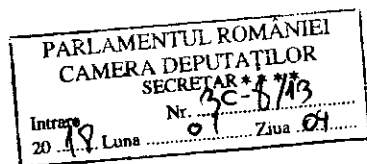




MINISTERUL PENTRU  
RELAȚIA CU PARLAMENTUL



Nr. 14001, 14002, 14003, 14004,  
14005, 14006, 14007, 14008, 14009,  
22, 27, 28, 29, 30, 37, 38, 39, 40, 41,  
42, 58, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69,  
70, 71, 89, 99/ 04.01.2018



**Către: Domnul Cristian BUICAN**  
**Secretar al Camerei Deputaților**

**Ref. la: Răspunsuri la întrebările formulate de deputați**

**Stimate domnule secretar,**

Vă transmitem, alăturat, răspunsurile instituțiilor vizate cu privire la unele întrebări formulate de deputați, potrivit tabelului anexat.

Cu stimă,

**pentru Viorel ILIE, Ministrul pentru Relația cu Parlamentul, semnează**

**Ștefania BÎRLIBESCU, Secretar de Stat**





2517A

**ROMÂNIA**  
**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**  
**SECRETAR DE STAT**

Nr. 14001 / M.R.P.
Data 29.12.2017

**Nr. FB 13206/28.12.2017**

**Stimată doamnă deputat,**

Referitor la întrebarea/interpelarea dvs. privind “programe de sănătate dedicate și măsuri concrete pentru săderea și eradicarea mortalității infantile”, vă comunicăm următoarele:

În perioada noiembrie-decembrie 2016 sub coordonarea Ministerului Sănătății, prin Agenția Națională de Programe de Sănătate și Direcția Generală de Asistență Medicală și Sănătate Publică și a Institutului Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu” București a avut loc la nivel național un larg proces de consultare a specialiștilor din DSP, și din spitalele județene implicați în coordonarea și furnizarea de servicii medicale pentru mama și copil și implemenetarea intervențiilor din Programul Național de Sănătate pentru Femeie și Copil. Au participat profesioniști clinicieni obstetricieni-ginecologi, neonatologi, pediatrii, specialiști ATI, specialiști din domeniul sănătății publice, personal tehnic nemedical implicat în implementarea programelor naționale de sănătate relevante, manageri.

Au fost invitați și au participat deasemenea reprezentanți ai Caselor de Asigurari de Sănătate și ai organizațiilor profesionale a medicilor de familie.

Acest proces de consultare a beneficiat de expertiză și suportul financiar al Reprezentanței Speciale UNICEF din România.

Organizarea acestor consultări sub forma unor întâlniri regionale în principalele centre universitare, pe grupe de județe a avut în vedere dorința de a da voce unui număr cât mai mare de specialiști astfel încât opiniile exprimate de aceștia să furnizeze o cât mai mare reprezentativitate pentru întregul sistem de îngrijiri materno-infantile, să permită un inventar cât mai cuprinzător al deficiențelor și barierelor curente și al soluțiilor de optimizare fezabile. În același timp, această abordare teritorială a fost gândită și pentru a permite evidențierea unor eventuale specificități regionale care ar necesita soluții adaptative loco-regionale.

Lucrările au fost organizate în 5 întâlniri regionale desfășurate în centrele universitare: Timișoara, Iași, Cluj și București (2) la care au participat județele limitrofe (Anexa 1).

