

# SĂNĂTATEA O PROBLEMĂ A DREPTURILOR OMULUI

MIRCEA CIOCAN\*

## Abstract:

The right to health includes access to good quality and affordable health care services, as well as access to information on health issues. Public health system is the guarantee of quality of life and one of the most important political commitments that governments must assume to ensure high social standards of the population they represent.

The lack of a legal framework which should regulate minimum penalties for the state's interventions failure in social responsibility creates a disproportionate gap between this right in itself and its actual valorizing in the daily practice.

**Keywords:** right to health, human rights, health system, public services, resources, poverty

## Résumé:

Le droit à la santé inclut l'accès à une bonne qualité et des services de soins de santé abordables, ainsi que l'accès à l'information sur les questions de santé. Le système de santé publique est la garantie de la qualité de vie et l'un des engagements politiques les plus importantes que les gouvernements doivent assumer pour garantir des normes sociales élevées de la population qu'ils représentent.

L'absence d'un cadre juridique qui devrait régler peines minimales pour l'échec des interventions de l'État en matière de responsabilité sociale crée un écart disproportionné entre ce droit en lui-même et son valorisation réelle dans la pratique quotidienne.

**Mots-clés:** droit à la santé, droits de l'homme, système de santé, les services publics, les ressources, la pauvreté

Omul beneficiază de drepturi inerente tuturor ființelor umane, oriunde s-ar afla, indiferent de statul sau regiunea unde s-a născut, locuiește, lucrează sau trăiește, indiferent de naționalitate, rasă, sex, credințe religioase, filozofice sau politice, stare materială, deoarece aceste prerogative au un caracter universal, iar dreptul la o bună sănătate fiind unul dintre aceste drepturi fundamentale.

Societatea internațională, prin adoptarea la nivelul Organizației Națiunilor Unite și la nivel european a unor documente ce consacră principii ale protecției drepturilor omului, s-a angajat să impună o viziune coerentă, solidară și universală a acestora, corespunzătoare unui standard internațional general de protecție a lor.

Viziunea universală asupra drepturilor omului nu exclude, așadar, modele regionale de consacrare a acestora, iar Europa, revendicându-se ca și loc al nașterii teoriei drepturilor omului, a jucat, fără îndoială, un rol de pionierat în acest domeniu și și-a dezvoltat propriile instrumente de promovare și ocrotire a drepturilor și libertăților fundamentale.

Cuprinzând principii, mecanisme, proceduri ce țin de ordinea juridică internă, dar și de cea

internațională, instituția drepturilor omului prezintă un caracter bivalent, fiind în același timp o instituție de drept intern, integrată normelor constituționale, dar și o instituție de drept internațional, configurând trăsăturile unui principiu juridic aplicabil în relațiile dintre state.

Drepturile omului au un caracter politic.<sup>1</sup> Aceasta într-un sens larg, deoarece ele privesc viața cetății, reflectând gradul de democratism al oricărei societăți. Politic, apoi, deoarece înainte de a deveni realități juridice, ele au format deziderate, obiective ale unei lupte politice care a fost încununată de succes.

Dreptul la *cel mai înalt nivel de sănătate* înseamnă dreptul fiecărui individ la sănătatea propriu-zisă și cuprinde, pe lângă serviciile de sănătate oferite de către sistemul de sănătate, asigurarea condițiilor esențiale pentru o sănătate bună precum: apa curată, hrana adecvată, salubritate și adăpost. Acest drept include accesul la servicii de sănătate de bună calitate și accesibile ca preț, precum și accesul la informații referitoare la problemele de sănătate. Sistemul public de sănătate constituie garanția

<sup>1</sup> A se vedea Victor Dan Zlătescu, Irina Moroianu Zlătescu, *Repere pentru o filosofie a drepturilor omului*, IRDO, București, 2000.

\* Cercetător științific.

calității vieții și unul dintre cele mai importante angajamente politice pe care guvernările trebuie să și le asume pentru a asigura standarde sociale ridicate populației pe care o reprezintă.

