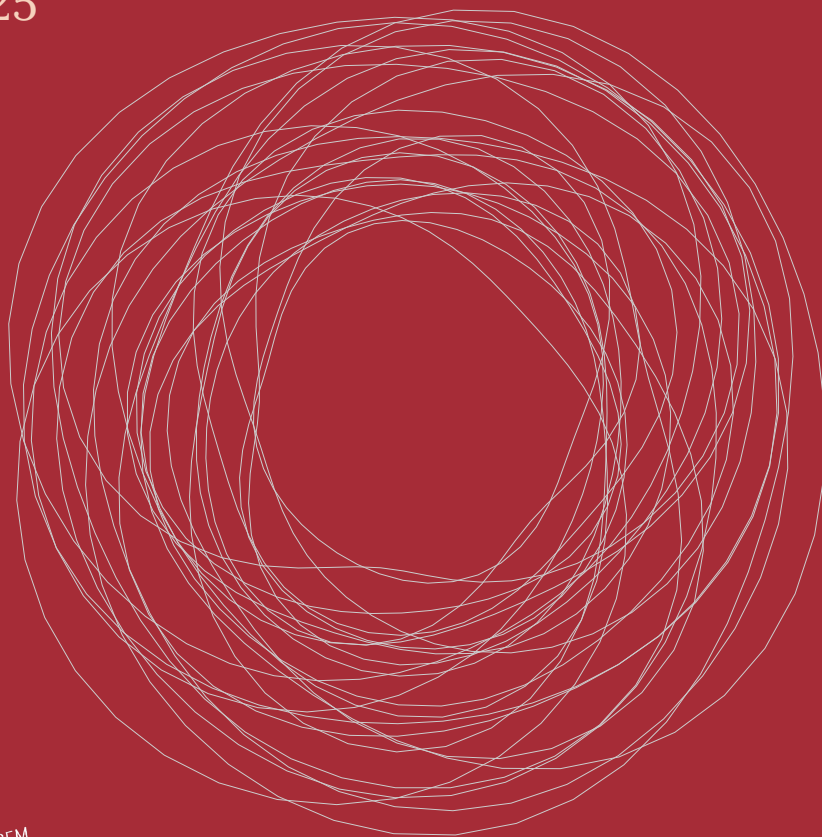


LEGAL PENTRU TOATE, ACCESIBIL PENTRU PEA PUȚINE.

Bariere în accesul la avort la cerere în România
2024-2025



@ 2026 Centrul FILIA

Toate drepturile rezervate. Reproducerea integrală sau parțială a textului în scop comercial, prin orice mijloace fără acordul Centrului FILIA, este interzisă și se pedepsește conform legii.

Autoare

Cercetarea a fost coordonată de **Andrada Cilibiu**, manageră comunicare și drepturi sexuale și reproductive, și **Cristina Praz**, senior expert în comunicare strategică și egalitate de gen (Centrul FILIA).

Ionela Băluță, profesoară la Facultatea de Științe Politice a Universității din București, a redactat secțiunea privind metodologia și etica cercetării.

Iustina Ionescu, avocată, a realizat analiza cadrului legislativ național prezentată în raport.

Adela Alexandru, manageră programe egalitate de gen și organizare comunitară, a contribuit la organizarea și centralizarea datelor.

Adriana Diaconu, information designer, ne-a ajutat să realizăm vizualizarea datelor și elementele de design ale raportului.

Mulțumim **echipei de voluntare** pentru implicarea, perseverența și timpul oferit în realizarea cercetării. Au contactat toate spitalele publice pentru a obține informațiile necesare și au contribuit cu multă atenție la centralizarea și organizarea răspunsurilor:

Sabina Borta
Maria Crîșmaru
Mara Diaconescu
Iustina Drăghici
Mădălina Duminică
Maria Ghorashi
Diana Giosan
Anamaria Holotă
Anamaria Ioniță
Izabela Manea
Emanuela Mot
Flori Munteanu
Daria Nistor
Alexandra Rizoiu
Teodora Vătavu
Andrada Tudose

Mulțumim **Adinei Păun** pentru observațiile și sugestiile din partea finală de revizuire a raportului.

Septembrie 2026

CUPRINS

Introducere.....	4
Principalele concluzii ale analizei cantitative privind refuzul spitalelor de a efectua servicii de avort la cerere.....	6
Context juridic național.....	8
Standarde internaționale de îngrijire privind avortul la cerere.....	16
Percepții și atitudini despre avort în societatea românească.....	20
Concluzii ale cercetărilor anterioare privind accesul la avort.....	25
Metodologie.....	29
Rezultate.....	34
Etapa I: colectare de date prin interviu telefonic, cu asumarea identității de cercetătoare.....	34
Etapa II: colectare de date prin interviu telefonic, asumarea identității de pacientă la telefon.....	37
Etapa III: colectare de date prin intermediul Legii 544/2001 pentru acces la informații de interes public.....	43
Analiză date INSP.....	55
Analiză Comparativă.....	58
Concluzii.....	64
Recomandări.....	68
Bibliografie.....	72
Anexe.....	75

INTRODUCERE

Accesul la servicii de avort rămâne o problemă majoră de sănătate publică și un subiect central în lupta pentru drepturile femeilor din România. Deși avortul la cerere este legal până la 14 săptămâni de sarcină, realitatea din teren arată că acest drept continuă să fie îngreunat printr-un cumul de bariere instituționale, economice și sociale, alături de stigma care persistă asupra acestei proceduri medicale.

Raportul de față își propune să documenteze aceste obstacole și să ofere o imagine actualizată asupra modului în care statul român își îndeplinește obligația de a garanta accesul efectiv, **sigur și nediscriminatoriu** la servicii de sănătate reproductivă.

În ultimii ani, România a devenit un exemplu îngrijorător al discrepanței dintre cadrul legal și accesul real. Lipsa de disponibilitate a unor servicii și proceduri esențiale în spitalele publice, refuzul de îngrijire din partea personalului medical și absența unui mecanism funcțional de monitorizare și sancționare contribuie la un context în care accesul la avort este adesea determinat de resurse financiare, context social, accesul la rețele informale etc. În acest context, persoanele din mediul rural, cele cu venituri reduse, adolescentele și persoanele aflate în situații vulnerabile sunt afectate în mod disproporționat.

Contextul actual este marcat și de schimbările sociale majore din ultimii ani: polarizarea discuțiilor publice despre drepturile reproductive, presiunea crescândă a grupurilor anti-avort, dar și eforturile tot mai consistente ale societății civile de a apăra accesul la avort ca o formă de îngrijire medicală esențială.

Raportul de față își propune să ofere o analiză actualizată a accesului la avort în România în perioada 2024-2025, urmărind analizele publicate anterior de Centrul FILIA, în 2019 și în 2022. Documentul urmărește să evidențieze principalele bariere instituționale, administrative, economice și sociale care împiedică exercitarea unui drept legal și să contribuie la dezvoltarea unor recomandări clare pentru autorități, instituții medicale și profesioniști din domeniul sănătății.

Datele arată că accesul la avort la cerere rămâne puternic limitat în spitale: **53% dintre spitalele care au răspuns telefonic au declarat că nu oferă acest serviciu**, iar alte 12% îl oferă doar în

53%

dintre spitalele care au răspuns telefonic au spus că nu fac avort la cerere

anumite condiții, precum un anumit tip de procedură, anumite zile și intervale orare sau doar prin anumiți medici. **În final, doar 8% dintre spitale (15 spitale)** oferă avort la cerere fără astfel de condiționări, ceea ce evidențiază bariere semnificative în accesul efectiv la o formă de îngrijire medicală reglementată legal.

8%

dintre spitale oferă avort la cerere fără condiționări.

Datele colectate prin baza Legii 544/2001 continuă această tendință a unui acces puternic limitat: **în jumătate dintre spitalele care au răspuns cererii niciun medic nu face avorturi la cerere**, 42,5% au transmis informații despre numărul de medici care fac avort și 7,9% nu au răspuns. Refuzul medicilor reprezintă, astfel, una dintre principalele bariere în accesul la serviciu: motivele invocate cel mai frecvent sunt cele religioase (41%) și clauza de conștiință (38%).

Chiar și acolo unde serviciul este disponibil, accesul este condiționat de tipul procedurii și de limitele gestaționale: 42% oferă atât avort chirurgical, cât și medicamentos, 38,6% doar chirurgical și 19,3% doar medicamentos, dar chiar dacă oferă acest serviciu, **în majoritatea cazurilor există condiționări**, în special în ceea ce privește numărul de săptămâni până la care se poate face procedura. **Majoritatea spitalelor oferă avort chirurgical până la 12 săptămâni** și avort medicamentos până la 9 săptămâni, dar puține spitale oferă efectiv varianta accesului la avort medicamentos, ceea ce poate restrânge suplimentar posibilitatea de acces la serviciu, în funcție de momentul în care femeile ajung la un furnizor. La aceste bariere se adaugă și costurile, **care pot ajunge la 1.000 de lei pentru un avort chirurgical** și la 750 de lei pentru unul medicamentos, transformând un serviciu legal într-unul dificil de accesat pentru multe femei.

Refuzul medicilor reprezintă una dintre principalele bariere în accesul la avort: motivele invocate cel mai frecvent sunt cele religioase (41%) și clauza de conștiință (38%).

Datele oficiale obținute prin cereri pe baza Legii 544/2001 din partea Institutului Național de Sănătate Publică (INSP) indică un decalaj tot mai mare între numărul avorturilor la cerere raportate în mediul privat față de cele efectuate în spitalele publice, ceea ce corespunde și concluziilor generate în urma cercetărilor anterioare – observăm un fenomen de privatizare a acestei proceduri medicale.

Datele ne arată **o scădere cu aproximativ 9% a numărului de avorturi raportate în unitățile publice** din 2024 comparativ cu 2025, concomitent cu creșterea cu 2,2% a celor din sectorul privat, precum și un număr mai mare de județe fără raportări în sistemul public. Acest lucru ne sugerează o retragere sau o diminuare a rolului serviciilor publice de

sănătate în acest domeniu. Menționăm că datele raportate din partea sistemului privat sunt incomplete și nu cunoaștem numărul de spitale, clinici sau cabinete private care au contribuit prin transmiterea acestor date către INSP.

Această tendință înseamnă **un acces inechitabil la servicii de sănătate reproductivă**. 72% (2025), respectiv 70% (2024) dintre avorturile la cerere au fost realizate în unități medicale private. Orientarea către sectorul privat aduce costuri mai mari pentru paciente și accentuează diferențele de acces între persoanele cu resurse financiare diferite sau între cele din regiuni în care oferta medicală este limitată. Importanța disponibilității acestor servicii în sistemul public rezultă și din faptul că, deși avortul la cerere este plătit integral de pacientă și în unitățile publice, costurile sunt, în general, mai reduse decât în sectorul privat (de exemplu, costul unui avort chirurgical poate fi de 3-5 ori mai mare în mediul privat) ceea ce poate face serviciul mai accesibil femeilor cu resurse financiare limitate, fără o rețea de sprijin sau cu acces redus la informații și servicii medicale. În plus, dependența de oferta privată poate însemna că accesul la serviciu variază în funcție de disponibilitatea și politica fiecărei unități, precum și de regiunea în care aceasta este situată. Aceste bariere afectează în special persoanele cele mai vulnerabile: fără venit sau cu venit limitat, persoane cu dizabilități locomotorii, persoane care lucrează cu ziua și nu se pot deplasa în alt județ pentru a accesa servicii medicale de bază etc.

72%

dintre avorturile la cerere din 2025 au fost realizate în unități medicale private.

Principalele concluzii ale analizei cantitative privind refuzul spitalelor de a efectua servicii de avort la cerere

Pentru a ușura parcurgerea informațiilor din raport, redăm mai jos principalele concluzii din cele trei etape de cercetare:

Etapa I: colectare de date prin interviu telefonic, asumarea identității de cerce-tătoare

Din 19 spitale apelate, 5 au spus că nu au timp să răspundă la întrebări, 3 au menționat că „*astfel de subiecte nu se discută telefonic*”, 6 nu au răspuns deloc, 3 au menționat încă de la început că nu realizează avort la cerere și **doar 2 au spus că oferă acest serviciu medical**.

Etapa II: colectare de date prin interviu telefonic, asumarea identității de pacientă

- Din 188 de spitale apelate, 29 nu au răspuns, în 6 dintre cazuri operatorul nu a vrut să dea informații telefonice, iar în 11 situații operatorii au comunicat că trebuie venit fizic/la cabinetul doctorului pentru a primi aceste răspunsuri.
- 104 (53%) au menționat că **nu fac avort la cerere**.
- **23 dintre spitale (12%) fac avort la cerere, dar DOAR în anumite condiții:** doar un anumit tip de avort (doar medicamentos sau doar chiuretaj), doar în anumite zile și intervale orare ale săptămânii, doar anumiți doctori din cadrul spitalului, etc.
- Doar 15 (8%) dintre spitale fac avort la cerere fără condiționări.
- Întrebat de ce nu realizează avort la cerere, **50 dintre spitale nu au oferit detalii (48%)**.
- În contextul refuzului, atunci când s-a cerut redirectionarea către o unitate medicală care realizează avort la cerere, o treime din recomandări au fost către un spital sau un cabinet privat, iar restul nu au făcut nicio recomandare.

Etapa III: colectare de date prin intermediul Legii 544/2001 pentru acces la informații de interes public

- Dintre cele 204 de spitale cărora le-am transmis cereri în baza Legii 544/2001, 45 nu au răspuns, 26 au transmis că nu au secție de obstetrică-ginecologie, 6 au transmis că motivul pentru care nu oferă servicii de avort este faptul că niciun medic nu ocupă postul de medic obstetrică-ginecologie. Am obținut astfel **127 de răspunsuri valide, cuprinse în analiză**.
- În jumătate dintre spitalele care au răspuns cererii niciun medic nu face avorturi la cerere, 42.5% au transmis informații despre numărul de medici care fac avort și 7.9% nu au răspuns.
- Din răspunsurile scrise ale spitalelor reiese că motivele invocate cel mai frecvent pentru care nu se efectuează avorturi la cerere sunt că medicii refuză să facă avorturi invocând motivele religioase (41%) și motive ce țin de invocarea clauzei de conștiință (38%). Alte motive invocate de spitale sunt că asigurarea de malpraxis nu acoperă serviciile de avort la cerere și că există anumite „riscuri de complicații” asociate procedurii (10%) și probleme logistice (renovări, relocări, lipsa temporară a unui spațiu adecvat etc.)
- **37% din spitale au menționat că nu există niciun fel de protocol pentru situațiile în care medicii refuză să efectueze un avort la cerere.** Doar o mică parte redirectionează efectiv pacientele către un alt medic (7.8%) sau altă unitate medicală (5.5%). Jumătate dintre spitale nu au oferit un răspuns.
- **44.8% dintre spitale au declarat că fac avorturi la cerere.**
- Condițiile în care este realizat avortul la cerere diferă de la un spital la altul: în 24 de spitale (42%) avortul se face atât chirurgical, cât și medicamentos. În alte 22 de spitale (38.6%) se face doar avort chirurgical, iar în 11 spitale se face doar avort medicamentos (19.3%).

- **Doar 32.6% dintre spitalele care au transmis în răspuns că fac avorturi chirurgicale fac această procedură după 12 săptămâni de sarcină**, reprezentând un sfert dintre spitalele care fac avorturi la cerere. Majoritatea spitalelor fac avort chirurgical până la 12 săptămâni de sarcină și avort medicamentos până la 9 săptămâni de sarcină.
- Prețul maxim menționat pentru un avort chirurgical în spitalele de stat este 1000 de lei, iar pentru un avort medicamentos 750 de lei.
- În ciuda lipsei unor proceduri, 58 de spitale (45.6%) au transmis că oferă o formă de consiliere pre-avort, în majoritatea situațiilor aceasta fiind furnizată prin intermediul cabinetului de planificare familială (în 27 de spitale) sau de către medicul ginecolog (în 24 de spitale). 13.4% dintre spitale au răspuns că nu oferă nicio formă de consiliere, iar o treime 41% nu au oferit informații.
- 51% din spitale au declarat că nu oferă informații publice despre avortul la cerere, lipsa informațiilor concrete despre procedură rămânând o barieră semnificativă.
- **Peste 72% din avorturile la cerere din 2025 au fost realizate în mediul privat** conform datelor INSP (10.707 vs 4.082).
- 13 județe au raportat **zero** avorturi la cerere în unități medicale de stat comparativ cu 6 județe care au raportat zero avorturi la cerere efectuate în mediul privat.
- 2 județe au raportat **zero** avorturi la cerere atât la unitățile medicale de stat, cât și la cele private.

Context juridic național

În România, dreptul de a avea acces la avort în condiții de siguranță este un drept garantat prin lege. Statul român a ratificat tratate și convenții europene și internaționale de drepturile omului care garantează femeilor dreptul de a avea acces efectiv la avort în condițiile legii, conform dreptului la viață privată și a dreptului la sănătate, printre alte drepturi ale omului¹.

În anul 2007, Curtea Europeană a Drepturilor Omului a decis într-un caz împotriva Poloniei că atunci când un stat prevede că avortul este permis în anumite condiții legale, are obligația să se ia toate măsurile necesare în așa fel încât femeile care se califică să aibă acces în practică la serviciul medical de avort în condiții de siguranță². Această obligație a statului corespunde dreptului la viață privată și de familie, precum și dreptului la sănătate și dreptului de a fi protejată împotriva discriminării. Constituția României, tratatele și convențiile interna-

¹ A se vedea, de exemplu, Comitetul ONU pentru drepturile economice, sociale și culturale, Comentariul General nr.22 privind dreptul la sănătate sexuală și reproductivă (art.12 din Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale), U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2016), paragrafele 13-21, 28, 34, 40-43, 45; Comitetul ONU pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor, Recomandarea Generală nr.24: Art.12 din Convenție (Femeile și sănătatea), U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, chap. I (1999), paragrafele 11, 14, 21; Comisarul pentru drepturile omului al Consiliului Europei, Drepturile sexuale și reproductive ale femeilor în Europa (2017), disponibil la <https://rm.coe.int/women-s-sexual-and-reproductivehealth-and-rights-in-europe-issue-pape/168076dead>, pp. 59-60; Organizația Mondială a Sănătății, Ghidul privind avortul în condiții de siguranță: Îndrumări tehnice și de politici pentru sistemele de sănătate (a doua ediție, 2012), p.64; Curtea Europeană a Drepturilor Omului, Tysiac c. Poloniei (2007), cererea nr. 5410/03, paragrafele 109-113, 117-130.

² Curtea Europeană a Drepturilor Omului, Tysiac c. Poloniei (2007), cererea nr. 5410/03, paragrafele 109-113, 117-130

ționale de drepturile omului ratificate de țara noastră sunt parte integrantă din legislația națională și au prioritate față de prevederile interne defavorabile, iar drepturile constituționale vor fi interpretate și aplicate în concordanță cu ele. Așadar, femeile din România au dreptul fundamental de a avea acces efectiv la avort până la 14 săptămâni de sarcină, așa cum reiese din legislația națională interpretată în lumina drepturilor omului. Până în prezent, Curtea Constituțională a României nu s-a pronunțat cu privire la dreptul femeilor la avort, deoarece nu a avut de examinat niciun caz în acest domeniu³.

În legea română, dreptul femeilor la avort este prevăzut în Legea drepturilor pacientului, sub forma dreptului femeii de a decide dacă să aibă sau nu copii. Articolul 28 din Legea 46/2003 privind drepturile pacientului prevede că dreptul femeii de a hotărî dacă să aibă sau nu copii este garantat și că pacienta, prin serviciile de sănătate, are dreptul să aleagă cele mai sigure metode privind sănătatea reproducerii.

Prin această prevedere legală, legiuitorul a ales să formuleze dreptul la avort după modelul folosit în documentele programatice internaționale privind afirmarea drepturilor femeilor, respectiv Platforma de Acțiune a Conferinței Internaționale privind Populația și Dezvoltarea de la Cairo, din 1994⁴ și Convenția ONU privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor⁵. De exemplu, Principiul 8 din Platforma de Acțiune ICPD prevede că toate cuplurile și persoanele individual au dreptul fundamental de a decide liber și responsabil asupra numărului de copii și a perioadei de timp dintre ei, precum și dreptul de a avea informația, educația și mijloacele pentru a-și exercita aceste drepturi⁶. În plus, este important să observăm că articolul 28 din Legea drepturilor pacientului 46/2003 stipulează nu doar la nivel declarativ dreptul femeilor de a decide, ci introduce în legislația românească garanția că femeile vor avea acces la servicii de sănătate, la alegerea lor, prin care să își aducă la îndeplinire decizia. În plus, în teza finală, legiuitorul recu-

*femeile din
România
au dreptul
fundamental de a
avea acces efectiv
la avort până
la 14 săptămâni
de sarcină,
așa cum reiese
din legislația
națională
interpretată
în lumina
drepturilor
omului.*

³ Curtea Constituțională a României, Jurisprudența disponibilă la <https://dosare.ccr.ro/#/CautareDosare>.

⁴ Platforma de Acțiune adoptată la Conferința Internațională privind Populația și Dezvoltarea, Cairo, 5-13 septembrie 1994, Principiul 8, disponibil la https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf

⁵ Convenția ONU privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor, art. 16.(1)(e).

⁶ Platforma de Acțiune adoptată la Conferința Internațională privind Populația și Dezvoltarea, Cairo, 5-13 septembrie 1994, Principiul 8, disponibil la https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf

noaște că accesul liber al femeilor la servicii de avort este esențial pentru asigurarea dreptului lor la sănătate. În concluzie, avortul la cerere, ca orice alt serviciu de natură medicală, face parte din sistemul de sănătate.

În afară de recunoașterea acestui drept printre drepturile pacientului, **legislația românească nu detaliază printr-o lege specială un cadru legal specific privind avortul**, în care să concretizeze situațiile în care avortul poate fi acordat în mod legal, respectiv termenul până la care se poate acorda, cine îl poate efectua și unde poate fi efectuat, care sunt garanțiile pentru a asigura accesul efectiv al femeilor la acest serviciu medical. Aceste aspecte rezultă doar indirect și incomplet din prevederile Codului penal interpretate per a contrario și din legislația secundară, așa cum vom prezenta mai jos.

Din punct de vedere istoric, avortul a reintrat în legalitate imediat după căderea regimului comunist, în decembrie 1989, când una dintre primele legi adoptate a fost legea pentru abrogarea Decretului 770/1966 care incrimina avortul⁷. Cu toate acestea, în anul 1996, a fost introdusă în Codul penal infracțiunea Provocarea ilegală a avortului, care sancționa persoanele care efectuau un avort după 14 săptămâni de sarcină, cu excepția situațiilor în care întreruperea era justificată terapeutic (din motive medicale), persoana însărcinată nefiind incriminată.

În prezent, Noul Cod penal adoptat în anul 2009 prevede infracțiunea Întreruperea cursului sarcinii (art.201 Cod penal), în ciuda faptului că recomandările internaționale sunt pentru dezincriminarea avortului ca infracțiune separată⁸. Conform art.201 alin.1 Cod penal, situațiile în care întreruperea cursului sarcinii este ilegală sunt atunci când avortul a fost efectuat în afara instituțiilor medicale sau a cabinetelor medicale autorizate în acest scop sau dacă a fost efectuat de către o persoană care nu are calitatea de medic de specialitate obstetrică-ginecologie și drept de liberă practică medicală în această specialitate sau dacă vârsta sarcinii a depășit paisprezece săptămâni sau dacă a fost efectuat fără consimțământul femeii însărcinate. Art.201 alineatul 7 din Codul penal prevede că femeia însărcinată care își întrerupe

avortul la cerere, ca orice alt serviciu de natură medicală, face parte din sistemul de sănătate.

⁷ Decret-Lege nr.1 din 26 decembrie 1989 privind abrogarea unor legi, decrete și alte acte normative publicat în Monitorul Oficial nr. 4/27 decembrie 1989, prin care s-a abrogat Decretul nr.770/1966 privind reglementarea întreruperii cursului sarcinii.

⁸ UN Working Group on discrimination against women and girls, Women's and girls' sexual and reproductive health rights in crisis, 28 aprilie 2021, A/HRC/47/38, paragraf 77.b, disponibil la <https://docs.un.org/en/A/HRC/47/38>.

cursul sarcinii nu se pedepsește, iar alineatul 6 prevede că nu constituie infracțiune întreruperea cursului sarcinii în scop terapeutic efectuată de un medic de specialitate obstetrică-ginecologie, până la vârsta sarcinii de douăzeci și patru de săptămâni, sau întreruperea ulterioară a cursului sarcinii, în scop terapeutic, în interesul mamei sau al fătului.

Din interpretarea *per a contrario* reiese că în prezent este permis avortul dacă este efectuat cu consimțământul femeii însărcinate, până la 14 săptămâni de sarcină, în instituții medicale sau în cabinete medicale autorizate, de către un medic de specialitate obstetrică-ginecologie, cu drept de liberă practică medicală în această specialitate. Această interpretare s-a împământenit în sistemul medical, la nivelul publicului și la nivelul organismelor de monitorizare a drepturilor omului de la nivel internațional⁹.

În al doilea rând, mai multe norme secundare au reglementat unele aspecte privind acordarea serviciilor de avort la cerere în unitățile sanitare din România. Am găsit referire la mai multe ordine succesive ale ministrului sănătății care ar fi reglementat condițiile de efectuare a întreruperilor de sarcină elective, taxele percepute și categoriile exceptate de la plata acestor taxe, respectiv Ordinul Ministrului Sănătății Nr. 605 din 27.12.1989, Ordinul Ministrului Sănătății Nr. 619 din 10.05.1991 și Ordinul Ministrului Sănătății Nr. 206 din 17.02.1997¹⁰. În acea perioadă, ordinele de ministru nu se publicau în Monitorul Oficial, ci se țineau într-o mapă la minister și Ministerul Sănătății nu a răspuns care este conținutul acestor ordine de ministru sau dacă ele mai sunt sau nu în vigoare¹¹. Mai mult decât atât, în iunie 2003, a fost publicat un document elaborat de Ministerul Sănătății și Familiei, Colegiul Medicilor din România și Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România, intitulat „*Standarde și recomandări de practică pentru efectuarea întreruperii elective de sarcină*”, în fapt un ghid clinic pentru avortul la cerere. În contextul prezentat mai sus privind ordinele de ministru, nu am obținut informații de la Ministerul Sănătății dacă acest ghid a fost aprobat prin ordin de ministru și dacă este sau nu considerat un document de referință pentru standardele medicale în domeniu (anexa 8).

⁹ De exemplu, Comitetul ONU pentru drepturi economice, sociale și culturale, Observații către România, 2024, E/C.12/ROU/CO/6 (CESCR 2024), paragraful 42; UN Working Group on discrimination against women and girls, Visit to Romania Report, 20 aprilie 2021, paragraph 60, disponibil la <https://docs.un.org/en/A/HRC/47/38/Add.1>.

¹⁰ Citat în Ministerul Sănătății și Familiei, Colegiul Medicilor din România și Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România, „Standarde și recomandări de practică pentru efectuarea întreruperii elective de sarcină”, iunie 2003.

¹¹ Ministerul Sănătății, Răspuns pe email Nr. SRPP 330 / 13.08.2025

Pe lângă aceste acte normative cu statut incert, două norme secundare adoptate în ultimii cinci ani confirmă concluzia de mai sus, că avortul la cerere până la 14 săptămâni de sarcină este legal în România și constituie un serviciu medical la cerere, care trebuie acordat în unitățile sanitare autorizate, la public și la privat. Aceste norme recente adaugă câteva elemente în conturarea cadrului normativ incomplet privind avortul în România.

Ordinul de ministru prin care sunt împărțite în categorii spitalele de obstetrică-ginecologie, în funcție de gradul de complexitate al serviciilor pe care le oferă, prevede că serviciul medical de întrerupere a sarcinii sub 12 săptămâni de gestație (echivalentul a 14 săptămâni de sarcină sau 14 săptămâni amenoree), la cerere este acordat în cadrul secției de ginecologie în spitalele care doresc să se încadreze în spitale de nivel 1a și 1b, fiind unul dintre criteriile minime în calificarea lor¹². Ministerul Sănătății ne-a răspuns în cadrul cercetării că în prezent ministerul colectează informații de la spitale și că procesul de încadrare în categorii este programat să fie finalizat în a doua jumătate a anului 2026¹³. În opinia noastră, dacă pentru a se califica într-o categorie de spital, o secție de specialitate trebuie să acorde un anumit serviciu medical, înseamnă că este în general garantată acordarea aceluși serviciu medical în respectivul spital. Prin urmare, nu este la latitudinea unității sanitare dacă acordă sau nu serviciul medical respectiv, indiferent dacă este un serviciu medical la cerere sau acoperit de asigurarea publică de sănătate. Ministerul Sănătății este de altă părere: în răspunsul său scris, ministerul susține că avortul la cerere nu este un serviciu care trebuie acordat în mod obligatoriu în sistemul medical din România, deoarece este un serviciu medical la cerere, care nu este decontat de casa de asigurări de sănătate, nu este acoperit de asigurarea de malpraxis a medicilor și nici de cea a spitalelor¹⁴. Nu suntem de acord cu această interpretare. Faptul că se numește serviciu medical „la cerere” înseamnă doar că nu este acoperit de asigurarea publică de sănătate și că pacientele trebuie să plătească din buzunar și primesc chitanță pentru serviciul medical.

¹² Ordinul Ministrului Sănătății nr. 3368/2024 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii de ierarhizare a structurilor de obstetrică-ginecologie, neonatologie și pediatrie care asigură servicii de terapie intensivă pentru nou-născuți și pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, 7 iunie 2024, Anexa 2, publicat în Monitorul Oficial nr. 572 din 19 iunie 2024.