Întâlnirile și-au propus să:

- evalueze starea de sănătate a mamei și copilului reflectată prin indicatorii demografici și indicatori principali ai stării de sănătate, precum și plasarea României în contextual UE și european în general prin prisma acestor indicatori;



**ROMÂNIA**  
**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**  
**SECRETAR DE STAT**

---

- evalueze realizarea indicatorilor de implementare a programului de sănătate a femeii și copilului;
- să identifice provocările cu care se confruntă sistemul public de sănătate pe diferitele sale paliere: legislativ, organizatoric, managementul serviciilor furnizarea de servicii specifice;
- să identifice cauzele colaterale de ordin social care influențează puternic starea de sănătate a acestui grup populațional, deosebit de sensibil la contextul social;
- să identifice soluțiile sistemice ce pot contribui la îmbunătățiri potențiale ce țin de functionalitatea și/sau de structura diverselor structuri publice din sectorul de sănătate implicate sub orice formă în asigurarea și promovarea sănătății gravidei și copilului în România, anume în instituții parte din rețeaua de servicii de sănătate și/sau în cele implicate în administrarea sistemului la nivel național sau subnațional.

Organizarea acestui proces la nivel național a fost determinat din necesitatea de a răspunde comandamentelor asumate prin Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 în cadrul *Obiectivului Strategic (OS) 1.1.: Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a mamei și copilului și reducerea riscului de deces infantil și matern.* Mai mult de atât, îmbunătățirea stării de sănătate materne și neonatale constituie una din nevoile de dezvoltare prioritate identificate ca atare în cadrul *Obiectivului Tematic 9. Promovarea incluziunii sociale, combaterea sărăciei și a orcărei discriminări* al Acordului de Parteneriat aferent perioadei de programare 2014-2020 agreat cu Comisia Europeană.

Implicarea UNICEF-România în organizarea și cofinanțarea acestor întâlniri este determinată de viziunea și misiunea sa instituțională de a fi un partener guvernamental cheie și un supporter al demersurilor menite să contribuie la incluziunea socială și reducerea disparităților legate de sănătate, al eforturilor menite să promoveze dreptul fundamental al copilului, implicit al gravidei, de a avea acces la servicii publice de sănătate.

**Deficiente si bariere in monitorizarea sarcinii, leuzei si a nou nascutului prin asistenta primara**

**Monitorizarea sarcinii**

Exista evidentele regionale ce confirma statistica de nivel national ce indica o acoperire suboptimala a femeilor gravide prin servicii de asistenta medicala si monitorizare prenatala la nivelul medicului de familie, acces nemultumitor la investigatii paraclinice indicate in sarcina si consult de specialitate.

Pe langa solutii legislative, pentru activitati preventive in domeniul sanatatii publice s-a propus teritorializarea medicilor de familie in zonele in care isi desfasoara activitatea si arondarea metodologica a acestora la spitalele teritoriale.

Analizele medicale de rutina necesare gravidei sunt doar scriptic disponibile si gratuite, accesul gravidelor fiind sever limitat de epuizarea rapida a fondurilor alocate lunar pentru investigatii paraclinice, fapt ce obliga nu rareori femeile sa-si plateasca din buzunar costul investigatiilor recomandate in cursul sarcinii. Pentru a creste accesul la servicii prenatale de calitate, profesionisti de diferite specialitati, unitati sanitare si



**ROMÂNIA**  
**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**  
**SECRETAR DE STAT**

---

regiuni au recomandat gasirea unor solutii astfel incat parte din fondurile CNAS alocate pentru investigatii de laborator sa fie rezervate pentru gravide.

Accesul la screeningului prenatal pentru anormalitati cromozomiale ramane limitat. Desi unii profesionisti au cerut includerea screeningului prenatal de trimestrul I (Dublu test) pe listele de gratuitati valabile pentru ambulatorul de specialitate si unitatile de nivel 2, accesul gratuit la dublu test ramane disponibil doar prin centrele de nivel 3.

In unele judete s-a adus in atentie faptul ca lipseste Carnetul gravidei, asa ca acesta nu poate fi distribuit. Din discutiile cu specialistii IOMC si MS s-a ajuns la concluzia ca in astfel de situatii deficienta tine de Directia de Sanatate Publica care nu a facut solicitarile necesare pentru aprovizionarea din stocul existent la IOMC si /sau de lipsa de comunicare pe aceasta tema intre furnizorii de servicii si Directia de Sanatate Publica Judeteană. Este drept ca multi furnizori refuza consemnarea in carnetul Gravidei ( aprobat prin Ordin al MS) doarce aceasta prestatie nu este prevazuta in Contractul Cadru.