Dreptul la viață al fiecărui cetățean este condiționat de starea sa de sănătate. Atunci când cetățenii nu-și pot permite accesul la serviciile de sănătate datorită costurilor acestora, *dreptul la viață*, așa cum este definit în articolul 3 din Declarația Universală a Drepturilor Omului („*orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea sa*”)<sup>2</sup>, devine un principiu lipsit de conținut. Cu alte cuvinte, dreptul la sănătate este stipulat, reglementat, recunoscut ca un drept fundamental, dar pentru exercitarea căruia este luată în considerare responsabilitatea individuală, fără referire la responsabilitatea socială pentru sănătate, neconținând nici modalitățile de protecție și nici aportul statelor în legătură cu acest lucru.<sup>3</sup>

Noțiunea de responsabilitate socială, ca factor de implicare al statelor în promovarea și protecția acestor drepturi apare în Declarația Universală asupra Bioeticii și Drepturilor Omului – UNESCO care subliniază importanța sănătății și a accesului la sănătate, întrucât aceasta „este esențială vieții înseși și trebuie să fie considerată un *bun social și uman*”. Potrivit acestui document, sistemele de îngrijiri de sănătate ar trebui să fie structurate și bazate tocmai pe respectarea acestor drepturi. Pentru a întări această responsabilitate, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) promovează conceptul de performanță a sistemului de sănătate, determinanți fiind factori precum starea de sănătate a populației, echitatea în ceea ce privește contribuțiile financiare și capacitatea de a răspunde nevoilor și așteptărilor populației.

De asemenea, determinanții considerați importanți pentru sănătate, alături de cei enumerați mai sus, sunt și: condițiile de viață, apa curată, hrana adecvată, salubritate și adăpost. Acestor factori le revine un rol mai important în determinismul lor asupra sănătății decât factorilor biologici sau sociali, lucru argumentat și de un studiu al OMS care arată că influența factorilor biologici este de 15%, iar cea a factorilor fizici de 10%.

Astfel privesc lucrurile, interdependența dintre asigurarea unei stări minime de sănătate

<sup>2</sup> Declarația universală a drepturilor omului adoptată și proclamată de către Adunarea generală a ONU la 10 dec 1945.

<sup>3</sup> A se vedea Cătălina Mihaela Vicol, *Dreptul la sănătate – între responsabilitate socială și individuală*, 27.09.2013, [www.medicinadefamilieiiasi.ro](http://www.medicinadefamilieiiasi.ro).

și garantarea efectivă a dreptului la sănătate obligă statul la intervenții de natură a combate sărăcia, de a promova o politică de protecție socială care să ducă la asigurarea condițiilor de viață la un minim standard, având aici în vedere inclusiv asigurarea unui mediu nepoluat.

Dreptul la sănătate atrage atenția asupra determinantilor economici și socio-culturali ai stării de sănătate și, în general, ai bunăstării. Astfel, devine mai clară legătura dintre sărăcie și boală și dintre dezvoltare și sistemele de sănătate publică<sup>4</sup>.

Alți autori subliniază că apelul la un drept la sănătate, deși nu ne ajută să rezolvăm problemele complexe de alocare, separă problema accesului la un nivel minim adecvat de îngrijiri de sănătate de impreviziunile pieței și de inechitățile izvorâte din inegală distribuire a veniturilor.<sup>5</sup>

Deoarece nu este precizat nici un cadru legal care să reglementeze sancțiuni pentru neasigurarea intervențiilor minime din partea statului în ceea ce înseamnă asumarea responsabilității sociale, observăm disproporția dintre dreptul în sine și valorificarea sa în practica de zi cu zi și anume: individul este responsabil pentru sănătatea sa, anulând componenta răspunderii sociale – altfel spus este vina individului pentru starea sa precară de nutriție sau igienă, este problema individului că nu are resursele materiale să-și urmeze dieta și tratamentul.

Pe de altă parte personalul medical este stigmatizat și tras la răspundere pentru toate problemele legate de deficiențele din sistem (lipsa medicamentelor, îngrădiri ale specialităților, dotarea cu aparatură, penuria de personal ori disfuncționalitățile în asigurarea unor îngrijiri impuse prin normele de contractare) și sancționat inclusiv de opinia publică căreia i se implementează această imagine de slabă competență profesională, ori rea voință de către decidenții care se degreveză astfel de rolul responsabilității sociale.

