



**INSTITUTUL NATIONAL PENTRU
SANATATEA MAMEI SI COPILULUI
Alessandrescu-Rusescu**

RAPORT,

**PRIVIND SANATATEA COPILULUI MIC SI
SĂNĂTATEA REPRODUCTIVĂ PRIN
PRISMĂ INDICATORILOR DEMOGRAFICI**

EDITIA a III-a

(date din anul 2023)

RAPORT,

Privind sănătatea copilului mic și sănătatea reproductivă prin prisma indicatorilor demografici:

CUPRINS

- **Introducere.....4**
- **Natalitate..... 5**
- **Fertilitate..... 11**
- **Spor Natural..... 14**
- **Sarcini la adolescente..... 16**
- **Greutatea mică la naștere..... 18**
- **Mortalitatea infantilă 22**
- **Mortalitatea 1-4 ani și sub 5 ani..... 40**
- **Mortalitatea perinatală..... 47**
- **Întrepreri de sarcină..... 52**
- **Mortalitatea maternă..... 56**
- **Consultația prenatală..... 66**
- **Concluzii..... 72**
- **Bibliografie..... 74**
- **Anexa 1 Mortalitate infantila.....75**
- **Anexa 2 Mortalitate perinatale..... ..78**
- **Anexa 3 Mortalitate precoce.....81**
- **Anexa 4 Mortinatalitate.....84**
- **Anexa 5 Mortalitate maternal86**

Editia III Date aferente anului 2023 ;

Sursa datelor :

- **Centrul național de statistică în sănătate publică/INSP,**
- **INS,**
- **Eurostat,**
- **WHO Data base**
- **WB Data base**

REDACTAT:

Dr.Alin Stanescu,

Dr.Calin Popovici,

Dr.Ramona Dragomir

Introducere:

ROMÂNIA, membră a Națiunilor Unite și membră a UE a adoptat în 2015 propunerea ONU -**Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă (SDG)**- program de acțiune globală în domeniul dezvoltării cu un caracter universal și care promovează echilibrul între cele trei dimensiuni ale dezvoltării durabile – economic, social și de mediu.

Consiliul Europei a aprobat **Agenda 2030 elaborată de către ONU** și a inclus-o în documentul **Viitor sustenabil pentru Europa**.

Agenda conține **17 obiective de dezvoltare durabilă**, obiectivul nr. 3 referindu-se la **Sănătate și bunăstare** – Asigurarea unei vieți sănatoase și promovarea bunăstării tuturor la orice vârstă.

Obiectivul țintă al României la acest capitol îl reprezintă:

Reducerea prevalenței mortalității materne și infantile, precum și a incidenței cancerului de col și mamar, reducerea sarcinilor la adolescente cu focalizare pe grupurile dezavantajate și vulnerabile.

Ca indicatori sunt stabiliți **-Reducerea mortalității materne și mortalității neonatale sub media UE**. (*Departamentul dezvoltare durabilă-Guvernul României*)

În 2023, Națiunile Unite organizează un summit la nivel înalt, pentru evaluarea realizărilor la nivel global a obiectivelor de dezvoltare durabilă stabilite în Agenda 2030.

În Proiectul Strategiei pentru Sănătate elaborat de către MS pentru perioada 2022-2030 sunt prevăzute direcții strategice de dezvoltare a serviciilor medicale pentru mamă și copil care pot contribui la ameliorarea indicatorilor demografici: Asigurarea accesului persoanelor eligibile la produse contraceptive distribuite gratuit; Asigurarea echitabilă a îngrijirilor de specialitate și suport pentru nou-născutul la risc și a nou-născutului critic.

Prezentul document constituie Ediția III a unui document similar redactat în anul 2020 și conține ultimele date disponibile privind indicatorii demografici ce evidențiază starea de sănătate a gravidei, leuzei, nou-născutului și copilului de vârstă mică.

Indicatorii prezentați și comentați se bazează pe datele statistice publicate de către Institutul Național de Statistică, Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică din cadrul Institutului Național de Sănătate Publică, pe datele Eurostat, World Bank și WHO, precum și pe datele și analizele rezultate din alte lucrări de specialitate ce vor fi citate în text. Au fost folosiți indicatori ce pot identifica cauzele medico-sociale ce pot influența starea de sănătate, stilul de viață, adresabilitatea și accesul, uneori inechitabil la servicii medicale, în special preventive.

Scopul documentului este de a pune la dispoziția celor interesați, o sinteză a datelor valide ce pot fi utilizate în analize și evaluări efectuate la nivel local și regional. Sugerăm Direcțiilor de Sănătate Publică, ca împreună cu specialiștii de profil din aria de competență, inclusiv cu structurile serviciilor sociale și ale administrației locale să întocmească analize similare cu datele locale, pentru a identifica intervențiile ce pot fi implementate pentru creșterea accesului și adresabilității la servicii medicale și sociale, creșterea nivelului de cunoștințe și practici sanogene, în special a populației vulnerabile.

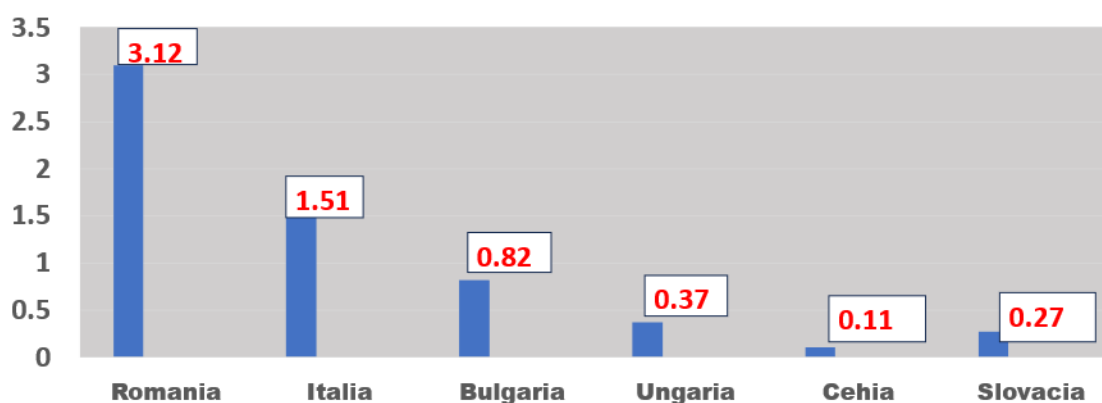
Natalitate

Natalitatea a înregistrat în anul 2023 indicatorul de 7.1 nou-născuți raportați la 1000 locuitori, adică 155.418 nou-născuți, iar în semestrul I 2024 valoarea de 6,4 ‰. Numărul de nou-născuți în semestrul I 2024 este cu 10.891 mai mic decât în perioada similară a anului precedent.

Acestea sunt date provizorii, reprezentând numai nou-născuții pe teritoriul României și cei născuți în străinătate cu părinți cu cetățenie română și înregistrați deja în evidența populației din țară. Înregistrarea copiilor, cetățeni români, născuți în afara României în anul 2023 va continua și în cursul anului 2024 obținându-se la finalul anului 2024 date definitive pentru anul 2023, cu un indicator și număr de

nou-născuți mai mare cu o diferență semnificativă față de valorile provizorii. Astfel, în anul 2022 datele provizorii indicau o natalitate de 7.2 ‰, cu un număr de nou-născuți de 171.132, ulterior aceste date fiind rectificate ajungându-se la o natalitate de 8,3‰ cu un număr de nou-născuți de 182.083, deci o diferență semnificativă. Situația este explicabilă prin proporția mare de cetățeni români de vârstă reproductivă cu domiciliu sau rezidența în afara granițelor României. Astfel, din datele Eurostat, comunitatea românilor de circa 3,12 milioane cetățeni ce se află în afara granițelor României este cea mai mare printre țările UE.

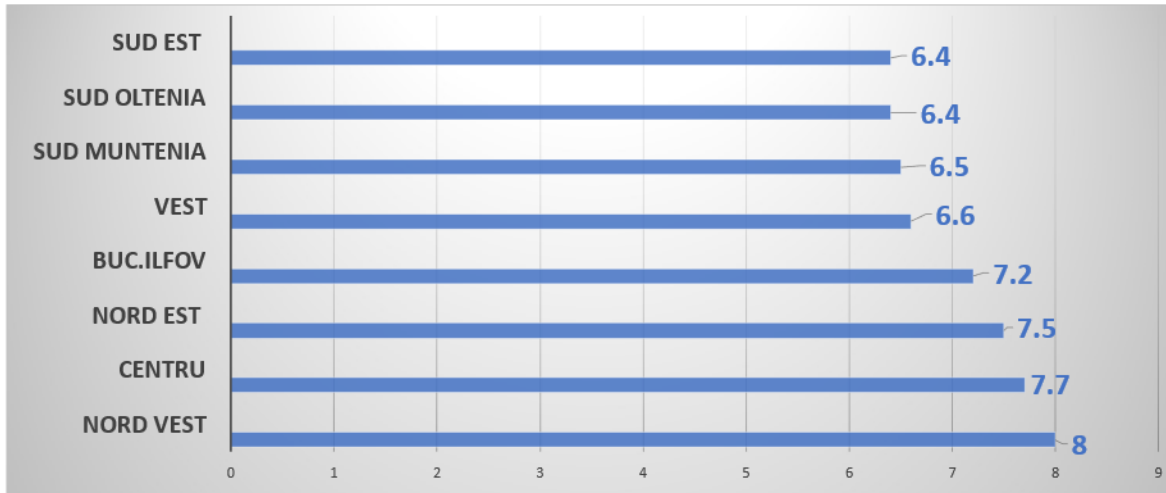
**Cetateni locuind pe teritoriul altor tari decat tara ai caror cetateni sunt- sursa Eurostat
- milioane cetateni -**



Date Eurostat

În profil teritorial, pe regiuni de dezvoltare, natalitate se înregistrează după cum urmează: Nord Vest 8,0‰, Centru 7.7‰, Nord Est 7.5‰, București-Ilfov 7.2 ‰, Vest 6.6 ‰, Sud Muntenia 6.5‰ iar cele mai scăzute rate ale natalității în regiunile Sud Vest-Oltenia (6.4 și Sud Est 6.4‰(CSCP/INSP2023)

Natalitatea – regiuni de dezvoltare 2023



La nivel județean, ratele mai crescute de natalitate sunt raportate în județele Suceava, Sălaj, BN (rate de 8,5-9.7‰), iar cele mai scăzute rate sunt înregistrate în județele Hunedoara, Caraș-Severin, Brăila, Vâlcea (rate de 5,1- 5,4‰).

Indicatorii de natalitate pe provincii istorice, indică o natalitate crescută în Transilvania și natalitatea cea mai scăzută în Muntenia și Oltenia. Tendința de schimbare a modelului cunoscut de natalitate mai crescută în Moldova se datorează schimbărilor determinate probabil în mare măsură de structura pe vârste a populației în profil teritorial, cu rate crescute ale emigrării populației tinere din unele regiuni ale țării.

Înainte de al doilea război mondial, România urma un model tradițional al fertilității înregistrând valori crescute ale indicelui de natalitate (35‰ în anul 1930). După o scădere indusă de condițiile războiului, natalitatea se stabilizează în perioada 1947-1956 la valori de 24-25‰. În anul 1956, accesul la întreruperea sarcinii la cerere se liberalizează ceea ce împreună cu noile condiții social/economice ale epocii, începerea urbanizării rapide, precum și antrenarea femeii în producție contribuie la schimbarea naturală a comportamentului

reproductiv al populației fertile, determinând scăderea treptată a natalității până la valoarea de 14,3‰ în anul 1966.

În acest an, guvernul epocii interzice întreruperile de sarcină la cerere, permițându-le numai în condiții medicale și sociale foarte stricte cu pedepse privative de libertate pentru cei ce efectuau, sau pentru cele ce apelau la o întrerupere a sarcinii fără a avea aprobarea legală.

În lipsa unor cunoștințe și a disponibilității metodelor contraceptive moderne, natalitatea crește brusc, aproape dublându-se în decursul unui singur an. Ulterior, populația își adaptează comportamentul reproductiv și în aceleași condiții legislative extrem de restrictive privind avortul la cerere, natalitatea scade treptat, ajungând în anul 1985 la un nivel similar anului 1965, anul anterior interzicerii întreruperilor de sarcină.

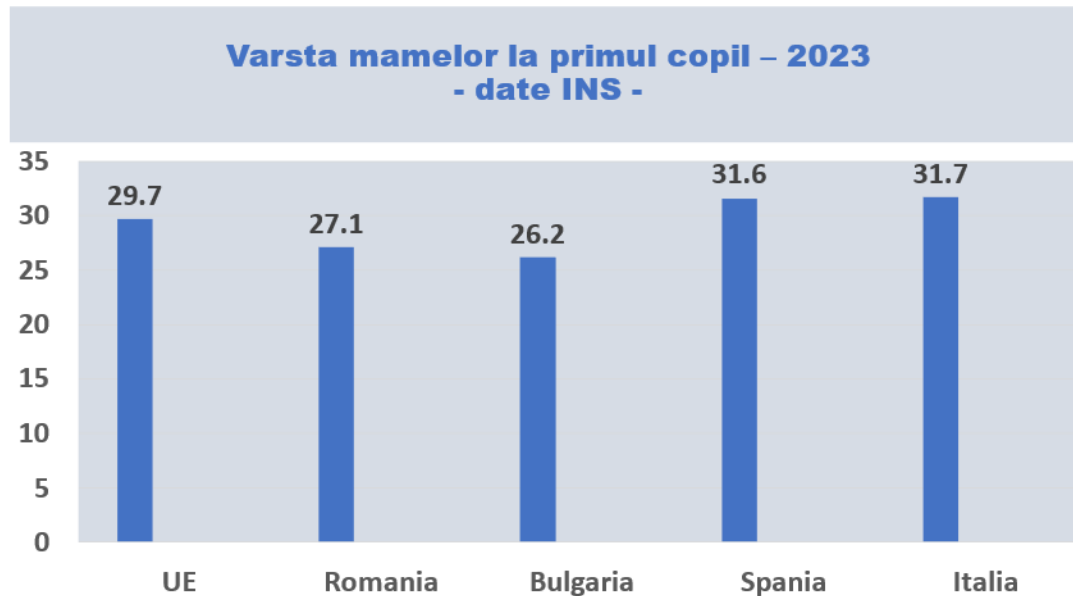
În anul 1985, guvernul intervine din nou legislativ, ridicând vârsta la care se permite avortul de la 40 la 45 ani și a numărului de născuți vii de la 4 la 5 născuți vii.

După o creștere moderată în anul 1986, natalitatea scade din nou .

În anul 1990, una din primele măsuri legislative luate a fost liberalizarea avortului la cerere. Concomitent MS a început să dezvolte în unități publice, servicii de planificare familială, pentru a permite populației să înlocuiască întreruperea cursului sarcinii, ca metoda de a planifica mărimea familiei, cu utilizarea metodelor moderne de contracepție.

După anul 1989, odată cu libera circulație și noile realități politice, economice și sociale, în România, au pătruns rapid modele ale stilului de viață din restul Europei printre care și modificarea comportamentului reproductiv, în principal apariția mai târzie a copiilor în familie/cupluri și restrângerea numărului de copii. Emigrarea unei părți importante a populației de vârsta fertilă care are ca scop principal pe termen imediat și mediu acumularea de resurse și amânarea apariției unui copil în cuplu, a contribuit esențial la scăderea numărului de nou născuți.

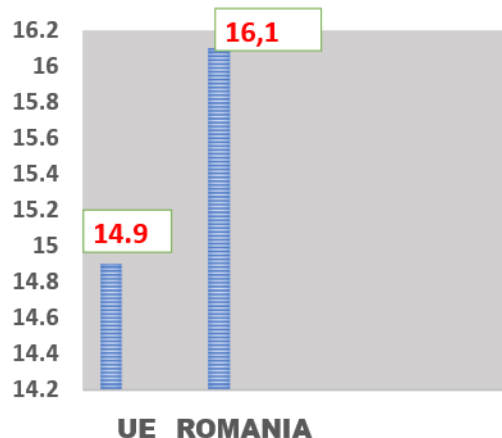
Totuși, în România, vârsta medie la apariția primului copil este încă sub vârsta medie a UE:



În țara noastră se înregistrează o proporție mai mare a populației de vârstă tânără, comparativ cu media UE. Această structură arată că potențialul reproductiv al populației din România pe termen mediu este mai mare decât în majoritatea țărilor UE, dar natalitatea mai scăzută înregistrată în România poate proba o schimbare a comportamentului reproductiv.

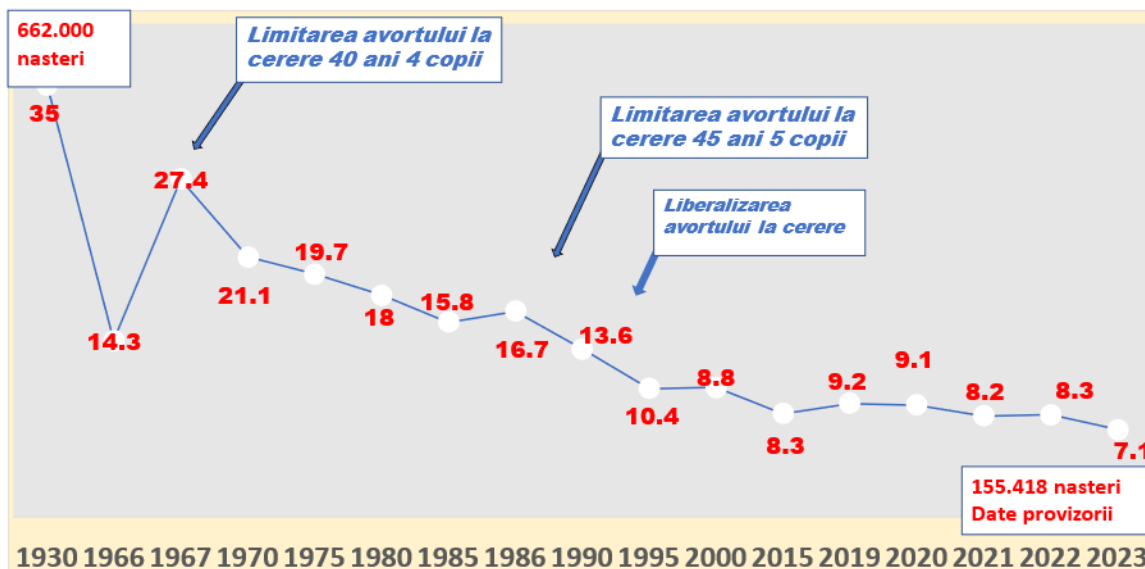
Proportia cetatenilor cu varsta sub 15 ani la ‰ de locuitori sursa Eurostat 2023

- In Romania proportia cetatenilor cu varsta sub 16 ani este mai mare fata de media UE



În graficul de mai jos se poate vedea evoluția naturală a natalității începând cu anul 1930 și evoluția indicatorului ca urmare a unor intervenții legislative.

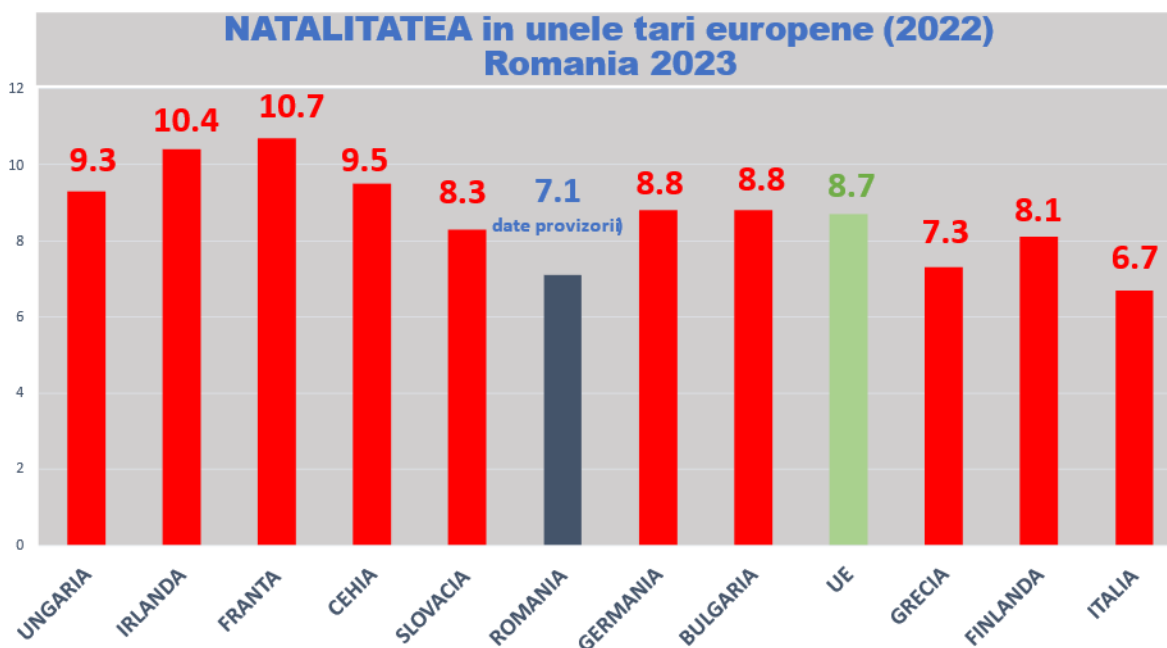
EVOLUTIA NATALITATII 1930 – 2023 născuți vii la ‰ locuitori – sursa INS



O natalitate scăzută cu un comportament reproductiv caracterizat prin restrângerea numărului de copii în familie este comună și altor țări din UE. România înregistrează în profilul european, o natalitate apropiată de media UE.

Conform datelor Eurostat, în țările Uniunii Europene rata natalității variază în anul 2022 între 6 și 11‰ cu o medie a UE de 8.7‰. România a raportat în 2019 o rată de 9.2 ‰, în 2021 8.2 ‰, în 2022 8.3‰, iar în 2023 7.1‰ – (*date provizorii-CNS/INSP Buletin informativ*). Printre țările europene non UE, rate mai crescute ale natalității se înregistrează în Turcia și Kosovo (16‰), precum și în Georgia (13‰).

Comportamentul reproductiv al unei populații are un determinism complex multifactorial. Evoluția natalității în România redă foarte sugestiv acest lucru și faptul că intervenția statului prin restricționarea unor drepturi în comportamentul reproductiv nu poate să obțină decât rezultate pe termen scurt.

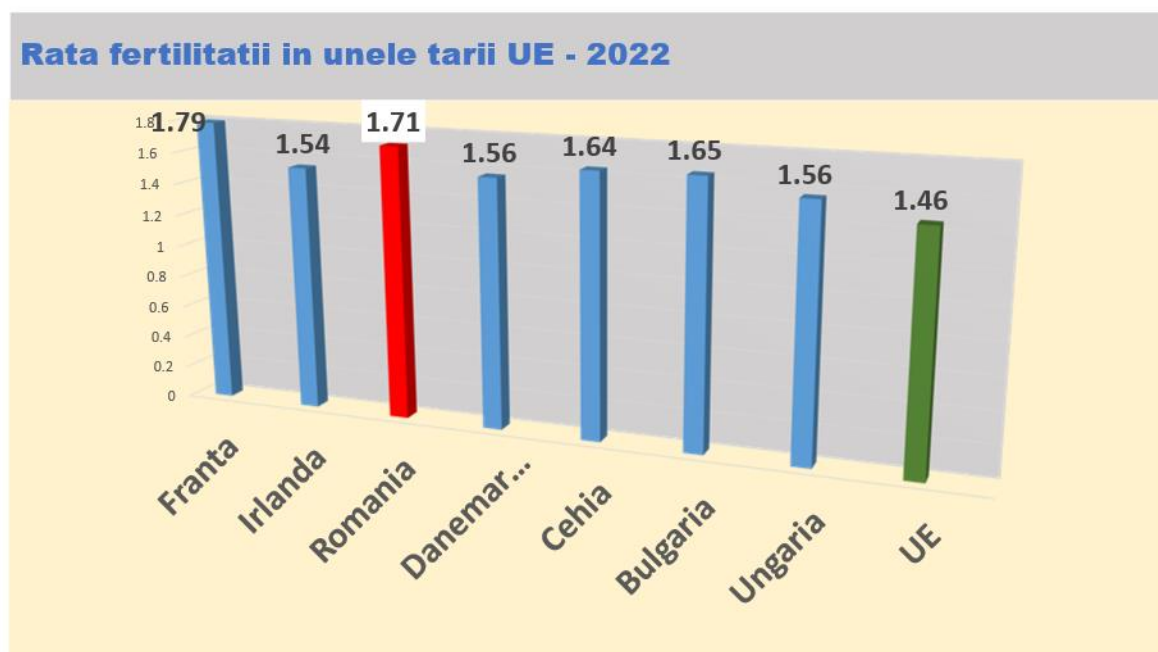


Sursă datelor: Eurostat

Fertilitate

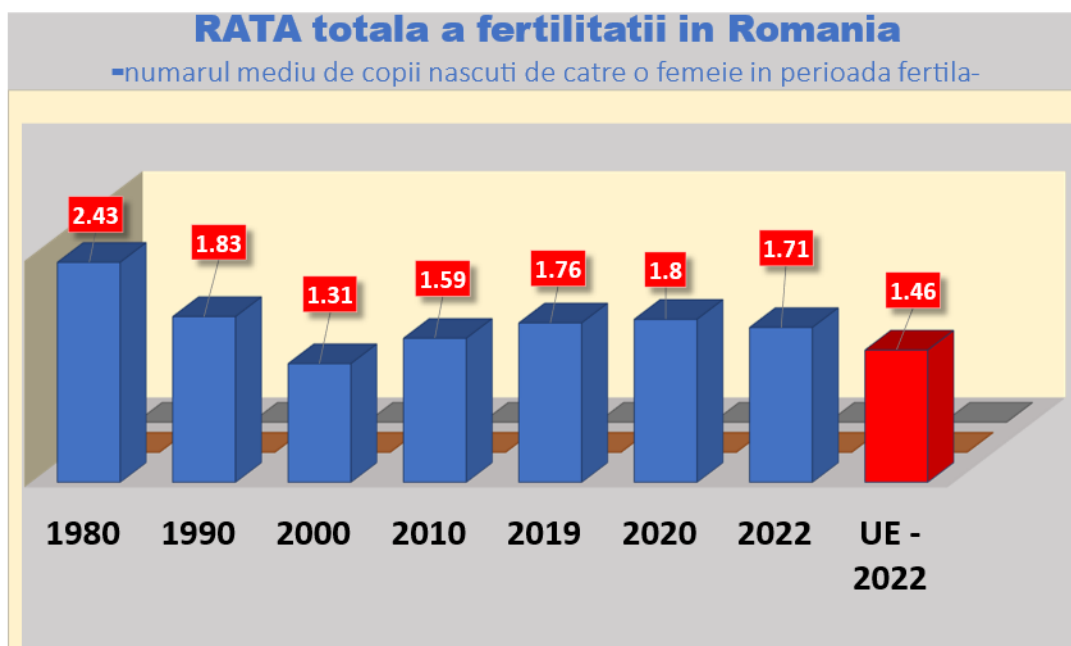
Indicele de fertilitate, respectiv numărul mediu de copii născuți de către o femeie de-a lungul vieții, este în toate țările din UE sub 2, ceea ce indică faptul că genitorii nu sunt înlocuiți, cu efecte asupra structurii pe vârste a populației și pe cale de consecință nu ne putem aștepta pe termen mediu la o creștere a natalității.

Cei mai scăzuți indicii de fertilitate în anul 2020 au fost raportați în Italia(1,3), Finlanda, Grecia, Polonia și Portugalia (1,4), iar indicatori mai crescuți s-au înregistrat în Franța (1,8), Cehia, Danemarca, Estonia cu 1,7 și România 1,8.



În România, cea mai scăzută rată a fertilității dinaintea anului 1990 s-a înregistrat în anul 1965- 1,9, crescând brusc apoi, ca urmare a interzicerii întreruperilor de sarcină la 3,66 în anul 1967 și scăzând ulterior treptat cu toată politica pronatalistă impusă populației la 2,22 în anul 1989.

