

DEPARTAMENTUL DE STUDII PARLAMENTARE ȘI POLITICI UE
DIRECȚIA STUDII ȘI DOCUMENTARE LEGISLATIVĂ

ABORDĂRI NAȚIONALE ÎN DOMENIUL NAȘTERILOR LA DOMICILIU ÎN UNELE STATE UE ȘI NON-UE

studiu documentar

martie 2022

Lucrările elaborate în cadrul Direcției studii și documentare legislativă au caracter documentar și nu reprezintă punctul de vedere al Camerei Deputaților.

Documentele legislative oficiale au fost consultate în limba de origine, iar traducerea informațiilor relevante selectate nu reprezintă o traducere oficială, fiind furnizată ca un mijloc de înțelegere a unui document original, scris în altă limbă.

Baza de date cuprinzând totalitatea studiilor elaborate de Direcția studii și documentare legislativă poate fi accesată prin intermediul paginii de Intranet a Camerei Deputaților la adresa: <http://www.cdep.ro/infoparl/dip.studii?par1=2021>

Documentare și sinteză: Sebastian Simion
Șef birou - Direcția studii și documentare legislativă
Palatul Parlamentului, str. Izvor nr.2-4, sect.5, București
Tel: 021.316.03.65; 021.414.13.50/ 51, Interior 1350/1349, camera 5070
E-mail: sebastian.simion@cdep.ro

CUPRINS

CONSIDERAȚII INTRODUCATIVE.....	4
EUROPERISTAT – CÂTEVA OBSERVAȚII.....	5
CONDIȚII DE ELIGIBILITATE PENTRU NAȘTEREA LA DOMICILIU	5
IMPACTUL CONVENȚIEI EUROPENE A DREPTURILOR OMULUI. ABORDĂRI NAȚIONALE ÎN DOMENIUL NAȘTERILOR LA DOMICILIU ÎN UNELE STATE UE ȘI NON-UE	7
BELGIA	8
CROAȚIA.....	9
DANEMARCA	10
FINLANDA.....	11
FRANȚA	13
IRLANDA.....	15
POLONIA.....	17
ȚĂRILE DE JOS.....	17
MAREA BRITANIE.....	18
ISRAEL.....	20
WEBOGRAFIE	24

CONSIDERAȚII INTRODUCTIVE

Alternativa nașterii la domiciliu pentru femeile cu risc scăzut de sarcină (risc obstetric scăzut) - conform datelor prezentate de o serie de studii de specialitate – nu ridică problema unor riscuri suplimentare pentru nou-născuți (moarte perinatală sau neonatală) comparativ cu nașterile în unități medicale de profil. Studiile respective (prezentate în publicații de prestigiu în domeniu precum *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* sau *The Lancet's EClinicalMedicine*) au formulat concluzia menționată în baza unor cercetări extensive, din perspectiva bazinului de colectare a datelor (spre exemplu, studiul efectuat sub egida Netherlands Organisation for Applied Scientific Research (NOASR), printr-un program pentru sănătatea copiilor, a vizat un număr de 529.588 de femei cu un risc scăzut de naștere și cu sarcini luate în evidență - dintre acestea, 60% preconizau să nască acasă și 30,8% în unități spitalicești). Un alt studiu – de data aceasta internațional – a fost coordonat de [McMaster University](#), concluziile acestuia fiind similare cercetării NOASR; rezultatele au fost publicate și în [The Lancet's EClinical Medicine](#)¹, alături de cele ale unor studii similare (ca metodologie de cercetare). *Principalele preocupări sunt cele legate de siguranța viitoarei mame și a nou-născutului (considerându-se că este o alternativă validă mai ales pentru statele cu standarde de viață ridicate, conform Eileen Hutton, profesor Emeritus de obstetrică la McMaster și fondatoarea [McMaster Midwifery Research Centre](#); concluzia acesteia, pe baza studiului enunțat, arată că nu există diferențe între nașterea la domiciliu și nașterea într-o unitate medicală de profil). De menționat că, din 1990, un număr de peste 21 de studii pe această tematică au fost inițiate și publicate în Suedia, Noua Zeelandă, Anglia, Olanda, Japonia, Australia, Canada și SUA (luând în calcul peste 500.000 de subiecți/ femei care și-au exprimat intenția de a naște la domiciliu).*

¹ Eileen K. Hutton, Angela Reitsma, Julia Simioni, Ginny Brunton, Karyn Kaufman. **Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses.** *EClinicalMedicine*, 2019; DOI: [10.1016/j.eclinm.2019.07.005](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005)

EUROPERISTAT – CÂTEVA OBSERVAȚII

CONDIȚII DE ELIGIBILITATE PENTRU NAȘTEREA LA DOMICILIU

Conform [Raportului Europeristat](#) în majoritatea țărilor europene, mai puțin de 1% dintre nașteri au avut loc acasă/ la domiciliu. În Anglia, ponderea a fost de 2,5%, în Țara Galilor de 3,7%, în Islanda de 1,8% și în Scoția de 1,4%. În Olanda, unde nașterile la domiciliu au fost o opțiune obișnuită pentru femeile cu sarcini necomplicate, 16,3% din totalul nașterilor au avut loc acasă (o schimbare substanțială față de 2004, când această proporție a depășit 30%). Femeile din Țările de Jos au acum și opțiunea de a naște într-un centru familial de nașteri (echivalentul „casei de nașteri” din Franța), sub îngrijirea unei moașe primare; există 26 de astfel de centre de naștere iar 11,4% dintre nașteri au avut loc în acestea (2010). Aproape toate centrele de naștere sunt adiacente sau în interiorul spitalelor. Facilități similare există și în unele spitale din Marea Britanie și au fost adoptate și în Franța (ca un cadru alternativ).