**Provocari legate de accesul la servicii ale gravidei**

Includerea unei gravide pe lista unui medic de familie pentru a putea beneficia de pachetul minim garantat este birocratica si necesita documente medicale si administrative frecvent inutile. S-a propus ca o femeie care se declara gravida si sarcina este confirmata de catre medicul de familie sa fie inclusa automat pe lista si sa beneficieze de toate drepturile unei persoane asigurate .Numarul anual de gravide este mic si includerea in categoria asiguratilor nu ar putea avea o influenta financiara negativa asupra bugetului de asigurari. Sunt Case de Asigurari care solicita confirmarea sarcinei de catre specialist pntu a puta fi inclusape o lista de asigurati ceace presupune deplasara gravidei din rural la oras, plata consultatiei ( pana sa se constatate ca este gravida daca nu este asigurata este considerata consultatie la cerere)

In pachetul minim sunt prevazute gratuitate pentru analize specifice sarcinei. In principiu acestea sunt mentionate in Metodologia Consultatiei prenatale aprobate prin Ordin al MS,dar se refera strict la investigatii primare cu rol de screening.O gravida cu risc ce necesita analize mai in detaliu pentru diagnostic daca era asigurata prin plata asigurarii nu prin starea de graviditate poate beneficia de orice analiza de care este nevoie pentru clarificarea diagnosticului,o beneficiara de pachet minim ce face,deoarece sunt case care nu deconteaza astfel de analize deoarece nu sunt "specifice".

**Monitorizarea sanatatii nou nascutului si sugarului**

Capacitatea redusa a familiei de a ingriji la domiciliu un nou nascut,sugar si in special un prematur cu risc crescut - spre exemplu a unui copil cu greutate la nastere de sub 1000-1500gr. - este in relativ frecvente cazuri cauza deceselor inregistrate la domiciliu la acest tip de nou-nascuti externati din spital in conditii bune. Se anuleaza astfel parte din progresele semnificate obtinute in ultimii ani in viabilizarea prematurilor cu risc, realizari devenite posibile in ultimii ani pe seama imbunatatirilor aduse retelei de servicii de specialitate. Consumul de resurse investite in salvarea unor astfel de cazuri este substantial. In mod logic s-ar impune identificarea de solutii eficace, conceperea unor interventii care sa vizeze paritii unor astfel de copii, asa incat sa se maximizeze pe termen lung rezultatele favorabile ale eforturilor facute in sistem cu salvarea unor astfel de



**R O M Â N I A**  
**MINISTERUL SĂNĂȚĂII**  
**SECRETAR DE STAT**

---

produsi de concepție cu risc crescut. Plata vizitelor la domiciliu prin plata per serviciu și limitarea lor nu corespunde adesea necesităților de servicii medicale pentru nou născut și sugarul mic.

Asistentele medicilor de familie își desfășoară o mare parte din activitate în cabinet, frecvent cu activități nemedicale, rolul acestora de consiliere cu suport la domiciliu s-a diminuat foarte mult în ultimii ani.

Asistentele medicale comunitare o soluție benefică complementară activității cabinetului medicului de familie în special în aria de servicii preventive sunt încă în număr redus atât la nivel național cât și la nivelul comunităților.

În concluzie urmărirea gravidei/lehuzei la nivelul medicinei primare este considerată de participanți ca fiind nesatisfăcătoare, fapt ce îngrijorează și preocupă atât specialiștii din sănătatea publică cât și cei ce furnizează servicii directe la nivel terțiar.