După anul 1990, indicele de fertilitate scade mai rapid până în anul 2013 (1,46) ulterior înregistrându-se o creștere până la 1,8 în anul 2020.



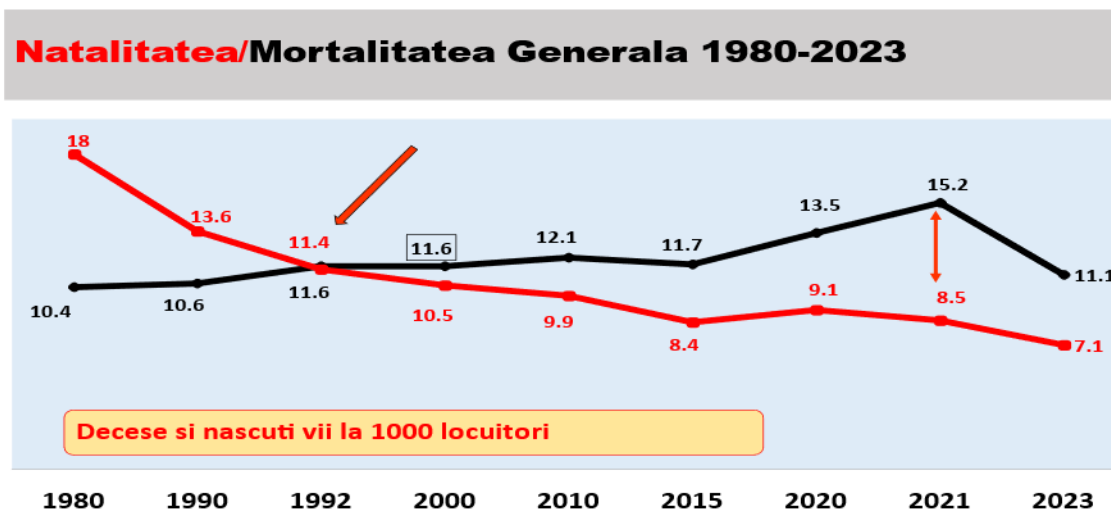
Comportamentul reproductiv al populației relevat de indicele de fertilitate care chiar dacă a crescut în ultimii ani se situează sub valoarea de 2, deci nu pot fi înlocuiri genitorii, conduce la sporul natural negativ al populației în continuare. Indicele de fertilitate pentru România, unul din cele mai crescute din UE, ar sugera o natalitate mai crescută decât este în realitate.

Indicele de fertilitate nu este într-un tot un indicator fiabil și predictiv pentru evoluția natalității, deoarece în calculul indicelui de fertilitate intervine atât populația rezidentă, cât și populația cu domiciliul în România. Diferența dintre cele două categorii de populație devine importantă atunci când țara este afectată de migrație, cum este cazul României, unde populația cu reședința obișnuită este mai mică decât cea cu domiciliul legal în țară. Din anul 2013, Eurostat solicită să fie raportați toți indicatorii demografici calculați pentru populația cu reședința obișnuită în țară. Adică, în cazul României, fără să cuprindă persoanele care sunt emigrate temporar în străinătate cu consecințe privind distorsionarea calculului privind indicatorul de fertilitate. (*Demografia României în perioada postbelică, Traian Rotariu, Luminița Dumanescu și Mihaela Haragus, Polirom 2017*). Apreciem că eventualele intervenții ale statului, de ordin social și economic în sprijinul familiei, de altfel necesare, sunt relativ limitate dat fiind performanțele

modeste ale economiei românești. Acestea pot conduce la creșterea calității vieții copiilor și familiilor acestora, dar nu vor schimba pe termen scurt și mediu comportamentul reproductiv al populației în general.

Sporul Natural

Începând cu anul 1992, mortalitatea generală a depășit natalitatea, iar sporul natural a devenit negativ, situație ce se menține de aproape 30 ani. În anul 2021, mortalitatea generală a înregistrat o creștere semnificativă față de anii precedenți, respectiv 15,2‰ față de 11,7-11,9‰ în perioada 2015-2019. Valoarea de 15,6‰ a mai fost înregistrată în anul 1948, iar 13,7‰ în anul 1949 (*Demografia României Rotariu și colab.1917 Polirom Iași*). Această situație a fost determinată și de epidemia de Covid 2. În anul 2023, mortalitatea generală a înregistrat valoarea de 11.3% , iar în semestrul 1 din anul 2024 11.2‰ valori similare anului 2015. Deși mai mică decât în anii precedenți, datorită și scăderii natalității, Romania a pierdut în anul 2023 87.974 locuitori. (*CNS/I.ÎNSP Buletine informative*)



Sursa datelor CNS/INSP

Cu o natalitate ce se menține scăzută sub numărul de decese generale, deficitul de populație se menține la - 4.2‰ în 2023 și -4.8‰ în semestrul I din 2024.

SPORUL NATURAL

Pierderea de populație
-cifre absolute-

- 2015 - 73.625
- 2020 - 96.808
- 2021 - 154.175
- 2022 - 91.443
- 2023 - 87.974

Pierderea populației- %



Sursă datelor: CNS/INSP

La nivelul UE populația a scăzut cu circa 312 000 locuitori. Zece țări compensează scăderea naturală prin migrație pozitivă, iar 8 au atârnat o creștere naturală pozitivă (deși modestă), cât și o migrație externă pozitivă. În 4 țări, scăderea populației este determinată atât de sporul natural negativ (numărul născuților mai mic decât numărul deceselor), cât și de emigrație - Croatia, Italia, Letonia și România. (V.Ghetau -Anul demografic 2020 în UE-www/Contributors.ro)

În anul 2021 pierderea importantă de populație suferită de către România a fost determinată în primul rând de creșterea masivă a mortalității generale, aceasta fiind probabil influențată și de pandemia COVID 19 (urmează a fi stabilit în ce măsură), cât și de natalitatea care se menține la valori scăzute.

În termeni demografici, situația populației în țara noastră este extrem de preocupantă, fiind necesare studii mai aprofundate pe eșantioane reprezentative, care vor trebui să stabilească situația bolilor cronice, riscul de deces prin aceste boli în comparație cu cifre de referință din restul UE, care este accesul la servicii medicale preventive primare și secundare cu scopul de a preveni sau a stabili o

boală cronică și în final să prelungească speranța de viață. De asemenea, astfel de studii ar trebui să identifice așteptările populației privind sprijinul pentru familie, ce ar putea avea efecte asupra stabilizării și chiar creșterii populației.

Sarcinile la adolescente

O caracteristică semnificativă a comportamentului reproductiv al populației în România o reprezintă numărul foarte crescut de sarcini la adolescente.

Astfel, din cele 155.418 nașteri înregistrate în anul 2023, 14.365 respectiv 9,1% din total nașteri au reprezentat nașterile la grupa de vârstă 12-19 ani, practic 1 din 9 nașteri s-a înregistrat la această grupă de vârstă. Un număr de 629 de gravide sub vârsta de 15 ani au dat naștere la un copil în anul 2023, iar 13.736 de gravide cu vârsta cuprinsă între 15-19 ani au născut. (*ÎNS -Evenimente demografice 2023*)

Această situație nu este întâmplătoare, și în anii anteriori înregistrându-se un număr similar de nașteri la grupa de vârstă 12-19 ani.

La numărul de nașteri se adaugă avorturile înregistrate la aceeași categorie de vârstă.

Din totalul mamelor cu vârsta sub 16 ani, 16 erau la a doua naștere, iar dintre mamele cu vârsta între 15-19 ani, respectiv 13.736, un număr de 3067 erau la a doua naștere, 656 la a treia naștere și 80 la a patra naștere. (*INS -fișier natalitate*)

Conform datelor Băncii Mondiale, rata crescută a nașterilor la adolescente cu vârsta între 15-19 ani singularizează România și Bulgaria în rândul țarile UE.

Media UE la nașterile grupei de vârstă 15-19 ani este de 9‰ și la această medie contribuie Bulgaria cu 38‰ și România cu 34‰.

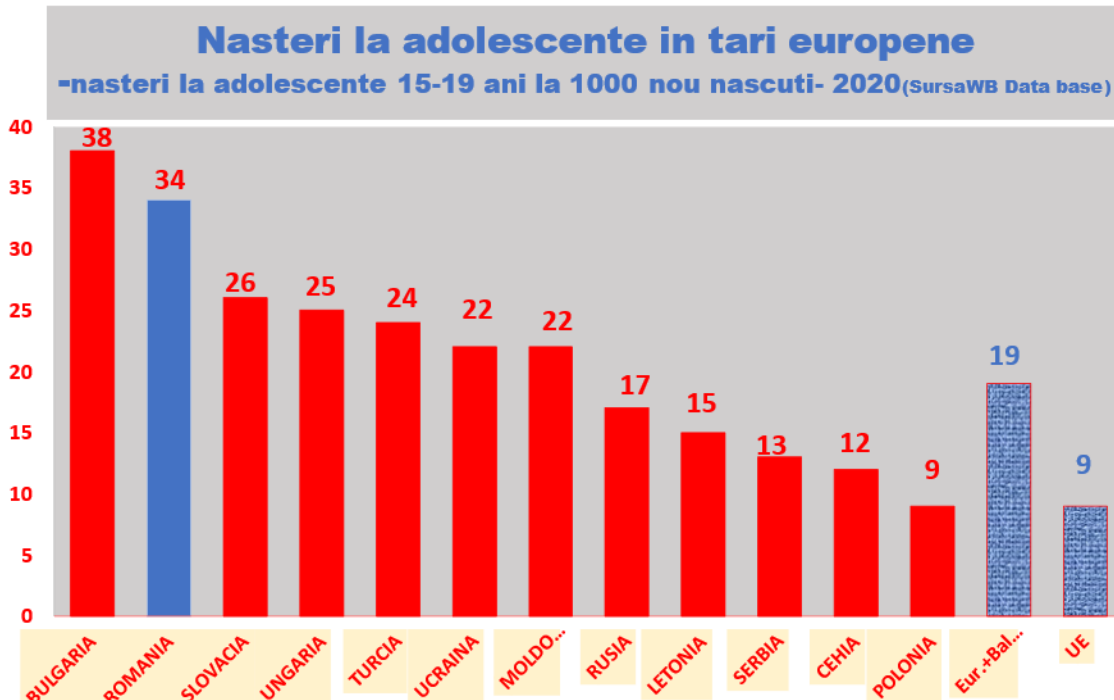
Chiar și în țari non UE din regiunea europeană, ratele nașterilor la adolescente sunt mult mai mici, deși componenta etnică, tradițiile culturale și religioase ar putea sugera un altfel de comportament reproductiv.

Acești ”copii cu copii” provin de regulă din familii cu abilități parentale reduse, ceea ce indică efortul considerabil pe care statul prin servicii medicale și sociale comunitare, ar trebui să-l facă pentru a asigura o dezvoltare armonioasă fizică,

psihică și emoțională în rândul acestor copii. Programele de educație pentru sănătate, inclusiv sănătate reproductivă, educație pentru viața etc. trebuie să țintească nu numai adolescenții, cât și familiile acestora, care tributari unor tradiții anacronice impun adolescenților un anumit comportament reproductiv.

Graficele de mai jos sunt sugestive (*INS Evenimente demografice 2023*):

Numar nasteri/varsta parintilor -2023-		
Grupa de varsta	Mama	
Sub 15 ani • 12 ani 27 • 13ani 104 • 14 ani 498	629	Mame si tati sub 15 ani 147 Mame si tati minori 2032
15 – 19 ani	13.736	
TOTAL sub 19 ani	14.365	
Sursa INS		



Sursă datelor:WB - Data Base

Acestor copii li se răpește dreptul la sănătate, dreptul la educație și în fond o parte din copilărie.

Un studiu realizat sub egida UNICEF-România **SUMAR DE POLITICI - prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescente-ianuarie 2022 – (autori:Andrea Neculau, Diana Neaguș, Mihai Vacăru, Cristina Vladu)** redă următoarele aspecte:

- În medie, rata natalității (exprimată ca procent din totalul nașterilor) la fetele românce de 10 -14 ani este de 8,5 ori mai mare decât media UE, în timp ce rata la 15-19 ani este de 3,4 ori mai mare decât media UE.
- Rata natalității la fetele cu vârsta între 10-14 ani s-a dublat între 1990 și 2020, de la 0,18% (procent de nașteri la fete de 10-14 ani din totalul nașterilor din România) la 0,37% în 2020.
- Între anii 2011-2019, rata medie de nașteri la adolescente de 10-14 ani a fost 0.31%; 23 de județe au avut o rata mai mare decât media națională în această perioadă (54.8%).

- *1 din 6 adolescente care a avut un copil înainte de 15 ani, va avea al doilea copil înainte de 18 ani.*
- *Sarcina la adolescente poate avea impact asupra sănătății fizice și mintale, precum și asupra statusului socio-economic al acestora.*

Greutatea mică la naștere

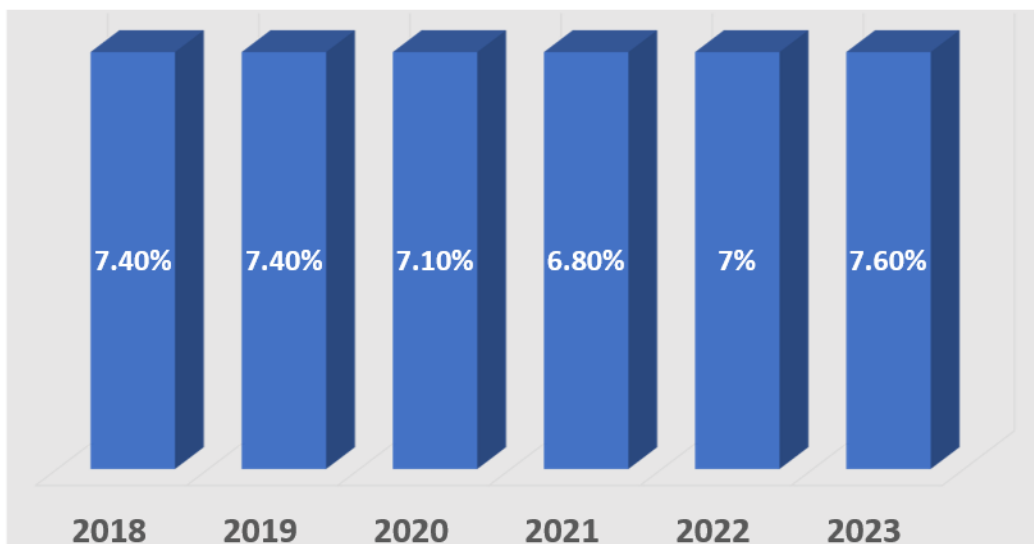
La nivel populațional, greutatea mică la naștere este acceptată universal ca fiind un indicator al problemelor de sănătate publică într-o comunitate, precum malnutriție pe termen lung și îngrijiri deficitare ale sarcinii. Prin deficit nutrițional nu se înțelege numai deficitul caloric global, ci și calitatea rației alimentare prin compoziția sa în macro și micronutrienți.

Greutatea mică la naștere este cauzată de restricție în dezvoltarea intrauterină a fătului și/sau de către prematuritate. Greutatea mică la naștere este strâns legată de morbiditatea și mortalitatea neonatală, de dezvoltarea neuropsihică a copilului, precum și de apariția mai frecventă a unor boli cronice.

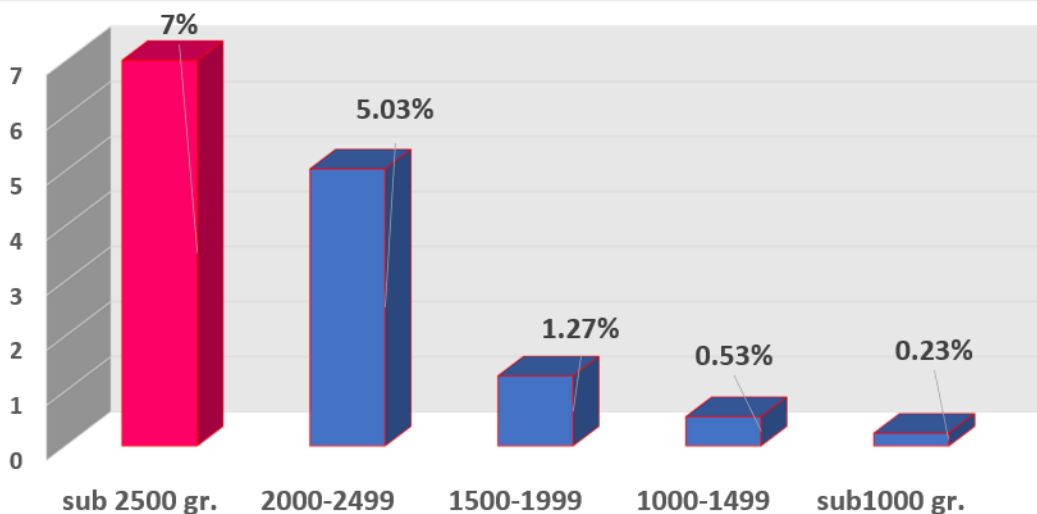
În România, conform datelor publicate de către Institutul Național de Statistică în anul 2023 s-au născut un număr de 14.836 copii cu o greutate sub 2500gr (2499gr. și mai puțin), respectiv cu o rată a greutății mici la naștere de 7.6%.

Un număr de 8.098, respectiv 54,5% din nașteri cu greutatea sub 2500 gr. și 5.2% din total nașteri au fost raportați ca provenind dintr-o sarcină cu o vârstă gestațională sub 36 de săptămâni. (- *Sursa datelor INS - Evenimete demografice 2021*)

Rata greutatii mici la nastere nascuti sub 2500 gr.la % nascuti



Rata greutatii mici la nastere pe transe de greutate RO – 2021 la% nou nascuti



Rate mai crescute ale greutății mici au fost înregistrate la grupele de vârstă ale mamelor sub 19 ani, respectiv 11,01% și 14,1% printre mamele cu vârstă sub 15 ani .



Sursa datelor INS

În tabelul de mai jos se poate vedea proporția copiilor cu greutate extrem de mică la naștere, respectiv sub 1000 gr. înregistrați în România comparativ cu date din alte țări europene.

**Rata nasterilor cu greutate sub 1000 gr
la % nasteri**

<ul style="list-style-type: none"> • Proportia copiilor nascuti cu greutate sub 1000 gr. este mai mica in Romania decat in alte tari europene. • Avand in vedere ca mortalitatea neonatala este mai mare in RO decat media UE era de asteptat ca numarul nou nascutilor cu greutate extrem de mica, grupul cel mai vulnerabil sa fie mai mare. 	<ul style="list-style-type: none"> • ROMANIA 0.21% • AUSTRIA 0.30% • POLONIA 0.30% • UNGARIA 0.30% • PORTUGALIA 0.32% • SLOVACIA 0.37%
--	--

Sursa datelor INS/WHO

Se poate observa o proporție mai mică a nou născuților cu greutate extrem de mică (sub 1000 gr.), înregistrată în România față de cifrele de referință din alte țări europene. Având în vedere că mortalitatea neonatală este mai mare în România decât media UE, era de așteptat ca numărul nou-născuților cu greutate extrem de mică, grupul cel mai vulnerabil și cu risc de deces mai mare să fie crescut.

Proporția crescută a nou născuților cu greutate mică de peste 1500 gr, reprezentând nou-născuți cu șanse de supraviețuire mai mari, este în discordanță cu mortalitatea neonatală relativ crescută înregistrată în România.

Datele privind greutatea la naștere colectate de către INS provin din menționarea acestora la maternitate pe CERTIFICATUL MEDICAL CONSTATATOR AL NASCUTULUI VIU. Studiul Sănătății Reprodusei ROMÂNIA efectuat în anul 2016 la nivel național, pe un eșantion reprezentativ, a arătat o incidență a greutății mici la naștere de 8% în lotul studiat.

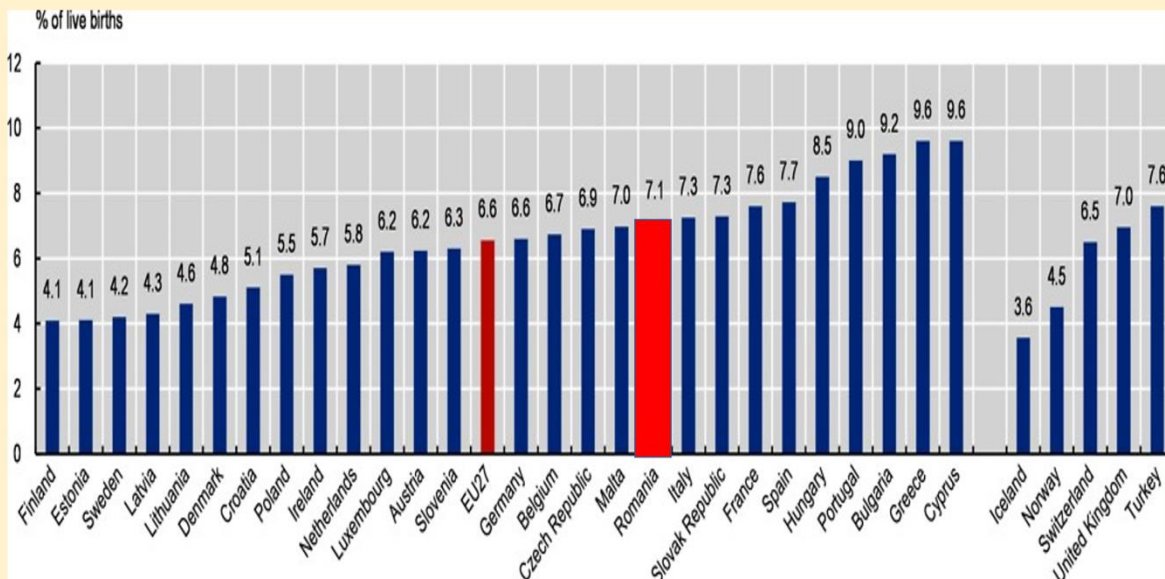
Având cea mai mare mortalitate infantilă din UE, ne-am fi putut aștepta ca rata greutății mici la naștere să fie mai mare în România.

În țările componente ale UE, conform datelor World Bank – 2020, greutatea mică la naștere variază între 4.1 și 9.6 %, România fiind plastă la mijlocul intervalului.

Înregistrarea corectă a greutății la naștere trebuie înțeleasă prin prisma reglementărilor care precizează că orice nou-născut cu semne de viață este înregistrat născut viu indiferent de vârsta de gestație și de starea de sănătate.

RATA GREUTATII MICI LA NASTERE IN TARILE UE -2020

Source: OECD Health Statistics 2020, Eurostat Database and national sources for Croatia and Cyprus



Mortalitatea infantilă și a copilului sub 5 ani

Mortalitatea infantilă (MI)

Mortalitatea infantilă definește numărul de decese sub vârsta de 1 an, iar rata mortalității infantile definește numărul anual de decese sub vârsta de un an raportat la 1000 născuți vii din aceeași perioadă și teritoriu.

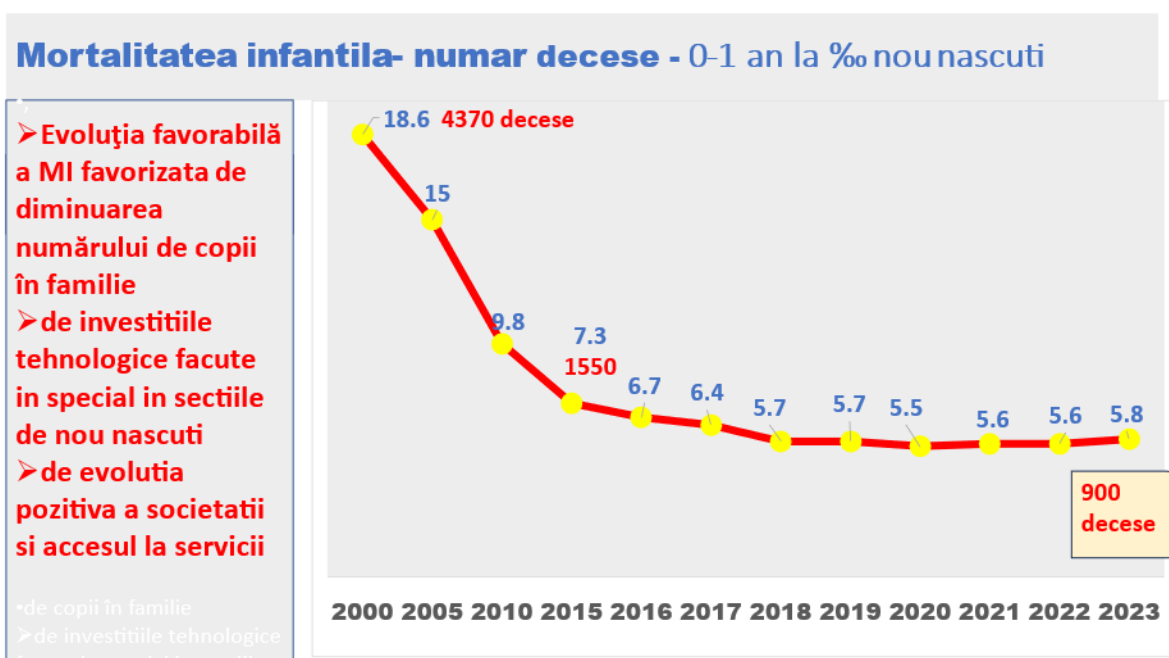
MI este acceptată universal ca fiind cel mai fidel indicator al stării de sănătate și bunăstare a copiilor la nivel global și în același timp a nivelului de dezvoltare economică și socială a unei comunități.

Mediul socio-economic influențează direct starea de sănătate, morbiditatea și mortalitatea copiilor, în special a celor sub 1 an.

Diferențele MI în raport cu vârsta, mediul de rezidență și statutul socio-economic au un rol foarte important în a diagnostica diferențele în accesul la servicii medicale calificate.

Serviciile medicale pot contribui la ameliorarea stării de sănătate în măsura în care ele *sunt accesibile, de calitate și adaptate populației pe care o servesc.*

Evoluția favorabilă a mortalității infantile, în special în ultimii 25 de ani, a fost determinată de modificările în structura familiei, cu diminuarea numărului de copii în familie, de investițiile făcute în programe de re tehnologizare a maternităților și secțiilor de nou născuți, regionalizarea îngrijirilor perinatale, precum și în evoluția generală pozitivă a societății românești.