În ceea ce privește eligibilitatea persoanelor pentru care nașterea la domiciliu poate fi o opțiune validă, se pot desprinde unele caracteristici comune adoptate de sistemele de sănătate: un anumit prag de vârstă (34 de ani ar fi limita superioară, deși nu este o regulă generală - 18 ani limita inferioară), lipsa factorilor care pot agrava morbiditatea și existența/inexistența unor probleme de cronică de sănătate (un consult prealabil va stabili acest lucru), lipsa oricăror altor probleme medicale la nașterea/ nașterile anterioară/ anterioare; în plus, trebuie luată în calcul disponibilitatea alocării personalului și instrumentelor medicale necesare (moașă/ moașe licențiate cu sau fără asistența suplimentară a unui medic de specialitate - în unele cazuri medicul este obligatoriu; condițiile igienice ale domiciliului, distanța relativ acceptabilă față de o unitate medicală pentru situația în care se impune transferul de urgență – maxim 20 de minute, dar nici aceasta nu este o regulă generală). În unele state nașterile la domiciliu sunt preferate de ponderi importante de femei (în Olanda numărul acestor nașteri au variat între 16% - 30%). Fără a fi recomandate explicit – unitățile maternale fiind recomandate, mai ales în statele cu un nivel înalt al serviciilor medicale, cum este Finlanda – nașterile la domiciliu reprezintă o alternativă (fiind însă o excepție și nu o regulă).

În acest sens al excepției, în state precum Franța, nașterile la domiciliu nu sunt comune dar pot fi solicitate (la cerere), nu sunt integral acoperite de asigurarea medicală (moașele libere care asistă AAD - *Accouchement Assisté à Domicile* - nu sunt acoperite de asigurarea civilă profesională), presupun costuri suplimentare (în Finlanda între 3.000 și 5.000 de euro) - prin urmare, este necesară o discuție și cu furnizorul de asigurare de sănătate în adoptarea unei decizii (este cazul în Franța). Nașterea la domiciliu este legală dar selectivă (nașterea poate fi la maternitate, la case de naștere sau la domiciliu); nu există un consens la nivelul statelor europene; astfel de nașteri sunt autorizate de autoritatea competentă într-un număr de aproximativ 16 state ([cu anumite condiționalități](#)) cum ar fi Germania, Regatul Unit, Franța, Belgia, Elveția, în alte state legislația/reglementările nefiind foarte clar formulată/ formulate. În alte state – Ucraina și [Croatia](#) – nașterile la domiciliu nu sunt permise dar nu sunt nici ilegale, fiind amendat personalul medical (sau persoanele fără o astfel de pregătire) care asistă astfel de cazuri. În tratarea acestui subiect statele dispun de marje de apreciere în reglementarea chestiunii (cum a opinat și ECHR în cauzele admise, în special în jurul studierii posibilității finanțării unui sistem de urgență pentru nașterile la domiciliu, care ar implica retragerea/ redirecționarea de fonduri de la sistemul general).

În alte state, sub semnul reglementărilor protective privind familia și femeile, accesul la serviciile moașelor este mai curând restrictiv, cum este cazul în [Ungaria](#), [Croatia](#) sau [Polonia](#).

În Ungaria nașterile la domiciliu nu sunt ilegale *per se* - este un drept constituțional al femeilor de a alege unde să nască – însă restrictivitatea a venit ca urmare a politicilor guvernamentale (deși acestea au privit mai curând [restricțiile impuse întreruperilor de sarcină](#) și mai puțin nașterile la domiciliu). Activitatea uneia dintre promotoarele nașterilor la domiciliu [Agnes Geréb](#), va face ca ECHR să afirme dreptul pacientului la a-i fi furnizate serviciile necesare, prin urmare și acele servicii care implică un obstetrician sau o moașă. Altfel spus, dreptul femeii gravide la [autonomie](#) nu poate fi restrâns. După cum reiese și din *Pojatina v. Croatia* 04.10.2018 (no.18568/12), dar care conchide că nu s-au încălcat prevederile Art.8 CEDO.

IMPACTUL CONVENȚIEI EUROPENE A DREPTURILOR OMULUI. ABORDĂRI NAȚIONALE ÎN DOMENIUL NAȘTERILOR LA DOMICILIU ÎN UNELE STATE UE ȘI NON-UE

Fundamentarea dreptului de a naște la domiciliu a pus în cauză raportarea la Art.8 al [Convenției](#), respectiv dreptul la respectarea vieții private și de familie, care stipulează:

1. Orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului său și a corespondenței sale.
2. Nu este admis amestecul unei autorități publice în exercitarea acestui drept decât în măsura în care acesta este prevăzut de lege și constituie, într-o societate democratică, o măsură necesară pentru securitatea națională, siguranța publică, bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protecția sănătății, a moralei, a drepturilor și a libertăților altora.

În consecință, Curtea Europeană a Drepturilor Omului a elaborat ceea ce în limbajul comun este cunoscut sub numele de „triplul test” sau testul previzibilității, pentru a stabili dacă (și când) ingerința (autorității) este conformă cu legea, pentru a nu constitui o încălcare a articolului menționat al Convenției. În acest sens, Curtea a opinat că ingerința – în măsura în care se produce – trebuie să-și găsească temeiul în dreptul intern; legea trebuie să fie accesibilă și să permită în mod rezonabil persoanei să determine contextul, cauzele și consecințele implicate de o anumită acțiune. În viziunea Curții, criteriul previzibilității se întemeiază pe ideea potrivit căreia cetățenii trebuie să fie informați corespunzător cu privire la circumstanțele în care o autoritatea poate interfera cu viața lor privată; statul dispune de o largă marjă de apreciere când legiferează dar trebuie să asigure un just echilibru între societate și drepturile și interesele individului (dreptul la viața privată a acestuia).

BELGIA

În Belgia legislația permite nașterea la domiciliu/ AAD (*Accouchement Assisté à Domicile*).

Concret, moașele au dreptul să asiste la acest tip de naștere. Condițiile necesare pentru a putea opta pentru un AAD poate varia în funcție de profesionistul din domeniul sănătății care asistă nașterea. Criteriile uzuale, neexhaustive, sunt următoarele: sarcina trebuie să se desfășoare normal și să aibă un risc scăzut (mama trebuie să fie sănătoasă). În plus, nu trebuie să existe [contraindicații medicale](#), precum o sarcină cu gemeni, probleme cardiace, hipertensiune arterială, diabet etc. Aceste criterii nu sunt determinate de lege, ci [stabilite de fiecare profesionist din domeniul sănătății](#), după propriile estimări profesionale. Adesea se recomandă ca domiciliul să fie în apropierea unei maternități sau a unui centru spitalicesc (la mai puțin de 20 până la 30 de minute distanță cu mașina), astfel încât să se poată acorda îngrijiri de urgență dacă acestea se impun. Pentru a se asigura că riscul unei nașteri premature nu există, gravida trebuie să fi depășit 37 de săptămâni de sarcină înainte de a exprima opțiunea AAD.