De aceea, statele și organizațiile internaționale create de ele, precum și organizațiile non-guvernamentale trebuie să

<sup>4</sup> A se vedea Benjamin Mason Meier & Ashley M. Fox, *Development as Health: Employing the Collective Right to Development to Achieve the Goals of the Individual Right to Health*, *Human Rights Quarterly* 30(2) (2008), pp. 259-355.

<sup>5</sup> A se vedea John D. Arras & Elisabeth M. Fenton, *Bioethics & Human Rights: Access to Health-Related Goods*, *The Hastings Center Report* 39 (5) (2009), pp. 27-38.

vegheze la respectarea normelor juridice, prin tehnici și metode adecvate pentru respectarea drepturilor și garantarea aplicării efective a acestora.

Tema sănătății publice este de strictă actualitate în prezentul context al crizei economice globale, deoarece criza resurselor financiare alocate sistemelor de sănătate, a generat profunde modificări ale sistemelor sanitare din Europa, iar în țara noastră elaborarea Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020 intitulată *Sănătate pentru Prosperitate* va genera probabil schimbări în actualul mod de organizare a sistemului sanitar.

Dacă încercăm să ne reprezentăm modalitatea în care sunt astăzi furnizate serviciile, vom vedea că în România, mare parte din serviciile de sănătate se acordă direct în spital, acest segment, după părerea specialiștilor care au elaborat Strategia Națională de Sănătate<sup>6</sup> 2014-2020 fiind mult hipertrofiat, pe când serviciile furnizate în comunitate sunt oferite într-un volum mult mai mic decât necesarul (ex. servicii de asigurarea sănătății mamei și copilului, servicii de îngrijiri la domiciliu pentru pacienții dependenți, servicii de monitorizare a pacienților cu diabet, etc).

Viziunea pentru perioada 2014-2020 este de a schimba modul în care sunt furnizate serviciile, în sensul de a asigura gradual acoperire mai mare a nevoilor de sănătate ale populației prin serviciile de la baza sistemului (servicii de asistență comunitară, servicii de asistență acordate de medicul de familie și de ambulatoriu de specialitate). Aceste tipuri de servicii trebuie să devină capabile să rezolve principalele nevoi legate de episoadele acute de îmbolnăvire precum și de monitorizare a pacienților cu principalele boli cronice: diabet zaharat, hipertensiune arterială, bronhopneumopatia obstructivă cronică ș.a. Recurgerea la serviciile spitalicești, care presupun automat un nivel crescut de costuri, trebuie să se facă în mod normal numai atunci când situațiile impun furnizarea de servicii de un nivel sporit de complexitate. Numai că prevenția unor episoade acute ale bolilor, precum și prevenirea recidivelor are succes atunci când nivelul de viață al populației este asigurat la un nivel minim, ceea ce nu este și cazul României.

România este una din țările europene cu cele mai înalte niveluri ale sărăciei. Aproximativ 42% din populația României prezintă risc de

<sup>6</sup> [http://www.ms.gov.ro/documente/Anexa1-Strategia\\_Nationala\\_de\\_Sanatare\\_886\\_1761.pdf](http://www.ms.gov.ro/documente/Anexa1-Strategia_Nationala_de_Sanatare_886_1761.pdf).