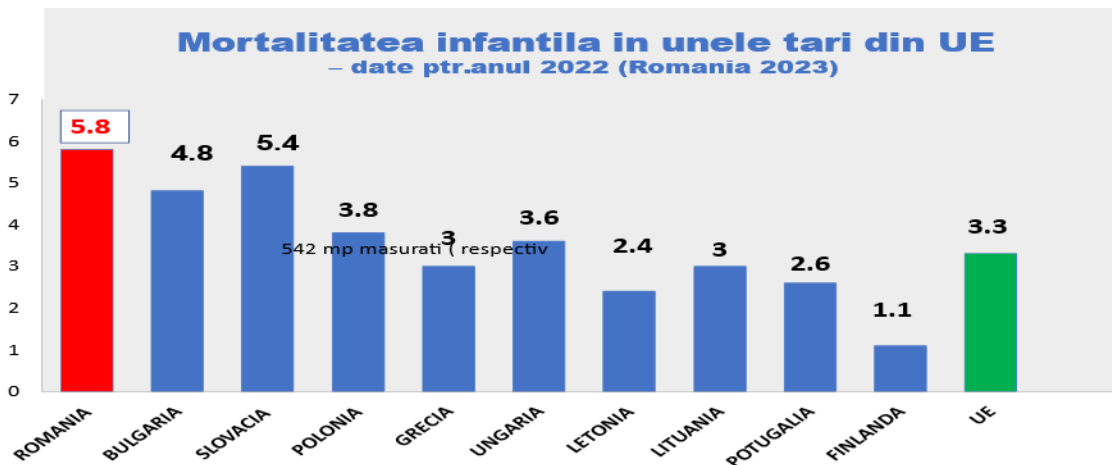


Sursa datelor CNS/INSP

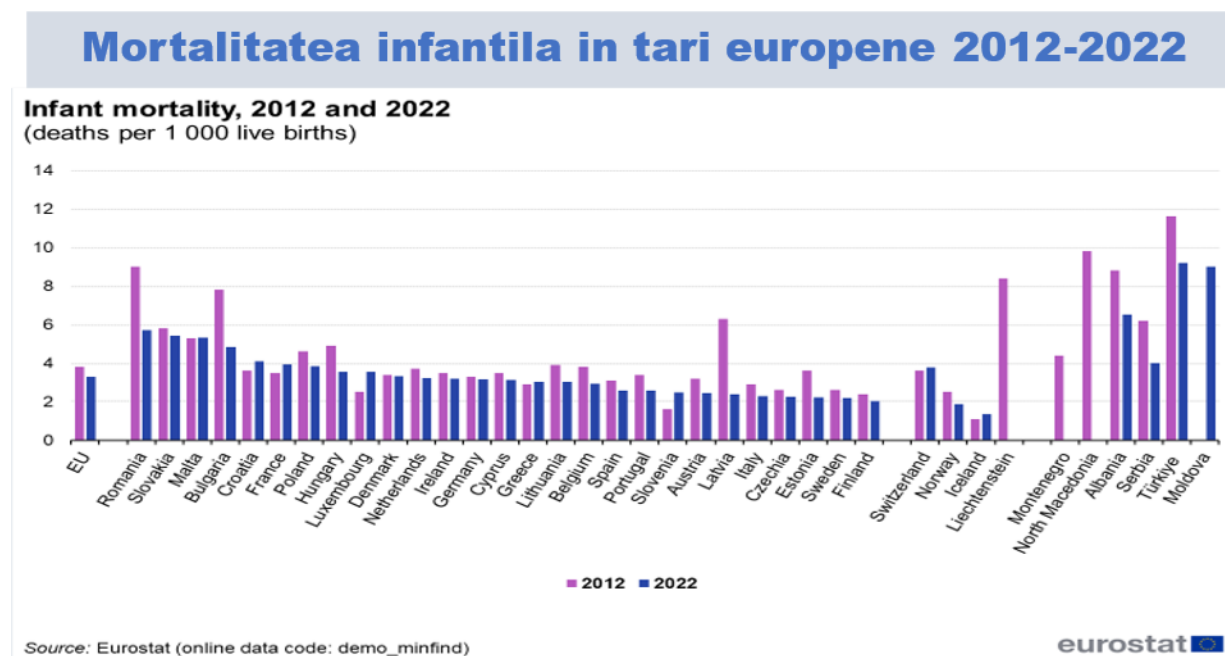
După anul 1989, scăderea MI a fost mai rapidă chiar în comparație și cu alte țări din UE care înregistrau o MI crescută. Ulterior, MI a evoluat într-un platou cu o descreștere lentă, iar în ultimii ani se înregistrează practic o staționare cu mici fluctuații anuale. Dacă se dorește ca mortalitatea infantilă să nu aibă numai o scădere naturală, sunt necesare noi seturi de intervenții de sănătate publică țintite în mod special pe grupele de risc, iar intervențiile în afară sistemului medical trebuie să cuprindă întreg sistemul social al țării.

Deși scăderea MI în România a fost semnificativă, țara noastră înregistrează în continuare cel mai ridicat nivel din UE, un indicator aproape dublu față de media UE.

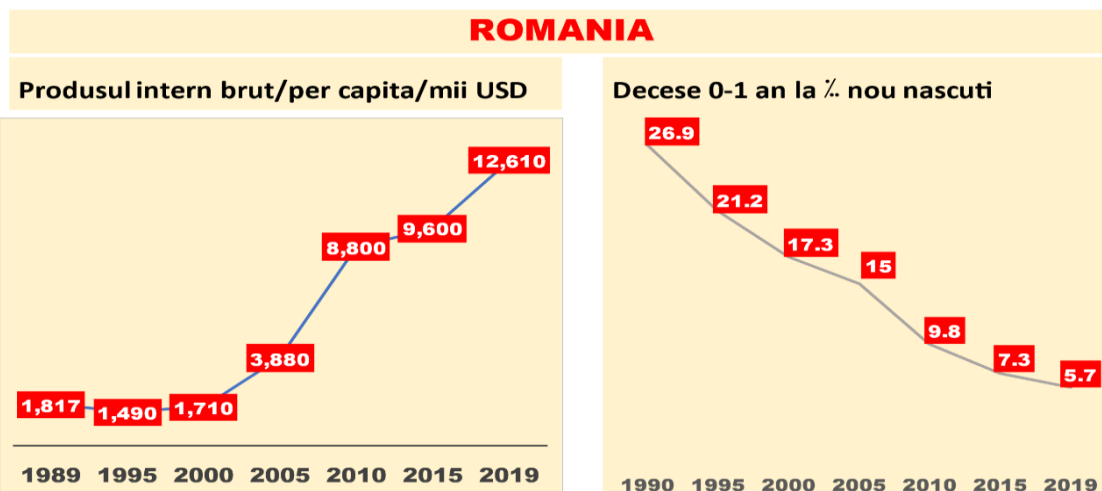
Dintre țările UE, Portugalia care în urma cu 40 de ani avea un indicator al MI chiar mai mare decât al României, a reușit performanța de a avea una din cele mai scăzute MI din Europa.



Mai jos se poate observa nivelul MI în țările europene, UE si ,NON UE. Unele tari NON UE înregistrează un indicator chiar mai scăzut decât țara noastră



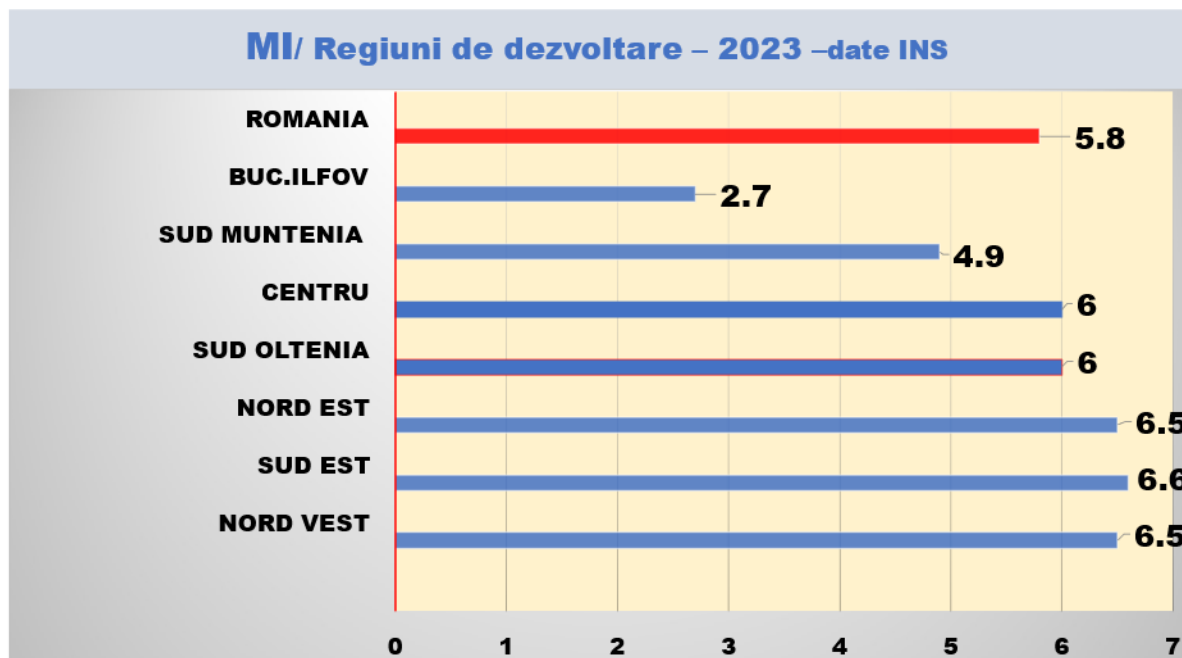
Condiționalitatea sănătății copiilor de către sănătatea generală a societății este susținută și de faptul că creșterea PIB/persoana este concomitentă și contribuie pe lângă alți factori la scăderea mortalității infantile.



În profil teritorial, pe regiuni de dezvoltare, în anul 2023 observăm în continuare o situație neomogenă la nivelul țării în ceea ce privește MI. Situația este explicabilă prin faptul că județele componente ale unei regiuni de dezvoltare sunt neomogene din punct de vedere economic.

Cele mai crescute valori ale MI sunt înregistrate în Regiunea Sud Est și Centru, urmate de regiunile Nord Vest și Vest Oltenia. În Regiunea Bucuresti-Ilfov se înregistrează o MI foarte scăzută, similară celei din țările vestice dezvoltate. Este

încă un argument al legăturii strânse dintre nivelul economic și starea de sănătate.



Sursă datelor CNS/INSP

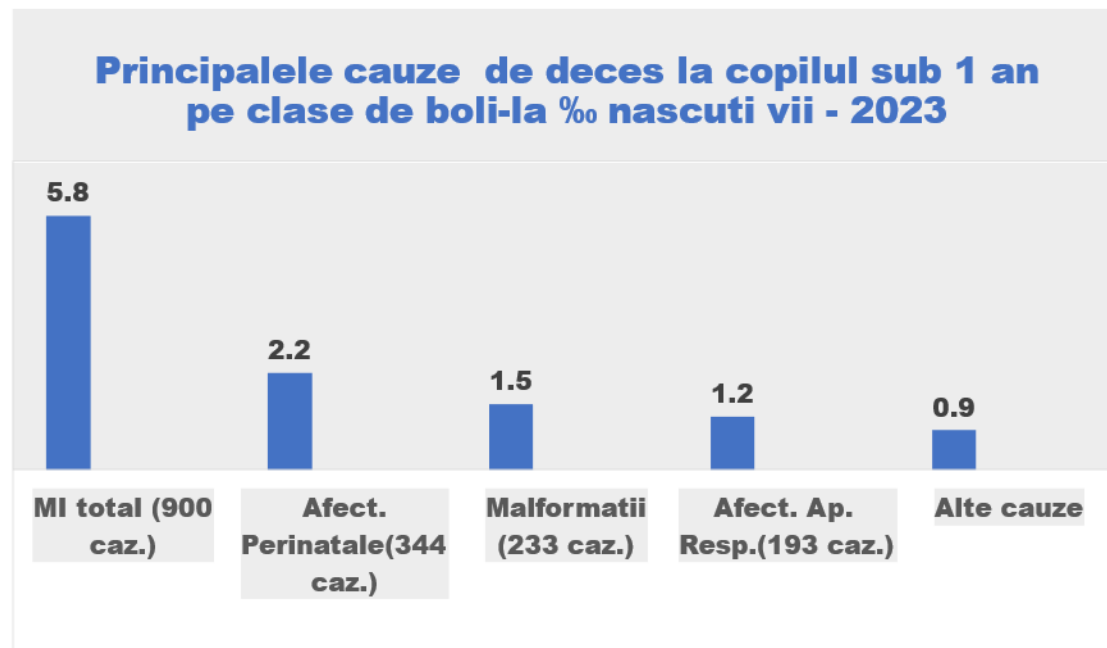
Sunt județe cu MI ce practic înregistrează o valoare cu 50-100% mai mare față de media țării, de exemplu Botoșani 10.0‰, Tulcea 10‰, Satu Mare 9.7‰, Caraș Severin 9.8‰, Maramureș 9.5‰. Observăm de asemenea o creștere a MI în județe care tradițional se plasau la nivelul sau sub nivelul mediei țării (Sibiu, Mureș, Maramureș, Caraș Severin,). Unele județe au ieșit din coada clasamentului, deși structura socială și economică a populației județului ar putea presupune un număr mai mare de decese (Vaslui, Iași, Brăila,).

Această situație neașteptată și în neconcordanță cu relația dintre dezvoltare socială/structură și MI ar trebui analizată mai în detaliu. Este posibil ca datele pentru un singur an să nu fie suficient de obiective și ar trebui calculat trendul indicatorului. În orice caz, diferențele mari de mortalitate trebuie să constituie o preocupare pentru administratorii sistemului.

Cauzele medicale ale mortalității infantile

În anul 2023 mortalitatea pe clase de boli indică:

- afecțiunile a căror origine se situează în perioada perinatală I - clasă cu cele mai multe decese, respectiv 36 din 100 decese, urmată de mortalitatea prin, *malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale și decesele prin afecțiuni respiratorii* .



Sursa datelor CNS/INSP

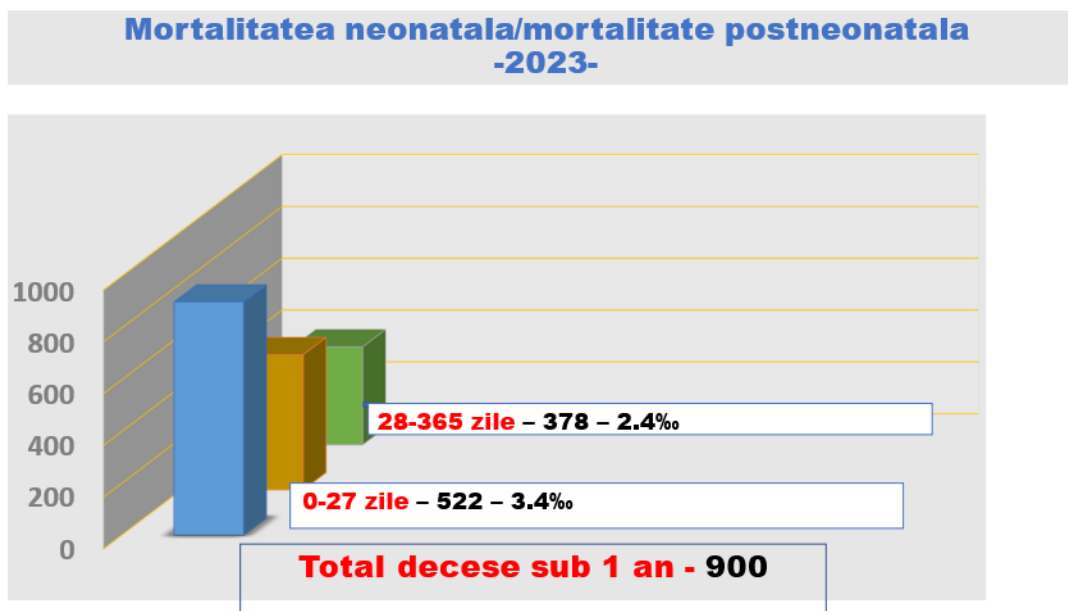
Malformațiile și aberațiile cromozomiale constituie a doua cauză de deces, devansând afecțiunile respiratorii. În ceea ce privește malformațiile, nu există date suficiente pentru a aprecia câte și care ar putea fi depistate prenatal, precum și câte sunt deasupra resurselor terapeutice. Diminuarea numărului și proporției de afecțiuni respiratorii care să conducă la deces, diminuare datorată și scăderii numărului de sugari cu malnutriție protein-calorică, ridică malformațiile pe o poziție prioritară. Către acestea trebuie să fie îndreptate resurse pentru diagnostic și terapie, în termeni de capacități de spitalizare, resurse umane specializate și tehnologii de

diagnostic.

Decese infantile/principalele cauze de deces 2023			
Denumire boala	Nr. cazuri	La% decese sub 1 an	Observatii
Pneumonie cu germeni neprecizati	145	16.1	
Hemoragia intracraniana netraumatica	90	10.0	
Alte tulb.resp.in perioada neonatala	73	8.1	
Insuficienta respiratorie a nou a NN	54	5.1	
Malformatie congenitala de cord	41	4.6	102 decese sub 1 an prin malformatii de cord si vase mari respective 11.3% din total decese
Malformatii sept cardiac	26	2.9	
Malformatii cavitati cardiace	22	2.4	
Malformatii artere mari	13	1.4	

Mortalitatea neonatală și mortalitatea postneonatală

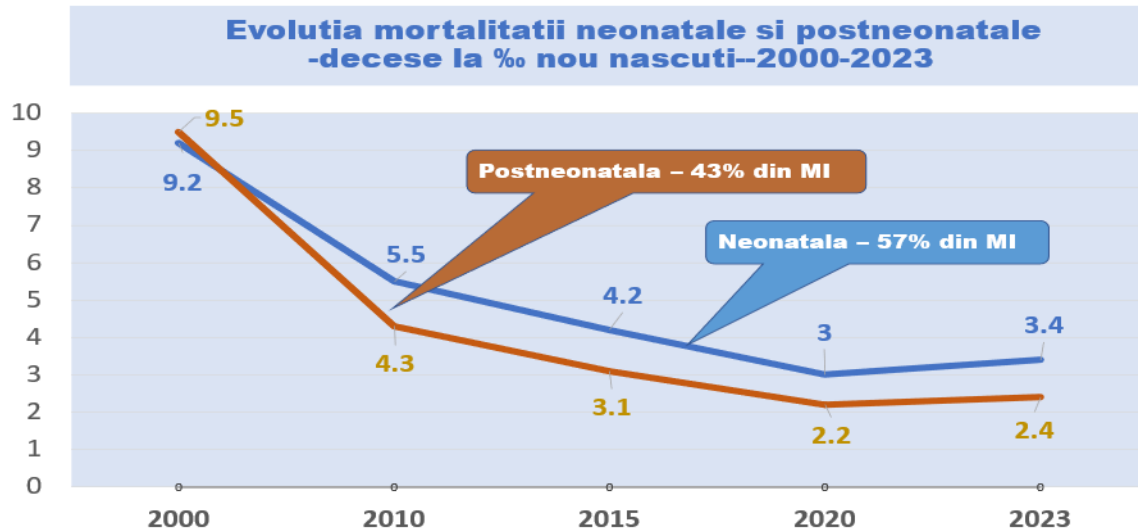
Mortalitatea înregistrată în perioada neonatală, definită 0-27 de zile, depășește 50% din decesele înregistrate în cursul unui an calendaristic:



Sursa datelor CNS/INSP

Pentru anul 2023:

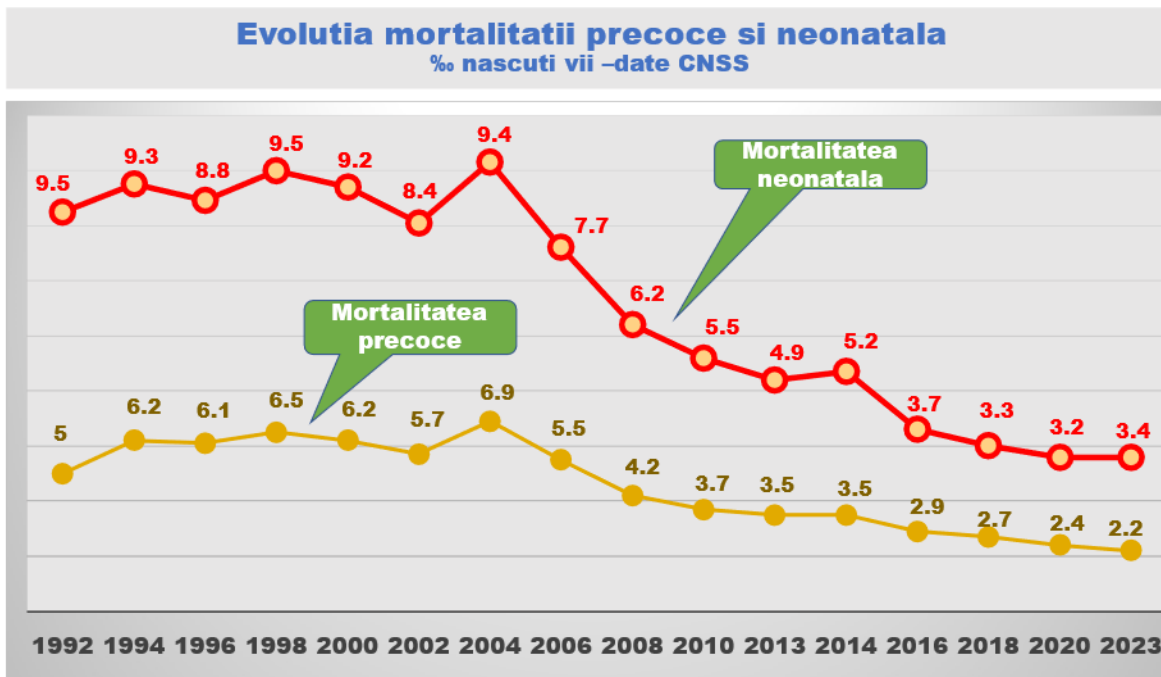
522 de decese – respectiv 3.4‰ înregistrate în perioada neonatală și 378 - respectiv 2.4‰ în perioada postneonatală (28-365 de zile). Decesele din perioada neonatală sunt proporțional în creștere:



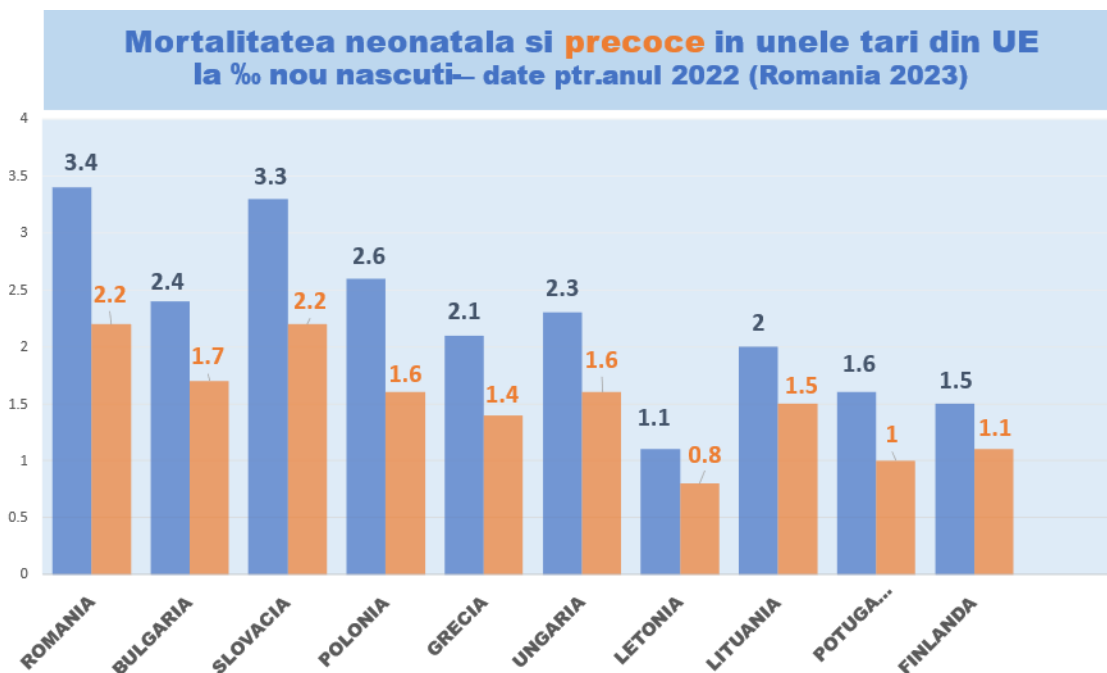
Decesele în perioada postneonatală sunt mai puternic corelate cu mediul social, iar cele din perioada neonatală cu starea de sănătate a gravidei, greutatea mică la naștere și tehnologiile moderne de îngrijire ale nou-născutului.(sursă CSINSP)

În perioada neonatală, în segmentul primelor 6 zile (perioada precoce) se înregistrează mare majoritate a deceselor din perioada neonatală. Decesele din această perioadă sunt influențate puternic de greutatea mică la naștere, determinată de prematuritate și nu numai, precum și de

malformații congenitale incompatibile cu viața.

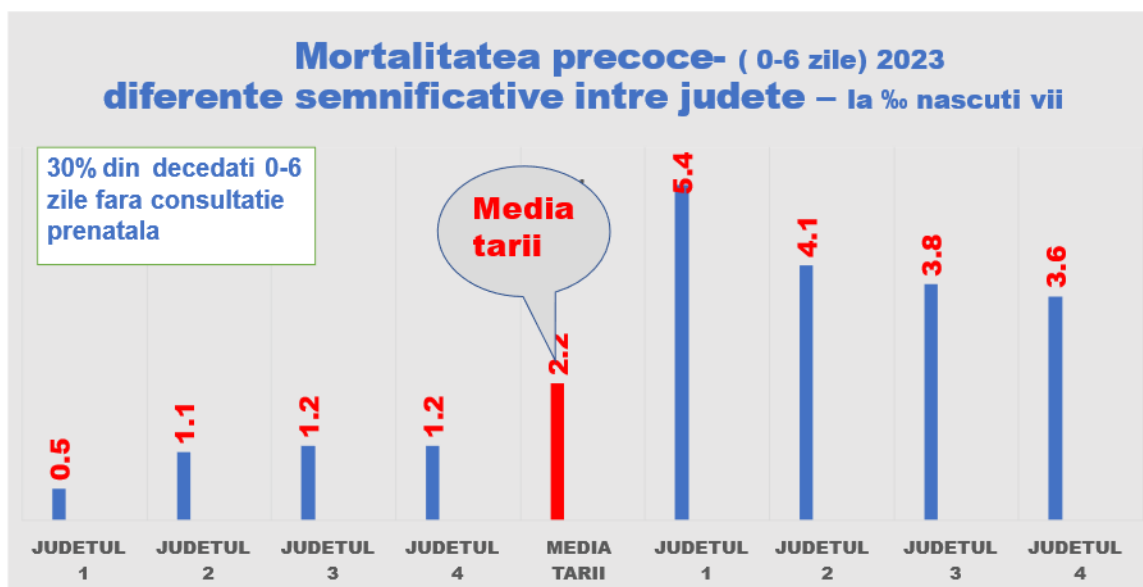


Sursa datelor CNS/INSP



În ceea ce privește mortalitatea neonatală și mai ales componenta sa, mortalitatea precoce, există de asemenea diferențe semnificative între acești indicatori

înregistrați și raportați de diferite județe. În unele județe, mortalitatea precoce este nefiresc de mică, necorelată cu alți indicatori de sănătate.



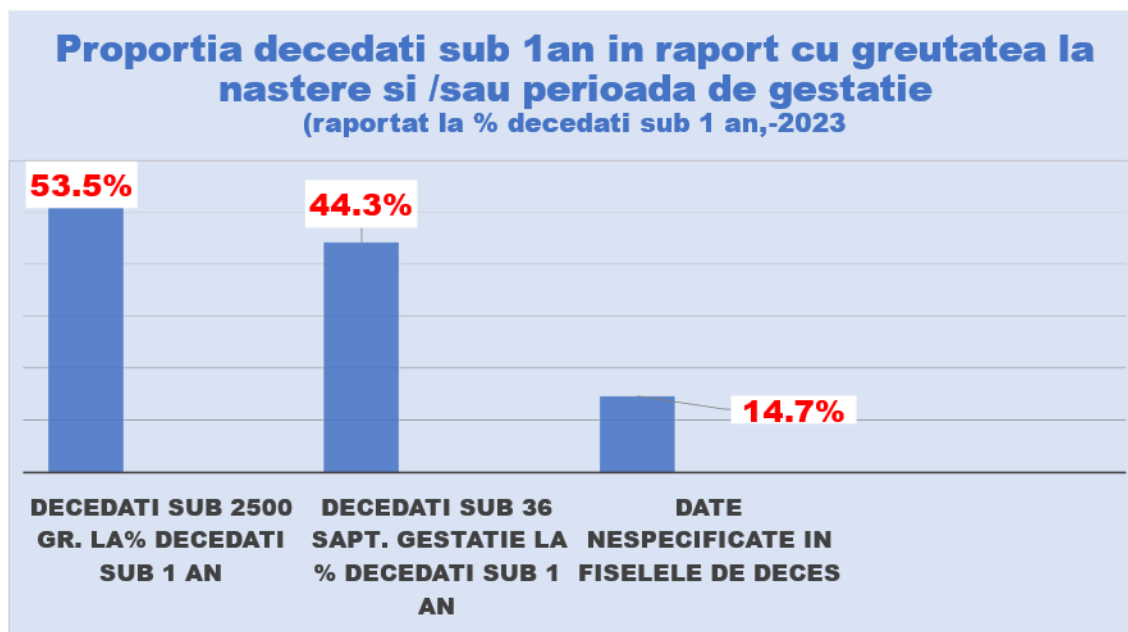
Sursa datelor CNS/INSP

Această situație ar trebui analizată împreună cu specialiști din centrele regionale pentru a identifica cauzele organizatorice sau de altă natură care determină indicatori atât de diferiți.

