

## **PROPUNERE LEGISLATIVĂ**

**privind înființarea, organizarea și funcționarea Centrelor de nașteri pe teritoriul  
României**

### **EXPUNERE MOTIVE**

#### **Secțiunea 1. Titlul proiectului de act normativ**

Prezentul proiect de act normativ instituie posibilitatea înființării Centrelor de nașteri pe teritoriul României și stabilește condițiile de organizare și funcționare a acestora. Prezentul proiect de lege are denumirea de „Propunere legislativă privind înființarea, organizarea și funcționarea Centrelor de nașteri pe teritoriul României”.

#### **Secțiunea 2. Contextul elaborării proiectului de act normativ. Motivele și obiectivele propunerii**

##### **1. Descrierea situației actuale**

Pentru majoritatea femeilor și familiilor, travaliul și nașterea reprezintă o perioadă de emoție dar și de incertitudine și anxietate. Astfel cum este binecunoscut, nașterea reprezintă o tranziție majoră în viața unei femei. Amintirile și experiențele travaliului și ale nașterii rămân prezente de-a lungul vieții, ceea ce înseamnă că sprijinul și îngrijirea pe care o primește femeia în acest timp sunt critice. Scopul general al îngrijirii femeilor în timpul travaliului și nașterii, în special al celei pe cale naturală, este de a genera o experiență pozitivă pentru femei și familiile lor, menținând în același timp sănătatea femeilor și sănătatea copiilor lor, prevenind complicațiile și răspunzând la situațiile de urgență. În acest context, apreciem că rolul moașei este fundamental.

Multe elemente influențează îngrijirea pe care o primește o femeie în timpul travaliului și a nașterii, cu precădere în cazul nașterii pe cale naturală; acestea includ modele de personal (în special, moașele), politici și proceduri standard, precum și atitudinile și așteptările

furnizorilor de servicii medicale. Acestea reflectă, la rândul lor, cultura locală și interacțiunea dintre politicile naționale, regionale și profesionale - toate fiind guvernate de credințe, tradiții și norme stabilite.

Concentrarea asupra nașterii ca un eveniment medical, mai degrabă decât personal, riscă să reducă la minimum importanța sprijinului, a consilierii și a atașamentului, precum și a naturii sănătoase a evenimentului pentru majoritatea femeilor.

Astfel cum este prevăzut în Ghidul din 9 august 2019 privind asistența nașterii în prezentația craniană, emis de Ministerul Sănătății, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 738 bis din 10 septembrie 2019, este important ca toți cei care oferă asistență medicală maternă și neonatală să se angajeze să promoveze și să susțină nașterea pe cale naturală, susținută de cele mai bune dovezi clinice la nivel internațional și, totodată, este esențial ca intervențiile asupra mamei și asupra nou-născutului să apară numai atunci când motivele pentru a face acest lucru sunt bine documentate și bazate pe dovezi. În mod similar, mama, cu privire la îngrijirea ei sau părinții, în ceea ce privește îngrijirea copilului, trebuie să fie informată / informați cu privire la riscurile și beneficiile alegerilor lor, precum și la orice alternativă la acestea.

Din nefericire, România are cea mai mare rată de mortalitate maternă și infantilă din Europa, dar și de sarcini nesupravegheate și de sarcini în rândul adolescentelor. Potrivit Institutului Național de Statistică, în 2015, rata mortalității infantile era de 8 la mie, de aproape două ori mai mare decât rata medie a Uniunii Europene. În același an, numărul femeilor care au născut fără nicio vizită medicală pe durata sarcinii a fost de 41.000, unele din cauza sărăciei, altele din cauza accesului dificil la cabinetele medicilor. Alte 18.500 de mame erau adolescente. Din fericire, însă, aceste probleme ar putea fi prevenite cu ajutorul intervenției moașelor. Rolul lor este să asiste sarcina aflată în parametri normali, să urmărească și să asiste nașterea pe cale naturală, să îngrijească mama și nou-născutul cel puțin în perioada de lăuzie, să recunoască eventualele complicații medicale și să ajute la prevenirea sarcinilor nedorite în rândul adolescentelor.

În România, în anul 2016, exista un număr de numai 1000 de moașe licențiate. În prezent, moașele nu pot fi integrate în sistemul de îngrijiri din cauza legislației lacunare; deși, în țările Uniunii Europene, asistența oferită de moașă este o practică firească, în România încă nu există norme de practică, ghiduri și protocoale profesionale care să reglementeze clar această profesie și rolul său bine delimitat sau să ofere o paletă largă de atribuții corespunzătoare, astfel cum acestea sunt prevăzute în legislația statelor din Europa.

Din păcate, în România, atunci când o femeie află că este însărcinată, practica e de a apela de îndată la doctor, începând o lungă listă de lucruri care, în înțelesul femeilor de astăzi, “trebuie” bifate: consultații la ginecolog/ obstetrician, numeroase ecografii, analize, griji și neliniști adesea inutile, toate culminând cu o naștere excesiv de medicalizată, care, în cele mai multe cazuri, implică destule frustrări și consecințe dintre cele mai negative asupra psihicului mamei. Si nu se termină toate aici, întrucât în prezent, în România, nu este generalizată starea de normalitate, ca un bebeluș sănătos să poată sta din prima zi alături de mama lui, acolo unde îi este locul.

Astfel cum vom prezenta în secțiunea următoare, atunci când este vorba despre o naștere pe cale naturală și fără complicații – cum, de altfel, sunt majoritatea -, în țări precum Austria, Belgia, Olanda, Marea Britanie etc, moașele sunt cele care le monitorizează femeilor sarcina, le asistă la naștere și în perioada imediat următoare.

Deocamdată, în țara noastră, personalul din sala de nașteri constă într-un mix între asistente de obstetrică, medici și moașe, însă, în practică, moașele au rolul de a fi numai un spectator la naștere. Numărul moașelor din România este extrem de redus în comparație cu nevoile existente la nivel național, iar cele care lucrează deja de ani buni în sala de naștere au nevoie de reale oportunități pentru a putea deveni moașe licențiate. Din nefericire, în România, Ministerul Sănătății, alături de Ministerul Muncii și cel al Educației nu facilitează accesul acestor profesioniști către obținerea licenței de moașă. În același timp, deși există deficit de moașe în sistemul sanitar, 6 dintre cele 9 facultăți de moașe s-au închis în ultimii ani. Concluzia este că, în România, formarea în domeniu este mult îngreunată, de altfel, și exercitarea profesiei, deși suntem un stat membru UE și profesia de moașă ar trebui să fie reglementată similar în toate statele membre UE.

## **2. Reglementări existente la nivelul UE și la nivelul statelor membre**

La nivelul UE, este în vigoare Directiva 2005/36/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 7 septembrie 2005 privind recunoașterea calificărilor profesionale, în temeiul căreia statele membre au avut obligația să transpună, să se conformeze la prevederile acesteia și să notifice Comisiei Europene măsurile întreprinse în acest sens până la data de 20 octombrie 2007, dată de la care sunt abrogate directivele 77/452, 77/453, 80/154 și 80/155. Prevederile Directivei au fost transpuse în România prin intermediul Ordonanței de Urgență nr. 144 din 28

octombrie 2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu modificările și completările ulterioare.

Deși Directiva are ca obiect recunoașterea de către statele membre a calificărilor profesionale obținute în alte state membre (în UE și, cu anumite adaptări, în celelalte state din Spațiul Economic European și Elveția), aceasta nu are ca obiect și recunoașterea de către statele membre a deciziilor de recunoaștere luate în temeiul prezentei directive de alte state membre. În consecință, o persoană care posedă calificări profesionale recunoscute în temeiul prezentei directive nu se poate prevala de această recunoaștere pentru a obține, într-un stat membru de origine, drepturi diferite de cele pe care i le conferă calificarea profesională pe care a obținut-o în respectivul stat membru, cu excepția cazului în care face dovada că a obținut calificări profesionale suplimentare în statul membru gazdă.

