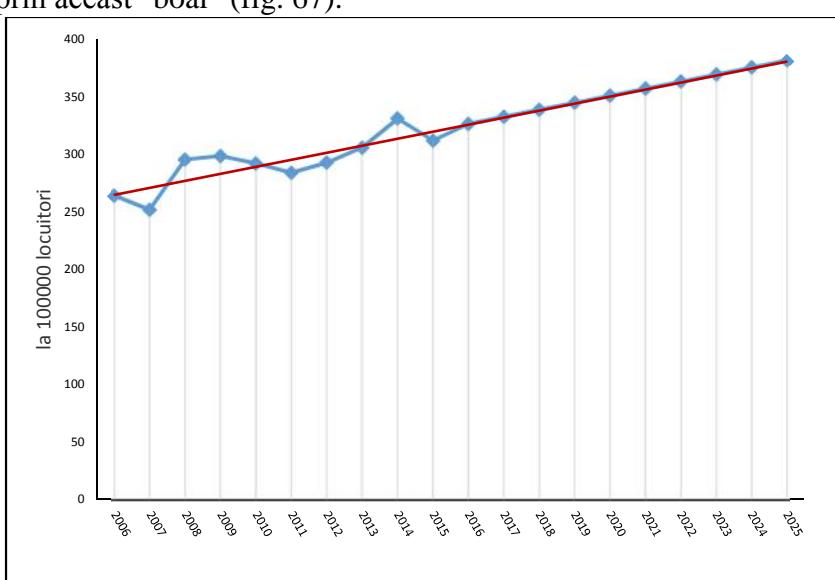


Fig. nr. 57 Prognoza ratelor de incidență prin cancer în România până în anul 2025

Cazurile noi de cancer, în anul 2015, nu au fost uniform distribuite în profil teritorial, astfel cea mai mare incidență s-a înregistrat în: Bihor 439,7% 000 locuitori, Brașov 423,0% 000 locuitori, Botoșani 409,6% 000 locuitori, Brăila 399,0% 000 locuitori, Dolj 393,7% 000 locuitori și cea mai mică în județele: Ilfov 74,7% 000 locuitori, Municipiul București 200,8% 000 locuitori, Prahova 226,4% 000 locuitori, Giurgiu 234,3% 000 locuitori, Cluj 246,6% 000 locuitori, Harghita 246,7% 000 locuitori (Fig. nr.58).

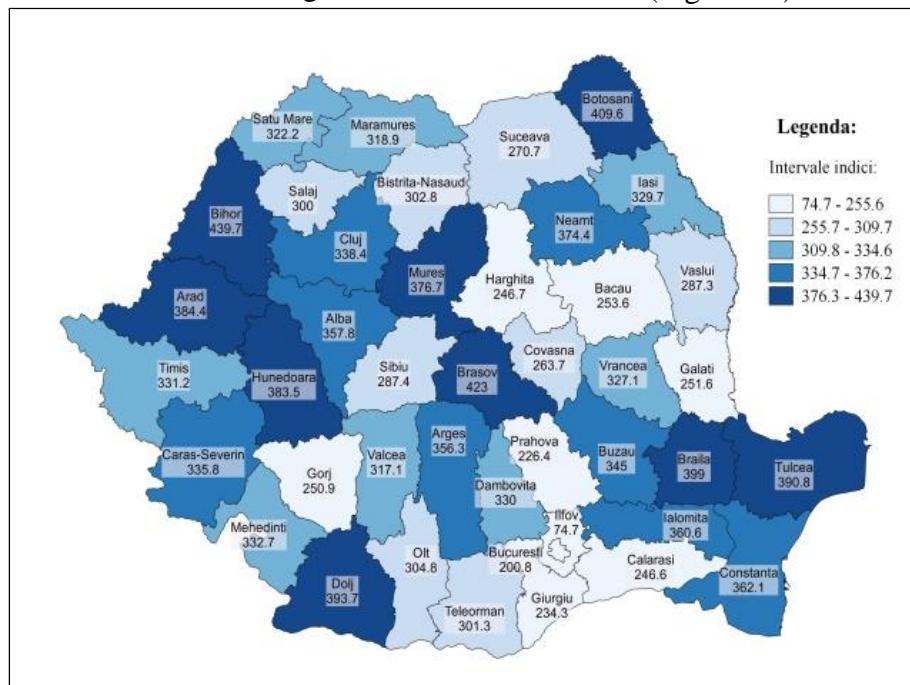


Fig. nr.58 Incidenta cancerului în România în anul 2015

Incidența prin cancer în anul 2015 - pe regiuni, medii și sexe:

Cele mai multe cazuri noi de bolnavi cu cancer în anul 2015 pe total țară, sunt în regiunile Vest și Nord-Vest. [1] Cele mai multe cazuri noi de bolnavi cu cancer-cazuri noi sunt în regiunea Vest pe total, rural și sexul masculin, iar pentru sexul feminin și urban în regiunea Nord-Vest. Cele mai puține cazuri noi de bolnavi cu cancer sunt în regiunea București-Ilfov pe total, sexe și medii.[1]

În Europa include doar o optime din populația mondială, însumează un sfert din totalul numărului de cazuri cu patologie canceroasă. Cu 3,2 milioane de cazuri noi și 1,7 milioane de decese per an, cancerul reprezintă una dintre cele mai importante cauze de morbiditate și deces în Europa. Deși peste 40% din decesele provocate de cancer pot fi prevenite, cancerul însumează 20% din totalul deceselor în Uniunea Europeană.[1]

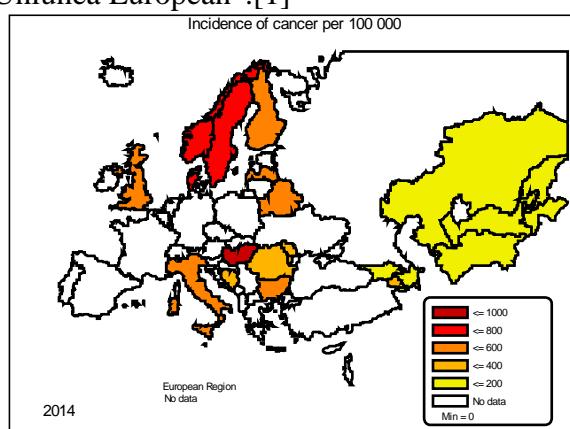


fig. nr. 59 Incidenta cancer în România, Europa și Uniunea Europeană în anul 2014

Sursa: WHO/Europe, European HFA Database, Iulie 2016 [1]

Conform OMS - Biroul Regional pentru Europa, indicatorii statistici sunt:

Tabel nr.35 Incidența, prevalența cancerului pentru rile europene

World Health Organization Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB);

<http://data.euro.who.int/hfadbl/>; accesat 30.11.2015 [3]

țara	Incidența standardizată			Prevalența (%)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Albania	107.82	117.08	135.85	...	...	...
Austria	441.88	...	...	3.62	...	...
Belarusia	446.69	456.81	464.93	2.67	2.59	2.64
Belgia	584.52	586.77	...	...	...	...
Bosnia și Herzegovina	215.48	232.54	230.18	0.63	0.68	0.72
Bulgaria	448.65	432.36	461.86	3.6	3.7	3.82
Croatia	476.47	484.21	...	1.11	1.14	...
Cehia	817	...	...	5.11	...	...
Danemarca	677.8	670.69	661.02	4.47	4.63	4.78
Finlanda	557.51	563.45	...	4.54	4.68	...
Franta	578.1	558.89	...	...	...	...
Ungaria	949.68	957.09	945.18	...	...	...
Irlanda	437.3	436.04	...	2.46	...	...
Italia	569.87	578.61	578.2	4.28	4.44	4.52
Letonia	568.67	570.95	576.31	3.32	3.5	3.71
Lituania	589.87	593.55	...	2.93	3.2	...
Luxemburg	468.41	...	...	...	...	...
Malta	479.97	431.94	443.99	...	...	...
Olanda	690.18	691.62	693.58	2.6	2.71	2.79
Norvegia	603.81	599.75	...	4.36	4.47	...
Polonia	374.65	396.68	...	...	...	...
Moldova	226.97	230.48	237.2	1.28	1.34	1.34
Romania	267.47	275.06	286.78	2.02	2.07	2.1
Rusia	364.02	367.35	375.18	2.03	2.09	2.17
Serbia	520.83	505.73	...	...	...	...
Slovenia	629.57	...	...	4.17	...	...
Suedia	630.21	619.76	638.51	4.66	4.77	...
Elveția	484.63	...	...	...	...	...
Ucraina	349.33	357.97	361.26	2.23	2.32	2.41
Marea Britanie	528.46	534.26	...	...	...	...
Regiunea Europei	418.88	420.43	...	2.15	...	...
UE	546.55	547.95	...	2.58	...	...

Din tabelul nr. 35 observăm că țara noastră se află sub Uniunii Europene și a regiunii Europa în ceea ce privește valorile incidentei standardizate și ale prevalenței (tabel nr. 35).

Tabel nr.36 Rata standardizată de mortalitate prin cancer (RSM), în rile europene

World Health Organization Regional Office for Europe. European mortality database (MDB);

<http://data.euro.who.int/hfamdb/>; accesat 30.11.2015 [3]

Tara	RSM prin cancer			RSM prin cancer, la sexul masculin			RSM prin cancer, la sexul feminin		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Austria	155	154.66	150.23	196.44	193.98	190.78	125.78	126.87	121.46
Belgia	164.02	159	...	211.24	206.53	...	129.61	123.61	...
Bosnia/Herzegovina	156.81	...	...	212.28	...	...	114.69	...	...
Bulgaria	155.9	...	...	207.83	...	...	116.66	...	...
Croatia	212.24	209.83	209.53	298.42	294.73	290.93	152.37	151.09	152.92
Cipru	115.41	119.1	...	143.2	155.63	...	92.91	88.79	...
Cehia	186.71	183.81	178.8	246.3	240.29	235.1	144.35	143.26	138.51
Danemarca	185.65	185.35	...	218.15	214.93	...	162.48	164.5	...
Estonia	186.45	...	...	282.64	...	...	134.95	...	...
Finlanda	135.19	134.03	133.11	169.46	166.41	165.09	112.27	111.88	111.28
Franta	158.63	...	...	217.63	...	...	113.32	...	...
Germania	157.88	154.9	157.02	196.91	192.66	197.35	128.59	126.11	127.13
Grecia	147.28	152.68	...	197.66	207.87	...	105.34	107.29	...
Ungaria	238.66	238.68	232.62	328.6	327.72	315.88	177.81	178.2	176.38
Italia	156.95	155.57	...	206.8	204.07	...	120.51	120.11	...
Letonia	194.3	194.52	...	293.95	297.9	...	140.89	139.65	...
Lituania	187.68	182.16	...	281.11	276.61	...	133.77	128.2	...
Luxemburg	157.41	152.68	142.84	202.24	189.81	174.93	126.65	124.54	120.89
Malta	149.08	151.61	...	181.59	183.3	...	125.88	130.18	...

Olanda	180.55	178.47	169.97	218.41	217.51	205.53	154.57	151.05	144.89
Norvegia	154.93	151.6	146.24	188.09	181.72	174.71	131.8	131.17	126.36
Polonia	190.86	191.87	187	262.16	261.69	253.52	143.77	145.58	142.86
Portugalia	154.35	152.66	151.23	216.42	215.99	214.47	107.93	105.47	103.57
Moldova	163.11	163.23	162.61	221.13	230.8	226.25	122.28	116.08	117.94
Romania	181.01	182.18	...	249.33	252.06	...	128.62	128.42	...
Rusia	173.41	...	...	254.91	...	...	127.77	...	...
Serbia	200.28	201.37	198.01	257.62	256.15	253.95	155.32	158.58	154.58
Spania	152.12	149.53	147.01	215.95	212.63	206.37	102.33	100.1	100.45
Suedia	139.85	139.42	138.2	162.11	159.94	157.03	124.65	125.64	125.78
Elve ia	137.2	134.19	...	176.34	168.33	...	109.26	109.8	...
Turcia	124.58	123.98	132.02	180.98	179.7	192.97	79	78.63	82.75
Ukraina	155.87	161.32	...	225.26	232.83	...	113.91	118.28	...
Marea Britanie	169.3	...	...	200.25	...	...	146.41	...	...
Regiunea Europa	156.89	156.36	...	211.39	210.44	...	119.13	118.79	...
UE	166.19	165.14	...	217.56	216.01	...	128.45	127.61	...

Dac vorbim despre rata standardizat de mortalitate, avem, la nivelul ţrii valori peste media Uniunii Europene sau a Regiunii Europa (tabel nr.36)[3]

Bolile psihice:

La nivelul judeţului Timiş vorbim de o incidenț mai mare a bolnavilor psihici, aflați în evidență cabinetelor de psihiatrie, la persoanele provenite din mediul urban, excepție face anul 2016 când avem o creștere bruscă de la 81,80%000 loc. la 121,29%000 loc. a incidenței bolilor psihice în rural (fig. nr.60). La capitolul prevalența bolilor psihice, valorile sunt date at mai mari în mediul urban, de la 4681,22%000 loc. în mediul urban 2016, la 1097,09%000 loc. în mediul rural în același an. (fig. nr.61). La total populație, prevalența bolilor psihice a scăzut de la 3621,09%000 loc. în 2013 la 3275,91%000 loc. în 2016 (fig. nr. 61)

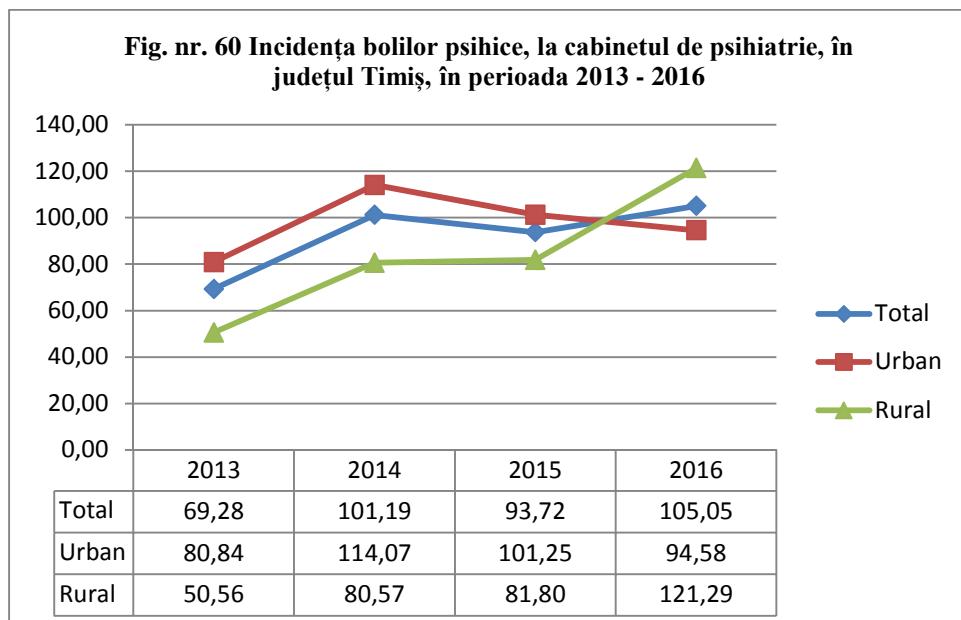
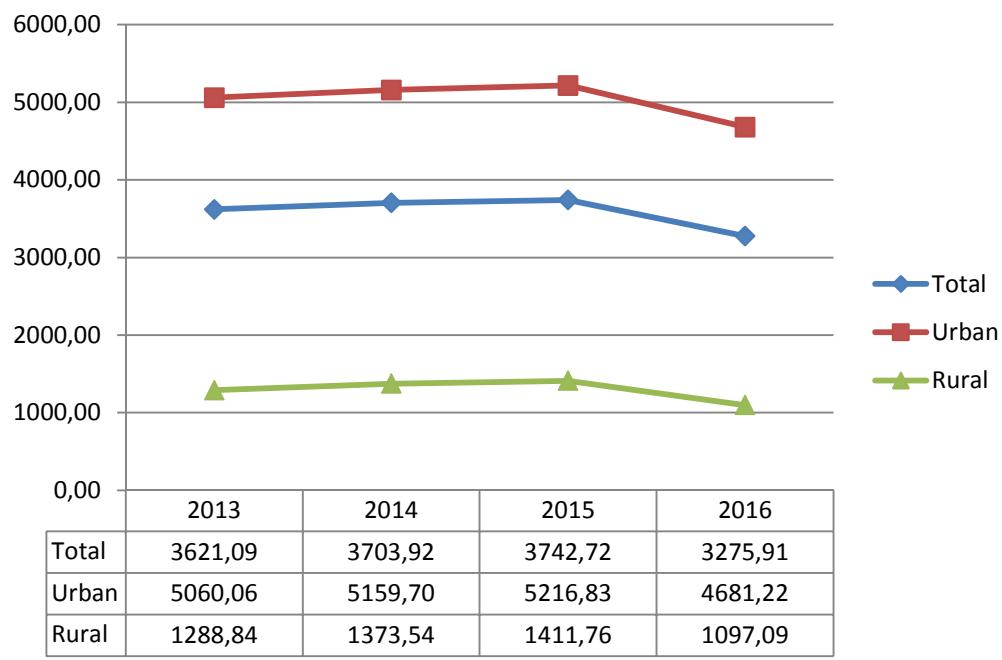


Fig. nr. 61 Prevalența bolilor psihice, la cabinetul de psihiatrie, în județul Timiș, în perioada 2013 - 2016



După cum putem observa din fig. nr. 62, procentul bolnavilor psihici periculoși, înregistrați la cabinetele de psihiatrie, în județul nostru, este sub 5% din totalul bolnavilor, majoritatea având vârstă între 18 și 64 de ani (fig. nr.63).