Luând în calcul datele pentru anul 2023 (de altfel date similare cu cele din anul 2020) și calculând decesele pe grupe de greutate (și implicit prin extensie pe grupe de prematuritate) se evidențiază clar care este vârful de mortalitate.

Dacă la normoponderali mortalitatea este de 2,6‰, aceasta crește la 4,6‰ la subponderali, 13‰ la cei cu greutate mică, 35‰ la cei cu greutate foarte mică și se ridică brusc la 206‰ la nou-născuții cu greutate extrem de mică.

Pentru a influența pozitiv mortalitatea infantilă, intervențiile trebuie făcute la categoria de nou-născuți cu greutate mică, aceștia reprezentând o proporție semnificativă din totalul deceselor sub vârsta de 1 an.



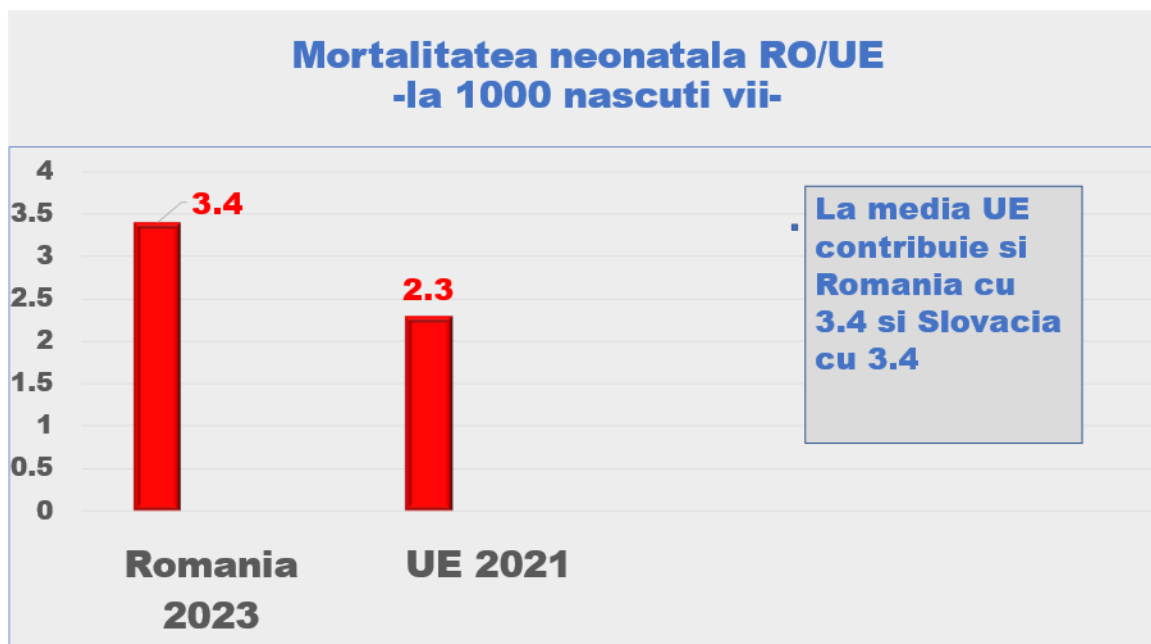
Sursa datelor CNS/INSP/INSMC

Peste 50% din decesele sub vârsta de 1 an au avut la naștere o greutate mică și peste 40% o vârstă de gestație sub 36 săptămâni. (*INS Evenimente demografice 2023*).

În perioada neonatală peste 80% din decedați provin din sarcini înainte de termen.

Putem constata că în perioada 2004 – 2015 s-a înregistrat o scădere importantă a mortalității neonatale. Astfel, se poate face o corelație cu programele de restructurare, dotare tehnică și training intensiv pe care MS le-a desfășurat în secțiile de nou-născuți, în special regionalizarea îngrijirilor perinatale pe grade de competență, cu concentrarea patologiei grave în centre puternice cu capacitate de a face față patologiei grave atât tehnic, cât și din punct de vedere al resursele umane.

Totuși, se menține în continuare o diferență importantă între indicatorul mortalității neonatale în România și cel din UE (*Sursa datelor Eurostat*)



O reevaluare a situației din secțiile de neonatologie și o evaluare a funcționării regionalizării, cu ținta pe capacitățile profesionale a maternităților de nivel II de a îngriji patologii grave și a celor de nivel III de a primi fără condiționări transferurile solicitate de către unitățile din regiune este o situație relativ urgentă. Concluziile ar putea explica de ce mortalitatea neonatală și în special mortalitatea precoce stagnează în ultimii ani. Pot intra în discuție, funcționarea regionalizării serviciilor de TI pentru nou-născuți, subechiparea maternităților regionale, ieșirea din uz a echipamentele procurate în programele finanțate de către Banca Mondială, precum și fluctuația importantă a personalului de specialitate. Recentul program PNRR care are o componentă substanțială pentru reechiparea maternităților de nivel III și dezvoltarea unor centre regionale de training sunt măsuri importante pentru creșterea calității serviciilor medicale pentru nou-născuți, în special pentru prematuri, iar ele își vor dovedi rezultatele în viitorul apropiat.

Mortalitatea postneonatală

Decesele înregistrate după 27 zile de viață sunt acceptate la nivel internațional ca fiind puternic influențate de către calitatea îngrijirilor în comunitate și familie, de capacitatea sectorului de sănătate primară de a răspunde nevoilor și de accesul

populației la aceste nevoi inclusiv de supraveghere medicală activă preventivă a stării de sănătate. În același timp, mortalitatea postneonatală este puternic influențată de capacitățile parentale ale unor grupuri vulnerabile în a participa la îngrijirea propriei sănătăți și a sănătății copiilor.

Media țării pentru anul 2021 a fost de 2,3 decese la 1000 născuți vii.

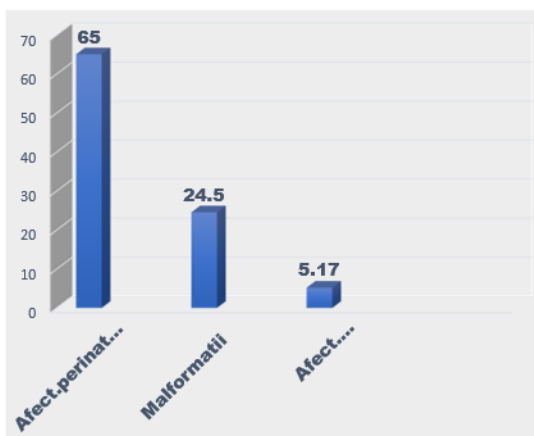
Sunt județe în care media țării este cu mult depășită, unele având explicații de ordin social și de dezvoltare economică, altele mai puțin:

Călărași 7,9‰, Mureș 5,5‰, Brăila 5,2‰, Brașov 4,4‰, Neamț 4 decese la 1000 născuți vii practic valoarea indicatorului fiind dublă față de media țării. (Sursă datelor MI 2021 CNS/INSP)

În ceea ce privește structura cauzelor de deces pe cele două componente, situația este următoarea:

-mortalitatea neonatală este dominată, așa cum este și firesc, de cauzele perinatale:

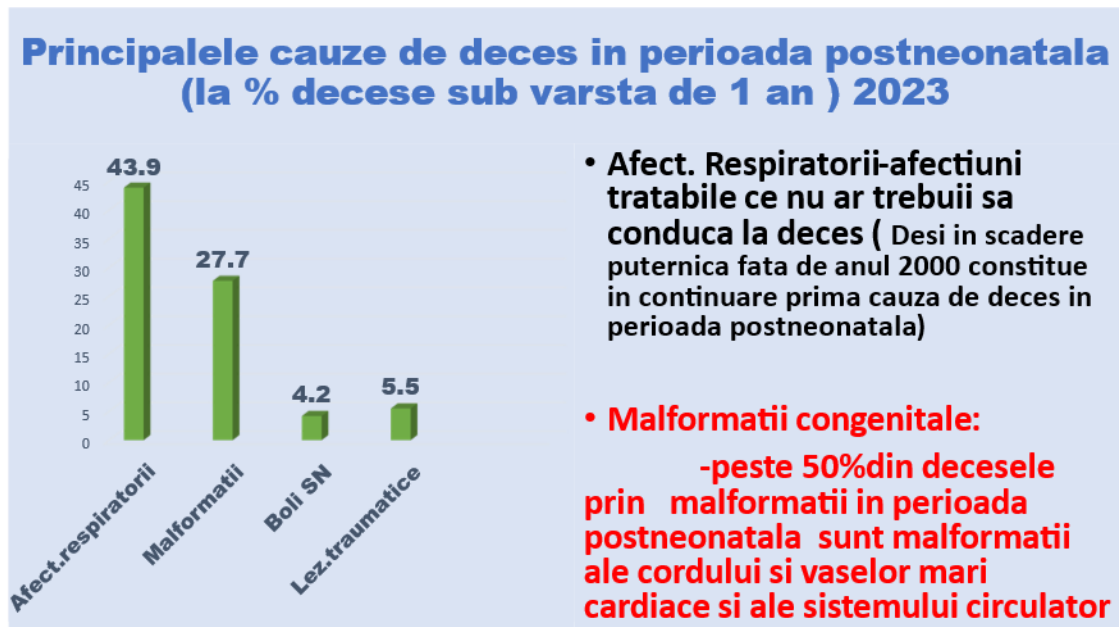
Principalele cauze de deces in perioada neonatala (la % decese) - 2023



- Afect. Perinatale:
 - hemoragia intracraniana
 - tulb.respiratorii
 - suferinta resp. a NN
- Malformatii congenitale:
 - circa 30% malformatii cardiace

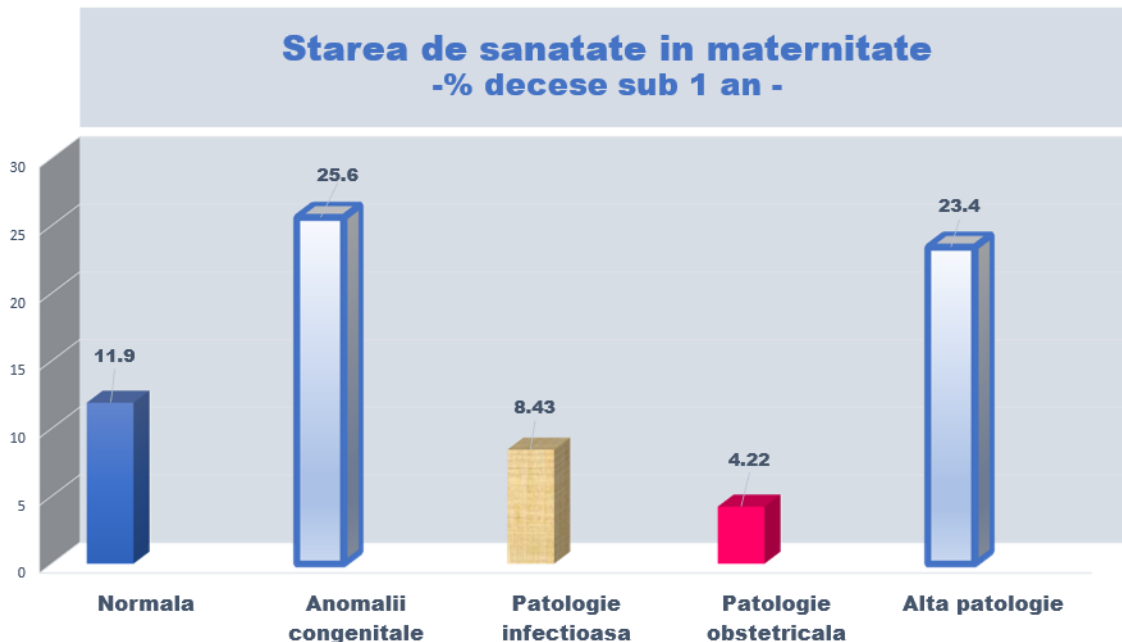
Sursa datelor CNS/INSP,

Iar în perioada postneonatală principala cauză de deces este reprezentată de afecțiunile respiratorii,afecțiuni considerate universal tratabile cu bune rezultate la sugarii diagnosticați în timp util,cu stare de nutriție bună.



Sursa datelor CNS/INSP

Din analiza cauzelor favorizante ale decesului sub vârsta de 1 an a reieșit că numai 11,9% din copiii decedați au avut o evoluție normală la naștere, restul fiind afectați de diferite patologii:



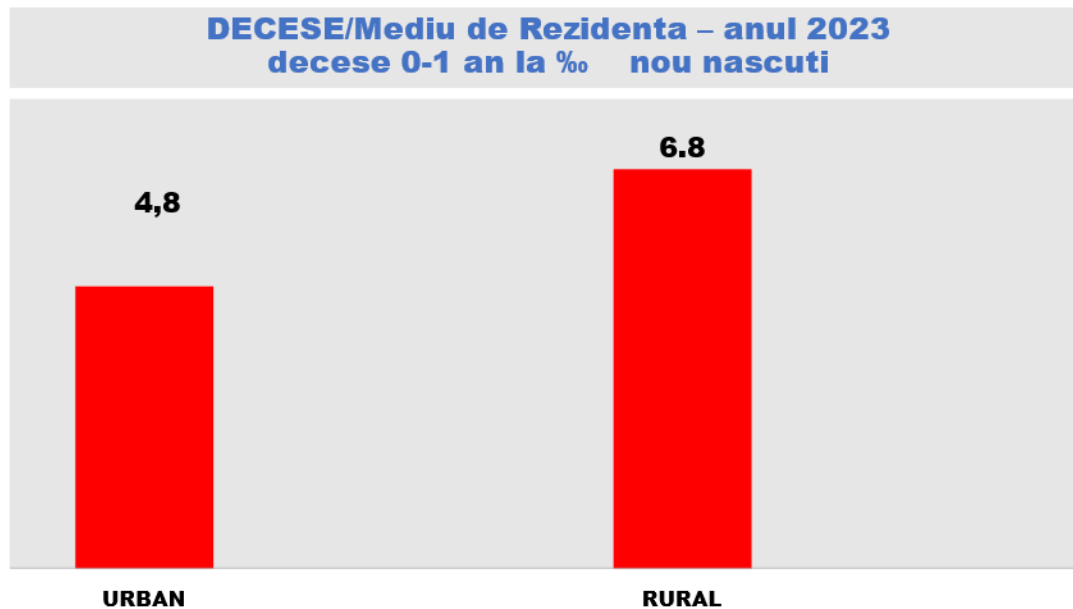
Sursa datelor CNS/INSP

Scorul Apgar la naștere a fost în 41,8% sub 7, scor în concordanță cu numărul crescut de decese prin cauze perinatale. Dat fiind numărul mare de decese sub vârsta de un an, MI constituie o problemă de sănătate publică în România. Din acest motiv, pentru fiecare deces se întocmește o Fișă a decesului cu scopul de a colecta date care să identifice la nivel individual și colectiv care sunt cauzele determinante, și mai ales cele favorizante. Fișa este completată de către medicul care a îngrijit/constatat decesul, iar prin intermediul DSP, datele sunt centralizate de către Centrul National de Statistică în Sănătate Publică unde specialiștii de profil calculează și interpretează indicatorii specifici.

Aceste Fișe sunt, din păcate, incomplete, multe informații esențiale lipsesc, iar pentru anumiți itemi nu se pot calcula indicatori statistici fiabili. Concomitent pot exista indicii rezonabile că documentele de bază, FO și Fișele de consultații în baza cărora se completează fișele de deces sunt incomplete, cu influențe posibile asupra calității îngrijirilor medicale.

Din datele semnificative care indică informații importante în special despre influența factorilor medico/sociali în mortalitatea infantilă, cităm următoarele:

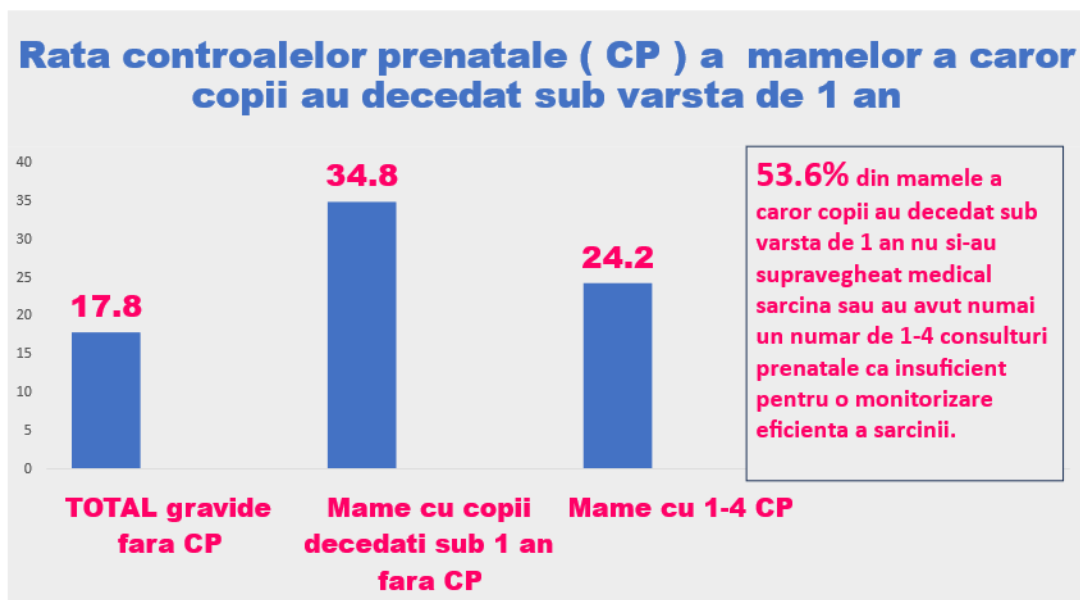
-**numărul de decese din rural** este mai crescut decât cel înregistrat în urban, respectiv 6,8‰ față de 4,5‰, situație ce se întâlnește și la grupa de vârstă 1-4 ani. Aceasta poate presupune atât un acces inechitabil și mai dificil la servicii medicale, dar și o structură a populației care nu înțelege în suficientă măsură și în timp util adresarea la servicii medicale:



Sursa datelor CNS/INSP

Supravegherea medicală a sarcinii

34,8% din mamele copiilor decedați sub vârsta de 1 an nu au efectuat nicio **vizită medicală în timpul gravidității**, iar **24.2% au efectuat numai 1-4 examene medicale.** (CNS/INSP MI 2023)



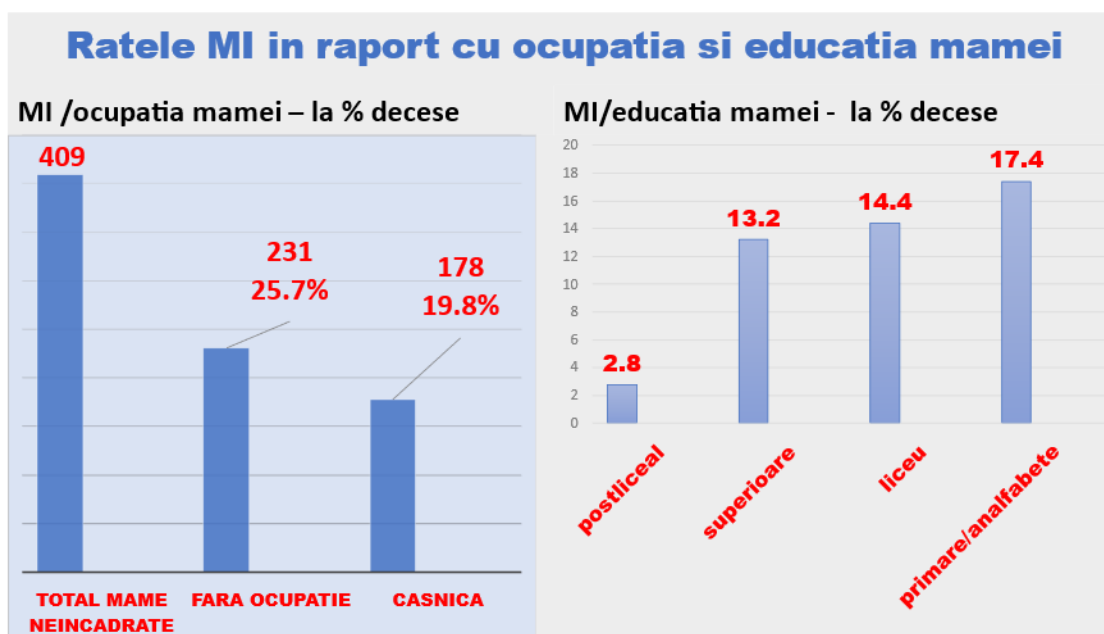
Distribuția după nivelul de instruire al mamei

Din Fișele în care erau consemnate nivelul studiilor a reieșit că circa 17% din mamele copiilor decedați sub vârsta de 1 an erau fie analfabete, fie au frecventat complet sau incomplet doar școala primară.

Nivelul de instruire al mamei este o variabilă importantă cu influență potențială severă asupra stării de sănătate a copilului și a calității îngrijirii acordat acestuia. Lipsa de educație determină accesul mai dificil la informații generale privind stilul de viață, înțelegerea dificilă a recomandărilor personalului medical, cât și înțelegerea dificilă a importanței aplicării în practică a recomandărilor. O persoană cu lacune a cunoștințelor de bază, multe din acestea fiind transmise prin intermediul școlii, rămâne captivă unor tradiții și modele culturale nefavorabile unei dezvoltări corespunzătoare a copilului. De regulă, la o persoană neinstruită se cumulează și alte riscuri precum cel de excluziune socială prin comportament neadecvat și resurse economice insuficiente.

Ocupația mamei:

25.6% din mame au fost clasate ca fiind fără ocupație, iar 19,8% casnice, ceea ce ar fi trebuit să însemne că au timp necesar pentru îngrijirea propriei sănătății și a sănătății copiilor. De asemenea acest item ne poate da informații asupra resurselor financiare ale familiilor în care rata deceselor este mai crescută. (*CNS/INSP MI 2023*)

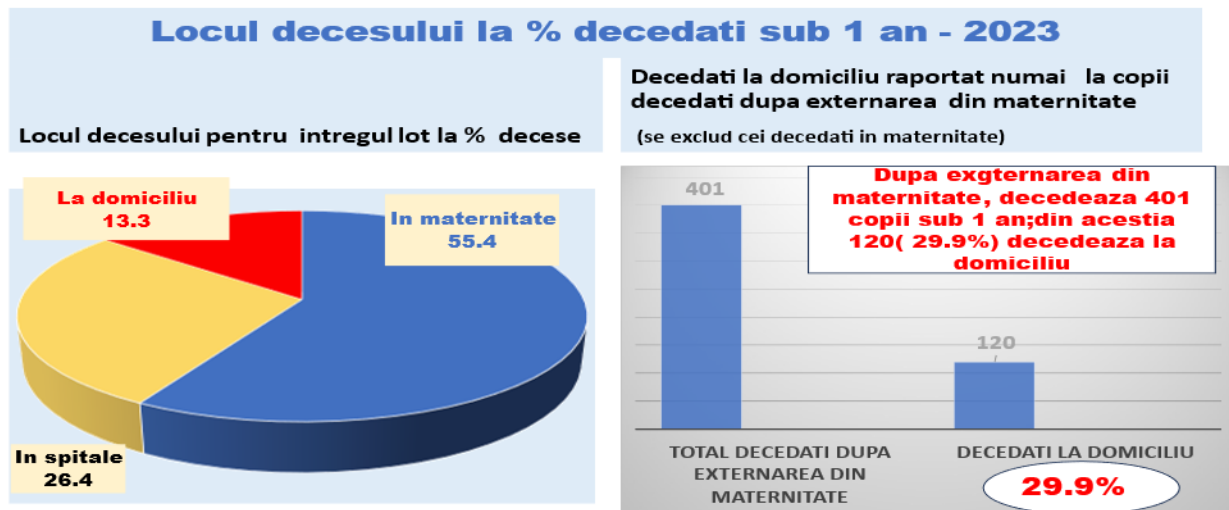


Locul decesului

În anul 2023, ca și în anii anteriori, cei mai mulți copii sub 1 an au decedat în maternități, respectiv 55,4%, în secții de pediatrie și asimilate 26.4%, iar 13.3% la domiciliu sau în alte părți (locuri publice, mijloace de transport etc.), deci în afară unei unități sanitare (*CNS/INSP MI 2023*)

Dacă scădem din numărul total al copiilor decedați sub vârsta de 1 an pe cei decedați în maternități și care nu au ajuns în familie, comunitate sau în grija sistemului de asistență medicală primară, rămân 401 decese sub vârsta de 1 an. Din acestea, 140 respectiv 29.9% au decedat la domiciliu sau în alte părți, ceea ce

reprezintă o cu totul altă dimensiune a fenomenului.



Numărul mare de fișe de deces incomplete nu ne permite să facem aprecieri valide privind asistența medicală acordată copilului la nivelul asistenței medicale primare anterior decesului. Un sigur caz este raportat ca accident; multe decese la domiciliu sunt apreciate ca fiind datorate unor afecțiuni supraacute.

Din studiul realizat de către Institut, reiese că din același lot de 33 copii decedați la domiciliu a căror documente medicale au fost analizate în detaliu, 5 dintre aceștia nu au fost examinați niciodată de către medicul de familie, restul fiind examinați la intervale variabile din momentul în care au fost externați din maternitate. În 33% din cazuri medicul de familie și în 40% asistenta medicului de familie nu a făcut nicio vizită la domiciliul copilului, deși acestea sunt în mod expres prevăzute în Contractul de furnizare de servicii medicale.