Mai mult decât atât, ansamblul atribuțiilor, drepturilor și obligațiilor conferite profesiei de moașă în România prin Ordonanța de Urgență care transpune prevederile Directivei diferă de setul de atribuții, drepturi și obligații conferite profesiei de moașă din alte state membre UE.

În plus, în contradicție cu sistemul din România, cele mai multe dintre statele membre ale UE permit femeii să își aleagă locul unde are loc nașterea pe cale naturală, în cazul sarcinii care nu prezintă risc: fie la domiciliu, fie la centre special amenajate, sub directă supraveghere, îndrumare și asistare a moașelor, fie la spital, sub îndrumarea doctorului.

## **2a. Rolul moașelor și existența instituțiilor de nașteri specializate (distincte de spitale) în Austria**

În Austria, în conformitate cu legislația în vigoare, moașele sunt responsabile cu asistarea la naștere și urmărirea sarcinii normale (fără risc), însă în practică, moașele împart responsabilitățile împreună cu medicii ginecologi / obstetricieni. În caz de complicații în timpul sarcinii / nașterii, moașele au îndatorirea de a contacta medicii, situație în care rămân alături de el în tot procesul pre-naștere, naștere și post-naștere.

Moașa trebuie să fie mereu prezentă în timpul nașterii, fiind interzisă prin lege nașterea fără asistența moașei. În Austria, *părinții au dreptul de a alege între nașterea în cadrul unui*

*spital, la domiciliu sau într-o maternitate clinică, acestea din urmă fiind instituite prin lege ca instituții independente, ceea ce înseamnă că nu fac parte din spitale.*

Studiul intitulat „A ten-year study of midwife-led care at an Austrian tertiary care center: a retrospective analysis with special consideration of perineal trauma”<sup>1</sup>, efectuat asupra unui număr de 2123 de femei îngrijite de moașe în cazul sarcinilor fără risc, a indicat faptul că managementul îngrijirii conduse de moașă a demonstrat o scădere semnificativă a intervențiilor, inclusiv utilizarea oxitocinei ( $p < 0,001$ ), ameliorarea durerii medicale ( $p < 0,001$ ) și ruperea artificială a membranelor (ARM) ( $p < 0,01$ ), precum și mai puține epiziotomii ( $p < 0,001$ ), comparativ cu îngrijirea condusă de obstetricieni. Mai mult, în cazul nașterilor asistate de moașe, nu s-au observat efecte negative asupra rezultatelor materne sau neonatale. Studiul enunțat a confirmat că îngrijirea condusă de moașă conferă beneficii importante și nu cauzează rezultate adverse pentru mamă și copil. Rezultatul obstetric favorabil evidențiază în mod clar importanța selecției îngrijirilor obstetricale, pe baza evaluării prealabile a riscurilor. Prin urmare, inițiatorii studiului susțin pe deplin recomandarea ca îngrijirea condusă de moașă să fie oferită tuturor femeilor cu risc scăzut și ca mamele să fie încurajate să folosească această opțiune. Cu toate acestea, recomandarea pentru Austria este de extindere a modelului de îngrijire prin intermediul moașelor și de creare a unor noi unități de îngrijire conduse de moașă în cadrul spitalelor.

În ceea ce privește decontarea serviciilor, în general, în Austria, femeia însărcinată are dreptul la tratament gratuit asigurat de medic, precum și la asistența unei moașe (Vertragshebamme) în timpul sarcinii și după naștere. O femeie trebuie să aibă un Mutter-Kind-Pass, care conține informații despre controale. Femeia are nevoie de această broșură pentru indemnizația de maternitate. Dar este, de asemenea, *posibil să fie aleasă o moașă privată (Wahlhebamme)*. În această situație, femeia însărcinată plătește moașa pentru serviciile prestate și are posibilitatea de a solicita maximum 80% din costuri din sistemul social de asistență medicală. Mai mult, femeia are dreptul la medicamente, la rambursarea costurilor pentru livrarea la spital și la îngrijirea la domiciliu. De asemenea, ea poate obține o asigurare pentru îngrijirea suplimentară de către moașe, prin intermediul asigurării private suplimentare.

## **2b. Rolul moașelor în Belgia**

---

<sup>1</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5644072/>

În Belgia, *părinții pot alege unde va avea loc nașterea: fie că este vorba de domiciliul acestora, fie de spital (sub îndrumarea doctorului), fie de maternitate*. În anul 2000, aproximativ 600 de nașteri aveau loc la domiciliul mamei. În conformitate cu Decretul regal din 1 februarie 1991 privind exercitarea profesiei de moașă, emis de Albert al II-lea, regele belgienilor, sarcina normală și nașterea eutocică sunt toate fenomenele fiziologice, mecanice și psihologice care duc la expulzarea spontană, la termen, a fătului. Potrivit prevederilor Decretului enunțat, titularul titlului profesional de moașă autorizat să practice în Belgia profesia de moașă sau să presteze serviciile în acea țară în calitate de moașă, este împuternicit să își asume sub responsabilitatea sa supravegherea femeilor însărcinate pentru care a fost exclusă o sarcină cu risc ridicat, să asiste nașterea al cărei curs va fi cel mai probabil eutocic și deține responsabilități de îngrijire și susținere a mamei și copilului în perioada normală postpartum. Așadar, moașa oferă îndrumare și sprijin în timpul nașterii. Moașa este implicată indiferent dacă se optează pentru naștere la domiciliu, naștere într-un spital sau într-o maternitate. Moașa oferă îngrijiri medicale după naștere și oferă sprijin și informații părintelui sau părinților în perioada postpartum, inclusiv sfaturi și instrucțiuni privind alăptarea. În Belgia, moașa adoptă o abordare holistică a sarcinii, nașterii și a perioadei postpartum. Aceasta înseamnă că, pe lângă examinările și testele medicale, ea acordă atenție aspectelor psihologice, emoționale și sociale ale sarcinii, nașterii și perioadei postpartum. Moașa este, așadar, nu numai un expert medical, ci oferă îndrumări viitorilor părinți, oferindu-le informații și sprijin. În afară de aceasta, moașa este o persoană în care viitorii părinți se pot încrede, o sursă de căldură și liniște: un atu valoros în această perioadă foarte specială din viața oricărei femei.

În Belgia, moașele au încheiat acorduri cu companiile de asigurări de sănătate și, astfel, acestea primesc o plată suplimentară pentru muncă în timpul sărbătorilor și weekendurilor, iar o a doua moașă primește acum o plată mai mare pentru nașterile la domiciliu. Datorită recunoașterii rolului lor și rambursărilor fiind mai realiste, tot mai multe moașe încep să practice ca moașe independente.

### **2c. Rolul moașelor și existența hotelurilor speciale, de tip maternitate în Olanda**

În Olanda, există o împărțire clară a sarcinilor moașelor în îngrijirea primară și secundară, bazată pe dihotomia dintre fiziologie și patologie. Moașa din asistența medicală primară asistă sarcina și nașterea normală. Ea se ocupă de prevenirea și selecția patologiei. În cazul unei sarcini sau a unei nașteri cu risc crescut, moașa se consultă și / sau se adresează unui ginecolog din asistența medicală secundară. Profesia de moașă este protejată încă din 1995

printr-o lege privind asistența medicală individuală (BIG), în conformitate cu care competențele moașelor sunt constituționalizate, iar atribuțiile lor, reglementate. Conform descrierii Organizației Regale Olandeze a Moașelor (KNOV), moașa este medical responsabilă pentru îngrijirea prenatală, natală și postnatală și efectuarea controlului la șase săptămâni postpartum. Moașa are, de asemenea, atribuții în domeniul planificării familiale. Potrivit KNOV, moașa este singurul profesionist paramedical care poate fi consultat fără recomandare. Ea are puterea autonomă de a judeca și de a decide asupra supravegherii privind sarcina fiziologică și nașterea. Totodată, moașa integrează în competențele ei îndrumarea psihosocială; aceasta implică atenția asupra mediului personal, social și cultural al femeii însărcinate.