Fig. nr. 62 Bolnavii psihici, în cifre absolute, în evidență cabinetelor de psihiatrie, pe forme de boală, în județul Timiș, în perioada 2013 - 2016

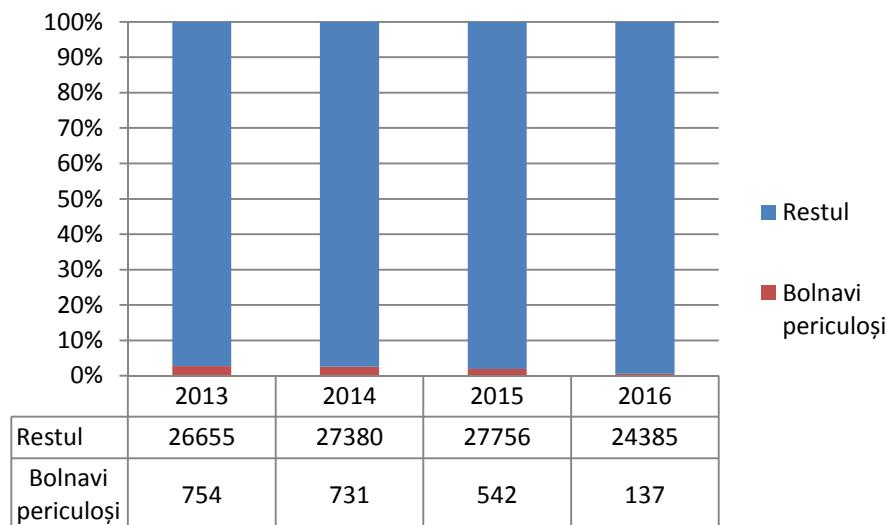
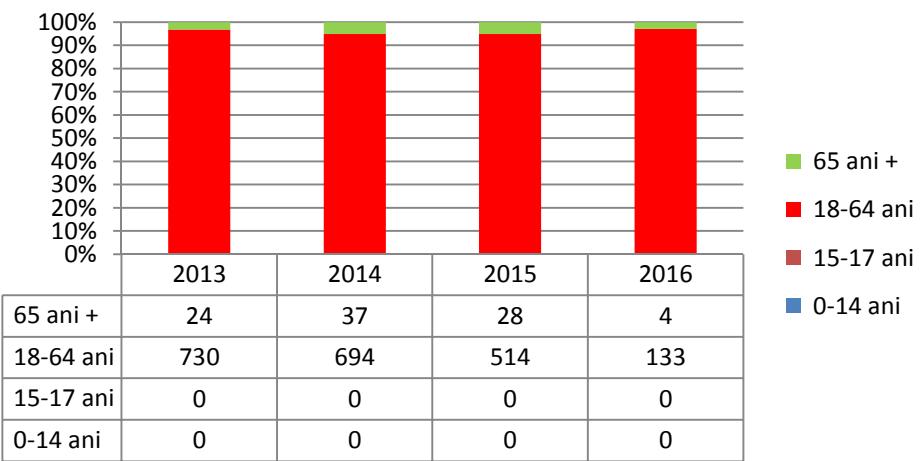


Fig. nr. 63 Distribuția bolnavilor psihi ci periculoși, pe grupe de vârstă, la cabinetele de psihiatrie din județul Timiș, în perioada 2013 - 2016



Prevalența persoanelor cu tulburări mentale și de comportament, aflate în evidență medicilor de familie, a crescut de la 2648,26%000 loc. în 2013, la 3311,11%000 loc. în 2016, prevalența bolilor psihice, în schimb, a scăzut de la 1175,38%000 loc. în 2013, la 1167,96%000 loc. în 2016 (fig. nr.64 și fig. nr. 65).

Fig. 64 Morbiditatea prin tulburări mentale și de comportament, la cabinetul medicului de familie în perioada 2013-2016, la %000 loc. în Timiș

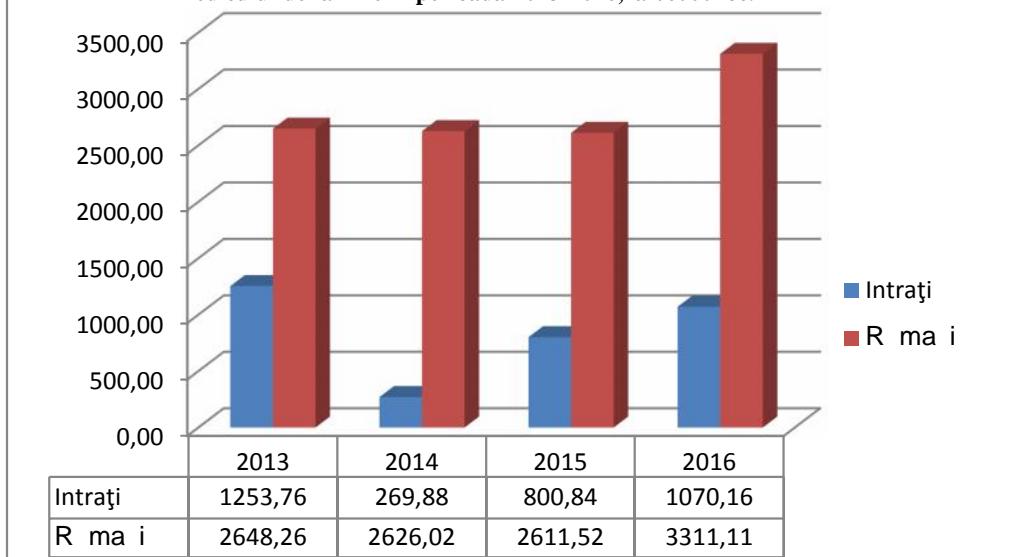
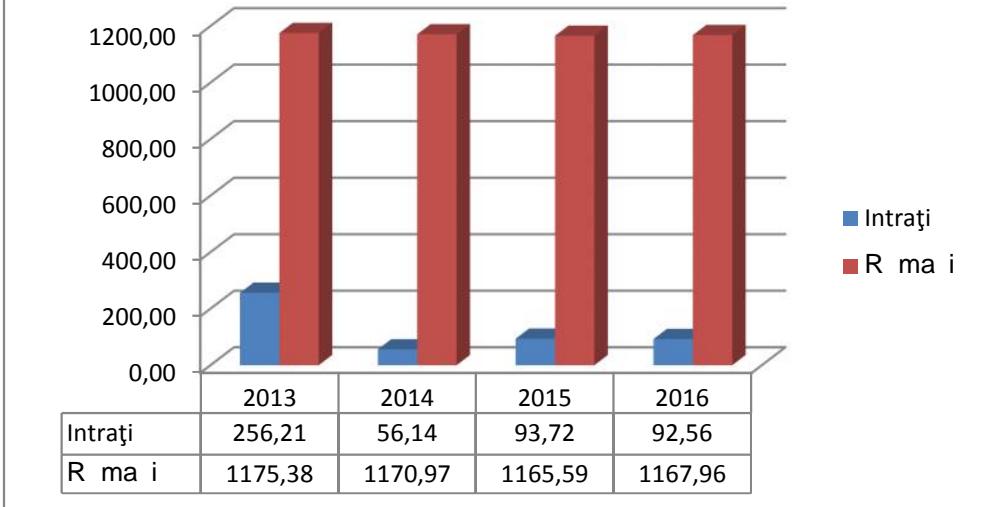


Fig. 65 Morbiditatea prin boli psihice, la cabinetul medicului de familie în perioada 2013-2016, la %000 loc. în Timiș



Pe plan național, dacă analizăm incidența bolnavilor cu tulburări mentale și de comportament, înregistrat în cabinetele medicilor de familie pe perioada 2006–2015, se constată o creștere de la 802,8‰ locuitori în 2006 la 1159,8‰ locuitori în 2015 (fig. 66).[1]

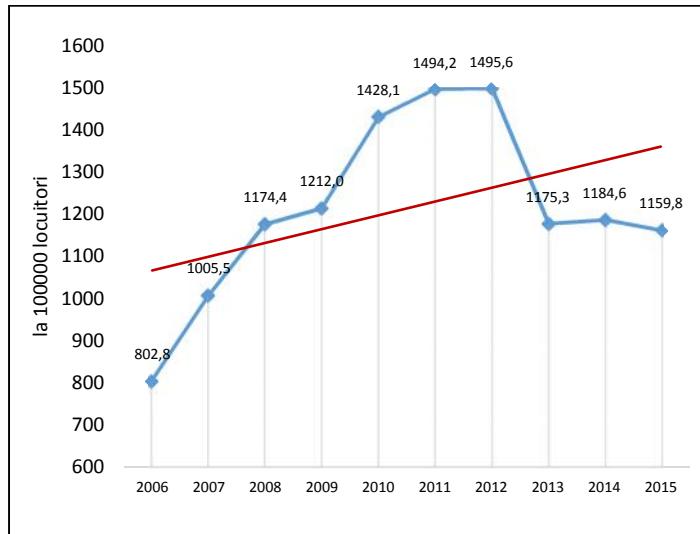


Fig. nr. 66 Incidența bolnavilor cu tulburări mentale și de comportament în România, în anii 2006-2015 [1]

Dacă analizăm incidența prin boli cu tulburări mentale și de comportament în anul 2015 - pe macroregiuni, medii și sexe, vedem că cele mai multe cazuri noi de bolnavi cu tulburări mentale și de comportament în anul 2015 pe total țar, sunt în macroregiunea unu (regiunea Nord-Vest și regiunea Centru).[1]

Așa cum arată fig. nr. 67, în macroregiunea unu (regiunea Nord-Vest și regiunea Centru) sunt cele mai multe cazuri noi de bolnavi cu tulburări mentale și de comportament pe total, masculin, feminin, urban și rural. Valori mici se înregistrează în macroregiunea trei (regiunea București-Ilfov și regiunea Sud-Muntenia), pe total, masculin, feminin, urban și rural.[1]

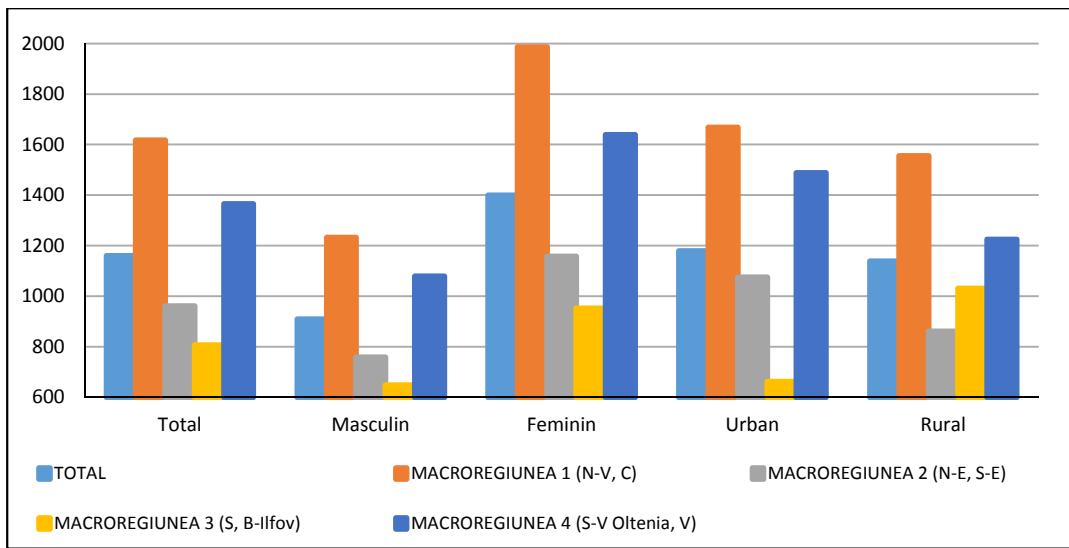


Fig. nr. 67 Incidenta prin tulburări mentale și de comportament pe medii, sexe și macroregiuni în România în anul-2015[1]

Prevalența persoanelor cu tulburări mentale și de comportament a crescut și ea în perioada 2006-2015 de la 1081,4%000 locuitori în 2006 la 2124,0%000 locuitori în 2015.(fig. nr.68) [1].

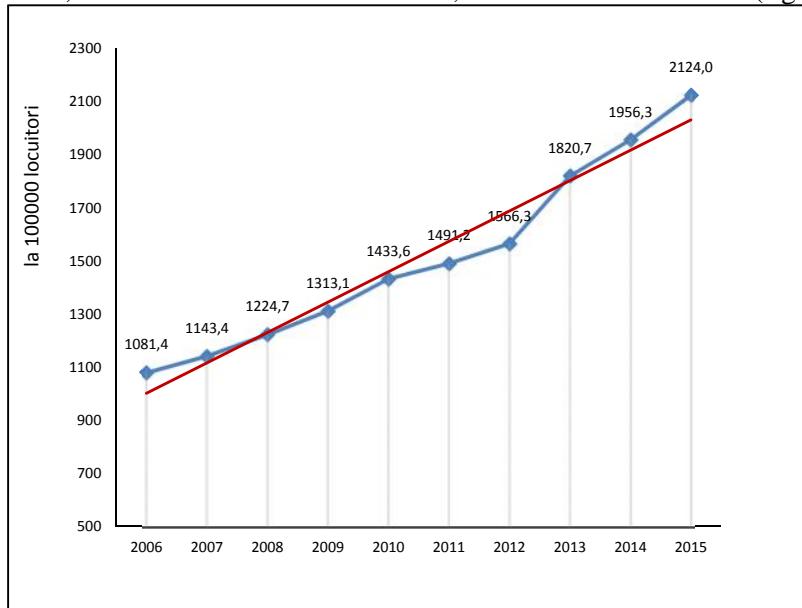


Fig. nr. 68 Prevalența bolnavilor cu tulburări mentale și de comportament în România, în anii 2006-2015[1]

Într-un clasament al județelor, în anul 2015, cele mai mari rate se înregistrează în județele: Vâlcea 4086,5%000 locuitori, Argeș 3985,3%000 locuitori, Olt 3385,7%000 locuitori, Hunedoara 3305,3%000 locuitori, Timiș 2781,8%000 locuitori și cele mai mici în: Ilfov 231,9%000 locuitori, Vrancea 362,6%000 locuitori, Satu-Mare 958,3%000 locuitori, Alba 1353,6%000 locuitori, Mehedinți 1365,7%000 locuitori, Bistrița-Năsud 1460,2%000 locuitori. (tabelul 37).[1]

Tab. nr.37 Prevalența bolnavilor cu tulburări psihice în România, în anul 2015[1]

Judecătore cu rate mari de prevalență		Judecătore cu rate mici de prevalență	
- la 100000 locuitori -			
Vâlcea	4086,5	Ilfov	231,9
Argeș	3985,3	Vrancea	362,6
Olt	3385,7	Satu-Mare	958,3
Hunedoara	3305,3	Alba	1353,6
Timiș	2781,8	Mehedinți	1365,7
Buzău	2624,0	Bistrița-N.	1460,2
Vaslui	2621,0	Brașov	1503,2

La nivelul Europei, sunt multe țări care nu au raportat valorile incidenței tulburărilor mentale, în 2014. Dintre țările care au raportat se află țara noastră care ocupă un loc în grupa statelor cu valori de peste 1000 la 100000 locuitori (fig.69). [1]

În ceea ce privește prevalența avem aceeași situație, țara noastră găsindu-se în zona de mijloc, a statelor cu valori între 4,8 și 6,4% (fig.70).[1]

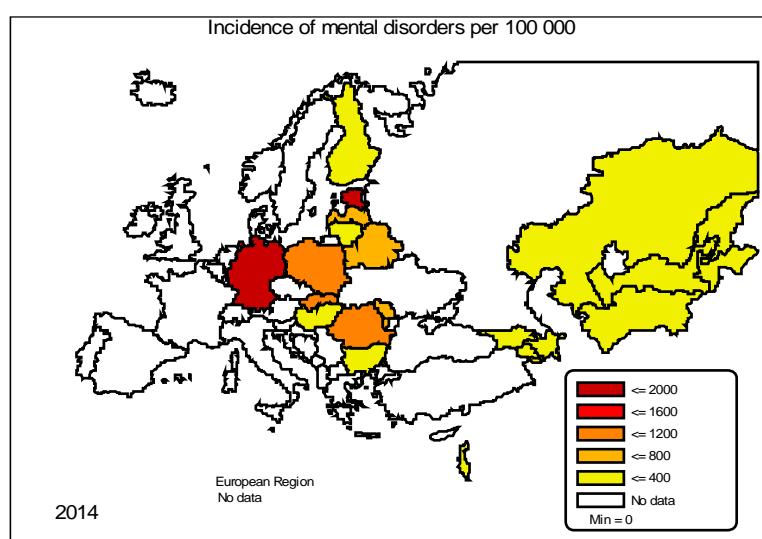


Fig. nr. 69 Incidența tulburărilor mentale în România, Europa și Uniunea Europeană în anul 2014, la 100000 locuitori [1]

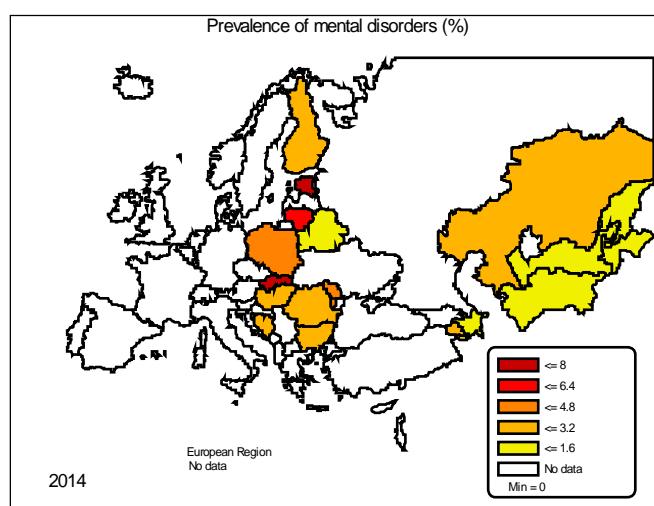
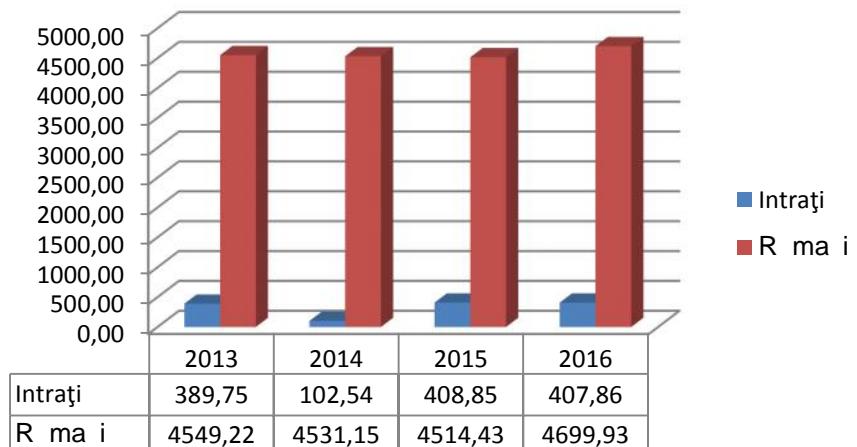


Fig. nr. 70 Prevalența tulburărilor mentale în România, Europa și Uniunea Europeană în anul 2014 [1]

Bolile ischemice ale inimii:

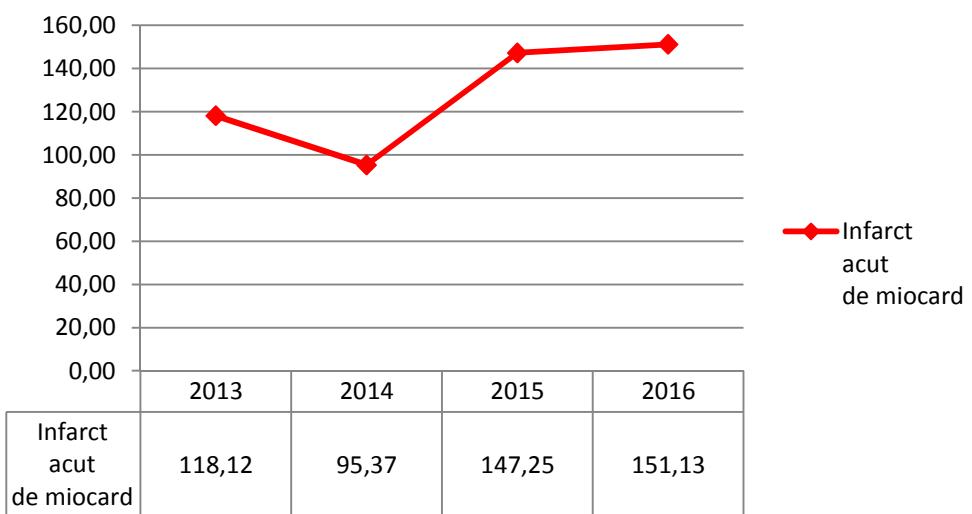
La nivelul județului Timiș, incidența bolnavilor cu cardiopatie ischemică, la cabinetul medicului de familie a crescut în 2016 față de anul 2013, la fel și prevalența (fig. nr.71).