Moașa aduce logistica medicală necesară nașterii (clasică și de urgență - instrumente de monitorizare, oxigen, perfuzii, medicamente). Ea monitorizează medical travaliul (o a doua moașă este prezentă în momentul nașterii – aceasta va sta câteva ore după naștere; monitorizarea și îngrijirea în zilele următoare nașterii sunt asigurate tot la domiciliu). Pentru a lua contact cu o moașă (în vederea asistenței AAD) se poate accesa o [pagină web](#) dedicată. În cazul AAD moașa este cea care [notifică nașterea](#) în ziua în care aceasta a avut loc (procedură diferită de cea administrativă pe care o face un părinte, în termen de 15 zile de la naștere).

În Belgia, [UpFsb](#) reprezintă interesele tuturor moașelor belgiene (liber-practiciene, salariate, din domeniul pregătirii teoretice sau aflate în perioada de pregătire profesională); între misiunile trecute în statutul său este și aceea de a asista femeile/ familiile care doresc să acceseze varianta nașterii la domiciliu, [explicând pașii care trebuie urmați](#) și recomandând personalul calificat necesar).

CROAȚIA

Croația este considerată o țară cu un regim mai curând restrictiv în problema nașterilor la domiciliu (deși nu există interdicții legale *per se*).

[Camera Națională a Moașelor și Asociația Roda](#), au cerut relativ recent ministerului sănătății să inițieze demersurile necesare în vederea modificării/ completării legislației în sensul stabilirii unor prevederi legale cu privire la nașterea la domiciliu. Conform datelor ministrului Administrației, în 2020 un număr de 97 de copii s-au născut la domiciliu (ca opțiune manifestată de mame), în creștere față de 2019 (69 de nașteri la domiciliu). Schimbările solicitate erau la nivelul legii sănătății și a legislației privind asigurările de sănătate. În Croația, femeile pot opta pentru nașterea la domiciliu însă, din punct de vedere legal, situația se află într-o zonă gri (nici interzis, nici reglementat) - sistemul de sănătate nu oferă un cadru de reglementare în ceea ce privește asistența medicală acordată nașterilor la domiciliu. Moașele licențiate nu pot oferi legal asistență decât în cadrul unităților spitalicești. Se dorește promovare unui sprijin/ asistență profesionistă pentru mamele care vor să nască la domiciliu (și reducerea numărului nașterilor pe traseul spre maternitate, cel mai adesea fără asistență profesională). Cele două asociații menționate doresc ca legislația să stabilească termenii legali ai nașterii la domiciliu (cu prezenta obligatorie a personalului medical, pentru a proteja viața fătului și a mamei).

[Croația permite asistența moașelor doar în spitale/ maternități](#) - casele maternale și reședințele personale nu fac parte din sistemul medical, prin urmare legea reglementează doar suportul medical al obstetricianului și ginecologului.

În cazul mai sus menționat [Pojatina v. Croația 04.10.2018](#) (nr. 18568/12) decizia ECHR a stabilit că nașterea la domiciliu nu a fost, ca atare, interzisă de sistemul juridic croat. Nu existau prevederi în dreptul intern care să incrimineze faptele femeilor care au decis să nască în acest fel și nimeni nu a fost niciodată pedepsit pentru o astfel de acțiune. În plus, niciun profesionist din domeniul sănătății (inclusiv moașa străină care a asistat-o pe reclamantă, cele din Croația neavând permisiunea legală), nu a fost vreodată urmărit penal într-un dosar penal sau sancționat pentru asistarea la o naștere la domiciliu. Curtea a admis că ar fi putut exista unele îndoieli cu privire la existența unui sistem de naștere

asistată la domiciliu și a invitat autoritățile să consolideze legislația relevantă, astfel încât problema să fie reglementată în mod expres și clar. Cu toate acestea, reclamanta fusese în mod clar conștientă de reglementările (autorităților) în timp ce era încă însărcinată (că legislația națională relevantă nu permitea profesioniștilor din domeniul sănătății, inclusiv moașelor, să asiste la nașterile planificate la domiciliu. Prin urmare, Curtea a admis că ingerința atacată a fost previzibilă pentru reclamant și în conformitate cu legea. Ingerința a servit scopului legitim al protecției sănătății și drepturilor altora. Întrebarea era dacă ingerința era necesară într-o societate democratică. Și Curtea a opinat că, riscurile pentru mame și nou-născuți au fost mai mari în cazul nașterilor la domiciliu decât în cazul nașterilor în maternitățile dotate cu personal complet și echipate adecvat, din perspectivă tehnică și materială. Chiar dacă o sarcină s-a desfășurat fără complicații și, prin urmare, ar fi putut fi considerată o sarcină cu „risc scăzut”, ar putea apărea dificultăți neașteptate în timpul nașterii, care ar necesita intervenție medicală de specialitate imediată, cum ar fi o operație cezariană sau asistență specială pentru nou-născuți. Deși e posibil ca un stat reclamat să permită nașterea planificată la domiciliu, acest fapt nu constituie o exigență a Convenției. În această privință, încă mai exista o discrepanță semnificativă între sistemele de drept ale statelor membre.

DANEMARCA

În Danemarca [nașterile pot avea loc la domiciliu](#) sau în spitale/ maternități (publice); nu există clinici private specializate doar în nașteri (maternități private). Condițiile (în afara celor medicale stabilite de personalul specializat - moașă / medic) privesc [facilitățile locuirii](#).

[Autoritatea daneză de sănătate prevede următoarele servicii de bază](#) (pentru o femeie sănătoasă cu o sarcină necomplicată):

- 3 consultații la medicul de familie;
- 2 examene cu ultrasunete;
- 4-7 consultații furnizate de o moașă.