În practică, moașa are trei sarcini principale: 1. Moașa este capabilă să-și asume responsabilitatea pentru o sarcină normală și o naștere în mod independent (aceasta se referă la nașterea la domiciliu și la nașterea în cadrul policlinicii); 2. Moașa ar trebui să recunoască și să se ocupe de riscurile medicale și non-medicale (dacă există un risc, clientul ar trebui trimis la ginecolog la momentul potrivit); 3. Moașa, dacă are dubii, ar trebui să decidă dacă este necesară consultarea medicului ginecolog, în baza anumitor criterii, în temeiul listei de indicații a moașei.

În Olanda, *există patru locuri posibile în care femeile își pot naște bebelușii: acasă, într-o clinică sau într-o policlinică, la spital sau la un hotel special de tip maternitate.* Una dintre caracteristicile sistemului olandez este libertatea relativ mare de alegere a clienților. Există două condiții pentru a putea naște acasă: nașterea să fie pe cale naturală, iar femeia să poată ajunge rapid la spital (în maximum 15 minute), în caz de urgență. Pentru nașterile la spital există două posibilități: o femeie poate avea o naștere clinică, caz în care rămâne în spital mai mult de 24 de ore; sau o femeie poate avea o naștere policlinică, caz în care se duce acasă imediat după naștere. Nașterea policlinică este condusă de o moașă, deoarece este o naștere pe cale naturală, reprezentând, *de facto*, o alternativă la livrarea la domiciliu. Dar și nașterile patologice, efectuate de un ginecolog, ar putea fi policlinice, deoarece femeile trebuie să prezinte anumite simptome pentru a primi îngrijiri de maternitate la spital. Nașterea într-un hotel special de tip maternitate se numește *naștere „mutată” la domiciliu*. O femeie poate naște în acest hotel numai dacă nu are probleme medicale, deoarece la hotel nu există echipament medical. Moașa se ocupă integral de această naștere.

În Olanda, companiile de asigurări încheie contracte cu moașele; rolul asigurătorului se transformă din ce în ce mai mult într-un agent de cumpărare activ pentru îngrijire. Moașele trebuie să negocieze din ce în ce mai mult, pe baza unor condiții (între altele, sediul în care își

desfășoară activitatea, atribuțiile muncii, salariile). Asigurătorii decid dacă este nevoie de moașe sau nu într-o anumită zonă. De asemenea, aceștia verifică dacă moașa îndeplinește standardele de calitate de bază. Adesea, moașa și asigurătorul încheie acorduri cu privire la calitatea îngrijirii pe care moașa trebuie să o ofere; aceasta implică lucruri precum proiectarea cabinetului, accesul, sprijinul (asistență 24 de ore pe zi, șapte zile pe săptămână) și spitalele unde pot fi îngrijite femeile.

În ceea ce privește costurile îngrijirii moașelor, în Olanda, acestea sunt finanțate prin asigurări de sănătate. Îngrijirea acordată de către moașă este gratuită, iar îngrijirea în timpul maternității este parțial rambursată. Acest lucru este aplicabil, însă, în anumite condiții. Dacă se așteaptă o sarcină și o naștere pe cale naturală, femeia este obligată să fie asistată de o moașă. Numai în zonele în care nu este disponibilă asistența moașei, fondurile disponibile rambursează costurile moașei pentru un medic generalist sau un spital. Clienții asigurați în mediul privat pot alege între o moașă sau un medic generalist. Asigurătorii privați rambursează adesea costurile unei nașteri policlinice. Clienții asigurați social trebuie să plătească singuri costurile suplimentare ale unei nașteri policlinice fără probleme medicale. Îngrijirea ginecologică este cea mai scumpă. În cazul unei sarcini și nașteri normale, aceste costuri nu sunt rambursate. Numai dacă există complicații, asigurătorul va rambursa costurile unui specialist. În cazul în care centrul de maternitate nu poate furniza îngrijirea, asiguratul poate primi o plată substituită (buget). Numeroși asigurători privați oferă clientului asigurat dreptul la o alegere liberă între un buget și o rambursare. Clienții asigurați social nu au opțiunea spre această alegere.

## **2d. Rolul moașelor și existența centrelor de nașteri specializate (distincte de spitale) în Marea Britanie**

Deși Marea Britanie nu mai face parte din Uniunea Europeană, exemplul său în ceea ce privește întregul sistem medical în domeniul gravidității și maternității este demn de menționat și chiar de urmat. Reforma sănătății în Marea Britanie a avut loc încă din 2005, când acest stat era membru al UE. Obiectivul reformei sănătății din Anglia a fost dezvoltarea unui sistem de sănătate axat pe pacienți și condus de aceștia, care să utilizeze resursele disponibile cât mai eficient și corect posibil pentru a promova sănătatea, a reduce inegalitățile în materie de sănătate și a oferi cea mai bună și mai sigură asistență medicală. Pentru serviciile de maternitate, aceasta înseamnă furnizarea de servicii de înaltă calitate, sigure și accesibile, care sunt atât orientate către femei, cât și centrate pe familie.



Încă din 2005, Guvernul Marii Britanii a oferit posibilitatea ca femeile și partenerii lor să aibă oportunitatea de a lua decizii bine informate cu privire la îngrijirea lor pe tot parcursul sarcinii, nașterii și postnatal.

Astfel, garanțiile naționale de alegere din sistemul Marii Britanii sunt: 1. Alegerea modului de acces la îngrijirea maternității 2. Alegerea tipului de îngrijire prenatală 3. *Alegerea locului de naștere* - în funcție de circumstanțe, *femeile și partenerii lor pot alege între trei opțiuni diferite: nașterea la domiciliu, asistată de moașă, nașterea într-o unitate locală de moașe sau într-un centru de nașteri, conduse de moașe, nașterea într-un spital, susținută de o echipă locală de îngrijire a maternității, inclusiv moașe, anesteziști și consultanți obstetricieni* (opțiunile privind locul nașterii depind de nevoile mamei, riscurile sarcinii și domiciliul mamei). 4. Alegerea locului de îngrijire postnatală. Pe lângă alegerea opțiunilor locale, o femeie poate alege să acceseze servicii de maternitate în afara zonei sale cu un furnizor care are capacitatea disponibilă. În plus, fiecare femeie va fi susținută de o moașă pe care o cunoaște și pe care are încredere pe parcursul sarcinii și după naștere.

În Marea Britanie, în cazul unei sarcini considerate fără risc, gravida poate alege o naștere asistată la domiciliu, o naștere în cadrul unei unități locale / centru de nașteri sau în cadrul unui spital. De regulă, se consideră, în cazul nașterii la domiciliu sau în cadrul unității locale / centrului de nașteri, este mai puțin probabilă necesitatea intervenției cu forceps sau diverse instrumente. Important este faptul că dreptul de a alege locul de naștere poate interveni în orice moment al sarcinii, la fel ca și schimbarea opțiunii privind locul de naștere.

În cazul nașterilor la domiciliu, studiile efectuate în Marea Britanie indică faptul că, în cazul primului copil, există o rată de 9 la mie pentru riscurile ce pot apărea în cazul nașterii la domiciliu și o rată de 5 la mie în cazul riscurilor ce pot surveni în situația nașterii în spital<sup>2</sup>. Aceleași studii indică faptul că, în contextul nașterii celui de-al doilea copil, nașterea planificată la domiciliu este la fel de sigură ca și nașterea în spital sau într-o unitate condusă de moașă. Nașterea la domiciliu se realizează exclusiv în prezența moașei, aceasta având obligația ca, în caz de complicații în timpul travaliului / nașterii, să procedeze la toate aranjamentele pentru a merge la spital.

În Marea Britanie, au fost identificate o serie de **avantaje pentru nașterea la domiciliu**:

---

<sup>2</sup> <https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/preparing-for-the-birth/where-to-give-birth-the-options/>

- a fi într-un mediu familiar, unde s-ar putea ca mamele să se simtă mai relaxate și mai capabile să facă față nașterii
- travaliul nu trebuie întrerupt pentru perioada de călătorie spre spital
- dacă există și alți copii la domiciliul femeii, nu e nevoie de cineva responsabil să aibă grijă de ei
- nu este necesară separarea de partener după naștere
- există o probabilitate crescută ca gravida să fie îngrijită de o moașă pe care o cunoaște
- există probabilități reduse de a implica intervenții cu instrumente speciale
- medicația este alternativă.