Fig. nr. 71 Morbiditatea prin cardiopatie ischemică, la cabinetul medicului de familie în perioada 2013-2016, la %000 loc. în Timiș



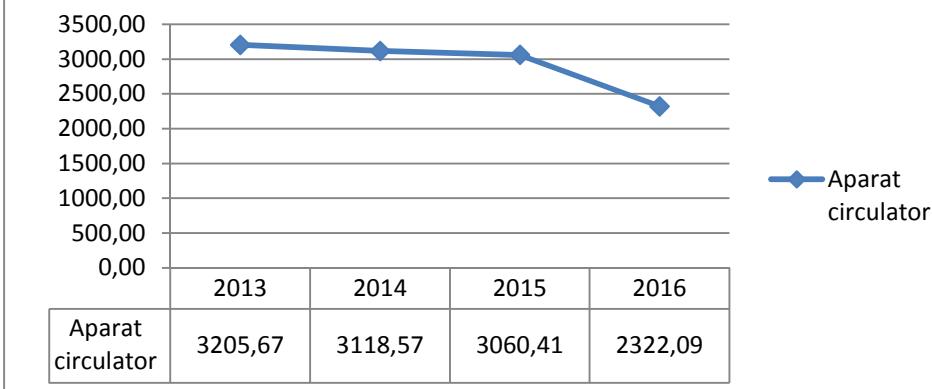
În cazul bolnavilor externați din spital cu Infarct acut de miocard valoarea e în continuare crește din 2013 până în anul 2016, exceptând anul 2014, când vorbim de o scădere (fig. nr.72).

Fig. nr. 72 Evoluția morbidității bolnavilor externați, cu infarct acut de miocard, în județul Timiș, în perioada 2012-2016, raportat la %000 loc.



Dacă analizăm valoarea morbidității bolnavilor externați cu boli ale aparatului circulator, se observă o scădere substanțială în ultimul an (fig. nr.73).

Fig. nr. 73 Evoluția morbidității bolnavilor externați, cu boli ale aparatului circulator, în județul Timiș, în perioada 2012-2016, raportat la %000 loc.



La nivelul ţării, în anul 2015 au fost înregistrate 183.082 cazuri noi de bolnavi prin boli ischemice ale inimii reprezentând o rată de incidență de 923,7‰ locuitori. Cazurile noi de boli ischemice ale inimii în anul 2015, au o pondere de 19,4% din numărul total de bolnavi înregistrați cu boli ale aparatului circulator (942.760). [1]

În profil teritorial, ratele incidenței prin boli ischemice ale inimii nu sunt uniform distribuite, astfel, valori crescute se înregistrează în județele: Covasna 3434,2‰ locuitori, Hunedoara 2616,3‰ locuitori, Alba 2293,6‰ locuitori, Mehedinți 1875,1‰ locuitori, Botoșani 1875,3‰ locuitori, iar valori mai mici în județele: Vaslui 215,6‰ locuitori, Olt 227,8‰ locuitori, Constanța 242,7‰ locuitori, Municipiul București 308,5‰ locuitori, Vrancea 313,6‰ locuitori. [1]

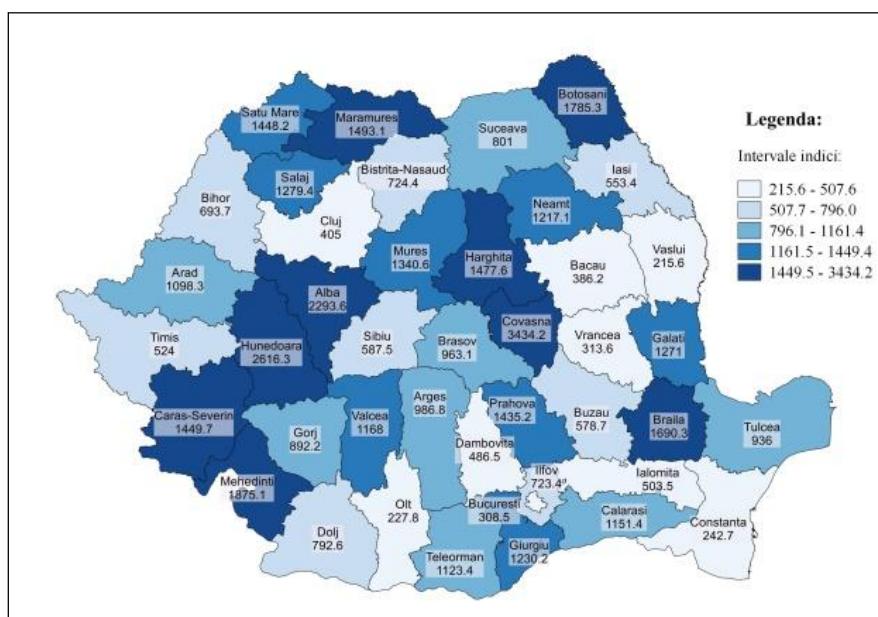


Fig. nr.74 Incidența prin bolile ischemice ale inimii în România, în anul 2015 [1]

În profil teritorial, nici ratele prevalenței prin boli ischemice ale inimii nu sunt uniform repartizate, astfel, valori crescute se înregistrează în județele: Brașov 9157,7%ooo locuitori, Sibiu 9111,8%ooo locuitori, Cara -Severin 9004,2%ooo locuitori, Bihor 8488,3%ooo locuitori, Covasna 8220,0%ooo locuitori, iar valori mai mici în județele: Ilfov 2399,0%ooo locuitori, Olt 2477,8%ooo locuitori, Satu-Mare 2922,3%ooo locuitori, Constanța 3370,5%ooo locuitori, Iași 3401,0%ooo locuitori. (Fig. nr.75).[1]

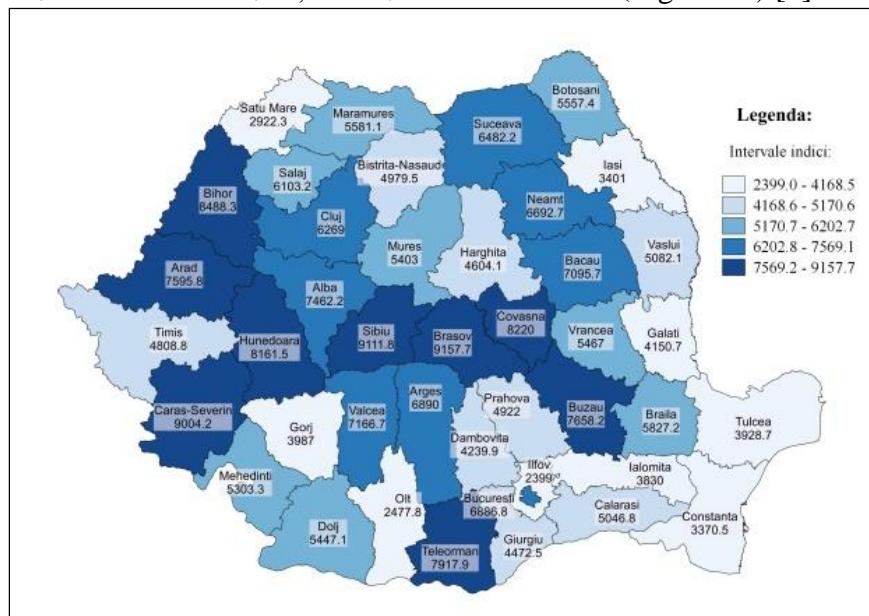


Fig. nr. 75 Prevalență prin bolile ischemice ale inimii în România, în anul 2015[1]

Analiza incidenței prin cardiopatii ischemice în anul 2015 - pe macroregiuni, medii și sexe ne arată că cele mai multe cazuri noi de cardiopatii ischemice în anul 2015 pe total, tar , sunt în macroregiunea unu (regiunea Vest și regiunea Centru).[1]

Așa cum arată figura nr.76, în macroregiunea unu (regiunea Nord-Vest și regiunea Centru) sunt cele mai multe cazuri noi de cardiopatii ischemice pe total, masculin, feminin, urban și rural. Cele mai puține cazuri pe sexe și medii sunt în macroregiunea trei (regiunea București-Ilfov și regiunea Sud-Muntenia).[1]

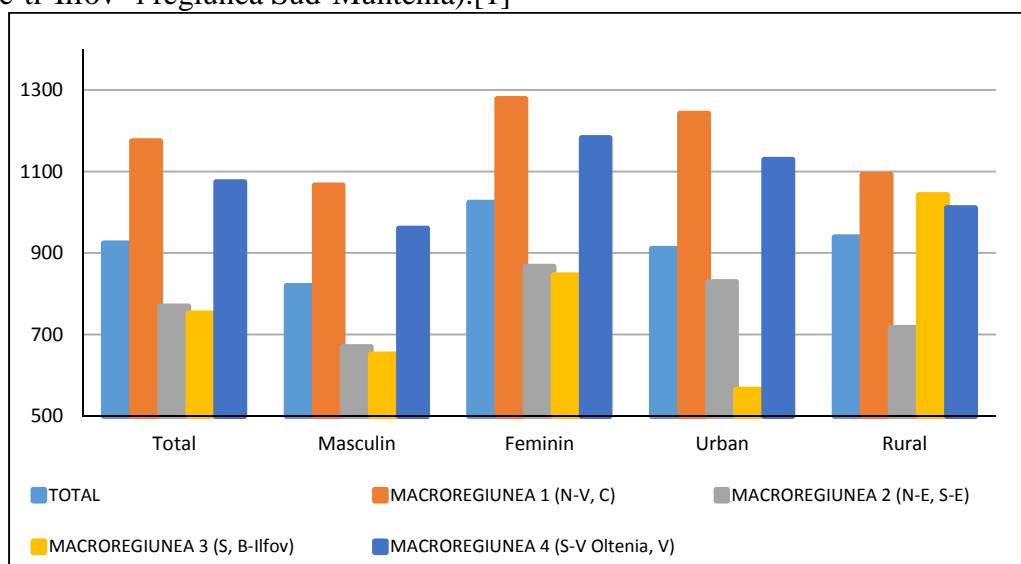
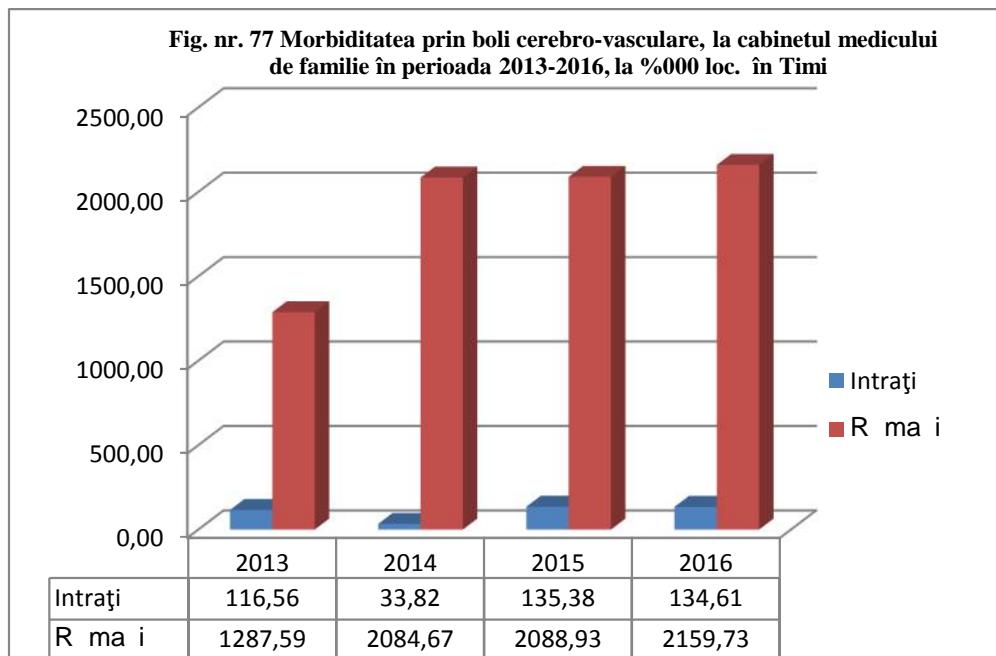


Fig. nr. 76 Incidenta prin boli ischemice ale inimii pe medii, sexe și macroregiuni în România în anul-2015[1]

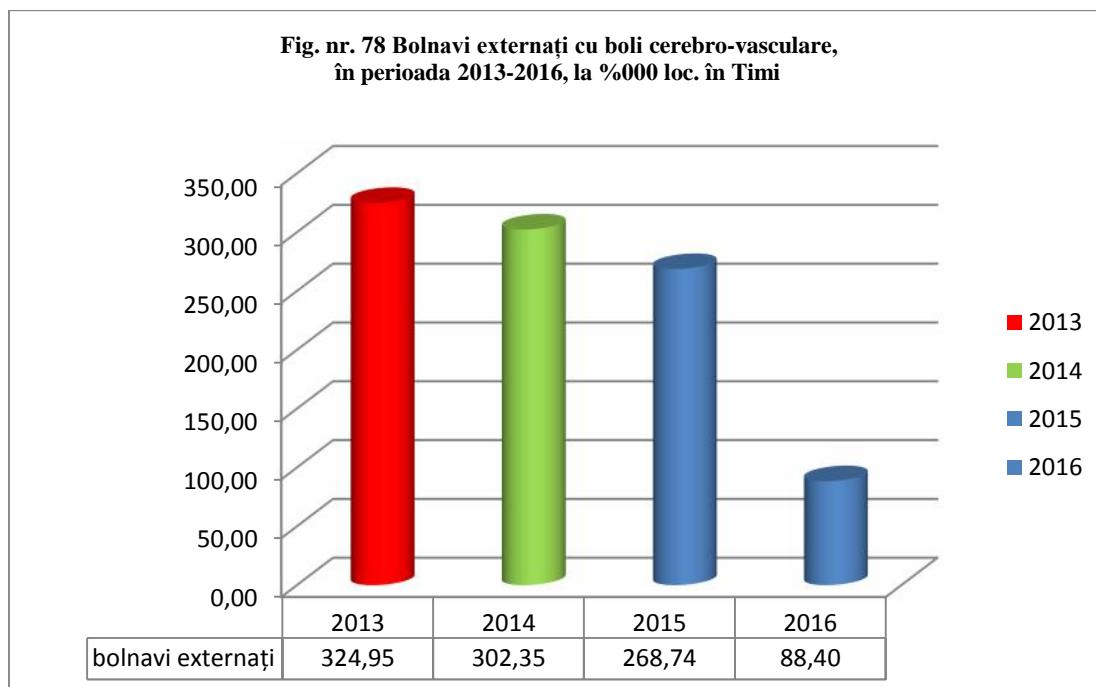
Prognoza ratelor de prevalență a bolilor ischemice ale inimii ne indică o tendință continuă de creștere în anii următori în România a acestor afecțiuni [1]

Bolile cerebro-vasculare:

Incidența bolnavilor cu boli cerebrovasculare, aflați în evidență medicului de familie, în județul Timiș, a crescut u or de la 116,56%000 loc. în 2013 la 134%000 loc. în 2016, în timp ce prevalența a crescut foarte mult de la 1287%000 loc. în 2013 la 2159,73%000 loc în 2016 (fig. nr.77).



Dacă analizăm bolnavii externați cu aceleași afecțiuni, în aceeași perioadă de timp, în județul Timiș, observăm o scădere de la 324,95%000 loc. în 2013 la 88,40%000 loc. în 2016 (fig.78).



La nivelul ţării, în anul 2015 au fost înregistrate 87.017 cazuri noi de bolnavi cu afecţiuni cerebro-vasculare (BCV) care au determinat o incidenţă prin BCV de 439,0‰ locuitori (fig. 79).[1]

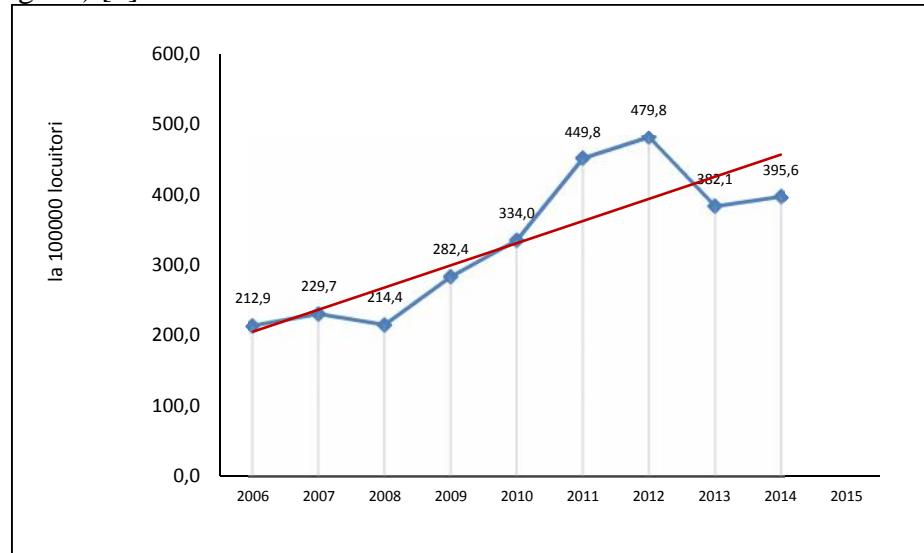


Fig. nr.79 Incidenţa bolnavilor cu boli cerebro-vasculare în România, în anii 2006-2015[1]

În profil teritorial, cazurile noi înregistrate prin boli cerebro-vasculare au valori crescute ale incidentei se înregistrează în județele: Mehedinți 1221,2‰ locuitori, Hunedoara 1202,6‰ locuitori, Vâlcea 1187,4‰ locuitori, Alba 975,5‰ locuitori, Arad 863,5‰ locuitori, iar valori mai mici în județele: Vaslui 118,9‰ locuitori, Vrancea 119,7‰ locuitori, Constanța 160,3‰ locuitori, Olt 162,4‰ locuitori, Municipiul București 174,1‰ locuitori (fig.80).[1]

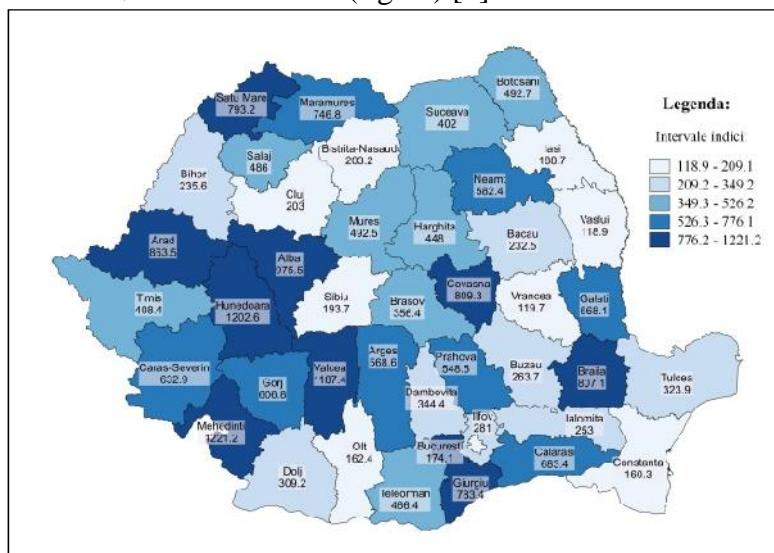


Fig. nr. 80 Incidenţa prin bolile cerebro-vasculare în România, în anul 2015, pe județe[1]