În plus, este prevăzută și vizita unei persoane specializate în „păstrarea stării de sănătate”.

Examinările și tratamentul preventiv sunt oferite de medici generaliști sau moașe și pot fi accesate și la spitalele cu secții de maternitate. Asistența medicală gratuită este asigurată la nivel regional (responsabilitatea revine acestui nivel administrativ); controalele medicale sunt gratuite și sunt efectuate de către medici și asistente - moașe înainte și imediat după sarcina. Medicul sau moașa sunt cei care sfătuiesc femeia însărcinată cu privire la stilul de viață (inclusiv regimul de muncă), dieta, utilizarea stimulentele/medicamentelor etc. și o consiliază în a se pregăti pentru naștere (și îngrijirea nou-născutului).

FINLANDA

În Finlanda, cvasi-totalitatea nașterilor au loc în maternități. Alternativa nașterii la domiciliu s-a bucurat de un relativ interes public în urma unor campanii de tipul *#myselfbirth* (generat, în parte, de recurgerea prea densă la procedurile prin cezariană în cadrul unităților medicale de profil).

La nivelul anului 2019 infrastructura maternală finlandeză cuprindea un număr de 23 de maternități - fiecare dintre acestea cu o medie de 1.969 nașteri - o [maternitate trebuie să înregistreze, de regulă, un prag de 1000 de nașteri/ an](#), 6 unități medicale fiind sub această medie (în același an de referință).

Din totalul nașterilor, 99,4% au avut loc în spitale/ secții de maternitate. Potrivit înregistrărilor din registrul de nașteri, în 2019 au fost planificate 38 de nașteri la domiciliu (față de 69 în 2018); și în cazul Finlandei nașterea la domiciliu este mai curând o excepție.

În 2019, au avut loc 102 nașteri în drum spre spital, cu 26 mai mult decât în 2018. Din alte motive, au existat 111 nașteri în regim ambulatoriu neplanificat (comparativ cu 98 în 2018). Nașterile neplanificate în afara spitalului au reprezentat 0,1–0,4%.

Modelul actual de îngrijire maternală/ peri-natală (și starea maternităților) din Finlanda este unul dintre cele mai de succes din lume. Mortalitatea maternă (la naștere) și mortalitatea infantilă sunt printre cele mai scăzute din lume.

Nașterea la domiciliu este o opțiune legală, dar numărul acestor nașteri este de câteva zeci pe an, conform [statisticilor](#).

În practică, asumarea nașterii la domiciliu intră în responsabilitatea familiei (găsirea și angajarea de asistente/ moașe și/sau medici și asigurarea că echipamentului necesar/ instrumentarul medical este disponibil). [Prețul se ridică la câteva mii de euro](#).

Opțiunea nașterii la domiciliu – din punct de vedere [legal](#) – urmează [principiului dreptului pacientului la autodeterminare](#) (principiu călăuzitor în asistența socială și de sănătate/ pacientul trebuie îngrijit de comun acord cu el).

Nașterea la domiciliu nu este interzisă însă recomandările factorilor competenți sunt în direcționarea spre maternități (din perspectiva securității medicale a pacientului).

[Cu toate acestea, conform ghidului de consiliere pentru maternitate al THL](#), nașterea la domiciliu este cea mai potrivită pentru nașterile cu risc scăzut (ceea ce presupune evaluarea anterioară și constantă a situației viitoarei mame).

Nu există suficiente informații și cercetări utile în Finlanda pentru a determina o evaluare adecvată a riscului nașterii la domiciliu. În general, există o mulțime de inconsecvențe și variabilitate în studiile conexe (nici numărul nașterilor nu este suficient de mare pentru a permite formularea unor concluzii – mortalitatea infantilă este mică indiferent de locul în care are loc nașterea iar raritatea face dificilă comparația). Mama are dreptul de a naște în afara spitalului/ la domiciliu, dacă dorește. Pe de altă parte, în Finlanda, mama are dreptul la unul dintre cele mai sigure sisteme de îngrijire maternală din lume.

Concluzie: nu este reglementat în mod special regimul nașterilor la domiciliu (cadru legislativ este constituit de mai multe acte normative și urmărește ca principiu autonomia pacientului; nașterea la domiciliu presupune costuri asumate de familie; [recomandările profesioniștilor](#) converg spre necesitatea de a avea ca asistență – pentru femeile care vor să nască la domiciliu – un tandem de două moașe sau o moașă și un medic de specialitate).

FRANȚA

[Legea Kouchner](#) din 2002 permite femeilor să-și aleagă singure profesioniștii din domeniul sănătății, locul unde doresc să nască și tipul de îngrijire pe care doresc să îl primească. Totuși, aceeași lege impune, în paralel, obligativitatea asigurării de sănătate, (care nu se acordă/ nu acoperă și moașele/ asistentele-maternale care asistă nașterile la domiciliu). Cadrul legislativ este favorabil, costurile implicate sunt rambursate de Asigurările de Sănătate (*l'Assurance Maladie*), dar practica este indirect influențată de contextul politic.

În Franța, aproximativ 65 din 27.000 de moașe practică asistența pentru nașterile la domiciliu (fiind mai mult un „angajament personal” decât o normă profesională) existând și tentația unei „stigmatizări profesionale” (deși aceste persoane au toate calificările profesionale cerute, au capacitatea de a evalua riscurile, natura problemelor logistice, standardele de siguranță/ urgențele înainte de a accepta sau nu furnizarea de servicii)

Strategia națională de prevenire și protecție a copilului 2019-2022 - [Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2019-2022](#) și-a propus ca obiective, între altele: consolidarea îngrijirii prenatale timpurii (creșterea cu 20% a ratei de acoperire), dublarea vizitelor prenatale la domiciliu (a moașelor) și a vizitelor asistentelor medicale după naștere; sprijinirea părinților aflați în dificultate, accentuarea multidisciplinarității în abordarea problemelor de maternitate/ natalitate. Nașterile la domiciliu sunt rare (sub 2.000 anual/ 0,2% ca pondere). Conform monitorizărilor [APAAD](#) (Asociația Profesională pentru Nașterea Asistată la Domiciliu), în 2018, nicio femeie care a născut acasă nu a avut probleme serioase de sănătate (mortalitate 0).