¹³ Ministerul Sănătății, Răspuns pe email Nr. SRPP 330 / 13.08.2025

¹⁴ Ministerul Sănătății, Răspuns pe email Nr. SRPP 330 / 13.08.2025

Prestarea lui nu este facultativă pentru unitatea sanitară autorizată. De asemenea, faptul că este denumit „întrerupere electivă a sarcinii” înseamnă că femeia poate să aleagă dacă dorește să întrerupă sarcina până la 14 săptămâni de sarcină, nu înseamnă că este alegerea unității sanitare să acorde sau nu serviciul medical respectiv. Femeile însărcinate care decid să nu păstreze sarcina trebuie să aibă acces la servicii medicale de avort în condiții de siguranță, adică sub supraveghere medicală, iar statul trebuie să asigure condițiile pentru ca accesul lor să fie unul efectiv și în timp util. Dacă paciențele nu pot obține avort la cerere într-un spital, autorizat să efectueze în secția de ginecologie avorturi la cerere, atunci unde să se adreseze pentru avortul la care au dreptul conform legii?

Faptul că asigurările de malpraxis ale medicilor și ale spitalelor nu acoperă serviciile medicale de avort la cerere, după cum susține Ministerul Sănătății¹⁵, depinde doar de negocierea cu asiguratorul a pachetului de servicii acoperit prin asigurarea contractată de medic, respectiv de spital.

Cea de-a doua normă secundară este **Ghidul privind avortul medicamentos**, aprobat prin ordin de ministru în anul 2019. Acesta conține standarde, recomandări și opțiuni terapeutice privind managementul medicamentos al avortului la cerere doar pentru cazurile când pacienta are mai puțin de 12 săptămâni amenoree (adică 12 săptămâni de sarcină)¹⁶.

Aceasta înseamnă că potrivit ghidului clinic, între săptămâna 12 și săptămâna 14 de sarcină (de amenoree) nu este recomandat avortul medicamentos ca metodă de întrerupere a sarcinii. Cu toate acestea avortul la cerere rămâne permis și legal pentru cele două săptămâni care au mai rămas, urmând a fi efectuat eventual prin alte metode de avort, după caz. Faptul că actele normative se referă la avortul la cerere folosind metode de calcul diferite creează confuzie și poate să ducă la scăpări, când, în mod nejustificat, anumite situații nu sunt acoperite de o procedură medicală sau nu sunt acordate de către prestatorii de servicii, deși pacientele au dreptul legal să acceseze avortul la cerere (14 săptămâni de sarcină înseamnă același lucru cu 14 săptămâni amenoree și cu 12 săptămâni de gestație).

În concluzie, am demonstrat în această secțiune că dreptul

Dacă pacientele nu pot obține avort la cerere într-un spital, autorizat să efectueze în secția de ginecologie avorturi la cerere, atunci unde să se adreseze pentru avortul la care au dreptul conform legii?

¹⁵ Ministerul Sănătății, Răspuns pe email Nr. SRPP 330 / 13.08.2025

¹⁶ Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1241/2019 privind aprobarea ghidurilor pentru obstetrică-ginecologie, 9 august 2019, Anexa 31, publicat în Monitorul Oficial nr. 738 din 10 septembrie 2019.

la avort la cerere este garantat prin legislația românească. Cu toate acestea, lipsește un cadru legal specific care să reglementeze toate detaliile privind serviciul medical de avort la cerere, în așa fel încât să fie garantat efectiv accesul la avort, alături de orice alte servicii medicale de sănătate, să fie acoperită toată perioada cât este permis conform legii și să se evite stigmatizarea femeilor și a prestatorilor de servicii de avort la cerere.

În România, legislația în vigoare reglementează obligația cadrelor medicale de a acorda asistența medicală sau îngrijirile de sănătate pacienților. De asemenea, legea prevede doar două situații excepționale în care se poate exercita legal refuzul de către un medic, iar niciuna dintre ele nu are legătură cu motivele de religie sau conștiință, invocate în practică de către medici pentru a refuza avortul la cerere.

În primul rând, există două articole în Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății care se dublează în reglementarea obligației acordării asistenței medicale/îngrijirilor de sănătate de către cadrele medicale și creează incertitudine juridică în ceea ce privește existența unei obligativități prin lege. Articolul 665 din Legea 95/2006 stabilește regula generală că există obligativitatea acordării asistenței medicale pacienților atâta timp cât aceștia au dreptul conform legii să le primească în cadrul instituției respective. Legea 95/2006 nu detaliază ce se înțelege prin „pacient”. Definiția legală o găsim în Legea 46/2003 a drepturilor pacientului, respectiv: „prin pacient se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate”¹⁷. Prin urmare, faptul că te adresezi unei unități medicale cu competențe în investigarea unei anumite situații medicale sau de sănătate în care te-ai putea afla te califică drept pacient, iar cadrele medicale au obligația, de principiu, de a-ți acorda asistența medicală.

În același timp, art. 663 alin.(1) din Legea 95/2006 prevede că obligativitatea există doar față de „pacienții acceptați în prealabil” de către cadrul medical. Dacă s-ar interpreta că este complet la latitudinea cadrului medical dacă acceptă sau nu un pacient, atunci chiar ideea de obligativitate a acordării asistenței medicale/îngrijirilor de sănătate ar fi golită de conținut, pentru ca nu ar mai fi o obligație legală, ci ar fi lăsată exclusiv la latitudinea cadrelor medicale dacă o acordă sau nu. Acest lucru este important în cazul avortului la cerere, deoarece unii ar putea susține că nu ar fi vorba de

legea prevede doar două situații excepționale în care se poate exercita legal refuzul de către un medic, iar niciuna dintre ele nu are legătură cu motivele de religie sau conștiință, invocate în practică de către medici pentru a refuza avortul la cerere.

¹⁷ Legea 46/2003 a drepturilor pacientului, art.1 lit.a).

obligativitate fiindcă pacienta nu ar fi fost în primul rând un pacient acceptat de către medic. Cu toate acestea, în cadrul cercetării noastre cantitative, un astfel de argument nu a fost formulat de către unitățile sanitare, nici în scris, nici în răspunsurile acordate prin telefon; persoanele nu se raportează la existența unei obligații legale de a acorda serviciul medical de avort, ci mai degrabă la faptul că serviciul de avort este la cerere și deci nu ar fi obligatoriu să îl acorde, deoarece nu este inclus în lista serviciilor medicale acoperite de asigurarea de sănătate publică.

pacient = persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate

Refuzul avortului la cerere nu este reglementat explicit prin lege, ci doar prin Codul de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor. Legea 95/2006 permite refuzul medicului doar în situația trimiterii către un specialist cu competențe sporite sau în cazul comportamentului ostil al pacientului. La momentul culegerii datelor pentru analiza cantitativă, în 2024-2025, era în vigoare Codul de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor din România aprobat prin Hotărârea nr.2/2012 a Colegiului Medicilor din România. La articolul 34 se prevedea că este permis refuzul acordării asistenței medicale dacă solicitarea afectează valorile morale ale medicului, cu condiția ca acesta să explice motivele, să nu pună în pericol sănătatea pacientei și să o îndrume către un alt furnizor.

Începând cu 1 ianuarie 2026, a intrat în vigoare Codul de Deontologie Medicală¹⁸ aprobat la 30 octombrie 2025 de Colegiul Medicilor din România, care a înlocuit prevederile articolului de mai sus cu mai multe prevederi care se aplică, de principiu, refuzului medicilor de a acorda servicii de avort la cerere pe motive de conștiință, morală, religie sau etică. Astfel, articolul 3 punctul b prevede definiția așa-numitei „clauză de conștiință”, înțelesă ca dreptul medicului de a refuza un act profesional contrar convingerilor sale morale, religioase sau etice, fără a pune în pericol viața ori sănătatea pacientului, fără a încălca prevederile legale aplicabile și drepturile pacientului, cu condiția asigurării continuității îngrijirilor medicale. Definiția de mai sus se aplică împreună cu prevederea de la articolul 26 alineatul 1 litera d, care prevede ca medicul poate refuza relația cu un pacient sau acordarea îngrijirilor medicale, cu excepția situațiilor de urgențe medico-chirurgicale amenințătoare de viață, dacă i se solicită efectuarea unui act medical neconform cu valorile

¹⁸ Colegiul Medicilor din România. (2025). Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România, aprobat prin Hotărârea nr. 2/2025 din 30 octombrie 2025: <https://www.cmr.ro/cod-deontologic/>

sale morale, pe baza clauzei de conștiință declarate anual în scris la colegiul teritorial, recomandând pacientului adresa-rea către un alt medic.

Pe parcursul cercetării cantitative, 2024-2025, Colegiul Medicilor din România nu ne-a oferit informații privind monitorizarea aplicării regulilor deontologice în vigoare la acel moment și dacă a fost investigat și sancționat vreun caz de abuz. **Un Cod de Deontologie Medicală este un document intern la nivelul profesiei de medic prin care se stabilesc norme etice, nu norme legale.** Acest Cod se supune prevederilor legale în vigoare; Codul nu poate stabili reguli contrare legii și nici nu poate să adauge la lege situații noi când medicii își pot exprima în mod legal refuzul. Întrucât întreruperea relației medic-pacient este reglementată în mod strict de lege, lista motivelor de întrerupere este una închisă, limitativă. Alte motive, prevăzute în norme etice sau în acte normative cu valoare inferioară legii, nu se califică pentru a justifica întreruperea relației medic-pacient. În concluzie, **refuzul cadrelor medicale de a efectua avort la cerere rămâne nereglementat de către statul român prin lege**, fiind doar reglementat intern, la nivelul profesiei medicale care nu se poate subroga autorității statului. Cu atât mai mult cu cât noul Cod de Deontologie Medicală prevede explicit condiționarea refuzului pe motive de conștiință sau religie de respectarea prevederilor legale privind drepturile legii pacientului și asigurarea continuității îngrijirilor medicale, statul are obligația de a adopta, la rândul său, reglementări prin care să prevadă explicit obligația unităților sanitare autorizate de a acorda servicii medicale de avort la cerere și de a asigura continuitatea acestor servicii, care este în primul rând obligația legală a prestatorului de servicii și apoi obligația medicului conform deontologiei profesionale.

clauza de conștiință= dreptul medicului de a refuza un act profesional contrar convingerilor sale morale, religioase sau etice, fără a pune în pericol viața ori sănătatea pacientului, fără a încălca prevederile legale aplicabile și drepturile pacientului, cu condiția asigurării continuității îngrijirilor medicale.

Standarde internaționale de îngrijire privind avortul la cerere

Standardele internaționale privind drepturile omului și sănătatea publică oferă recomandări extinse statelor și sistemelor de sănătate cu privire la modul în care legislația, politicile și practicile privind avortul trebuie să fie aliniate obligațiilor internaționale asumate de state prin tratate și convenții. Conform acestor standarde, garantarea accesului la avort

în condiții de siguranță și beneficiind de îngrijire de calitate reprezintă o componentă esențială a obligațiilor statului de a respecta, proteja și îndeplini drepturile omului.

Mecanismele internaționale de monitorizare a drepturilor omului au solicitat în mod repetat statelor să dezincrimineze și să legalizeze avortul, să elimine legislația restrictivă și să asigure accesul efectiv în practică. În mod particular, aceste instituții au clarificat faptul că statele trebuie să adopte măsuri care includ: legalizarea avortului și eliminarea reglementărilor restrictive; dezincriminarea completă a avortului; eliminarea barierelor administrative și procedurale precum: perioadele obligatorii de așteptare, consilierea obligatorie pre-avort și acordul terților; asigurarea accesului universal și egal prin creșterea numărului de profesioniști în domeniul medical instruiți și prin garantarea accesibilității din punct de vedere al costurilor; garantarea disponibilității avortului medicamentos; precum și prevenirea oricărei forme de regres legislativ sau instituțional.

Un reper esențial în acest domeniu este Ghidul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) privind îngrijirea în cazul avortului, care oferă recomandări detaliate bazate pe dovezi științifice și standarde de drepturile omului. Ghidul recomandă crearea unui mediu favorabil pentru furnizarea avortului, bazat pe trei piloni esențiali: **un cadru legislativ și politic** care are la bază respectul față de drepturile omului, **disponibilitatea și accesibilitatea informațiilor** corecte despre avort și **existența unui sistem de sănătate funcțional și accesibil** care oferă servicii la costuri reduse.¹⁹

OMS susține dezincriminarea completă a avortului ca măsură esențială pentru legalizarea sa deplină și accesibilizare. Dezincriminarea implică eliminarea avortului din legislația penală și asigurarea faptului că nu există sancțiuni penale pentru persoanele care au făcut avort, pentru cei care oferă sprijin, informații sau pentru furnizorii de servicii medicale. OMS arată că incriminarea avortului produce întârzieri în accesul la îngrijire și impune multiple alte bariere. De asemenea, incriminarea poate duce la o interpretare restrictivă a cadrului legal, din teama de răspundere penală, ceea ce poate duce la întârzieri, mai multe refuzuri și, uneori, la negarea accesului la îngrijirea medicală necesară. OMS recomandă și eliminarea barierelor administrative și

*Mecanismele
internaționale
de monitorizare
a drepturilor
omului au
solicitat în mod
repetat statelor
să dezincrimineze
și să legalizeze
avortul, să
elimine legislația
restrictivă
și să asigure
accesul efectiv în
practică.*

¹⁹ WHO Abortion Care Guideline, 2022. Disponibil la <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.

procedurale, inclusiv consilierea obligatorie și perioadele de așteptare, motivând că acestea nu sunt necesare din punct de vedere medical și afectează în mod disproporționat persoanele vulnerabile, în special adolescentele și persoanele cu resurse financiare reduse.

Standardele internaționale subliniază și necesitatea de a elimina condiționarea prin acordul terților, inclusiv consimțământul parental obligatoriu, astfel încât avortul să fie accesibil la cererea persoanei însărcinate fără aprobarea altor persoane sau instituții. În același timp, OMS recomandă eliminarea limitelor stricte de vârstă gestațională, fiind asociate cu efecte negative asupra sănătății și cu un impact disproporționat în special asupra persoanelor marginalizate.

Mecanismele internaționale și OMS recunosc felul în care costurile pentru avort constituie o barieră care afectează accesul și recomandă ca avortul la cerere să fie acoperit prin asigurări publice sau oferit gratuit, astfel încât capacitatea de plată să nu determine accesul la serviciu. OMS avertizează că barierele financiare pot duce la avorturi întârziate sau nesigure și cresc costurile generale pentru sistemul de sănătate. În ceea ce privește avortul medicamentos, standardele internaționale îl recunosc ca fiind esențial pentru protejarea drepturilor sexuale și reproductive. OMS recomandă garantarea accesului la medicație de calitate și posibilitatea auto-administrării în sarcinile sub 12 săptămâni, cu acces la informații corecte, cu bază științifică. De asemenea, OMS recomandă opțiunea telemedicinii ca alternativă la interacțiunea exclusiv fizică cu furnizorii de servicii.

Standardele internaționale acordă atenție deosebită și refuzului de îngrijire al personalului medical. Deși dreptul internațional nu obligă statele să permită obiecția de conștiință, atunci când aceasta este permisă în dreptul intern, statele trebuie să asigure un cadru de reglementare și aplicare care să împiedice blocarea accesului la avort. Conform acestor standarde, statele trebuie să asigure suficienți furnizori disponibili, să interzică refuzul instituțional, să limiteze obiecția doar la personalul direct implicat, să interzică refuzul în urgențe, să impună trimiterea rapidă către furnizori accesibili și să sancționeze abaterile. OMS subliniază că, dacă refuzul nu poate fi reglementat astfel încât să protejeze drepturile persoanelor care solicită avort, acesta poate fi eliminat din legislație.

Dezincriminarea implică eliminarea avortului din legislația penală și asigurarea faptului că nu există sancțiuni penale pentru persoanele care au făcut avort, pentru cei care oferă sprijin, informații sau pentru furnizorii de servicii medicale.

În anul 2024, UN Working Group on discrimination against women and girls a sintetizat recomandările²⁰ practice făcute de diferite instituții internaționale cheie pentru a adresa problema refuzului la avort pe motive de conștiință din perspectiva drepturilor omului:

Să organizeze sistemele de sănătate pentru a se asigura că sunt angajați suficienți furnizori care nu obiectează și că sunt distribuiți echitabil în întreaga țară (în unități sanitare private și publice).

Să interzică refuzul instituțional la efectuarea avortului.

Să condiționeze refuzul de trimiterea promptă către furnizori accesibili, care nu obiectează.

Să implementeze o reglementare clară a refuzului pe motive de conștiință, inclusiv mecanisme pentru identificarea, gestionarea și sancționarea cazurilor de nerespectare a regulilor, definind în mod clar cine poate obiecta și limitând această posibilitate la personalul medical direct implicat în intervenția medicală (nu personalul auxiliar, administrativ sau cu rol indirect).

Să condiționeze refuzul de trimiterea promptă către furnizori accesibili, care nu obiectează.

Să se asigure că refuzul este exercitat într-un mod respectuos și nepunitiv și să interzică refuzul în situații urgente sau de urgență.

Să educe cadrele medicale cu privire la drepturile femeilor și fetelor.

Să instruiască studenții la medicină pentru a oferi îngrijiri de calitate.

Să instruiască și să sensibilizeze furnizorii cu privire la obligațiile lor, inclusiv datorită de a oferi îngrijiri în situații de urgență și îngrijiri post-avort.

Să asigure accesul la informații și la servicii de sănătate reproductivă sigure și de calitate.

Să dezvolte practici solide de monitorizare și reglementare a refuzului, în care datele sunt integrate activ în programele și sistemele relevante.

²⁰ UN Working Group on discrimination against women and girls, Conscientious objection to abortion: key considerations. Guidance document of the Working Group on discrimination against women and girls, 30 iulie 2024, A/HRC/WG.11/41/1, pp.13-14.

Să structureze serviciile și politicile pentru a respecta drepturile omului, demnitatea, autonomia și egalitatea femeilor.

Să organizeze cursuri de formare pentru cadrele medicale pentru a asigura respectarea luării deciziilor informate și voluntare de către pacienți.

Percepții și atitudini despre avort în societatea românească

În România nu au fost realizate până în prezent cercetări în profunzime care să adreseze percepțiile românilor asupra avortului, dar regăsim întrebări care acoperă acest subiect în mai multe cercetări realizate în ultimii ani.

La aceasta se adaugă și alte elemente de discurs apărute în spațiul public, din partea presei, politicienilor, persoanelor publice, a organizațiilor feministe sau a organizațiilor anti-avort. Toate acestea contribuie la percepția populației asupra avortului și a dreptului la alegere, într-un context în care lipsesc cu desăvârșire atât educația sexuală, accesul facil la contracepție gratuită pentru categoriile vulnerabile, cât și campaniile de informare în rândul populației care să atingă subiecte de sănătate sexuală și reproductivă.

În ceea ce privește rezultatele cercetărilor anterioare care au adresat aspecte privind dreptul la avort și autonomia corporală, amintim rezultatele acestora pentru o mai bună percepție asupra contextului accesului la avort în România.

Grijă pentru democrație. Interesele femeilor din România în 2024²¹ adresează mai multe aspecte privind atitudinea femeilor din România asupra dreptului la avort și analizează în

²¹ Mateescu, B și Tufiş, C. 2024. Grijă pentru democrație. Interesele femeilor din România în 2024. Disponibil la <https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2025/03/Grija-pentru-democratie-Interesele-Politice-ale-Femeilor-in-2024.pdf>

detaliu răspunsurile în funcție de caracteristicile socio-demografice. Principala concluzie a acestui studiu ne arată că 77% dintre femeile din România nu sunt de acord cu interzicerea avortului, spre deosebire de 18% care se declară în favoarea interzicerii avortului, iar printre femeile care sunt în mai mare măsură decât media (18%) de acord cu interzicerea avortului se află:

26%

femeile protestante
sau neo-protestante

26%

femeile în vârstă de
65 de ani și peste

23,5%

femeile cu trei sau
mai mulți copii

27%

femeile cu
educație scăzută

Cele 18% dintre respondente care au indicat că sunt de acord cu interzicerea avorturilor au fost rugate să menționeze dacă ar fi totuși de acord ca avortul să fie permis în două situații extreme: dacă sarcina pune în pericol viața mamei și dacă femeia a rămas însărcinată în urma unui viol. [...] Dacă sarcina pune în pericol viața mamei, atunci 83% dintre cele care altfel ar fi de acord cu interzicerea avortului consideră că avortul ar trebui să fie permis. Un procent apropiat, 76%, consideră și că avortul ar trebui să fie permis dacă a rezultat în urma unui viol.²²

Celor 77% dintre respondentele care au declarat că se opun interzicerii avortului le-au fost adresate câteva întrebări suplimentare despre acoperirea costurilor avortului de către stat în anumite situații: Majoritatea femeilor susțin decontarea avortului de către stat în mai multe situații: atunci când avortul este rezultatul unui viol (68%), decontarea tuturor avorturilor (60%), atunci când este vorba despre o minoră (55%) și jumătate din respondente susțin decontarea avorturilor pentru femei aflate în dificultăți financiare și care doresc să facă avort. Pentru fiecare dintre aceste întrebări aproximativ 5%-7% din respondente nu au un răspuns clar definit.²³

O altă întrebare referitoare la percepția asupra avortului a fost adresată în **Barometrul Național al Tinerilor**²⁴ (sondaj

²² Mateescu, B și Tufiş, C. 2024. Grijă pentru democrație. Interesele femeilor din România în 2024. Disponibil la <https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2025/03/Grijă-pentru-democrație-Interesele-Politice-ale-Femeilor-in-2024.pdf>

²³ Mateescu, B și Tufiş, C. 2024. Grijă pentru democrație. Interesele femeilor din România în 2024. Disponibil la <https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2025/03/Grijă-pentru-democrație-Interesele-Politice-ale-Femeilor-in-2024.pdf>

²⁴ INSCOP, 2026. Barometrul Național al Tinerilor. Disponibil la <https://www.inscop.ro/martie-2026-barometrul-national-al-tinerilor-sondaj-repr->

reprezentativ la nivel național pentru populația României cu vârsta de 18-35 de ani). Întrebarea aleasă, *În general, dumneavoastră sunteți mai degrabă de acord sau mai degrabă împotriva avortului?* nu distinge între atitudinea personală față de avort, acceptarea socială a acestuia și susținerea dreptului legal la avort (astfel o persoană ar putea declara că *e mai degrabă împotriva avortului*, dar nu ar susține interzicerea sau restricționarea avortului). În plus, formularea nu permite surprinderea diferențelor în funcție de circumstanțele specifice în care cineva apelează la o întrerupere de sarcină. Revenind la rezultatele acestei cercetări, doar 35.5% dintre tineri au răspuns că sunt mai degrabă de acord cu avortul, procent care trebuie pus în contextul specificat mai sus cu privire la formularea acestei întrebări.

În ceea ce privește declarațiile din spațiul public privind dreptul la avort și accesul la această procedură medicală, vom acorda o atenție sporită declarațiilor candidaților la alegerile prezidențiale din 2024. Declarațiile candidaților se limitează la o acceptare a avortului doar în situații extreme, de necesitate medicală, referindu-se la avort ca fiind *ultima soluție* sau *ultima alegere*. Mircea Geoană și Marcel Ciolacu au evocat în cadrul intervenției lor și perspectiva creșterii demografice, punând presiunea acestei probleme sociale pe umerii femeilor, fără să adreseze cu adevărat chestiunea de drepturi ale omului pe care o presupune asigurarea accesului la avort în siguranță.

Mircea Geoană:

Marcel Ciolacu:

„Sunt unul dintre susținătorii familiei tradiționale, dar eu cred – și am avut o discuție lungă și cu domnul Grindeanu și mai ales cu doamnele din echipă – va trebui în planul de guvernare să venim și cu un plan demografic, va trebui să dăm femeii alternativa ca ultima alegere a sa să fie avortul.”

Pe lângă presiunea creșterii demografice, întâlnim în discursurile politicianilor și presiunea contracepției, pusă pe umerii femeilor, în ciuda faptului că în România nu există acces

„Există situații extreme în care avortul e singura soluție, dar trebuie să fie ultima soluție în situații extrem de severe. Dreptul femeilor de a avea cuvântul cu privire la viața lor e normal. E ultima și ultima soluție, din păcate la noi e prima soluția, și acest lucru trebuie combătut și prin educație, sprijin material și social, inclusiv prin încercarea de a respecta mai mult femeile.”

ezentativ-la-nivel-național-pentru-populația-romani-ei-cu-varsta-de-18-35-de-ani/

la contracepție gratuită de peste 15 ani, nici măcar pentru categoriile vulnerabile.

La întrebarea „Avortul este o crimă asupra unor copii nenăscuți?” din cadrul unei emisiuni, Elena Lasconi a declarat

„Dacă e vorba de complicații sau de boală, categoric nu.”

Într-un alt interviu, Lasconi a afirmat:

“Mi se pare normal ca orice femeie în 2024 să fie stăpână pe corpul ei și să ia decizia pe care ea o consideră corectă. Dar sunt împotriva avortului ca metodă de contracepție. Cred că ar trebui să lucrăm mai mult în zona de educație.”

În ciuda faptului că partidul AUR este apropiat mișcării anti-avort, inclusiv prin liderul George Simion (și în trecut prin co-președintele Claudiu Târziu), în timpul campaniei pentru alegerile prezidențiale George Simion a avut un discurs care a cuprins elemente similare discursului organizațiilor anti-avort și a centrelor de criză de sarcină.

George Simion:

„Eu nu sunt de acord cu adăugarea printre drepturile fundamentale a dreptului la avort. Altfel, eu consider că este opțiunea fiecărei persoane de a decide. Știți, cum nu am fost lăsați în pandemie să decidem dacă ne vaccinăm sau nu. Ne era suspendat contractul de muncă. Eram obligați să ne vaccinăm. De aceea, las la latitudinea fiecăruia. Sigur că este o traumă prin care femeile trec și mi-aș dori să li se ofere consiliere psihologică și sprijin material, în caz că doresc să păstreze acel copil și să nu fie sub presiunea unui bărbat care să fie agresor sau a unei familii care le dă afară din casă dacă află că sunt însărcinate”.

Ulterior acestei poziționări, partidul AUR a propus o modificare legislativă în septembrie 2025 care ar fi introdus anumite prevederi care puteau deschide calea către restrângerea suplimentară a accesului la avort. Printre prevederile contestate de organizațiile din societatea civilă se numărau introducerea unui „drept la viață” al produsului de concepție sau extinderea de la 3 la 7 ani a pedepsei cu închisoarea pentru persoanele care sprijină accesul la servicii de avort²⁵.

Organizațiile care lucrează în domeniul drepturilor sexuale și reproductive au cerut respingerea proiectului printr-o [scrisoare deschisă](#)²⁶ și au atras atenția asupra riscurilor pe

²⁵ Proiect legislativ nr. B408/2025, <https://www.senat.ro/legis/PDF/2025/25L426FG.PDF?nocache=true>

²⁶ Scrisoare deschisă redactată și adresată de Coaliția pentru Egalitatea de Gen: Avortul este îngrijire medicală esențială: ne opunem ferm inițiativei legislative care vrea să restricționeze accesul la avort și care pune în pericol sănătatea și viața

care adoptarea acestuia le-ar fi creat pentru sănătatea, viața și autonomia corporală a femeilor.

Stigma care există în societate asupra avortului este menținută în continuare și de organizațiile anti-avort, care cresc în vizibilitate de la an la an. *România pentru Viață și Studenți pentru Viață* au organizat în 2026 a 16-a ediție a *Marșului pentru viață*, eveniment sprijinit de [Biserica Ortodoxă Română](#), sau chiar de primărie, cum este cazul la Iași, unde [Mihai Chirica](#), primarul orașului, a avut o intervenție pe scenă în cadrul marșului.

În ultimii ani organizațiile anti-avort și-au adaptat discursul pentru a fi mai atractiv pentru tineri, și-au diversificat canalele de comunicare pe social media (folosesc mai mult platforme ca TikTok sau Instagram) și împrumută chiar elemente din [mesajele feministe](#). Sunt evitate poziționările discursive clare împotriva avortului (în [comunicatul de presă](#) al Marșului pentru Viață din 2026 se precizează chiar la început că nu solicită interzicerea legală a avortului) și o orientare spre conceptul de abolire a avorturilor, utilizarea exclusivă a sintagmei pro-viață, menținând însă un discurs care prezintă avortul ca traumă, exploatare, violență.

În lipsa unei infrastructuri adecvate de îngrijire care să asigure acces la avort la cerere tuturor persoanelor care au nevoie de acest serviciu medical, organizațiile anti-cho-ice reușesc să lucreze alături de instituții publice și unități medicale în oferirea de servicii sociale, prin centrele de criză de sarcină, liniile telefonice de consiliere sau prin centrele maternale pe care le coordonează. Adesea, femeile sunt convinse să păstreze sarcina după ce sunt expuse unor informații false, [stigmatizante](#), care au rolul de a induce teamă și vinovăție: *uterul va arăta ca după un accident de mașină, nu mai rămâi însărcinată din cauza procedurii, poți să mori dacă alegi să faci avort, etc.*

Amintim că în martie 2026, în cadrul ședinței comune a Parlamentului pentru adoptarea bugetului, desfășurată până după miezul nopții, deputatul AUR Ilie Alin Coleșa a propus un amendament prin care să fie alocați 25.000 de lei unei organizații anti-avort, *Clujul pentru Viață*. Amendamentul [a fost aprobat](#) cu susținerea tuturor partidelor parlamentare, înregistrându-se doar 23 de voturi împotriva, 6 abțineri și

Adesea, femeile sunt convinse să păstreze sarcina după ce sunt expuse unor informații false, stigmatizante, care au rolul de a induce teamă și vinovăție: uterul va arăta ca după un accident de mașină, nu mai rămâi însărcinată din cauza procedurii, poți să mori dacă alegi să faci avort, etc.

femeilor. Disponibil la <https://ongen.ro/2025/09/19/avortul-este-ingrijire-medicala-esentiala-ne-opunem-ferm-initiativei-legislative-care-vrea-sa-restrictioneze-accesul-la-avort-si-care-pune-in-pericol-sanatatea-si-viata-femeilor/>

două situații în care parlamentarii nu au votat. Decizia a fost criticată de organizațiile feministe, care au atras atenția asupra finanțării publice a unei organizații despre care afirmă că promovează informații false despre avort și un discurs stigmatizant și culpabilizant la adresa femeilor care se confruntă cu sarcini nedorite. În ciuda eforturilor organizațiilor din societatea civilă, amendamentul a fost menținut, dar până la momentul scrierii acestui raport nu a fost pusă efectiv în practică această alocare bugetară. Cazul ridică astfel întrebări privind criteriile de alocare a fondurilor publice și finanțarea unor organizații ale căror mesaje și practici sunt contestate din perspectiva drepturilor femeilor și a accesului la informații și servicii de sănătate reproductivă.