Incidenţa prin boli cerebro-vasculare în anul 2015 - pe macroregiuni, medii i sexe a fost mai mare în macroregiunea patru (regiunea Sud-Vest Oltenia și regiunea Vest).[1]

Așa cum se observă în figura 81, în macroregiunea patru (regiunea Sud-Vest Oltenia și regiunea Vest) sunt cele mai multe cazuri noi de boli cerebro-vasculare pe total, masculin, feminin, urban și rural. Cele mai puține cazuri pe total, masculin, feminin și rural sunt în macroregiunea doi (regiunea Nord-Est și regiunea Sud-Est). Valori mici se înregistrează și în macroregiunea trei (regiunea București-Ilfov și regiunea Sud-Muntenia), pe urban.[1]

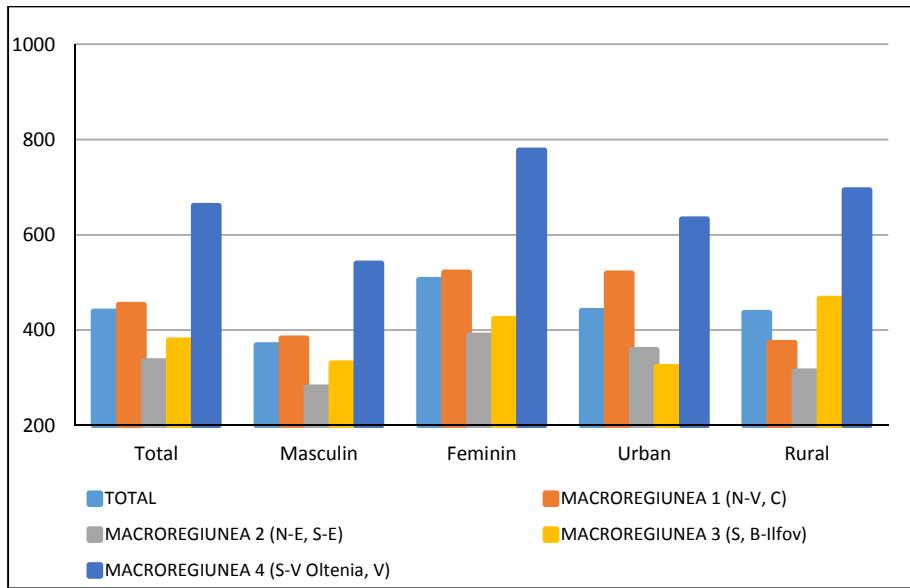


Fig. nr.81 Incidenta prin boli cerebro-vasculare pe medii, sexe și macroregiuni în România în anul-2015 [1]

În profil teritorial, bolnavii rămași în evidență prin boli cerebro-vasculare au valori crescute ale prevalenței în: Mehedinți 2706,3% 000 locuitori, Caraș-Severin 2530,6% 000 locuitori, Vâlcea 2383,0% 000 locuitori, Arad 2330,9% 000 locuitori, Teleorman 2323,0% 000 locuitori, iar valori mai mici în: Satu-Mare 624,6% 000 locuitori, Olt 800,7% 000 locuitori, Ilfov 859,1% 000 locuitori, Harghita 912,9% 000 locuitori, Vrancea 992,4% 000 locuitori (fig.82).[1]

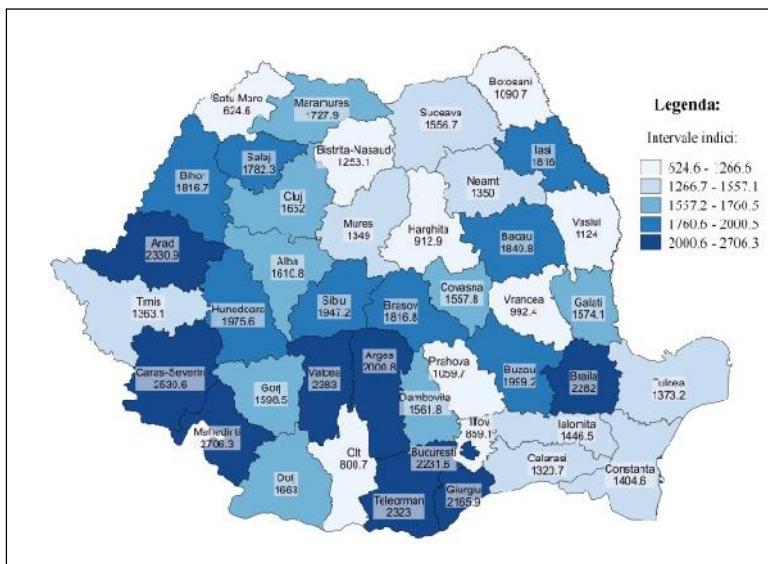
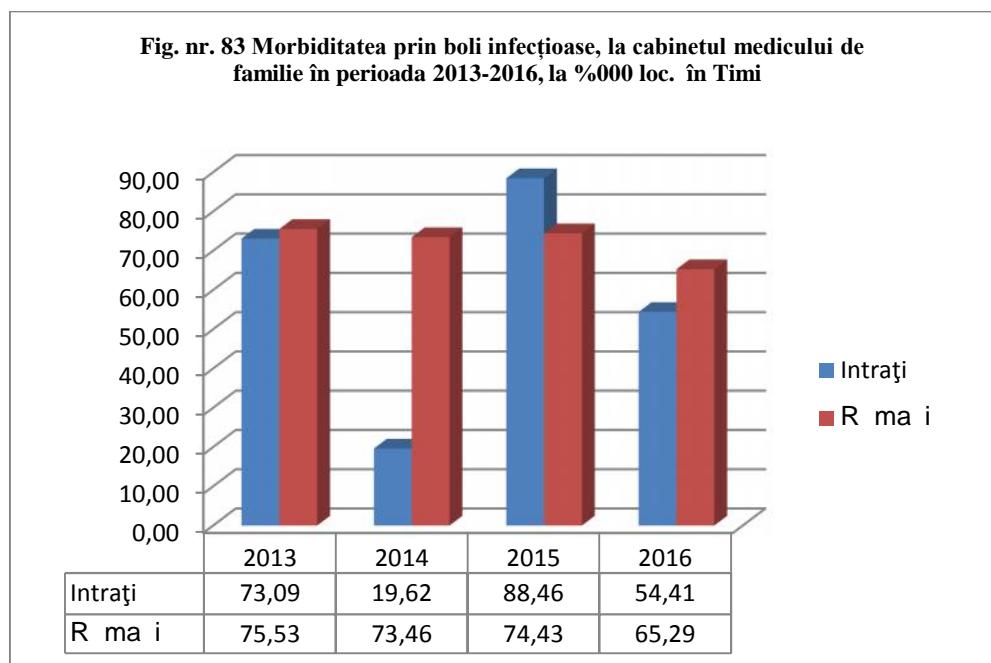


fig. nr. 82 Prevalența prin bolile cerebro-vasculare în România, în anul 2015, pe județe[1]

Bolile infecțioase și parazitare:

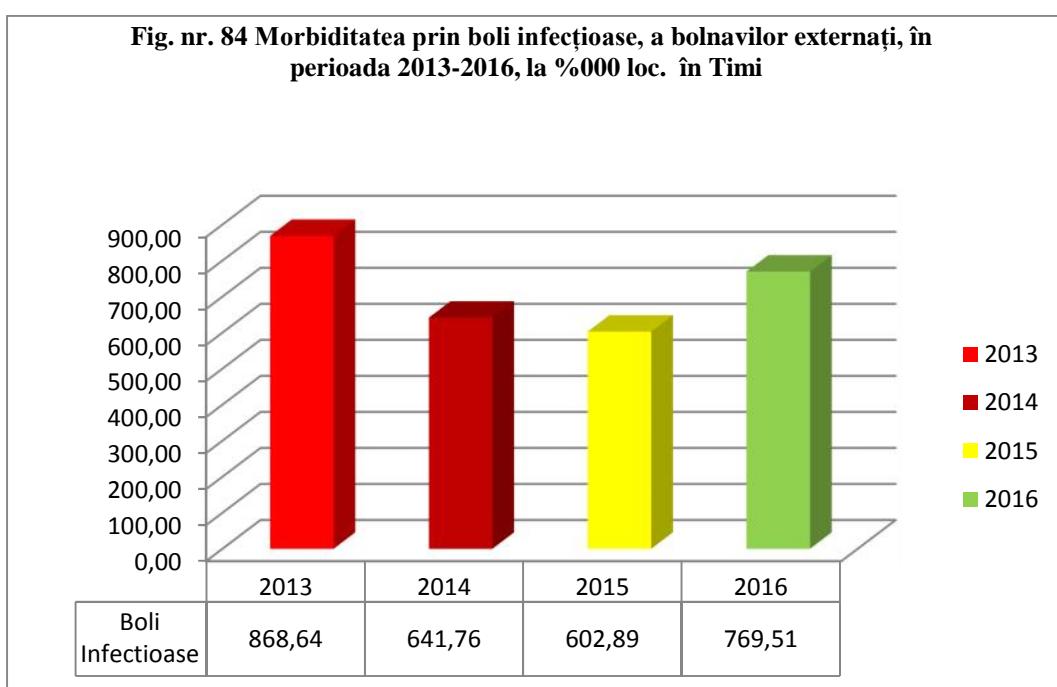
La cabinetul medicului de familie, în județul Timiș, bolile infecțioase au scăzut în 2016 față de 2013, atât în ceea ce privește cazurile noi cât și în cazurile rămasse în evidență, de la 73,09% 000 loc., respectiv 75,53% 000 loc. la 54,41% 000 loc., respectiv 65,29% 000 loc. (fig.83).

Fig. nr. 83 Morbiditatea prin boli infecțioase, la cabinetul medicului de familie în perioada 2013-2016, la %000 loc. în Timiș



La fel și bolnavii externați din spital, cu aceste afecțiuni, în județul nostru, au scăzut de la 868,64%000 loc. în 2013 la 769,51%000 loc. în 2016 (fig. nr.84)

Fig. nr. 84 Morbiditatea prin boli infecțioase, a bolnavilor externați, în perioada 2013-2016, la %000 loc. în Timiș



Incidența Tuberculozei, în Timiș, la grupa 0-14 ani este mai mică în mediul urban față de mediul rural, astfel în 2016 acesta a fost de 1,99%000 loc. în urban față de 3,77%000 loc. în rural. La fel și bolnavii rămași în evidență, la această grupă de vîrstă, au fost mai mulți în mediul rural (3,08%000 loc.) față de mediul urban (3,08%000 loc.)(fig.86)

Fig. 85 Evoluția incidenței prin tuberculoz , la grupa de vîrst 0-14 ani, pe medii de proveniență în perioada 2013-2016, la %000 loc. în Timi

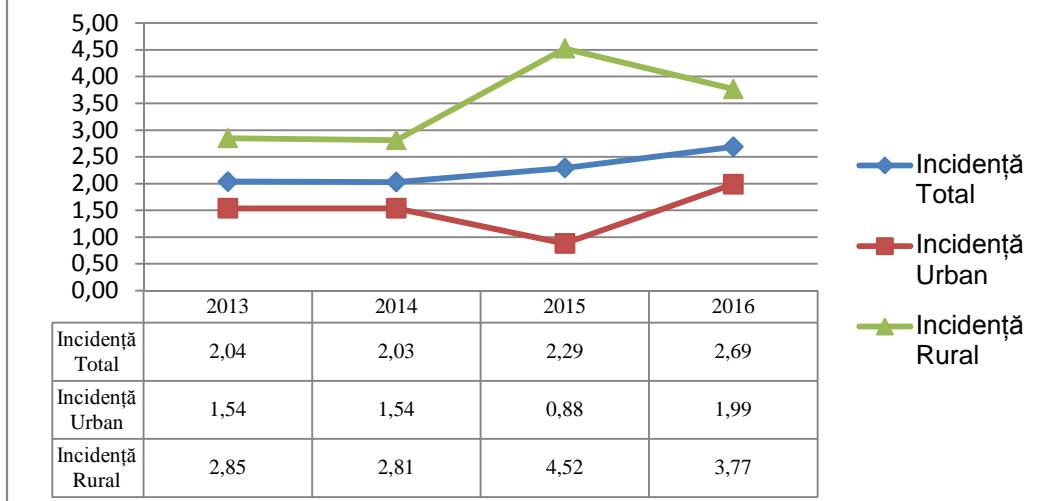
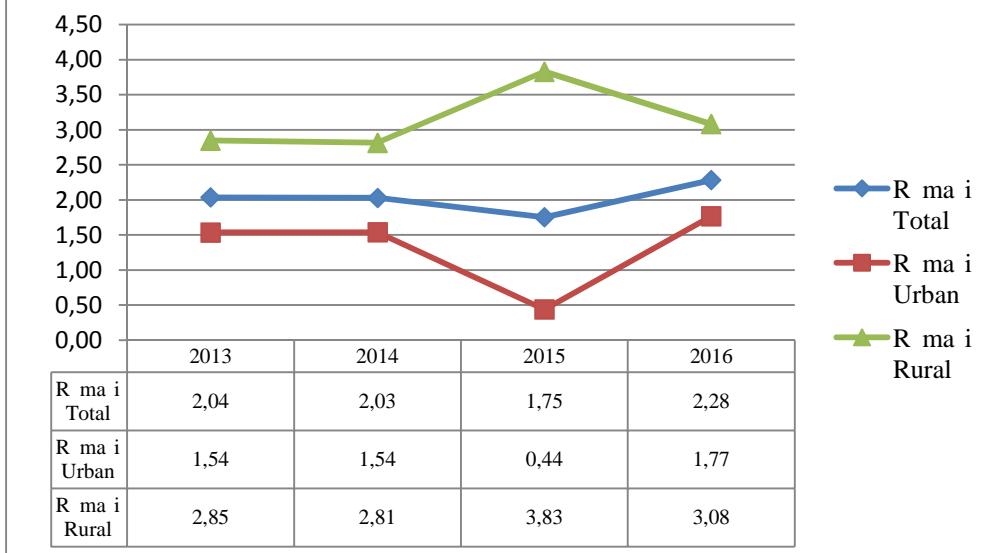


Fig. 86 Evolutia bolnavilor prin tuberculoz , rămași în evidență, la grupa de vîrst 0-14 ani, pe medii de proveniență în perioada 2013-2016, la %000 loc. în Timi



La grupa de vîrst peste 15 ani avem, în Timi , aceeași situație, în cazul incidenței, mai mare în mediul rural (60,30%000 loc, în 2016) faț de mediul urban (46,19%000 loc., în 2016). Aceast situație s-a menținut pentru toată perioada studiat . Ea a scăzut în 2016 faț de 2013 la toate categoriile: total, urban, rural (fig. nr.87). Pentru bolnavii rămași în evidență, la grupa peste 15 ani, avem, de asemenea valori mai mari în mediul rural (69,90%000 loc., în 2016) faț de mediul urban (58,78%000 loc., în 2016) și o scădere la cele 3 categorii (total, rural, urban) în 2016 faț de 2013 (fig. 88)

fig. 87 Evoluția incidenței prin tuberculoz , la grupa de vîrstă 15+ ani, pe medii de proveniență în perioada 2013-2016, la %000 loc. în Timiș

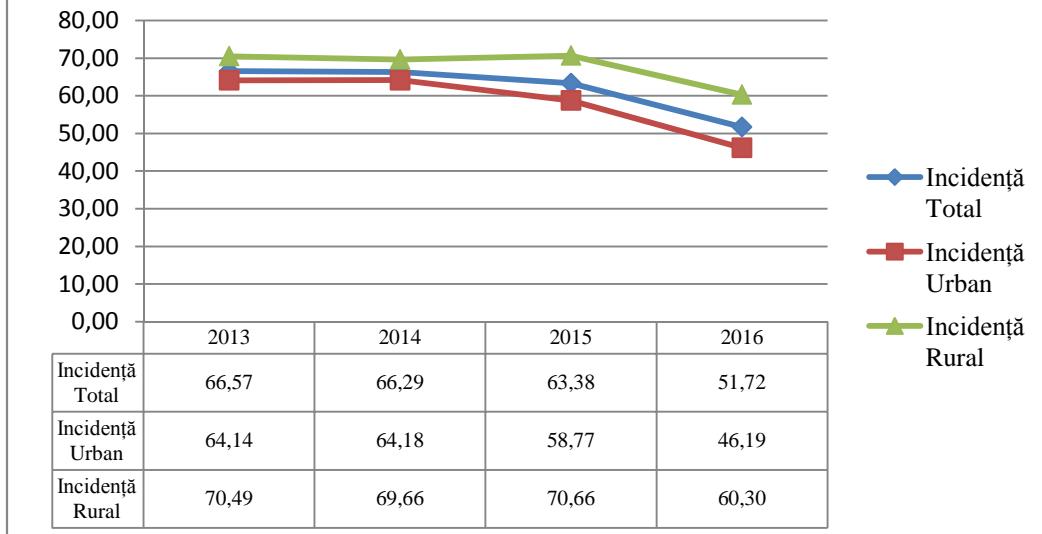
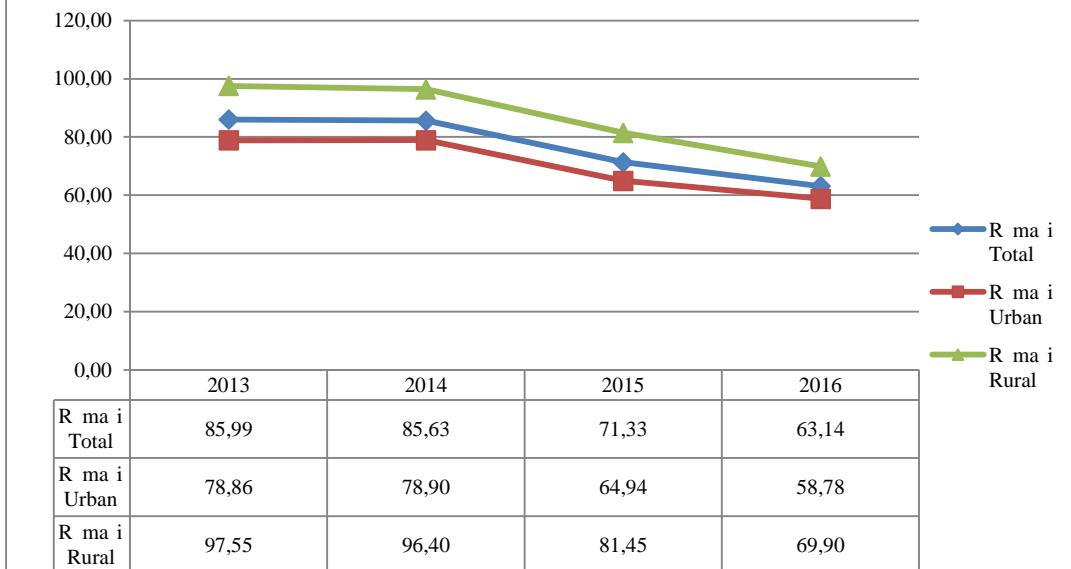