[Legea nr. 2002-303 din 4 martie 2002](#) privind drepturile pacienților și calitatea sistemului de sănătate a făcut obligatorie încheierea unui contract de asigurare profesională de răspundere civilă pentru profesioniștii independenți din domeniul sănătății. Cu toate acestea, niciun asigurator francez nu este de acord să acopere profesioniștii care practică nașterile asistate la domiciliu (moașe). [Această stare de fapt este considerată o excepție la nivel european](#), chiar internațional. Profesia de moașă este singura pentru care statul nu a intervenit în această problemă, deși a participat la finanțarea asigurărilor altor

specialități medicale. Curtea Europeană a Drepturilor Omului afirmă că statele membre trebuie să prevadă o legislație care să permită părinților care aleg să nască acasă să fie asistați de profesioniști. Reversul lipsei legislației: numărul moașelor care asistau nașterile la domiciliu a scăzut considerabil, iar fenomenul nașterilor nesistate (ANA) a crescut relativ îngrijorător. În cele din urmă, problema nu este aceea a existenței personalului ci nevoia unei intervenții de reglementare pentru a se găsi o soluție la problema asigurării de răspundere civilă profesională și, pe de altă parte, ca Guvernul să dispună ca agențiile regionale de sănătate (ARS) să integreze AAD (*Accouchement accompagné à domicile/* nașterea asistată la domiciliu) în rețelele de sănătate perinatală. Ministerul Sănătății este reticent la astfel de solicitări reglementative, în condițiile în care mai puțin de 1% dintre nașteri au avut loc în afara unei structuri de sănătate (în 2016 dar și ulterior - acest procent referindu-se atât la nașterile survenite în mod neașteptat în afara unei structuri spitalicești, cât și la nașterile la domiciliu ca opțiune - ceea ce din perspectiva ministerului confirmă caracterul marginal al acestor ultime situații în Franța). Practic ministerul și-a propus ca linie politică de continuitate reducerea mortalității materne și neonatale (care în 1996 era de 13,2 la suta de mii de femei și acum sub 10,3). Obiectivul urmărit ține cont de indicatorii de morbiditate/ mortalitate perinatală (care stagnează de câțiva ani și plasează țara în urma altor țări europene, după cum reiese din datele [Europeristat](#)). Politica guvernamentală va trata în continuare marginal AAD, urmărind să consolideze statutul și condițiile de funcționare a unităților sanitare autorizate pentru obstetrică, printr-un nou sistem de autorizare a acestei activități.

Solicitățile pentru un cadru „alternativ” pentru nașteri au fost în oarecare măsură îndeplinite prin crearea „[caselor de naștere](#)” (din 2013 începând, în număr de 8 la nivelul anului 2019); această formă de organizare a nașterilor este extra-spitalicească, se bazează exclusiv pe moașe – liber-profesioniste sau salariate – și reprezintă o formă de răspuns la aceste solicitări, garantând totodată calitatea și securitatea îngrijirilor esențiale pentru solicitante. Guvernul a considerat experimentul ca fiind în general pozitiv și că a venit cu o ofertă suplimentară în peisajul furnizorilor de îngrijire/ asistență peri-natală. În consecință, guvernul Republicii s-a declarat în favoarea asigurării cadrului existent, ținând cont de rezultatele produse și cu scopul de a garanta menținerea calității și siguranței

îngrijirii precum și îmbunătățirea eficienței dispozitivului (fără a lua în calcul modificările solicitate).

IRLANDA

Nu există un cadru explicit cu privire doar la reglementarea nașterii la domiciliu (*home birth*), însă Serviciul de Sănătate (HSE) este obligat, prin lege, să furnizeze femeilor – gratuit - servicii de maternitate; acest lucru lasă la dispoziția ministerului includerea sau nu a unui serviciu dedicat asistării nașterilor la domiciliu.

[Legea Sănătății din 1970](#) (cu modificările și completările ulterioare) prevede:

- la Secțiunea 62(1)1, existența unui consiliu medical/ comisie dedicat/ă maternității/ sănătății femeilor însărcinate (care facilitează și orientează accesul acestora la servicii medicale, chirurgicale și la moașe/ asistente specializate).
- Articolul 62 alineatul (1A) prevede că serviciile menționate la subsecțiunea 1 sunt furnizate altfel decât ca servicii spitalicești (intra-spitalicești */in-patient services*).
- Articolul 62 alineatul (1B) prevede că respectiva comisie de sănătate nu percepe taxe pentru serviciile prevăzute în subsecțiunea 1.
- Articolul 62 alineatul (2)2 prevede că persoana (respectiv femeia gravidă) care are dreptul de a beneficia de aceste servicii poate alege să le primească de la orice medic care este dispus să o accepte ca pacient, cu condiția ca medicul să aibă un acord încheiat cu autoritatea de sănătate/ consiliul medical/ *health board* (acord privind furnizarea serviciilor de sănătate). Consiliul medical trebuie să furnizeze gratuit servicii obstetrice (în măsura în care acestea sunt încadrate în reglementările ministerului sănătății).
- Secțiunea 62(3) prevede că, atunci când o femeie folosește serviciile medicale (solicită servicii medicale) în temeiul prezentei secțiuni - în cazul de față pentru o naștere care are loc altfel decât într-un spital sau într-o maternitate - consiliul de sănătate/ *health board*-ul va furniza fără taxă servicii obstetrice (în măsura în care pot fi prescrise în baza reglementărilor și ordinelor de ministru).

Au existat cauze în instanță cu privire la calitatea celui care asistă nașterea la domiciliu (dacă este un practician – medic cu pregătire de lungă durată – sau poate fi și o moașă atestată - [Christie Tarrade and Ors v Northern Area Health Board](#), [O'Brien and Ors v South Western Area Health Board](#)).