**Cadrul legislativ/normativ și tehnic ce guvernează diferite paliere al serviciilor de sănătate**

În cursul consultărilor au fost identificate o serie de **îmbunătățiri posibile ale cadrului de reglementare ce vizează domeniul esențial**, precum: funcționarea autorităților de sănătate publică, a programelor naționale de sănătate și chiar a contractului cadru, funcționarea unităților sanitare în sistem regional, structura și funcționalitatea direcțiilor de sănătate publică județeană (ex.: implicarea direcțiilor de sănătate publică în auditarea calității serviciilor), revizuirea unor standarde de personal, dotare și competențe (ex. clasificarea competențelor între specialități și pe nivele de competență), etc.

**Accesul gravidelor la servicii specifice**

→ Poate cel mai important aspect pentru care s-a sugerat amendarea reglementărilor este statutul gravidei din perspectiva Contractului Cadru semnat de furnizorii de servicii aflați în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate

→ S-a emis opinia că există legislație favorabilă gravidei care nu se aplică din păcate, respectiv OMS 458/2004 privind ameliorarea accesului gravidelor la investigații paraclinice și consultări de specialitate, care conferă regim de urgență gravidei (pentru consultația prenatală și investigațiile paraclinice). De altfel, participanții au solicitat amendarea legislației în vigoare așa încât să se atribuie gravidei un statut similar cu al urgențelor, iar pentru decontarea investigațiilor paraclinice efectuate gravidei să existe fonduri rezervate așa încât să fie asigurate cu adevărat gratuitățile stipulate prin Contractul Cadru. O atare modificare este considerată ca fiind necesară pentru a crește compliancea gravidei la monitorizarea prenatală și pentru diminuarea disparităților socio-economice în accesarea serviciilor prenatale gratuite la care este îndreptățită prin lege. Chiar dacă aparent problema este rezolvată și mesajul că atare a fost preluat de participanți, este nevoie totuși ca un jurist să se pronunțe, să verifice dacă OMS 456/2004 este încă în vigoare în fapt, sau dacă devenit caduc prin adoptarea Legii 95/14.04.2006 privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare și/sau prin legislația privind contractul cadru.



**ROMÂNIA**  
**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**  
**SECRETAR DE STAT**

---

→ Au fost propuse și îmbunătățirea cadrului de reglementare privind înregistrarea cazurilor de deces materno-infantil, dar și completarea acestuia în scopul introducerii obligativității raportării și de către unitățile medicale private.

**Din perspectiva ghidurilor de practică** pentru furnizorii de servicii au fost identificate provocări pe mai multe paliere:

Clinicienii au subliniat **nevoia de metodologii și instrumente care să sprijine elaborarea de protocoale personalizate**, adaptate gradului de competență operațională al unităților sanitare. Protocoalele sunt cu atât mai importante pentru clinicieni cu cât în absența unui ghid clinic aplicabil unui potențial caz de malpraxis, analiza cazului se face în funcție de respectarea protocolului.

#### **Calitatea serviciilor**

Specialiștii ai direcțiilor de sănătate publică s-au plâns de faptul că *"legislația în vigoare nu le permite intervenția în cazul în care le sunt adresate cereri sau reclamații din partea pacienților privind probleme legate de acces [la servicii]"*. Practic aceștia se tem să se implice în soluționarea unor astfel de cazuri considerând că se expun la riscul de a fi învinuiți de intervenții ilegale (de tipul trafic de influență sau abuz în serviciu) atunci când intervin în favoarea asigurării accesului la servicii a unor pacienți nemulțumiți. Consideră că legislația nu îi sprijină și îi lasă expuși în cazul în care oferă încercarea o soluționare, mulți ezitând să se implice sau risca recurgând în interesul pacientului la un „sprijin informal” în baza relațiilor bune cu colegii clinicieni din județ.

Profesioniștii din autoritățile de sănătate județene și a municipiului București, în special cei implicați în implementarea programelor naționale de sănătate au reclamat lipsa suportului legislativ care să îi sprijine în privința verificării calității serviciilor furnizate de către implementatori. Notabil, la modul ideal monitorizarea calității serviciilor materno-infantile ar trebui efectuată pe baza unei metodologii unitare.