Fig. 88 Evoluția bolnavilor prin tuberculoz , rămași în evidență, la grupa de vîrstă 15+ ani, pe medii de proveniență, în perioada 2013-2016, la %000 loc. în Timiș



Pe plan național, putem face o analiză dinamică a principalelor boli infecțioase pentru anii 2006-2015, constatăndu-se următoarele [1]:

- scădere accentuată a morbidității prin hepatita virală de tip A (deși aflată încă la valori mari) și de tip B;
- meninere la nivele mici a morbidității prin: botulism, tetanos și tuse convulsivă;
- scădere accentuată a incidenței prin tuberculoză de la 96,1%000 locuitori la nivelul anului 2006, la 60,6%000 în 2015 (fig. 83), acesta în trend descendente având o incidență

copiii 0–14 ani, de la 29,1%ooo în anul 2006, la 20,4%ooo în anul 2014, și crește u or la 21,1%ooo în anul 2015;

- sifilisul, în prezent în scădere în 2015 comparativ cu 2006 (fig. 84), ca și parotidita epidemică.[1]

Incidența tuberculozei a înregistrat valori de 96,1%ooo în anul 2006 și 60,6%ooo în 2015 (fig. 89).[1]

În anul 2015 se constată valori mai crescute în județele: Dolj (92,9%ooo), Olt (90,0%ooo), Teleorman (88,7%ooo), Bacău (86,5%ooo), Giurgiu (86,0%ooo), iar valorile mai mici în județele: Harghita (19,1%ooo), Brașov (30,7%ooo), Covasna (30,9%ooo), Sibiu (35,5%ooo), Cluj (36,4%ooo).[1]

Din totalul cazurilor de bolnavi nou depistați cu tuberculoză, în anul 2015 - 5,41% au fost copii 0–14 ani, având o incidență de 21,1%ooo copii 0-14 ani, în scădere față de indicii înregistrați în perioada analizată (fig.89).[1]

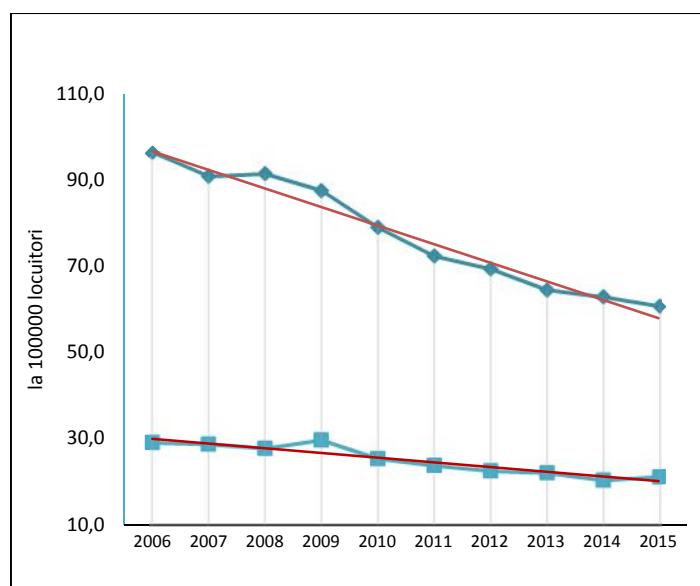


Fig. nr. 89 Incidența prin tuberculoză în România, în anii 2006-2015 [1]

La nivel european, de către accentuată în România, comparativ cu regiunea Europa, incidența îmbolnăvirilor prin tuberculoză este mai mare aproximativ de două ori și de aproximativ cinci ori față de UE (fig. 90). [1]

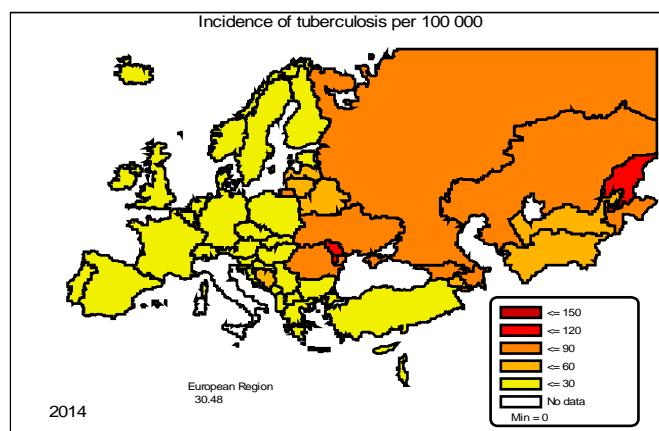


Fig. 90 Incidența prin tuberculoză în România, Europa și Uniunea Europeană în anul 2014[1]

Pe plan național, în cazul inciden ei prin sifilis, valoarea scade de la 26,7 %ooo în anul 2006 la 4,8 %ooo în 2015 (fig.91).[1] Rate mai mari se observă în judeele Galați 17,6%ooo, Brăila 11,1%ooo, Mureș 11,0%ooo, Bacău 10,6%ooo, Sibiu 8,7%ooo, iar cele mai mici în judeele: Giurgiu 0,0%ooo, Ilfov 0,0%ooo, Vâlcea 0,3%ooo, Caraș-Severin 1,1%ooo, Dolj 1,2%ooo. [1]

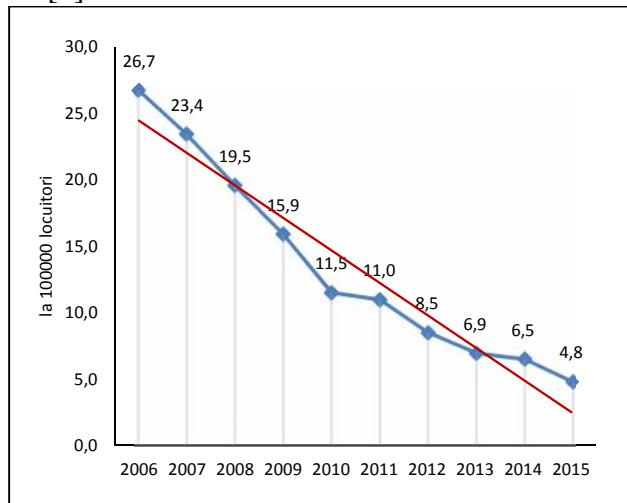


Fig. 91 Incidența prin sifilis în România, în anii 2006-2015[1]

Valoarea incidenței prin sifilis din România ne placează sub media celei din regiunea Europa și mult peste media din UE (fig. 92).[1]

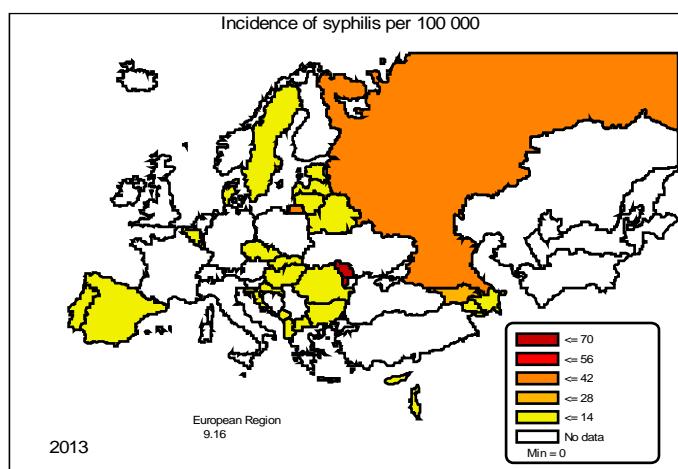


Fig. 92 Incidența prin sifilis în România, Europa și Uniunea Europeană în anul 2013[1]

Pe plan național, incidența prin hepatit viral a scăzut în perioada 2006–2015 de la 36,8%ooo în 2006, la 28,3%ooo locuitori în 2015 (fig. 93). [1]

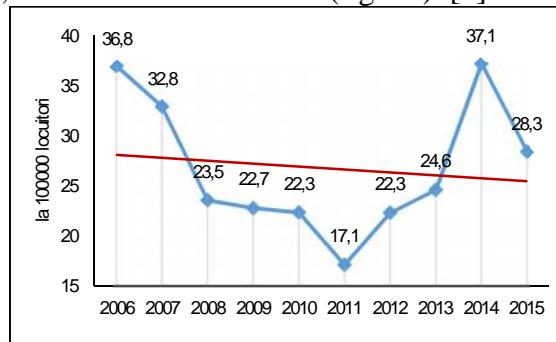


Fig. 93 Incidența prin hepatit viral în România, în anii 2006-2015[1]

La nivelul județelor, valori mai crescute în anul 2015 se constată în județele: Vrancea (146,1%ooo), Vaslui (96,4%ooo), Iași (69,9%ooo), Bacău (66,8%ooo), Suceava (65,4%ooo),

iar valorile cele mai mici se constat în jude ele: Giurgiu (0,0%ooo), Mehedinți (1,2%ooo), Cara -Severin (1,8%ooo), Timi (2,3%ooo), Olt (2,4%ooo).[1]

Pe plan european, România se situează puțin sub media regiunii Europene și de aproximativ dou ori mai mult faț de UE.[1]

DETERMINAN IAIS N T II

Indicele de mas corporal :

Este dat de greutatea împărțită la înălțimea la patrat. În cazul valorilor mai mici de 18,5, este vorba despre persoane subponderale, între 18,5 și 24,9, se consideră că se situează normoponderale, iar la valori mai mari de 25, se înscriu persoanele cu probleme de greutate. La nivelul județului Timiș, nu avem date raportate de unitățile medicale, mereu refer, în special, la cabinetele medicilor de familie privind indicele de mas corporal a pacienților. În anii 2008 – 2009 s-a derulat un proiect de colaborare între autoritatea de sănătate publică din județul Timiș și din regiunea Dél-Alföld din Ungaria, denumit: „Ce mâncăm?”. Acesta a avut două componente, dintre care una de cercetare, prin care s-a dorit o evaluare a obiceiurilor alimentare în rândul elevilor de clasa a VI-a și ale familiilor acestora, din Municipiul Timișoara și regiunea Dél-Alföld din Ungaria. Volumul sănătății antionului luat în studiu, pentru apariția elevilor timișoreni de clasa a VI-a, în anul școlar 2008 – 2009, a fost de 1680 de personae. În ceea ce privește repartitia pe sexe a sănătății antionului, aproximativ 65% au fost persoane de sex feminin și 35% de sex masculin.

46% dintre apariția elevilor timișoreni de clasa a VI-a au fost supraponderali sau obezi (tabel 38). Am considerat subponderali când IMC a fost < 18,5, normoponderali (IMC>18,5 și <25) supraponderali (IMC>25 și <30) și obezi (IMC>30). 64,93% dintre persoanele obeze au fost de sex masculin și 35,52% de sex feminin.

Tabel nr.38 Distribuția în funcție de IMC (indice mas corporal) a apariției elevilor de clasa a VI din Timișoara, în 2008 - 2009 din total sănătății antionului, în %

Subponderali	38	2.26
Normoponderali	870	51.79
Supraponderali	430	25.60
Obezitate	342	20.36

La nivel european, în anul 2014, cu o prevalență a obezității la adult $\leq 22,8\%$, ne situația sub valoarea unor ţări precum: Marea Britanie, Grecia, Bulgaria, Ungaria (fig. nr 94). Conform Anchetei Statistice de sănătate prin Interviu, realizată de Institutul Național de Statistică în 2014, 46,4% din populația rezidentă de 18 ani și peste este supraponderala (IMC între 25 și 29,9), iar 9,3% suferă de obezitate (IMC peste 30). [1]

Acet context trebuie menținut sub control în viitor prin politici publice de promovare a nutriției sănătoase.[1]

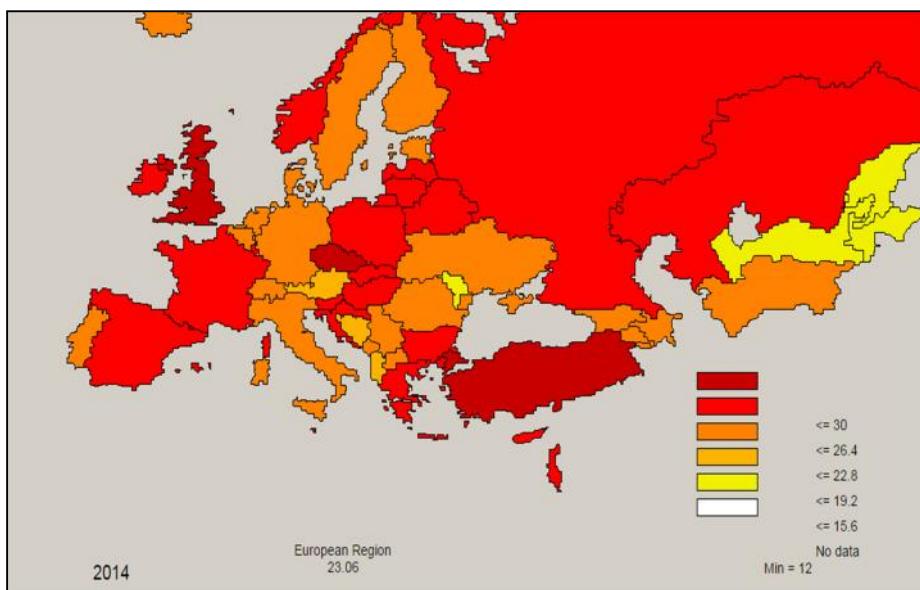


fig. 94 Prevalența obezității, populație totală, OMS EU, 2014 Sursa: WHO/Europe, European HFA Database[1]

Tensiunea arterială:

Acest indicator măsoară proporția persoanelor care au raportat că au fost diagnosticate cu tensiune arterială crescută în ultimele 12 luni. Datele provin din prima runda de anchete ale studiilor de sănătate prin interviu (EHIS) efectuate de Eurostat în 17 state membre, între 2006 și 2009.[1]

La nivelul județului Timiș, avem date doar în ceea ce privește cazurile de hipertensiune monitorizate la cabinetele medicilor de familie. În cadrul programului ce măncărui au fost evaluate și comportamente sănătoase pentru populație, din care face parte și monitorizarea tensiunii arteriale. Peste 80% i-au verificat tensiunea arterială în ultimul an, respectiv în ultimele 6 luni (tab. nr.39)

Tab. 39 Verificarea Tensiunii Arteriale efectuată de: aparțința elevilor de clasa a VI din Timișoara, în 2008 - 2009, din total este antion, în %	
	T
A În ultimile 6 luni	64.5
B În ultimul an	19.9
C În ultimii 2 ani	4
D În ultimii 3 ani	1.6
E Mai mult de 5 ani	3.2
F Niciodată	4.7
NR	2.1

Pe plan european, în anul 2008, România prezenta o situație favorabilă (16,5%), numai Franța raportând mai puține cazuri de HTA (fig.95)[1]

Cea mai recent Ancheta Statistică de Sănătate prin Interviu, realizat de Institutul Național de Statistică în 2014, a înregistrat prezența tensiunii arteriale crescute la 17% din persoane.[1]

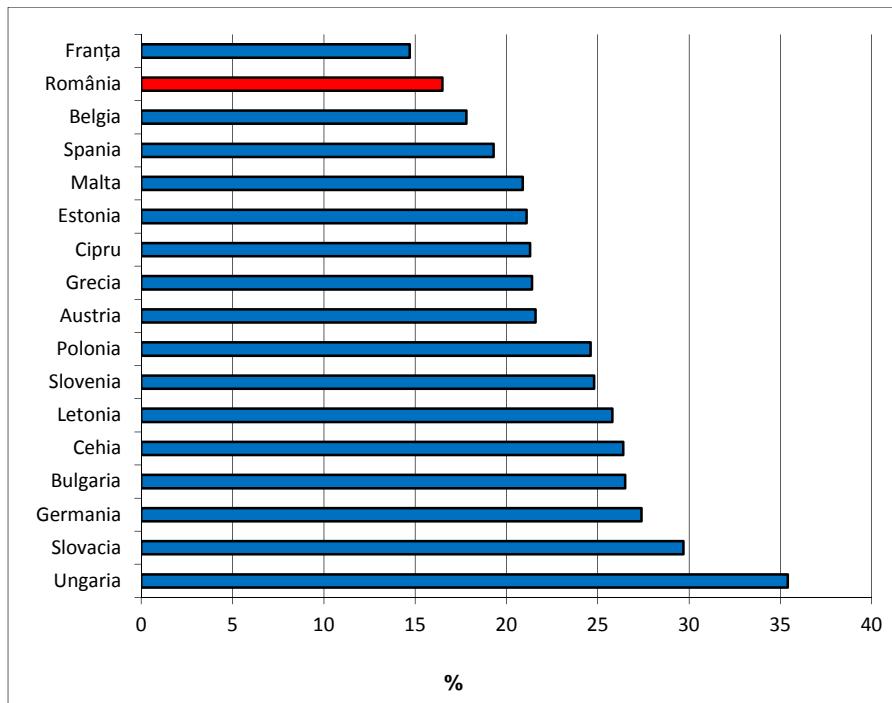


fig. nr. 95 Proporția persoanelor care au raportat tensiunea arterială crescută în ultimele 12 luni, UE, 2008 Sursa: ECHI – List of Indicators (http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm)[1]

Procentul fumătorilor:

Pe plan județean, nu avem date raportate de cabinetele medicale, privind numărul fumătorilor și nici studii care să evalueze fumatul în rândul populației adulte.

România are o pondere a fumătorilor de 27,2% din populația adultă, care o situează între statele cu nivel mediu al prevalenței fumatului (harta 32). Există diferențe mari între genuri (40,8% la bărbați, față de 22% la femei) (Fig. 88).