Cu toate acestea, în situația nașterii la domiciliu, în caz de complicații, intervine necesitatea deplasării la un spital. În cazul nașterii la domiciliu, în Marea Britanie, nu este posibil efectuarea unei anestezii epidurale, însă se poate folosi metoda bii calde, cea a piscinei de naștere, TENS și orice tehnici de relaxare, la îndrumarea moașei, în vederea ameliorării durerii în travaliu.

În momentul deciziei cu privire la locul nașterii, medicul sau moașa poate oferi recomandarea de a naște în cadrul unui spital, explicând considerațiile pentru care sugerează acest lucru.

De asemenea, odată cu alegerea nașterii la domiciliu sau într-o unitate locală / centru de nașteri conduse de moale, mediul generalist sau, după caz, moașa, sunt obligați să explice ce s-ar întâmpla dacă ar trebuit efectuat un transfer la spital în timpul travaliului și cât timp ar dura acest lucru.

În ceea ce privește **unitățile locale / centrele de nașteri conduse de moașe**, în Marea Britanie acestea sunt considerate a fi mai confortabile și mai familiare decât o unitate de maternitate dintr-un spital. Acestea pot fi constituite:

- ca parte a unei unități de maternitate spitalicească, unde sunt disponibile îngrijiri pentru sarcină (obstetrică), nou-născut (neonatal) și anestezii
- separate de spital și fără îngrijire obstetrică, neonatală sau anestezii imediate.

Există încă unele zone în Marea Britanie în care facilitățile centrului de naștere nu sunt disponibile. Dacă acesta este cazul în care gravida locuiește, aceasta poate solicita medicului de familie o recomandare în orice moment al sarcinii sau se poate auto-recomanda la un centru

de naștere dintr-o zonă din apropiere. Centrele de naștere se ghidează, de obicei, după un criteriu de admitere care restricționează femeile „cu risc ridicat” de la utilizarea serviciilor centrelor de nașteri. Aceste criterii nu sunt reguli legale și ar trebui utilizate numai pentru a orienta decizia cu privire la cine poate accesa serviciile centrului de naștere. Orice decizie de a refuza admiterea unei gravide la un centru de nașteri trebuie să fie susținută de dovezi care susțin decizia. De exemplu, dacă unei femei i se refuză internarea din cauza unui anumit factor de risc în timpul sarcinii, trebuie să existe dovezi clinice clare că pot apărea riscuri suplimentare în timpul nașterii care nu pot fi gestionate în siguranță într-un centru de nașteri. Atunci când o moașă consideră că o gravidă este potrivită pentru îngrijirea în cadrul centrului de nașteri, ea ar trebui să aibă în vedere, întotdeauna, circumstanțele individuale ale femeii și să ia în considerare posibilitatea de a face o excepție dacă nu corespunde criteriilor. Dacă femeia nu este admisă la centrul nașterii, moașele ar trebui să ia în considerare modalitatea de acomodare a alegerilor de naștere ale femeii în secția de obstetrică și să adapteze mediul în funcție de nevoile sale.

Între **avantajele nașterii în cadrul unei unități locale / centru de nașteri** conduse de moașe, regăsim:

- posibilitatea de a se afla într-un mediu în care gravida se simte mai relaxată și mai capabilă să facă față travaliului
- îngrijirea este acordată de către o moașă pe care gravida o cunoaște încă din timpul sarcinii
- unitatea / centrul de nașteri poate fi mult mai aproape de domiciliul mamei
- probabilitatea redusă de a avea intervenții cu instrumente..

Similar cu nașterea la domiciliu, există posibilitatea ca, în cazul apariției unor complicații, să fie necesar transferul către spital. Într-o unitate complet separată de spital, nu există posibilitatea efectuării unei anestezii epidurale în vederea ameliorării durerii.

Dacă femeia dorește să nască în cadrul unui spital, medicul de familie oferă informații despre spitalele care furnizează servicii de maternitate în zona domiciliului său. Dacă gravida nu dorește să opteze pentru acele spitale, poate să procedeze la o auto-recomandare, către un alt spital; în cazul în care acest spital nu permite accesul din cauza zonei de domiciliu al gravidei, aceasta poate adresa o cerere către *Clinical Commissioning Group, Health Boards in Scotland and Wales or Local Commissioning Groups in Northern Ireland*, care pot admite excepții de la politica generală.

Sintetizând, în Marea Britanie funcționează *principiul legal al consimțământului*, care înseamnă că femeia nu poate fi obligată să nască într-o anumită locație sau cu un anumit cadru medical împotriva voinței sale, atâta timp cât aceasta dispune de capacitatea mentală de a lua propriile decizii. Potrivit ghidului Departamentului de Sănătate din Anglia, alegerea femeilor cu privire la locul de naștere - fie că este vorba de spital, de centru de naștere / unitate locală sau de domiciliu -, ar trebui să fie o „garanție de alegere națională”.

Din perspectiva asigurărilor sociale de sănătate, în Marea Britanie, îngrijirile ce țin de maternitate sunt oferite în mod gratuit femeilor care sunt: rezidenți în Marea Britanie sau cetățenii Spațiului Economic European care sunt asigurați de un alt stat european sau cetățenii considerate a fi scutiți de taxe (inclusiv persoanele care au plătit taxa suplimentară pentru imigrație). În caz că gravida nu se încadrează în niciunul dintre aceste grupuri, acestea i se poate cere să plătească pentru îngrijiri, însă nu i se poate refuza îngrijirea dacă nu poate plăti în momentul în care primește îngrijirea. Este foarte important pentru sănătatea mamei și pentru cea a copilului să dea curs îngrijirilor ce țin de maternitate, chiar dacă nu pot plăti la momentul oferirii îngrijirilor. Îngrijirile ce țin de maternitate includ toate îngrijirile prenatale, la naștere și postnatale.

### **2e. Cazul Ternovszky – Ungaria (CEDO), un reper pentru dreptul de a alege cu privire la locul nașterii**

O decizie a Curții Europene a Drepturilor Omului a schimbat paradigma cu privire la dreptul de a alege locul nașterii în Ungaria. În fapt, doamna Ternovszky, cetățeană maghiară, a depus o plângere în fața Curții Europene a Drepturilor Omului susținând că, în temeiul legislației maghiare, i s-a împiedicat efectiv dreptul de a obține asistență profesională adecvată pentru nașterea la domiciliu. Ea a susținut că acest lucru a constituit o discriminare în exercitarea dreptului său la respectarea vieții private (în temeiul articolului 8 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și libertăților fundamentale - dreptul la respectarea vieții private și de familie -, coroborat cu articolul 14 din aceeași convenție - interzicerea discriminării). La momentul cererii doamnei Ternovszky, ea era însărcinată și dorea să nască acasă. Ea a susținut că nu a reușit să obțină asistența unei moașe din Ungaria, deoarece profesioniștii din domeniul sănătății au fost efectiv descurajați de lege să asiste la nașteri la domiciliu, aceștia riscând să fie condamnați. Conform formulării unui decret guvernamental, orice profesionist din domeniul sănătății care asistă la nașterea la domiciliu risca să fie condamnat. Cu toate acestea, alte legislații, inclusiv Constituția Ungariei și Legea din 1997

privind îngrijirea sănătății, prevedeau că un pacient are autodeterminare și poate alege să respingă sau să accepte anumite tratamente. Dna Ternovszky a susținut că incertitudinea juridică a creat „o legislație ambiguă” care a avut un impact negativ asupra capacității sale de a alege o naștere la domiciliu. Aceasta, susținea ea, a însemnat „o ingerință discriminatorie în dreptul ei la respectarea vieții sale private”. În răspunsul său formulat în această speță, Ungaria a susținut că articolul 8 nu a impus o obligație pozitivă de a crește opțiunile disponibile în cadrul sistemului de sănătate și că a existat un consens profesional în Ungaria cu privire la faptul că nașterea la domiciliu ar fi mai puțin sigură decât nașterea în spital și astfel, deși nu a fost interzisă, această practică nu a fost încurajată.