Este evident faptul că atribuțiile specifice ale diferitelor departamente și compartimente ale direcțiilor de sănătate publică au fost insuficient de clar stipulate, fapt ce poate induce suprapuneri sau chiar conflicte de competențe, utilizarea ineficientă a resurselor umane, coordonare și colaborare greoaie între profesioniștii implicați în control, monitorizare, evaluare, implementare, sau similar.

S-a apreciat că Direcțiile de sănătate publică ar trebui să dețină și ele un rol mai important în auditarea calității serviciilor la toate nivelele asistenței medicale. În viziunea participanților la consultare – în afara clarificărilor conceptuale ale terminologiei aplicabile și a precizărilor legislative necesare – sprijinirea personalului de nivel județean trebuie să înceapă cu creșterea capacității instituționale și asigurarea know-how-ului necesar sub forma de metodologii clare, instrumente standardizate, tehnici de evaluare, pregătirea de specialitate a personalului în sistem unitar și organizat.

#### **Funcționalitatea Direcțiilor de Sănătate Publică**

→ Majoritatea DSP-urilor se confruntă cu un **deficit important de personal de specialitate** implicat în implementarea programelor naționale de sănătate, inclusiv a intervențiilor privind mama și copilul, în special personal medical cu pregătire superioară relevantă. Situația este oarecum paradoxală atâta timp cât, pe de-o parte, programele



**ROMÂNIA**  
**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**  
**SECRETAR DE STAT**

---

nationale de sanatate sunt instrumentele guvernamentale prin care se doreste sa se dea raspuns unor probleme de sanatate publica considerate ca fiind de importanta crescuta, domenii pentru care se fac alocari bugetare speciale substantiale. Pe de alta parte, implementarea cu eficacitate si eficienta maximala a acestor programe poate fi pusa la risc de lipsa personalului suficient care sa coordoneze, managerieze si/sau monitorizeze/evalueze pe plan judetean activitatile aferente.

Pare ca deficitul de personal este mai frecvent intalnit in compartimentul de asistentă medicală și programe de sănătate si cel pentru mama si copil, inasa mai putin frecvent in cadrul serviciului de control în sănătate publică. Exista situatii in care in DSP nu exista un medic specialist disponibil pentru derularea activitatilor privind mama si copilul, activitatea aferenta domeniului fiind derulata de un asistent medical, dar si situatie in care nu exista practic un compartiment mama-copil si nici o persoana desemnata pentru a se ocupa de acest domeniu. A fost mentionat si cazul in care din lipsa personalului, profesionisti din cadrul serviciului de control în sănătate publică le-au fost delegate atributiuni legate de managementul componentei mama si copil.

Daca in ceace priveste monitorizarea situatiei epidemiologice, DSP si-au prezervat rolul traditional, acvtivitatea de integrare a serviciilor prin prisma starii de sanatate din teritoriul de competenta ,monitorizare accesului, si mai ales a calitatii seerviciilor este in prezent mult diminuata.

### **Spitalele**

Cu probleme similare in privinta resursei umane se confrunta si maternitatile practic pentru toate specialitatile pediatrice, dar nu numai. Exista judete lipsite practic de neonatolog (ex. Calarasi), sau judete in care nu pot fi acoperite liniile de garda la pediatrie (ex. arhicunoscut al judetului Tulcea).

Deficitul de personal afecteaza in numeroase maternitati din mai multe judete capacitatea unitatii sanitare de furnizare de servicii de calitate.

Sunt practic impiedicate activitatile de perfectionare, educatia medicala continua a medicilor intrucat in astfel de cazuri inrolarea unor specialisti in programe de formare cu durata de 2-3 luni ar presupune eventual inchiderea sectiei pe perioada respectiva, in conditiile in care exista un singur specialist pediatru in sectia respectiva.