Concluzii ale cercetărilor anterioare privind accesul la avort

Cercetările realizate în România în perioada **2013–2021** indicau deja faptul că accesul la avort reglementat din punct de vedere legal nu garantează în mod automat accesul efectiv la acest serviciu în sistemul medical. În 2019, cercetarea realizată de Centrul FILIA²⁷ prin apeluri telefonice către spitale publice din toate județele și municipiul București, a identificat 158 de unități medicale cu infrastructură necesară pentru efectuarea întreruperilor de sarcină la cerere. Dintre acestea, 51 de spitale din 29 de județe au transmis că nu efectuează deloc întreruperi de sarcină la cerere, reprezentând 32,2% dintre unitățile care au răspuns. În același timp, în 36 de spitale din 19 județe (22,7%) nu se efectuau întreruperi de sarcină la cerere în timpul sărbătorilor religioase, iar în 40 de spitale din 24 de județe (25,3%) serviciul era disponibil oricând. Cercetarea mai arată că în 31 de spitale (19,6%) cercetătoarele nu au putut obține informații suplimentare prin telefon. Datele evidențiază astfel că accesul la avort poate fi limitat nu numai prin refuzul explicit al serviciului, ci și prin disponibilitatea variabilă a acestuia și prin dificultatea obținerii unor informații clare despre acces.

²⁷ Centrul FILIA și Centrul Euroregional pentru Inițiative Publice – ECPI. 2019.

Refuzul la efectuarea avortului la cerere în România 2019

Disponibil la: <https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2025/03/Raport-avort-2019.pdf>

Raportul din **2019**²⁸ permite și o comparație cu cercetarea realizată în 2013. În 2013 au fost contactate unități medicale din 85 de unități sanitare, în timp ce cercetarea din 2019 a avut o acoperire mult mai extinsă, fiind contactate spitale publice din 165 de localități și municipiul București. Din acest motiv, raportul subliniază că evoluția trebuie analizată în principal procentual și cu prudență, deoarece numărul și structura unităților investigate nu sunt identice. În 2013, 13 unități medicale dintr-un total de 59 monitorizate (22%) au transmis că nu practică deloc întreruperi de sarcină la cerere. În 2019, această proporție era de 51 din 158 de unități (32,2%).

Raportul caracterizează această evoluție drept o agravare a situației față de 2013. În ceea ce privește sărbătorile religioase, diferența este inversă: în 2013, 30 din 56 de unități (53,6%) nu efectuau întreruperi de sarcină la cerere în timpul sărbătorilor religioase, iar în 2019 proporția era de 36 din 158 (22,7%). Totodată, numărul unităților în care avortul la cerere era disponibil oricând a crescut de la 3 din 56 (5,3%) în 2013 la 40 din 158 (25,3%) în 2019. Prin urmare, comparația indică o evoluție care trebuie interpretată cu prudență: a scăzut proporția unităților care declarau că suspendă serviciul în timpul sărbătorilor religioase, în timp ce a crescut proporția celor care declarau că nu efectuează deloc avorturi la cerere. Aceste modificări nu indică în mod necesar o reducere a refuzului de a furniza serviciul, întrucât este posibil ca o parte dintre unitățile care anterior îl suspendau doar în perioadele sărbătorilor religioase să fi ajuns ulterior să nu îl mai ofere deloc. Datele disponibile nu permit însă stabilirea unei legături directe între cele două evoluții

O cercetare ulterioară a Centrului FILIA, având date din **perioada 2020-2021**²⁹, a urmărit accesul la întreruperea de sarcină în contextul pandemiei de COVID-19 și a colectat date cantitative și calitative de la spitale din România care aveau secții de obstetrică-ginecologie. Din răspunsurile celor 171 de spitale contactate au rezultat următoarele: 59 efectuau întreruperi de sarcină la cerere, 69 au transmis că nu efectuează deloc astfel de proceduri, iar în nouă spitale era disponibil avortul medicamentos. Dintre cei 802 medici specialiști

²⁸ Centrul FILIA și Centrul Euroregional pentru Inițiative Publice – ECPI. 2019. Refuzul la efectuarea avortului la cerere în România 2019. Disponibil la: <https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2025/03/Raport-avort-2019.pdf>

²⁹ Centrul FILIA, 2021. Refuzul la efectuarea avortului la cerere în România, 2020-2021. Disponibil la: <https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2026/01/Raport-avorturi-2020-2021.pdf>

în obstetrică-ginecologie care lucrau în cele 137 de spitale care au răspuns, doar 275 efectuau întreruperi de sarcină la cerere. **Raportul menționează, de asemenea, discrepanțe între răspunsurile oficiale ale spitalelor și informațiile obținute atunci când acestea au fost contactate telefonic.** Prețurile comunicate pentru întreruperea de sarcină în spitalele investigate variau între 60 și 780 de lei. În ceea ce privește motivele refuzului medicilor, 51 de unități au indicat motive religioase, 20 motive de natură etică sau morală, iar 9 motive legate de criza SARS-CoV-2.

Din punct de vedere sociologic, aceste cercetări permit identificarea unei diferențe între accesul formal și accesul efectiv la serviciile de întrerupere a sarcinii. Avortul la cerere este legal în anumite condiții, însă cercetările arată că disponibilitatea serviciului variază între unități medicale, iar motivele religioase, etice, morale și instituționale apar în explicațiile privind refuzul. În același timp, variațiile de preț și dificultatea obținerii unor informații clare pot reprezenta bariere suplimentare. Datele din 2013, 2019 și 2021 sugerează, așadar, că analiza accesului la avort nu poate fi redusă la existența sau inexistența unui cadru legislativ de reglementare, ci trebuie să ia în considerare disponibilitatea geografică și instituțională a serviciului, practicile unităților medicale, respectarea standardelor internaționale privind avortul, disponibilitatea medicilor și barierele economice și informaționale.

În 2024 Asociația Moașelor Independente a publicat un alt raport³⁰ cu privire la accesul la avort. Datele din cercetare arătau că la acel moment 111 din 176 de unități publice (63,6%) la nivel național nu ofereau servicii de avort. Analiza din acel raport a cuprins și unitățile private: 552 din 959 de unități medicale publice și private (57,55%) au răspuns că nu fac întreruperi de sarcină. Pe lângă aceste informații, concluziile raportului au arătat că în majoritatea cazurilor, paciențele nu sunt redirecționate: 90% dintre spitale și clinici au declarat că nu redirecționează către un alt serviciu medical femeile care solicită întreruperea sarcinii la cerere.

Din punct de vedere metodologic cea mai mare diferență între această analiză și cele publicate anterior o reprezintă faptul că această cercetare a fost realizată folosind

Avortul la cerere este legal în anumite condiții, însă cercetările arată că disponibilitatea serviciului variază între unități medicale, iar motivele religioase, etice, morale și instituționale apar în explicațiile privind refuzul.

³⁰ Asociația Moașelor Independente. 2024. Raport privind accesul la avort în siguranță. Probleme și soluții pentru accesul garantat la avort în România. Disponibil la: https://moasele.ro/wp-content/uploads/2024/03/RO_Raport-AMI_Accesul-la-Avort-in-Romania.pdf

date colectate printr-un chestionar aplicat telefonic, fiecare unitate medicală fiind contactată de minimum patru ori. Informațiile obținute telefonic nu au fost dublate prin transmiterea unor solicitări de informații în baza Legii nr. 544/2001, astfel încât datele analizate reflectă exclusiv răspunsurile furnizate în cadrul contactării telefonice.

Precizăm că fiecare efort de colectare de date privind accesul la avort este o reală contribuție la o mai bună înțelegere la contextul în care femeile din România încearcă să beneficieze de o procedură medicală reglementată legal, dar pusă defectuos în aplicare. În plus, avem de-a face cu o problemă generală în ceea ce privește colectarea de date la nivelul instituțiilor publice: Direcțiile de Sănătate Publice și spitalele nu oferă date dezagregate și detaliate cu privire la avorturile la cerere, nu există un instrument unitar de colectare a datelor, așa că organizațiile din societatea civilă au preluat această responsabilitate în ultimii ani și au adus constant în spațiul public noi date și analize cu privire la accesul la avort. Datele colectate în mod sistematic pot fundamenta intervenții și politici publice adaptate realităților din teren și pot contribui la reducerea inegalităților în accesul la îngrijire.



Datele colectate în mod sistematic pot fundamenta intervenții și politici publice adaptate realităților din teren și pot contribui la reducerea inegalităților în accesul la îngrijire.

METODOLOGIE

Colectarea datelor a fost făcută în perioada **mai-august 2025**, de către o echipă de 13 voluntare, coordonată de Andrada Cilibiu și Cristina Praz (Centrul FILIA). Elaborarea și implementarea metodologiei și a aspectelor ce țin de etica cercetării a fost coordonată de Ionela Băluță, iar avocata Iustina Ionescu a oferit expertiza juridică pentru planificarea cercetării și aspectele legale abordate în acest raport.

Lista cu spitalele publice care au fost contactate pentru a vedea dacă oferă serviciul medical de avort la cerere și în ce condiții a fost constituită pornind de la [lista unităților sanitare](#), publicată de Ministerul Sănătății sub forma unei hărți interactive.

Au fost eliminate din listă următoarele categorii de spitale: spitale cu monospecializare (alta decât obstetrică-ginecologie), spitalele penitenciare, spitalele care nu ofereau nicio informație referitoare la un cabinet sau secție de obstetrică-ginecologie pe pagina web. **În total, au fost analizate în cadrul cercetării 188 de spitale publice.**

Pornind de la cercetările anterioare pe acest subiect și fiind cunoscută dificultatea de a obține răspunsuri privind disponibilitatea serviciului medical de avort la cerere, colectarea datelor a fost făcută în 3 etape.

Etapa 1: 27 mai – 29 mai 2025: studiu pilot

Contactarea telefonică a spitalelor spunând că facem o cercetare despre serviciul medical de avort la cerere. Am constituit **un eșantion de 10% din totalul spitalelor, în total 19 de spitale**, variind după: poziția geografică, mărimea localității, răspunsul pozitiv / negativ privind avortul la cerere oferit la cercetarea FILIA din anul 2021. Această etapă am conceput-o ca pe o cercetare exploratorie, în care am vrut să verificăm disponibilitatea spitalelor de a oferi informații pentru o cercetare prezentată explicit ca fiind despre accesul la avort

188

SPITALE

3

ETAPE

*cercetare
exploratorie, în
care am vrut
să verificăm
disponibilitatea
spitalelor de a
oferi informații*

la cerere. Rezultatele obținute sunt comparate cu cele din etapa 2 și 3. Din păcate resursele și timpul nu ne-au permis să facem acest lucru pentru toate spitalele, dar această cercetare exploratorie va permite consolidarea alegerilor metodologice și etice pentru studiile următoare.

Etapa 2: 30 iunie – 4 iulie și 8 – 11 iulie

Contactarea telefonică a tuturor spitalelor de către echipa de voluntare, de data aceasta cu identitate ascunsă. Voluntarele s-au prezentat drept o femeie care vrea să facă avort. Am ales această variantă din două motive. În primul rând, dacă am suna ca cercetătoare probabilitatea de a primi un răspuns este scăzută (așa cum arată și datele din etapa 1). Mai mult, există posibilitatea ca răspunsurile să fie diferite în funcție de situație – răspunsul pentru o cercetare să fie diferit de cel pe care îl primește o potențială pacientă. În al doilea rând, am vrut să reconstituim experiența unei femei care are nevoie de acest serviciu medical și caută informații online și telefonic în sistemul de sănătate publică. În multe situații femeile nu au spital în localitatea unde locuiesc, sau în marile orașe drumul până la spital durează: inaccesibilitatea acestei informații fără deplasare înseamnă un prim obstacol pus de sistemul medical. În același timp, toate mișcările anti-avort, foarte prezente în România, au linii telefonice ușor de accesat, riscul de dezinformare a femeilor fiind destul de mare (a se vedea ultima secțiune a acestui raport).

am vrut să reconstituim experiența unei femei care are nevoie de acest serviciu medical și caută informații online și telefonic în sistemul de sănătate publică.

Din punct de vedere etic³¹, considerăm că această alegere este justificată datorită precizărilor de mai sus. Identitatea ascunsă presupune într-adevăr o reflecție serioasă asupra relației cu terenul de cercetare și mai ales cu persoanele studiate. În cazul acestei cercetări, nefiind vorba despre o observație participantă sau despre o cercetare etnografică, relația cu subiecții cercetării este foarte limitată. Mai mult, este vorba despre numere oficiale ale spitalelor și despre informații de interes public pe care paciențele / pacienții le pot primi. Au fost și câteva excepții în care unitățile medicale au oferit numărul personal al doctorilor pentru a-i contacta.

³¹ Spicker, P. (2011). Ethical Covert Research. *Sociology*, 45(1), 118-133. <https://doi.org/10.1177/0038038510387195>

În aceste cazuri, am ales să nu înregistrăm convorbirile telefonice și doar să notăm cele mai importante informații transmise. În plus, tocmai pentru a respecta normele etice, am ales **anonimizarea datelor**.

Așa cum am spus și în introducere, scopul acestei cercetări este de a mapa spitalele din sistemul public care oferă serviciul de avort la cerere, principalele motive pentru care nu se face avort și diferitele obstacole cu care se confruntă o femeie care dorește să acceseze acest serviciu. Ne propunem să înțelegem și diferențele dintre spitale și să reflectăm asupra dificultăților legate de resursa umană, de exemplu.

Toate voluntarele au beneficiat de o formare în cadrul căreia au fost stabilite principiile de reacție la diversele situații întâlnite (Anexa 1, Anexa 2). De asemenea, a fost folosită o grilă comună de întrebări (Anexa 1, Anexa 2), cu diverse scenarii pe care fiecare voluntară le-a urmat în funcție de răspunsurile primite.

Voluntarele au avut un profil de pacientă în care echipa de cercetătoare a pus toate informațiile pentru situația în care ar fi primit întrebări legate de sarcină. În etapele 1 și 2 voluntarele au sunat de 3-6 ori la fiecare spital, la ore diferite și în zile diferite, pentru a avea cât mai multe răspunsuri. Am ales să apelăm în intervale de timp și de ore diferite pentru a reduce numărul spitalelor care nu au răspuns, ca urmare a limitelor întâmpinate: cadre medicale care lucrau în anumite zile/ore, program limitat al cabinetelor de ginecologie, lipsa de răspuns din partea unităților etc.

În etapele 1 și 2 voluntarele au sunat de 3-6 ori la fiecare spital, la ore diferite și în zile diferite, pentru a avea cât mai multe răspunsuri.

Etapa III: colectare date prin solicitări oficiale prin cereri în baza Legii 544/2001 – 4 august 2025 - februarie 2026

În etapa a treia au fost trimise solicitări pe legea 544 către toate spitalele care au fost contactate în etapa a doua (Anexa 3). Am transmis cereri în baza Legii 544/2001 către 204 spitale publice din România, spitalele au fost alese în baza listei unităților sanitare publicată de Ministerul Sănătății. **Dintre cele 204 de spitale, 45 nu au răspuns, 26 au transmis că nu au secție de obstetrică-ginecologie, 6 au transmis că motivul pentru care nu oferă servicii de avort este faptul că niciun medic nu ocupă postul de medic obstetrică-ginecologie.**

*au trimis
solicitări pe legea
544 către toate
spitalele care au
fost contactate în
etapa a doua*

În cazul spitalelor care nu au răspuns în termenul legal de 30 de zile, am făcut reveniri de două ori, fără să primim un răspuns, în perioada septembrie 2025 - februarie 2026. **Am obținut 127 de răspunsuri valide**, care însă diferă semnificativ de la spital la spital. Suplimentar, au fost trimise adrese cu solicitare de informații (în baza Legii 544/2001) privind diverse aspecte legate de serviciul medical de avort la cerere către următoarele instituții: Ministerul Sănătății (anexa 4), Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (anexa 5, anexa 9), Colegiul Național al Medicilor din România (anexa 6), Institutul Național de Sănătate Publică (anexa 7).

Întrebările vizate în cererea transmisă cuprind aspecte legate de numărul medici care refuză să facă avorturi la cerere, motivele pentru care refuză, prețul unui avort la cerere, existența sau absența unor proceduri pentru anumite categorii de pacienți, tipul de avort sau numărul de săptămâni până la care se poate face avort la cerere. Întrebările transmise către INSP în baza Legii 544/2001 au vizat aspecte care țin de numărul total de avorturi raportate de unitățile publice și private, la nivel național și județean, incluzând avorturile la cerere, avorturile provocate, avorturile terapeutice (Anexa 7).

Provocări epistemologice și etice ale cercetării unor subiecte care sunt în conflict cu valorile cercetătoarelor

Cercetările pe subiecte care exprimă poziții complet opuse (uneori de respingere violentă) a valorilor cercetătoarelor (legate de egalitatea de gen, drepturile femeilor, etc) presupun o reflecție etică ce trebuie să includă și munca emoțională a cercetătoarelor/cercetătorilor. În acest sens, este important să conștientizăm că păstrarea unei poziții neutre în timpul colectării datelor (mai ales când metodele de cercetare presupun interacțiunea directă cu populația studiată) precum și în interpretarea rezultatelor este o postură deontologică și epistemologică obligatorie. Scopul acestor cercetări este de a cunoaște și a înțelege fenomenele pe care le studiem, iar analiza poate fi critică, dar de fiecare dată trebuie să se bazeze pe argumente științifice / juridice. Doar având o colectare și interpretare corectă a datelor putem înțelege procesele și fenomenele sociale și apoi, în etapa următoare, să formulăm strategii de advocacy, campanii publice adecvate și eficiente.

Pe de altă parte, în timpul colectării datelor cercetătoarele se pot confrunta cu situații care le afectează emoțional, iar grija pentru emoții și includerea acestora în analiza terenului trebuie integrate într-o cercetare feministă³². În acest sens am introdus în baza de date cu colectarea răspunsurilor două rubrici prin care am înregistrat și felul în care voluntarele au perceput interacțiunea cu respondenții, precum și emoțiile pe care le-au experimentat. Mai mult, pe tot parcursul colectării datelor voluntarele au fost incluse într-un grup unde au putut pune întrebări coordonatoarelor sau au putut semnala situații de stres emoțional și au primit în permanență îndrumare și susținere. De asemenea, în sesiunea de formare li s-a precizat că dacă simt că munca de colectare a răspunsurilor devine prea dificil de gestionat (din cauza unor atitudini și răspunsuri agresive), pot oricând să se oprească, siguranța lor emoțională fiind foarte importantă.

Doar având o colectare și interpretare corectă a datelor putem înțelege procesele și fenomenele sociale și apoi, în etapa următoare, să formulăm strategii de advocacy, campanii publice adecvate și eficiente.

32 Băluță, O. și Băluță, I. 2025. Where to? Gender studies, epistemic injustice and the politics of de-democratization in Romania. *European Journal of Politics and Gender*, Early View, DOI: 10.1332/25151088Y2025D000000081.

Segers, I.B., Gelashvili, T. and Gagnon, A. 2023. Intersectionality and care ethics in researching the far right. *Feminist Media Studies* 24(5): 1219-1224, DOI: 10.1080/14680777.2023.2280884.

REZULTATE

Etapa I: colectare de date prin interviu telefonic, cu asumarea identității de cercetătoare

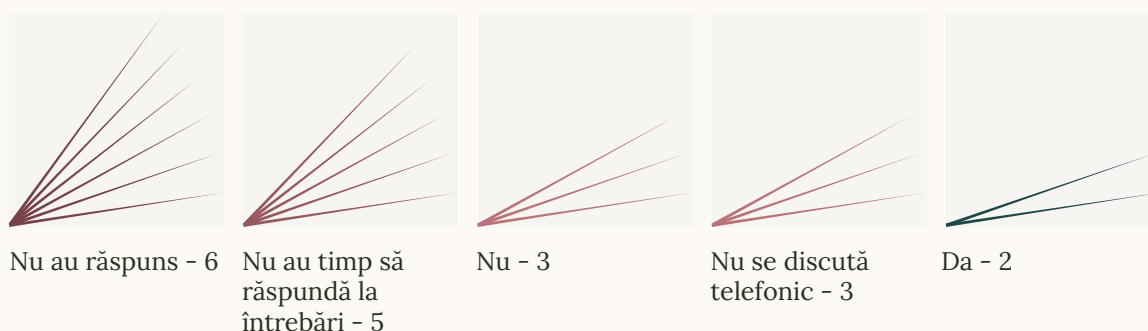
În prima etapă a cercetării, am selectat 20 de spitale pentru a realiza interviul telefonic. Spitalele au fost alese pe baza cercetării anterioare. În această etapă, echipa a menționat încă de la început că întrebările adresate fac parte dintr-o cercetare privind accesul la întreruperea de sarcină la alegere.

Din cauza unei erori umane, într-un final au fost apelate **19 spitale**. Dintre acestea, 5 au spus că nu au timp să răspundă la întrebări, 3 au menționat că „astfel de subiecte nu se discută telefonic”, 6 nu au răspuns deloc, deși s-a încercat în multiple rânduri în zile și intervale diferite de ore, 3 au menționat încă de la început că nu realizează avort la cerere și

SE FACE AVORT LA CERERE LA DUMNEAVOASTRĂ ÎN SPITAL?

19 spitale

contactate prin asumarea identității de cercetătoare



doar 2 au spus că oferă acest serviciu medical. Astfel, o primă problemă identificată încă de la început, la nivel macro dincolo de accesul la servicii de sănătate reproductivă, este lipsa sistemică de investiție în sistemul public de sănătate care rezultă în: personalul extrem de redus, informații publice care lipsesc sau care sunt insuficiente etc.

Aceasta a devenit evidentă încă din etapa de mapare a date-

lor de contact ale spitalelor: multe dintre spitale au site-uri învechite, cu numere de telefon care nu există, care au fost desființate sau care lipsesc complet. Acest lucru obligă pacientele să se deplaseze fizic până la spital pentru a afla informații de bază precum serviciile oferite de unitatea medicală, programul cadrelor medicale, costurile etc. Chiar și atunci când acest număr există și este afișat online, lipsa personalului reprezintă o altă barieră în accesare informațiilor: în cazul a 6 unități medicale nu s-a răspuns deloc la telefon, deși echipa a sunat în cel puțin 2 zile, de câte 3 ori pe zi. Mai mult, au fost situații în care și atunci când s-a răspuns, nu a răspuns o persoană specializată sau care aibă pregătirea necesară pentru a răspunde întrebărilor din cadrul cercetării. Spre exemplu, la un număr destinat secției de ginecologie, a răspuns portarul spitalului care, bineînțeles, nu a avut cunoștințele și informațiile necesare pentru a răspunde întrebărilor din cadrul cercetării. O altă situație întâlnită în cadrul cercetării a fost lipsa de coordonare și comunicare dintre departamente. În unele cazuri, deși operatorul răspundea, atunci când se făcea trecerea către secția de ginecologie, apelul nu mai era preluat. O altă situație care subliniază lipsa de investiții și personal a fost descrisă de o voluntară:

„din centrală am fost trimisă la gineco unde mi-a răspuns medicul care mi-a zis că nu poate discuta acum că are pacienta la chiuretaj pe masă și să revin în 2 ore.”

în cazul a 6 unități medicale nu s-a răspuns deloc la telefon, deși echipa a sunat în cel puțin 2 zile, de câte 3 ori pe zi.

Aceste aspecte sunt importante pentru un acces real și de calitate la servicii publice de sănătate. În cazul descris mai sus, interacțiunea cu sistemul medical este dificilă nu doar pentru o pacientă care încearcă să afle informații, ci mai ales pentru o pacientă care se află în mijlocul actului medical.

Revenind la barierele cu care pacientele se confruntă, acestea le afectează pe cele mai vulnerabile dintre noi. **În mediul rural unitățile medicale se află inclusiv la zeci de kilometri**

distanță. Dacă adăugăm și faptul că transportul public uneori lipsește complet, simpla deplasare adaugă un cost mare - și asta doar pentru a afla dacă există un doctor ginecolog care realizează avort la cerere.

O altă problemă identificată încă din prima etapă este lipsa transparenței. 3 spitale au menționat că “astfel de subiecte nu se discută telefonic”. Nu avem mai multe informații: dacă se realizează sau nu avort la cerere, ce costuri ar presupune, ce tip de avort, motivația pentru un eventual refuz etc. Nu știm, de asemenea, dacă este o alegere personală a cadrelor medicale sau o politică a spitalului, însă din formulare putem observa deja cum un serviciu medical de bază este tratat ca un subiect tabu. Stigmatizarea acestui serviciu duce la descurajarea femeilor și la creșterea sentimentului de vinovăție sau rușine atunci când aleg să facă avort. Pacientele ar trebui să aibă acces la informații corecte din punct de vedere medical fără a se confrunța cu rușine sau vinovăție pentru simplul fapt că doresc să afle mai multe informații.

Într-un final, **în doar 2 spitale dintre cele 19 contactate se realizează avort la cerere.** Într-unul dintre spitale, costul este în jur de 200 RON, având opțiunea de avort medicamentos sau chirurgical, în funcție de particularitatea cazului. Nu am reușit să aflăm, însă, numărul de săptămâni până la care pacientele pot face avort la cerere. În cazul avortului chirurgical am aflat, însă, că anestezia este parțială. În cazul celui de al doilea spital, am aflat mai multe informații: costul este de 450 RON, fără a include însă consultul și costul ecografiei. Limita de timp este de 7 săptămâni pentru avortul medicamentos (recomandarea OMS este de 12 săptămâni), respectiv 12 pentru avortul chirurgical (limita legală în România este de 14 săptămâni). În cazul avortului chirurgical, ne-a fost comunicat că se realizează prin aspirație vacuum, iar ulterior se verifică cu chiureta. Anestezia este locală, iar în cazul anesteziei generale se plătește în plus.

Răspunsurile colectate prin asumarea identității de cercetătoare arată disponibilitatea redusă a spitalelor de a răspunde la întrebări în cadrul unei cercetări. Unele răspunsuri lasă de înțeles și reticența de a da aceste informații (de exemplu trimiterea către serviciul juridic). Mărturiile voluntarelor arată de asemenea că atitudinea și disponibilitatea celor care au răspuns la telefon a fost mai mare în etapa II față de etapa I. Această etapă de exploratorie identifică o problemă structurală privind accesul la informații legate de serviciile și practicile spitalelor în cadrul unor cercetări calitative.

Stigmatizarea acestui serviciu duce la descurajarea femeilor și la creșterea sentimentului de vinovăție sau rușine atunci când aleg să facă avort. Pacientele ar trebui să aibă acces la informații corecte din punct de vedere medical fără a se confrunța cu rușine sau vinovăție pentru simplul fapt că vor să afle mai multe informații.

Etapa II: colectare de date prin interviu telefonic, asumarea identității de pacientă la telefon

Întrucât în prima etapă a cercetării echipa a fost întâmpinată cu reticență din partea spitalelor, în cea de a doua etapă echipa, formată din voluntare și coordonatoarele cercetării, nu au mai menționat că întrebările sunt puse în cadrul unei cercetări. În schimb, **am sunat drept paciente care vor să facă un avort la cerere**. Am ales următorul profil al pacientei: femeie de 25 de ani, prima sarcină, nu e o sarcină cu probleme, primul avort, fără boli cronice sau probleme de natură medicală, însărcinată în 9 săptămâni. Am ales termenul de 9 săptămâni întrucât reprezintă limita stabilită pentru a putea face avort medicamentos. În acest fel, am urmărit câte dintre spitale urmează recomandările oficiale.

În această etapă, am folosit baza de date cu unități medicale disponibilă pe site-ul Ministerului Sănătății. Echipa a realizat, apoi, o mapare a tuturor unităților menționate: am analizat site-urilor lor pentru a vedea dacă au secții de ginecologie. Am eliminat unitățile medicale care nu aveau secții de obstetrică-ginecologie sau doctori ginecologi. Au fost scoase din baza de date, de asemenea, unitățile medicale din cadrul

POT SĂ FAC AVORT?

188 spitale

contactate prin asumarea identității de pacientă



*în anumite zile, doar un anumit tip de avort, doar anumiți doctori

penitenciarelor întrucât șansele ca o pacientă să se apeleze la un astfel de centru medical sunt foarte reduse. Am rămas astfel cu 211 spitale pe care le-am contactat telefonic. După ce am apelat toate unitățile, 23 dintre acestea ne-au comunicat că nu au secții de ginecologie,

rămânând astfel **un eșantion de 188 de spitale**. Din cele 188 de spitale, **29 nu au răspuns**, deși echipa a încercat de multiple ori în săptămâni, zile și intervale de ore diferite. Putem observa, astfel, cum problema identificată în prima etapă, și anume lipsa de acces la informații, se menține. Mai mult, în **6 dintre cazuri operatorul nu a vrut să dea informații telefonice**, iar în **11 situații operatorii au comunicat că trebuie venit fizic/la cabinetul doctorului** pentru a primi aceste răspunsuri. Accesul la informații medicale ar trebui să fie cât mai facil și universal, lipsit de stigmă. Această barieră afectează în special persoanele care au identități vulnerabile sau se confruntă cu dificultăți în a se deplasa: femei care locuiesc în mediul rural și nu au centre medicale în apropiere, femei cu venituri mici sau fără venituri, femei care lucrează cu ziua și nu pot lipsi de la muncă, femei cu dizabilități locomotorii, etc.