sărăcie și excluziune socială, nivel depășit în Uniunea Europeană doar de Bulgaria.<sup>7</sup> Rata sărăciei relative a atins 17,9% în 2011, după o evoluție relativ stabilă în 2009-2010<sup>8</sup>. În perioada de criză a crescut rata sărăciei absolute de la 4,4% în 2009 la 5% din populație în 2011. În anul 2011, 3,81 milioane de români se aflau sub pragul de sărăcie relativă și 1,08 milioane erau afectați de sărăcie severă. Rata sărăciei extreme a scăzut de la 0,9% la 0,6% în intervalul anilor 2010-2011. Sărăcia este mai pregnantă în mediul rural (risc de sărăcie de 3 ori mai mare), în anumite regiuni geografice (+23-25% în NE și SE), la lucrătorii pe cont propriu, inclusiv cei din agricultură (+ 38%), la femei, în gospodăriile cu copii dependenți mai ales cele cu 2-3 copii (aproape dublă), la copiii sub 15 ani (+43%) și la persoanele peste 65 ani (doar înainte de transferuri sociale). Notabil, grupuri populaționale cu risc important de sărăcie și excluziune socială în numeroase țări europene sunt și minoritățile etnice (roma), persoanele cu probleme de sănătate mintală și emigranții<sup>9</sup>. Familiile monoparentale și gospodăriile cu trei sau mai mulți copii au un risc de 1,5-2 ori mai mare de sărăcie. Gradul de deprivare materială a gospodăriilor cu 2-3 copii s-a accentuat substanțial în ultimii ani.

Sănătatea și funcționarea sistemului public de asistență medicală se numără printre preocupările principale și imediate ale cetățenilor, aceștia manifestându-și opțiunea privitoare la sistemul public de sănătate, iar politicienii au obligația de a ține cont de aceasta și de a veni cu soluții ca sistemul public de sănătate să asigure accesul tuturor la un serviciu medical de calitate.

În același timp, sistemul sanitar trebuie să corespundă așteptărilor populației, implicând respectul față de cetățean (autonomie și confidențialitate) și orientarea beneficiarului (servicii prompte și de calitate a dotărilor). Un alt obiectiv îl reprezintă finanțarea echitabilă, în care cheltuielile să reflecte capacitatea de plată, și nu neapărat riscul de îmbolnăvire.

Dar între cele două valori există o tensiune fundamentală, căci eficiența măsurată având în vedere raportul costuri-beneficii ignoră deliberat considerațiile de natură etică. Astfel că, și în acest domeniu al vieții sociale, s-a propagat repede ideea că atingerea idealului echității în alocarea

<sup>7</sup> Eurostat, AROPE, 2013.

<sup>8</sup> MMFSPV, Analiza datelor statistice privind indicatorii de incluziune socială din anul 2011.

<sup>9</sup> EHMA, The role of health care sector in tackling poverty and social exclusion in Europe, 2004.

resurselor medicale va fi sprijinită prin recunoașterea și susținerea unui drept la sănătate, fie conceput mai restrâns, în sensul de asigurare a unor servicii de sănătate, fie în sensul mai larg, cu referire la diferiți determinanți ai sănătății, printre care pot fi numiți, de exemplu, un mediu de trai sănătos sau asigurarea în alte domenii de activitate a unor bunuri și facilități ce favorizează o stare de sănătate sporită putem vorbi aici despre o educație sanogenă ori despre programe sociale de combatere a sărăciei. Argumentările care vin în favoarea dreptului la sănătate elaborate în ultimele patru decenii au alimentat speranța că o abordare ce pleacă de la recunoașterea dreptului propriu-zis ar putea sugera soluții viabile pentru problema alocării resurselor limitate în domeniul sănătății.<sup>10</sup> Totuși, afirmarea, recunoașterea și realizarea exigențelor acestui drept poate contribui pe căi specifice la apropierea de idealul echității în domeniul serviciilor de sănătate și, mai larg, în sfera tuturor acelor factori care influențează starea de sănătate. Ideea unui drept la un minim de decență al îngrijirilor medicale este baza morală pentru a apela la forța coercitivă a statului în asigurarea aceluși minim necesar.<sup>11</sup> În fine, o dată recunoscut acest drept minimal, pare de asemenea legitim să vorbim despre realizarea progresivă a unui drept la sănătate conceput mai larg.<sup>12</sup>

Dacă e să ne referim strict la sistemul de sănătate din România, trebuie să facem anumite considerații care au menirea de a completa tabloul realității.

Medicina progresa rapid, dar în același timp cresc și costurile. Atât medicamentele cât și aparatura medicală devin mereu mai scumpe. Simultan, starea de sănătate a populației nu conține să se degradeze. La aceasta contribuie atât procesul de îmbătrânire a populației, cât și creșterea stresului, a poluării și chimizarea alimentației. În plus, prevenția nu joacă nici pe departe rolul firesc pe care ar trebui să-l joace, nici din punctul de vedere al modului în care funcționează sistemul medical, nici din cel al deprinderilor noastre.