Analizând dacă ambiguitatea legislației maghiare privind nașterea la domiciliu încalcă drepturile doamnei Ternovszky, Curtea a considerat mai întâi că plângerea trebuia să fie stabilită numai în temeiul articolului 8 din Convenție - dreptul la respectarea vieții private și de familie. Curtea a considerat că termenul „viață privată” a fost unul larg și a inclus atât decizia de a deveni părinte, cât și circumstanțele devenirii, declarând că „circumstanțele nașterii fac parte incontestabil din viața privată”. În consecință, a considerat că legislația care, probabil, a descurajat profesioniștii din domeniul sănătății să asiste la nașterea la domiciliu, a constituit o ingerință în dreptul femeilor însărcinate la respectarea vieții private în temeiul articolului 8 din Convenție. Curtea a analizat problema securității juridice și a considerat că „(...) în contextul nașterii la domiciliu, considerat ca o chestiune de alegere personală a mamei ... mama are dreptul la un mediu legal și instituțional care îi permite alegerea, cu excepția cazului în care alte drepturi fac necesară restricționarea acestora”. Aceasta a afirmat că „dreptul la alegere în materie de naștere a copilului include certitudinea juridică că alegerea este legală și nu face obiectul unor sancțiuni, direct sau indirect”. Astfel, Curtea a concluzionat că a existat o încălcare a articolului 8 din Convenție. În plus, aceasta a considerat că situația legislativă din Ungaria era „incompatibilă cu noțiunea de „previzibilitate” și, prin urmare, cu cea de „legalitate” și a fost de acord cu punctul de vedere al doamnei Ternovszky, conform căruia dispozițiile Legii privind îngrijirea sănătății și ale decretului guvernamental relevant erau contradictorii și au condus la „incertitudinea juridică predispusă la arbitrar”.

Astfel de cazuri trebuie prevenite și, prin urmare, ar trebui ca în România, să existe posibilitatea și dreptul gravidei de a avea alternativă la clasică îngrijire oferită în cadrul spitalului, în perioada gravidității, nașterii efective și pe durata lăuziei.

### **3. Motivele și obiectivele propunerii**

Prezenta propunere de instituire a posibilității de a înființa Centrele de nașteri pe teritoriul României, stabilind condițiile de organizare și funcționare a acestora se întemeiază pe concluziile cercetărilor științifice în domeniul medical, potrivit cărora nașterea reprezintă un moment important din viața oricărei femei, astfel încât amintirile și experiențele din timpul travaliului și nașterii dețin un impact semnificativ asupra întregii vieți.

În temeiul art. 8 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și libertăților fundamentale – dreptul la respectarea vieții private și de familie -, „1. Orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului și a corespondenței sale. 2. Nu este admis amestecul unei autorități publice în exercitarea acestui drept decât în măsura în care acest amestec este prevzut de lege și dacă constituie o măsură care, într-o societate democratică, este necesară pentru securitatea națională, siguranța publică, bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protejarea sănătății sau a moralei, ori protejarea drepturilor și libertăților altora”.

Astfel cum s-a afirmat și în Decizia CEDO anterior succint prezentată, statul, prin autoritățile sale, nu poate limita dreptul la viață privată și, prin urmare, nu poate avea amestec în decizia mamei de a da naștere la domiciliu sau în centre specializate destinate nașterilor, sub directă îndrumare a moașelor.

Din acest motiv, în legislația din România este nevoie de crearea unor condiții propice pentru a nu exista repercusiuni atât asupra mamei, cât și asupra copilului.

#### **(3a) Reglementarea domeniului moașelor în România și modificări propuse**

În prezent, în România, personalul din sala de nașteri reprezintă un mix între asistente de obstetrică, medici și moașe, iar, din informațiile deținute, autoritățile centrale nu facilitează accesul acestor profesioniști către obținerea licenței – cel puțin în cazul moașelor. În plus, din numeroasele sesizări primite, înțelegem că moașele nu pot desfășura efectiv atribuțiile conferite prin lege.

Deși Ordonanța de Urgență nr. 144 din 28 octombrie 2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și

Asistenților Medicali din România, cu modificările și completările ulterioare prevede la art. 11 atribuțiile moașelor în România, alineatele e) și f) din alineatul menționat nu sunt respectate pe deplin în practică.; în conformitate cu aceste alineate, moașa îndeplinește, între altele, următoarele atribuții „e) îngrijirea și asistarea mamei în timpul travaliului și monitorizarea stării fătului în utero prin mijloace clinice și tehnice adecvate; f) asistarea nașterii normale inclusiv, la nevoie, efectuarea epiziotomiei și în cazuri de urgență practicarea nașterii în prezentație pelviană;”. În mod concret, articolul 7 reflectă drepturile pe care profesia de moașă le are, din perspectivă legislativă, în exercitarea setului de atribuții detaliat în conformitate cu prevederile Ordonanței de urgență indicate. Potrivit articolului 11 din Ordonanța de urgență, „(1) Asistenții medicali generaliști, moașele și asistenții medicali (...), membri ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, exercită profesia în regim salarial și/sau independent. (2) Condițiile de acces la activitățile profesionale exercitate în regim independent de către asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali sunt stabilite prin norme elaborate de Ministerul Sănătății, în colaborare cu Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România”. În conformitate cu punctul 4 din Anexa 1 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1454/2014 din 2 decembrie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent, atribuțiile moașei în cadrul exercitării activității profesionale în regim independent se limitează față de dispozițiile prevăzute prin OUG, astfel încât ne aflăm în situația în care normele metodologice, prin prevederi exprese, restrâng, practic, efectivul drept de exercitare și aplicare a atribuțiilor conferite profesiei de moașă prin lege.

Așadar, în prezent, ne aflăm într-o situație profund neconstituțională, în care prin normele metodologice de aplicare a unui act cu putere de lege se restrâng chiar drepturile conferite prin actul cu putere de lege, iar consecințele acestui aspect se răsfrâng asupra dreptului de a exercita profesia de moașă pe teritoriul României, limitând însuși dreptul de a profesa, astfel cum este el prevăzut prin Ordonanța de urgență indicată.

Având în vedere dispozițiile actului normativ menționat, precum și cele ale normelor metodologice evidențiate, apreciem necesitatea instituirii unei clarificări în ceea ce privește aplicarea și corelarea acestora în cel mai scurt timp posibil. Totodată, considerăm că se impune o modificare a dispozițiilor cuprinse la punctul 4 al Anexei 1 din cadrul normelor metodologice indicate, astfel încât acestea să reflecte, fără echivoc, voința legiutorului exprimată prin Ordonanța de urgență.

În plus, art. 25 din Anexa 1 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1454/2014 din 2 decembrie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent, prevede faptul că „Exercitarea în regim independent a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical se face: a) *la domiciliul pacienților*, în conformitate cu legislația în vigoare; b) *la sediul cabinetului de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical sau al punctului ori punctelor de lucru*; c) *în unitatea sanitară autorizată* în condițiile legii cu care asistentul medical generalist, moașa sau asistentul medical care exercită profesia în regim independent în una din formele prevăzute de prezentele norme metodologice a încheiat relații contractuale în vederea furnizării de servicii de îngrijiri medicale.”

Prin urmare, legislația existentă în prezent în România nu îngrădește dreptul pacienților la îngrijirile efectuate de moașă (inclusiv cele reglementate de art. 7 lit. e) și f) din OUG). Dacă, potrivit legii, femeile au dreptul să primească îngrijiri la domiciliu în timpul nașterii (prin aplicarea atribuțiilor prevăzute de art. 7 lit. e) și f) din OUG – „îngrijirea și asistarea mamei în timpul travaliului și monitorizarea stării fătului în utero prin mijloace clinice și tehnice adecvate; f) asistarea nașterii normale inclusiv, la nevoie, efectuarea epiziotomiei și în cazuri de urgență practicarea nașterii în prezentație pelviană;”, astfel de tip de îngrijiri nu pot fi acordate în cabinetele medicale individuale, astfel cum reiese din normele metodologice.