Deficitul de resursa umana incarca de fapt sistemul de sanatate cu o povara financiara suplimentara si cu eforturi evitabile. In lipsa posibilitatii de a acoperi liniile de garda cu specialistii necesari, exista situatii in care dupa programul de lucru zilnic (dupa ora 14), cazurile ce nu pot fi pastrate in siguranta la UPU sunt automat transferate. Exemplul se refera la cazul special al judetului Tulcea. Probabil ca o analiza de cost ar evidentia masura in care se irosesc in astfel de situatii resurse financiare importante.

**Regionalizarea initiala a serviciilor pentru gravida si nou nascut a constituit un pas extrem de important atat la nivel conceptual cat si ca rezultat practic. Fluxul gravidelor cu risc si a nou-nascutilor cu patologii grave a inceput sa functioneze intre unitati de diferite grade. Regionalizarea a permis concentrarea rsurselor umane si echipamentelor medicale in unitati puternice, de referinta, care pot face fata unei patologii grave.**



**ROMÂNIA**  
**MINISTERUL SĂNĂȚĂII**  
**SECRETAR DE STAT**

---

Unele maternitati au progresat la capitelele resursa umana disponibila, capacitati de diagnostic si/sau tratament disponibile, si/sau conditiilor hoteliere, etc. ce ar permite reclasificarea maternitatii la un nivel superior. Altele au inregistrat un regres, nu au resurse care sa permita rezolvarea cazurilor compatibile cu nivelul 2. Se impune ca reclasificarea maternitatilor ce este in curs sa fie finalizata cat mai repede. A fost sesizata deasemenea insuficienta paturilor de TI pentru nou nascut in anumite zone in special in sudul Romaniei. In Municipiul Bucuresti atat maternitatile cat si sefrviciile de pediatrie sunt fie in subordinea ministerului sanatatii fie in subordinea primariei generale. Fiecare unitate isi adapteaza structurile dupa conceptii si necesitati proprii, nexistaind institutia integratoare a necesarului de paturi, echipamente, pe o zona care sa cuprinda intreg Municipiul Bucuresti cat si judetele limitrofe. Transferul unui caz grav catre o unitate specializata constitue relativ frecvent o problema si se rezolva adesea prin interventii mai mult sau mai putin personale. Aceasta conduce ca in continuare nou nascuti cu greutate mica la nastere sa ramana in unitati de nivel I si/sau II.

S-a sesizat lipsa unei reglementari privind regionalizarea ingrijirilor de terapie intensiva pentru pediatrie conform modelului existent de cativa ani la maternitati in special pentru copii care necesita investigatii de specialitate complexe sau suport ventilator.

O problema extrem de acuta se refera la insuficienta serviciilor de chirurgie cardiovasculara si neurochirurgie pentru copii.

**Asistenta medicala comunitara, potential inca nevalorificat pe deplin pentru sanatatea materno-infantila**

Profesionistii din teritoriu s-au declarat inca nemultumiti de consecintele descentralizarii serviciilor de asistenta medicala comunitara si de transferul functionarii acestora in cadrul serviciilor publice de asistentă socială sub coordonarea autorităților administrației publice locale sau în aparatul de specialitate al primarului, conform reglementarilor promovate in anul 2008, cu modificarile si completarile anterioare finalului anului 2016. S-au pronuntat in sensul ca asigurarea salarizarii de catre autoritatilor publice locale prin transferuri de la bugetul Ministerului Sanatatii confera o autoritate excesiva autoritatilor administrative locale, diminueaza capacitatea de coordonare tehnica din partea autoritatilor de sanatate, cu efecte uneori chiar detrimentale pentru indeplinirea rolului si responsabilitatilor normale ale asistentilor medicali comunitari si, implicit, cu efecte detrimentale pentru interesele legate de sanatate ale comunitatii. O consecinta descentralizarii a fost initial reducerea numărului și asa insuficient de furnizori de asistentă medicală comunitară, dar si diminuarea calității serviciilor furnizate, cu atat mai mult cu cat cheltuielile legate de activitatea curenta au ramas practic descoperite printr-o omisiune normativa necorectata ulterior.