<sup>10</sup> A se vedea Bogdan Olaru, *Dreptul la ocrotirea sănătății, Implicații asupra alocării corecte a resurselor relevante pentru starea de sănătate*, Revista Sfera politicii nr.154.

<sup>11</sup> A se vedea Allen E. Buchanan, *The Right to a Decent Minimum of Health Care*, Philosophy & Public Affairs 13(1) (1984), pp 55-78.

<sup>12</sup> A se vedea Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly* (Cambridge: Cambridge University Press, 2008), p. 313.

La fel de adevărat este faptul că sistemul medical suferă de o cumplită subfinanțare. Dispoziția inegală a resurselor, investițiile în tehnologia de vârf făcute doar înspre marile centre medicale dispuse în aglomerările urbane, secondate de lipsa de preocupare a autorităților locale de a crea facilități pentru atragerea de specialiști în aceste localități condamnă spitalele de grad II, III și IV la imposibilitatea de a desfășura activitate medicală eficientă. Se pune aici problema de echitate a accesului la servicii de înaltă calitate pentru toți cetățenii acestei țări, pe de altă parte putem invoca nediscriminarea populației în materie de asigurare a dreptului la *cel mai înalt nivel de sănătate*.

O altă problemă majoră cu care se confruntă sistemul medical românesc o reprezintă migrația masivă a medicilor și asistentelor medicale, fenomen ce pune în pericol continuitatea asigurării serviciilor medicale.

Conform datelor Institutului Național de Statistică (INS), în perioada 2007 – 2012 (ultimul an pentru care sunt publicate informații) sistemul public de sănătate a înregistrat următoarele pierderi, pe categorii de personal: Medici – 780; Asistente medicale – 22.940; Moașe – 1.851; Personal sanitar auxiliar – 5.077.

Totodată, dacă ne raportăm la statele europene, situația deficitului de personal devine și mai evidentă citând statisticile Organizației Mondiale a Sănătății<sup>13</sup> - date la nivelul anului 2011. Astfel, în România:

– numărul de medici la 1.000 de locuitori este de 2,4;

– numărul de asistenți medicali și moașe la 1000 de locuitori este de 5,5.

În Germania:

– numărul de medici la 1.000 de locuitori este de 3,8;

– numărul de asistenți medicali și moașe la 1000 de locuitori este de 11,5.

În Elveția:

– numărul de medici la 1.000 de locuitori este de 3,9;

– numărul de asistenți medicali și moașe la 1000 de locuitori este de 17,4.

Efectele pe care le vedem astăzi sunt cumulative. În plus, tot mai multe voci ridică problema utilizării banilor din sănătate. Pe de o parte lipsa de transparență în privința sumelor colectate de către stat pentru funcționarea sistemului de sănătate publică are drept efect

<sup>13</sup> <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444> – Global Health Observatory Data Repository.

finanțarea sistemului pe principii discreționare.

Lipsa existenței unor fonduri private de sănătate care să facă posibilă asigurarea populației cu un venit mediu și înalt, pentru finanțarea sistemului privat de sănătate bine dezvoltat în ultimii ani, duce la scăderea bugetului afectat unităților publice în favoarea celor private. Din nou putem invoca problema echității accesului la servicii medicale deoarece sistemul public de sănătate ar trebui să fie finanțat din fondul public de sănătate iar sectorul serviciilor medicale private ar trebui să fie finanțate din fondurile asiguratorilor privați. Spitalele private percep un nivel înalt de coplată al serviciilor fiind practic beneficiari ai dublei finanțări pentru serviciile prestate, câtă vreme spitalele publice pot percepe doar o coplată aprobată prin lege, spre deosebire de furnizorii privați care au propriul lor tarifar.