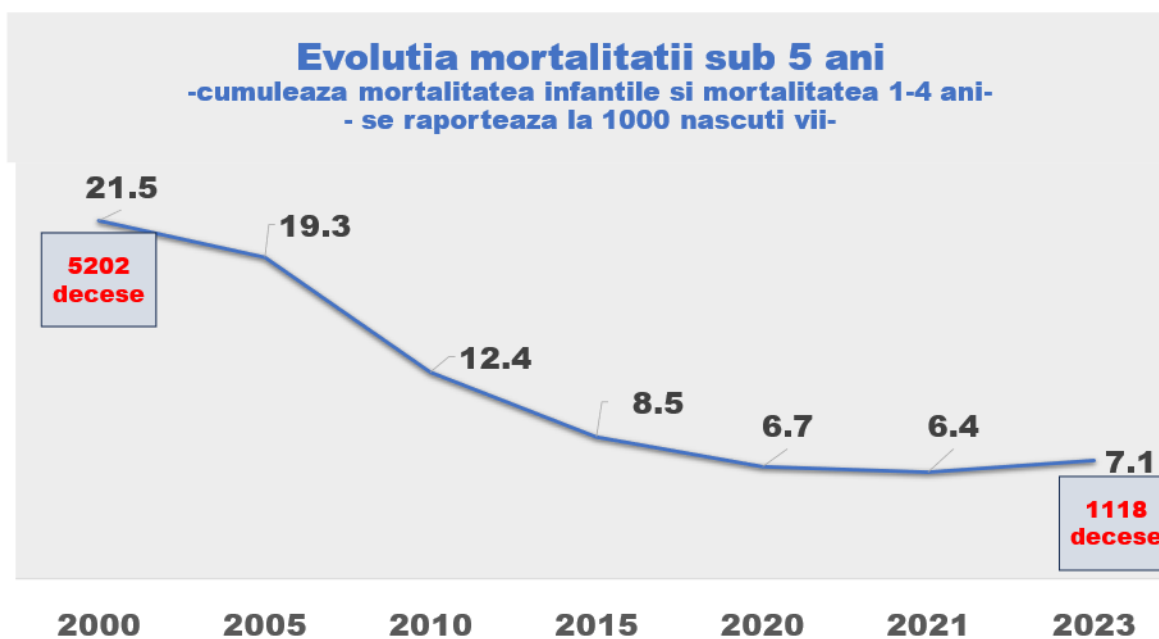
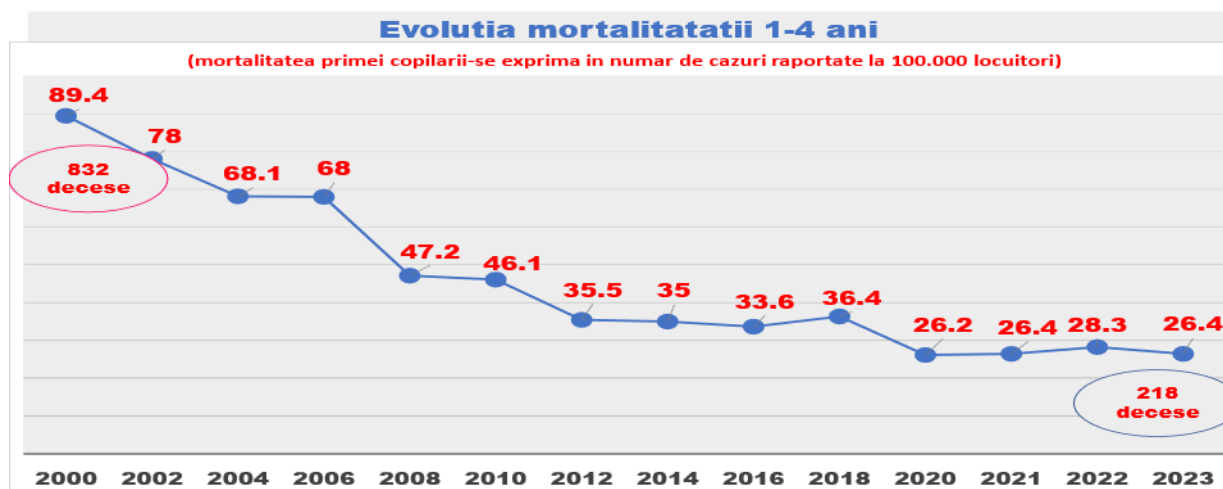
Decesele la domiciliu constituie unul din indicatorii ce evidențiază faptul că serviciile medicale publice de sănătate primară trebuie reorientate către comunitate și că sistemul trebuie adaptat la structura, nivelul educativ, comportamentul și tradițiile culturale ale populației pe care o servesc.

Mortalitatea 1-4 ani si Mortalitatea sub 5 ani

Mortalitatea 1-4 ani denumită și mortalitatea primei copilării, reprezintă decesele în intervalul 1-4 ani raportat la 100.000 locuitori de aceeași vârstă.

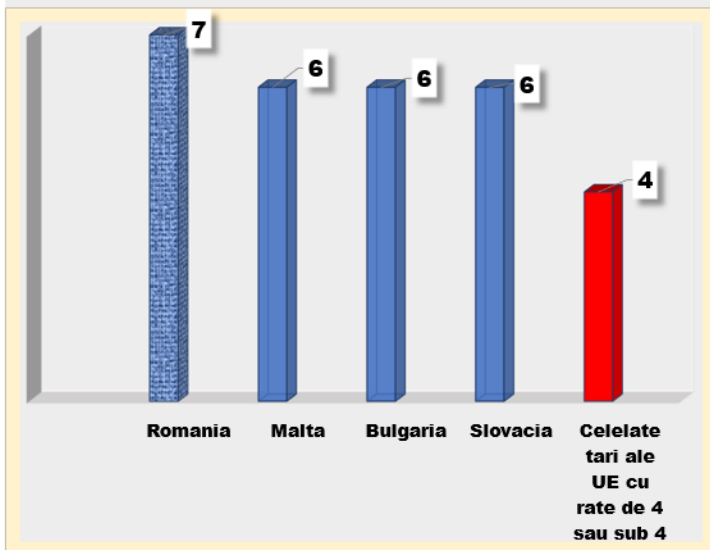
Mortalitatea sub 5 ani cumulează decesele sub vârsta de 1 an și decesele în perioada 1- 4 ani. Raportarea se face la 1000 născuti vii.

Mortalitatea primei copilării, ca și mortalitatea infantilă și pe cale de consecință mortalitatea sub 5 ani, a scăzut semnificativ în ultimii ani.



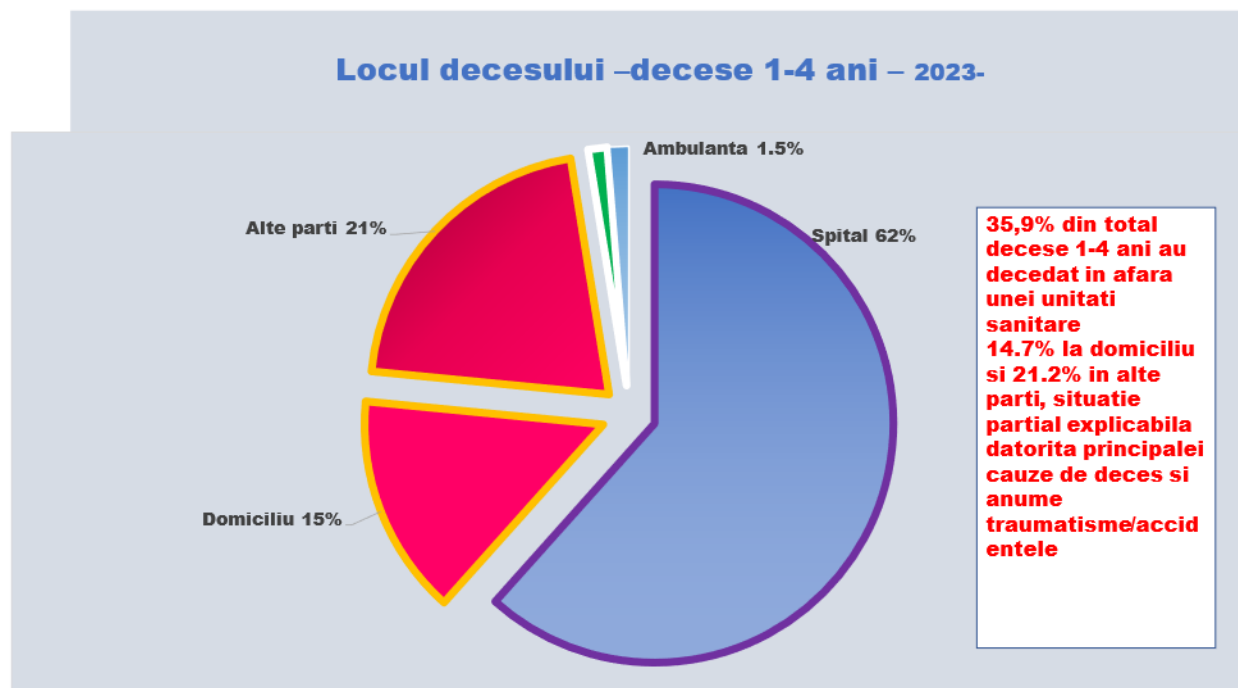
Cu toată scăderea mortalității copiilor sub 5 ani, indicatorul plasează România pe ultimul loc în UE (*Eurostat*):

Mortalitatea sub 5 ani in UE (under 5 mortality rate)-2022-



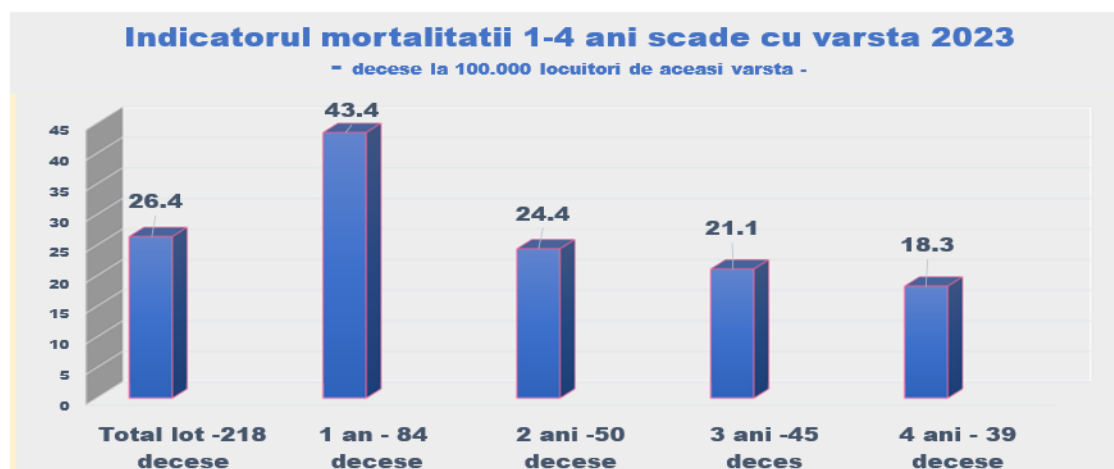
- indicator sintetic de baza al starii de sanatate a copilului;
- cuprinde decesele sub 1 an si cele in perioada 1-4 ani, perioada de mare risc pentru deces la copil
- se raporteaza la 1000 nascuti vii

Colectarea și analiza separată a deceselor din grupa de vârstă 1-4 ani este importantă deoarece cauzele de deces și mai ales proporția în care intervin aceste cauze în mod specific, poate furniza factorilor de decizie informațiile necesare pentru elaborarea și implementarea de programe și intervenții specifice. La grupa 1- 4 an, 35% din decese se petrec în afara unităților sanitare, la domiciliu sau „în alte părți”. *(Sursă datelor CNS/INSP)*



Frecvența mai crescută a deceselor prin accidente la această grupă de vârstă poate explica parțial numărul mare de decese în afara unităților sanitare.

În 2023 s-au înregistrat 218 decese în categoria 1- 4 ani, repartizate inegal între cei 4 ani ai intervalului, cele mai multe decese înregistrându-se la vârsta de 1 an, respectiv 84, iar cele mai puține la vârsta de 4 ani, respectiv 39 .



Sursa datelor CNS/INSP

Pentru întreaga grupă de vârstă 1-4 ani, primele 6 cauze de deces sunt:

-leziunile traumatice 7,5 decese la 100.000 locuitori de această vârstă

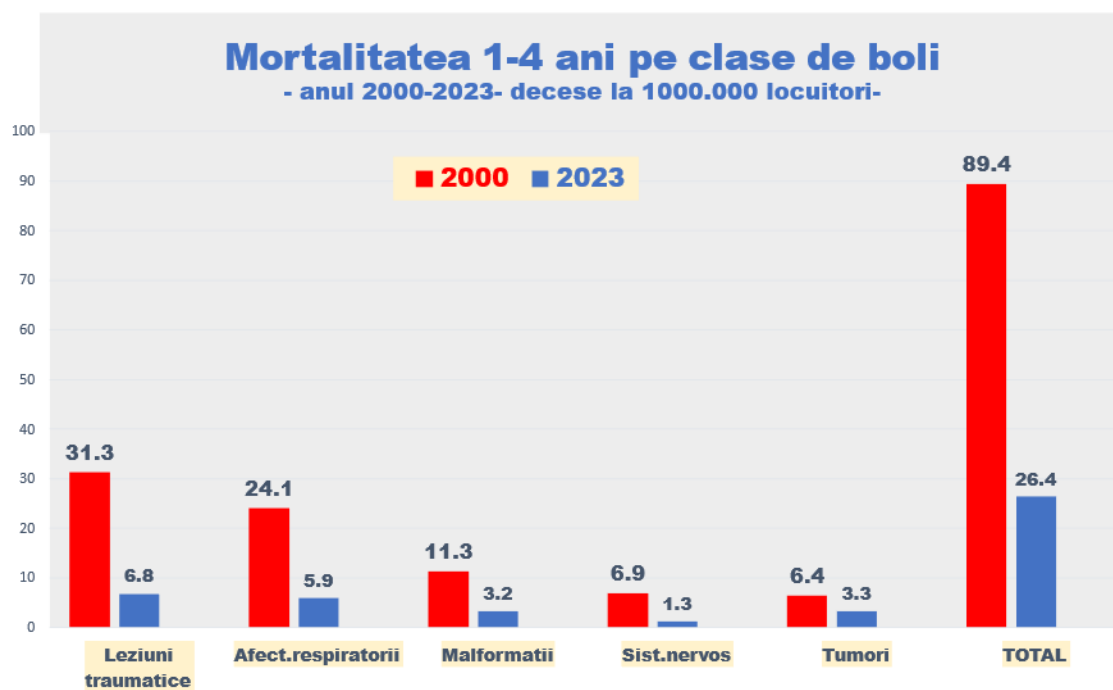
-afecțiuni ale aparatului respirator 5,9 la 100.000 locuitori

-tumori și afecțiuni ale sistemului nervos 2,8 la 100.000 locuitori

-malformații congenitale 2,3 la 100.000 locuitori

-afecțiuni ale aparatului digestiv 0.8 decese la 100.000 locuitori

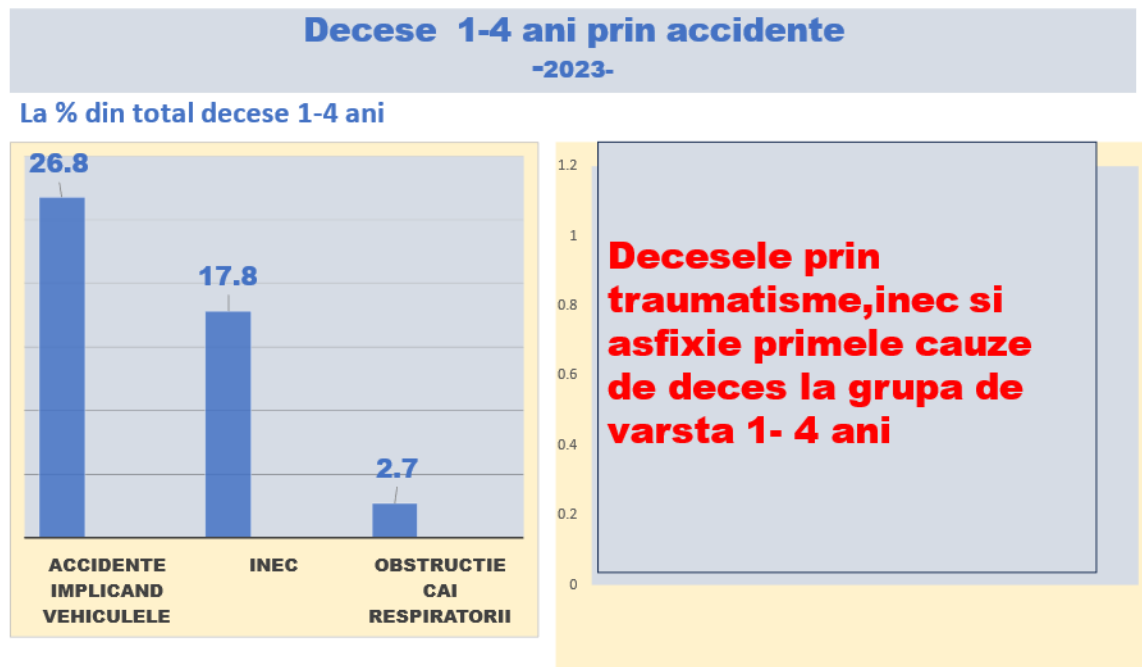
Analiza pe vârste la care s-a petrecut evenimentul indică că în toți anii componenți ai intervalului 1-4 ani, se regăsec pe primele locuri cele 4 clase de boli listate mai sus, dar frecvența lor diferă în raport cu vârsta copiilor.



Sursa datelor CNS/INSP

Subliniem numărul important de decese prin leziuni traumatice, care afectează de regulă copii sănătoși anterior evenimentului. Sistemul de sănătate în cooperare cu serviciile sociale, cu școala și cu comunitatea poate contribui la informarea/educarea familiilor prin campanii pentru prevenirea accidentelor

casnice și rutiere, care reprezintă cele mai frecvente cauze implicate în această categorie de decese. În graficul de mai jos se pot observa cauzele deceselor prin accidente. Paradoxal sunt mai frecvente la vârsta de 1 an, când copilul este sau ar trebui să fie în mai mare măsură sub supravegherea părinților. (CNS/INSP)



Afecțiunile respiratorii, a doua cauză de deces, sunt afecțiuni ce pot fi controlate prin supraveghere medicală adecvată a copilului, mai ales a celui cu eventuale comorbidații, printr-un diagnostic precoce și tratament adecvat.

Decesele prin malformații congenitale necesită o cercetare pentru identificarea tipului de malformații, precum și necesarul de servicii specializate, infrastructură și personal, pentru rezolvarea acestor afecțiuni. Incidența malformațiilor și a viciilor congenitale nu va scădea natural, precum incidența afecțiunilor respiratorii, de aceea investiția în servicii specifice pentru prevenirea și cura lor este rentabilă.

Decesele copiilor sub 5 ani, în special categoria 1 an, sunt puternic corelate cu statusul social al părinților.

Deoarece multe informații referitoare la statusul marital și ocupația a mamei lipsesc din fișele de deces, este dificil de calculat niște indicatori fiabili, dar din datele existente reiese proporția crescută, ca și la mortalitatea infantilă, a mamelor

casnice sau fără ocupație, situație ce presupune ca ar exista condițiile pentru o supraveghere eficientă a copilului cu consecințe directe asupra diminuării deceselor, în special prin accidente.

Circa 50% din copii decedați în perioada 1- 4 ani au avut spitalizări anterioare, ceea ce presupune că constituiau un grup de copii cu risc crescut de îmbolnăvire.

Serviciile de asistență medicală primară au asistat medical copilul pentru afecțiunea care a condus la deces în proporție foarte scăzută, respectiv numai circa 11%.

Pentru o parte din decese situația ar putea fi explicată prin principala cauză de deces, respectiv leziuni traumatice/accidente cu efecte fatale rapide.

Fișele de deces care colectează date ce pot explica cauzele directe, indirecte și favorizante ale decesului, de altfel documente medicale, sunt adesea incomplete, lipsind date esențiale care ar trebui să figureze și în foile de observație sau fișele copiilor. Lipsa monitorizării/controlului completării corecte a documentelor medicale din partea structurilor de management și a structurii de calitate din spitale pot contribui la această situație.

În multe cazuri, DSP nu fac decât să transmită aceste documente către Centrul National de Statistică în Sănătate Publică, fără a face o analiză și o completare/rectificare a datelor.

Ca și la Mortalitatea Infantilă, se înregistrează diferențe importante între valorile mortalității 1-4 ani înregistrate în diverse județe (*CNS/INSPMortalitatea 1-4ani 2023- vezi anexe*)

Având în vedere cele de mai sus, poate ar trebui evaluat în ce măsură, modelul organizării serviciilor de asistență primară corespunde structurii și necesităților populației din România din acest moment, mai ales pentru cea din mediul rural.

Totodată, dat fiind ponderea semnificativă a componentei sociale în structura mortalității sub 5 ani, serviciile sociale ar trebui să lucreze în mai mare măsură în mod integrat, cu serviciile de sănătate, în special de sănătate primară. Dreptul la sănătate prevăzut în **Convenția privind drepturile copilului**, nu poate fi asigurat

decât printr-o colaborare intersectorială între sectorul sanitar, social, învățământ, autorități locale, colaborare ce trebuie reglementată prin acte normative cu atribuții clare.

Mortalitatea perinatală

Cuprinde după cum se știe născuții morți (decese fetale tardive – cu vârsta de gestație de peste 28 de săptămâni) și decese din primele 6 zile de viață raportate la ‰ născuți vii și născuți morți.

În anul 2023, indicele de mortalitate perinatală a fost de 5,8 ‰ născuți vii și născuți morți, (respectiv 909 cazuri) similar valorilor înregistrate în anul precedent, când indicatorul a fost mai mic, respectiv 5,4‰ cu 984 decese. *(CNS/INSP Mortalitatea perinatală 2023)*

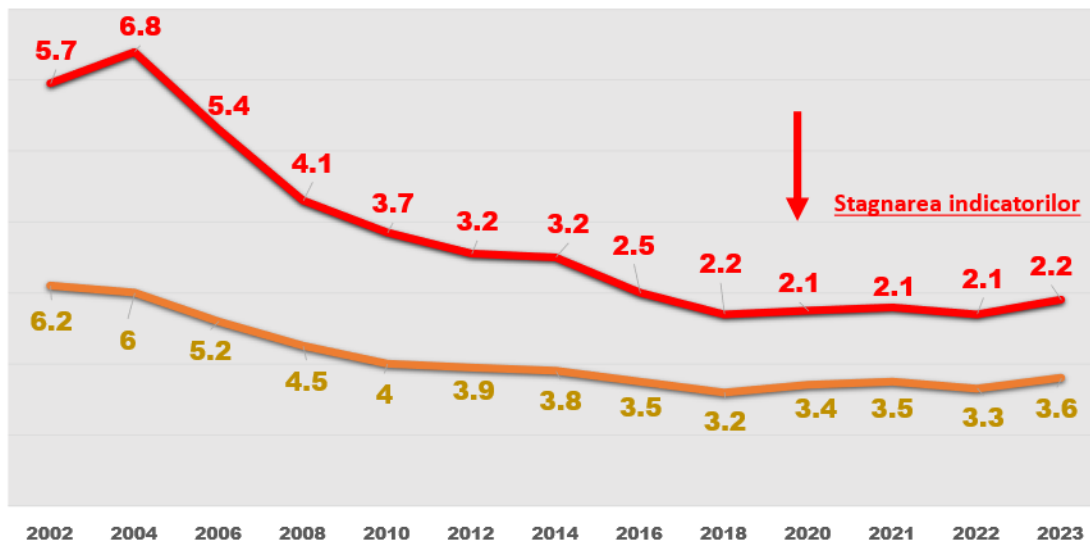
Componenta de mortalitate timpurie/precoce (0-6zile) din structura indicatorului de mortalitate perinatală a fost amintită în document, motiv pentru care vom insista asupra componentei de mortinatalitate (născuți morți-deces fetal tardiv).

Mortinatalitatea (născuții morți)

Se iau în considerare pentru calcul născuții morți cu vârsta de gestație de peste 28 de săptămâni (peste 196 zile vârsta de gestație; dacă nu se poate cunoaște vârsta de gestație se poate lua în considerare greutatea fătului de 1000 gr. sau mai mult) raportat la 1000 născuți vii și născuți morți.

Indicatorul de mortinatalitate (născuți morți) înregistrează în 2023 valoarea de 3,6 ‰ născuți vii și născuți morți, (respectiv 566 cazuri) valori similare începând cu anul 2013.

**Mortalitatea perinatală,
născuții morți plus decese 0-6 zile
la ‰ născuți vii și morți**



Sursa datelor CNS/INSP

Principalele clase de boli care au condus la decesul fătului ante și intrapartum au fost (*CNS/INSP Mortalitatea perinatală 2023*)

P20-P29	Tulburări respiratorii și cardio-vasculare specifice perioadei perinatale
P00-P04	Făt și nou-născuți afectați de tulb. materne și complementare sarcinii, nașterii și lehoziei

Iar în cadrul acestor clase, principalele cauze au fost

Hipoxie intra – uterină în 37,8% din cazuri

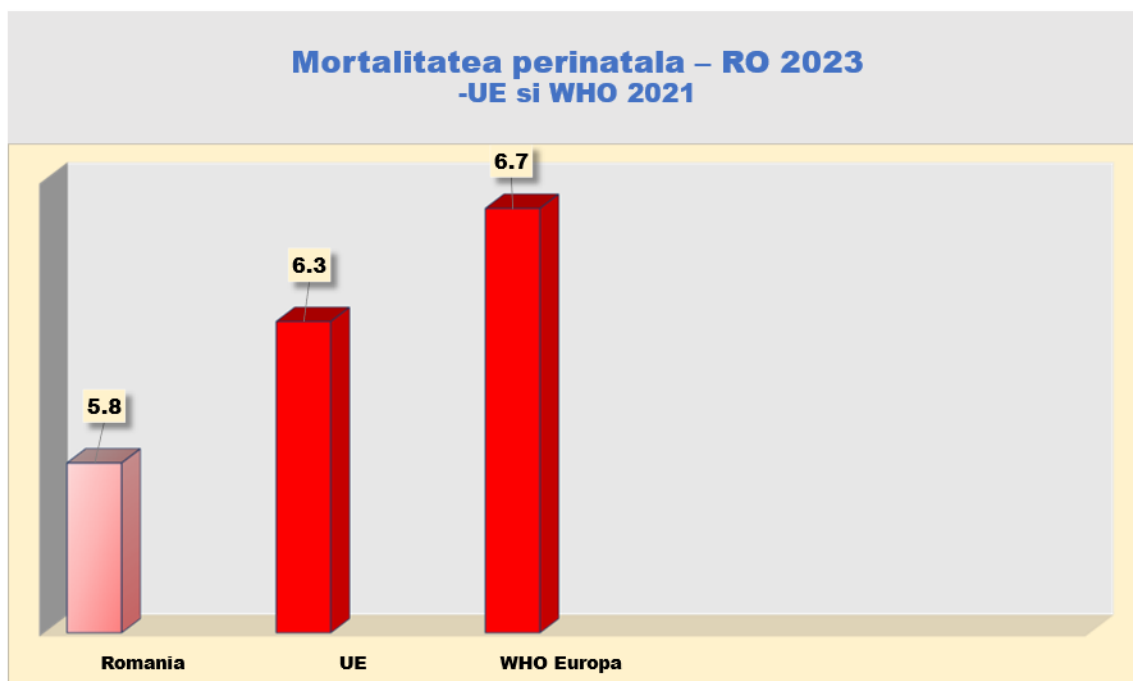
Făt și nou-născuți afectați de complicații privind placenta, cordonul ombilical în 32,5% cazuri.

Important de menționat este faptul că indicatorul mortalității perinatale, mai ales prin componenta sa de mortinatalitate (născuți morți) plasează România în context european într-o poziție mai favorabilă în comparație cu alți indicatori, ca de ex.

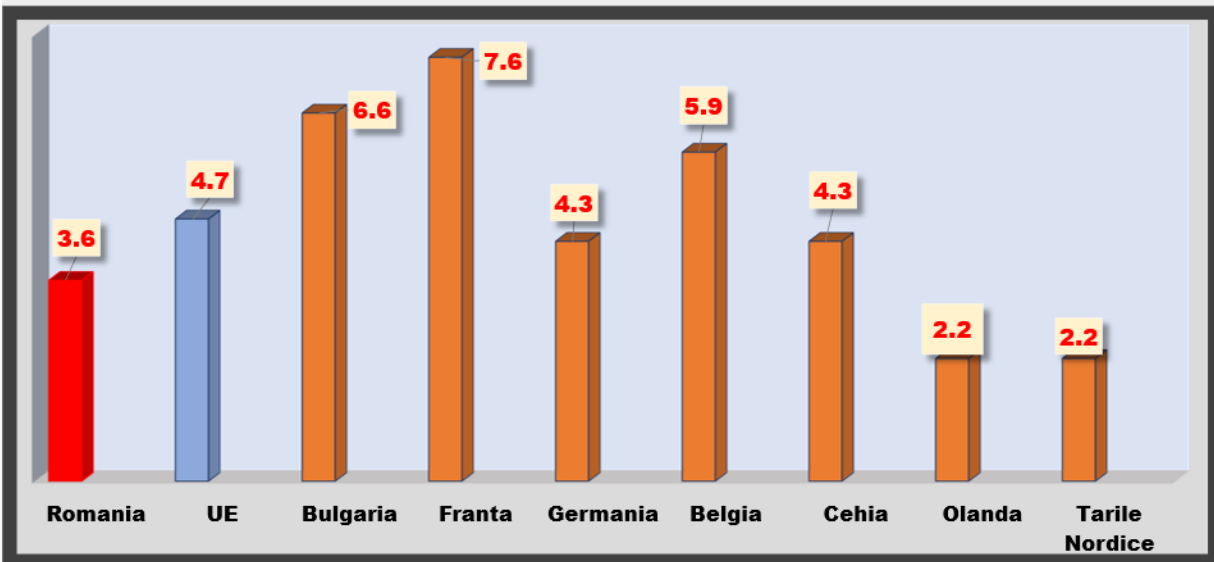
mortalitatea infantilă, mortalitatea precoce, mortalitatea neonatală și mortalitatea postneonatală.