Dintre spitalele care au răspuns și au oferit informații, **104 (53%) au menționat că nu fac avort la cerere**. **23 dintre spitale (12%) fac avort la cerere**, dar **DOAR** în anumite condiții: doar un anumit tip de avort (doar medicamentos sau doar chiuretaj), doar în anumite zile și intervale orare ale săptămânii, doar anumiți doctori din cadrul spitalului, etc. Aceste condiții limitează accesul real la avort, mai ales dacă ne gândim că există un termen limită de săptămâni până când femeile pot face avort, de multe ori oricum mai mici decât prevede legea sau recomandările OMS. Ne putem întreba ce se întâmplă dacă singurul doctor din spital este în concediu. Sau dacă o femeie nu poate ajunge în singura zi din săptămână, între orele menționate, în care se face avort la cerere.

În final, **doar 15 (8%) dintre spitale fac avort la cerere fără astfel de condiționări**.

În ceea ce privește motivarea răspunsului pentru refuzul de a face avort la cerere, **50 dintre spitale nu au oferit detalii (48%)**. Menționăm că simpla întrebare a fost primită, de multe ori, cu ostilitate, operatorii sau cadrele medicale refuzând să mai interacționeze cu pacientele. Spre exemplu, una dintre voluntare a povestit:

“Prejudecăți există clar din tonul și rezezeala cu care a tratat conversația. A și închis telefonul în nas.”

Un alt răspuns frecvent din partea spitalelor a fost că **nu cunosc motivul pentru care nu se face avort la cerere (16%)**.

53%

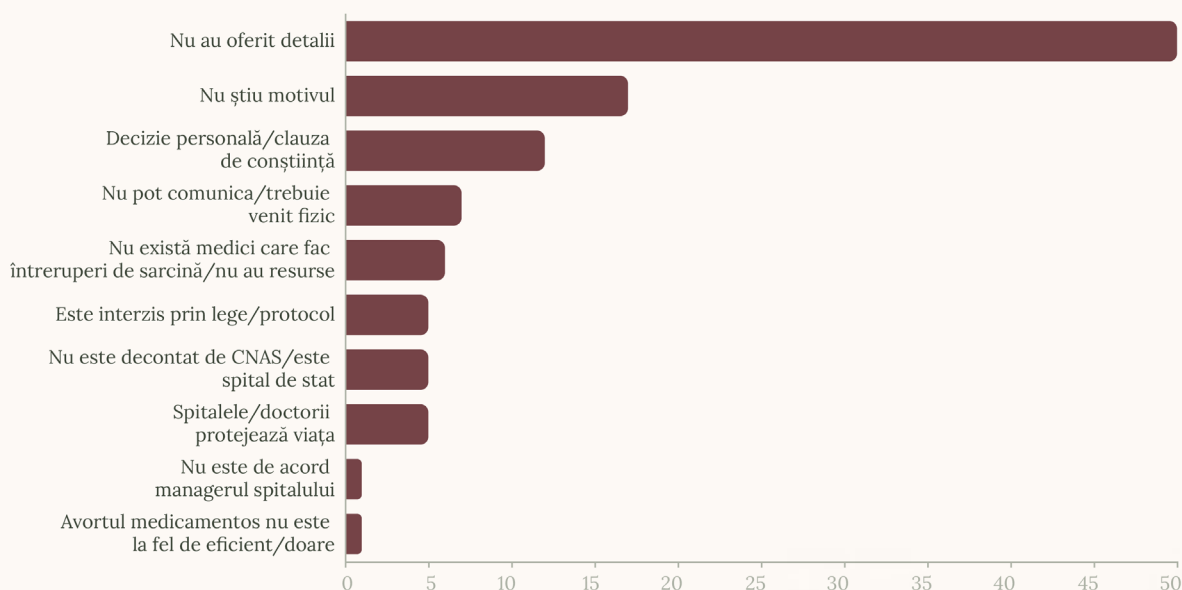
nu fac avort la cerere

8%

fac avort fără niciun fel de condiționări

DE CE NU SE FACE AVORT?

Răspunsuri colectate de la 109 de spitale, telefonic, prin asumarea identității de pacientă.



7 spitale au spus că nu pot comunica motivul sau că pacienta trebuie să vină la spital pentru a afla. Observăm, încă o dată, stigmatizarea și rușinea cu care avortul la cerere este tratat. Una dintre voluntare a menționat:

“doamna a spus în șoaptă <Nu se fac întreruperi de sarcină la cerere>. Pot spune că în acest punct mă simt deja inconfortabil să mai sun, pentru că nu am interacționat cu nimeni care să fie deschis să vorbească despre asta.”

Alte motivații includ: **pentru 12 spitale este decizie personală/clauza de conștiință; unul dintre spitale a menționat că managerul spitalului nu este de acord, astfel nu se reali-**

zează avorturi la cerere; alte 5 spitale au motivat că avortul nu este decontat de CNAS/este spital de stat. În acest caz, trebuie menționat că în cadrul spitalelor se realizează diverse acte medicale care nu sunt decontate de stat/se plătesc direct de către pacient, deci acest motiv nu ar trebui să fie o barieră reală pentru a realiza avorturi la cerere. Astfel, putem deduce că este mai degrabă o politică internă adoptată la nivel de management al unității medicale și nu de un cadru legislativ real.

În cazul a 6 spitale, motivele țin de lipsa de resurse umane și financiare: “nu există medici care fac întreruperi de sarcină/nu au resurse”. Sistemul public de sănătate din România rămâne un domeniu subfinanțat, iar specializările care țin de sănătatea femeilor sau de sănătatea reproductivă nu sunt tratate prioritar. La nivel mai mare, încă putem observa o bugetare extrem de dezechilibrată în studiile și testările privind afecțiunile și bolile care afectează disproporționat femeile.

Un spital a explicat refuzul prin argumentul că avortul medicamentos nu este la fel de eficient/doare mai tare lucru care nu are o bază științifică.

În final, 5 spitale au menționat că doctorii/spitalele salvează vieți. Acest răspuns stigmatizează profund un act medical de bază și aduce multă rușine asupra pacientelor care vor să primească o informație de bază. Acest răspuns a fost întâlnit în special în rândul materinităților, deși multe dintre unitățile la care am sunat ne-au redirecționat către maternități pentru a face avort la cerere.

În cazul spitalelor care au spus că nu efectuează avort la cerere, am întrebat și recomandări de unități medicale unde se fac.

Printre principalele recomandări au fost: altă localitate, însă la nivel general, fără a menționa un spital anume (28%), la un cabinet privat, general, fără a numi specific unul (22%), iar

aproximativ 1 din 5 spitale nu au făcut nicio recomandare.

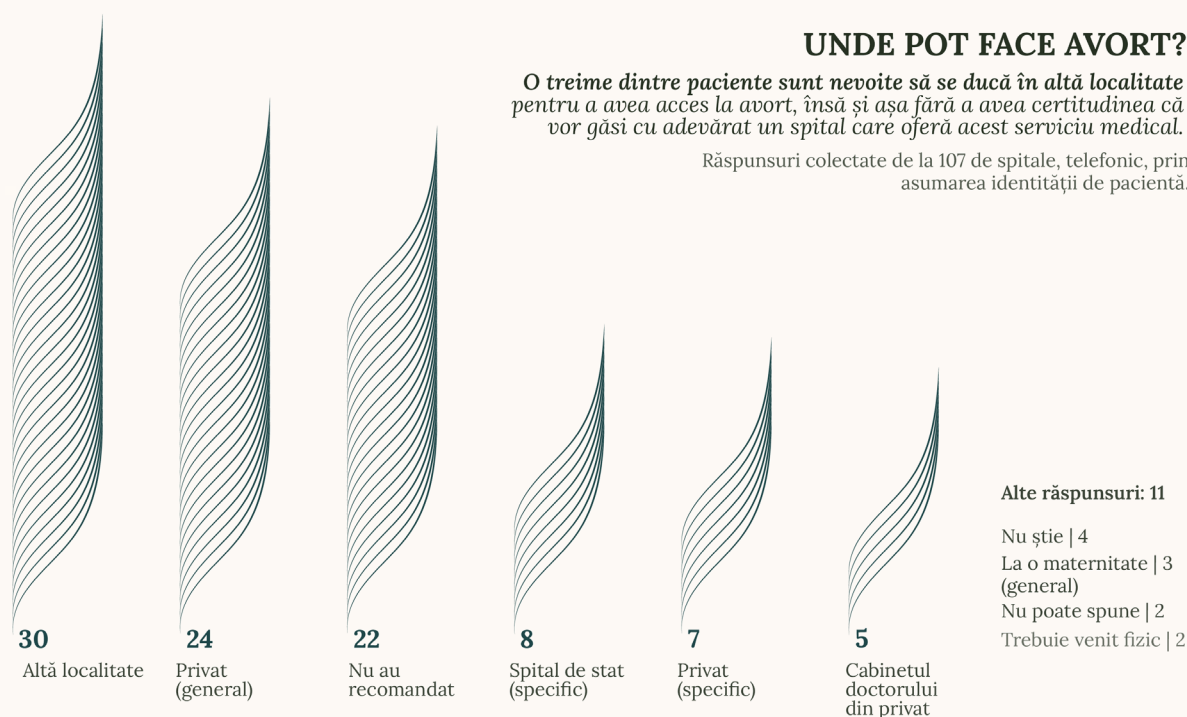
În foarte puține cazuri au fost indicate spitale de stat specifice (aproximativ 8%) sau private (aprox. 7%). Observăm, așadar, o problemă de acces la informații și când vorbim despre recomandări de spitale unde se fac avorturi la cerere.

O treime dintre paciente sunt nevoite să se ducă în altă localitate pentru a avea acces la avort, fără însă a avea cer-

UNDE POT FACE AVORT?

O treime dintre paciente sunt nevoite să se ducă în altă localitate pentru a avea acces la avort, însă și așa fără a avea certitudinea că vor găsi cu adevărat un spital care oferă acest serviciu medical.

Răspunsuri colectate de la 107 de spitale, telefonic, prin asumarea identității de pacientă.

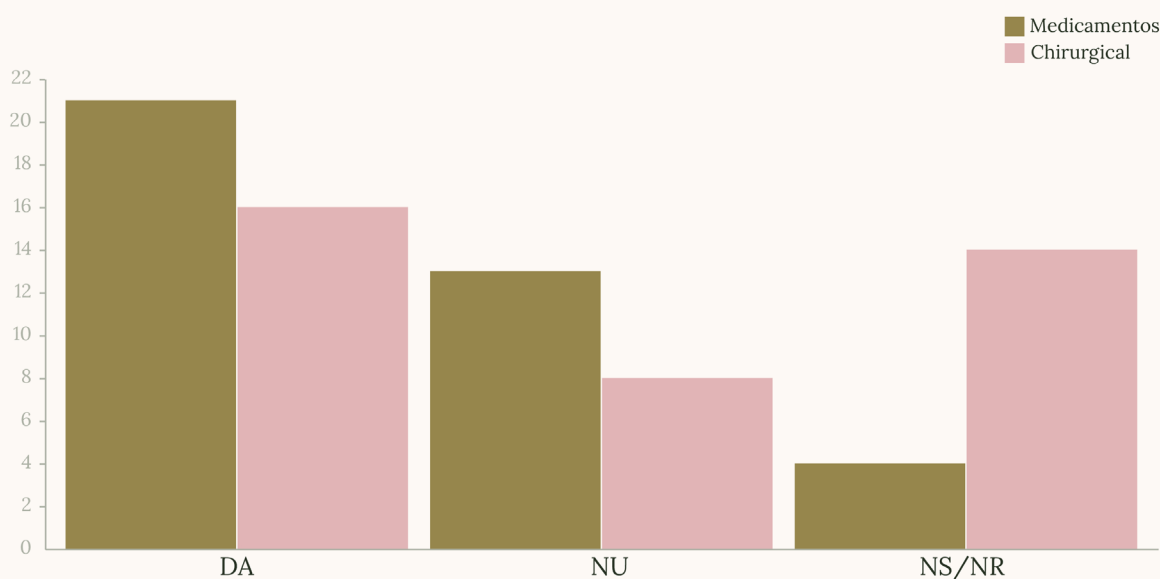


titudinea că vor găsi cu adevărat un spital care oferă acest serviciu medical. O altă problemă îngrijorătoare, după cum reiese din aceste date, este privatizarea avortului la cerere. **O treime din recomandări au fost către un spital sau un cabinet privat.**

În cazul spitalelor care au răspuns afirmativ la întrebarea “pot face avort la cerere” (fie doar în anumite condiții, fie necondiționat), am continuat cu o serie de întrebări. Una dintre acestea a vizat tipul de avort care se realizează.

TIPURI DE AVORT

Răspunsuri colectate de la 38 de spitale, telefonic, prin asumarea identității de pacientă.

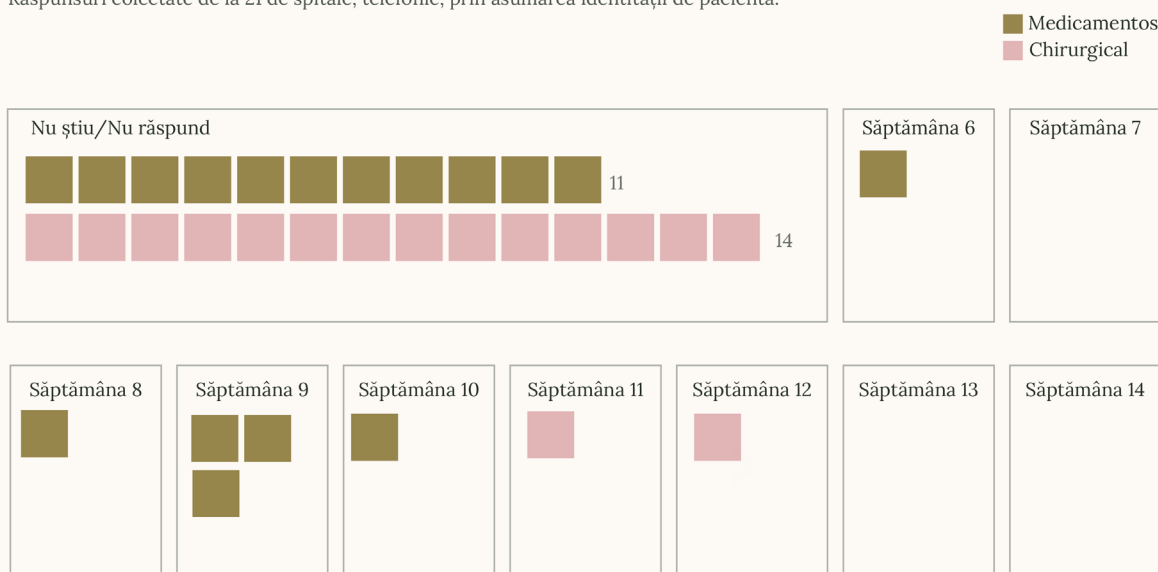


În cazul avortului medicamentos, din 38 de unități medicale, **21 au răspuns DA, 13 nu oferă**, iar în **4 cazuri nu au știu/nu au răspuns la această întrebare**. Pentru avortul chirurgical, **16 spitale oferă, 14 NU, iar 8 nu au știut/nu au răspuns**.

O altă întrebare a vizat limita gestațională. Am observat, în acest caz, că multe dintre spitale ori nu urmăresc recomandările, ori nu știu sau nu vor să comunice aceste informații telefonic, în ciuda faptului că această informație este importantă pentru ca pacienta să știe cât de repede trebuie să se adreseze pentru accesarea serviciului medical.

PÂNĂ LA CÂTE SĂPTĂMÂNI POT FACE AVORT?

Răspunsuri colectate de la 21 de spitale, telefonic, prin asumarea identității de pacientă.



În ceea ce privește costul unui avort la cerere, nu există unul standard. Fiecare răspuns a variat în funcție de unitatea medicală, însă pentru o imagine de ansamblu am introdus răspunsurile primite în câteva intervale.

CÂT COSTĂ AVORTUL MEDICAMENTOS?

Răspunsuri colectate de la 21 de spitale, telefonic, prin asumarea identității de pacientă.



În cazul avortului chirurgical, răspunsurile au variat și mai mult din cauza opțiunilor de anestezie. Majoritatea unităților nu au spus prețul, însă dintre cele care ne-au răspuns, au variat astfel: de la 290 lei (fără anestezie) până la 500 lei (anestezie locală) până la 800 lei pentru pacientele care aleg anestezie totală.

Etapa III: colectare de date prin intermediul Legii 544/2001 pentru acces la informații de interes public

Am transmis cereri în baza Legii 544/2001 către 204 spitale publice din România, spitalele au fost alese în baza listei unităților sanitare publicată de Ministerul Sănătății. **Dintre cele 204 de spitale, 45 nu au răspuns, 26 au transmis că nu au secție de obstetrică-ginecologie, 6 au transmis că motivul pentru care nu oferă servicii de avort este faptul că niciun medic nu ocupă postul de medic obstetrică-ginecologie.** Menționăm că în cazul spitalelor care nu au răspuns în termenul legal de 30 de zile, am făcut reveniri de două ori, fără să primim un răspuns. **Am obținut 127 de răspunsuri valide,** care însă diferă semnificativ de la spital la spital.

Observăm o inconsistență între felul în care aceste spitale au oferit răspunsuri: unele spitale au refuzat să răspundă la anumite întrebări invocând că nu intră sub incidența Legii 544/2001, altele au omis răspunsul la anumite întrebări și nu au revenit după cererea de clarificare sau am remarcat situații în care răspunsurile au fost inconsecvente (de exemplu, spitale care au răspuns că nu fac avorturi la cerere, dar oferă informații despre preț). În plus, formatul de transmitere a informațiilor a îngreunat în unele cazuri prelucrarea și verificarea datelor: unele instituții au completat manual cererile tipărite, apoi le-au scanat și transmis prin e-mail, inclusiv în situații în care informațiile păreau să existe în formate tabulare editabile.

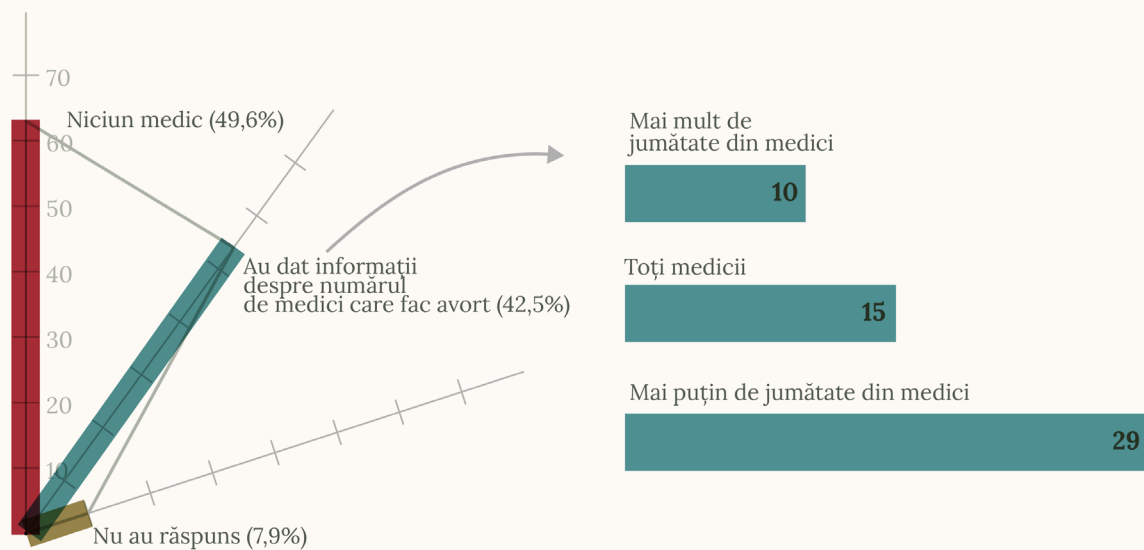
Aceste practici transformă modul de răspuns la solicitările de informații publice într-o barieră suplimentară pentru accesul efectiv la date și limitează posibilitatea de a construi o bază de date coerentă, verificabilă și comparabilă la nivel național. Problema identificată nu este, așadar, doar una de disponibilitate a datelor, ci și de accesibilitate, calitate și comparabilitate a acestora.

Astfel, se poate observa în analiza de mai jos faptul că pentru fiecare întrebare diferă numărul total de spitale ale căror răspunsuri au fost considerate valide, pentru a păstra acuratețea datelor. Cererea transmisă către spitale poate fi consultată în anexa nr. 2

Din cele **127 de spitale** care au răspuns cererii de acces la informații de interes public, **63 de spitale au transmis că niciun medic nu efectuează avorturi la cerere (49.6%)**, 54 au transmis informații despre numărul medicilor care efectuează avorturi la cerere (**42.5%**), 10 nu au răspuns, iar 3 nu au oferit informații despre numărul de medici, dar au indicat ulterior în răspuns că realizează avorturi la cerere, în anumite condiții. În doar 12% dintre spitalele care au răspuns cererii în baza Legii 544/2001 toți medicii fac avorturi la cerere.

CE NUMĂR DE MEDICI DE OBSTETRICĂ/GINECOLOGIE FAC AVORTURI LA CERERE ÎN SPITAL?

Răspunsuri colectate de la 127 de spitale, prin cereri în baza Legii 544/2001.



Dintre cele 54 de spitale care au transmis informații despre medicii care fac avorturi la cerere, **29 au transmis că mai puțin de jumătate dintre medicii fac avorturi la cerere (53%)**, 15 au transmis că toți medicii fac avorturi (27.7%), iar în 10 spitale mai mult de jumătate dintre ei fac această procedură (18.5%).

Motivele invocate cel mai frecvent de medicii care refuză să facă avorturi sunt **religioase (41%)** urmate de **invocarea clauzei de conștiință (38%)**. Alte motive invocate de spitale țin de clauza de malpraxis și „riscurile complicațiilor” asociate procedurii (10%) și probleme logistice. Un spital a invocat creșterea natalității ca motiv pentru care medicii refuză să facă avorturi la cerere. Regăsim un număr mai mare de motive decât numărul efectiv de spitale care au răspuns deoarece o parte din aceste spitale au oferit mai multe motive pentru care medicii nu fac avort (motivele religioase și cele legate de clauza de conștiință fiind cel mai des menționate împreună).

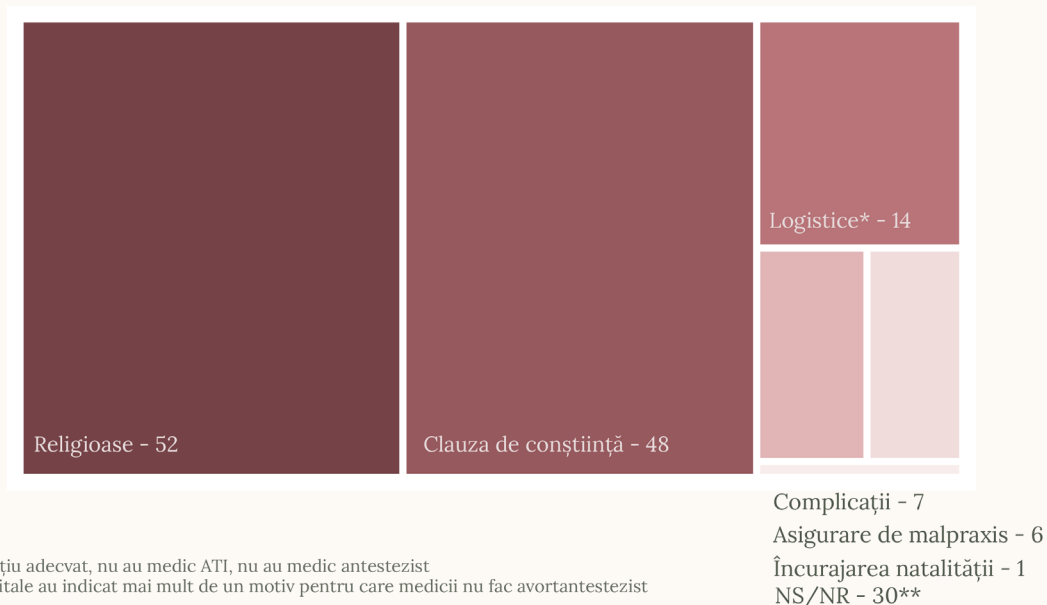
Am vrut să evidențiem ponderea răspunsurilor care invocă motive religioase, chiar dacă și acestea ar intra sub incidența clauzei de conștiință și a reglementărilor din Codul de Deontologie Medicală al CMR. În contextul în care observăm implicarea Bisericii Ortodoxe Române în inițiative anti-avort, prin organizații, centre de criză de sarcină, campanii sau [poziții publice](#), dar și a altor culte care mențin în spațiu

49.9% dintre spitale au declarat că niciun medic nu face avorturi la cerere

public un discurs stigmatizant, este important să observăm cum se reflectă în practică acest discurs și implicarea cultelor religioase în actul medical.

CARE SUNT MOTIVELE INVOCATE PENTRU A NU FACE AVORT?

Răspunsuri colectate de la 127 de spitale, prin cereri în baza Legii 544/2001.



Stigma din jurul avortului persistă și în felul în care sunt formulate o parte dintre răspunsurile transmise de unitățile medicale în scris, redăm aici fragmente din informațiile transmise fără a reda numele unității medicale în cauză:

„Noi promovăm viața și încurajăm creșterea natalității!”

„maternitatea se declară child-friendly”

„avortul medicamentos nu este aprobat în unitate”

„Maternitatea noastră are o tradiție de peste 20 de ani cu nașteri naturale și cezariene, datorită bazinului geografic și numeroaselor religii (penticostali, ortodocși, martorii lui Iehova, etc.) care nu acceptă întreruperea cursului sarcinii. Chiar și sarcinile cu feți malformați, neviabili după naștere le duc până la termen: ex. (patologie cromozomială, anencefal, etc.).”

„De asemenea, rolul spitalului este de a salva viața și sănătatea persoanelor care apelează la serviciile oferite de aceasta instituție.”

„Nu recomandăm avortul medicamentos”

O parte dintre aceste răspunsuri indică percepții chiar îngrijorătoare asupra procedurii de avort la cerere și observăm o tendință de a răspunde unei solicitări administrative privind disponibilitatea unor servicii medicale prin formulări care exprimă poziții morale, religioase sau ideologice. Afirmatii precum „*promovăm viața și încurajăm creșterea natalității*”, „*nu recomandăm avortul medicamentos*” sau invocarea caracterului „*child-friendly*” al maternității nu răspund, în sine, la întrebarea privind accesibilitatea unui serviciu medical, ci introduc o judecată de valoare asupra deciziei de întrerupere a sarcinii. În acest context, avortul la cerere este prezentat implicit ca fiind incompatibil cu rolul instituției medicale de a proteja viața și sănătatea, deși solicitarea viza furnizarea unor informații despre serviciile disponibile, nu recomandarea sau promovarea procedurii.

În ansamblu, aceste formulări arată că stigma asociată avortului nu se manifestă exclusiv prin refuzul explicit de a oferi procedura, ci și prin limbajul instituțional folosit pentru a o descrie: avortul este uneori poziționat ca o practică ce trebuie descurajată, justificată sau pusă în opoziție cu „viața”, „sănătatea” și misiunea medicală a spitalului. O astfel de poziționare poate contribui la crearea unui climat în care accesul la informație și la servicii depinde nu doar de nevoile și deciziile pacientei, ci și de atitudinile morale sau ideologice ale instituției la care aceasta apelează.

37% din spitale au menționat că nu există niciun fel de protocol pentru situațiile în care medicii refuză să efectueze un avort la cerere, 10 spitale au menționat că medicii care refuză trebuie să redirectioneze pacienta către alt medic, 7 au menționat că medicii trebuie să redirectioneze pacienta către altă unitate medicală, 3 au menționat că pacientele sunt îndrumate spre consiliere, fără a menționa detalii despre felul în care se face această consiliere, alte 3 au transmis că există, fără detalii suplimentare. Majoritatea nu au oferit un răspuns.

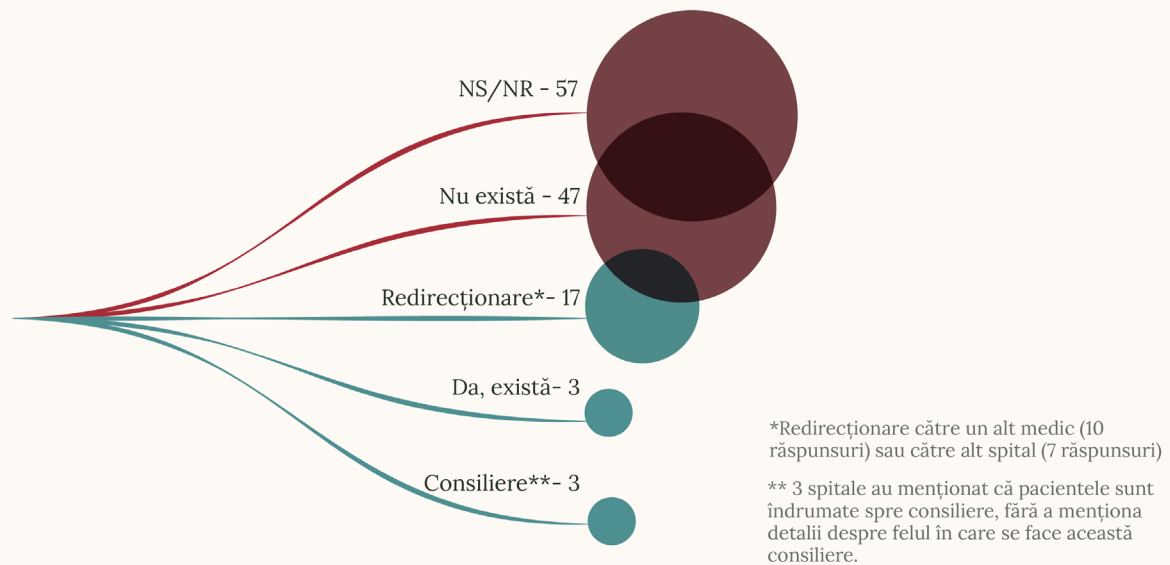
Refuzul acordării asistenței medicale și implicit clauza de conștiință sunt reglementate de art. 23 din noul Cod de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor din România:

(1) *Cu excepția situațiilor de urgențe medico-chirurgicale amenințătoare de viață, medicul poate refuza relația cu un pacient sau acordarea îngrijirilor medicale în următoarele situații:*

[...]