De mentionat ca la momentul consultarilor se afla in parcurs consultativ/deliberativ o revizuire a legislatiei privind asistenta medicala comunitara, care s-a concretizat in Ordonanță de Urgență nr.18/27.02.2017 publicata in M.Of. nr.154/1.03.2017, lege menita sa sustina un consolidarea si dezvoltarea asistentei





**ROMÂNIA**  
**MINISTERUL SĂNĂȚĂII**  
**SECRETAR DE STAT**

---

medicale comunitare prin integrarea serviciilor la nivel comunitar și definirea centrelor comunitare integrate

Autoritățile locale de sănătate și specialiștii clinicieni au formulat aprecieri favorabile privind activitatea asistenților medicali comunitari și necesitatea susținerii acestei categorii profesionale în continuare. De fapt serviciile medicale comunitare nu sunt o noutate pentru România, acestea având o veche tradiție și rezultate notabile într-o perioadă când serviciile medicale erau concentrate în spitale și mai ales în orașe. Desființarea lor odată cu desființarea dispensarelor medicale a fost considerată ca o eroare și participanții au recunoscut eforturile Ministerului Sănătății de a reintroduce acest serviciu atât de necesar mai ales în rural.

**Moasele, o categorie de profesioniști ce poate contribui la îmbunătățirea sănătății materno-infantile și eficientizarea sistemului public de sănătate**

Consultările au evidențiat faptul că există deja câteva generații noi de moase licențiate care din păcate au fost suboptimal integrate și folosite în sistemul public de sănătate, confruntat cu propriile inerii și reticente la schimbare, o rezistență la schimbare a sistemului oarecum similară altor situații (ex. planificarea familială). Întârzierile în amendarea lacunelor legislative și absența unor norme de practică, ghiduri și protocoale explică în mare măsură acest blocaj. Se constată că rolul moaselor în comunitățile rurale și urbane devine mai acceptat și evident necesar/util, mai ales într-o țară caracterizată de rate încă mari ale mortalității materno-infantile și disparități importante pe criterii socio-economice și de locuire (rural-urban).

Actualele moase licențiate pot fi de un real folos medical și economic în sprijinul serviciilor medicale ambulatorii în domeniul sănătății reproducerii – servicii de planificare familială, servicii prenatale, screening cancer genitomamar. Consultările au arătat că în județele cu deficit mare de medici specialiști, deschiderea către integrarea moaselor inclusiv în ambulatoriul de specialitate a spitalelor pare a fi mai mare (pentru degrevarea parțială a specialiștilor numeric deficitari).

Monitorizarea sarcinii nepatologice, îngrijirea postpartum a leuzei și nou-născutului, facilitarea legăturii între pacient și alte servicii medico-sociale precum referirea la specialist a cazurilor care dezvoltă complicații medicale, precum și un rol informativ-educativ prin implicarea în educarea pe tematica reproductivă a femeii de vârstă fertilă și a prevenirii sarcinilor nedorite în rândul adolescentelor din comunitate. Elaborarea de către MS a reglementărilor care să permită și/sau să oblige organizarea în ambulatoriile spitalelor de cabinete care să ofere serviciile listate mai sus în cadrul contractelor cu casele de asigurări ar crește atât accesibilitatea și ar scădea concomitent costurile.

Participanții consideră că și asistarea nasterii naturale poate să constituie un serviciu oferit de către moase licențiate. Au fost propuneri care consideră că pentru anumite proceduri și servicii medicale mai complexe moasele licențiate după absolvirea universității să poată fi incluse într-un program de training similar sistemului de rezidențiat dar adaptat ca durată și conținut la nevoile concrete.