Studiile cele mai recente, respectiv Ancheta Statistică de Sănătate prin Interviu, realizat de Institutul Național de Statistică în 2014, semnalează faptul că un sfert din populația rezidentă de 15 ani și peste fumează, 19,6% din aceasta fiind fumători zilnici. Diferențe se observă și în funcție de nivelul de educație, astfel sunt fumători 27,9% din cei cu nivel de educație superior, 29,9% din cei cu nivel de educație mediu și 17,1% din cei cu nivel de educație scăzut.[1]

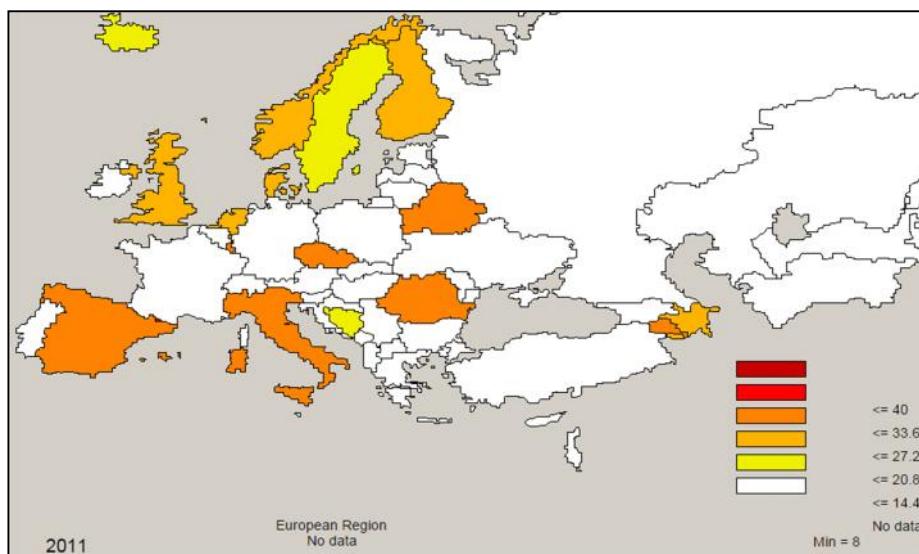


fig. 96 Prevalența fumatului, populație totală , OMS EU, 2011 Sursa: WHO/Europe, European HFA Database [1]

Mortalitatea prin cancere în general și al cancerului pulmonar în special, se corelează în general cu prevalența de fumatori, ridicată în România, inclusiv la femei.[1]

Consumul total de alcool:

Indicatorul care măsoară consumul total de alcool (în litri alcool pur) pe cap de locuitor și pe an, în populația de peste 15 ani este în calcul producătorii și importurile, dar nu este consumul neînregistrat. Datele disponibile provin din baza de date a OMS, pentru anul 2011. România se situează aproape de media UE, cu 10,54 litri alcool pur/locuitor/an (fig. 97). [1]

Dacă analizăm consumul în dinamică, se constată că în țara noastră există un consum relativ stabil, apropiat mediei UE (fig. 98).[1]

Conform profilului de ar prezentat în cel mai recent Raport asupra alcoolului și sănătății al OMS, în anul 2010, consumul de alcool pur/capita la populația în vîrstă de 15 ani și peste a fost de 14,4 litri, înregistrând o tendință crescentă în ultimul deceniu. Din acest consum, 10,4 litri alcool reprezintă consumul înregistrat, iar 4 litri reprezintă consumul de alcool neînregistrat, menținut la un nivel constant. Consumul mediu de alcool pur în rândul populației este de 10,54 litri alcool pur/locuitor/an. Pe plan european, cu un volum de alcool cuprins între 75 și 100 g alcool consumat, România ocupă locul 5 (după Islanda, Danemarca, Finlanda și Suedia) în topul ţărilor cu un model de consum excesiv de alcool. [4]

Berea este băutura preferată a românilor, pentru toate grupele de vîrstă, fiind consumată de 70% din tinerii de 18-34 ani și aproximativ 60% din persoanele de 35-65 ani. Mai puțin de 60% din români consumă vin. Consumul spirtoaselor este de 39% în rândul tinerilor sub 35 ani și aproximativ 42% pentru populația în vîrstă de 35-65 ani. [4]

Peste 10% din români beau acasă, singuri, cel puțin o dată pe săptămână, dar mai puțin de o treime consumă alcool în compania membrilor familiei, aproximativ 50% consumă alcool în mod obișnuit în localuri publice și doar 9% beau în parcuri sau pe străzi. [4]

Influența regiunii geografice asupra modelului de consum are o semnificație relativă, transilvănenii înregistrând cel mai mare număr de abstenenți, bucuretenii sunt mai deosebiți „light” ("uori", consum scăzut până la moderat), iar moldovenii și muntenii sunt prezentați mai frecvent în zona consumului „medium” (moderat) și „hard” ("greu", consum excesiv). [4]

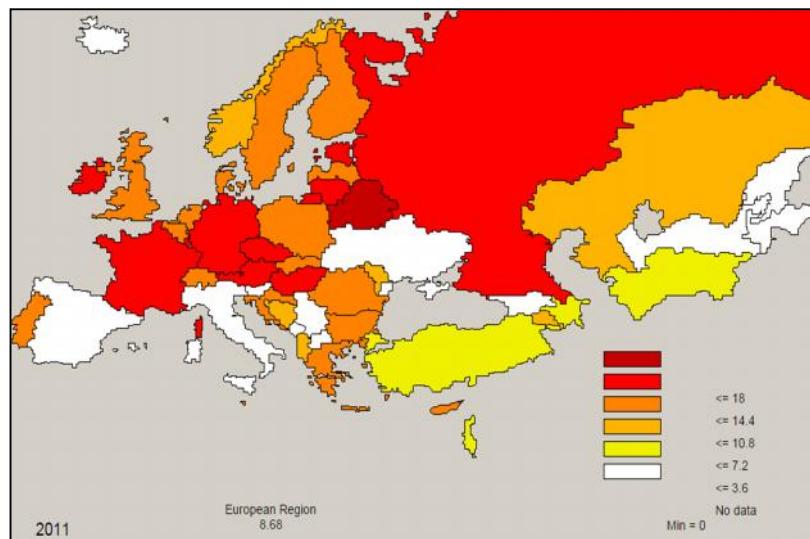


fig. 97 Consumul de alcool pur în populația de peste 15 ani, OMS EU, 2011

Sursa: WHO/Europe, European HFA Database [1]

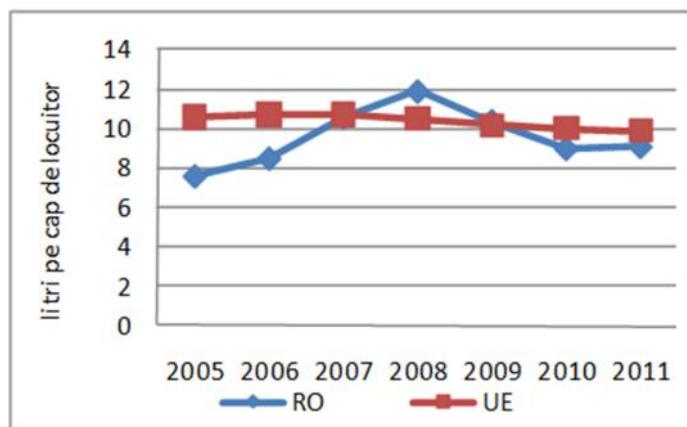


fig. 98 Consumul de alcool pur în populația de peste 15 ani în România și în UE, 2005-2011

Sursa: WHO/Europe, European HFA Database [1]

Conform Anchetei Statistice de Sănătate prin Interviu realizată de Institutul Național de Statistică în 2014 din populația rezidentă de 15 ani și peste, 57,2% a consumat băuturi alcoolice în ultimele 12 luni, 22,3% nu a consumat deloc băuturi alcoolice în această perioadă, în timp ce 19,2% nu a consumat niciodată alcool.[1]

Consumul de fructe și legume:

Consumul de fructe se calculează ca procent al persoanelor care consumă fructe cel puțin o dată pe zi, iar consumul de legume se calculează ca procent al persoanelor care consumă legume cel puțin o dată pe zi.[1]

Pe plan local, avem date privind consumul de fructe și legume, în cadrul studiului „Ce mâncăm?”. Acestea ne-a arătat că 39,4% din eantion a consumat zilnic fructe și 34,8% de mai multe ori pe săptămână (tab. nr.40). În ceea ce privește consumul de legume, 45,2% din eantion au consumat de mai multe ori pe săptămână și 31,3% zilnic (tab. nr.41).

Tabel nr.40 Procentul apar in torilor elevilor de clasa a VI din Timi oara, pe sexe, în 2008 - 2009, din total e antion, în %, pe sexe, care consum fructe

	1*	2**	3***	4****	5*****	6*****	7*****	NR
F	10.5	26.9	21.3	2.7	0.7	0.5	1.2	36.2
M	4.7	12.4	13.4	2.6	1.1	0.4	0.8	64.6
T	15.2	39.4	34.8	5.4	1.7	0.9	1.9	0.7

* mai multe ori pe zi, ** zilnic, *** mai multe ori pe s pt mâñ , **** o dat pe s pt mâñ ,

***** lunar, ***** de câteva ori pe an, ***** niciodat

Tabel nr.41 Procentul apar in torilor elevilor de clasa a VI din Timi oara, pe sexe, în 2008 - 2009, din total e antion, în %, pe sexe, care consum legume

	1*	2**	3***	4****	5*****	6*****	7*****	NR
F	4.6	20.3	29.3	5.8	1.1	1	1.8	36.1
M	2	11	15.8	3.7	1.4	0.5	1	64.6
T	6.7	31.3	45.2	9.6	2.4	1.4	2.7	0.7

* mai multe ori pe zi, ** zilnic, *** mai multe ori pe s pt mâñ , **** o dat pe s pt mâñ ,

***** lunar, ***** de câteva ori pe an, ***** niciodat

La nivelul Europei, pentru anul 2009 exist date pentru 15 state, iar România ocup locul 2 dup Fran a (28,7%), în ceea ce prive te consumul (fig. 99).[1]

La consumul de legume, pentru anul 2009 exist date pentru 15 state, iar România ocup locul 3 dup Fran a i Malta, cu o pondere de 36,9% (fig. 91).[1]

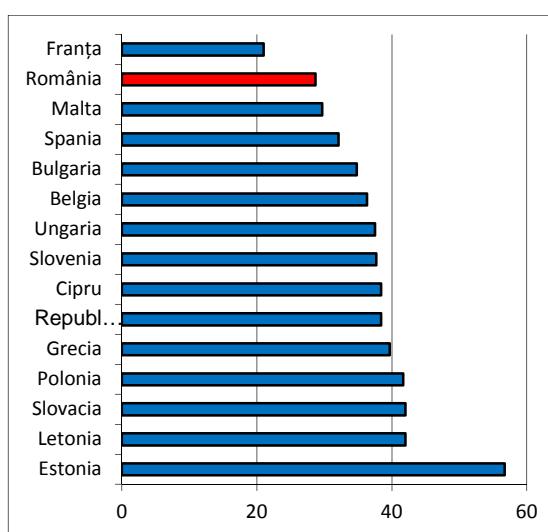


fig. 99 Prevalența consumului de fructe o dat pe zi, populație total , UE, 2009

Sursa: ECHI – List of Indicators

(http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm)[1]

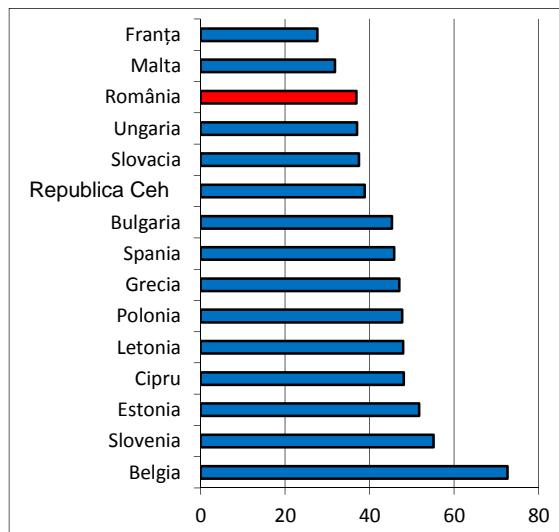


fig. 100 Prevalența consumului de legume o dată pe zi, populație totală, UE, 2009

Sursa: ECHI – List of Indicators (http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm)[1]

Studiile cele mai recente, respectiv Ancheta Statistică de Sănătate prin Interviu, realizat de Institutul Național de Statistică în 2014, au înregistrat un consum de fructe zilnic la 30,4% din populația rezidentă de un an și peste și un consum de legume de cel puțin o dată pe zi la 30,1% la populația rezidentă de un an și peste. [1]

Expuneri la particule (pm10):

Cuantifică expunerea medie anuală a populației urbane la poluare atmosferică (PM10). [1]

Pe plan european, în anul 2012, România s-a situat peste media UE, cu o expunere medie anuală de 33, față de 24,9 (fig.101). [1]

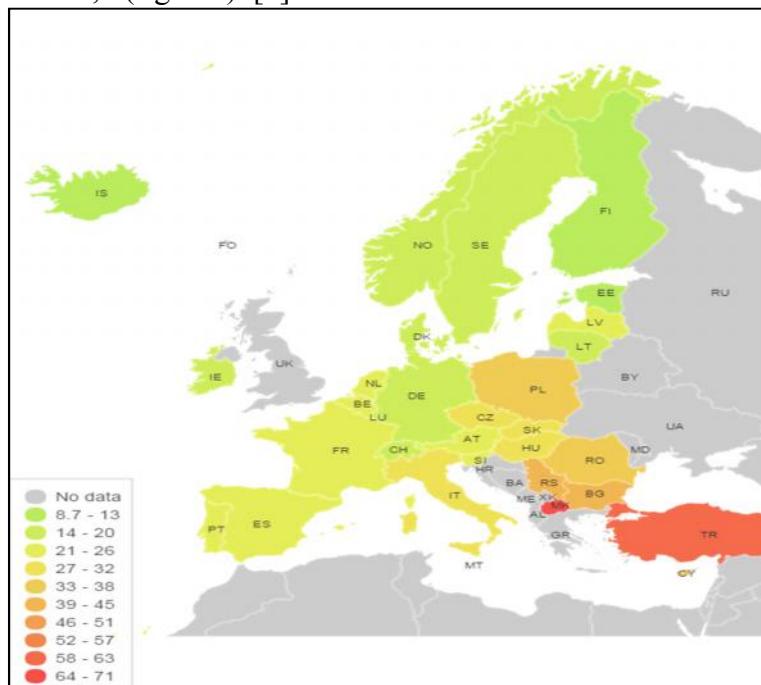


fig.101 Expunerea la PM10, populația urbană, UE, 2012

Sursa: ECHI (http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm)[1]

Datele din fig. 102 arată o scădere a poluării atmosferice în România, de la 49,4 în anul 2005 la 33 în 2012.[1]

Conform Anchetei Statistice de Sănătate prin Interviu, realizat de Institutul Național de Statistică în 2014 24% din populația rezidentă de 15 ani și peste a declarat că a fost expusă acasă în ultimele 12 luni precedente interviului la poluarea aerului.[1]

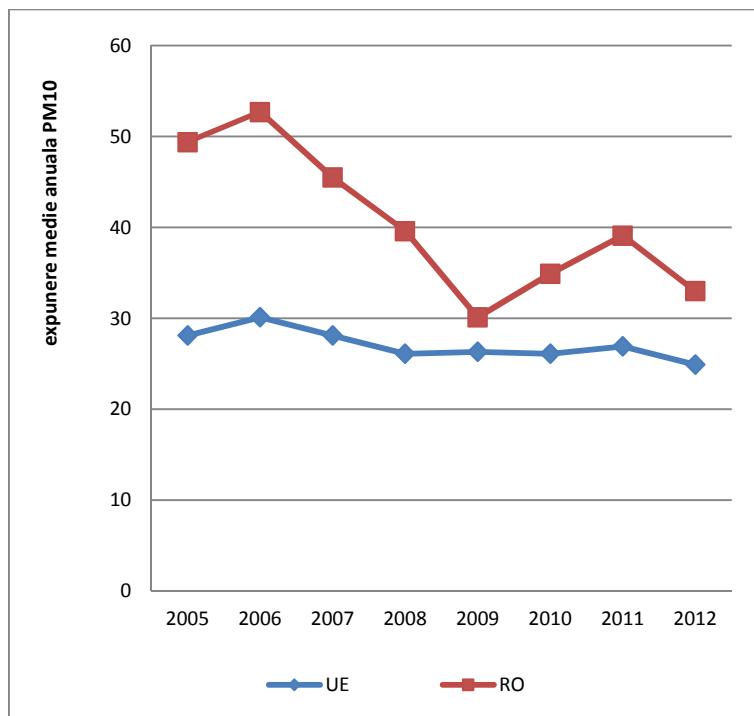


fig. 102 Expunerea la PM10, populația urbană, România și UE, 2000-2009

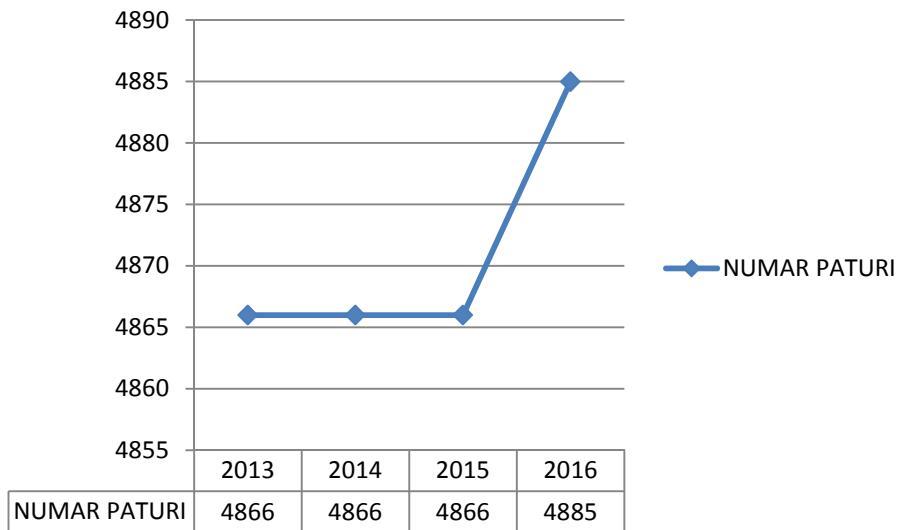
Sursa: ECHI – List of Indicators (http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm) [1]

INDICATORI PRIVIND RESURSELE ÎN ACTIVITATEA REȚELEI SANITARE:

În ceea ce privește resursele din rețeaua sanitată, pe plan local avem următoarea situație: 189 centre de asistență și cabinete de asistență medicală de specialitate, 22 de centre și cabinete de reabilitare medicală, 159 de centre și cabinete de asistență medicală dentară, 451 de cabinete ale medicilor de familie, 46 de centre de permanență, 40 de laboratoare de analiză și de radiologie și imagistică medicală, 151 furnizori de medicamente, 9 furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu, 63 de furnizori de dispozitive medicale, 21 de furnizori de asistență medicală spitalicească, 104 de asistente medicale colare și 37 de medici colari. După cum se observă, în figura 103, numărul de paturi a fost constant între anii 2013 – 2015 și a crescut în 2016.

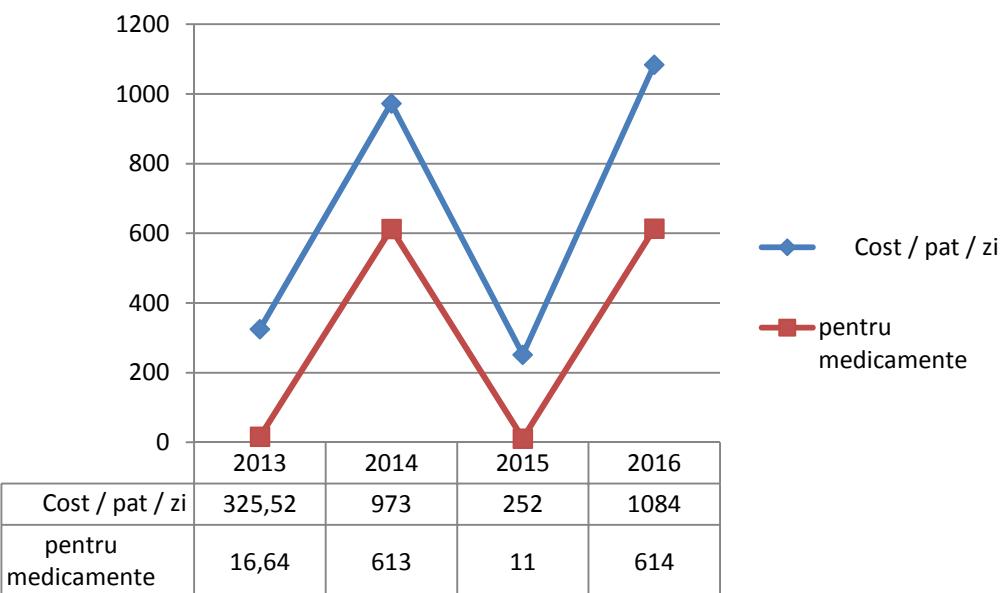
Tab. 43 Indicele de utilizare a patului de spital, în perioada 2013 -2016, Timiș	
2013	252,62
2014	253,17
2015	253,50
2016	251,61

Fig. 103 Numărul de paturi, în Timiș, în cifre absolute, în perioada 2013 - 2016



Indicele de utilizare a patului, ne arată numărul de zile dintr-un an în care patul de spital a fost utilizat, și este în jur de 252.(tab.43). Tot la capitolul costuri spitalice și avem: costul unui pat pe zi și costurile cu medicamente pe zi de spitalizare. Putem observa, în figura 104, că există variații considerabile de la an la an, cele mai mari costuri fiind în 2016.