De exemplu, media UE la mortalitate perinatală este de 6,3 ‰ (2021), iar media României este de 5,8‰ (2023).

Mortalitate medie a țărilor pendinte de Biroul OMS Europa este de 6,7‰ (în 2021) , iar în România a fost de 3.2‰. (*OMS date Base*)



Nascuti morti - RO - 2023
-comparatii europene- 2021 -la ‰ nascuti vi si morti



Sursa datelor WHO Europ data base

Această situație nu are o explicație logică și obiectivă.

Indicatorul mortalității perinatale este calculat conform practicii internaționale, luând în calcul decesele fetale tardive, deci cei născuți morți cu vârsta de gestație de peste 28 săptămâni sau cu greutate de peste 1000gr. În România nu se colectează în prezent date despre decesul fetal intermediar, respectiv cel sub 28 de săptămâni de gestație sau sub 1000 gr., aceste decese fiind incluse la categoria avorturi. O apreciere insuficient de riguroasă a vârstei de gestație sau a greutății de la naștere ar putea determina includerea unor produse de concepție fără semne de viață la categoria avorturi și pe cale de consecință cu influență în calcularea corectă a indicatorului de mortinatalitate, acest indicator putând fi în realitate mai mare.

Calculul oficial al indicatorului se face de către INS pe baza Certificatului născutului mort întocmit de către Biroul de Evidență a Populației. Sunt situații în care părinții, deși primesc de la maternitate Certificatul medical constatator al născutului mort (document medical), nu mai declară la Biroul de Evidență a populației născutul mort (declarație ce trebuie făcută în termen de 3 zile) și nu obțin Certificatul născutului mort (act de stare civilă), astfel încât cazul respectiv

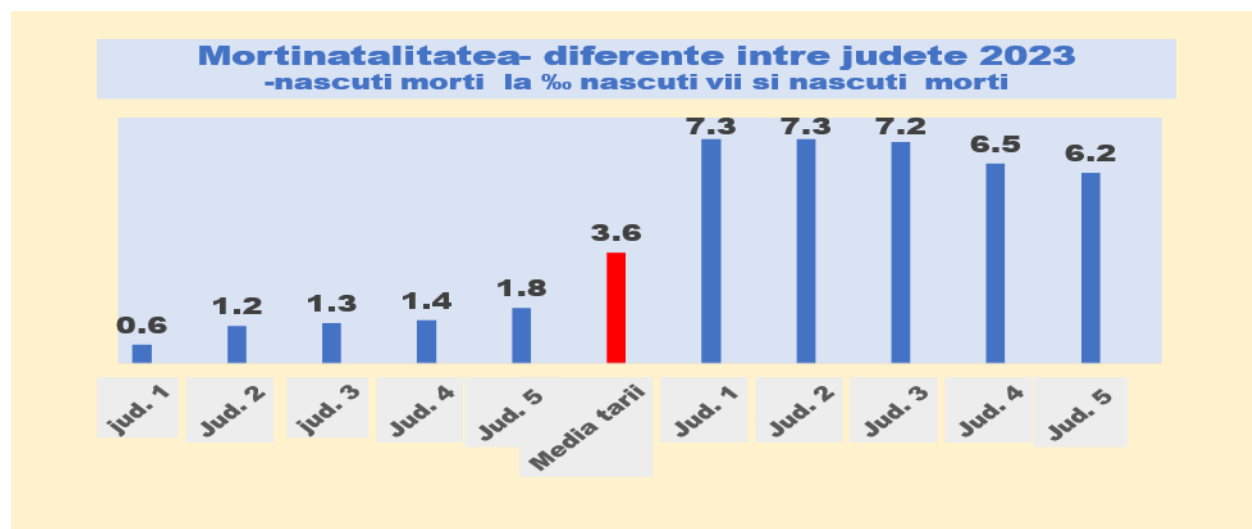
nu mai apare în statistica oficială. Acest lucru este confirmat și de faptul că Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică din cadrul INSP primește anual un număr mai mare de Fișe ale născutului mort (document medical ce se completează în maternitate) decât înregistrează sistemul de evidență a populației.

O cercetare riguroasă cu monitorizarea în maternități a diagnosticului deceselor fetale tardive, dar și a celor intermediare ar putea confirma sau infirma valoarea corectă a acestui indicator.

Există în prezent o propunere de declarare a născutului mort începând de la 24 de săptămâni de gestație similar situației din alte țări europene, iar încadrarea produsului de concepție fără semne de viață la categoria de avort se va face numai pentru cei sub 24 de săptămâni de gestație. În aceste condiții, sunt premise ca indicatorul de mortinatalitate să fie calculat mai corect.

Indiferent de la ce vârstă se va declara născutul mort, 28 sau 24 de săptămâni, pentru a asigura o standardizare europeană și posibilitatea de comparații internaționale conform deciziei WHO, în calculul mortalității perinatale se vor lua în considerare numai născuții morți cu vârsta gestațională de 28 săptămâni sau 1000 gr.

La nivel național se înregistrează diferențe semnificative între numărul de născuți morți raportați și înregistrați în diverse județe, diferențe care la o evaluare statistică nu pot avea o cauză obiectivă.



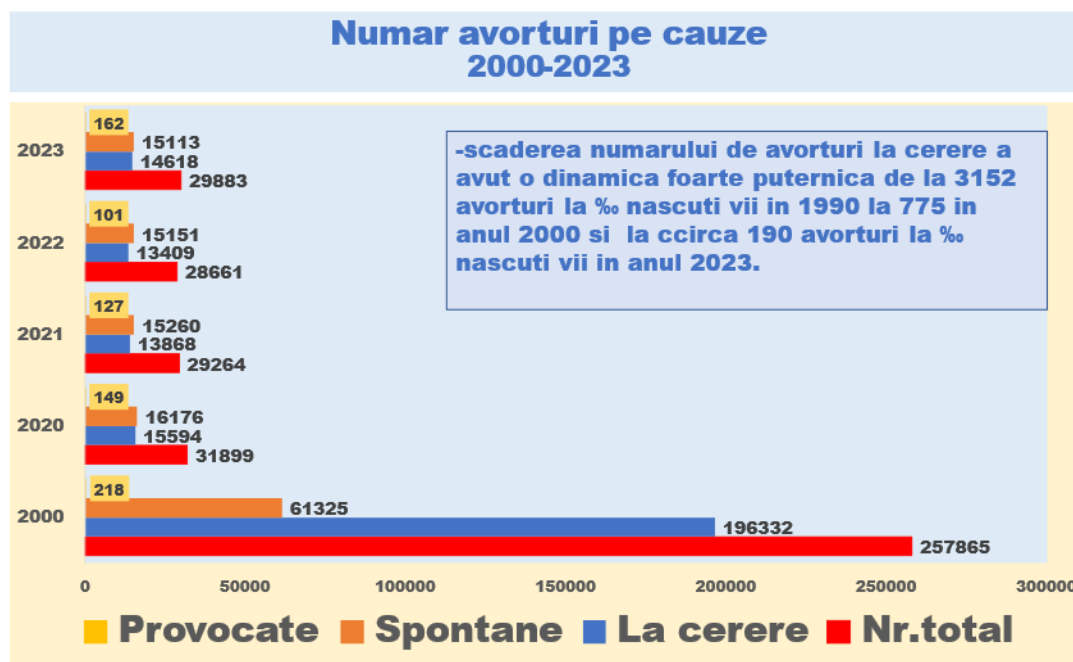
Sursă datelor CNS/INSP

Înteruperi de sarcină

În anul 2023 au fost raportate către DSP de către spitalele și cabinetele de obstetrică ginecologie publice și private un număr de 29.883 întreruperi de sarcină din care 15.133 la cerere, 14.618 avorturi spontane și 162 avorturi provocate, continuând trendul descrescător al anilor anteriori: 47.492 întreruperi de sarcină în 2019 din care 26.862 la cerere și 20.462 spontane, comparativ cu 70.885 întreruperi de sarcină în 2015, din care 41.056 întreruperi la cerere și 29.827 avorturi spontane.

Raportat la populația fertilă și numărul de nașteri în 2023 s-au realizat următorii indicatori:

- 7.4 avorturi la 1000 femei în grupa de vârstă 15-49 ani, din care 3.6 avorturi la cerere
- 192,3 avorturi la 1000 născuți vii din care 94.1 avorturi la cerere



Sursa datelor CNS/INSP

Imediat după liberalizarea avortului din anul 1990, s-au înregistrat un număr foarte mare de întreruperi de sarcină la cerere (circa 1 milion avorturi în 1990), ulterior numărul acestora scăzând odată cu dezvoltarea serviciilor de planificare familială (PF) și a modificării comportamentului reproductiv al populației.

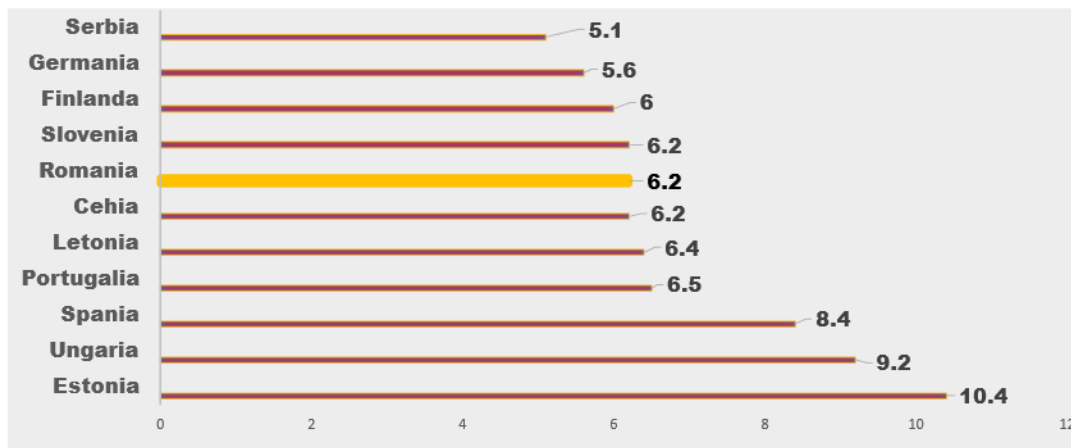
Numărul de avorturi înregistrat și raportat din perioada 1966-1989, în condițiile interzicerii avortului la cerere, reprezintă numai avorturile ce erau aprobate de către comisiile ce avizau întreruperea cursului sarcinii pentru rațiuni medicale și sociale, precum și avorturile ce ajungeau în unități sanitare, de obicei ca urmare a unei manevre abortive efectuate în spital de către femeia însărcinată sau de către personal necalificat pentru astfel de manevre.

După 1990, raportarea și înregistrarea întreruperilor de sarcină este obligatorie pentru toate instituțiile sanitare, atât cele publice, cât și cele private. Deși trendul descrescător este evident, nu putem aprecia pe criterii obiective dacă raportarea se face integral conform reglementărilor, dar putem observa foarte clar diferențe semnificative între întreruperile de sarcină înregistrate în diferite județe, situație neexplicată prin numărul diferit de locuitori și implicit prin populația fertilă a zonei.

Există județe care raportează un număr neverosimil de mic de avorturi la cerere raportat la populația județului.

Diferențele mari în raportarea avorturilor între județe poate fi eventual explicată prin numărul foarte diferit de unități sanitare, de regulă din asistența primară, care oferă încă consiliere pentru PF. S-a semnalat faptul ca în anumite județe sunt unități sanitare publice de specialitate care refuză efectuarea de întreruperi de sarcină pentru diverse considerente. Această situație trebuie analizată pentru identificarea cauzelor și găsirea unor soluții, având în vedere că întreruperea sarcinii la cerere este un serviciu medical la care femeia are dreptul conform legislației în vigoare. Ratele avortului situează România pe o poziție mai favorabilă decât multe țări cu tradiție în educarea populației în domeniul sănătății reproducerii. Aceasta în condițiile în care cifrele raportate cuprind în realitate toate avorturile efectuate:

RATA Avorturilor comparatii internationale - 2023 -la ‰ femei-



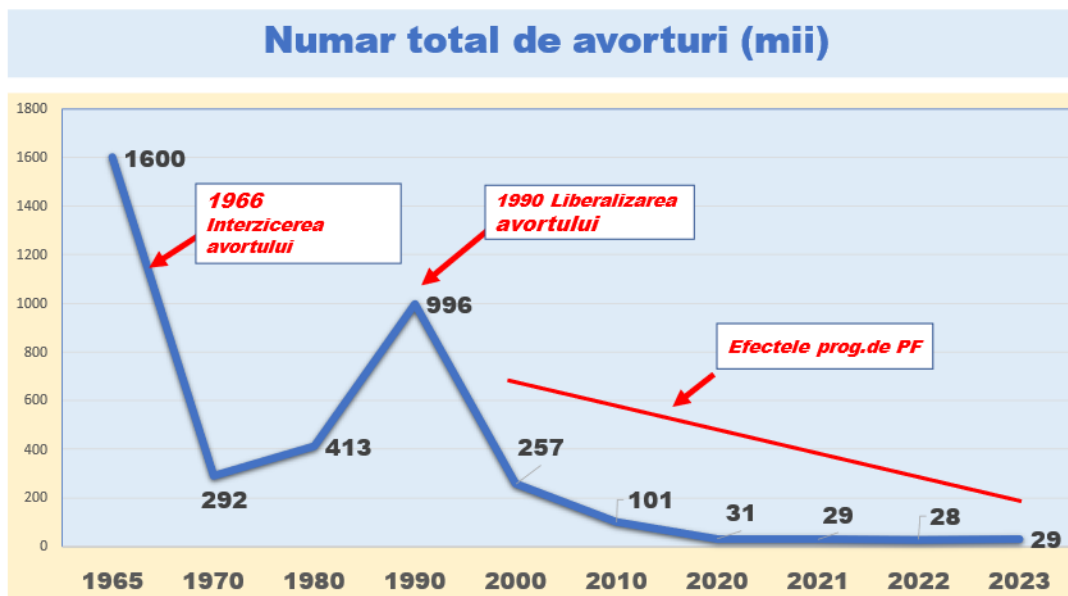
Sursa datelor CNS/INSP

În ceea ce privește numărul de avorturi încadrate la grupa avorturi provocate, raportate și înregistrate, este dificil de acceptat cifrele raportate, atâta timp cât în 2023 au fost raportate 160 cazuri numai de către 8 județe și M. Bucuresti .

După 1990, odată cu dezvoltarea unui program de planificare familială bine constituit care îngloba training al personalului medical, descentralizarea serviciilor către rețeaua de medicină primară, campanii de informare a populației și totodată oferirea de metode contraceptive moderne în mod gratuit către o categorie foarte largă de beneficiare, numărul de întreruperi de sarcină la cerere a scăzut rapid.

Trendul descrescător este evident, chiar dacă cifrele absolute de întreruperi de sarcină înregistrate poate nu înglobează toate avorturile la cerere efectuate în unele instituții

medicale.



Sursa datelor CNS/INSP

Rezultatele rapide obținute au determinat ca România, cunoscută drept țara cu cea mai mare mortalitate prin avort și ulterior prin numărul cel mai mare de avorturi la cerere, să fie un exemplu pozitiv al unei intervenții de sănătate publică la nivelul biroului OMS/UNFPA pentru Europa.

În ultimii anii, deși programul de planificare familială a constituit obiectiv al Strategiei pentru sănătate a României, acesta nu a mai fost finanțat, nu au mai fost alocate resurse pentru procurarea și distribuția gratuită a contraceptivelor, numărul de cabinete și de personal specializat a scăzut. Deși figurează în programul de sănătate pentru femeie și copil, intervenția nu mai este finanțată de circa 2-3 ani.

În anul 2022 a fost aprobată o reglementare care facilitează procurarea și distribuția contraceptivelor în cadrul programelor de sănătate. Totodată, a fost înființat un Grup Tehnic de Lucru prin ordinul Ministrului Sănătății (Direcția Generală Asistență Medicală, Compartimentul Sănătatea Femeii și Copilului în parteneriat cu Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii) în vederea adaptării legislației aplicabile în domeniu cu necesitățile actuale. De asemenea, în Programul

PNRR sunt prevăzute reabilitarea și dotarea a 119 cabinete de planificare familială prin apelul competitiv al Ministerului Sănătății („Cabinete de planificare familială” din cadrul Componentei 12 – Sănătate – Investiția 1.5 Dezvoltarea infrastructurii medicale prespitalicești). Toate acestea constituie premisele ca programul de PF să răspundă atât solicitărilor populației, cât și unor rațiuni de sănătate publică.

Studiul Sănătății Reprodusei (INSMC 2016) relevă faptul ca utilizarea contracepției, în special a contracepției moderne, a avut un traiect ascendent. În anul 2016, un procent de 48,4% dintre femeile de vârstă fertilă foloseau metode de contracepție, dintre care 38,7% metode moderne (comparativ cu 23% în anul 1999) și 9,6% metode tradiționale.

Același studiu citat mai sus arăta că nevoia potențială de contracepție este de 65% pentru femeile cu vârstă între 15-45 ani și de 75% pentru femeile în cuplu. 19,3% dintre femeile căsătorite sau în uniune consensuală nu utilizează deloc contracepția, iar 12,0 % folosesc metode tradiționale, fiind astfel expuse riscului unei sarcini nedorite, neplanificate. În aceste condiții, nevoia neacoperită pentru o metodă de contracepție modernă la femeile de vârstă fertilă este de 26,3%, iar la cele căsătorite 31,4%. Aceste date constituie argumente pentru continuarea programului de PF, în parametrii inițiali, program care și-a dovedit eficiența atâta timp cât a funcționat corespunzător.

Mortalitatea maternă

Rata (indicele) mortalității materne și cauzele mortalității materne, sunt considerate doi dintre cei mai importanți indicatori ai sănătății materne. Mortalitatea maternă este un important indicator al performanței sistemului de sănătate, chiar și în țările dezvoltate, unde decesele materne sunt foarte rare. În aceste țări, decesele materne sunt percepute ca evenimente semnal pentru eficacitatea și calitatea îngrijirilor pre, intra și postnatale.

Din acest motiv, OMS recomandă, atât țărilor cu număr mare, cât și țărilor cu număr mic de decese, să realizeze periodic analiza deceselor materne.

În anul 2022 a fost elaborat de către agențiile internaționale cu preocupări în domeniul sănătății reproducției și sănătății materne, respectiv

OMS/UNICEF/UNFPA/World Bank și Divizia de Populație a UN, raportul Trends in Maternal Mortality 2000-2022.

Raportul precizează următoarele constatări principale:

- la nivel global s-au obținut rezultate semnificative în ceea ce privește diminuarea numărului de decese materne, dar trendul descrescător a stagnat după anul 2015, înregistrându-se creșteri ale indicatorului în unele țări și regiuni;
- pandemia COVID-19 a îngreunat și mai mult progresele în domeniul sănătății materne. Influențele deceselor obstetricale indirecte determinate de către COVID-19 sunt în curs de evaluare, dar accesul la vaccinare și supraveghere medicală prenatală sunt două căi sigure pentru asigurarea unei sarcini sănătoase;
- sângerările masive, hipertensiunea arterială, infecțiile din timpul sarcinii, complicațiile post avort și afecțiunile preexistente care pot fi agravate de către sarcină constituie cauzele majore ale deceselor materne, dar pot fi prevenite prin acces la servicii medicale prenatale de calitate;
- În jur de 1/3 dintre femei, la nivel global, nu beneficiază nici măcar de patru din cele 8 controale prenatale recomandate.

Multe din constatările menționate de către Raport la nivel global sunt întâlnite și în țara noastră.

În România, colectarea datelor și analiza mortalității materne este reglementată prin Ordinul Ministrului Sănătății nr.620/2001.

Ordinul necesită o revizuire, adaptare și corelare cu alte reglementări legale ce au fost elaborate între timp (ex. protecția datelor cu caracter personal, modificări în organizarea sistemului de sănătate, atât la nivel administrativ, cât și la nivelul furnizorilor de servicii medicale, etc). De asemenea, OMS recomandă țărilor membre ca pe lângă analiza mortalității materne să se efectueze și o analiză a cazurilor cu patologie obstetrică gravă (cazuri near-miss). O problemă serioasă în ceea ce privește evaluarea MM o constituie faptul că Fișele de deces completate conform ordinului menționat mai sus sunt adesea incomplete ceea ce poate vicia concluziile evaluării făcute. Din dosarele de deces matern înaintate Institutului

reiese că nici documentele primare, respectiv foile de observație nu sunt toate completate.

Conform celei de-a X-a Revizuirii a OMS privind clasificarea internațională a bolilor, decesul matern este definit ca decesul unei femei în timpul sarcinii sau într-o perioadă de 42 zile de la întreruperea sarcinii, indiferent de durata și de localizarea sarcinii, prin orice cauză determinată sau agravată de sarcină sau de managementul acesteia, dar nu din cauze accidentale sau incidentale.

Decesele materne sunt sub-împărțite în patru categorii:

- Decesele prin risc obstetrical direct sunt cele care rezultă din complicații obstetricale (sarcină, naștere, leuzie), intervenții, omisiuni, tratamente incorecte sau printr-o înlănțuire de evenimente rezultând din unul din factorii de mai sus.
- Decesele prin risc obstetrical indirect sunt o consecință a unei boli preexistente sarcinii sau a unei boli care a coincis cu sarcina, neavând cauze obstetricale, dar care au putut fi agravate de modificările fiziologice ale sarcinii.
- Decesele colaterale numite și “decese fortuite” sunt acele decese care se produc în cursul sarcinii sau post-partum, dar nu sunt corelate cu sarcina.
- Decesele prin avort sunt un caz particular al deceselor prin risc obstetrical direct, date de vârsta sarcinii la care s-a petrecut evenimentul care conduce la deces. Dat fiind faptul ca multe dintre decese prin avort sunt prin avort autoprovocat, în țări precum România, unde avortul provocat a constituit o problemă socială majoră și de sănătate publică, aceste tipuri de decese sunt tratate încă separat, nu în cadrul deceselor materne prin risc obstetrical direct.

În România, începând cu anul 1996, se înregistrează toate decese materne indiferent de cauza producerii acestora, incluzând și decese prin cauze indirecte și colaterale. Din acest motiv, din 2009, analiza deceselor materne și implicit a mortalității materne se face după cele patru grupe mari de deces matern :

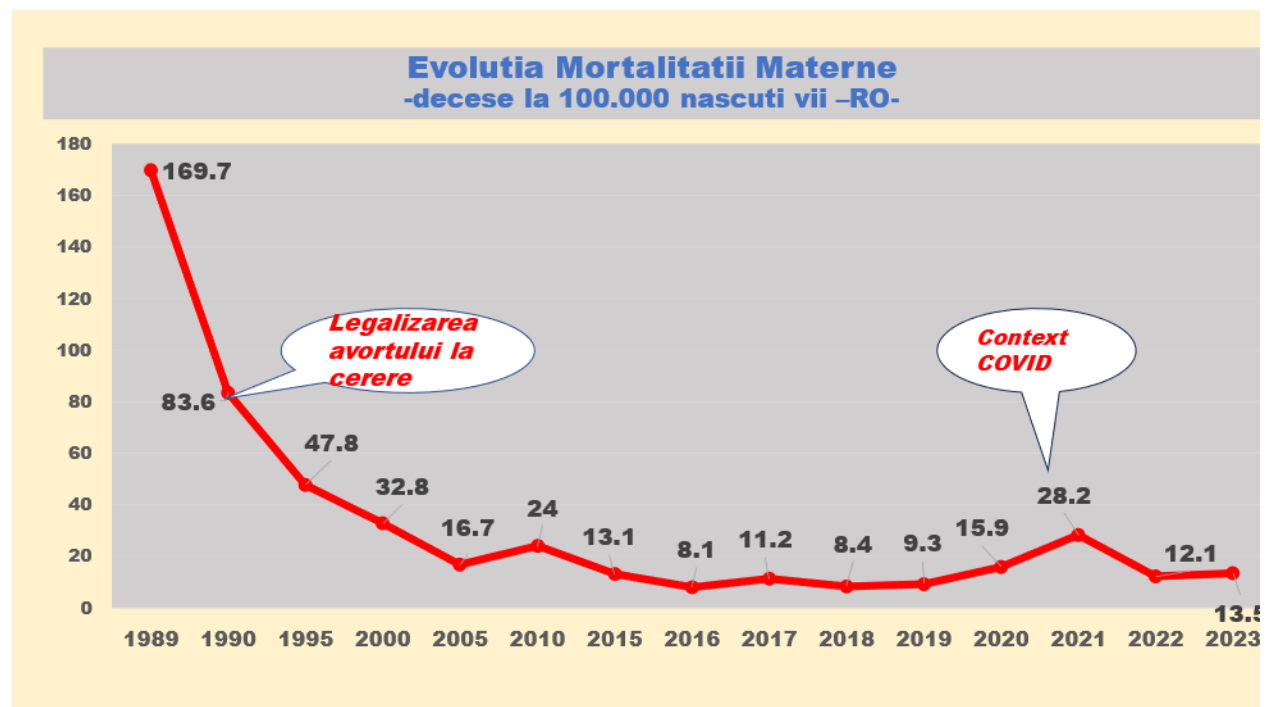
1. *prin avort* (coduri între O00 și O08 inclusiv),
2. *risc obstetrical direct* (coduri între O10 și O92 inclusiv),

3. *risc obstetrical indirect* (coduri între O95 și O99 inclusiv, care până la acea dată se codificau la codul de boală respectiv, de exemplu la boli ale aparatului respirator, ale aparatului circulator, etc) și

4. *cauzele colaterale*.

Obiectivul național privind scăderea indicatorului mortalității materne stabilit de către MS, până în anul 2015, respectiv 10 decese la 100.000 nașteri a fost atins numai în anii 2016, 2018 și 2019. În anul 2020 s-a înregistrat din nou un vârf cu 32 decese materne la un număr de circa 200.000 nou-născuți cu un indicator de 15,9 decese materne la 100.000 nou-născuți, iar în anul 2021 mortalitatea maternă (în contextul epidemiei de Covid 2) a înregistrat un vârf cu un număr similar anului 2010, de 51 decese, respectiv 28,2 decese la 100.000 născuți vii. În anul 2022 au fost înregistrate 16 decese cu un indicator de 12.1 decese la 100.000 născuți vii, iar în 2023 indicatorul MM a fost de 13.5 cu 21 decese.

Din cele 21 decese înregistrate în anul 2023, 12 decese au fost determinate de cauze indirecte, 7 decese prin cauze directe și 2 cazuri decese prin avort.



Sursa datelor CNS/INSP

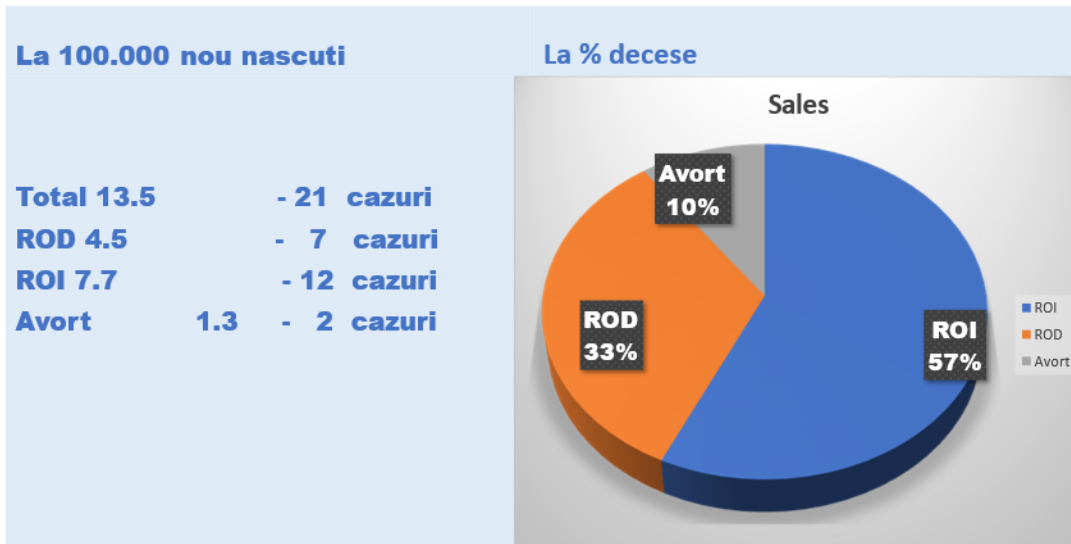
Această scădere marcată și rapidă după anul 1990 s-a datorat în special legalizării întreruperii cursului sarcinii la cerere și diminuării drastice, chiar dispariției, deceselor prin avort provocat. Din acest punct de vedere, România constituie un caz de studiat, arătând care pot fi consecințele unei politici pronataliste forțate.