Cu toate acestea, îngrijirile în timpul nașterii (prin aplicarea atribuțiilor moașei) pot fi realizate în cadrul unor centre specializate pentru nașteri, pe care prezenta propunere legislativă le instituie, astfel încât dreptul la alternativă privind locul nașterii să fie respectat, iar condițiile medicale și tehnice să fie pe deplin îndeplinite, asigurând protecția la cel mai înalt nivel a mamei și a copilului, astfel cum se întâmplă în state precum Belgia, Marea Britanie, Olanda ș.a.

România are cu adevărat nevoie de alinierea la reglementările din alte state europene privind atribuțiile și exercitarea profesiei de moașă, de alinierea la prevederile Directivei europene din 2005, care privește formarea și exercitarea acestei profesii. Totodată, prin oferirea posibilității de a înființa Centrele de nașteri, femeile pot beneficia de rambursarea cheltuielilor legate de utilizarea serviciilor furnizate de moașă, precum și de instituirea unor ghiduri clare și protocoale naționale, prin care să aibă loc uniformizarea îngrijirii în timpul maternității și nașterii, dar și implementarea prevenției, a practicilor medicale bazate pe dovezi.

### **Sectiunea 3. Schimbări preconizate**



Prin proiectul de act normativ intitulat „Propunere legislativă privind înființarea, organizarea și funcționarea Centrelor de nașteri pe teritoriul României” se urmărește instituirea unui cadru legislativ național necesar, eficient, favorabil și decent, care reglementează condițiile de constituire pentru Centrele de nașteri de pe teritoriul României, consolidează atribuțiile și condițiile de exercitare a profesiei de moașă, deja conferite prin OUG nr. 144 din 28 octombrie 2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cu modificările și completările ulterioare și garantează gravidelor din România dreptul fundamental la viața privată, de a avea facultatea de alegere cu privire la locul nașterii.

În primul rând, propunerea legislativă instituie posibilitatea înființării Centrelor de nașteri pe teritoriul României ca reprezentând unități cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, proprietate publică sau privată, care participă la asigurarea stării de sănătate în materie de graviditate și maternitate. centrele de nașteri înființate sunt furnizori de servicii medicale, astfel cum prevede Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare și asigură serviciile medicale în domeniul gravidității și maternității.

Prezenta propunere de act normativ reglementază și condițiile de constituire ale Centrelor de nașteri; astfel, acestea se constituie din două sau mai multe cabinete individuale de practică independentă a profesiei de moașă, înființate în conformitate cu Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1454 din 2 decembrie 2014 pentru aprobarea normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent. Condițiile asocierii în vederea creării Centrului de nașteri sunt convenite de părți prin contractul de asociere, încheiat în formă scrisă, care trebuie să conțină anumite elemente obligatorii, inclusiv desemnarea unui coordonator al Centrului de nașteri Pe lângă încheierea contractului de asociere, coordonatorul Centrului de nașteri are obligația de a încheia, în numele Centrului de nașteri, un contract de colaborare cu o unitate sanitară privată sau de stat care funcționează în regim de maternitate, autorizată conform legii, în vederea intervențiilor medicale de specialitate în caz de urgențe. Unitatea sanitară privată sau de stat înființată la nivelul județelor sau la nivelul municipiilor / orașelor trebuie să se afle în proximitatea punctului de lucru în care Centrul de nașteri își va desfășura efectiv activitatea, la o distanță care să nu

depășească 10 km. Unitatea sanitară privată sau de stat, înființată la nivelul comunelor trebuie să se afle în proximitatea punctului de lucru în care Centrul de nașteri își va desfășura efectiv activitatea, la o distanță care să nu depășească 60 km. Desigur, forma și conținutul contractului de asociere și ale contractului de colaborare se stabilesc prin Ordin al ministrului sănătății, pe baza propunerilor Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

În conformitate cu propunerea legislativă, după ce aceste condiții sunt îndeplinite, coordonatorul Centrului de nașteri are obligația să depună câte un exemplar al celor două contracte la filiala Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România pe teritoriul căreia se înființează și funcționează Centrul de nașteri, în vederea emiterii avizului de funcționare. Procedura de avizare a Centrului de nașteri și conținutul avizului eliberat pentru funcționarea Centrului de nașteri se stabilesc prin Ordin al ministrului sănătății, pe baza propunerilor Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

Potrivit proiectului de act normativ, după avizare, coordonatorul Centrului de nașteri are obligația să depună avizul de funcționare, precum și câte un exemplar al celor două contracte la direcția de sănătate publică județeană, respectiv a municipiului București pe teritoriul căreia urmează a se înființa și funcționa Centrul de nașteri. Direcția de sănătate publică județeană, respectiv a municipiului București eliberează certificatul de înregistrare a Centrului de nașteri, care constituie actul de înființare a Centrului de nașteri. Procedura de eliberare a certificatului de înregistrare a Centrului de nașteri și conținutul certificatului de înregistrare se stabilesc prin Ordin al ministrului sănătății.

În vederea realizării unei evidențe a Centrelor de nașteri existente pe teritoriul României, direcția de sănătate publică județeană, respectiv a municipiului București pe teritoriul căreia se înființează și funcționează Centrul de nașteri înființează Registrul județean / al municipiului București de evidență a Centrelor de nașteri și înscrie certificatul de înregistrare al Centrului de nașteri în Registrul respectiv. Forma și conținutul Registrului județean / al municipiului București de evidență a Centrelor de nașteri se stabilesc prin Ordin al Ministrului Sănătății, pe baza propunerilor Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

În ceea ce privește serviciile furnizate în cadrul Centrelor de nașteri, acestea se împart în:

- a) categorii generale de servicii de consiliere, preventive, curative, de recuperare, paliative și de graviditate și maternitate:
- servicii de consiliere și îngrijiri medicale în perioada pre-natală;
  - servicii de coordonare, asistare, consiliere și îngrijiri medicale în timpul nașterii naturale;
  - servicii de consiliere și îngrijiri medicale în perioada post-natală.
- b) categorii specifice de servicii medicale umane:
- asigurarea unei bune informări și consilierea în materie de planificare familială;
  - efectuarea de consultații și consiliere psihologică, emoțională, fizică a femeii gravide/lăuzei la cabinetul propriu sau la domiciliul femeii gravide / lăuzei, în baza solicitării prealabile a acesteia din urmă;
  - diagnosticarea sarcinii, supravegherea și urmărirea sarcinii normale, efectuarea examinărilor necesare pentru supravegherea evoluției sarcinii normale / fără risc, inclusiv la domiciliu, în baza solicitării prealabile
  - prescrierea sau consilierea privind examinările necesare celei mai timpurii diagnosticări posibile a sarcinilor cu riscuri;
  - stabilirea unui program de pregătire a viitorilor părinți și consilierea lor în materie de igienă și alimentație, asigurarea pregătirii complete pentru naștere;
  - îngrijirea, urmărirea și asistarea mamei în timpul pre-travaliului, travaliului și expulziei nou-născutului;
  - monitorizarea stării fătului în utero prin mijloace clinice și tehnice adecvate;
  - coordonarea și asistarea nașterii pe cale naturală, neîntrerupt, pe tot parcursul acesteia și, inclusiv, la nevoie, efectuarea de epiziotomii, suturarea și pansarea plăgilor sau a fisurilor, dacă este cazul, și, în cazuri de urgență, practicarea nașterii în prezență pelviană;
  - efectuarea consultațiilor obstetrice necesare în timpul nașterii, a tuseului vaginal, a intervențiilor necesare în vederea unei bune desfășurări a travaliului;
  - urmărirea și asistarea expulziei placentei;
  - recunoașterea, la mamă sau la copil, a semnelor de anunțare a unor anomalii care necesită intervenția unui medic și, după caz, asistarea acestuia; luarea măsurilor de urgență care se impun în absența medicului, în special extragerea manuală a placentei, urmată eventual de examinarea manuală a uterului;
  - efectuarea controalelor obstetrice în perioada de lăuzie imediată;

- luarea deciziilor în timpul travaliului privind poziția de naștere, durata travaliului, ritmul travaliului, clamparea tardivă a cordonului ombilical, inițierea alăptării în primele minute după naștere, asigurarea „orei magice” pentru mamă și copil în primele 2 ore de după naștere, sprijinirea emoțională și psihică a mamei în timpul nașterii și imediat după;
- examinarea și îngrijirea nou-născutului, luarea tuturor inițiativelor care se impun în caz de nevoie și practicarea, după caz, a resuscitării imediate;
- îngrijirea mamei, monitorizarea progreselor mamei și ale nou-născutului în perioada postnatală pentru un termen de cel puțin 40 de zile și acordarea tuturor sfaturilor utile privind creșterea nou-născutului în cele mai bune condiții;
- acordarea îngrijirilor și a schemei de tratament pentru gravidă / lăuză și consultarea medicului, în cazul în care consideră necesar sau în caz de complicații;
- elaborarea rapoartelor scrise necesare.