EXISTĂ ȘI/SAU CARE ESTE PROTOCOLUL ÎN CAZUL REFUZULUI UNUI AVORT?

Răspunsuri colectate de la 127 de spitale, prin cereri în baza Legii 544/2001.



d) dacă i se solicită efectuarea unui act medical neconform cu valorile sale morale, pe baza clauzei de conștiință declarate anual în scris la colegiul teritorial, recomandând pacientului adresarea către un alt medic

[...]

(4) Refuzul trebuie exprimat într-un mod respectuos, fără discriminare, și justificat corespunzător. Ori de câte ori este posibil, medicul va sprijini pacientul în identificarea unei alternative rezonabile pentru preluarea în îngrijire.

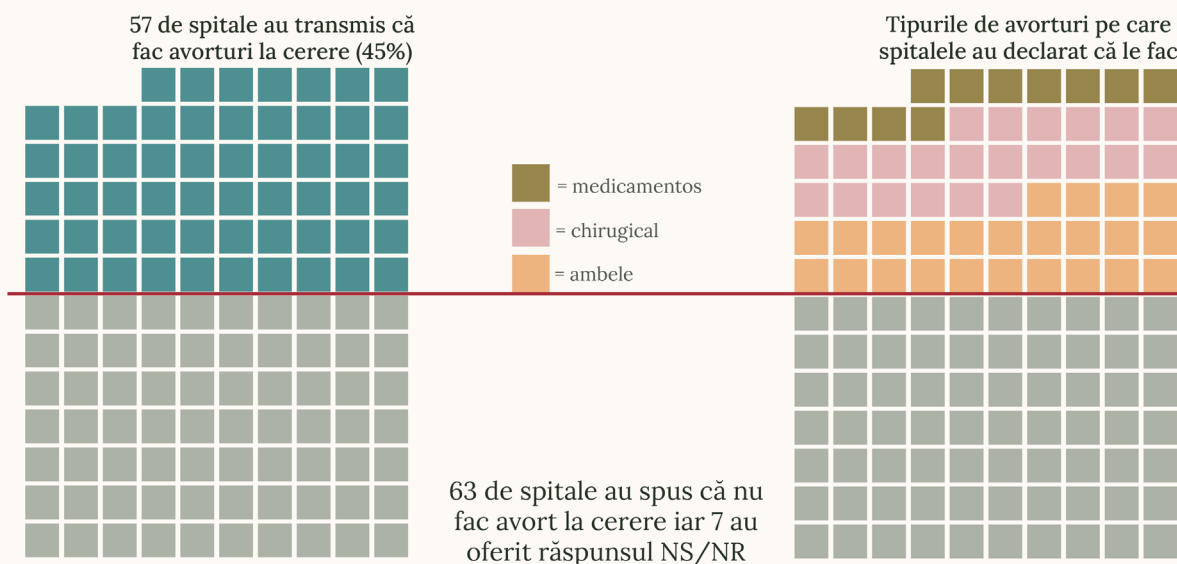
Spre deosebire de anii anteriori, acum se specifică faptul că medicii trebuie să declare în scris clauza de conștiință. În ciuda faptului că este specificat că medicul trebuie să recomande pacientului adresarea către un alt medic, obligația de a referi pacienta care necesită un avort la cerere rămâne nepusă în practică, în majoritatea cazurilor acestea fiind refuzate fără a li se oferi o alternativă și uneori chiar și fără a primi un motiv sau explicații suplimentare.

Doar 44,8% dintre spitale au declarat că fac avorturi la cerere (57 de spitale), iar diferența dintre această proporție și cea a spitalelor în care niciun medic nu efectuează procedura poate indica tocmai distanța dintre existența formală a serviciului la nivelul unei unități medicale și accesul efectiv la acesta. Un spital poate declara că oferă avort la cerere, fără ca procedura să fie realizată constant sau să fie disponibilă printr-un medic în momentul în care o pacientă are nevoie

de serviciu. Condițiile în care este realizat avortul la cerere diferă de la un spital la altul: **în 24 de spitale (42%) avortul se face atât chirurgical, cât și medicamentos**. În alte 22 de spitale (38.6%) se face doar avort chirurgical, iar în 11 spitale se face doar avort medicamentos (19.3%). Observăm că alternativa avortului chirurgical predomină, în ciuda faptului că avortul medicamentos este cea mai folosită metodă pentru sarcinile până la 9 săptămâni.

CONDIȚIILE ÎN CARE SE FACE AVORTUL LA CERERE

Răspunsuri colectate de la 127 de spitale, prin cereri în baza Legii 544/2001.



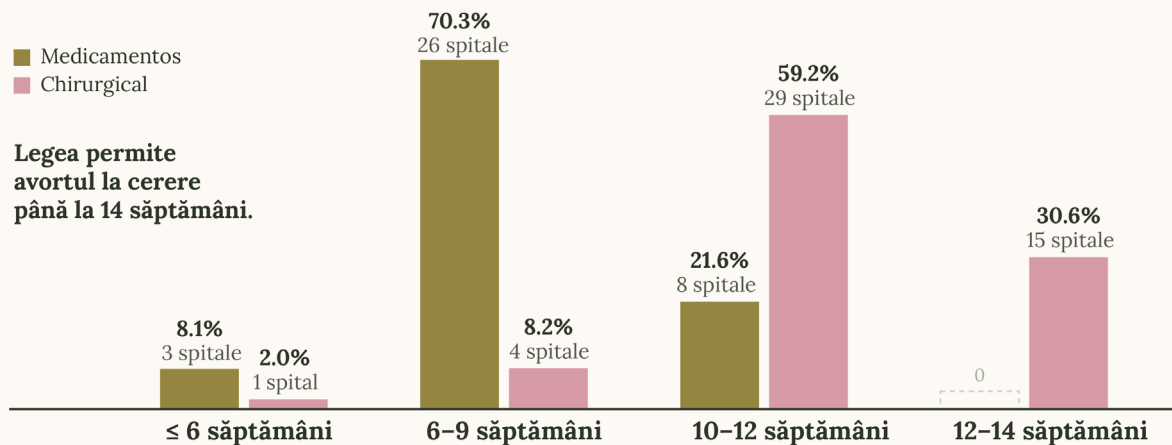
Și în ceea ce privește numărul de săptămâni până la care se oferă serviciul de avort la cerere, răspunsurile diferă în ciuda faptului că legislația permite avortul până la 14 săptămâni de sarcină, iar [ghidul clinic al SOGR pentru avort medicamentos](#) recomandă utilizarea avortului medicamentos până la 12 săptămâni de amenoree. Chiar dacă ghidul recomandă utilizarea până la 12 săptămâni, prospectul medicamentelor indică recomandarea de a fi utilizate până la 9 săptămâni, așa că în practică majoritatea spitalelor folosesc limita de 9 săptămâni.

Doar 32.6% dintre spitalele care au transmis în răspuns că fac avorturi chirurgicale fac această procedură după 12 săptămâni de sarcină, reprezentând un sfert dintre spitalele care fac avorturi la cerere. Majoritatea spitalelor fac avort chirurgical până la 12 săptămâni de sarcină și avort medicamentos până la 9 săptămâni de sarcină. Doar 8 spitale oferă serviciul de avort medicamentos până la 12 săptămâni de sarcină, iar 4 spitale fac avort medicamentos sau chirurgical doar până la 6 săptămâni de sarcină, cele mai grave cazuri de restricționare a accesului la avort prin impunerea unei limite gestaționale mult sub cele prevăzute de lege și ghiduri.

un sfert dintre spitalele care fac avort realizează procedura după 12 săptămâni de sarcină

PÂNĂ LA CÂTE SĂPTĂMÂNI SE FACE AVORT LA CERERE

Date colectate de la 37 de spitale pentru avortul medicamentos și 49 pentru cel chirurgical, prin cereri în baza Legii 544/2001.



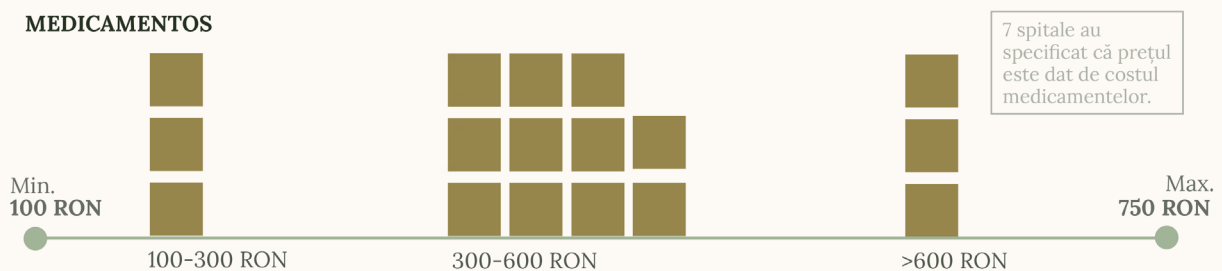
Doar 45 de spitale (35.4%) au menționat concret prețul pe care îl practică pentru avortul chirurgical și alte 25 (19.7%) pentru avortul medicamentos. **Prețul maxim menționat pentru un avort chirurgical este 1000 de lei, iar pentru un avort medicamentos 750 de lei.** Un astfel de preț reprezintă o barieră considerabilă în calea accesului la avort în siguranță pentru multe femei din România.

Majoritatea spitalelor au indicat un preț între 300 și 600 de lei pentru un avort, chirurgical sau medicamentos, în condițiile în care în 2026 salariul minim net este 2699 de lei, iar venitul minim garantat este 393 lei pe lună. 16 spitale practică un preț mai mic, între 100 și 300 de lei pentru un avort chirurgical, iar în 8 spitale costul unui avort medicamentos este reprezentat doar de prețul pastilelor. Diferențele de preț rămân însă semnificative față de cele practicate în clinicile și spitalele private, unde prețul pentru un avort poate ajunge chiar și la 5000 de lei.

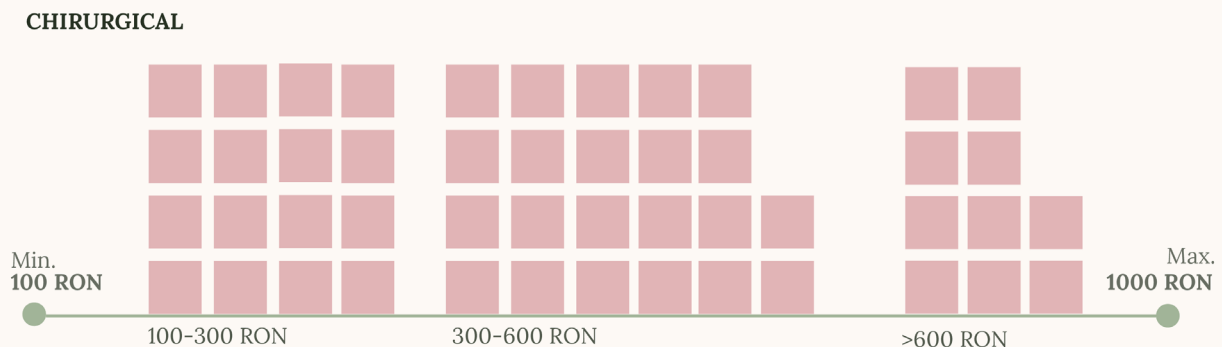
PREȚUL PRACTICAT PENTRU FIECARE TIP DE AVORT

Răspunsuri colectate de la 25 de spitale în cazul avortului medicamentos și de la 45 de spitale în cazul avortului chirurgical. Datele au fost colectate prin cereri în baza Legii 544/2001.

MEDICAMENTOS



CHIRURGICAL



În ciuda prețurilor semnificativ mai mari practicate în sectorul privat, femeile sunt adesea nevoite să apeleze la clinici sau cabinete private pentru a face un avort la cerere, din cauza faptului că nicio unitate medicală publică din proximitate nu mai oferă acest serviciu. Uneori chiar spitalele de stat sunt cele care oferă contactele unor medici care realizează avorturi în sectorul privat, chiar dacă nu fac această procedură la stat, transformând accesul femeilor la un serviciu medical într-o formă de a produce profit. Observăm și în datele puse la dispoziție de INSP că în 2024 și 2025 persistă fenomenul unui număr mai mare de avorturi la cerere înregistrat în sectorul privat decât în cel public, în ciuda faptului că nu toți furnizorii privați raportează către INSP aceste date.

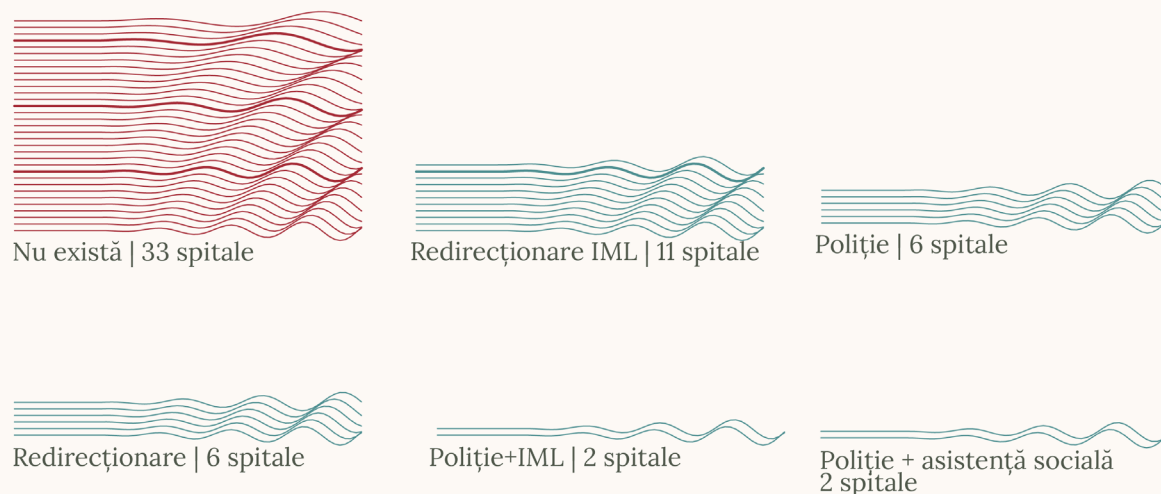
Doar 26 de spitale au transmis că au un protocol pentru avortul la cerere. Lipsa unui protocol poate crea impedimente în accesul efectiv la serviciu, întrucât lasă neclar modul în care este organizată furnizarea acestuia, traseul pacientei, responsabilitățile personalului medical și procedurile aplicabile. În absența unor pași clar stabiliți, pacientele pot fi nevoite să solicite informații de la mai multe persoane sau servicii, să facă mai multe deplasări ori să fie redirectionate către alte unități medicale. Faptul că mai puțin de un sfert din spitale declară că au un astfel de protocol poate afecta în mod deosebit persoanele aflate în situații de vulnerabilitate, precum adolescentele, victimele violenței sexuale sau femeile cu dizabilități, pentru care deplasările suplimentare, lipsa informațiilor clare sau interacțiunea repetată cu diferite servicii pot reprezenta bariere suplimentare în accesarea serviciului.

33 de spitale au transmis că nu au proceduri pentru situațiile în care supraviețuitoarele violenței sexuale vor să apeleze la servicii de avort: 11 spitale au transmis că le redirectionează pe victime către INML, iar în 10 cazuri au specificat că în astfel de cazuri este înștiințată Poliția. Doar patru spitale au menționat că oferă posibilitatea de a face avort terapeutic victimelor violenței sexuale. O mențiune importantă, deoarece implică faptul că persoana în cauză ar putea beneficia de avort și după limita de 14 săptămâni de sarcină din cazul avortului la cerere, violența sexuală fiind considerată în practică un motiv care pune în pericol viața sau sănătatea persoanei care se confruntă cu sarcina nedorită. Pe lângă asta, ar putea accesa acest serviciu gratuit.

33 de spitale au transmis că nu au proceduri pentru situațiile în care supraviețuitoarele violenței sexuale vor să apeleze la servicii de avort.

PROTOCOLUL PENTRU VICTIMELE VIOLENȚEI SEXUALE ATUNCI CÂND VOR SĂ APELEZE LA AVORT?

Răspunsuri colectate de la 60 de spitale, prin cereri în baza Legii 544/2001.



Lipsa procedurilor afectează și accesul adolescenților peste 16 ani la servicii de întrerupere a sarcinii, în ciuda faptului că Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Art. 661, lit. b) prevede că minorii pot beneficia de acces la servicii medicale fără consimțământ parental în situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani. Chiar dacă legea permite acest lucru, în practică majoritatea spitalelor cer acordul părinților în aceste situații. Conform datelor transmise de spitale, doar 18 spitale au transmis că este nevoie doar de consimțământul informat al pacientei pentru a beneficia de servicii de întrerupere a sarcinii, în cazul adolescentelor care au împlinit 16 ani.

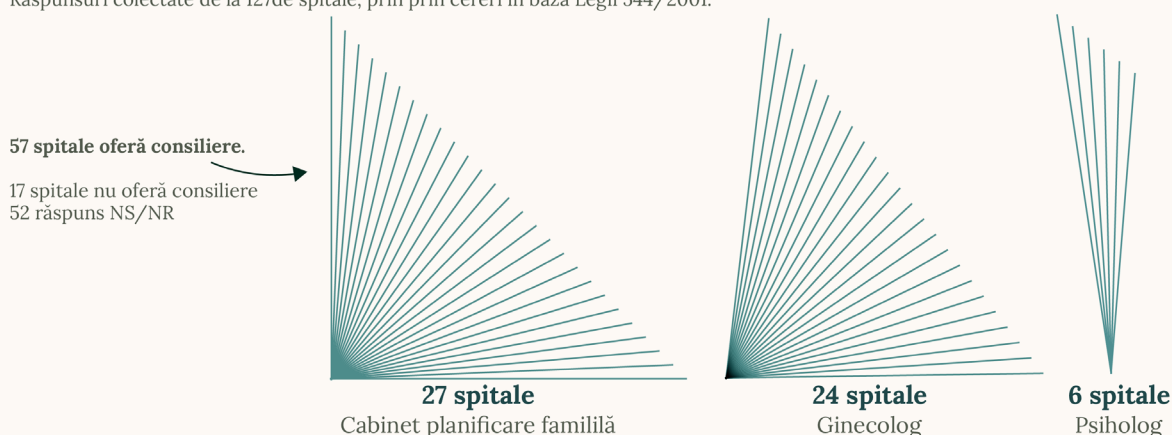
În ciuda lipsei unor proceduri, **58 de spitale au transmis că oferă o formă de consiliere de planificare familială post-avort**, în majoritatea situațiilor aceasta fiind furnizată prin intermediul cabinetului de planificare familială (în 27 de spitale) sau de către medicul ginecolog (în 24 de spitale). În șase spitale consilierea este oferită de psiholog.

Amintim că, conform standardelor OMS, informarea trebuie să fie corectă, accesibilă și suficientă pentru luarea unei decizii informate, în timp ce consilierea este un proces separat, voluntar și non-directiv. Consilierea nu ar trebui să fie impusă ca o condiție pentru accesul la avort și nu ar trebui să presupună folosirea unor informații false sau pătinoare. Din răspunsurile spitalelor nu putem trage concluzii despre

tipurile de informații care sunt transmise în timpul acestui proces, mai ales că nu există o obligativitate privind consilierea pre sau post avort. De asemenea, întrebarea adresată în analiză face referire la consilierea oferită după procedura de avort. În practică consilierea realizată înaintea avortului este uneori făcută de organizații anti-avort, prin centre de criză de sarcină sau chiar cerând implicarea personalului religios.

ÎN URMA PROCEDURII DE AVORT SE REALIZEAZĂ CONSILIERE DE PLANIFICARE FAMILIALĂ POST/AVORT?

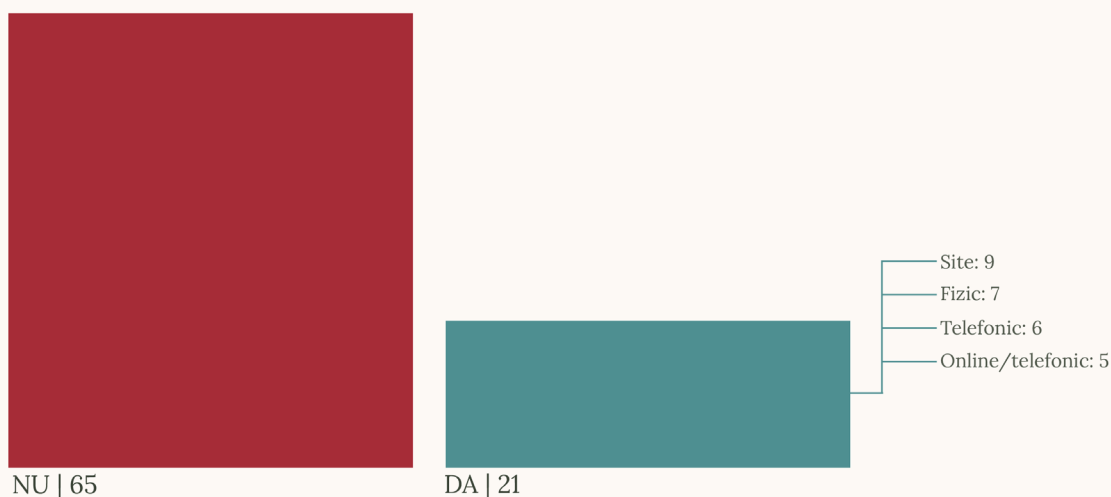
Răspunsuri colectate de la 127 de spitale, prin cereri în baza Legii 544/2001.



Pe lângă barierele menționate anterior, lipsa informațiilor ușor accesibile și pe înțelesul pacienților contribuie la accesul deficitar. **51% din spitale au declarat că nu oferă informații publice despre avortul la cerere** (65 de spitale). Doar 21 de spitale (16.5%) au declarat că oferă informații despre avortul la cerere, majoritatea pe site-ul web sau telefonic. Șapte spitale au menționat că e nevoie de prezența fizică la unitatea medicală pentru a obține orice fel de informații despre avort.

EXISTĂ ÎNFORMAȚII PUBLICE CU PRIVIRE LA CONDIȚIILE DE OFERIRE A SERVICIULUI MEDICAL DE AVORT LA CERERE?

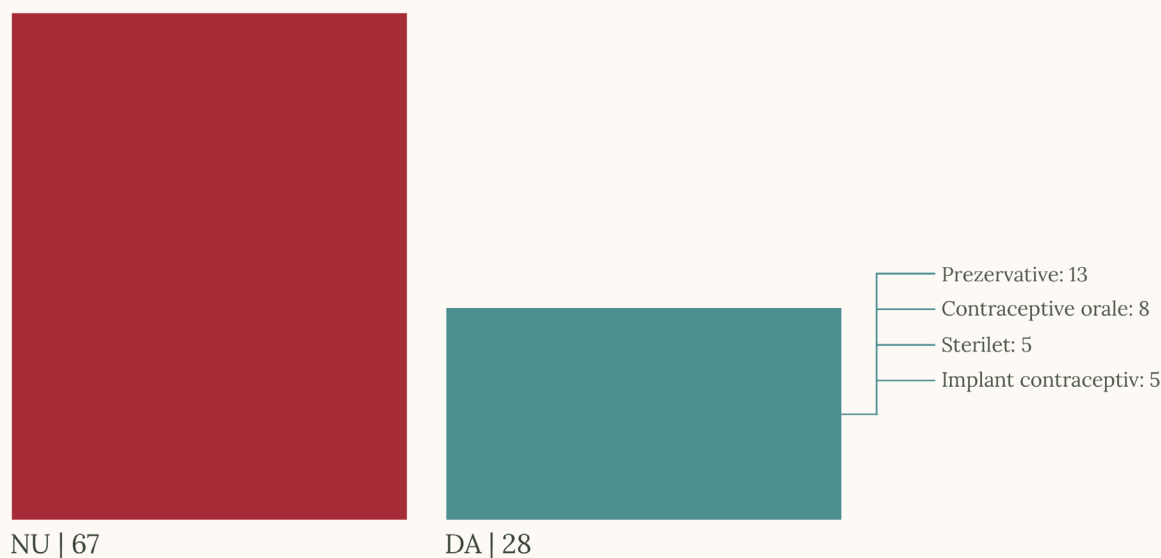
Răspunsuri colectate de la 86 de spitale, prin cereri în baza Legii 544/2001.



Pentru a sublinia lipsa de acces la servicii adecvate de sănătate reproductivă la nivelul unităților medicale, am inclus și o întrebare despre accesul pacienților la metode de contracepție gratuite la nivelul spitalului. **Doar 28 de spitale au declarat că oferă gratuit metode de contracepție (22%):** majoritatea oferă prezervative (13 spitale), contraceptive orale (8 spitale), sterilet (5 spitale) și un spital a declarat că oferă gratuit implanturi contraceptive. În contextul în care România este una dintre ultimele țări din UE care nu oferă nicio metodă de contracepție gratuită pentru nicio categorie de populație, aceste spitale reușesc să ofere metode contraceptive gratuite prin parteneriate cu organizații din societatea civilă sau în baza unor donații.

EXISTĂ ÎN PREZENT POSIBILITATEA OFERIRII DE CONTRACEPTIVE ÎN MOD GRATUIT?

Răspunsuri colectate de la 95 de spitale, prin cereri în baza Legii 544/2001.



Am încercat să colectăm și informații cu privire la numărul total de avorturi la cerere (medicamentos și chirurgical) realizate la nivelul fiecărei unități medicale pe care am contactat-o, în 2023 și 2024, însă diferențele semnificative de transmitere a datelor nu au făcut posibilă o analiză mai în profunzime sau o comparație relevantă cu datele transmise de INSP.

Din răspunsurile primite se observă totuși câteva tendințe relevante. Pentru 62 de spitale nu a fost identificat niciun răspuns la solicitările de informații formulate în baza Legii nr. 544/2001. Dintre răspunsurile disponibile, majoritatea spitalelor au declarat că nu efectuează avorturi la cerere sau au raportat valoarea „0”.

În 2023, 119 spitale au declarat că nu au efectuat niciun avort la cerere, iar în 2024 numărul acestora a fost similar, de 120 de spitale. Un alt spital a raportat un singur avort la cerere în 2023 și niciunul în 2024. În același timp, cazurile raportate sunt concentrate într-un număr redus de spitale, în special în municipii și orașe mari. Această distribuție indică faptul că furnizarea serviciilor de avort la cerere este concentrată în câteva centre medicale și că, în anumite zone geografice, disponibilitatea serviciului este absentă sau foarte limitată.

O tendință similară apare și în cazul celorlalte categorii de date solicitate (avort la cerere, avort terapeutic, avort medicamentos și avort provocat) pentru care informațiile disponibile sunt incomplete. De exemplu, pentru anul 2024, doar 15 spitale au raportat numărul de avorturi medicamentose efectuate, însumând 427 de cazuri. Aceste diferențe de raportare limitează posibilitatea de a estima cu precizie volumul serviciilor furnizate la nivelul unităților medicale și indică existența unor dificultăți în colectarea și raportarea datelor privind avortul. Acest aspect este relevant în special în cazul avortului medicamentos, care reprezintă principala metodă de avort utilizată în primele săptămâni de sarcină.

Prin urmare, datele colectate la nivelul unităților medicale trebuie interpretate cu prudență: numărul redus de cazuri raportate sau absența acestora din răspunsurile unor spitale nu poate fi interpretat automat ca dovadă că serviciul nu a fost furnizat, ci poate reflecta și lipsa raportării sau modul diferit în care unitățile au evidențiat aceste servicii.

Analiză date INSP

Am transmis cereri în baza Legii 544/2001 și către Institutul Național de Sănătate Publică privind numărul întreruperilor de sarcină la cerere, provocate și terapeutice realizate atât în unități medicale publice cât și private, dar și numărul avorturilor medicamentoase, a avorturilor realizate prin aspirație manuală cu vacuum și a chiuretajelor. Toate datele au vizat anii 2024 și 2025.

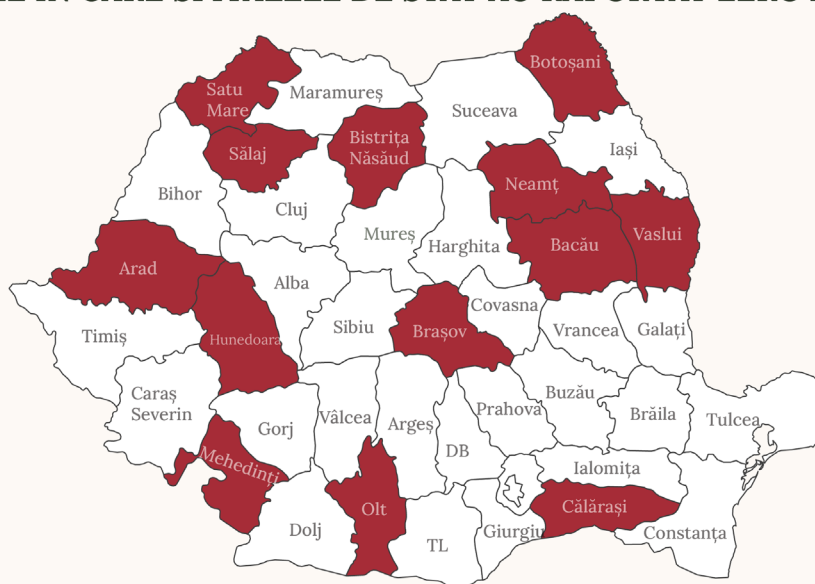
Datele analizate confirmă informațiile prezentate în capitolele anterioare: tendința de privatizare a serviciilor medicale privind avortul la cerere.