Concomitent cu scăderea mortalității prin avort a scăzut și mortalitatea prin risc obstetrical direct de la 43 cazuri în anul 2000 la 7 cazuri în anul 2023. Din 2009, de când se înregistrează în statistici, se evidențiază ponderea crescută a deceselor materne prin risc indirect.

Ponderea importantă a deceselor datorate sau favorizate de afecțiuni preexistente sarcinii sau concomitente cu sarcina (risc indirect) indică importanța încadrării unei sarcini în categoria de risc și definirea riscului; medicul de familie are un rol important, cunoscând atât istoricul stării de sănătate a gravidei, cât și al familiei, precum și necesitatea supravegherii sarcinii cu risc de către o echipă multidisciplinară, echipă în care medicul obstetrician este unul dintre specialiști.

Constituirea acestei echipe de specialiști care ar trebui să își asume responsabilitatea pentru îngrijirea și managementul general al sarcinii și lăuziei, în special la gravidele/lăuzele cu boli cronice preexistente sarcinii, constituie o provocare a administrației sistemului de sănătate prin prisma numărului limitat de specialiști, alții decât obstetricieni, care doresc și pot să se implice efectiv în monitorizarea unei sarcini cu risc. Problema devine foarte actuală, în condițiile în care există dovezi că rata deceselor indirecte este în continuă creștere datorită bolilor preexistente sarcinii (favorizată și de întârzierea aducerii pe lume a primului copil). Evitarea și reducerea mortalității materne va fi în măsura mai mare responsabilitatea și a altor specialiști, nu numai a medicilor obstetricieni.

**MM in raport cu cauza decesului -2023
-AVORT-ROD-ROI-**



Sursa datelor CNS/INSP

Decese materne /grupe de diagnostic 2023			
Grupa de diagnostic	Coduri boala	Numar cazuri	Observatii
1.Avort	000-008	2	
2.Risc obstetrical direct			
• Edeme,Hipertensiune	010-016	3	Preeclamsie,eclampsie
• Cauze legate de fat,distocii	030-048	1	Cauze fetale,disproprtii,prezentatii anormale
• Complicatii travaliu,nastere	060-075 2		Hemoragie,Infectii
• Complicatii lehuzie	085-092	1	Sepsis in lehuzie,hemoragie
3.Risc obstetrical indirect			
• Boli ce complica sarcina,naterea si lehuzia,	095-099	12	Infectioase,sechele dupa complicatii,alte afectiuni complicand sarcina

Sursa datelor CNS/INSP

Decese materne pe categorii de risc si diagnostic 2023

Avort

- Retentie fat mort 1
- Gripa cu virus identificat 1

Risc obstetrical direct

- Edem gestational-Edem pulmonar 1
- Eclampsie 2
- Dezlipire premature a placentei 1
- Ruptura perineala in cursul nasterii 1
- Complicatiile travaliu in cursul nasterii 1
- -Embolie amniotica 1

.

• mort

Risc obstetrical indirect

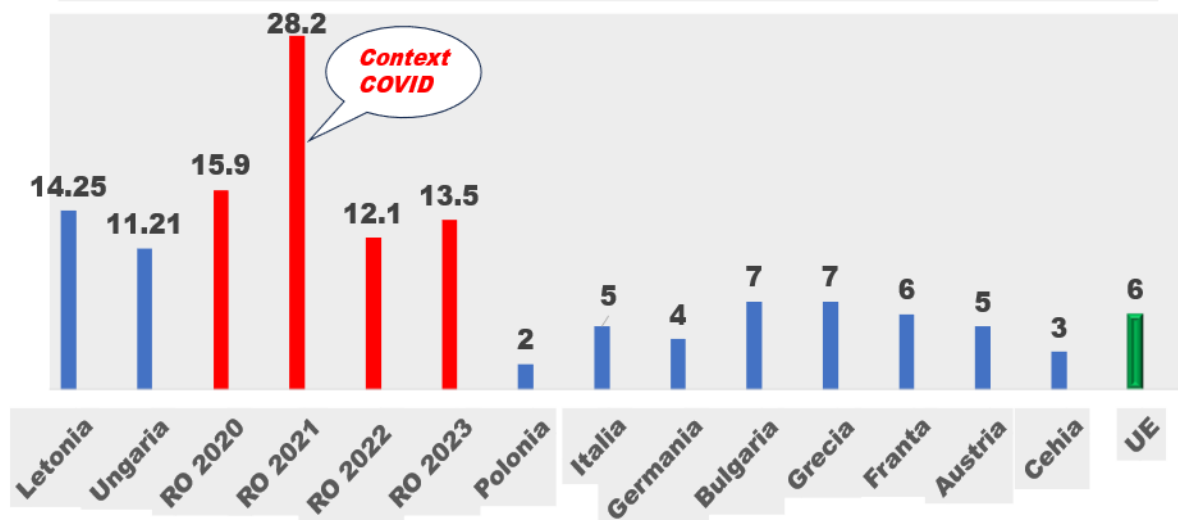
- Tulb.mentale –edem cerebral 1
- Infarct miocardic 1
- Embolie pulmonara 1
- Cardiomiopatie dilatative 1
- Ruptura anevrism thoracic 1
- Malformatie cong. cord 1
- Pneumonie 1
- Pneumonie Interstitiala 1
- Bolile aparatului digestiv complicand nasterea si lehuzia 2
- Tumora maligna a pielii 1

Din datele evidențiate mai sus, reiese scăderea importantă a mortalității materne în ultimii 30 de ani, scădere mai evidentă în perioada 1990-2015. Ulterior, numărul de decese și implicit indicatorul mortalității, fiind relativ staționar cu unele variații anuale. Observăm de asemenea contribuția în mortalitate a deceselor prin cauze indirecte. Analiza în curs a deceselor înregistrate între anii 2020 și 2023 va evidenția cauzele creșterii brutale a indicatorului în acești ani.

Cu toată scăderea importantă a mortalității materne, scădere datorată atât reducerii deceselor prin risc obstetrical direct, dar mai ales prin diminuarea impresionantă a deceselor prin avort, România se clasează încă printre țările cu mortalitate maternă crescută din Europa.

Mortalitatea materna in unele tari europene (2020)

- decese materne la 100.000 nascuti vii (WB data base)

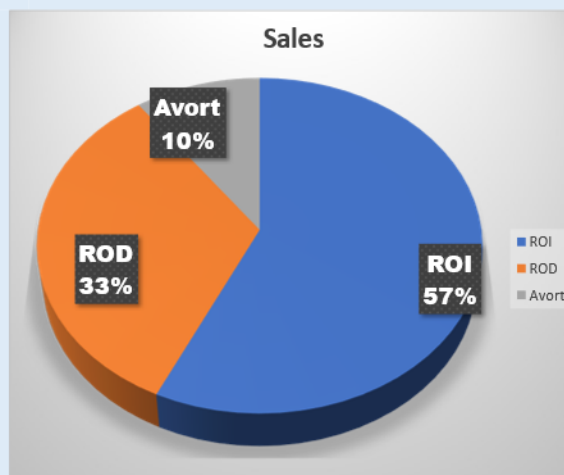


MM in raport cu cauza decesului -2023 -AVORT-ROD-ROI-

La 100.000 nou nascuti

Total 13.5 - 21 cazuri
ROD 4.5 - 7 cazuri
ROI 7.7 - 12 cazuri
Avort 1.3 - 2 cazuri

La % decese



Sursa datelor CNS/INSP

Numărul relativ mic de decese înregistrate anual face irelevantă prelucrarea statistică anuală pe cauze determinante și favorizante.

În analiza datelor colectate pe perioada 2000-2019 efectuată de către *CNS/INISP (Mortalitatea Materna 2019 - Cristina Cirtog, Gabriela Ghenea, Dan Pirvu)* reies următoarele :

Decesele prin risc obstetrical direct

Cele mai frecvente complicații care au condus la deces au fost hemoragia, preeclampsia/eclampsia. Pe plan internațional este unanim admis ca hemoragiile intra și postpartum, precum și eclampsia sunt afecțiuni care pot fi controlate printr-un management corespunzător în unitați care pot satisface riscul prezentat de către gravidă.

Într-un studiu efectuat de către INSMC asupra deceselor materne din anul 2015 și 2016 (*Studiul mortalității materne și infantile-2016 Stativa, Mihailescu, Stanescu*) a reieșit ca la gravidele care au decedat la 12 ore de la internarea în maternitate, în 41,7% din cazuri se înregistrau fenomene clinice și biologice de septicemie, în 36,1% hemoragie severă, în 25% semne clinice de preeclampsie/eclampsie, iar în 8,5% fisura/ruptură uterină.

Decesele prin risc obstetrical indirect

În anul 2023 s-au înregistrat 12 cazuri clasificate ca diagnostic la:

- alte boli ale mamei, clasate la alte locuri, dar complicând sarcina, nașterea și lăuzia (106 cazuri). În această categorie majoritatea cauzelor de deces au fost clasificate la boli ale aparatului circulator, complicând sarcina și lehuzia
- boli infecțioase și parazitare ale mamei, clasate la alte locuri, dar complicând sarcina, nașterea și lăuzia

Decesele prin avort

În perioada 2000-2019 s-au înregistrat 250 de decese prin avort. Menționăm că mortalitatea prin avort a scăzut semnificativ în ultimii ani, de la 16,2 în anul 2000

la 0,5 decese la 100.000 nașteri în anul 2019. Din anul 2016 nu s-a mai înregistrat anual decât circa 2 cazuri de deces prin avort.

De asemenea, din anul 2014 nu s-au mai înregistrat decese ca urmare a unui avort medical.

Majoritatea deceselor prin avort au fost clasificate la categoria avort, alte forme de avort, avort spontan. Diminuarea până la dispariție a deceselor prin avort probează încă odată că un program de sănătate cu multe valențe sociale, respectiv programul de PF, a putut obține rezultate foarte bune într-un timp istoric relativ scurt.

Locul decesului:

Marea majoritatea a deceselor materne s-au înregistrat în unități sanitare, respectiv 67% din cazuri.

Totuși, în anul 2023 s-au înregistrat în afara unor unități sanitare 5 decese, 4 la domiciliu (dintre care 2 cauze indirecte și 2 cauze directe) și unul în alte părți. Diagnosticile cazurilor decedate în afara unităților sanitare au fost :

-cauze directe : -2 cazuri eclampsie

-1 caz dezlipire prematură de placentă

-cauze indirecte : 1 caz infarct miocardic

1 caz hemoragie gastrointestinală

Circa 25% din decesele materne din anul 2023 au avut loc în afara unor unități sanitare și pe cale de consecință fără asistență medicală. Aceste cifre ridică probleme serioase privind adresabilitatea, accesul la servicii medicale și calitatea serviciilor medicale capabile să stăpânească riscul prezentat de către gravidă, în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile, dar nu numai.

Majoritatea deceselor s-au înregistrat în maternități de nivel III. 24% s-au înregistrat în unități de nivel I și II. O analiză în detaliu a acestor cazuri va identifica cauzele. De asemenea, au început să se înregistreze decese materne în

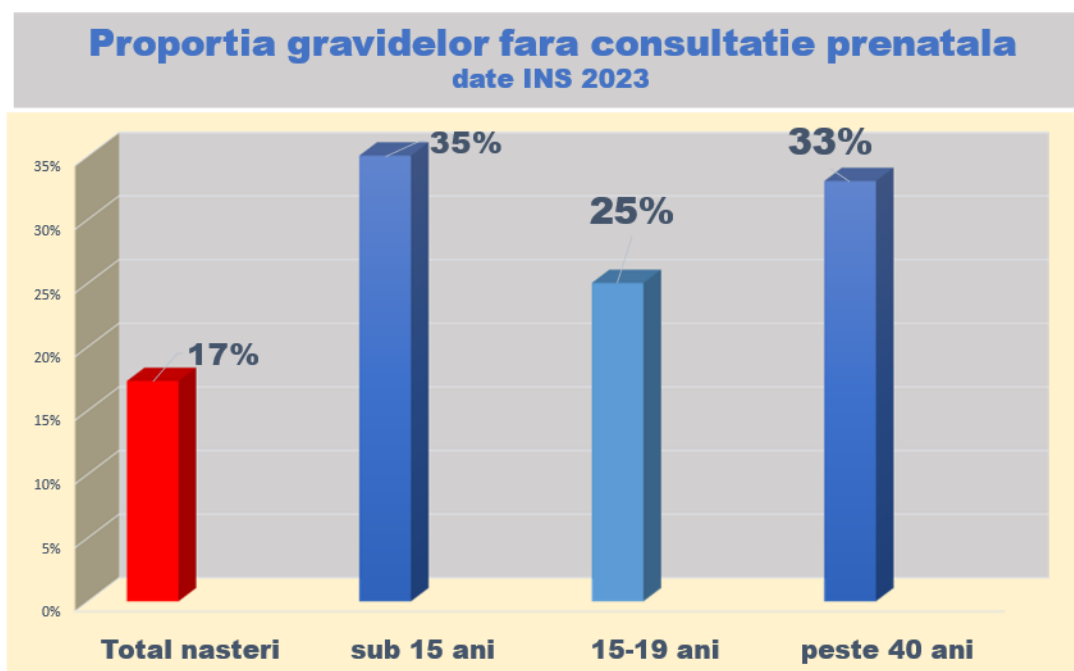
secții de altă specialitate decât Obstetrică-ginecologie. Aceasta în contextul în care decesele prin ROI, respectiv prin afecțiuni morbide precedente sau concomitente cu sarcina, dar neinduse de sarcină a crescut semnificativ în ultimii ani.

Consultația prenatală

Supravegherea medicală a sarcinii atât de către medicul de familie, de către obstetriceni și alți specialiști, în funcție de riscul prezentat de către gravidă este o cale sigură și eficientă de prevenire și/sau tratament precoce a unor complicații ale gravidității.

Specialiștii din sistemul de sănătate, în special cei din maternități, apreciază că o proporție mare dintre gravide nu se prezintă la medic în timpul sarcinii sau realizează numai 1-2 vizite, eventual doar pentru efectuarea unor investigații de laborator.

Raportările INS indică pentru anul 2023 un număr foarte mare de gravide fără consultație prenatală, reprezentând 17% din totalul nașterilor.



Sursa datelor INS

În cazul celor două extreme ale perioadei fertile, adolescența și perioada de după 40 de ani, acolo unde riscul unei sarcini este mult mai mare, proporția gravidelor fără consultație prenatală este și mai mare.

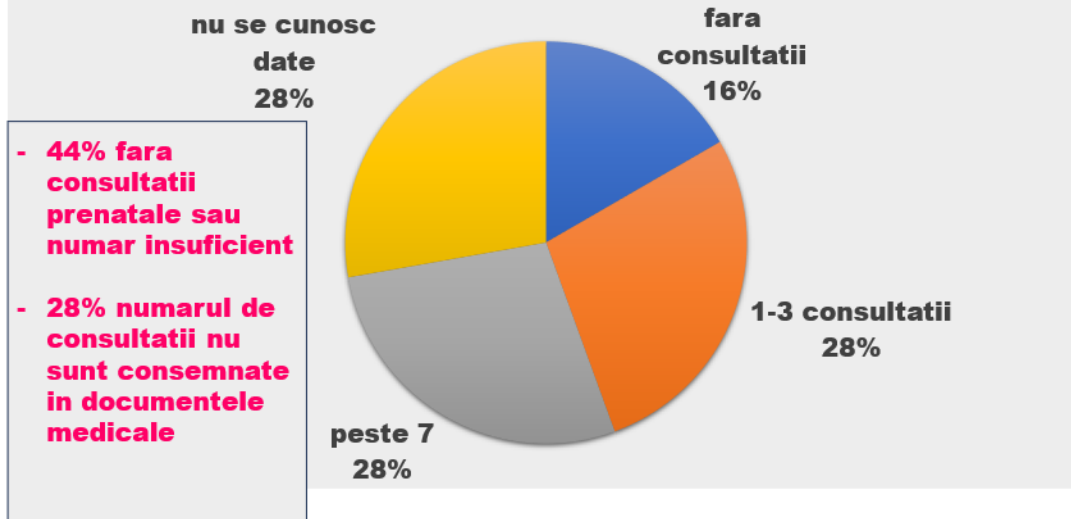
INS colectează datele privind consultația prenatală din *Certificatul constatator al născutului viu*, în cuprinsul căruia există o rubrică privind controalele prenatale. Acest document, deși semnat de către un medic, este completat de regulă de către un registrator/statistician medical și este posibil ca rubrica privind controalele prenatale să nu fie completată, prin urmare datele raportate către INS să nu aibă un fundament solid. Această ipoteză poate fi eventual susținută și de faptul că multe *Fișe ale decesului prin complicațiile nașterii și leuziei* nu au completate toate rubricile sub motivul că datele nu există în documentele medicale primare, respectiv în foile de observație.

Date mai fiabile reies din unele cercetări epidemiologice efectuate prin interviuri cu gravidele:

- 7,1% din gravide fără consultație prenatală și circa 8% numai cu 1-3 consultații (*Studiul Sănătății Reprodusei INSMC – 2016, N.Suciu și colab.*),
- 5% din gravide fără consultație prenatală și 18% (!) sub 3 consultații (*Acompanierea nașterii FONCP 2011- M.Gheorghe și colab.*)

Din analiza deceselor materne din anul 2023 a reieșit o proporție mare de gravide fără consultație prenatală sau cu un număr insuficient de vizite medicale, respectiv 16% fără consultație și 28% cu numai 1-3 consultații.

Decese materne/consultatii prenatale 2023



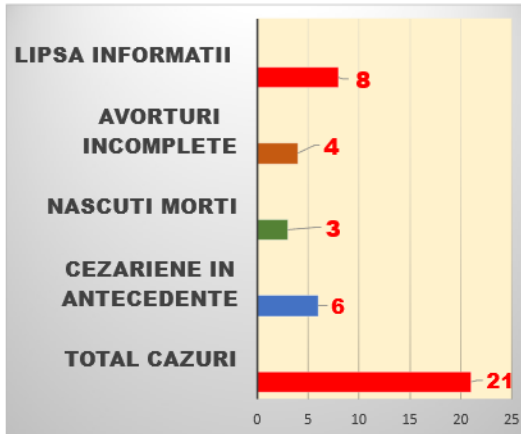
Sursa datelor INSMC

Analiza mortalității materne și infantile 2015/2016-(INSMC 2016 -E.Stativa,Gh. Mihailescu.A.Stanescu) indică ca în 37% din decesele materne din anii 2015 și 2016 sarcinile femeilor nu au fost supravegheate medical. Datele au fost culese din documentele medicale de la maternități și de la medicul de familie.

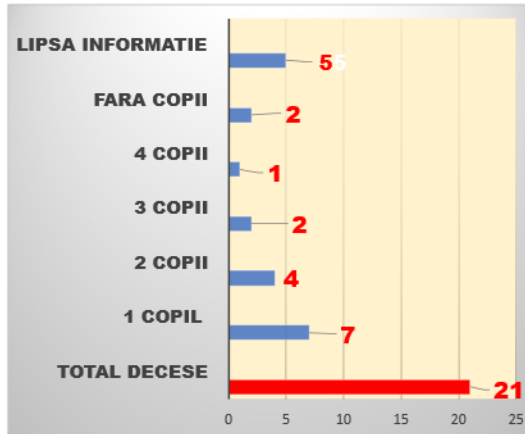
O supraveghere medicală a sarcinii era cu atât mai necesară, cu cât antecedentele obstetricale printre cazurile decedate indică posibile patologii.

Antecedente obstetricale 2023

Cezariene ,nascuti morti,avorturi - numar cazuri-



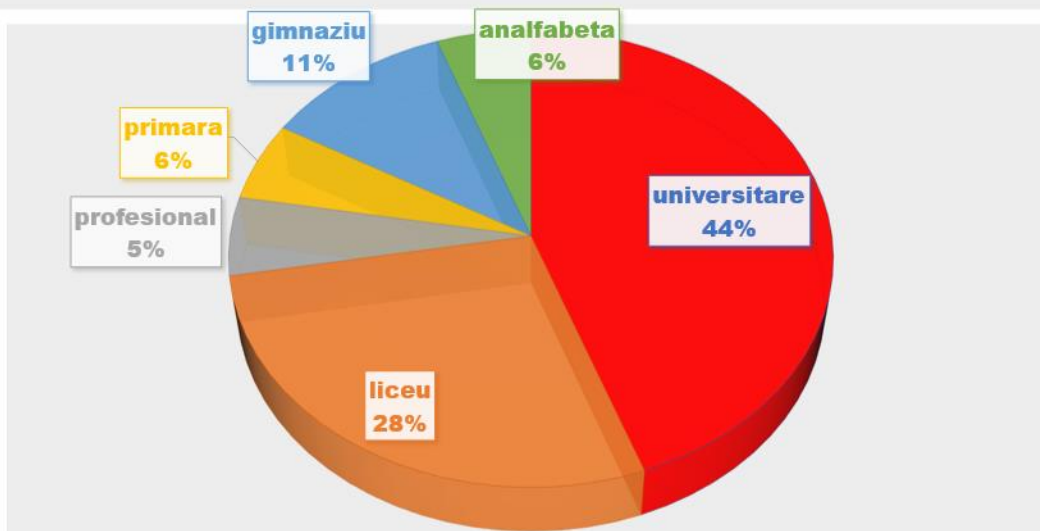
Nasteri/numar cazuri



Sursa datelor CNS/INSP

Mortalitatea materna /nivelul de instruire,

MM 2023 – nivelul de educatie



Sursa datelor CNS/INSP

Subliniem că în anul 2023 gravidele cu studii universitare au constituit proporția cea mai mare printre cele care au decedat, fiind urmate de absolventele de liceu.

Mortalitatea maternă /vârsta pacientei



Sursa datelor CNS/INSP

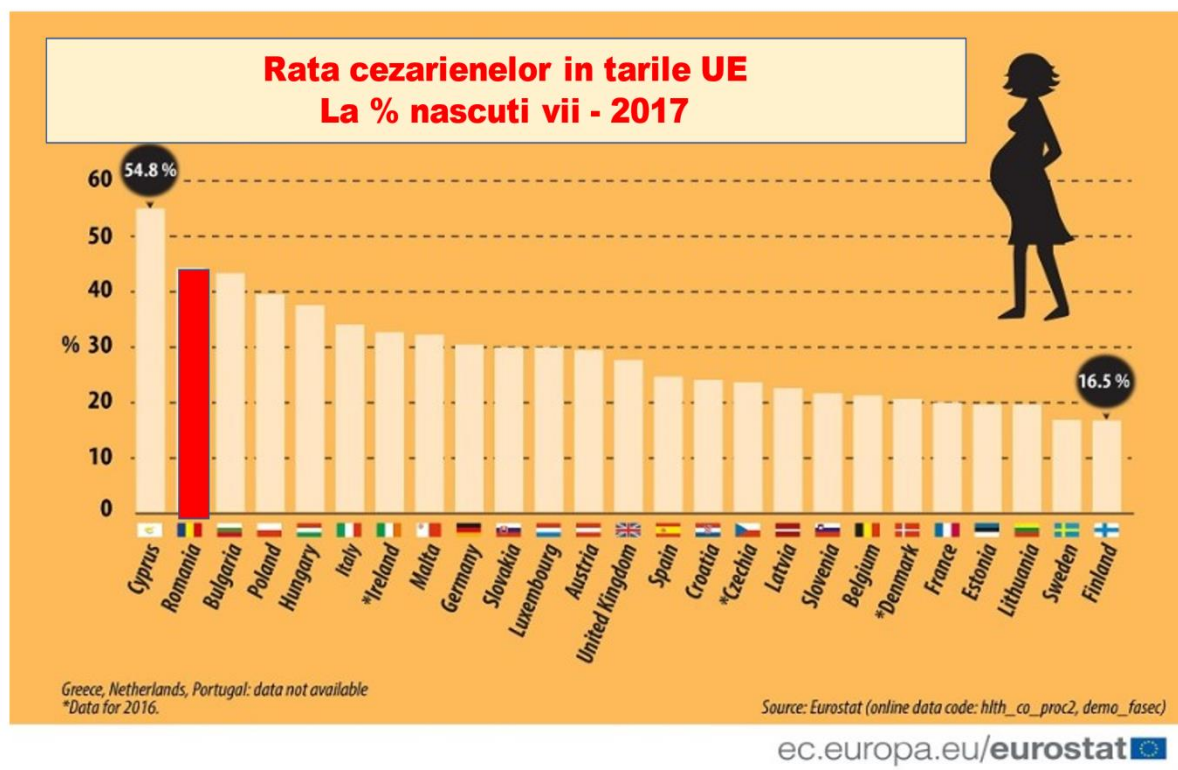
Cele mai multe decese se înregistrează la grupele de vârstă cu cele mai multe nașteri, respectiv 30-39 ani.

Rata operației cezariene

România ocupa în anul 2017 locul doi în UE în ceea ce privește rata operației cezariene (date Eurostat). Posibil ca în acest moment rata să fie și mai crescută.

În ceea ce privește relația între frecvența operației cezariene și starea de sănătate a gravidei și nou-născutului, nu există argumente solide care să explice prin rațiuni medicale rata crescută, atâta timp cât frecvența crescută a cezarienelor nu pare a avea o influență pozitivă față de mortalitatea maternă și mortalitatea neonatală precoce.

Se poate observa din graficul de mai jos că ratele crescute ale cezarienelor, cu excepția Ciprului, se înregistrează în țări din Europa Centrală și de Est în contrast cu țările nordice ale continentului unde ratele sunt mult mai mici: 16-17% în Finlanda și Suedia. Este posibil ca diferențele în morbiditatea maternă și calitatea serviciilor medicale prenatale să poată explica cel puțin parțial aceste diferențe.



Cercetări mai aprofundate privind indicațiile operației cezariene și modelul de finalizare a unei sarcini, ar putea aduce date suplimentare care să poată explica aceste diferențe semnificative. Între specialiști sunt largi dezbateri în ceea ce privește corelația frecvenței operației cezariene cu starea de sănătate a mamei și nou-născutului.

CONCLUZII

- În condițiile unei natalități scăzute, fenomen comun tuturor țărilor europene și a unei mortalități generale crescute semnificativ în ultimii doi ani, sporul natural înregistrează pierderi de populație importante.
- Trendul descrescător al mortalității copiilor sub 5 ani, mortalității perinatale și mortalității materne, înregistrat în ultimii 30 de ani, a diminuat sau este staționar de circa 4-5 ani și situează în continuare România pe ultimul sau penultimul loc în clasamentul țărilor din UE.
- Mortalitatea copiilor sub 5 ani în toate componentele ei este puternic influențată de factori economici, sociali și de un suport comunitar limitat pentru familiile cu abilități parentale reduse. Intervenția în mai mare măsură a sistemului educațional și serviciilor sociale constituie o condiție esențială pentru îmbunătățirea sănătății copiilor.
- Se impune dezvoltarea serviciilor de prevenție și intervenția terapeutică în cazul greutății mici/prematurității și o monitorizare mai eficientă a regionalizării îngrijirilor perinatale.
- Analize suplimentare se impun pentru evidențierea necesarului de servicii pentru depistarea prenatală a malformațiilor și viciilor cromozomiale, inclusiv a screeningului neonatal, precum și pentru intervențiile precoce și eficiente în cura chirurgicală a acestor malformații.
- Reforma serviciilor de planificare familială și asigurarea cu contraceptive gratuite a grupurilor vulnerabile pot conduce la reducerea numărului de avorturi la cerere și a morbidității asociate
- Asigurarea accesului și adresabilității gravidelor la servicii medicale prenatale de calitate oferite pentru cazurile cu risc de către echipe multidisciplinare pot constitui, inclusiv conform recomandărilor OMS, calea cea mai eficientă de

diminuare a morbidității și mortalității materne. De asemenea, un impact semnificativ în acest sens va avea și stabilirea criteriilor de evaluare și analiză a morbidității materne (analiza Near-Miss) la nivel local, regional și național și evaluarea calității serviciilor medicale existente.