Dinamică instituțională: Executivul HSE a înființat un grup de experți pentru a proiecta, dezvolta și furniza un sistem de guvernanta clinică a nașterii la domiciliu și structuri care să îndeplinească cele mai bune standarde internaționale pentru serviciul nașterii la domiciliu de naștere la domiciliu. Au fost stabilite politici, proceduri și linii directoare pentru a pentru a sprijini moașele comunitare care desfășoară activități independente să respecte codul de practică profesională, oferind în același timp servicii de calitate și sigure femeilor care aleg nașterea la domiciliu ([în baza dreptului comun și a reglementărilor](#)), în cadrul mai larg [al Strategiei Naționale privind Maternitatea](#) (2016). Nașterea la domiciliu este integrată în politicile privind accesul la servicii de maternitate sigure. [Standardele și procedurile stabilite](#) de autoritatea competentă (HSE) urmau a fi implementate de moașele independente (contractuale cu HSE) pe parcursul anului 2017, urmând o perioadă-pilot de un an, după care acestea urmau să transmită *feedback* președintelui grupului (privind guvernanta clinică a nașterii la domiciliu).

Rambursarea costurilor: pentru sarcinile cu risc scăzut se poate opta pentru o naștere la domiciliu; Health Service Executive (HSE) are un serviciu național de naștere la domiciliu pentru viitoarele mame eligibile care doresc să aibă o naștere la domiciliu sub îngrijirea unei moașe comunitare care desfășoară activități independente (SECM). Cheltuielile în schemele HSE sunt acoperite integral (dacă au loc în unități medicale sau alternativele prinse în reglementările HSE). În unele zone serviciul „asistență naștere la domiciliu” poate fi disponibil printr-o maternitate (sau printr-o schemă HSE cu asistente-moașe salariate prin HSE); în zonele în care sunt accesibile doar asistente-moașe private trebuie completat suplimentar un formular.

POLONIA

Din 2011 reglementările ministerului sănătății permit nașterea la domiciliu (integrate sistemul național al standardelor peri-natale); femeia are dreptul de a alege unde naște și acest lucru înseamnă că poate naște și la domiciliu; [legea din 5 iulie 1996 cu privire la profesia de asistentă și moașă](#) specifică că moașele (acreditate) au suficientă competență profesională pentru a asista nașterea naturală și de a avea grijă de nou-născut și de mamă în perioada post-partum. Cu toate acestea, nu există reglementări cu privire la modul de finanțare al acestui tip de soluție (nașterea la domiciliu), prin urmare implică costuri adiționale achitate de femeie/ familie. Reglementările ministerului sănătății nu impun prezența unui doctor care să asiste nașterea (la domiciliu), costurile sunt legate de activitatea moașei și pot varia între 3.500 PLN (zloți polonezi) și 5.500 PLN – depinde de regiune și de experiența persoanei care asistă. Moașa dispune de instrumente și medicație pe care le poate oferi pacientului fără a mai avea nevoie de recomandarea/rețeta medicului. În situația apariției unor complicații este chemat serviciul de ambulanță.

[Standardele în domeniul îngrijirii peri-natale](#) în Polonia au fost revăzute în anul 2019 (baza legală fiind [Reglementarea Ministerului Sănătății din 16 august 2018](#))

ȚĂRILE DE JOS

Reprezintă exemplul cel mai des citat în domeniul nașterilor la domiciliu. La o populație de 17,23 milioane locuitori peste 8.650.000 sunt femei (între acestea, cca 4.400.000 de mame, dintre care aproximativ 3.500.000 au născut măcar o dată acasă).

În Țările de Jos femeia gravidă se află în evidența unui obstetrician și doar în cazul unor [complicații ale sarcinii](#) se recurge la un medic ginecolog pentru a pregăti nașterea în cadrul unei secții spitalicești. Practic nașterea la domiciliu a constituit regula, nașterea la spital (maternitate) fiind excepția; acest trend a intrat într-un relativ declin în ultimi ani.

În 1950, aproximativ 75% din nașteri aveau loc la domiciliu. Statisticile arată că, în 2012, doar 17% din nașteri s-au încheiat acasă (43% din nașteri au debutat acasă dar s-au

încheiat la un centru de nașteri/ maternitate). Pentru anul 2020, statisticile au confirmat un număr de 14,8% din nașteri încheiate la domiciliu (dintr-un total de 162.287 de nașteri).

În 2009 a fost înființat Comitetul Director pentru Sarcină și Naștere, ca răspuns la rezultatele primului Raport European privind sănătatea perinatală ([Europeristat 2008/ actualizat 2010](#)) - în care au fost evidențiate ratele relativ ridicate ale mortalității perinatale din Țările de Jos. Scopul acestui Comitet a fost acela de a crește calitatea îngrijirii maternale împreună cu creionarea unor diverse alte măsuri și/sau politici în domeniu.

În funcție de numărul asistentelor-moașe înregistrate, Olanda se situează pe locul 3 în Europa, [cu 2.545 moașe](#) (după Franța cu 5409 și Germania cu 5409- nu este o listă/ bază de date comprehensivă, însă reflectă o tendință socio-profesională importantă în domeniul îngrijirii perinatale/maternale).

[Rambursare costurilor](#): dacă sarcina este fără complicații, femeia care naște la domiciliu va avea costurile rambursate integral; în ambulatoriu (în spital) asigurarea de bază a prevăzut costuri (rambursate) de 225 euro/ zi în 2021.

MAREA BRITANIE

De regulă, femeile care doreau să nască la domiciliu în Marea Britanie aveau dreptul de a solicita acest lucru în baza [home birth service](#) (Autoritatea pentru Sănătate de la nivel local fiind obligată să furnizeze o moașă cu atestat sau un doctor care să o asiste pe aceasta din momentul travaliului); între timp, legislația s-a modificat, femeile pot naște acasă (și nu există nicio lege care să interzică acest lucru sau să le oblige să nască la o unitate spitalicească) și acest drept este absolut (dacă femeia nu are afecțiuni de tip mental/ respectiv discernământul acesteia este neafectat de astfel de situații de sănătate).