**ROMÂNIA**  
**MINISTERUL SĂNĂȚĂII**  
**SECRETAR DE STAT**

---

Definirea unui concept pragmatic si fezabil in Romania s-ar putea dezvolta prin analiza si adoptarea/adaptarea unuia dintre modelele practicate in Europa - completarea legislatiei nationale existente in contextul legislatiei europene in vigoare, elaborarea normelor, ghidurilor si protocoalelor de practica necesare in noul context, in cadrul unui proces participativ coordonat de catre Ministerul Sanatatii.

**RECOMANDARI**

1. gravidele sa fie considerate persoane asigurate in sistemul public de asigurari si sa aiba toate drepturile unui asigurat la servicii medicale , pentru afectiuni ale sarcinii, concomitente cu sarcina sau determinate de sarcina sau leuzie; acces complet la pachetul de baza in ambulator si in cazul spitalizarii indiferent daca contribuie sau nu la sistemul de asigurari
2. stabilirea prioritatii absolute, fara liste de asteptare , pentru gravida la consulturi ambulatorii de specialitate , investigatii de laborator sau paraclinice
3. generalizarea serviciilor medicale comunitare, prin asistente comunitare - complementar la serviciile medicilor de familie - ( servicii medicale de proximitate) in special in mediul rural, destinate cu precadere populatiei vulnerabile, populatie ce furnizeaza rate crescute de prematuritate si morbiditate asociata
4. pentru cresterea capacitatii de acces si diminuarii costurilor , organizarea in ambulatoriile maternitatilor de cabinete destinate consultatiei prenatale, manageriate de catre moase licentiate in cooperare cu medicii obstetricieni
5. initierea unui act legislativ privind subventionarea transportului la consulturi de specialitate pentru gravidele din grupurile vulnerabile
6. reanalizarea ROF a DSP si stabilirea de atributii privind monitorizarea starii de sanatate, controlul calitatii serviciilor medicale in special la nivelul asistentei primare precum si stabilirea in organigrama a unei structuri cu atributii de coordonare a serviciilor de sanatate pentru mama si copil, inclusiv a programului de sanatate aferent
6. revitalizarea programului de planificare familiala in termeni de finantare si formarea apersoanelului din asistenta primara, pentru diminuarea sarcinilor la adolescente si respectarea intervalului intergenezie
7. adaptarea ordinelor Ministrului Sanatatii privind analiza mortalitatii infantile a copilului 1-4 ani si a mortalitatii materne la actuala structura a organizarii serviciilor medicale, cu centrare pe evidentierea cauzelor si serviciilor medicale ce trebuie sa fie dezvoltate
8. reevaluarea capacitatilor de asigurarea a serviciilor specializate in maternitatile tertiare, respectiv numar de paturi, personal, echipament si resurse finaciare astfel ca sa poata rezolva cazurile de patologie a sarcinii si asistenta a copilului cu greutate mica la nastere din teritoriul arondat
9. reglementarea de o maniera similara cu regionalizarea maternitatilor a ingrijirilor de urgenta si terapie intensive pentru copii
10. adaptarea cadrului organizatoric si metodologic privind accesul la consulturile de specialitatea obstetrica in sistemul public pentru gravide in special pentru cele ce apartin populatiei defavorizate (organizarea in structura maternitatilor a unor cabinete de



**ROMÂNIA**  
**MINISTERUL SĂNĂȚĂȚII**  
**SECRETAR DE STAT**

---

consultatii ambulatorii pentru servicii prenatale si incadrarea in aceste cabinete a moaselor licentiate

11.crearea cadrului metodologic de sprijin profesional si evaluarea a serviciilor oferite, intre maternitatile regionale si maternitatile din teritoriile arondate ("indrumare metodologica")

12.imbunatatirea calitatii produsului de conceptie prin dezvoltarea serviciilor de diagnostic si sfat genetic, precum si a diagnosticului la nastere prin extinderea screningurilor neonatale.

Cu deosebită considerație,

**SECRETAR DE STAT**  
**DAN DUMITRESCU**

**Doamnei deputat Ciofu Tamara Dorina**  
**Camera Deputaților**