- Datele statistice colectate în mod curent din sistemul de sănătate, nu furnizează întotdeauna suficiente explicații pentru o analiza coerentă și profesională a stării de sănătate a mamei și copilului, a necesarului de structuri și servicii de sănătate. Sunt necesare cercetări epidemiologice calitative și cantitative pentru a putea evalua cauzele ce determină stagnarea indicatorilor de sănătate și a putea identifica intervențiile necesare;

- Reglementarea de o manieră practică/eficientă a monitorizării calității serviciilor de sănătate și a accesului la aceste servicii în special în mediul rural poate constitui de asemenea o prioritate a administratorilor serviciilor de sănătate.

-Reglementările care stabilesc modul de colectare de date și evaluarea mortalității infantile cu toate componentele, mortalității 1- 4 ani și mortalității materne, respectiv Ordinul MS 791/1999 și 620/2001 necesită o revizuire pentru armonizare cu alte reglementări apărute ulterior elaborării acestor reglementari

-Comisiile de specialiști pentru sănătatea mamei și copilului de la nivelul județelor reglementate prin ordinele menționate mai sus nu mai funcționează în majoritatea județelor, iar o decizie strategică trebuie luată în acest sens

-Ordinul MS 359/2012 privind declararea și înregistrarea nou-născutului necesită o revizuire în sensul stabilirii declarării și înregistrării născutului mort după vârsta de 24 de săptămâni și înregistrării avorturilor înainte de vârsta de gestație de 24 săptămâni.

REDACTAT:

Dr.Stanescu Alin,Dr.Calin Popovici, Dr. Ramona Dragomir

Bibliografie

- Eurostat și World Bank- data base – natalitate, mortalitate generală, mortalitate infantilă, mortalitate maternă, mortalitate perinatală, mortalitate sub 5 ani -2017/2018/2019/2021
- Fișier Natalitate 2023 INS
- Evenimente demografice 2023 INS
- WHO/HFA -data base
- INSP/CNSSP Mortalitatea infantilă 2023
- INSP/CNSSP Mortalitate maternă 2023-
- INSP/CNSSP Mortalitate perinatală 2023
- INSP/CNSISP Mortalitatea primei copilării 1-4 ani - 2023-
- /INSP/ CNSSP Buletine informative-2019-2020-2021-2023 privind mișcarea populației
- INSP/CNSSP/ Buletin informativ nr. 10/2023 privind cunoașterea stării de sănătate
- Analiza mortalității materne și infantile 2016 – INSMC- *Stativa, Mihailescu, Stanescu*
- Studiul Sănătății Reprodusei România 2016 – INSMC- *Suciu si colab.*
- Acompanierea nașterii -FONPC 2013 – **D. Gheorghe si colab.**
- Anul demografic 2020 în UE – 27. Declin natural al populației în 19 țări - Vasile Ghetau-[www/contributor](http://www.contributor)
- Analiza mortalității materne în România comunicare sesiunea IOMC – 2021 *E.Stativa,A.Stefanescu,C.Popovici,A. Stanescu*
- Demografia României în perioada postbelică (1948-2015) / *Traian Rotariu, Luminița Dumănescu,Mihaela Hărăguș. – Iași: Polirom, 2017*
- Trends in Maternal Mortality 2000-2022. *OMS/UNFPA/UNICEF/World Bank*

ANEXA 1**Mortalitatea infantila:**

Sursa datelor: INSP/Centrul National de Statistica in Sanatate Publica

Mortalitate infantilă : decese 0-1 an raportat la 1000 născuți vii

	2000	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ROMÂNIA	18.6	9.8	7.3	6.7	6.4	5.7	5.4	5.2	5.2	5.6	5.8
ALBA	17.2	9.8	7.5	5.8	6.4	4.4	7.1	5.8	5.6	3.6	3.7
ARAD	13.8	9.6	5.9	5.7	6.1	4.3	7.0	5.4	5.0	5.2	7.4
ARGEȘ	21.4	11.2	6.8	7.2	5.4	7.3	5.9	5.1	5.3	5.4	4.6
BACĂU	28.3	11.1	7.0	7.3	6.6	7.4	6.8	5.0	5.2	5.4	6.4
BIHOR	24.7	9.5	8.2	8.4	5.5	6.7	6.7	6.5	5.7	6.1	7.9
BISTRIȚA NĂSĂUD	14.0	9.1	6.3	6.6	8.2	6.4	8.1	6.8	6.8	5.7	5.8
BOTOȘANI	26.8	13.4	8.8	8.8	10.9	10.6	5.1	5.5	6.0	6.5	10.0
BRAȘOV	14.7	6.1	7.0	6.6	7.1	6.4	6.1	6.8	6.0	6.4	4.8
BRĂILA	14.5	15.0	5.3	10.6	8.3	8.0	6.2	6.2	6.5	8.2	4.0
BUZĂU	19.4	11.6	8.4	7.9	5.3	6.7	6.7	3.3	5.1	7.0	4.8
CARAȘ SEVERIN	19.2	11.9	11.4	8.7	9.3	8.4	4.6	3.8	3.3	6.9	9.3
CĂLĂRAȘI	22.0	15.1	11.5	12.0	10.8	10.1	5.2	6.2	7.6	6.9	4.5
CLUJ	14.5	6.1	6.7	4.5	4.5	5.8	5.3	4.6	3.8	4.5	4.6
CONSTANȚA	22.3	12.3	9.8	7.5	7.5	5.9	9.0	6.5	6.9	7.5	6.7

COVASNA	13.8	11.8	7.2	9.0	8.3	7.9	4.0	7.8	5.6	7.5	5.3
DÂMBOVIȚA	15.0	8.2	6.5	5.7	6.4	2.8	3.2	4.0	4.6	5.5	4.2
DOLJ	21.0	5.3	9.5	5.3	5.4	5.8	5.8	5.8	7.1	5.7	8.9
GALAȚI	16.9	9.9	5.3	8.3	7.8	4.3	6.8	5.3	4.9	6.3	8.0
GIURGIU	15.5	12.4	6.0	9.7	5.6	4.1	5.9	4.2	4.7	6.5	4.2
GORJ	14.7	9.3	6.3	8.1	6.5	5.9	6.7	6.1	5.7	4.4	3.7
HARGHITA	14.5	10.7	7.7	6.8	5.8	6.4	8.5	7.5	6.3	5.5	4.8
HUNEDOARA	15.1	9.5	7.2	9.1	5.7	4.9	6.9	5.0	6.6	8.2	4.5
IALOMIȚA	28.2	10.6	7.2	8.9	6.5	5.2	4.9	5.4	5.0	3.5	7.6
IAȘI	22.5	9.8	6.5	5.8	5.4	3.9	2.9	3.6	3.7	5.2	4.5
ILFOV	14.4	9.1	6.2	3.4	5.4	4.1	3.5	5.2	3.5	3.4	3.5
MARAMUREȘ	15.3	10.5	8.7	6.3	7.4	6.6	5.8	6.4	6.9	7.6	9.5
MEHEDINȚI	18.9	11.6	11.0	11.0	6.7	4.1	8.1	5.5	4.5	6.3	5.4
MUREȘ	20.3	10.5	9.8	8.5	7.2	6.2	8.2	8.1	7.0	7.7	7.3
NEAMȚ	23.9	10.0	6.3	6.1	5.2	6.9	4.0	4.5	8.0	5.9	6.1
OLT	16.5	10.8	7.5	5.5	6.8	5.4	4.9	9.2	6.3	5.7	5.4
PRAHOVA	18.3	9.3	6.6	4.4	6.4	5.8	4.7	5.0	4.4	5.1	4.7
SATU MARE	16.3	10.5	8.4	10.1	7.1	6.8	4.8	10.6	4.7	6.3	9.7
SĂLAJ	16.0	9.5	8.0	6.5	9.8	10.4	5.3	5.6	8.6	10.1	6.0
SIBIU	13.3	5.9	6.3	6.2	5.9	5.8	4.6	6.5	5.9	5.9	8.8
SUCEAVA	16.8	11.3	8.8	7.2	6.4	7.2	5.6	7.6	7.8	7.5	8.3
TELEORMAN	17.2	13.5	7.0	5.9	5.9	5.5	5.3	4.4	2.4	6.5	5.1

TIMIȘ	23.5	10.7	7.1	4.3	7.2	4.1	4.5	4.1	4.0	5.2	4.6
TULCEA	17.0	14.7	14.1	11.1	6.7	14.0	14.0	9.7	10.9	4.6	10.0
VASLUI	21.2	13.2	7.7	6.5	4.6	4.9	3.3	2.6	3.3	4.9	4.5
VÂLCEA	12.2	13.3	6.0	5.0	8.4	5.6	5.3	5.1	3.1	5.4	3.4
VRANCEA	22.0	11.4	6.9	8.7	9.4	7.4	7.9	3.9	5.0	4.9	6.7
BUCUREȘTI	12.7	5.4	4.8	4.2	4.1	3.0	2.4	2.3	2.3	2.6	2.8

Mortalitate perinatală**ANEXA 2**

Sursa datelor : INSP/Centrul national de statistica in sanatate publica

Nascuti morti si decdati 0-6 zile raportati la 1000 nascuti vii.

	2000	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ROMÂNIA	12.1	7.7	6.5	6.0	5.5	5.4	5.0	5.2	5.1	5.4	5.8
ALBA	13.1	13.3	7.2	4.9	6.9	7.8	6.2	5.5	8.3	3.6	6.9
ARAD	12.6	12.4	8.6	7.0	6.3	8.2	6.5	6.7	8.9	9.3	11.1
ARGEȘ	11.8	8.4	7.7	7.5	6.4	5.7	6.1	5.8	7.9	5.1	6.4
BACĂU	13.5	6.1	5.5	4.0	4.3	4.1	2.4	4.1	4.4	3.8	8.2
BIHOR	13.9	9.9	8.9	9.5	6.5	7.4	7.3	10.0	7.7	6.6	10.6
BISTRIȚA NĂȘĂUD	11.4	9.3	7.1	7.4	10.1	6.9	7.2	7.9	7.0	6.7	8.2
BOTOȘANI	12.1	9.3	8.5	7.1	10.7	7.3	4.9	6.2	4.1	4.4	7.5
BRAȘOV	11.9	3.8	4.0	4.1	3.1	2.5	4.0	4.2	4.0	4.2	3.0
BRĂILA	3.1	13.2	5.2	10.2	9.0	9.5	6.2	4.1	4.7	7.6	2.9
BUZĂU	11.6	8.6	6.8	5.4	5.8	8.0	6.7	5.8	4.6	6.1	5.5
CARAȘ SEVERIN	11.9	12.9	8.8	8.6	9.3	6.4	8.7	4.2	6.2	11.6	6.8
CĂLĂRAȘI	15.2	9.6	9.7	5.6	9.3	8.3	4.5	5.8	4.7	6.1	6.3
CLUJ	10.9	4.5	4.2	3.3	2.8	3.1	3.4	3.8	3.8	3.1	2.4
CONSTANȚA	8.5	11.0	7.0	7.0	6.2	4.9	6.0	5.6	5.9	8.3	4.1
COVASNA	9.3	10.9	11.2	4.7	7.4	6.5	7.0	6.4	4.6	7.5	5.9
DÂMBOVIȚA	10.4	3.8	3.9	6.1	3.4	4.2	3.2	4.9	5.7	5.0	7.8

DOLJ	6.5	1.9	2.5	2.1	1.4	1.8	2.3	2.7	3.2	2.3	5.2
GALAȚI	10.8	7.3	4.9	7.7	6.7	3.2	5.2	4.9	5.1	5.2	7.2
GIURGIU	12.0	8.6	6.8	5.6	7.9	4.9	3.8	4.2	3.4	5.6	4.7
GORJ	13.7	5.7	6.3	6.0	3.8	4.5	4.2	7.2	7.5	4.8	5.1
HARGHITA	14.4	10.1	8.9	6.7	6.7	6.7	5.5	7.4	5.0	7.5	5.1
HUNEDOARA	17.4	10.5	9.6	9.8	8.9	10.3	10.0	6.1	7.1	8.9	8.5
IALOMIȚA	13.9	9.9	5.0	10.2	6.1	6.2	6.0	6.0	6.5	6.5	8.9
IAȘI	8.7	2.9	4.5	1.9	2.0	1.9	1.6	3.2	2.5	2.9	3.3
ILFOV	10.3	5.0	4.4	3.8	3.1	3.7	3.5	3.3	4.3	3.8	3.1
MARAMUREȘ	17.4	8.9	5.9	7.7	6.4	7.9	5.6	6.8	7.1	7.6	9.4
MEHEDINȚI	12.3	13.4	8.8	9.4	7.5	7.3	8.5	5.1	3.2	7.7	8.4
MUREȘ	14.6	7.3	7.7	7.7	7.2	9.3	6.5	7.4	7.8	8.0	8.3
NEAMȚ	15.1	6.7	4.8	5.4	5.0	4.6	5.8	5.7	4.7	4.7	5.2
OLT	6.3	4.1	3.9	3.5	4.5	5.1	3.7	6.5	4.7	4.3	6.1
PRAHOVA	14.1	8.7	7.5	6.0	5.4	6.2	6.5	5.5	4.3	5.6	5.1
SATU MARE	16.3	10.4	10.5	13.8	7.6	5.7	6.6	9.7	9.0	6.0	7.5
SĂLAJ	17.8	10.6	8.7	6.1	9.7	9.2	7.2	10.1	8.6	10.5	5.6
SIBIU	12.1	7.8	6.0	5.3	3.9	4.1	4.4	4.2	4.4	4.6	4.2
SUCEAVA	12.5	9.6	10.5	6.4	7.2	7.3	5.8	7.3	6.5	7.0	7.8
TELEORMAN	10.7	9.6	7.7	4.2	3.8	5.1	4.6	6.6	2.4	9.9	2.6
TIMIȘ	14.6	9.7	6.0	5.5	6.8	6.2	6.3	5.1	5.4	6.2	6.7
TULCEA	19.3	8.7	10.0	7.9	8.3	9.5	12.2	9.0	12.6	5.3	9.2

VASLUI	12.7	8.0	5.4	6.7	3.4	3.9	4.5	3.0	4.3	2.7	4.8
VÂLCEA	8.9	8.5	6.0	3.6	7.1	3.9	7.0	6.2	3.1	3.7	3.9
VRANCEA	14.8	8.3	7.8	8.7	8.0	8.5	6.4	4.2	2.5	4.5	4.3
BUCUREȘTI	10.1	4.6	4.7	4.9	3.6	3.2	3.1	2.6	3.2	3.3	3.4

Mortalitate neonatală precoce (0 – 6 zile)**ANEXA 3**

Sursa: INSP/Centrul national de statistica in sanatate publica

	2000	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ROMÂNIA	6.2	3.7	2.9	2.5	2.3	2.2	2.1	2.0	1.9	2.1	2.2
ALBA	7.6	5.5	2.5	2.8	3.0	1.9	3.4	2.6	2.1	1.5	2.4
ARAD	4.1	4.2	2.6	2.5	2.3	2.5	3.5	2.3	3.0	2.6	3.8
ARGEȘ	7.5	4.9	3.7	3.3	1.4	2.9	2.3	2.8	2.3	2.0	1.3
BACĂU	8.7	3.4	2.2	1.9	1.7	2.3	1.1	1.0	0.9	0.7	2.1
BIHOR	5.6	3.9	3.9	3.5	2.4	2.2	3.0	3.6	2.2	2.2	4.1
BISTRIȚA NĂȘAUD	5.0	4.3	2.3	3.1	4.0	2.0	2.8	2.3	2.5	2.9	2.5
BOTOȘANI	5.7	5.9	3.9	3.6	6.1	4.4	2.0	2.5	1.5	2.4	4.8
BRAȘOV	6.7	1.2	2.7	2.1	1.3	1.2	2.2	2.1	1.6	3.0	1.2
BRĂILA	2.2	8.2	2.8	4.9	4.3	2.7	3.1	2.9	2.6	4.3	0.6
BUZĂU	6.0	5.3	4.1	2.6	2.6	2.7	3.1	0.6	2.3	2.0	0.7
CARAȘ SEVERIN	6.0	6.7	4.7	4.3	4.1	4.4	2.1	1.3	1.4	4.8	3.7
CĂLĂRAȘI	7.3	3.3	3.4	3.0	3.1	3.1	2.1	2.4	1.4	1.9	2.2
CLUJ	6.4	2.5	2.3	1.7	0.8	2.0	2.0	2.4	2.4	1.5	1.6
CONSTANȚA	5.0	4.8	3.2	2.9	2.2	2.2	2.5	2.3	1.8	2.8	1.3
COVASNA	4.5	3.2	4.1	2.1	2.2	2.6	2.2	0.9	2.3	2.5	0.6
DÂMBOVIȚA	5.4	2.9	1.7	2.3	2.1	1.9	0.8	1.1	1.5	2.2	2.5
DOLJ	4.9	1.3	2.3	1.8	1.1	1.2	2.0	2.0	2.7	1.8	4.1

GALAȚI	6.4	3.7	2.8	4.1	3.9	1.6	3.0	2.3	1.5	2.7	3.8
GIURGIU	5.2	5.6	2.4	2.4	2.4	2.1	2.1	2.1	1.7	2.3	1.1
GORJ	7.8	2.6	3.2	3.4	1.4	2.4	2.8	4.7	3.0	2.8	2.8
HARGHITA	7.2	4.5	2.5	2.2	3.1	1.8	3.1	2.3	1.0	2.7	1.5
HUNEDOARA	6.4	4.3	4.8	4.5	3.3	2.7	4.6	1.5	2.2	4.1	3.6
IALOMIȚA	8.1	3.7	1.4	3.5	1.7	2.4	2.5	2.0	2.3	1.2	1.9
IAȘI	5.2	1.7	2.6	1.3	1.3	0.9	0.7	1.3	1.3	1.4	1.3
ILFOV	6.3	3.1	2.9	0.6	1.5	2.0	0.8	1.5	0.8	0.6	1.2
MARAMUREȘ	6.8	5.8	2.4	3.4	3.1	3.9	2.2	3.5	3.2	2.9	3.6
MEHEDINȚI	7.5	5.8	4.2	4.7	2.5	2.5	3.7	1.7	1.8	2.9	3.0
MUREȘ	8.6	3.6	2.2	3.0	2.3	1.3	2.6	2.2	1.3	3.0	1.3
NEAMȚ	8.5	2.7	2.0	1.0	0.8	2.2	2.0	2.3	1.6	1.0	1.5
OLT	3.9	2.2	2.7	1.5	3.1	2.6	1.4	3.6	2.8	2.7	1.2
PRAHOVA	6.8	2.9	2.8	1.2	2.1	2.5	1.9	2.3	1.0	1.3	2.0
SATU MARE	5.2	4.2	4.2	4.3	3.3	2.2	2.7	4.3	2.8	3.2	3.0
SĂLAJ	6.1	2.8	3.4	1.2	2.6	3.8	1.1	3.0	3.3	2.2	2.3
SIBIU	6.5	1.7	1.9	1.5	2.0	1.5	1.8	2.6	2.5	2.1	2.8
SUCEAVA	6.4	5.5	5.1	3.0	3.3	3.7	2.8	2.3	4.1	3.4	3.8
TELEORMAN	5.4	5.8	2.8	2.1	1.0	2.2	1.4	1.5	0.4	3.5	0.5
TIMIȘ	9.4	4.0	2.2	2.2	2.7	1.5	2.3	2.2	2.1	1.9	1.6
TULCEA	4.8	5.1	5.5	3.2	2.6	5.1	8.8	3.4	6.9	2.0	5.4
VASLUI	5.7	4.3	2.9	3.1	1.2	1.2	1.4	1.1	1.6	1.5	1.9

VÂLCEA	4.7	5.6	2.5	1.8	4.4	2.0	2.5	2.6	0.8	1.2	2.0
VRANCEA	7.1	6.0	4.7	5.4	5.2	4.8	4.1	1.2	1.3	2.9	3.2
BUCUREȘTI	5.0	1.9	2.0	1.7	1.4	1.2	0.8	0.7	0.8	1.0	1.2

Mortinatalitate

ANEXA 4

Sursa datelor: INSP/Centrul national de statistica in sanatate publica

Nascuti morti raportati la 1000 nascuti

	2000	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ROMÂNIA	5.9	4.0	3.6	3.5	3.2	3.2	2.9	3.2	3.2	3.3	3.6
ALBA	5.5	7.9	4.7	2.1	3.9	5.9	2.8	2.9	6.2	2.2	4.4
ARAD	8.5	8.2	6.1	4.5	4.0	5.8	3.0	4.5	6.0	6.7	7.3
ARGEȘ	4.4	3.5	4.0	4.3	5.0	2.8	3.7	3.0	5.7	3.1	5.1
BACĂU	4.9	2.7	3.2	2.2	2.6	1.7	1.3	3.1	3.4	3.2	6.2
BIHOR	8.3	6.0	5.0	6.1	4.1	5.2	4.3	6.4	5.5	4.5	6.5
BISTRIȚA NĂSĂUD	6.5	5.1	4.8	4.3	6.2	5.0	4.4	5.6	4.6	3.8	5.7
BOTOȘANI	6.4	3.4	4.6	3.5	4.6	3.0	2.9	3.7	2.7	2.1	2.7
BRAȘOV	5.2	2.6	1.4	2.0	1.8	1.3	1.8	2.1	2.4	1.2	1.8
BRĂILA	0.8	5.1	2.4	5.3	4.7	6.8	3.1	1.2	2.2	3.3	2.3
BUZĂU	5.6	3.2	2.7	2.8	3.2	5.3	3.6	5.2	2.3	4.1	4.7
CARAȘ SEVERIN	5.9	6.3	4.2	4.3	5.3	2.0	6.6	3.0	4.8	6.9	3.1
CĂLĂRAȘI	8.0	6.3	6.4	2.7	6.2	5.2	2.4	3.4	3.2	4.2	4.0
CLUJ	4.5	2.0	2.0	1.7	2.0	1.1	1.5	1.4	1.4	1.7	0.8
CONSTANȚA	3.5	6.2	3.8	4.1	3.9	2.7	3.5	3.4	4.1	5.5	2.8
COVASNA	4.8	7.6	7.2	2.6	5.2	3.9	4.8	5.6	2.3	5.0	5.3
DÂMBOVIȚA	5.0	1.0	2.2	3.8	1.3	2.3	2.3	3.8	4.1	2.9	5.3
DOLJ	1.6	0.7	0.2	0.3	0.3	0.6	0.3	0.6	0.5	0.5	1.1
GALAȚI	4.4	3.6	2.1	3.7	2.8	1.6	2.3	2.6	3.6	2.5	3.5

GIURGIU	6.9	3.0	4.4	3.2	5.5	2.9	1.7	2.1	1.7	3.3	3.7
GORJ	5.9	3.2	3.1	2.7	2.4	2.1	1.4	2.5	4.5	2.0	2.3
HARGHITA	7.2	5.6	6.5	4.6	3.7	4.9	2.4	5.2	4.0	4.8	3.7
HUNEDOARA	11.1	6.2	4.8	5.3	5.7	7.6	5.4	4.6	5.0	4.8	4.9
IALOMIȚA	5.8	6.2	3.6	6.7	4.4	3.8	3.5	4.0	4.2	5.4	7.0
IAȘI	3.5	1.3	1.9	0.7	0.7	1.0	0.9	1.9	1.1	1.5	2.0
ILFOV	4.1	1.8	1.5	3.2	1.5	1.8	2.6	1.9	3.5	3.1	1.9
MARAMUREȘ	10.6	3.2	3.6	4.3	3.3	4.1	3.4	3.3	3.9	4.8	5.8
MEHEDINȚI	4.9	7.7	4.6	4.7	5.0	4.9	4.8	3.4	1.4	4.8	5.4
MUREȘ	6.0	3.8	5.6	4.7	5.0	7.9	3.9	5.3	6.6	5.1	7.0
NEAMȚ	6.7	4.0	2.8	4.4	4.2	2.4	3.8	3.5	3.0	3.7	3.8
OLT	2.4	1.9	1.2	2.0	1.4	2.6	2.3	3.0	1.9	1.7	5.0
PRAHOVA	7.4	5.8	4.8	4.9	3.4	3.7	4.6	3.2	3.3	4.4	3.1
SATU MARE	11.2	6.3	6.4	9.5	4.3	3.5	4.0	5.4	6.2	2.8	4.5
SĂLAJ	11.8	7.8	5.3	5.0	7.1	5.3	6.0	7.1	5.3	8.3	3.2
SIBIU	5.6	6.0	4.1	3.8	1.8	2.6	2.6	1.6	2.0	2.6	1.4
SUCEAVA	6.1	4.1	5.4	3.4	3.9	3.7	3.0	5.1	2.5	3.6	4.1
TELEORMAN	5.4	3.8	4.9	2.1	2.8	2.9	3.2	5.1	2.0	6.4	2.1
TIMIȘ	5.2	5.8	3.8	3.3	4.1	4.7	4.0	2.9	3.2	4.3	5.1
TULCEA	14.6	3.7	4.5	4.7	5.7	4.5	3.5	5.6	5.7	3.3	3.8
VASLUI	7.1	3.8	2.5	3.7	2.3	2.7	3.1	1.9	2.8	1.2	2.9
VÂLCEA	4.2	2.9	3.5	1.8	2.7	2.0	4.5	3.7	2.3	2.5	2.0
VRANCEA	7.7	2.3	3.0	3.3	2.7	3.7	2.3	3.0	1.3	1.6	1.2
BUCUREȘTI	5.2	2.7	2.7	3.2	2.3	2.0	2.2	1.9	2.5	2.4	2.2

ANEXA 5**Decese materne****Sursa datelor; Centrul national de statistica in sanatate publica /INSP**

	2000	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ROMÂNIA	77	51	27	17	24	18	20	32	51	22	21
ALBA	1										
ARAD	1				1			1			1
ARGEȘ		2	1	1			2	1	3		
BACĂU	1	2		1	1	2	1		1	1	
BIHOR	3	2			1		2	1	4		2
BISTRIȚA NĂSAUD			1				1				
BOTOȘANI									1		1
BRAȘOV	1	2	2		1		1				
BRĂILA		1	1		1	1	1				
BUZĂU	1							1	1		
CARAȘ SEVERIN								1	1		
CĂLĂRAȘI	2		1	2						2	
CLUJ		3									1
CONSTANȚA	3	5	1	2	1	1		1	1	1	4

COVASNA	1	1	1			1					1
DÂMBOVIȚA	3	1		1			1	1	1	1	
DOLJ	4	4		1			2	1	1		
GALAȚI	4	2	1	1							
GIURGIU	3	2		2	1	1		3	1		
GORJ	2	2			1		1	1			
HARGHITA	1		1				1	1			
HUNEDOARA	1			1	1				1		
IALOMIȚA	1	1	1			1		1	2		1
IAȘI	6	1	1				1		1		1
ILFOV		1	1		1	1	1	2	4	1	
MARAMUREȘ	1	1				2		3	4	1	1
MEHEDINȚI	1	2						3	2		
MUREȘ	3	1		2		3	1		1	2	
NEAMȚ	1			1	2		1	1	1	2	1
OLT	2	2	1		1	2		1	1		
PRAHOVA	3	5			1			2	1	1	1
SATU MARE			1						1		
SĂLAJ	1	2	1					2			1
SIBIU	2		2		1				2	1	1
SUCEAVA	4		1			2	1	2	5	2	1
TELEORMAN			2		1					1	
TIMIȘ	4	1			2				1		

TULCEA	1			1						1	1
VASLUI	4	2	1		1					1	
VÂLCEA	4			1					1		
VRANCEA		2					1	1			
BUCUREȘTI	7	1	5		5	1	1	1	8	4	2