În anii '90 o serie de evenimente (cezariene forțate) au obligat [Autoritate de Sănătate](#) să revadă reglementările și [ghidurile profesionale](#) în domeniu (protocoalele medicale). Dreptul de a naște la domiciliu a rămas în vigoare (și este un drept absolut al femeii), însă

a fost pusă sub semnul întrebării obligația Autorității de a promova/ furniza un serviciu de naștere la domiciliu (moașe desemnate) pentru femeile care vor să nască la domiciliu. Obligația aceasta a fost specificată în legislația britanică după cum urmează: *National Services Acts* din 1946 și 1949, a rămas ca implicită în forma legii din 1968. În 1977 [National Health Service Act](#) stabilește doar că:

Secțiunea 3 (1) Secretarul de stat are datoria să asigure (îngrijirea viitoarelor mame)... pe teritoriul Angliei și al Țării Galilor, în măsura necesităților și în acord cu îndeplinirea tuturor cerințele rezonabile.

d) Asemenea.... facilități pentru îngrijirea viitoarelor mame/ mamelor care alăptează și a copiilor mici vor fi asigurate prin toate mijloacele pe care (secretarul de stat) le consideră adecvate ca parte a serviciului de sănătate.

Din punct de vedere legal chestiunea nu a fost dezbătută până la finele anilor 1990 (în 1999 un articol apărut în revista [Practising Midwife](#) a atras atenția asupra impreciziei legislative); practic, nașterea la domiciliu devine și o problemă de politică (dacă secretarul de stat pentru sănătate sprijină sau nu acest lucru); politicile legate de maternitate și furnizarea de astfel de servicii s-au focusat pe calitatea serviciilor, însă guvernul poate stabili propriile priorități și în acest domeniu (maternitatea centrată pe opțiunea femeii) așa cum secretarul de stat poate iniția (teoretic, în practică nu s-a întâmplat un astfel de lucru) alte reglementări privind serviciile moașelor/ asistentelor pentru nașterile la domiciliu. În cadrul serviciilor naționale de sănătate există un departament specific ([midwifery services](#)) care ține evidența femeilor cărora li s-a refuzat asistența pentru nașterea la domiciliu (trebuie menționat că serviciile asistentelor maternale se bucură de o [notorietate consolidată](#)). Din punct de vedere legal problema se pune în termenii interesului pacientului (femeia care dorește să nască la domiciliu) și a interesului NHS (alocarea resurselor pentru nașterea la domiciliu); de regulă curțile judecă în favoarea femeilor, în ipoteza în care nerespectarea drepturilor acestora se îndreaptă către instanță. Femeile pot înainta plângeri la [AIMS](#) (care pe website are și formulare-tip în acest sens) sau la [Ombudsman](#). În concluzie: femeile au dreptul de a rămâne acasă pentru a naște și pot solicita serviciile personalului dedicat (asistente-moașe); de regula autoritatea de sănătate consiliază femeile spre adoptarea modalității cele mai bune de naștere (dacă

moașele nu sunt disponibile atunci se va recomanda nașterea la o unitate clinică). [Institutul Național de Sănătate și Îngrijire](#) ține evidența reglementărilor, recomandărilor și politicilor și în acest domeniu.

O naștere la domiciliu poate fi luată în calcul și consultată o asistentă-moașă licențiată după a 7-a săptămână de sarcină (7-12 săptămâni); în funcție de evoluție și de istoricul nașterilor anterioare, [opțiunea](#) poate rămâne definitivă.

Costurile unei nașteri la domiciliu variază între 2.000 și 5.000 lire sterline (în condițiile în care asistă o [moașă independentă/ liber-practiciană](#)).

NHS acoperă cheltuielile de naștere pentru toate persoanele considerate „rezidenți obișnuiți” în UK, resortisanții SEE asigurați de un stat european precum și pentru persoanele scutite de taxe.

ISRAEL

Nașterea la domiciliu este definită ca fiind nașterea care nu are loc în interiorul unui spațiu spitalicesc recunoscut (ci, mai degrabă, la reședința mamei); nașterea la domiciliu este permisă cu condiția respectării reglementărilor Ministerului Sănătății în domeniu (nașterea trebuie să fie supravegheată de un profesionist care îndeplinește toate cerințele legale); începând cu 01.06.2017, femeile care nasc fără spitalizare (își exprimă/ manifestă opțiunea unei nașteri la domiciliu) sunt eligibile pentru a primi alocația de maternitate (în condițiile legii). Reglementarea nașterii la domiciliu a făcut obiectul unei [Circulare a Ministerului Sănătății](#).

Legea israeliană permite nașterea la domiciliu dar nu și la „case maternale” care nu sunt instituții medicale. Nașterea la domiciliu trebuie asistată de medici și/ sau moașe profesioniste. Femeia poate naște la domiciliu și fără serviciile personalului menționat, dar suport profesional (medical) nu poate primi decât de la personalul reglementat de Ministerul Sănătății. În cazul în care femeia a născut la domiciliu fără a fi înregistrată ca fiind asistată de un medic/ moașă, recomandarea Ministerului Sănătății este de a se prezenta la o unitate spitalicească, pentru examinare, în termen de 24 de ore.

Eligibilitate: ca normă generală, toate femeile pot naște la domiciliu (au dreptul și libertatea de a naște la domiciliu); dacă femeia dorește asistență profesională, aceasta este acordată conform reglementărilor în domeniu. Programarea nașterii la domiciliu va cuprinde, în acest caz o serie de pași de urmat (privind starea sarcinii, durata, starea de sănătate a mamei, necesitatea unui consult medical specializat dacă moașa consideră că este necesar, dacă femeia are boli cronice care pot împiedica nașterii normale – în astfel de cazuri, potrivit normelor Ministerului Sănătății consultarea/ asistența unui medic este obligatorie).

- Foarte important: își pot exprima opțiunea pentru nașterea la domiciliu doar femeile de 18 ani, între 17-18 ani este nevoie de consimțământul parental, sub 17 ani nașterea la domiciliu nu este permisă (va avea loc într-o unitate cu caracter spitalicesc/ maternitate); nașterea la domiciliu va trebui documentată cu starea de sănătate a mamei (istoricul medical al persoanei și tot ce poate afecta sarcina), urmează procedee de monitorizare/ follow-up a sarcinii efectuate de doctor/ moașă, în conformitate cu ghidurile ministerului Sănătății; rezultatele la *screening*-ul cu ultrasunet (pentru anomalii medicale); evidența cazurilor care prezintă diabet, etc.