Cu privire la coplată, se pune problema de ce un cetățean asigurat trebuie, în afară de contribuția procentuală la bugetul asigurărilor de sănătate, să mai contribuie cu o sumă de fiecare dată când apelează la un serviciu medical. În acest sens, considerăm că metoda coplății este menită să atragă o sursă nouă de finanțare, dar și să determine asiguratul să se gândească de doua ori înainte de a apela la medic. La noi există însă ideea că mecanismul riscă să taie accesul la serviciile medicale tocmai celor cu venituri mici. Iar problema suscită maxim interes câtă vreme structura morbidității populației din țara noastră are particularitățile sale specifice.

Ca urmare a faptului că pe de o parte în România ca și în majoritatea țărilor civilizate patologia modernă cauzată de stres, alimentație irațională și traume cauzate de accidente rutiere este tot mai complexă, necesitând medicație din ce în ce mai scumpă, pe de altă parte recrudescența unor boli ale sărăciei, specifice țărilor subdezvoltate cum ar fi TBC-ul, sifilisul și infecțiile bacteriene cu streptococ hemolitic (primele 3 clase) impun disponibilizarea unor resurse financiare tot mai importante pentru sectorul sanitar.

România are același profil epidemiologic ca mai toate țările industrializate, cu o prevalență scăzută a bolilor transmisibile, dar o creștere a bolilor cardiovasculare, a cancerului și a bolilor care pot fi prevenite legate de stilul de viață, provocate de cauze externe, inclusiv a violenței și a factorilor de mediu. Rata ridicată a mortalității din cauza bolilor cardiovasculare este de interes special. Factori importanți de risc sunt hipertensiunea arterială, fumatul,

colesterolul seric ridicat, indicele de masă corporală mare, consumul de alcool, o dietă săracă în fructe și legume, precum și lipsa activității fizice sunt estimate a fi cauzele principale pentru un procent ridicat de decese<sup>14</sup>.

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 își propune obiective ambițioase de reformă, anume să dezvolte noi servicii, precum cele comunitare de sănătate, mai bine conectate la nevoile grupurilor vulnerabile și dezavantajate pe domeniile esențiale pentru sănătatea publică, să întărească în paralel rolul altor servicii precum cele de medicină primară, de ambulator, a îngrijirilor folosite în special de persoanele vârstnice – ca răspuns anticipativ la provocările demografice așteptate, dar și să crească transversal calitatea și eficiența în sistem prin soluții care țin de investițiile în tehnologii de E-sănătate, resursă umană și infrastructură<sup>15</sup>.

Tocmai de aceea sunt cu atât mai importante gestionarea adecvată a programelor și intervențiile planificate, dar și monitorizarea și evaluarea cu analiza sistematică de parcurs a evoluției în implementarea măsurilor planificate, a atingerii rezultatelor pe termen mediu și a celor având ca orizont anul 2020.

Pe anumite domenii prioritare este extrem de necesară elaborarea unor *strategii și/sau planuri strategice sectoriale* conform nevoilor existente în România, dincolo de asumările sau obligațiile ce revin în context european, care de altfel nu pot decât potența strategia globală privind sectorul de sănătate.

În contextul planificatei descentralizării din sectorul de sănătate, care va aduce mai aproape de nevoile cetățeanului nu doar decizia și resursele, ci și responsabilitatea deciziei, un rol important va reveni și autorităților locale.

Considerăm că trebuie adusă mai aproape decizia și responsabilitatea nu doar de cetățean ci și de profesioniștii din domeniu, specialiști în sănătate publică și management, clinicieni, de reprezentanții asociațiilor profesionale și organizațiilor non-guvernamentale. De aceea, este de dorit implicarea acestora în grupuri de lucru și comitete funcționale de experți care să contribuie mai mult la definirea și implementarea politicilor sectoriale din sănătate și mai ales în monitorizarea și evaluarea performanței atinse.

<sup>14</sup> Nations Unies HRI/CORE/ROU/2011, Instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme rapport des États parties Roumanie, p. 5.

<sup>15</sup> [http://www.ms.gov.ro/documente/Anexa1-Strategia\\_Nationala\\_de\\_Sanatate\\_886\\_1761](http://www.ms.gov.ro/documente/Anexa1-Strategia_Nationala_de_Sanatate_886_1761).