În anul 2025:

- Au fost realizate **14.789** avorturi la cerere, atât în unități medicale de stat cât și private.
- Peste 72% din avorturile la cerere din 2025 au fost realizate la privat (10.707 vs 4.082).
- 13 județe au raportat **zero** avorturi la cerere în unități medicale de stat comparativ cu 6 la privat.
- 2 județe au raportat **zero** avorturi la cerere atât la unitățile medicale de stat, cât și la cele private.
- Au fost înregistrate 302 avorturi provocate (public și privat).

JUDEȚELE ÎN CARE SPITALELE DE STAT AU RAPORTAT ZERO AVORTURI, ÎN 2025

Sursa: INSP

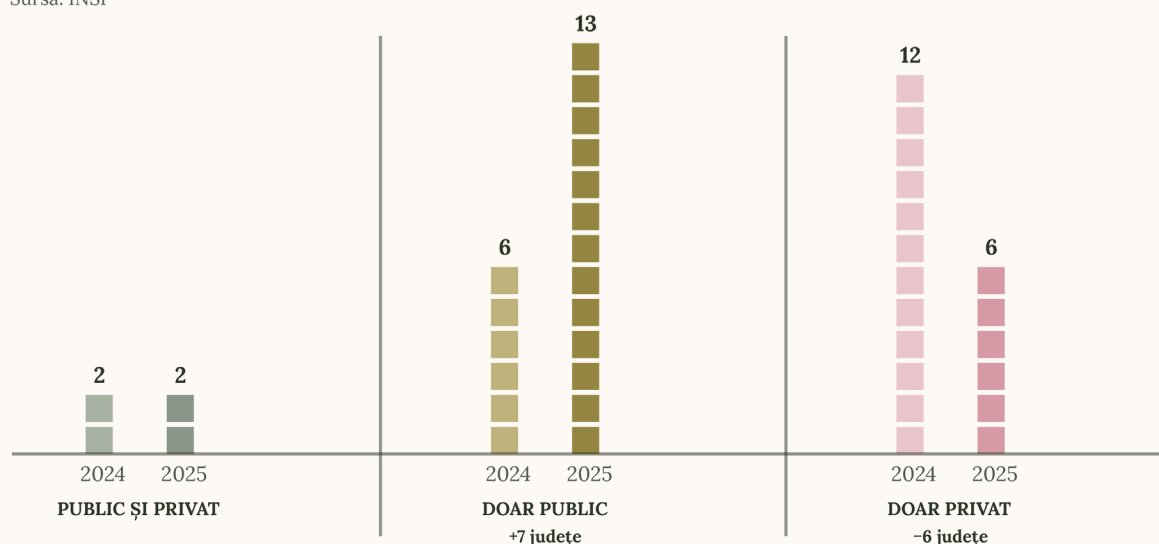


În anul 2024:

- Au fost realizate **14.959** avorturi la cerere, atât în unități medicale de stat cât și private.
- Peste 70% din avorturile la cerere din 2025 au fost realizate la privat (10.474 vs 4.485).
- 12 județe au raportat **zero** avorturi la cerere în unități medicale de stat comparativ cu 6 la privat.
- 2 județe au raportat **zero** avorturi la cerere atât la unitățile medicale de stat, cât și la cele private.
- Au fost înregistrate 138 avorturi provocate (public și privat).

NUMĂRUL DE JUDEȚE CARE AU RAPORTAT ZERO AVORTURI LA CERERE

Sursa: INSP

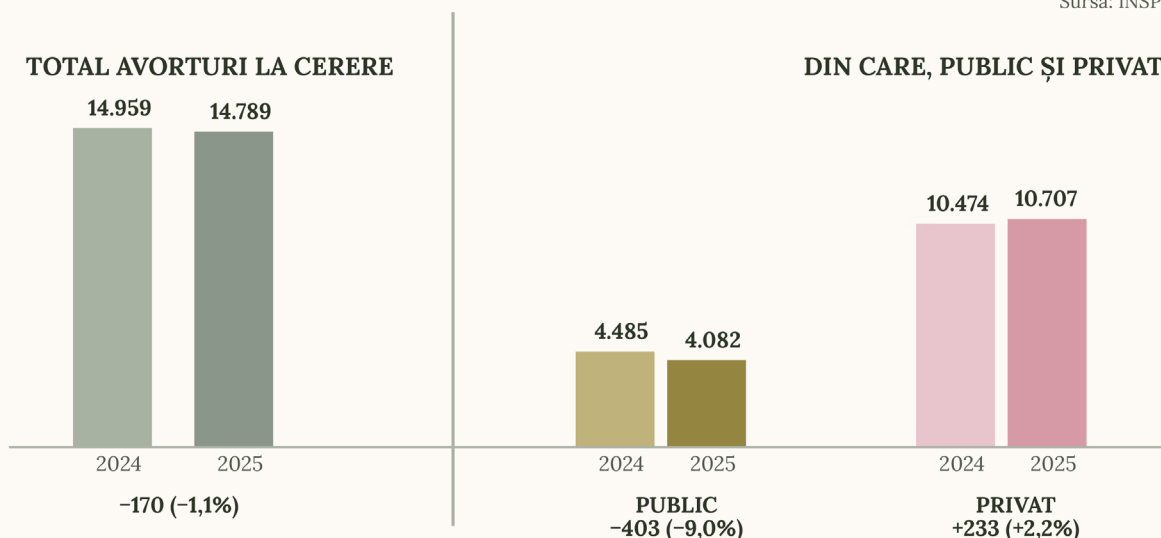


INSP a comunicat că nu dețin date privind numărul întreruperilor de sarcină terapeuțice și nici datele defalcate în funcție de tipul de avort, respectiv numărul avorturilor medicamentoase, a avorturilor realizate prin aspirație manuală cu vacuum și a chiuretajelor, atât pentru 2024 și 2025.

Compararea perioadei 2024-2025 evidențiază o creștere a ponderii sectorului privat: numărul avorturilor la cerere din sectorul public a scăzut cu aproximativ 9%, în timp ce cele din sectorul privat au crescut cu aproximativ 2,2%. În același timp, numărul județelor care au raportat zero avorturi la cerere în unitățile publice a crescut de la 12 în 2024 la 13 în 2025, față de 6 județe în ambii ani în cazul sectorului privat. Aceste evoluții indică o concentrare tot mai mare a serviciilor de avort la cerere în sectorul privat și susțin existența unei tendințe de privatizare a furnizării acestor servicii.

PESTE 72% DIN AVORTURILE LA CERERE DIN 2025 AU FOST REALIZATE LA PRIVAT

Sursa: INSP



Și anterior 2026 observăm o scădere în ultimii ani a numărului avorturilor la cerere realizate în sectorul public, din datele puse la dispoziție de INSP. În 2023 au fost raportate către INSP 14 618 avorturi la cerere, dintre care 9657 realizate în privat și 4961 în sectorul public. În 2024 au fost raportate 14 959 de avorturi la cerere, dintre care 10 474 în sectorul privat și 4485 în sectorul public. În 2025 au fost raportate 14 789 avorturi la cerere, dintre care 10707 în mediul privat și 4082 în sectorul public. Numărul avorturilor la cerere raportate către INSP a rămas relativ stabil în ultimii ani: aproape 15.000 de cazuri anual - o diferență semnificativă față de 2019, când au fost raportate 26 862 de cazuri de avorturi la cerere. Numărul avorturilor la cerere raportate către INSP a scăzut de la an la an, în special în perioada pandemiei.

În ceea ce privește avorturile provocate, numărul acestora a crescut de la 138 în 2024 la 302 în 2025, reprezentând o creștere de aproximativ 119%.

Datele ne indică și o lipsă a transparenței instituționale și a unor date importante privind avortul: numărul total de avorturi realizate, care să includă și pe cele terapeutice, dar și în funcție de tipul de avort (medicamentos, aspirație sau chiuretaj). Menționăm faptul că colectarea datelor de către INSP depinde de centralizarea corectă la nivel de DSP și apoi de transmiterea către INSP, ceea ce poate genera multe probleme de transmitere și interpretare a datelor, lucru pe care

Numărul avorturilor la cerere raportate către INSP a rămas relativ stabil în ultimii ani: aproape 15.000 de cazuri anual - o diferență semnificativă față de 2019, când au fost raportate 26 862 de cazuri de avorturi la cerere.

Îl observăm și din diferența semnificativă dintre răspunsurile unităților medicale la cererea în baza Legii 544/2001 transmisă în cadrul acestei cercetări.

Analiză comparativă

Pentru a avea o imagine comprehensivă despre accesul real la avortul la cerere, am realizat o analiză comparativă între etapa II (în care am sunat la toate spitalele) și etapa III (în care am trimis cereri pe baza legii 544/2001 către spitale). Prin această analiză, am dorit să observăm dacă și ce diferențe există între experiențele trăite de o potențială pacientă și răspunsurile oficiale ale spitalelor.

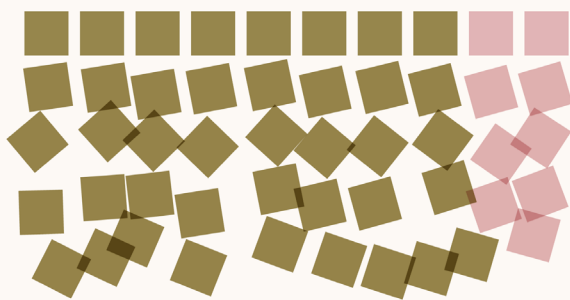
În acest sens, am comparat lista de spitale și le-am păstrat doar pe cele care au răspuns în ambele etape. Astfel, am ajuns la **o bază de analiză de 122 de spitale**.

Un prim indicator la care ne-am uitat a fost dacă se face avort la cerere. 50 de spitale au răspuns la cererea în baza legii 544/2001 spunând că fac întreruperi de sarcină la cerere în timp ce doar 14 au spus clar la telefon că fac avort și 19 spitale au zis că fac avort, dar în anumite condiții.

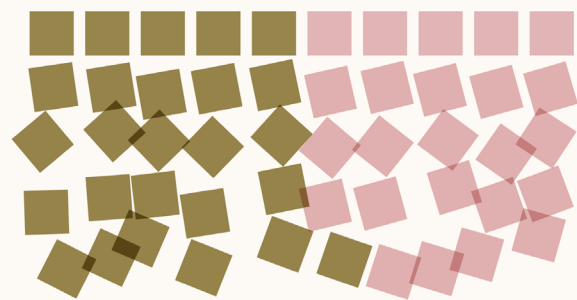
Ce zic spitalele oficial și ce afli ca pacientă dacă suni la spital?

- Din cele 50 de spitale care oficial au spus că fac avorturi **doar 9 au spus un DA clar** și în faza 2, adică în 9 cazuri răspunsurile s-au confirmat în ambele etape.
- Jumătate din spitalele care au spus oficial că fac avorturi, la telefon au spus că fac în anumite condiții, au fost necontactabile, i-au spus pacientei să vină la spital sau au refuzat să o informeze.
- 16 spitale au spus la telefon că nu fac avorturi pentru ca apoi oficial să spună că fac.
- În sens invers, sunt 3 spitale care oficial au zis că nu fac avorturi, dar la telefon au zis că fac.

CE SPUN SPITALELE OFICIAL ȘI CE AFLI DACĂ SUNI LA SPITAL?



Din cele 50 de spitale care oficial au spus că fac avorturi **doar 9 au spus un DA clar** în momentul în care o pacientă a cerut informații la telefon.



Contactate telefonic, jumătate din spitale: nu au răspuns, au transmis că fac avort în anumite condiții, i-au spus pacientei să vină la spital pentru informații sau au refuzat să o informeze.

Analiza evidențiază diferențe între răspunsurile oficiale și cele furnizate telefonic de unitățile sanitare cu privire la accesul la avortul la cerere. În unele cazuri, răspunsurile telefonice au indicat condiții sau restricții care nu reies din răspunsurile oficiale, iar în alte cazuri au fost invocate motive precum dezacordul managerului spitalului sau faptul că avortul ar fi „interzis prin lege/protocol”, deși avortul la cerere este legal în România până la 14 săptămâni de sarcină. O altă inconsistență apare în raportarea avorturilor la cerere: unele unități au declarat că nu efectuează astfel de proceduri, dar au furnizat date privind numărul de avorturi medicamentoase efectuate.

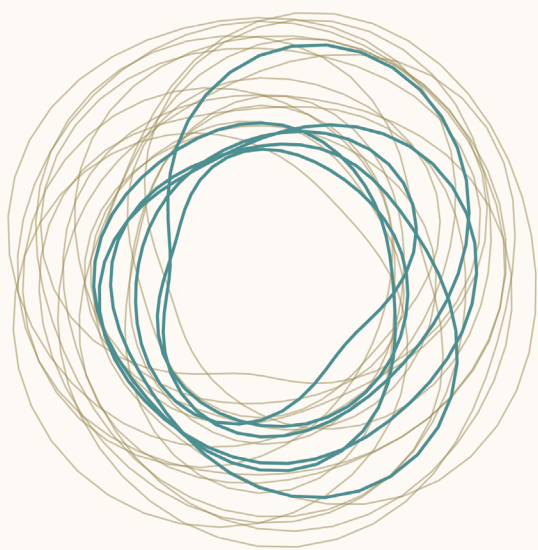
Fără o cercetare calitativă suplimentară, nu putem stabili cauzele acestor diferențe. Putem însă afirma că diferențele dintre răspunsurile oficiale și cele telefonice indică faptul că accesul la serviciile medicale de avort la cerere în unitățile sanitare publice este acordat sau nu în mod arbitrar de către acestea și că există în continuare un spațiu pentru o alegere arbitrară întrucât furnizarea acestui serviciu medical nu este reglementată în mod unitar, fie printr-o normă adoptată de Ministerul Sănătății, fie prin includerea sa în pachetul de bază al asigurării publice de sănătate.

În a doua parte a analizei comparative, ne-am uitat și la ce tip de avort la cerere este disponibil. În acest sens, am analizat răspunsurile celor 24 de spitale care au spus că fac avorturi în atât în faza telefonică, cât și în răspunsurile la cererile în baza Legii 544/2001.

unele unități au declarat că nu efectuează astfel de proceduri, dar au furnizat date privind numărul de avorturi medicamentoase efectuate.

- din cele 24 de spitale care au zis că fac avort, 13 spitale (peste jumătate) nu i-au spus pacientei la telefon ce tip de avort se face, deși au spus oficial.
- doar în 6 cazuri, răspunsurile din cele două faze se potrivesc.
- oficial, 8 spitale au declarat că fac ambele tipuri de avorturi, 14 au zis că fac doar chirurgical și 2 fac doar medicamentos.
- 3 spitalele au răspuns oficial că nu fac avorturi, însă apoi au oferit un răspuns (chirurgical sau medicamentos) la întrebarea despre tipul de avort furnizat la cerere.

CE SPUN SPITALELE OFICIAL ȘI CE AFLI DACĂ SUNI LA SPITAL?



24 de spitale au spus că fac avorturi atât în faza telefonică, cât și în răspunsurile la cererile în baza Legii 544/2001.

Doar în 6 cazuri se potrivesc răspunsurile care fac referire la ce tip de avort se face.

Observăm, în continuare, o problemă de acces la informații:

- **22 de spitale au fost inaccesibile** sau nu au oferit informații telefonice: 15 nu au putut fi contactate deloc, 4 au chemat pacienta fizic, iar 3 au refuzat să dea informații.
- **15 spitale nu au răspuns** la întrebarea dacă fac sau nu avort deși au trimis un răspuns la alte întrebări din cadrul cererii.

În continuare, ne-am uitat comparativ și la răspunsurile privind limitele de săptămâni până la care poți face avort la cerere.

Limita de săptămâni pentru avort medicamentos:

- 7 spitale care au oferit informații telefonice despre numărul de săptămâni.
- 36 de spitale au specificat în răspunsul oficial număr de săptămâni.
- **doar 5 spitale au menționat în ambele faze numărul de săptămâni**, însă doar în 2 cazuri numărul de săptămâni comunicat este același și telefonic și în răspunsul la cererea în baza Legii 544/2001.

Limita de săptămâni pentru avort chirurgical

- doar 1 spital a spus telefonic că face avort chirurgical, spre deosebire de 46 care au oferit acest răspuns la cererea în baza Legii 544/2001.
- 1 singur spital a menționat în ambele faze că face avort chirurgical, însă sunt diferențe între răspunsul telefonic vs. oficial.

Așadar, dacă ne uităm comparativ, putem observa că un număr foarte mic de spitale oferă detalii privind numărul de săptămâni la telefon, deși această informație există la nivel instituțional. Explicațiile pot fi variate: de la lipsa de resurse și personal medical, timpul limitat până la stigma cu care personalul răspunde la întrebările privind avortul (temă abordată în analiza fazei II), însă toate acestea rezultă și indică lipsa de acces real la informații importante pentru o persoană care vrea să facă avort.

CE SPUN SPITALELE OFICIAL ȘI CE AFLI DACĂ SUNI LA SPITAL?

Limita de săptămâni pentru avort

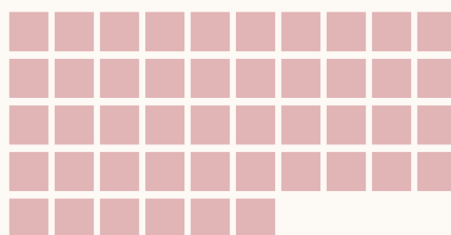
36 de spitale au specificat în răspunsul oficial număr de săptămâni, pentru avortul medicamentos



Doar 5 spitale au comunicat numărul de săptămâni, și oficial și la telefon



46 de spitale au spus oficial că fac avort chirurgical



Doar 1 spital a spus la telefon că face avort chirurgical, astfel că nu au putut fi comparate limitele în cele două faze



Mai departe, am comparat informațiile privind costurile unui avort la cerere.

MEDICAMENTOS

- 3 spitale au oferit detalii despre prețul avortului medicamentos, și oficial și la telefon.
- 5 spitale au oferit un preț doar la telefon.
- 18 spitale au oferit un preț pentru avortul medicamentos doar în scris.
- 4 spitale au spus (în răspunsul oficial) că fac avort medicamentos gratuit (cu precizarea că nu este clar dacă asta implică sau nu și acoperirea costului pentru medicamentele abortive)
- 2 spitale care au răspuns că fac doar avort chirurgical sau nu fac deloc dar au oferit în scris un răspuns privind prețul pentru avortul medicamentos.

- 4 spitale au oferit informații despre prețuri atât la telefon cât și prin răspunsuri oficiale.
- 5 spitale au oferit informații la telefon despre prețul avortului și 44 au dat un răspuns cu privire la preț în răspunsul oficial.
- 1 spital dintre cele care au oferit un răspuns oficial a menționat că fac avort gratuit iar 1 a menționat că prețul e conform tarifelor CASS.
- 2 spitale care au menționat că nu fac avort chirurgical, însă au oferit prețuri pentru acest tip de avort.

Amintim, de asemenea, că variațiile prețurilor pot fi influențate de modul în care răspunsul a fost dat: dacă include sau nu și ecografiile, consultația, etc.

Datele privind prețul ne indică, încă o dată, o inconsistență între detaliile primite telefonic, sau mai degrabă lipsa lor, și faptul că ele există la nivel instituțional. Și variația prețului este un semnal de alarmă și poate reprezenta o barieră în accesarea avortului, în special pentru persoanele vulnerabile.

Un ultim factor analizat a fost motivarea refuzului privind efectuarea avortului la cerere, unde se observă diferențe semnificative între răspunsurile obținute telefonic și cele oficiale. În discuțiile telefonice, cel mai frecvent răspuns a fost lipsa unui motiv comunicat (50 de cazuri), în timp ce în răspunsurile oficiale predomină justificarea prin conștiință/religie (67 de cazuri), urmată de decizia personală a medicului (23), factori logistici sau de resurse (14) și riscul medical/malpraxis (12). Această distribuție diferită sugerează o lipsă de uniformitate în comunicarea motivelor refuzului și poate indica faptul că justificările oferite oficial diferă de cele comunicate în mod direct pacientelor sau solicitanților de informații.

Datele analizate în această secțiune confirmă etapele anterioare și probleme identificate: lipsa transparenței instituționale, lipsa unor informații accesibile și uniforme, inconsistența în răspunsuri. În absența unor informații publice, actualizate și coerente privind disponibilitatea serviciilor și condițiile în care acestea sunt oferite, accesul efectiv la îngrijiri medicale devine dependent de capacitatea fiecărei persoane de a obține informații suplimentare și de a naviga un sistem lipsit de predictibilitate.

CE SPUN SPITALELE OFICIAL ȘI CE AFLI DACĂ SUNI LA SPITAL?

Motiv	La telefon	Oficial
Motiv necomunicat	50	30
Decizie personală medic	8	23
Instituțional	7	0
Normativ invocat	5	0
Lipsă medici disponibili	4	0
Conștiință / religie	1	67
Logistic / resurse	1	14
Risc medical / malpraxis	1	12
Condiție medicală	1	0
Natalitate	0	1

Prin urmare, lipsa de transparență și de uniformitate în comunicarea informațiilor constituie bariere reale în accesul femeilor la servicii medicale de bază, contribuind la întârzieri, incertitudine și dificultăți suplimentare în accesarea acestora.

CONCLUZII

Datele colectate în cele trei etape ale cercetării susțin concluzia centrală a raportului: deși avortul la cerere este legal în România până la 14 săptămâni de sarcină, existența acestui drept în legislație nu garantează accesul efectiv la serviciul medical.

Între cadrul legal și practica din teren există un decalaj sistemic, întreținut de lipsa informațiilor corecte și oferite în medii adecvate din partea instituțiilor și a spitalelor, lipsa unui ghid național privind avortul chirurgical care să unifice practicile privind acordarea acestui serviciu medical, de absența unei reglementări explicite prin lege a refuzului de a efectua avort și de persistența unor bariere financiare, sociale și instituționale, alături de stigma asociată avortului la cerere.

Etapă exploratorie, realizată prin contactarea a 19 spitale sub identitatea de cercetătoare, a arătat o reticență puternică a unităților medicale de a oferi informații în cadrul unei cercetări. Chiar din această primă etapă au reieșit bariere structurale care s-au regăsit și în etapele următoare: site-uri și numere de telefon învechite sau inexistente, lipsa personalului specializat care să poată răspunde întrebărilor, lipsa de coordonare între departamente și tratarea subiectului ca un tabu, ceea ce contribuie la stigmatizarea procedurii. Dintre cele două spitale care au confirmat că oferă serviciul, condițiile diferă considerabil: prețuri de 200, respectiv 450 de lei, limite gestaționale și opțiuni de anestezie diferite, ceea ce indică, încă din această etapă, absența unei practici standardizate la nivel național.

În etapa a doua, echipa a contactat telefonic 188 de spitale (dintr-un total de 211, după eliminarea celor fără secție de ginecologie), prezentându-se drept o pacientă de 25 de ani, la prima sarcină, în săptămâna a 9-a. Rezultatele arată un acces real extrem de limitat: 55,3% dintre spitale au răspuns clar „NU”, doar 8% au confirmat că fac avort la cerere fără

condiționări, iar 12,2% au declarat că îl fac doar în anumite condiții (un anumit tip de procedură, anumite zile/ore, anumiți medici). Alte 15,4% nu au răspuns deloc, iar în 3,2% din cazuri operatorul a refuzat explicit să ofere informații telefonice. **Dintre spitalele care au oferit un răspuns, 53% au declarat că nu fac avort la cerere, iar doar 8% dintre toate spitalele contactate îl oferă fără condiționări.**

Motivele de refuz comunicate telefonic au fost, în aproape jumătate din cazuri (48%), inexistente: spitalele nu au oferit nicio explicație. Alte motive menționate: decizie personală/clauza de conștiință (11,5%), lipsă de medici sau resurse (5,8%), faptul că procedura „nu este decontată de CNAS” (4,8%) și, în câteva cazuri, afirmația eronată că avortul „este interzis prin lege/protocol”.

În ceea ce privește recomandările oferite pacienților de către spitalele care nu practică avort la cerere, **aproximativ o treime au fost îndrumate către altă localitate, iar o altă treime către un furnizor privat**, ceea ce indică o tendință de privatizare a accesului la acest serviciu medical de bază, cu implicații asupra costurilor suportate de pacienți.

În cazul spitalelor care au confirmat că oferă serviciul, informațiile despre tipul de procedură, limitele gestaționale și prețurile au fost, în multe cazuri, incomplete sau necunoscute chiar de personalul care a răspuns la telefon, ceea ce confirmă o lipsă generalizată de acces la informații clare și predictibile.

În etapa a treia au fost transmise solicitări oficiale de informații către 204 spitale publice, obținându-se 127 de răspunsuri valide (45 de spitale nu au răspuns, 26 nu au secție de obstetrică-ginecologie, iar 6 nu au niciun medic pe postul respectiv).

Datele oficiale arată că, în 49,6% dintre spitalele care au răspuns, niciun medic nu efectuează avorturi la cerere.

Motivele de refuz invocate oficial de medici sunt predominant religioase (41%) sau țin de clauza de conștiință (38%), urmate de motive legate de malpraxis/riscuri asociate (10%) și probleme logistice. 37% dintre spitale nu au niciun protocol pentru situațiile de refuz, iar doar o mică parte redirecționează efectiv pacientele către un alt medic (10 spitale) sau altă unitate (7 spitale). Alte trei spitale ne-au transmis că au un protocol pentru situațiile de refuz, fără informații supli-

Motivele de refuz comunicate telefonic au fost, în aproape jumătate din cazuri (48%), inexistente: spitalele nu au oferit nicio explicație.

mentare.

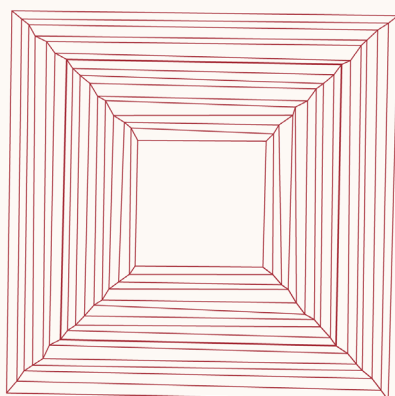
Dintre spitalele care au răspuns, 44,8% (57 de spitale) au declarat că efectuează avort la cerere, cu variații mari privind tipul de procedură oferit (42% oferă ambele tipuri, 38,6% doar chirurgical, 19,3% doar medicamentos). **Limitele gestaționale practicate sunt frecvent sub cele prevăzute de lege sau de recomandările OMS:** doar 32,6% dintre spitalele cu avort chirurgical îl oferă și după 12 săptămâni, iar avortul medicamentos este oferit predominant doar până la 9 săptămâni; 4 spitale limitează ambele proceduri la doar 6 săptămâni de sarcină.

Informațiile despre preț rămân parțiale (doar 35,4% dintre spitale au comunicat prețul pentru avortul chirurgical și 19,7% pentru cel medicamentos), cu un preț maxim de 1000 de lei pentru avortul chirurgical și 750 de lei pentru cel medicamentos, diferențe considerabile față de sectorul privat, unde costurile pot ajunge până la 5000 de lei.

Analiza comparativă etapa II vs. etapa III (122 de spitale comune) evidențiază o discrepanță semnificativă între răspunsurile oficiale și experiența reală a unei potențiale paciente: dintre cele 50 de spitale care au declarat oficial că fac avort la cerere, doar 9 au confirmat acest lucru clar și la telefon, iar 16 spitale au spus la telefon că nu fac avort, pentru ca ulterior să declare oficial contrariul.

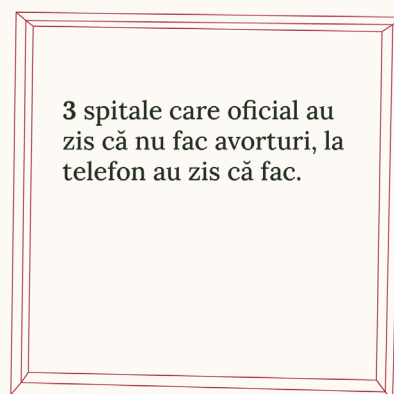
Diferențe similare apar și în privința tipului de procedură, a limitelor gestaționale și a prețurilor comunicate, concordanța între cele două seturi de răspunsuri fiind, în toate cazurile, redusă. De asemenea, motivarea refuzului diferă fundamental: la telefon predomină lipsa oricărei explica-

CE SPUN SPITALELE OFICIAL ȘI CE AFLI DACĂ SUNI LA SPITAL?



16 spitale au spus la telefon că nu fac avorturi pentru ca apoi oficial să spună că fac.

 = 1 spital



3 spitale care oficial au zis că nu fac avorturi, la telefon au zis că fac.

ții (50 de cazuri, față de 0 în răspunsurile oficiale), în timp ce oficial predomină invocarea conștiinței/religiei (67 de cazuri, față de 1 caz comunicat telefonic). Această discrepanță confirmă faptul că accesul efectiv la avort depinde în mare măsură de capacitatea fiecărei paciente de a naviga un sistem lipsit de transparență și predictibilitate, informațiile existente la nivel instituțional nefiind, în practică, disponibile celor care caută acest serviciu medical.