Astfel cum putem observa, prezenta propunere de act normativ consolidează atribuțiile moașelor, conferite prin OUG nr. 144/2008, astfel încât toate serviciile necesare în perioada pre-natală, post-natală și de naștere efectivă să fie îndeplinite în deplină siguranță.

Este demn de menționat faptul că exercitarea activităților de moașă în cadrul Centrelor de nașteri se face cu respectarea normelor care reglementează această profesie, precum și cu respectarea următoarelor principii fundamentale: a) principiul competenței profesionale, conform căruia furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale se face pe baza și în limita competențelor profesionale dobândite de moașă; b) principiul răspunderii personale, potrivit căruia moașa poartă întreaga răspundere a actului/serviciului de îngrijiri medicale efectuat de aceasta; c) principiul respectării drepturilor pacienților; d) principiul confidențialității asupra actului de îngrijiri medicale efectuat; e) principiul apărării demnității și a prestigiului profesiei de moașă;

În vederea conformării la dreptul fundamental la viață privată, consolidând garantarea respectării dreptului gravidei de a alege unde va avea loc nașterea, la solicitarea gravidei / lăuzei, Centrul de nașteri poate furniza serviciile ante-menționate la domiciliul pacientei. Serviciile efectuate la domiciliu se stabilesc în baza planului individual, în scris, între moașă și gravidă / lăuză. Solicitarea se realizează în mod expres, în scris și se adresează Centrului de nașteri ales, iar procedura de solicitare va fi stabilită prin ordin al ministrului sănătății.

În vederea armonizării legislației din România cu legislația altor state membre ale UE, serviciile furnizate de Centrul de nașteri ar trebui să poată fi decontate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în baza criteriilor stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

Pentru a respecta prevederile legale existente în materie sanitară, Centrele de nașteri trebuie să păstreze evidența activității de îngrijiri medicale acordate (fie fizic, fie electronic), iar modalitatea de stabilire a acestei evidențe este de competența ministrului sănătății.

În vederea respectării tuturor condițiilor în vederea asigurării siguranței și sănătății publice, Centrul de nașteri trebuie să asigure condiții de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nozocomiale, să dispună de o dotare minimă, toate fiind stabilite în baza ordinului ministrului sănătății. Centrul de nașteri este cel care răspunde, potrivit legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condițiilor de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nozocomiale, ce determină prejudicii cauzate pacienților, stabilite de către organele competente. Pentru prejudicii cauzate pacienților din culpa moașelor, răspunderea este individuală.

În conformitate cu propunerea legislativă, în funcție de regimul juridic al proprietății, Centrele de nașteri se clasifică în:

- a) Centre de nașteri publice, care reprezintă proprietatea publică sau privată a statului ori a unităților administrativ-teritoriale;
- b) Centre de nașteri private, care reprezintă proprietatea privată a persoanelor juridice de drept privat.
- c) Centre de nașteri mixte.

În funcție de modul de finanțare, Centrele de nașteri se clasifică în:

- a) Centre de nașteri cu finanțare din fonduri publice;
- b) Centre de nașteri cu finanțare din fonduri private;
- c) Centre de nașteri cu finanțare mixtă.

În funcție de teritoriu, Centrele de nașteri se clasifică în:

- a) Centre de nașteri județene;
- b) Centre de nașteri municipale și orașenești;

c) Centre de naşteri comunale.

De asemenea, proiectul de act normativ prevede că activitatea specifică care se desfăşoară în cadrul Centrului de naşteri se raportează instituţiilor abilitate în acest sens de lege. Conducerea Centrelor de naşteri răspunde în faţa direcţiei de sănătate publică şi/sau a Ministerului Sănătăţii, pentru îndeplinirea atribuţiilor care îi revin. Controlul exercitării în cadrul Centrului de naşteri a profesiei de moaşă se exercită de către Ministerul Sănătăţii prin direcţiile de sănătate publică judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti, şi de către Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, prin filialele teritoriale. Controlul privind respectarea normelor legale în furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale se exercită de către Ministerul Sănătăţii şi de către Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România şi, după caz, de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în condiţiile legii. Regulamentele de organizare şi funcţionare a Centrelor de naşteri publice, cele de ordine internă, precum şi fişele posturilor elaborate de către conducerea Centrelor de naşteri vor fi aprobate, de către Ministerul Sănătăţii sau de direcţiile judeţene de sănătate publică, după caz, pe baza propunerilor Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România.

Din perspectiva bugetului, propunerea legislativă prevede că centrele de naşteri funcţionează pe principiul autonomiei financiare, pe baza sumelor prevăzute în contractele pentru furnizarea serviciilor, precum şi din sume obţinute, în condiţiile legii, de la persoane fizice şi juridice şi îşi elaborează, aprobă şi execută bugetele proprii de venituri şi cheltuieli. Separat de veniturile realizate de către Centrele de naşteri din contractele încheiate cu sistemul de asigurări sociale de sănătate, din serviciile oferite contra cost pacienţilor, Centrele de naşteri publice vor fi finanţate după cum urmează: a) de la bugetul de stat şi bugetul Ministerului Sănătăţii; b) de la bugetul consiliului judeţean, pentru Centrele de naşteri publice judeţene; c) de la bugetul consiliului local şi al consiliului judeţean, pentru Centrele de naşteri publice locale. De la bugetul de stat se asigură: a) dotarea cu echipamente de înaltă performanţă, în condiţiile legii; b) investiţii legate de construirea de Centre de naşteri noi, inclusiv pentru finalizarea celor aflate în execuţie; c) expertizarea, transformarea şi consolidarea construcţiilor grav afectate de seisme şi de alte cazuri de forta majoră; d) modernizarea, transformarea şi extinderea construcţiilor existente. De asemenea, bugetele locale pot participa la finanţarea unor cheltuieli pentru finalizarea construcţiilor noi şi realizarea de lucrări de reparaţii curente şi capitale, precum şi pentru dotarea cu aparatura medicală. În acelaşi timp, Centrele de naşteri publice pot realiza venituri proprii suplimentare din: a) donaţii şi sponsorizări; b) legate; c)

asocieri investiționale în domeniul medical; d) închirierea temporară, fără pierderea totală a folosinței, a unor spații medicale, dotări cu echipamente sau aparatura medicală către alți furnizori de servicii medicale; e) contracte privind furnizarea de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări private sau agenți economici; f) editarea și difuzarea unor publicații cu caracter specific; g) servicii de cazare în scop medical, hoteliere sau de altă natură, furnizate la cererea pacienților ori a angajatorilor; h) servicii de asistență la domiciliu, furnizate la cererea pacienților; i) alte surse.

Proiectul bugetului de venituri și cheltuieli al Centrelor de nașteri publice se elaborează de către conducerea Centrelor de nașteri, pe baza normelor metodologice aprobate prin ordin al ministrului sănătății. Bugetul de venituri și cheltuieli al Centrelor de nașteri publice se aprobă și se supune validării, până la data de 31 decembrie a anului curent, direcției județene de sănătate publică sau Ministerului Sănătății, în funcție de subordonare. Pentru partea de cheltuieli care se propune a fi acoperită prin finanțare de la bugetele locale se va obține și avizul consiliului local respectiv. Execuția bugetului de venituri și cheltuieli se raportează lunar și trimestrial direcțiilor de sănătate publică, Ministerului Sănătății, în funcție de subordonare. Execuția bugetului de venituri și cheltuieli se raportează lunar și trimestrial și consiliului local și/sau județean, după caz, dacă beneficiază de finanțare din bugetele locale. Direcțiile de sănătate publică analizează execuția bugetelor de venituri și cheltuieli lunare și trimestriale și le înaintează Ministerului Sănătății, după caz. Dacă se constată abateri față de indicatorii din contractul de administrare, direcția de sănătate publică le sesizează și face propuneri pe care le supune spre aprobare conducerii Ministerului Sănătății.