Fig. 104 Evoluția costurilor legate de spitalizare, pe zi, în Timiș, în perioada 2013 - 2016



Pe plan național, asigurarea populației cu personal medical și personal sanitar mediu, în anii 2006-2015, a fost următoarea:

Tab. 44 Dinamica personalului sanitar în România, în anii 2006-2015 [1]

	2006	2007	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nr. medici (fără stomatologi)	46936	48199	50267	52204	52541	53681	54086	54929	56110
- la 10000 locuitori	21,7	22,4	23,4	24,4	25,1	26,8	27,1	27,6	28,3
- nr. locuitori/un medic	460	447	428	411	406	374	370	362	353
Nr. stomatologi	10620	11651	11901	12990	13355	13814	14282	14879	15556
- la 10000 locuitori	4,9	5,4	5,5	6,1	6,3	6,9	7,1	7,5	7,8
- nr. locuitori/un stomatolog	2032	1849	1807	1650	1599	1452	1399	1338	1274
Nr. farmaciți	9932	11108	11704	13624	14575	15435	16301	17099	17135
- la 10000 locuitori	4,6	5,2	5,6	6,4	6,8	7,7	8,2	8,6	8,6
- nr. locuitori/un farmacist	2173	1939	1837	1573	1465	1300	1226	1165	1157
Nr. personal sanitar mediu	126613	136353	132464	126656	125992	125141	126860	128899	133173
- la 10000 locuitori	58,7	63,3	61,6	59,1	59,0	62,4	63,5	64,7	67,2
- nr. loc. ce revin/un pers. san. mediu	170	158	162	169	169	160	158	154	149

Fig. 105 ne arată județele în care există deficit de medici, față de numărul mare de locuitori ce revin la un medic. Accesul deficitar la serviciile medicale explică numărul mare de îmbolnăviri în acele zone. Față de media pe țară (353,2 locuitori/medic) sunt puține județele care roră le revine un număr mic de locuitori la un medic. Județele: Timiș, Bihor, Cluj, Iași, Sibiu, Brașov, Mureș, Dolj și mun. București sunt județele ce au un număr mare de medici față de populația județului. [1]

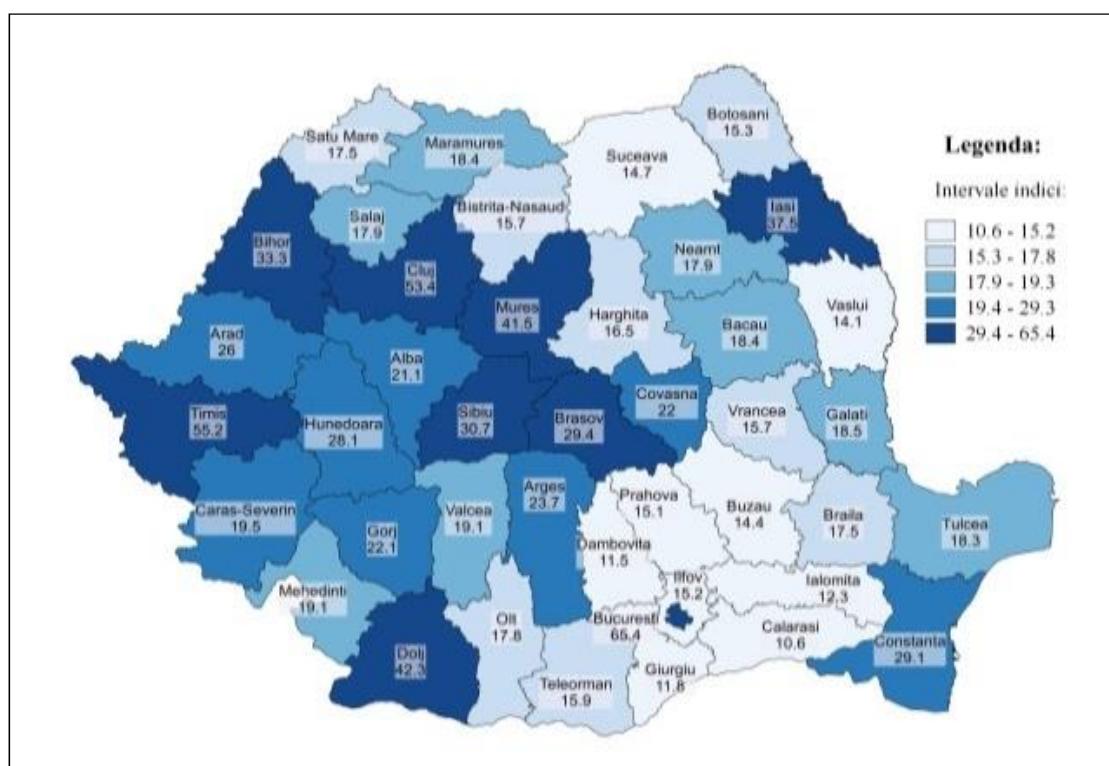


Fig. 105 Asigurarea populației cu medici în România, în anul 2015 [1]

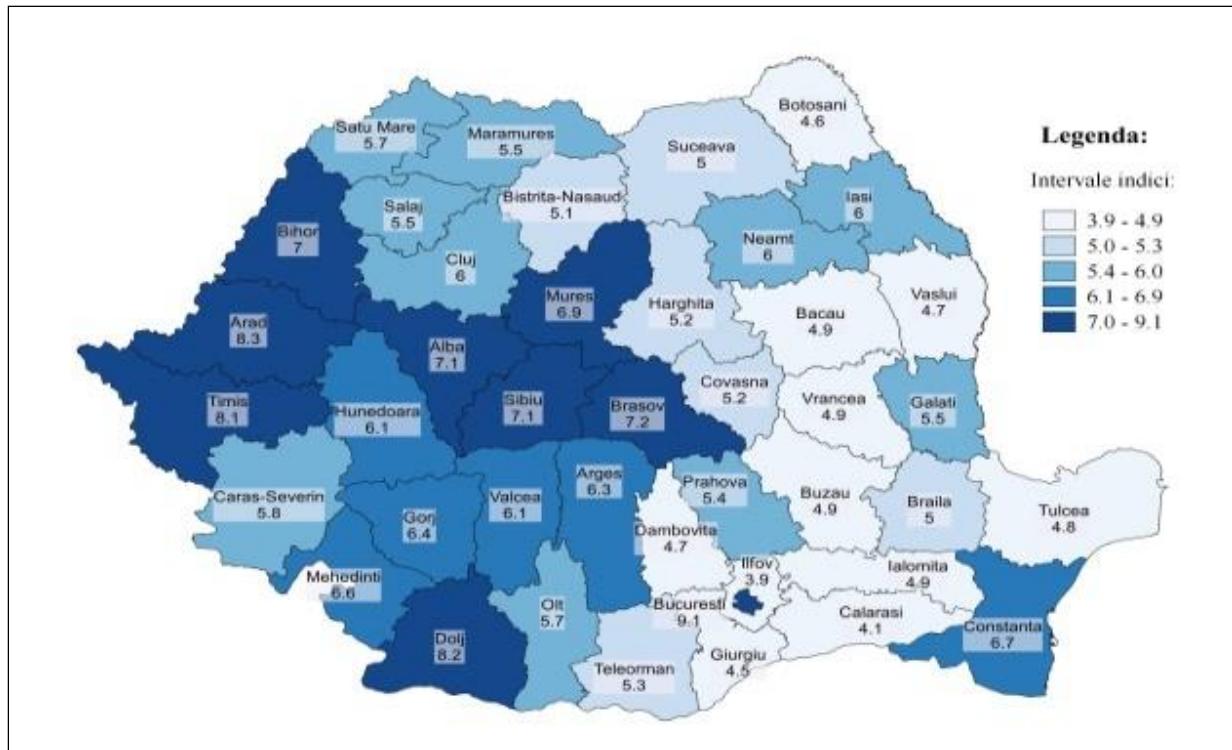


Fig. 106 Asigurarea populației cu medici de familie în România, în anul 2015 [1]

În ceea ce privește ponderea medicilor în România, pe grupe de vîrstă, în anul 2015 (fig 94), situația se prezintă astfel: ponderea cea mai mare 28,82% (16172 medici) este dată de grupa de vîrstă 25-34 ani, însă acest procent este crescut prin faptul că această grupă de vîrstă sunt cuprinși și medicii rezidenți. Avem un număr crescut de medici (11620 medici - 20,71%) la grupa de vîrstă 55-64 ani și chiar și la peste 65 ani (1861 medici - 3,32%), mulți din medicii tineri, proaspăt formați plecase în alte țări.[1]

În anul 2015, indicele de asigurare a populației cu medici de familie (fig. 106) este de 6,2‰ locuitori (12.333 medici de familie), revenind 1607 locuitori la un medic de familie. Distribuția teritorială semnalează o acoperire redusă în județele: Ilfov, Călărași, Giurgiu, Botoșani, Vaslui. O rată mai mare a medicilor este în: Municipiul București, Arad, Dolj, Timiș, Brăila, Sibiu.[1]

Analizând asigurarea populației cu medici pe specialitate se constată că, cei mai mulți sunt în județele care sunt centre universitare cu profil medical. Este un fenomen îngrijorător de care trebuie să se țină seama.[1]

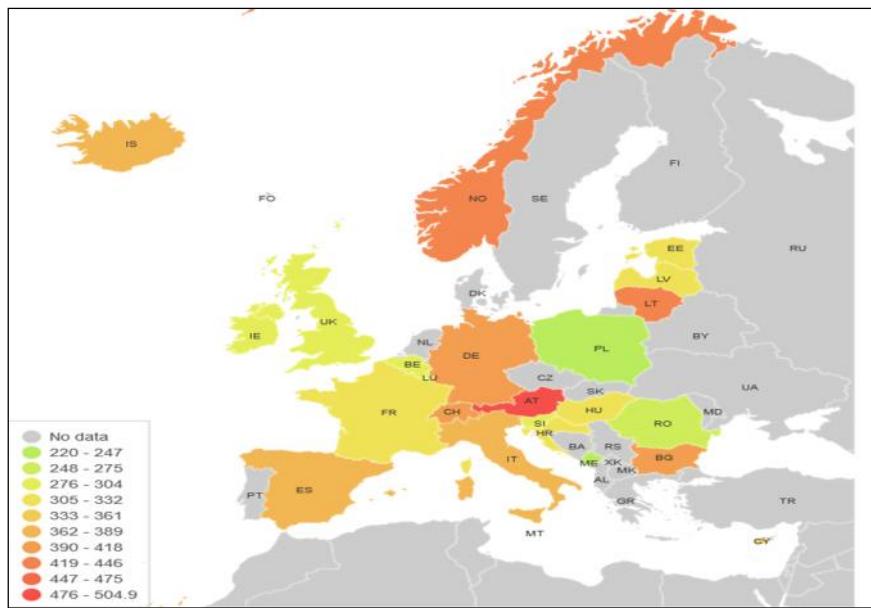


Fig. 107 Numărul total de medici la 100000 locuitori în țările Uniunii Europene în anul 2014

Sursa: ECHI (European Core Health indicators)[1]

La nivelul UE (fig.107), România are un număr mic de medici la 100.000 pacienți (269,8), în timp ce Bulgaria (398,7) se apropie de valorile din țările cu cei mai mulți medici, iar Ungaria (332,3) are indici mult mai mari decât țara noastră. Cele mai mari valori se înregistrează în Lituania (430,7) și Austria (504,9).[1]

În anul 2015, rata de asigurare a populației cu asistenți medicali (fig.108) cea mai redusă a fost în județele: Ilfov, Giurgiu, Covasna, Ialomița, Dâmbovița; în timp ce județele: Timiș, Cluj, Mureș, Maramureș, Dolj, Brăila, mun. București s-au numărat printre județele fruntașe la acest capitol.[1]

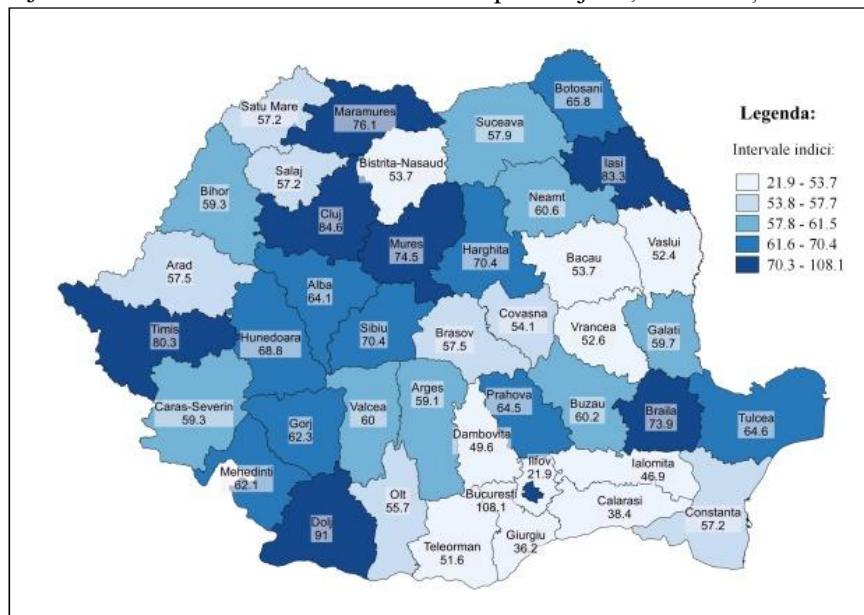


Fig. 108. Asigurarea populației cu asistenți medicali în România, în anul 2015[1]

Pe plan național, în anul 2015, indicele de asigurare a preșcolarilor și elevilor cu medicișcoli (fig. 109) este de 0,35% elevi (663 medicișcoli). Distribuția teritorială semnalează o acoperire redusă în județele: Covasna, Mehedinți, Neamț, Vaslui, Mureș. O rată mai mare a medicilor este în: Cluj, Dolj, Olt, Hunedoara, Cluj, Alba. Sunt 24 județe cu valori ale indicatorului peste media pe țară. Județul Timiș se numără printre județele apropiate de media pe țară.[1]

Tot în anul 2015, la acela i capitol: resursele umane din medicina colar ne arat c indicele de asigurare a preșcolarilor și elevilor cu asistenți medicali școlari (harta 40) este de 1,48%o elevi (2776 asistenți medicali școlari). Distribuția teritorial semnalează o acoperire redus în județele: Mehedinți, Covasna, Mureș, Neamț, Sălaj. O rat mai mare a medicilor este în: Olt, Buzău, Dâmbovița, Botoșani, Vaslui, Vrancea. Sunt 22 județe cu valori ale indicatorului peste media pe țar .(fig. 110)[1]

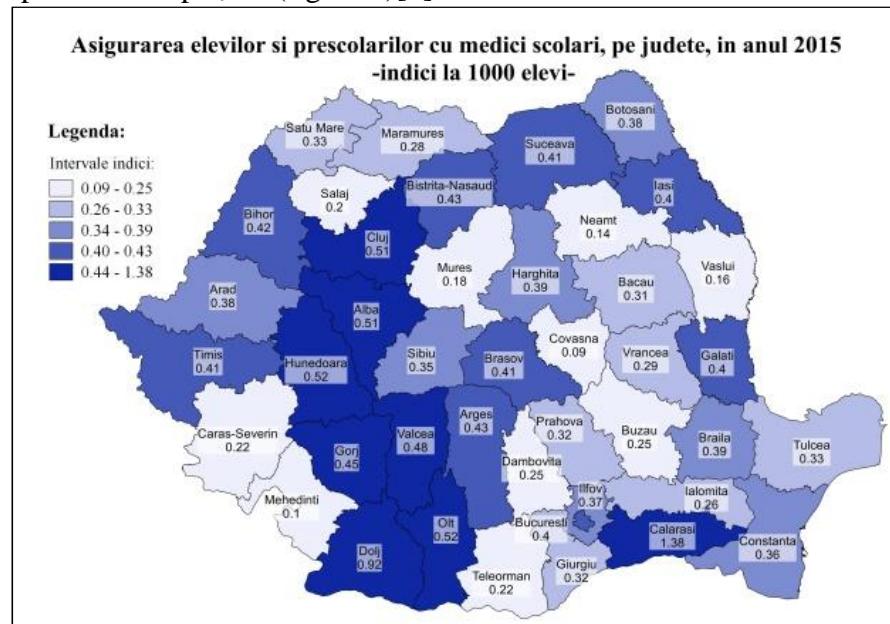


Fig. 109. Asigurarea elevilor și preșcolarilor cu medici școlari, pe județe, în anul 2015 [1]

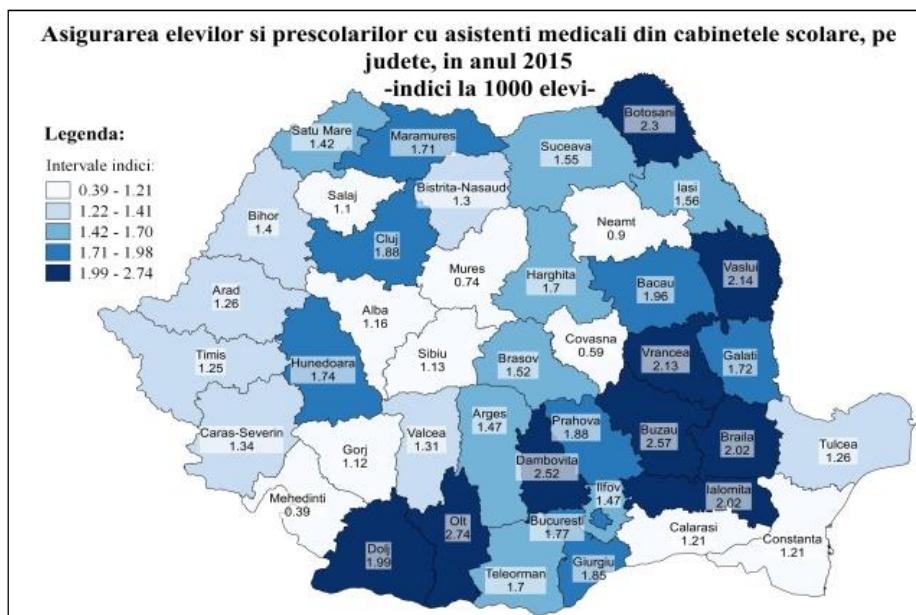


Fig. 110 Asigurarea elevilor și preșcolarilor cu asistenți medicali din cabinetele școlare, pe județe, în anul 2015[1]

În anul 2015, Ministerul Sănătății a scos la concurs aproape 300 de posturi de asistenți medicali comunitari și 95 de mediatori sanitari, astfel încât numărul total al personalului angajat în furnizarea de servicii de îngrijiri comunitare la sfârșitul anului 2015 să ajungă la 1160 de asistenți medicali comunitari și 420 de mediatori sanitari. [1]

În anul 2016, la nivelul județului Timiș au fost 7 asistenți medicali comunitari și un mediator sanitar.

