



**ROMÂNIA**  
**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**  
**CABINET MINISTRU**

Nr. CS.A 12513 din 14.12.2010

**Stimate domnule deputat,**

*SB74A*

Referitor la întrebarea dvs. privind rata mortalității materno-infantile în România, vă comunicăm următoarele:

Mortalitatea infantilă (nr. de decese 0-1 an la 1000 de născuți vii) are în anul 2009 o valoare de 10,12 ‰ și este în scădere comparativ cu anul 2008 (11‰). Scăderea mortalității infantile în anul 2009 s-a înregistrat în cazul ambelor sexe și medii de rezidență pe seama diminuării mortalității infantile neonatale (sub 1 lună), neonatale precoce (0-6 zile) și a mortalității postneonatale (1-11 luni). Pe grupe de vârstă, această scădere a mortalității infantile s-a produs astfel comparativ cu anul 2008: mortalitatea neonatală precoce (0-6 zile) de la 4,1‰ la 3,7‰, mortalitatea neonatală (sub 1 lună) de la 6,3‰ la 5,8‰, mortalitatea postneonatală (1 - 11 luni) de la 4,7‰ la 4,3‰.

Deși se păstrează tendința descrescătoare din anii anteriori, acești indicatori sunt sub media Statelor Membre ale U.E. (6,89 la 1000 nou-născuți vii în anul 2008). Rata mortalității infantile este în continuă scădere în țara noastră, de la o valoare de 26,9‰ în anul 1990 la 10,1‰ în anul 2009.

Programele naționale de sănătate derulate de Ministerul Sănătății au avut în fiecare an componente care s-au adresat sănătății femeii și copilului, care au fost permanent dezvoltate și îmbunătățite în funcție de cauzele principale de morbiditate și mortalitate, iar prin H.G. nr. 261/2010 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anul 2010 și prin Ordinul nr. 264/407 din 1 aprilie 2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2010 au fost aprobate intervenții pentru prevenirea deceselor neonatale prin creșterea accesului la îngrijiri adecvate în unități regionale, screening-ul unor afecțiuni grave în perioada perinatală, realizarea screeningului la naștere al unor afecțiuni cu potențial invalidant și posibilități de prevenție a handicapului puse în practică prin:

- Subprogramul de profilaxie și diagnostic pre- și postnatal al malformațiilor și/sau al unor afecțiuni genetice, .
- Subprogramul de profilaxie a sindromului de izoimunizare Rh,
- Subprogramul de screening neonatal pentru depistarea fenilcetonuriei și hipotiroidismului congenital, precum și confirmarea diagnosticului și tratamentul specific al cazurilor depistate,
- Subprogramul de screening pentru depistarea precoce a deficiențelor de auz,
- Subprogramul de screening pentru depistarea precoce a retinopatiei de prematuritate, tratamentul și dispensarizarea bolnavilor,



**ROMÂNIA**  
**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**  
**CABINET MINISTRU**

- Subprogramul de diagnostic precoce, prevenția primară și secundară, precum și monitorizarea unor afecțiuni cronice la copil,
- Subprogramul de prevenire a complicațiilor, prin diagnostic precoce, tratament medicamentos specific și recuperare neuropsihomotorie pentru următoarele afecțiuni: epilepsia, paralizile cerebrale, întârzierile neuropsihomotorii de cauze multifactoriale,
- Subprogramul de profilaxia infecției cu virusul respirator sincițial la copiii cu risc crescut de infecție,
- Subprogramul de screening pentru depistarea precoce a scoliozei la copii,
- Subprogramul de asigurare a sănătății orale a copiilor.

Mortalitatea maternă urmează aceeași tendință descendentă din anul 2003 când a atins nivelul de 0,3 decese materne la 1000 de nou-născuți vii. Valorile acestui indicator demografic sunt prezentate în următorul tabel:

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalitate maternă	0,30	0,24	0,17	0,15	0,15	0,14	0,14
Mortalitate maternă prin risc obstetrical direct	0,17	0,12	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Mortalitate maternă prin avort	0,13	0,12	0,07	0,05	0,05	0,04	0,036

După anul 2004, când mortalitatea maternă prin avort și prin risc obstetrical direct au avut valori egale (0,12‰), mortalitatea maternă prin avort a scăzut constant (0,04‰ în anul 2009) atingând valori sub cele ale mortalității materne prin risc obstetrical direct (0,10‰ în anul 2009). Astfel, decesele materne prin avort scad de la 15 cazuri în 2005 la 11 în 2007 și la 9 în anul 2008, ceea ce corespunde la o rată a mortalității materne prin avort de 0,07‰ în 2005, de 0,04‰ în anul 2008 și de 0,036‰ în anul 2009.

Pentru scăderea mortalității materne prin cauze obstetricale este necesară dispensarizarea medicală a tuturor gravidelor în conformitate cu „Protocoalele de diagnostic și îngrijiri în asistența primară” elaborate sub coordonarea Ministerului Sănătății, iar cele încadrate în categoria cu risc obstetrical crescut sunt urmărite de medicul de specialitate obstetrică-ginecologie în funcție de particularitățile fiecărei gravide.

De asemenea, Ministerul Sănătății a inițiat procedura de elaborare și redactare a ghidurilor de practică medicală în obstetrică-ginecologie. Primele ghiduri dezvoltate au fost pentru afecțiunile care au reprezentat cele mai importante cauze ale mortalității materne:



**ROMÂNIA**  
**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**  
**CABINET MINISTRU**

sindroamele hemoragice, toxemice, infecțioase, tromboembolice. Acestea au fost aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1524/2009, Partea I și Partea a II-a, iar procesul continuă.

În conformitate cu prevederile art.32 lit.d) din Contractul cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară sunt obligați să înscrie pe lista proprie gravidele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, în localitatea de reședință a acestora; de asemenea, în conformitate cu prevederile art.14 lit. p) din același act normativ furnizorii de servicii medicale au obligația de a acorda cu prioritate asistență medicală femeii gravide.

În conformitate cu Normele metodologice de aplicare a Contractului cadru, monitorizarea evoluției sarcinii este obligatorie pentru rețeaua de asistență medicală primară.

În conformitate cu prevederile art. 213 alin.(1) lit. f) din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, femeile însărcinate au calitatea de asigurat dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul minim brut pe țară.

Având în vedere cele prezentate mai sus, considerăm că este puțin probabilă existența unui număr semnificativ de gravide care să nu beneficieze de asistență prenatală pe durata sarcinii.

Pentru acoperirea deficitului de personal, Ministerul Sănătății a solicitat și a fost aprobată deblocarea a aprox. 2000 de posturi de medici, asistente medicale și personal auxiliar din sistemul sanitar, proces care se află în desfășurare și prin care se încearcă reducerea deficitului de resurse umane din sistemul de sănătate din România.

Cu stimă,

**MINISTRU,**

**CSEKE ATTILA**



**DOMNULUI DEPUTAT SAVA ANDREI VALENTIN**  
**CAMERA DEPUTAȚILOR**

*Str. Cristian Popișteanu nr.1-3, Sector 1, Cod 70109; BUCUREȘTI, ROMÂNIA.*  
*Tel.(+4-01)307.26.90; Fax(+4-01)312.49.16*