Potrivit proiectului de act normativ, auditul financiar intern se exercită de o structura specializată, organizată în condițiile legii la nivelul Centrului de nașteri, sau, după caz, de către direcția de sănătate publică sau de către Ministerul Sănătății. Controlul asupra activității financiare a Centrului de nașteri public se face, în condițiile legii, de către Curtea de Conturi, Ministerul Sănătății sau de alte organe abilitate prin lege.

Decontarea contravalorii serviciilor medicale contractate se face conform contractului de furnizare de servicii medicale, pe bază de documente justificative, în funcție de realizarea acestora, cu respectarea prevederilor contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate. Conținutul și forma contractului-cadru se stabilesc prin ordin al ministrului, pe baza propunerilor înaintate de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

În situația în care, în cazul unor activități medicale pentru care Centrul de nașteri nu are specialiști competenți în activități sau manopere medicale, se poate încheia un contract privind furnizarea unor astfel de servicii medicale cu un cabinet medical specializat ori cu o altă unitate medicală publică sau privată. Centrele de nașteri pot încheia contracte privind furnizarea de servicii auxiliare necesare funcționării. În acest sens, în incinta Centrului de nașteri pot funcționa cabinete medicale, cu respectarea prevederilor prezentei legi și ale dispozițiilor Ordonanței nr. 124 din 29 august 1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare.

Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să încheie contractele de furnizare de servicii medicale cu Centrele de nașteri pentru anul următor, până la data de 31 decembrie a anului în curs.

În ceea ce privește salarizarea personalului de conducere din Centrele de nașteri publice, precum și a celorlalte categorii de personal, aceasta se stabilește potrivit normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

#### **Sectiunea 4. Impactul socio-economic al proiectului de act normativ**

##### **1. Impactul social**

În timp ce persistă un stigmat conform căruia nașterile sub îndrumarea exclusivă a moașelor - la domiciliu sau în centre specializate, destinate nașterii exclusiv sub îndrumarea moașei - sunt mai periculoase decât nașterile la spital, anumite studii, care au arătat un risc crescut la nașterile care au loc în afara spitalului, nu au contabilizat „nașterile planificate la domiciliu” sau cele planificate în cadrul cenrelor specializate, sub îndrumarea exclusivă a moașei, ci includ numai nașterile survenite de urgență, care nu au fost planificate să aibă loc în astfel de medii<sup>3</sup>. Acest aspect distorsionează statisticile și percepția publicului, deoarece astfel de nașteri de urgență nu primesc nivelul de considerație, planificare a siguranței și asistență a profesioniștilor din domeniul sănătății. De exemplu, un studiu din 2002 privind nașterile planificate la domiciliu la care au participat moașele și nașterile planificate în spitale nu a arătat factori de risc neonatali sau materni crescuți la nașterile la domiciliu. Au existat rate similare de mortalitate perinatală în nașteri la domiciliu și spitale. Un studiu din America de Nord din 2005 a examinat 5.148 nașteri planificate la domiciliu la care au participat moașele și a constatat că ratele de intervenție medicală au fost semnificativ mai mici la aceste nașteri decât la nașterile

---

<sup>3</sup> 72



planificate în spital, inclusiv o rată de cezariană de 3,7%. Un studiu realizat în 2011 în Marea Britanie a făcut mai multe concluzii importante, inclusiv: faptul că 88% din nașterile planificate la domiciliu au fost „nașteri normale”, comparativ cu aproximativ 60% din nașterile planificate ale unității obstetricale; că pentru femeile sănătoase multipare cu sarcini cu risc scăzut, nu au existat diferențe în rezultatele perinatale adverse între nașterile planificate la domiciliu și nașterile planificate în unitățile obstetricale; că femeile nulipare sănătoase, cu sarcini cu risc scăzut, au avut un risc ușor mai mare de a avea un rezultat advers la o naștere planificată la domiciliu; și că ratele de transfer pentru nașterile planificate la domiciliu au fost ridicate pentru nașterile pentru prima dată (aproximativ 40%) și scăzute pentru femeile care au născut anterior (aproximativ 10%). Aceste studii sugerează că legile care împiedică nașterea la domiciliu nu sunt substanțiale.

Asemenea nașterilor la domiciliu, nașterile în cadrul Centrelor de nașteri specializate pot crea un ambient mult mai plăcut viitoarei mame. Studiile în materie arată că moașele tind să folosească o abordare practică a travaliului și a nașterii, intervenind numai acolo unde există adevărate complicații. Având în vedere prevederile legii propuse (contractul de colaborare cu maternitatea, proximitatea față de maternitate), în caz că o naștere necesită asistență medicală, moașele transferă de îndată femeia sau bebelușul la spital, conform unui plan de transfer prestabilit.

Un alt plus din perspectivă socială este că, în cazul nașterii în incinta Centrului de nașteri, femeile sunt mai puțin susceptibile de a fi supuse unei intervenții medicale inutile sau de a fi supuse unei astfel de intervenții fără consimțământul informat. Intervențiile inutile, frecvent întâlnite în spitale, prezintă deseori riscuri pentru femeile însărcinate și fete. De exemplu, unii medici efectuează în mod obișnuit epiziotomii, în timp ce moașele folosesc rar această procedură (infecțiile din epiziotomii reprezintă 20% din decesele materne; alte consecințe ale epiziotomiilor includ durerea prelungită, incontinența fecală și incapacitatea de a se bucura de relații sexuale pentru o perioadă mai lungă de timp după procedură)

Spre deosebire de persoana care naște într-un spital, persoana care naște într-un Centru de nașteri poate alege să fie frecventată de prieteni sau membri ai familiei, poate să se miște și să mănânce după bunul plac, într-un mediu nespitalizat, nemedicalizat, confortabil, fiindu-i asigurată îngrijirea 24 de ore din 24.

## **2. Impactul asupra mediului de afaceri**

Prezentul proiect de act normativ va avea impact asupra mediului de afaceri, în general, moașele fiind cele interesate să investească în înființarea unui Centru de nașteri privat,

propunerea legislativă neexcluzând posibilitatea ca astfel de Centre de nașteri să fie înființate la inițiativa și altor persoane juridice, însă cu respectarea prevederilor prezentei propuneri. Cu toate acestea, și unitățile spitalicești private care funcționează în regim de maternitate pot recurge la înființarea unor Centre de nașteri care să deservească gravidelor ce optează pentru această alternativă de loc de naștere.

### **3. Impactul asupra mediului**

Nu este cazul.

### **4. Impactul asupra drepturilor fundamentale**

Prezentul proiect de act normativ garantează consolidarea și garantarea drepturilor gravidelor / lăuzelor la respectarea vieții private, la nediscriminare, la sănătate, la tratamente adecvate și corespunzătoare, ale căror beneficii vor fi cunoscute după intrarea în vigoare a cadrului normativ reglementând posibilitatea nașterii în cadrul Centrelor de nașteri și, implicit, după implementarea acestuia.

### **5. Impactul macro-economic**

Impactul macro-economic poate fi stabilit în funcție de numărul de Centre de nașteri de stat care se pot înființa. Propunerea legislativă reglementând posibilitatea înființării acestora și nu obligativitatea, pe termen scurt se preconizează înființarea Centrelor de nașteri private, finanțate din fonduri proprii. Pe termen scurt, având în vedere cheltuielile bugetare implicate de efectele pandemiei COVID-19, nu se preconizează înființarea Centrelor de nașteri de stat.

**Inițiator:**

**Dumitrache Ileana Cristina, deputat PSD**

➤