Dincolo de barierele instituționale și economice accesul la avort este îngreunat și de stigmatizarea avortului la cerere ca act medical. **Modul în care personalul medical a răspuns solicitărilor, de la refuzul de a discuta subiectul telefonic, la tonul ostil relatat de cercetătoare, arată că avortul continuă să fie tratat ca un subiect tabu, chiar și atunci când este vorba despre o procedură medicală legală.**

Această atitudine contribuie la creșterea sentimentului de rușine și vinovăție în rândul femeilor care caută informații de bază, descurajând accesarea serviciului chiar înainte ca acesta să fie efectiv refuzat sau condiționat. Absența educației sexuale și a campaniilor de informare la nivel populațional, absența accesului la contracepție gratuită pentru categoriile vulnerabile menționate încă din introducerea raportului, se reflectă direct în felul în care instituțiile medicale gestionează aceste solicitări, perpetuând o cultură a tăcerii în jurul sănătății reproductive.

Această stigmă instituțională este dublată de un discurs public care implică acceptabilitatea avortului doar în situații „extreme”, informațiile false folosite în discursul public, presiunea pusă pe umerii femeilor în raport cu „creșterea natalității” și „rolul” lor în societate și familie, de o tot mai mare vizibilitate a organizațiilor anti-avort, în special după eliminarea dreptului constituțional la avort în SUA și de alți factori sociali și politici care devin bariere în accesarea unei forme de îngrijire medicală care ar trebui garantată de stat. Această polarizare și conturează un context în care exercitarea unui drept legal rămâne dependentă nu doar de disponibilitatea instituțională a serviciului, ci și de capacitatea femeilor de a face față unui climat social și discursiv defavorabil, care pune presiune asupra deciziei individuale, poate alimenta stigmatizarea și poate descuraja accesul efectiv la serviciile de întrerupere a sarcinii.

Dincolo de barierele instituționale și economice accesul la avort este îngreunat și de stigmatizarea avortului la cerere ca act medical.

RECOMANDĂRI

Către Guvern:

Recunoașterea avortului ca serviciu medical esențial, eliminarea barierelor legale, de reglementare, de politici publice și practice care împiedică accesul în timp util la servicii de avort de calitate, precum și dezincriminarea completă a avortului.

Elaborarea, adoptarea și actualizarea periodică a protocolelor clinice bazate pe dovezi pentru serviciile de avort la cerere, în conformitate cu ghidurile OMS, care să asigure calitatea îngrijirii, furnizarea de informații bazate pe dovezi și accesul echitabil la servicii, inclusiv mecanisme de asigurare a calității, circuite de referire și navigare și continuitatea îngrijirii.

Asigurarea faptului că orice reglementare privind refuzul de a acorda servicii de avort din motive religioase sau de conștiință, prin invocarea clauzei de conștiință, este în conformitate cu standardele internaționale în domeniul drepturilor omului și cu ghidurile OMS și nu obstrucționează accesul în timp util la servicii de avort de calitate, incluzând mecanisme eficiente pentru asigurarea continuității îngrijirii fără întârziere.

Eliminarea barierelor financiare în accesul la servicii de avort și asigurarea gratuității serviciilor de avort la cerere și a serviciilor conexe pentru toate femeile și adolescentele.

Decontarea serviciilor de avort la cerere și a serviciilor conexe din asigurările sociale de sănătate, în cazul femeilor și adolescentelor asigurate.

Modificarea legislației pentru a permite personalului medical calificat corespunzător, inclusiv moașelor, asistenților medicali și altor furnizori calificați, să acorde servicii de avort la cerere și servicii conexe, în conformitate cu ghidurile OMS.

Modificarea legislației pentru eliminarea cerințelor ce țin de acordul unor terți în accesul la servicii de avort la cerere și servicii conexe și recunoașterea capacității în evoluție a adolescentelor de a-și oferi consimțământul informat, prin adoptarea unor reglementări în acest sens. Până atunci este necesară aplicarea efectivă a legislației în vigoare care permite accesul adolescentelor de 16 ani la servicii de avort și servicii conexe fără consimțământul părinților.

Implementarea unui protocol standardizat de răspuns la violența sexuală, care să garanteze că supraviețuitoarele violenței sexuale au acces gratuit și în timp util la servicii medicale și de sănătate reproductivă corespunzătoare, inclusiv contracepție de urgență, servicii de avort, sprijin psihosocial și servicii de navigare și referire.

Integrarea în curriculumul de educație medicală a formării bazate pe competențe privind serviciile complete de avort și asigurarea formării continue bazate pe competențe pentru tot personalul medical relevant, în conformitate cu ghidurile OMS.

Implicarea sistematică a organizațiilor societății civile care activează pentru promovarea sănătății și drepturilor sexuale și reproductive în elaborarea legilor și politicilor din acest domeniu.

Asigurarea faptului că toate politicile, programele și serviciile din domeniul sănătății sexuale și reproductive abordează formele de discriminare intersecțională care afectează femeile și fetele, inclusiv femeile și fetele rom, femeile care trăiesc în sărăcie, femeile cu dizabilități, femeile din mediul rural, migrantele, adolescentele și supraviețuitoarele violenței de gen, prin măsuri specifice care să garanteze accesul egal și nediscriminatoriu la servicii cuprinzătoare de sănătate sexuală și reproductivă, inclusiv avort și contracepție.

Monitorizarea accesului la servicii de avort prin colectarea și publicarea anuală a unor date dezagregate, inclusiv informații privind disponibilitatea serviciilor, costurile, metodele de avort și accesibilitatea geografică.

Elaborarea, adoptarea și implementarea Strategiei Naționale pentru Sănătate Sexuală și Reproductivă, în con-

sultare cu organizațiile societății civile care activează pentru promovarea sănătății și drepturilor sexuale și reproductive, și asigurarea resurselor adecvate (inclusiv financiare) pentru implementarea sa eficientă.

Asigurarea sprijinului financiar pentru programele de contracepție gratuită și pentru serviciile de planificare familială.

Dezvoltarea unor inițiative comunitare de informare, în special în zonele cu acces limitat la servicii medicale, cu sprijinul mediatorilor sanitari și al asistentelor medicale comunitare.

Către Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS):

Asigurarea accesului gratuit la servicii de contracepție și la contraceptive pentru toate femeile și adolescentele.

**Decontarea serviciilor de contracepție și a contraceptive-
lor** (inclusiv prezervative, contraceptive orale, dispozitive intrauterine și implanturi contraceptive) din asigurările sociale de sănătate, în cazul femeilor și adolescentelor asigurate.

Către Colegiul Medicilor din România:

Revizuirea Codului de Deontologie Medicală pentru a consolida obligațiile profesioniștilor din domeniul sănătății de a acorda servicii de avort centrate pe persoană, bazate pe dovezi și nediscriminatorii.

Revizuirea Codului de Deontologie Medicală pentru a garanta că refuzul de a acorda servicii medicale din motive religioase sau de conștiință personală din partea profesioniștilor din domeniul sănătății nu obstrucționează și nu subminează accesul la servicii de avort și continuitatea acestora, precum și pentru a asigura conformitatea acestei reglementări cu standardele internaționale în domeniul drepturilor

omului și cu ghidurile OMS. Aceasta include:

- interzicerea refuzului de a acorda îngrijiri în situații de urgență sau atunci când amânarea serviciului ar pune în pericol sănătatea sau viața pacientei;
- interzicerea refuzului instituțional de a acorda servicii medicale;
- stabilirea clară a persoanelor care pot obiecta și a componentelor de îngrijire vizate, precum și limitarea exercitării refuzului la persoanele implicate direct în procedura de avort la cerere (cu excluderea personalului administrativ, a personalului auxiliar sau a altor categorii de personal);
- obligativitatea trimiterii prompte către un alt profesionist din domeniul sănătății capabil să furnizeze serviciul în cadrul aceleiași unități sanitare;
- asigurarea aplicării adecvate a reglementării privind refuzul de a acorda îngrijiri, inclusiv identificarea, remediarea și sancționarea nerespectării acesteia.

Către unitățile medicale:

Asigurarea disponibilității serviciilor complete de avort la cerere, atât medicamentos, cât și chirurgical, în conformitate cu ghidurile OMS.

Publicarea de informații corecte și relevante privind furnizarea serviciilor de avort la cerere, în formate accesibile și ușor de înțeles.

Către autoritățile locale:

Introducerea unor măsuri de reducere a barierelor geografice în accesul la servicii de avort, inclusiv sprijin pentru transport, servicii de tip outreach și consolidarea circuitelor de trimitere pentru persoanele din zonele slab deservite.

BIBLIOGRAFIE

Asociația Moașelor Independente. *Raport privind accesul la avort în siguranță: Probleme și soluții pentru accesul garantat la avort în România*. 2024. Raportul Asociației Moașelor Independente

Băluță, Oana, și Ioana Băluță. "Where to? Gender Studies, Epistemic Injustice and the Politics of De-democratization in Romania." *European Journal of Politics and Gender*. Early View, 2025. <https://doi.org/10.1332/25151088Y2025D0000000081>.

Centrul FILIA. *Refuzul la efectuarea avortului la cerere în România, 2020–2021*. 2021. Raportul Centrului FILIA

Centrul FILIA și Centrul Euroregional pentru Inițiative Publice (ECPI). *Refuzul la efectuarea avortului la cerere în România 2019*. Raportul FILIA și ECPI

Coaliția pentru Egalitatea de Gen. „Avortul este îngrijire medicală esențială: ne opunem ferm inițiativei legislative care vrea să restricționeze accesul la avort și care pune în pericol sănătatea și viața femeilor.” 19 septembrie 2025. Scrisoarea deschisă a Coaliției pentru Egalitatea de Gen

Colegiul Medicilor din România. *Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România*. Aprobabil prin Hotărârea nr. 2/2025 din 30 octombrie 2025. Codul de deontologie medicală

Comitetul ONU pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale. *Comentariul General nr. 22 privind dreptul la sănătate sexuală și reproductivă* (art. 12 din Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale). U.N. Doc. E/C.12/GC/22, 2016.

Comitetul ONU pentru Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor. *Recomandarea Generală nr. 24: Articolul 12 din Convenție (Femeile și sănătatea)*. U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, chap. I, 1999.

Conferința Internațională privind Populația și Dezvoltarea. *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Cairo, 5–13 septembrie 1994. UNFPA – Programme of Action

Comisarul pentru Drepturile Omului al Consiliului Europei. *Women's Sexual and Reproductive Health and Rights in Europe*. Strasbourg: Council of Europe, 2017. Documentul Consiliului Europei

Curtea Constituțională a României. *Jurisprudență*. Accesat la 21 septembrie 2026. Baza de

date a Curții Constituționale a României

Curtea Europeană a Drepturilor Omului. *Tysiāc v. Poland*. Application no. 5410/03. Judgment of 20 March 2007.

INSCOP Research. *Barometrul Național al Tinerilor*. 2026. Barometrul Național al Tinerilor

Mateescu, B., și C. Tufiș. *Grijă pentru democrație: Interesele femeilor din România în 2024*. 2024. Raportul „Grijă pentru democrație”

Ministerul Sănătății. *Ordinul ministrului sănătății nr. 1241/2019 privind aprobarea ghidurilor pentru obstetrică-ginecologie*. 9 august 2019. Anexa 31. Monitorul Oficial al României, nr. 738, 10 septembrie 2019.

Ministerul Sănătății. *Ordinul ministrului sănătății nr. 3368/2024 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii de ierarhizare a structurilor de obstetrică-ginecologie, neonatologie și pediatrie care asigură servicii de terapie intensivă pentru nou-născuți și pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență*. 7 iunie 2024. Anexa 2.

Ministerul Sănătății. „Răspuns pe e-mail nr. SRPP 330.” 13 august 2025.

Ministerul Sănătății și Familiei, Colegiul Medicilor din România și Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România. *Standarde și recomandări de practică pentru efectuarea întreruperii elective de sarcină*. Iunie 2003.

Monitorul Oficial al României, nr. 572, 19 iunie 2024.

Organizația Mondială a Sănătății. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2012.

Organizația Mondială a Sănătății. *Abortion Care Guideline*. Geneva: World Health Organization, 2022. WHO – Abortion Care Guideline

Organizația Națiunilor Unite. *Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor*. 1979.

Organizația Națiunilor Unite. *Working Group on Discrimination against Women and Girls. Conscientious Objection to Abortion: Key Considerations. Guidance Document of the Working Group on Discrimination against Women and Girls*. A/HRC/WG.11/41/1, 30 iulie 2024.

Organizația Națiunilor Unite. *Working Group on Discrimination against Women and Girls. Women's and Girls' Sexual and Reproductive Health Rights in Crisis*. A/HRC/47/38, 28 aprilie 2021. Documentul ONU

Organizația Națiunilor Unite. *Working Group on Discrimination against Women and Girls. Visit to Romania Report*. A/HRC/47/38/Add.1, 20 aprilie 2021.

Organizația Națiunilor Unite. Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale. *Concluding Observations on the Sixth Periodic Report of Romania*. E/C.12/ROU/CO/6, 2024.

Parlamentul României. Proiect legislativ nr. B408/2025. 2025. Textul proiectului legislativ

România. Decret-Lege nr. 1 din 26 decembrie 1989 privind abrogarea unor legi, decrete și alte acte normative. Monitorul Oficial al României, nr. 4, 27 decembrie 1989.

România. Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului. Monitorul Oficial al României, nr. 51, 29 ianuarie 2003.

Segers, I. B., T. Gelashvili, and A. Gagnon. "Intersectionality and Care Ethics in Researching the Far Right." *Feminist Media Studies* 24, no. 5 (2024): 1219–1224. <https://doi.org/10.1080/14680777.2023.2280884>.

Spicker, Paul. "Ethical Covert Research." *Sociology* 45, no. 1 (2011): 118–133. <https://doi.org/10.1177/0038038510387195>.

ANEXE

Anexa 1 - Colectare de date: FAZA 2 (apeluri telefonice pe baza unui scenariu)

Anexa 2 - Colectare de date: FAZA 2 (apeluri telefonice pe baza unui scenariu)

Anexa 3 - Cerere în baza Legii 544/2001

Anexa 4 - Cerere informații de interes public. În atenția departamentului Relații publice al Ministerului Sănătății

Anexa 5 - Cerere informații de interes public. În atenția Colegiului Director al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate

Anexa 6 - Cerere informații de interes public. În atenția Biroului Executiv al Colegiului Medicilor din România

Anexa 7 - Cerere informații de interes public. În atenția directorului general

Anexa 8 - Răspuns cerere SRPP 330 / 13.08.2025

Anexa 9 - Răspuns solicitare în baza Legii 544/2001

Colectare de date: FAZA 2 (apeluri telefonice pe baza unui scenariu)

Scenariul: sunt o femeie însărcinată care cere informații despre avort.

Informații despre mine - **pe care le dăm doar dacă suntem întrebate**: femeie de 25 de ani, prima sarcină, nu e o sarcină cu probleme.

primul avort, nu am alte boli cronice sau probleme de natură medicală de care să știu.

locuiesc într-un oraș din județul în care sun (de preferat nu reședința de județ, ci un oraș mai mic)

pentru **București**: puteți spune că sunteți din Ilfov (de exemplu: Voluntari, Popești-Leordeni, Chiajna)

Sarcina: 9 săptămâni.

dacă întreabă de ecografie:

pe ecografia făcută ieri scrie 8 săptămâni și 5 zile. nu o ai la îndemână, o poți aduce la doctor sau poți reveni cu alte informații (întreabă ce informații au nevoie de pe ecografie)

dacă întreabă de menstruație:

ultima menstruație a fost pe:

7 mai (**dacă suni luni**)

pe 8 mai (**dacă suni marți**)

pe 9 mai (**dacă suni miercuri**)

pe 10 mai (**dacă suni joi**)

pe 11 mai (**dacă suni vineri**)

Cum punem întrebările:

Ne prezentăm (putem să folosim prenumele propriu sau unul inventat).

Sunt însărcinată și aș vrea să fac avort. Pot să fac avort în spital la dumneavoastră?

Dacă DA:

Cât costă un avort?

Se face avort chirurgical?

Dar cu pastile? (am auzit că e mai ușor, că e mai puțin periculos, că e mai ieftin etc.)

Dacă da (da pastile): care e procedura? Trebuie să vin la cabinet să iau pastilele?

Dacă nu (nu pastile): de ce nu se face cu pastile? Pot să iau rețetă pentru pastile de la spital și să mi le cumpăr eu de la farmacie?

Aș vrea totuși să vă întreb:

Avortul chirurgical se face prin chiuretaj? Am auzit că e o metodă nouă mai ușoară...

Anestezia este parțială sau totală? Se poate face fără anestezie?

Ce mai trebuie să știu înainte de avort? Trebuie să aduc ceva?

Trebuie să vorbesc cu cineva înainte? Faceți ceva consiliere înainte sau după avort?

Dacă NU se face avort:

Chiar nimeni?

De ce nu?

Unde pot merge să fac un avort la cel mai apropiat spital public?

Dacă spune că trebuie să vii la spital, dar trebuie să vorbești cu un doctor (insistăm să primim cât mai multe informații):

Se face sigur avort? (ca să nu fac drumul degeaba, mi-e greu să mă deplasez)

Ce fel de avort? Cu medicamente sau chiuretaj?

Care e prețul Seunui avort?

Mai aveți alte informații/Trebuie să mai știu ceva înainte să mă programez?

Îmi puteți da un număr de telefon al unui doctor să îmi spună dacă poate sau nu să facă avort?

IMPORTANT!!!!

În primele două zile trecem prin toate spitalele (ideal în prima zi). Cerem operatorului inițial să ne facă legătura cu secția de ginecologie sau cu cineva de la ginecologie. Dacă nu există secție, să ne facă legătura la cabinetul de specialitate sau să ne dea ei informațiile. **Ideal sunăm în intervalul 09:00-14:00** (dacă nu e posibil să sunăm în acest interval, marcăm în excel când am sunat și colorăm rândul cu PORTOCALIU, și apoi va reveni cineva ulterior în intervalul de timp stabilit)

Convorbirile se înregistrează dar nu vor fi folosite pentru cercetare, de aceea este important să completați excel-ul cât mai repede după terminarea call-ului.

Dacă în orice scenariu întreabă de **programare**: spunem că revenim noi pentru programare după ce ne consultăm cu cineva/după ce ne mai gândim/ după ce vedem cum facem rost de bani/ după ce vorbim cu partenerul etc.

În primele două zile trecem prin toate spitalele (ideal în prima zi). Cerem operatorului inițial să ne facă legătura cu secția de ginecologie sau cu cineva de la ginecologie. Dacă nu există secție, să ne facă legătura la cabinetul de specialitate sau să ne dea ei informațiile.

Anunțăm toate cazurile unde nu avem răspuns după trei încercări pe grup și marcăm în excel. Fiecare spital va fi sunat de cel puțin trei ori dacă nu răspunde, iar dacă nu a răspuns după trei apeluri, îl marcăm cu ROȘU. Încercăm toate contactele.

În timpul conversațiilor, rămânem la următoarele reguli, pentru a putea obține date comparabile

1. Rămânem la întrebările formulate.
2. Nu intrăm în dispute, nu contrazicem / nu dăm lecții, chiar dacă răspunsurile sunt greșite. **Colectăm răspunsurile ca atare, și acestea reprezintă date foarte relevante pentru analiză.**
3. Dacă răspunsul interlocutorului ni se pare ofensator, jignitor: **numărăm până la 5 și încercăm să ne calmăm, revenind la grila de întrebări. Dacă nu putem să ducem conversația mai departe, mulțumim și închidem. Scriem pe grup și ne sfătuim împreună cum procedăm mai departe.**
4. Dacă ne confruntăm cu o situație / răspuns care nu a fost discutată în prealabil, pentru care nu suntem pregătite și nu știm cum să reacționăm, la fel, **este de preferat să închidem conversația și să nu improvizăm.**
5. La răspunsul "nu se dau informații telefonic" (cu varianta trebuie să veniți personal sau să vă programați), putem insista: **Vă rog frumos, nu sunt din localitate, îmi este greu să mă deplasez, m-ați ajuta foarte mult dacă mi-ați da aceste informații telefonic sau mi-ați spune unde să sun / unde pot să le găsesc. Sigur că pe urmă o să mă programez pentru consult, dar înainte trebuie să știu și eu dacă se poate, cât costă, în ce condiții.**
6. La răspunsul "vă dau telefonul medicului și puteți vorbi mai multe cu el": **puteți suna pe numărul privat, dar fără să înregistrați. notați imediat în excel răspunsurile.**

Colectare de date: FAZA 2 (apeluri telefonice pe baza unui scenariu)

Scenariul: sunt o femeie însărcinată care cere informații despre avort.

Informații despre mine: femeie de 25 de ani, prima sarcină, nu e o sarcină cu probleme.

primul avort, nu am alte boli cronice sau probleme de natură medicală de care să știu.

locuiesc într-un oraș din județul în care sun (de preferat nu reședința de județ, ci un oraș mai mic)

pentru **București**: din Ilfov (de exemplu: Voluntari, Popești-Leordeni, Chiajna)

Sarcina: 9 săptămâni.

dacă întreabă de ecografie:

pe ecografia făcută ieri scrie 8 săptămâni și 5 zile. nu o ai la îndemână, o poți aduce la doctor sau poți reveni cu alte informații (întreabă ce informații au nevoie de pe ecografie)

dacă întreabă de menstruație:

ultima menstruație a fost pe:

7 mai (**dacă suni luni**)

pe 8 mai (**dacă suni marți**)

pe 9 mai (**dacă suni miercuri**)

pe 10 mai (**dacă suni joi**)

pe 11 mai (**dacă suni vineri**)

Cum punem întrebările:

Ne prezentăm (putem să folosim prenumele propriu sau unul inventat).

Sunt însărcinată și aș vrea să fac avort. Pot să fac avort în spital la dumneavoastră?

Dacă DA:

Cât costă un avort?

Se face avort chirurgical?

Dar cu pastile? (am auzit că e mai ușor, că e mai puțin periculos, că e mai ieftin etc.)

Dacă da (da pastile): care e procedura? Trebuie să vin la cabinet să iau pastilele?

Dacă nu (nu pastile): de ce nu se face cu pastile? Pot să iau rețetă pentru pastile de la spital și să mi le cumpăr eu de la farmacie?

Aș vrea totuși să vă întreb:

Avortul chirurgical se face prin chiuretaj? Am auzit că e o metodă nouă mai ușoară...

Anestezia este parțială sau totală? Se poate face fără anestezie?

Ce mai trebuie să știu înainte de avort? Trebuie să aduc ceva?

Trebuie să vorbesc cu cineva înainte? Faceți ceva consiliere înainte sau după avort?

Dacă NU se face avort:

Chiar nimeni?

De ce nu?

Unde pot merge să fac un avort la cel mai apropiat spital public?

Dacă spune că trebuie să vii la spital, dar trebuie să vorbești cu un doctor (insistăm să primim cât mai multe informații):

Se face sigur avort? (ca să nu fac drumul degeaba, mi-e greu să mă deplasez)

Ce fel de avort? Cu medicamente sau chiuretaj?

Care e prețul Seunui avort?

Mai aveți alte informații/Trebuie să mai știu ceva înainte să mă programez?

Îmi puteți da un număr de telefon al unui doctor să îmi spună dacă poate sau nu să facă avort?

IMPORTANT!!!!

În primele două zile trecem prin toate spitalele (ideal în prima zi). Cerem operatorului inițial să ne facă legătura cu secția de ginecologie sau cu cineva de la ginecologie. Dacă nu există secție, să ne facă legătura la cabinetul de specialitate sau să ne dea ei informațiile. **Ideal sunăm în intervalul 09:00-14:00** (dacă nu e posibil să sunăm în acest interval, marcăm în excel când am sunat și colorăm rândul cu PORTOCALIU, și apoi va reveni cineva ulterior în intervalul de timp stabilit)

Convorbirile se înregistrează dar nu vor fi folosite pentru cercetare, de aceea este important să completați excel-ul cât mai repede după terminarea call-ului.

Dacă în orice scenariu întreabă de **programare**: spunem că revenim noi pentru programare.

În primele două zile trecem prin toate spitalele (ideal în prima zi). Cerem operatorului inițial să ne facă legătura cu secția de ginecologie sau cu cineva de la ginecologie. Dacă nu există secție, să ne facă legătura la cabinetul de specialitate sau să ne dea ei informațiile.

Anunțăm toate cazurile unde nu avem răspuns după trei încercări pe grup și marcăm în excel. Fiecare spital va fi sunat de cel puțin trei ori dacă nu răspunde, iar dacă nu a răspuns după trei apeluri, îl marcăm cu ROȘU. Încercăm toate contactele.

În timpul conversațiilor, rămânem la următoarele reguli, pentru a putea obține date comparabile

1. Rămânem la întrebările formulate.
2. Nu intrăm în dispute, nu contrazicem / nu dăm lecții, chiar dacă răspunsurile sunt greșite. **Colectăm răspunsurile ca atare, și acestea reprezintă date foarte relevante pentru analiză.**
3. Dacă răspunsul interlocutorului ni se pare ofensator, jignitor: **numărăm până la 5 și încercăm să ne calmăm, revenind la grila de întrebări. Dacă nu putem să ducem conversația mai departe, mulțumim și închidem. Scriem pe grup și ne sfătuim împreună cum procedăm mai departe.**
4. Dacă ne confruntăm cu o situație / răspuns care nu a fost discutată în prealabil, pentru care nu suntem pregătite și nu știm cum să reacționăm, la fel, **este de preferat să închidem conversația și să nu improvizăm.**
5. La răspunsul "nu se dau informații telefonic" (cu varianta trebuie să veniți personal sau să vă programați), putem insista: **Vă rog frumos, nu sunt din localitate, îmi este greu să mă deplasez, m-ați ajuta foarte mult dacă mi-ați da aceste informații telefonic sau mi-ați spune unde să sun / unde pot să le găsesc. Sigur că pe urmă o să mă programez pentru consult, dar înainte trebuie să știu și eu dacă se poate, cât costă, în ce condiții.**
6. La răspunsul "vă dau telefonul medicului și puteți vorbi mai multe cu el": **puteți suna pe numărul privat, dar fără să înregistrați. notați imediat în excel răspunsurile.**

Cerere în baza Legii 544/2001

Subsemnata [REDACTED], posesoare a [REDACTED] numărul [REDACTED], în calitate de expertă în drepturi sexuale și reproductive în cadrul organizației Centrul FILIA, formulez prezenta cerere în baza legii 544/2001, datele făcând scopul unei cercetări. Vă rog să îmi oferiți răspunsul la următoarele întrebări și, în prealabil, un număr de înregistrare:

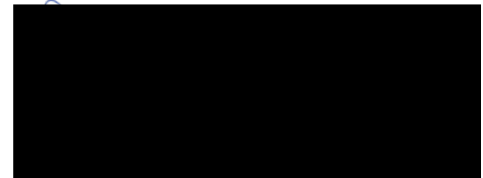
1. Ce număr de medici de obstetrică-ginecologie aveți în unitatea dvs. sanitară, angajați și colaboratori?
2. Ce număr de medici de obstetrică-ginecologie efectuează avorturi la cerere în unitatea dvs. sanitară?
3. Există medici de obstetrică ginecologie care refuză să efectueze avorturi la cerere în unitatea dvs. sanitară? Dacă da, care sunt motivele invocate?
4. Decizia de a nu se efectua avorturi la cerere în unitatea dvs. (dacă este cazul) aparține personalului medical sau conducerii spitalului? Dacă aparține conducerii spitalului, care este justificarea pentru care nu se mai efectuează întreruperi de sarcină la cerere?
5. Care este numărul de săptămâni până la care se poate face avort la cerere cu medicamente abortive în unitatea dvs. sanitară?
6. Care este numărul de săptămâni până la care se poate face avort chirurgical la cerere în unitatea dvs. Sanitară?
7. Realizează unitatea dvs. medicală întreruperi de sarcină la data înregistrării acestei cereri?
8. Care este prețul unui avort chirurgical la cerere în unitatea dvs. medicală?
9. Care este prețul unui avort medicamentos, ce include acest preț și câte vizite la ambulatoriu/spital presupune acesta?
10. Care este procedura privind anestezia în cazul unui avort la cerere?
11. În urma procedurii de avort se realizează în cadrul unității dvs. medicale consiliere de planificare familială post-avort? Cine furnizează această consiliere?
12. Există în prezent posibilitatea oferirii de contraceptive în mod gratuit în unitatea dvs. medicală sau a unui consult post-avort despre contracepție? Dacă da, ce metode de contracepție sunt oferite gratuit?
13. Aveți o procedură/un protocol pentru consultul în ambulatoriu/în spital pentru pacientele care se adresează unității sanitare în vederea unui avort la cerere? În caz afirmativ vă rugăm să ne comunicați în ce constă această procedură/acest protocol, atât pentru avortul chirurgical, cât și pentru cel medicamentos (pentru care s-au utilizat medicamente abortive).
14. Aveți o procedură/un protocol pe care trebuie să o urmeze medicul, respectiv unitatea sanitară atunci când medicul refuză o pacientă pentru efectuarea avortului la cerere? În caz afirmativ, vă rugăm să ne comunicați în ce constă această procedură/acest protocol?
15. Care e procedura/protocolul pentru persoanele între 16 și 18 ani care se adresează unității dvs. medicale pentru un avort la cerere?
16. Care este procedura/protocolul pentru victimele violenței sexuale atunci când vor să apeleze la avort?

17. Vă rog să ne transmiteți numărul avorturilor la cerere defalcăt pe luni, mediu(rural/urban) și grupa de vârstă a pacientei, realizate în 2023 și 2024.
18. Vă rog să ne transmiteți numărul avorturilor terapeutice defalcăt pe luni, mediu (rural/urban) și grupa de vârstă a pacientei, realizate în 2023 și 2024.
19. Vă rog să ne transmiteți numărul avorturilor provocate defalcăt pe luni, mediu (rural/urban) și grupa de vârstă a pacientei, realizate în 2023 și 2024.
20. Vă rog să ne transmiteți numărul avorturilor medicamentoase (pentru care s-au utilizat medicamente abortive) defalcăt pe luni și grupa de vârstă a pacientei, realizate în 2023 și 2024.
21. În cazul paciențelor cu sarcini mai mici de 24 de săptămâni de amenoree care ajung la spital cu un avort incomplet/ în desfășurare, se notează în foaia de observație o eventuală suspiciune de avort provocat?
22. Ați identificat în unitatea dumneavoastră medicală cazuri de avort empiric la domiciliu în perioada 2023-2024? Dacă da, câte, defalcate pe ani?
23. Ați afișat într-un loc public sau în mediul online informații cu privire la condițiile de oferire a serviciului medical de avort la cerere în unitatea dvs. medicală? Vă rugăm să ne puneți la dispoziție link-ul online, dacă este cazul, respectiv materialul informativ afișat sau numărul de telefon unde se pot obține informații. Dacă nu oferiți informații despre procedura de avort la cerere, vă rugăm să ne specificați motivul pentru care nu o faceți.