Asigurarea populației cu paturi în unitătile sanitare:

Analizând în dinamic, în perioada 2006-2015, numărul de paturi în spitale, sanatorii și preventorii se constată că s-au înregistrat scăderi spectaculoase, de la an la an (tabel 45).[1]

Tab. 45 Dinamica paturilor în unitătile sanitare în România, în anii 2005-2014[1]

	2006	2007	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nr total paturi în spitale	141225	137029	137016	129268	125147	125456	125798	125369	125482
- la %o locuitori	6,5	6,4	6,4	6,0	5,9	6,3	6,3	6,3	6,3
Nr paturi în sanatorii tbc	1437	909	918	610	470	410	410	410	410
pat- la %ooo locuitori	6,7	4,4	4,3	2,8	2,2	2,0	2,1	2,1	2,1
Nr paturi în preventorii	495	420	420	370	320	312	297	297	297
- la %ooo locuitori	2,3	2,0	2,0	1,7	1,5	1,6	1,5	1,5	1,5

Conform tabelului de mai sus, se observă că numărul de paturi în spitale în perioada 2006-2015 într-o proporție de 11,2%, fără afectarea acoperirii populației cu paturi de spital care rămâne de 6,3%, una dintre cele mai mari din UE.[1]

Numărul de paturi din sanatoriile TBC scade spectaculos, cu 71,5%, tratamentul bazându-se pe strategia DOTS. [1]

La nivelul județelor: Timiș, Gorj, Dolj, Cluj, Hunedoara, Mureș, Covasna, Iași și municipiul București sunt în topul județelor fruntașe, iar județe precum: Arad, Suceava, Dâmbovița, Giurgiu, Călărași, Ilalomița, tulcea sunt județe cu un număr mic de paturi.(Fig.111)

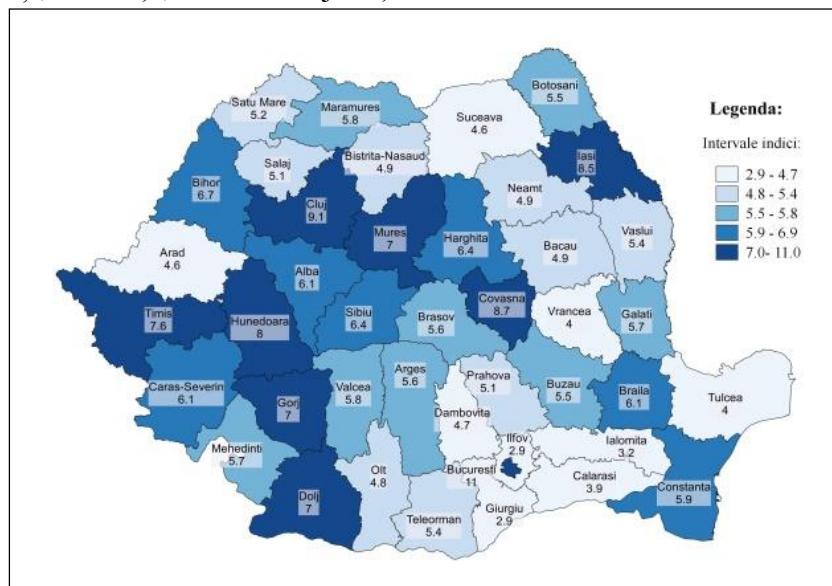


Fig. 111 Asigurarea populației cu paturi pe județe în România, în anul 2015 [1]

Dotarea cu aparatur medical :

Dotarea cu aparatură performantă este foarte importantă deoarece ajută la precizarea diagnosticului și în adoptarea măsurilor terapeutice. Aparatura de înaltă performanță, conform raportărilor unităților sanitare este puțină, raportată la 100.000 de locuitori, și neuniformă, distribuită în profil teritorial.[1]

Pe plan național, rata de asigurare cu aparat CT în România este de 1 aparat CT la 100.000 locuitori. În anul 2015 au fost efectuate 321.357 examinări CT. [1]

La nivelul UE, România are rata de asigurare cu aparatură CT de 1,1%000 locuitori (datele din 2014), fiind dotat cu mai multă aparatură decât Regatul Unit (0,8%000), Serbia(1%000), dar mult mai puțin decât Danemarca (3,8%000 locuitori), Slovacia

(1,7%ooo locuitori), Lituania (2,2%ooo locuitori), Bulgaria (3,4%ooo locuitori). Aadar, aparatura este puțin și de multe ori nefolosit (Fig. 112).[1]

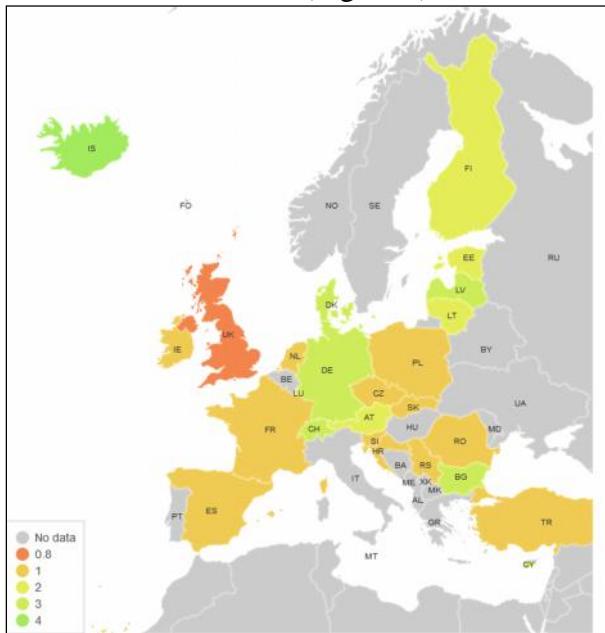


Fig. 112 Numărul de apărate CT la 100.000 locuitori în țările Uniunii Europene, în anul 2014[1]

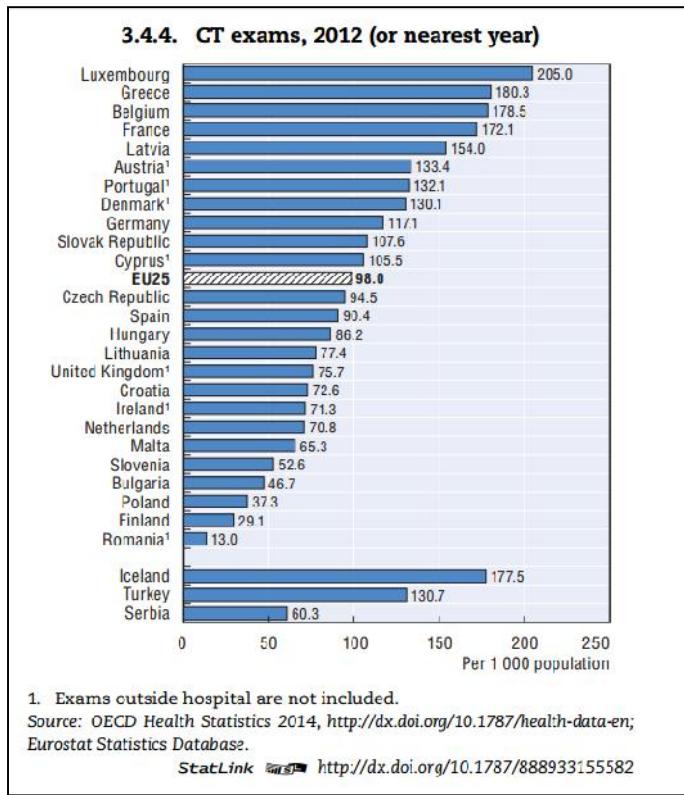


Fig. 113 Numărul de examinări CT/1000 locuitori [1]

Numărul examinărilor CT a fost, în România, sub media UE (fig.113)[1]

Un alt tip de aparatură de înaltă performanță este reprezentat de RMN. În anul 2015 au fost efectuate 46.668 examinări RMN.[1]

La nivelul UE, România a avut o rată de asigurare cu apărate RMN de 0,5%ooo locuitori (în anul 2014), clasându-se pe locul doi, cel mai nefavorabil privind dotarea cu aceste apărate. Comparând cu apăratele (RMN) din dotarea altor țări, depășim Serbia (0,3%ooo locuitori), dar avem mult mai puțin decât Lituanie (1,1%ooo locuitori), Letonia (1,3%ooo locuitori), Estonia (1,1%ooo locuitori), Austria

(2%_{ooo} locuitori), Bulgaria (0,7%_{ooo} locuitori) etc. Implicit i num rul de examin ri este cel mai redus din UE (Fig. 114) (fig. 115).[1]

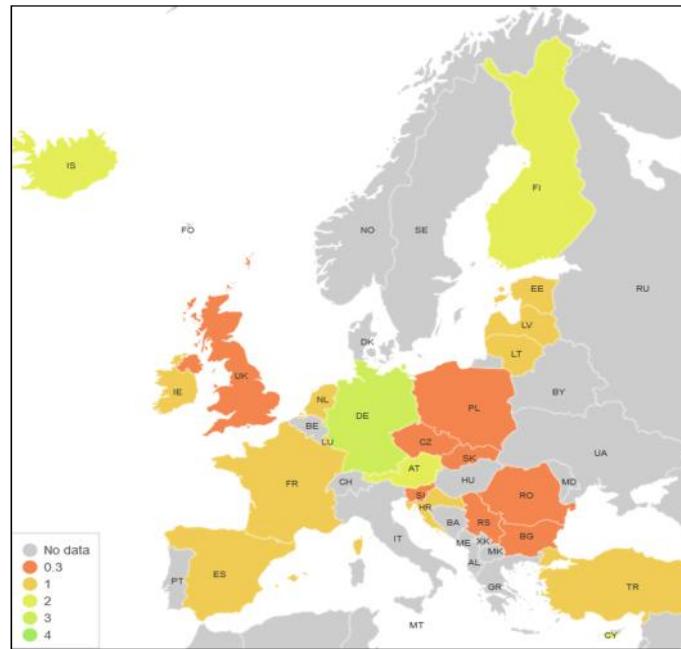


fig. 114 Num rul de aparate RMN la 1000 locuitori [1]

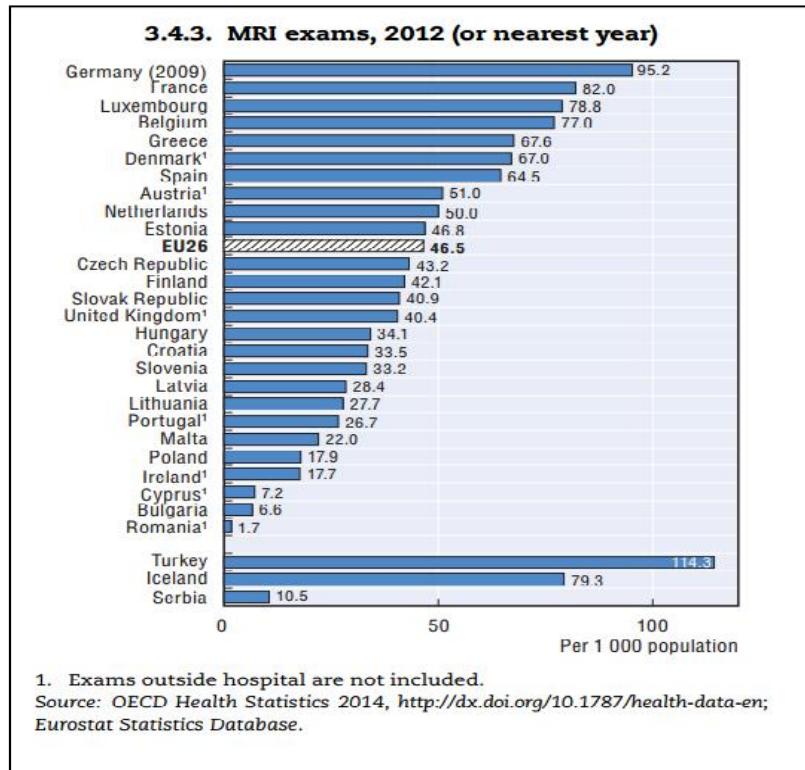


Fig. 115 Nr. de examin ri RMN/100.000 locuitori

în ţ rile Uniunii Europene în anul 2014

Sursa: ECHI (European Core Health indicators)[1]

Utilizarea serviciilor:

Ca indicatori de utilizare a serviciilor am selectat numărul de tratamente și numărul de consultații pentru un locuitor. Pe plan național, dinamica ambelor indicatori este una descendentă, conform tabelului 46.[1]

Tab. nr.46 Indicatorii activității realei sanitare în România, în anii 2006-2015[1]

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consultații pentru un locuitor	4,5	4,5	4,3	3,7	3,8	3,8	4,1	4,0	4,1	3,9
Tratamente pentru un locuitor	1,1	1,1	1,1	1,0	0,9	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8

Distribuția teritorială evidențiază o acoperire cu consultații mai redusă în județele Ilfov, Brașov, Satu-Mare, Giurgiu, Suceava, Tulcea, unele justificate de apropierea de marile centre universitare (fig. 116). Județul Timiș alături de Arad este aproape de media pe țară.[1]

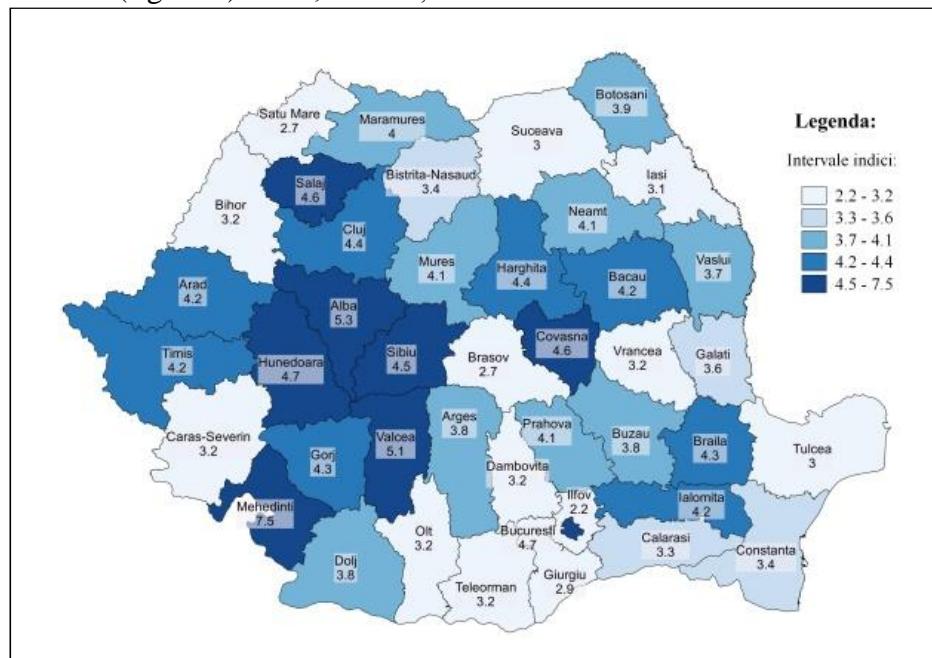


Fig. 116 Asigurarea populației cu consultații pe județe, în România, în anul 2015 [1]

Distribuția teritorială evidențiază o utilizare a tratamentelor mai redusă în județele Ilfov, Timiș, Arad, Argeș, Satu-Mare, Arad, Bistrița, Vrancea (117). [1]

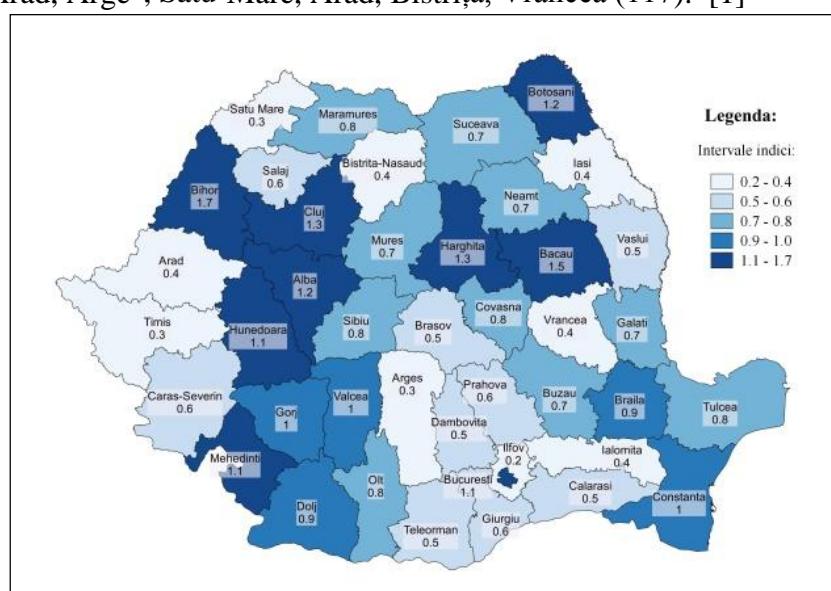


Fig. 117 Asigurarea populației cu tratamente pe județe, în România, în anul 2015 [1]

Indicatori de activitate:

Tab. nr. 47 Indicatorii activității realei sanitare în România, în anii 2006-2015[1]

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consultații pentru un locuitor	4,5	4,5	4,3	3,7	3,8	3,8	4,1	4,0	4,1	3,9
Tratamente pentru un locuitor	1,1	1,1	1,1	1,0	0,9	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8
Internări în spitale la 100 loc.	24,1	24,0	24,8	24,9	23,6	21,3	21,8	21,9	20,9	20,6
Om zile spitalizare la 100 loc.	188,3	182,7	187,9	185,1	174,2	160,5	165,6	163,1	156,0	154,8
Utilizarea pat. spital (zile)	291,7	291,8	299,2	294,7	287,2	277,7	273,1	267,7	256,1	252,6
Durata medie de spitalizare (zile)	7,8	7,6	7,6	7,4	7,4	7,5	7,6	7,5	7,5	7,6

În tabelul de mai sus sunt cuprinse consultațiile acordate de medicul de familie, cabinetele de specialitate din rețeaua publică și camera de gardă, la nivelul trei.[1]

Pe plan național, este evidentă că diferența accentuată a activității sanitare în ultimul deceniu, a serviciilor ambulatorii, în detrimentul suprasolicitării celor de urgență și spitalicești. [1]

BIBLIOGRAFIE:

1. Dr. Maria Alexandra Cucu și colaboratorii, Raport Național privind Starea de Sănătate a Populației României 2016, ***, București 2016
2. (https://ro.wikipedia.org/wiki/Mortalitate_infantil%C4%83), accesat la 29.09.2017
3. ***, Analiză de situație – Ziua mondială de luptă împotriva cancerului – 4 februarie 2016, ***, Centrul Regional de Sanătate Publică Timișoara
4. ***, Analiză de situație, LUNA NAȚIONALĂ A INFORMAȚIILOR DESPRE EFECTELE CONSUMULUI DE ALCOOL, ***, Centrul Regional de Sanătate Publică Sibiu 2017