Există și cazuri în care Ministerul Sănătății interzice profesioniștilor asistența pentru nașterea la domiciliu, chiar dacă sunt îndeplinite toate celelalte condiții.

Procedura pentru nașterea la domiciliu:

- contactarea unei moașe profesioniste sau a unui doctor autorizat;
- consimțământul scris (și o [informare scrisă](#)) conform unui formular standard (Home Birth Request and Consent Form/ conform prevederilor [Legii privind drepturile pacientului](#) Secțiunile 13-16);
- medicul/ moașa vor confirma această informare cel puțin la nivelul inclus de formatul ministerului;
- medicul/ moașa vor instrui viitoare mama cu privire la sarcină și perioada de naștere (venind la aceasta la cel mult o oră de la debutul travaliului);

- după naștere medicul/ moașa vor examina nou-născutul, supraveghindu-l o perioadă de cel puțin 2 ore; a doua zi vor întreprinde o vizita la mamă; dacă nașterea a decurs fără probleme, mama va fi informată ca nou-născutul va trebui consultat de un pediatru la o zi de la naștere; mama este încurajată să meargă la spital pentru această analiză pentru a fi examinată și nou-născutul consultat și înregistrat. În condițiile unor complicații, mama va fi transferată la un spital.

Condiții pentru nașterea la domiciliu:

- spațiul de naștere să fie adecvat (apă curentă, electricitate, climatizare, telefon, condiții igienice);
- camera în care va avea loc nașterea trebuie să aibă cel puțin 10m²; domiciliul nu trebuie să fie departe de un spital cu secție de maternitate și că nu va dura mai mult de 30 minute pentru a se ajunge la un spital (dacă decizia va fi de a naște la spital).

Persoanele autorizate să efectueze/ asiste la naștere sunt: moașele profesioniste înregistrate în registrul național și cu experiență recunoscută de cel puțin 3 ani, care au mai participat la cel puțin 10 nașteri la domiciliu, anterior (alături de o moașă profesionistă); doctorii specialiști în obstetrică / ginecologie cu certificare în Israel, cu o experiență în nașteri la o maternitate (sau o secție de maternitate a unui spital) din Israel de cel puțin 3 ani.

Eligibilitate pentru alocația maternală: până la data menționată anterior doar femeile care au născut într-un spațiu spitalicesc/ maternități erau îndreptățite la aceasta, conform normelor Institutului Național de Asigurare (INA); din 2017 și femeile care au născut la domiciliu pot solicita alocația. Solicitare va fi însoțită de o declarație a moașei sau a doctorului care au asistat nașterea.

Altele: în toate stadiile sarcinii/ nașterii mama poate solicita transportul la spital și moașa sau medicul vor respecta de îndată această solicitare. Ministerul recomandă nașterea în secțiile de specialitate ale spitalelor licențiate/ recunoscute/ înregistrate. În general INA nu acoperă costurile nașterii la domiciliu.

Reglementări și legislație:

- Circulara Ministerului Sănătății 17/2012 din 24.05.2012 - Home births
- Reglementarea serviciului moaște-asistente
- Ordonanța 5737-1976
- Legea națională a asigurărilor (articolele 191 - 2017)
- Institutul Național de Asigurări Circulara No. 1458 din 24.05.2017 – granturi maternale pentru nașterea la domiciliu
- Altele: https://www.kolzchut.org.il/en/Informed_Consent_for_Medical_Treatment

WEBOGRAFIE

Rapoarte și documente internaționale

[EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010](#)

BELGIA

[Ghidul UpFsb al nașterii la domiciliu](#)

FINLANDA/ linkuri

http://aktiivinensynnytys.fi/wp-content/uploads/2017/03/aksy_kotisynnytys.pdf

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=3&isAllowed=y

<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>

FRANȚA

[Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2019-2022](#)

[Charta nașterii la domiciliu \(ANSFL\)](#)

CROAȚIA

[Pojatina v. Croația - 18568/12](#)

IRLANDA

[National Maternity Strategy – Creating a Better Future Together 2016-2026](#)

[Policies and Procedures 2018](#)

ISRAEL

[Circulara Ministerului Sănătății privind nașterile la domiciliu](#)

MAREA BRITANIE

[Home birth research/ AIMS Journal, 2015, Vol 27 No 4](#)

ȚĂRILE DE JOS

[Propunere de decizie privind acoperirea costurilor pentru îngrijirea integrată de maternitate \(neerlandeză\)](#)

Linkuri utile

<https://www.doctissimo.fr/grossesse/accouchement/accouchement-a-domicile-maison/accouchement-a-domicile-legislation-europe>

<https://old.llp.cz/en/2014/12/czech-homebirth-cases-might-be-considered-by-the-grand-chamber-of-echr/>

<http://humanrightsinchildbirth.org/?s=homebirth>

<http://www.nascereacasa.it/domande-sul-parto-in-casa/>

<https://www.sciencedaily.com/releases/2019/08/190807190818.htm>

<https://www.bmj.com/content/338/bmj.b1616.full>

<https://wellbornupstate.com/community-circle>

<https://www.geburtsallianz.at/hausgeburt/#:~:text=Die%20Hausgeburtsrate%20in%20%C3%96sterreich%20betr%C3%A4gt%20rund%201%2C8%20%25>

<https://www.whiteribbonalliance.org/>

<https://www.geburtsallianz.at/hausgeburt/#:~:text=Die%20Hausgeburtsrate%20in%20%C3%96sterreich%20betr%C3%A4gt%20rund%201%2C8%20%25>

<https://ansfl.org/document/charte-add/>

<https://www.roda.hr/udruga/programi/trudnoca-i-porod/porod-u-hrvatskoj-reproduktivno-zdravlje-i-prava-u-radaoni.html>

https://www.health.gov.il/hozer/mr17_2012.pdf

https://www.legifrance.gouv.fr/search/all?tab_selection=all&searchField=ALL&query=accouchement+%C3%A0+domicile&searchType=ALL&fonds=CIRC&typePaging=DEF AULT&pageSize=10&page=1&tab_selection=all#all

https://www.kolzchut.org.il/en/Home_Birth#Authorization_to_Perform_Home_Births