Data:

04.08.2025

Semnătura:



Cerere informații de interes public
În atenția departamentului Relații publice al Ministerului Sănătății,

Subsemnata [REDACTED], identificată prin [REDACTED], formulez prezenta cerere în calitate de membră a Centrului FILIA, conform Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public, cu modificările și completările ulterioare.

Doresc să primesc următoarele informații de interes public:

1. Vă rugăm să ne comunicați listele structurilor de ginecologie de Nivel 1a, de Nivel 1b, de Nivel 2 și de Nivel 3 din țară. Vă rugăm să ne comunicați dacă aceste liste sunt publicate și unde le poate găsi publicul larg.
2. În *Ordinul MS nr. 3368/2024 din 19 iunie 2024 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii de ierarhizare a structurilor de obstetrică-ginecologie, neonatologie și pediatrie care asigură servicii de terapie intensivă pentru nou-născuți și pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, Anexa 2*, se prevede că acordarea întreruperii sarcinii sub 12 săptămâni de gestație, la cerere, la paciente fără factori de risc medicali ca serviciu medical de sănătatea reproducerii este inclus între criteriile minime obligatorii de ierarhizare a structurilor de ginecologie de Nivel 1a și 1b. Instituția dumneavoastră a urmărit respectarea și punerea în aplicare a acestei prevederi normative? În caz afirmativ, vă rugăm să detaliați cum ați urmărit respectarea și punerea în aplicare a acestui criteriu și cu ce rezultate?
3. Aveți date privind numărul structurilor de ginecologie de Nivel 1a și 1b din totalul lor care îndeplinesc criteriul minim de mai sus? Vă rugăm să ne comunicați care sunt aceste structuri.
4. Aveți date privind numărul structurilor de ginecologie de Nivel 1a și 1b din totalul lor care nu îndeplinesc criteriul minim de mai sus? Vă rugăm să ne comunicați care sunt aceste structuri.
5. Ce măsuri ați luat cu privire la structurile de ginecologie de Nivel 1a și 1b care nu îndeplinesc criteriul minim de mai sus?
6. Care sunt consecințe legale posibile în situația în care o structură de ginecologie de Nivel 1a și 1b nu îndeplinește criteriul minim de a acorda întreruperea sarcinii sub 12 săptămâni de gestație, la cerere, la paciente fără factori de risc medicali ca serviciu medical de sănătatea reproducerii?
7. Vă rugăm să ne îndrumați unde se poate adresa o persoană care are cunoștință de faptul că o structură de ginecologie de Nivel 1a și 1b nu îndeplinește criteriul minim de a acorda întreruperea sarcinii sub 12 săptămâni de gestație, la cerere, la paciente fără factori de risc medicali ca serviciu medical de sănătatea reproducerii?

8. În temeiul Ordinului MS nr. 3368/2024, apreciați că structurile de ginecologie de Nivel 2 și de Nivel 3 sunt sau nu obligate să acorde întreruperea sarcinii sub 12 săptămâni de gestație, la cerere, la pacienți fără factori de risc medicali?

9. Vă rugăm să ne îndrumați dacă există la nivel legislativ și care este cadrul legal în vigoare ce reglementează refuzul cadrelor medicale de a efectua întreruperea sarcinii conform legii, la cerere, în cadrul structurilor de ginecologie abilitate?

10. Ați adoptat norme sau standarde cu privire la refuzul cadrelor medicale de a efectua întreruperea sarcinii conform legii, la cerere, în cadrul structurilor de ginecologie abilitate? În caz afirmativ, vă rugăm să ne puneți la dispoziție aceste norme sau standarde.

11. Care sunt instituțiile competente să urmărească modul în care se exercită refuzul cadrelor medicale de a efectua întreruperea sarcinii conform legii, la cerere, în cadrul structurilor de ginecologie abilitate?

12. Care sunt instituțiile competente care urmăresc modul în care este respectat ghidul clinic privind avortul medicamentos?

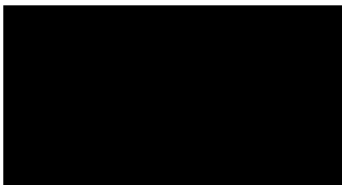
13. Vă rugăm să ne transmiteți ghidurile clinice cu privire la avortul chirurgical și avortul terapeutic. Dacă acestea nu există, vă rugăm să ne transmiteți care sunt standardele în vigoare în baza cărora se fac aceste proceduri medicale, respectiv data la care vor fi publice ghidurile clinice privind avortul chirurgical și avortul terapeutic.

14. Cum vă asigurați că standardele internaționale de sănătate publică ale OMS sunt respectate?

Vă rog să-mi transmiteți informațiile în format electronic la adresa cristina.praz@centrulfilia.ro. În cazul în care nu le dețineți în format electronic, vă rog să le transmiteți prin poșta la adresa Bd. Decebal, nr. 14, bl. S6, sc. 1, et. 6, ap. 23, sector 3, București.

Vă mulțumesc,
Cristina Praz

Data:
07.07.2025



Cerere informații de interes public

În atenția Colegiului Director al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate,

Subsemnata [REDACTED], identificată prin [REDACTED], formulez prezenta cerere în calitate de membră a Centrului FILIA, conform Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public, cu modificările și completările ulterioare.

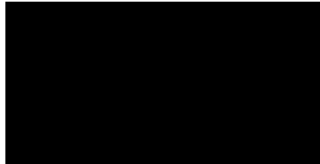
Doresc să primesc următoarele informații de interes public:

1. Ați elaborat standarde sau aveți cunoștință de astfel de standarde în vigoare în România, care să vizeze acordarea de servicii de sănătate în legătură cu avortul la cerere de către unitățile sanitare din România? În caz afirmativ, vă rugăm să ne puneți la dispoziție aceste standarde.
2. În *Ordinul MS nr. 3368/2024 din 19 iunie 2024 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii de ierarhizare a structurilor de obstetrică-ginecologie, neonatologie și pediatrie care asigură servicii de terapie intensivă pentru nou-născuți și pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, Anexa 2*, se prevede că acordarea întreruperii sarcinii sub 12 săptămâni de gestație, la cerere, la paciente fără factori de risc medicali ca serviciu medical de sănătatea reproducerii este inclus între criteriile minime obligatorii de ierarhizare a structurilor de ginecologie de Nivel 1a și 1b. Instituția dumneavoastră are în vedere acest criteriu la evaluarea, verificarea, acreditarea unităților sanitare respective? În caz afirmativ, vă rugăm să detaliați cum se regăsește acest criteriu în activitatea instituției dumneavoastră?
3. Sunt corelate standardele ANMCS cu ghidul clinic privind avortul medicamentos? Dacă da, cum este ghidul integrat în procesul de acreditare și în standardele ANMCS pentru categoriile de spitale care trebuie să ofere servicii de avort la cerere?
4. Cum este integrată prevederea legală conform căreia adolescenții între 16 și 18 ani pot beneficia de asistență medicală fără acordul părinților în ceea ce privește deciziile ce țin de sănătatea reproductivă? Este această prevedere monitorizată și integrată în standardele ANMCS?
5. Cum este monitorizată și implementată calitatea actului medical prin asigurarea accesului la medicamente abortive și la cele mai noi metode de avort chirurgical (aspirația electrică sau manuală cu vacuum)?
6. Cum este reglementat refuzul asistenței medicale în conformitate cu standardele ANMCS, cum sunt monitorizate aceste situații și sancționate instanțele abuzive de refuz?

Vă rog să-mi transmiteți informațiile în format electronic la adresa cristina.praz@centrulfilia.ro.
În cazul în care nu le dețineți în format electronic, vă rog să le transmiteți prin poșta la adresa
Bd. Decebal, nr. 14, bl. S6, sc. 1, et. 6, ap. 23, sector 3, București.

Vă mulțumesc,
Cristina Praz

Data:
07.07.2025



Cerere informații de interes public
În atenția Biroului Executiv al Colegiului Medicilor din România,

Subsemnata [REDACTED], identificată prin [REDACTED] formulez prezenta cerere în calitate de membră a Centrului FILIA, conform Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public, cu modificările și completările ulterioare.

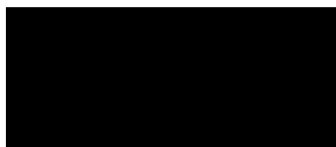
Doresc să primesc următoarele informații de interes public:

1. Vă rugăm să ne transmiteți Codul Deontologic în vigoare al CMR.
2. Cum sunt monitorizate instanțele de refuz a asistenței medicale în cazurile de avort la cerere? Este personalul medical obligat în aceste instanțe să refere pacienta către cel mai apropiat specialist care poate asigura accesul la această procedură medicală?
3. Cum sunt monitorizate și documentate situațiile de referire survenite în urma unei instanțe de refuz a asistenței medicale?
4. Care sunt sancțiunile îndreptate împotriva personalului medical care nu referă pacienta către un specialist care poate asigura asistența medicală în urma unui refuz?
5. Câți medici au fost sancționați pentru că au refuzat abuziv accesul la asistență medicală a unui pacient? Câte sancțiuni au fost aplicate după ce refuzul a survenit în urma unei cereri de avort?

Vă rog să-mi transmiteți informațiile în format electronic la adresa [REDACTED]
În cazul în care nu le dețineți în format electronic, vă rog să le transmiteți prin poșta la adresa Bd. [REDACTED]

Vă mulțumesc,
Cristina Praz

Data:
07.07.2025



Cerere informații de interes public
În atenția directorului general,

Subsemnata [REDACTED], identificată prin [REDACTED] formulez prezenta cerere în calitate de membră a Centrului FILIA, conform Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public, cu modificările și completările ulterioare.

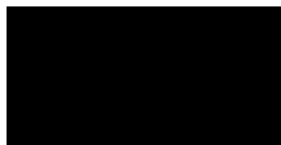
Doresc să primesc următoarele informații de interes public:

1. Numărul întreruperilor de sarcină la cerere realizate în 2025, defalcat pe județe și grupe de vârstă;
2. Numărul întreruperilor de sarcină provocate realizate în 2025, defalcat pe județe și grupe de vârstă;
3. Numărul întreruperilor de sarcină terapeutice realizate în 2025, defalcat pe județe și grupe de vârstă;
4. Numărul întreruperilor de sarcină la cerere realizate în unități medicale private (clinici, spitale, cabinete medicale) în 2025, defalcat pe județe și grupe de vârstă;
5. Numărul întreruperilor de sarcină la cerere realizate în unități medicale de stat, defalcat pe spitale, în 2025;
6. Numărul avorturilor medicamentoase, a avorturilor realizate prin aspirație manuală cu vacuum și a chiuretajelor, realizate în 2025;
7. Rata mortalității materne, în perioada 2024-2025 (avort, risc obstetrical direct și indirect, total), defalcat pe grupe de vârstă;
8. Numărul deceselor materne în perioada 2024--2025 (avort, risc obstetrical direct și indirect, total), defalcat pe grupe de vârstă.

Vă rog să-mi transmiteți informațiile în format electronic la adresa [REDACTED]
În cazul în care nu le dețineți în format electronic, vă rog să le transmiteți prin poșta la adresa Bd. [REDACTED]

Vă mulțumesc,
Cristina Praz

Data:
03.02.2026



Bună ziua,

Referitor la cererea nr. SRPP 330 / 13.08.2025. Vă rugăm să ne trimiteți răspunsul la cererea transmisă de noi într-un format care să conțină semnătură, și care să includă completări ce țin de următoarele aspecte (completări ce intră sub incidența legii 544/2001):

1. Vă rugăm să ne puneți la dispoziție următoarele documente: Ordinul Ministrului Sănătății Nr. 605 din 27.12.1989, Ordinul Ministrului Sănătății Nr. 619 din 10.05.1991 și Ordinul Ministrului Sănătății Nr. 206 din 17.02.1997, deoarece nu le-am putut găsi în domeniul public.
2. Vă rugăm să ne comunicați dacă ordinele de ministru de mai sus mai sunt în vigoare. Dacă nu mai sunt în vigoare, vă rugăm să ne comunicați actele normative prin care au fost abrogate.
3. Vă rugăm să ne comunicați dacă a fost aprobat vreodată documentul „Standarde și recomandări de practică pentru efectuarea întreruperii electiv de sarcină”, elaborat de Ministerul Sănătății și Familiei, Colegiul Medicilor din România și Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România, iunie 2003. În caz afirmativ, vă rugăm să ne puneți la dispoziție actul normativ prin care a fost aprobat.
4. În răspunsul dvs. faceți referire la faptul că nici medicii individual, nici spitalele cu secții de ginecologie nu au acoperite în asigurarea de malpraxis serviciul medical de avort la cerere, vă rugăm să ne comunicați dacă exista un impediment legal pentru care acest serviciu nu este acoperit de asigurare și să ne indicați exact articolul de lege unde este prevăzut acesta. Transmitem atașată mai multe oferte ale Asiguratorilor, care nu exclud avortul la cerere dintre procedurile acoperite, respectiv oferă despăgubiri parțiale (nu acoperă daune morale, dar acoperă daune materiale).
5. Pornind de la această incongruență, vă rugăm să ne transmiteți dacă Ministerul Sănătății consideră că avortul la cerere este un tip de procedură la cerere asimilată altor tipuri de proceduri la cerere sau dacă considerați că este un act medical necesar, care trebuie asigurat în condiții de siguranță (în timp util, fără ca pacienta să fie supusă unei forme de violență ginecologică, folosind cele mai recente mijloace și respectând întru totul dreptul la autonomie corporală)
6. În răspunsul dvs. faceți referire la clauza de conștiință, reglementată de Codul Deontologic al Colegiului Medicilor. Cum vă asigurați că aceasta nu este folosită abuziv și nu încalcă recomandările [Comitetului ONU pentru Drepturile Omului](#), [Comitetul](#)

[pentru drepturile economice, sociale și culturale al Organizației Națiunilor Unite](#) și [Decizia CEDO Grimmek v. Sweden \(11.2.2020\)](#)? Care sunt sancțiunile care survin în urma folosirii abuzive a clauzei de conștiință?

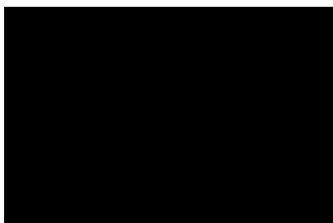
7. În lipsa unui ghid clinic național, cum se asigură Ministerul Sănătății că sunt respectate cele mai înalte standarde de calitate în oferirea serviciilor de avort la cerere, respectiv [recomandările Organizației Mondiale a Sănătății](#)?

8. Cum asigură Ministerul Sănătății că adolescenții care au împlinit vârsta de 16 ani au acces la servicii de avort la cerere, conform legii (legea 95/2006, articolul 661 lit. b). Ce face Ministerul pentru a se asigura că personalul medical este informat cu privire la această prevedere și care sunt sancțiunile impuse pentru nerespectarea acestui drept?

9. Este avortul decontat pentru supraviețuitoarele violenței sexuale? În ce condiții? Victimele violului pot apela la servicii de avort oferite gratuit? Ce măsuri a luat Ministerului Sănătății pentru a asigura accesul la servicii de avort și contracepție pentru supraviețuitoarele violenței sexuale?

Această cerere a fost redactată în interesul îmbunătățirii accesului la servicii de sănătate reproductivă și sexuală de către Cristina Praz, identificată prin CI seria RZ nr. 091957.

Cu stimă,
Cristina Praz
Centrul FILIA



MINISTERUL SANATATII

O R D I N

privind retragerea unor acte emise de Ministerul Sănătății referitoare la întreruperea cursului sarcinii

Ministrul Sănătății;

In executarea prevederilor Legii din 26 decembrie 1989 emisă de Consiliul Frontului Salvării Naționale a României privind abrogarea unor legi și a altor acte normative contrarii principiilor fundamentale de democratizare a țării;

In temeiul Legii nr.3/1978 privind asigurarea sănătății populației și a Decretului nr.452/1969 cu modificările ulterioare emite următorul

O R D I N :

1. Instrucțiunile nr.27/din 17 ianuarie 1974 privind aplicarea Decretului nr.770/1966 pentru reglementarea întreruperii cursului sarcinii, pentru rezolvarea avortului incomplet și îmbunătățirea asistenței medicale de obstetrică-ginecologie publicate în Buletinul Ministerului Sănătății nr.2/1974, precum și toate indicațiile Ministerului Sănătății în această materie cuprinse în adrese cu caracter circular și încetează aplicarea pe data prezentului Ordin.

Pe aceeași dată se abrogă următoarele acte emise de Ministerul Sănătății :

a) Anexele nr.1 și 2 la Ordinul ministrului sănătății nr.473/9 decembrie 1983 modificat prin Ordinul ministrului

sănătății nr.356/6 octombrie 1986 pentru aprobarea unor norme tehnice privind îmbunătățirea asistenței medicale a femeii gravide , publicat în buletinul Ministerului Sănătății nr.1/1987;

b) Ordinul ministrului sănătății nr.300/18 august 1986 privind interzicerea, folosirii sterilizării chirurgicale prin ligatura trompelor și a utilizării steriletului

2. În conformitate cu prevederile articolului 10 din Decretul nr.246/1958 privind reglementarea acordării asistenței medicale și a medicamentului, pentru întreruperile de sarcină efectuate la cererea femeii însărcinate se plătește o taxă de 30 lei, prevăzută în tariful stabilit de Ministerul Sănătății prin Ordinul nr.1005/1958, anexa nr.5.

3. Direcția asistenței medicale - Ocrotirea mamei, copilului și tineretului și Direcția plan-finanțe din Ministerul Sănătății, direcțiile sanitare județene și a municipiului București, precum și ministerele cu rețea sanitară proprie vor aduce la îndeplinire dispozițiile prezentului Ordin.

M I N I S T R U,


Victor Ciobanu

Nr. 605
din 27. XII. 1989

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
OFICIUL JURIDIC
V I Z A T
Consilier juridic
IOAN PRUNC


O R D I N Nr. 206/17.02.1997

privind modificarea tarifelor la prestații medicale acordate,
cu plată, la cerere, cetățenilor români

MINISTRUL SANATATII,

Văzând Referatul Direcției strategie, dezvoltare și
management nr.XI/B/*ST. 1.4./1535/1997*;

În temeiul H.G.R. nr.460/1994 cu modificările ulterioare
și a H.G.R.nr.532/1991 art.12, privind reglementarea asistenței
medicale cu plată în unitățile sanitare, emite următorul

O r d i n :

1.- Se majorează tarifele la prestațiile medicale acordate
cetățenilor români la cerere, cu plată, după cum urmează :

- indice de creștere maxim 1,5 pentru tarifele
prestațiilor medicale și prestațiilor balneare și fizioterapice ;
- tarifele de consultații în policlinici cu plată și
la domiciliul pacientului, cuprinse în Anexa nr.1 ;
- tarifele pentru certificatele medicale întocmite și
eliberate de unitățile sanitare sunt cuprinse în Anexa nr.2

2.- Tarifele pentru investigații radiologice, tomografie
computerizată și medicina nucleară se majorează cu indice 2. .

3.- Tarifele pentru întreruperea cursului normal al
sarcinii, la cererea femeii însărcinate și pentru introducerea de
sterilet, sunt cuprinse în Anexa nr.3, în care sunt prevăzute
și persoanele exceptate.

la Ordinul M.S.nr. 206/17.02.1977T A R I F E L E

consultațiilor practicate de policlinicile cu plată

	Policlinica	la domiciliu	Consultații	
		ziua noaptea	control	
			in policli-	
			nica	
Consultație primară acordată de academicieni, profesori și conferențieri, doctori în medicină și doctori docenți	15.000	18.000	20.000	14.000
Consultații primare acordate de medici primari	14.000	16.000	18.000	13.000
Consultații primare acordate de medici specialiști și alte cadre medicale cu pregătire superioară	13.000	15.000	17.000	12.000

la Ordinul M.S.nr. 206/4.02.1997T A R I F E

pentru unele certificate medicale întocmite și
eliberate de unitățile sanitare

Nr. cert.	TARIF	OBSERVATII
1. <u>Certificate medicale întocmite de unități sanitare</u>		
- Certificat medical prenuptial	15.000 lei	
- Certificat medical auto inițial	40.000 lei	
- Certificat medical auto periodic	30.000 lei	
- Certificat medical port-armă	80.000 lei	
- Certificat medical pentru angajare în străinătate	50.000 lei	la solicitarea țării respective se vor efectua și alte prestații medicale conform reglementărilor în vigoare
- Certificat medical adopțiune pentru cetățenii români	100.000 lei	
- Certificat medical adopțiune pentru cetățenii străini		900 \$ prin schimb valutar la organele bancare la cursul de schimb în care se face plata
- Certificat medical pentru emigrări în străinătate	100.000 lei	

4.- Anexele nr.1, 2 și 3 fac parte integrantă din prezentul Ordin.

5.- Tarifele sunt maxime și intră în vigoare pe data prezentului Ordin. Tarifele rezultate vor fi rotunjite la moneda devizionară existentă.

6.- Ordinul ministrului sănătății nr.751/29.VI.1993
se abrogă.

7.- Direcțiile din Ministerul Sănătății și unitățile subordonate Ministerului Sănătății, Direcțiile sanitare județene și a municipiului București, precum și ministerele cu rețea sanitară proprie, vor aduce la îndeplinire dispozițiile prezentului Ordin.

M I N I S T R U ,

Prof. Dr. Stefan Iosif Drăgulescu



206

17.02.1997

Antecedent
Fact,
Judicial

T A R I F E L E

întreruperii cursului normal al sarcinii și introducerii de sterilet

DENUMIREA PRESTATIEI		TARIF
		-lei-
1	2	3
1.	Intrerupere curs sarcină	60.000
2.	Introducere sterilet	10.000

Se exceptează de plata acestor prestații următoarele categorii :

Crt.	Categorii exceptate	Modalitatea de justificare
1.	Somere	Carnet de șomaj vizat la zi
2.	Studente și elevi la cursurile de zi	Carnet de student sau de elev vizat la zi
3.	Femei cu boli asociate sarcinii cărora evoluția sarcinii le pune viața în pericol	a/recomandarea din partea medicului specialist care supraveghează bolnava respectivă, vizată de medicul șef al secției respective b/avizul medicului șef de secție obstetrică-ginecologie din unitatea în care se efectuează întreruperea cursului sarcinii
4.	Femei care au născut 4 sau mai mulți copii	Prezentarea Certificatelor de naștere ale copiilor
5.	Unul din părinți suferă de o boală gravă care se transmite ereditar sau care determină malformații congenitale	a/ recomandare din partea medicului specialist care a diagnosticat boala respectivă și a medicului care a stabilit riscul genetic b/ avizul medicului șef de secție obstetrică-ginecologie din unitatea în care se efectuează întreruperea cursului sarcinii

TARIF

OBSERVATII

Eliberarea certificatelorintocmite la pct.I

- | | | |
|----------------------------|------------|---|
| - pentru cetățenii români | 10.000 lei | |
| - pentru cetățenii străini | 700 \$ | prin schimb valutar
la organele bancare
la cursul de schimb
în care se face
plata |

NOTA:

Tarifarea prestațiilor de la pct.I și II se va face
cumulat pe aceeași chitanță

Propunerea încurajează și activitatea Centrelor de planing familial, în atingerea scopului pentru care au fost create și în primul rînd pentru apărarea sănătății femeii. Tarifele stabilite fac obiectul Anexei 3 care cuprinde și exceptările de la plată.

Tarifele pentru investigații radiologice, tomografie computerizată și medicină nucleară se majorează cu indice 2.

Totodată se propune modificarea tarifelor pentru consultații primare și de control acordate în dispensarele-policlinici cu plată sau la domiciliul pacienților, atît ziua, cît și noaptea - Anexa nr.1.

Față de cele prezentate, în cazul că sunteți de acord, vă rugăm a semna alăturatul proiect de Ordin.


D I R E C T O R,


Dr.Stelian Nicolaescu

O R D I N
privind stabilirea tarifului pentru intreruperea
cursului sarcinii la cererea femeii însărcinate

Ministrul Sănătății;

În conformitate cu prevederile H.G.R. nr.1109/1990 și nr.239/1991 cu privire la etapa a doua de liberalizare a prețurilor, emite următorul

O R D I N :

1. Se stabilește tariful, care intră în vigoare pe data prezentului ordin, pentru prestația medicală:

- Intreruperea cursului sarcinii la cererea femeii însărcinate lei 500,00

Se exceptează de la prevederile alineatului precedent persoanele care dovedesc prin acte că sînt paupere, precum și acele persoane care au indicație medicală pentru intreruperea cursului sarcinii, conform prevederilor din anexa la prezentul ordin.

2. Prestația medicală cuprinsă în prezentul ordin se poate efectua în orice unitate sanitară spitalicească, ^{de profil} pacientele avînd posibilitatea să-și aleagă medicul preferat.

3. Direcția generală a asistenței medicale, Direcția generală a asistenței mamei, copilului și adolescentului, Direcția sinteze, informtizare, privatizare, juridic și relații cu publicul, Direcția bugetului sănătății și Direcția economică plan prognoze din Ministerul Sănătății, direcțiile sanitare județene și a municipiului București precum și ministerele cu rețea sanitară proprie vor aduce la îndeplinire prezentul ordin.

M I N I S T R U,

Dr. Bogdan Vălinescu

NR. 619.....

București 10...mai 1991

A. Anget

7.5.1991.

OFICIUL JURIDIC
VIZAT

Situații ce permit exceptarea
de la plata taxei de 500 lei
pentru întreruperea cursului
sarcinii

1. Femei paupere

2. Femei care au născut 4 sau
mai mulți copii

2. Femei cu boli asociate sau patologice a sarcinii cărora evoluția sarcinii le pune viața în pericol.

4. Unul din părinți suferă de o boală gravă care se transmite ereditar sau care determină malformații congenitale

5. Femei cu invalidități grave a/ fizice, psihice sau senzoriale a/

- a/ recomandare din partea medicului
specialist care a diagnosticat
boala respectivă și vizată de
medicul șef al secției respective
- b/ avizul medicului șef de secție
obstetrică-ginecologică din
unitatea în care se efectuează
întreruperea cursului sarcinii.

• / •

2.

6. Sarcina este urmare unui incest sau viol

- a/ certificat medico-legal
 - b/ avizul medicului șef secție obstetrică-ginecologie din unitatea în care se efectuează întreruperea cursului sarcinii.
-

În toate situațiile enumerate în anexă întreruperea cursului sarcinii se va face numai în condiții de spitalizare.

N O T A

Consiliul Frontului Salvării Naționale
a adoptat în ziua de 26 decembrie 1989 Legea privind abrogarea și
anularea legi și a altor acte normative total contrarii principi-
ilor fundamentale ale drepturilor omului și democratizării
vieții publice din țara noastră.

Între actele normative care au fost abrogate expres
prin această Lege, figurează și Decretul nr.770/1966 privind
reglementarea întreruperii cursului sarcinii.

Drept urmare se impune :

1. Abrogarea expresă a Instrucțiunilor nr.27/17 ianuarie
1974 privind aplicarea Decretului 770/1966 precum și a tuturor
ordinelor modificatoare și completatoare în problema respectivă.

2. Reînvierea aplicării textului articolului 10 din
Decretul nr.246/1958 privind reglementarea acordării asisten-
ței medicale și a medicamentelor, potrivit căruia pentru între-
ruperile de sarcină efectuate la cerere se stabilește o taxă
de 30 lei prevăzută prin Instrucțiunile ministrului sănătății
nr.1005/1958 de aplicare a Decretului nr.246/1958.

Alăturat prezentăm proiectul de Ordin întocmit în
acest sens, pe care vă rugăm a-l semna, dacă sînteți de acord
cu cele arătate.-

DIRECTOR ADJUNCT,

Dr. S. Nicolău

CONSILIER JURIDIC SEF,

Ioan Pruncu

27 decembrie 1989



AUTORITATEA NAȚIONALĂ
DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE



NR 2469/ANMCS/15.07.2025

Doamnei [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Stimată doamnă,

Ca răspuns la solicitarea dumneavoastră formulată în baza Legii nr. 544/2001, înregistrată cu nr. 2469ANMCS/07.07.2025, vă comunicăm următoarele:

Potrivit art. 4, alin. (1) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, "ANMCS este autoritatea de standardizare și evaluare imparțială a serviciilor de sănătate, de acreditare și monitorizare a unităților sanitare, independentă față de părțile interesate".

ANMCS nu are formulate standarde privind avortul la cerere.

Aspectele menționate în solicitarea dumneavoastră se circumscriu sferei de responsabilitate privind buna practică în desfășurarea actului medical, domeniu care excede competențelor instituției noastre. Acestea intră în atribuțiile organizațiilor profesionale medicale (precum Colegiul Medicilor din România, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România etc.), structuri abilitate să elaboreze și să supravegheze aplicarea ghidurilor și protocoalelor de practică profesională.

Totodată, elaborarea și coordonarea politicilor publice în domeniul sănătății revine Ministerului Sănătății, autoritatea centrală în acest domeniu, care stabilește reglementările generale privind organizarea și funcționarea serviciilor medicale.

Cu deosebită considerație,

**PREȘEDINTELE AUTORITĂȚII NAȚIONALE DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII ÎN
SĂNĂTATE**

Secretar de Stat

