

DREPTUL LA SĂNĂTATE AL PERSOANELOR VÂRSTNICE AFLATE ÎN ÎNGRIJIREA PE TERMEN LUNG

MARIUS MOCANU*

Abstract:

The right to health is closely linked and dependent on the exertion of other human rights, both civil and political, as well as economic, social and cultural. With reference to the typology of the obligations that states have in realizing the right to health (to respect, protect and fulfill this right), particular features of specific groups such as the elderly should be considered. It is important that an integrated care model combines elements of preventive, curative and rehabilitative health care at national level. In this respect, older persons should also have access, where appropriate, to professional age-specific services. At the same time, the process of providing health care to older persons in care centers should not violate their other rights. Medication and medical care must be seen not only as elements to prolong life but also to improve its quality.

Keywords: right to health, medical services, obligations, older persons, care centers

Résumé:

Le droit à la santé est étroitement lié et dépendant de la réalisation des autres droits de l'homme, tant civils et politiques qu'économiques, sociaux et culturels. Concernant la typologie des obligations des Etats dans la réalisation du droit à la santé (de respecter, de protéger et d'exercer ce droit) il faut tenir compte des particularités spécifiques des groupes vulnérables telles que les personnes âgées. Il est important de mettre en œuvre au niveau national un modèle intégré de soins qui devrait combiner des éléments de traitement préventif, curatif et de réhabilitation de leur santé. Dans ce sens, les personnes âgées doivent avoir accès, si nécessaire, à des services de spécialité spécifiques à leur âge. En même temps, le processus d'octroi de l'assistance médicale aux personnes âgées dans les centres de soins ne doit pas enfreindre les autres droits. La médication et les soins médicaux doivent être vus non seulement comme des éléments de prolongement de la vie mais aussi comme moyen d'améliorer la qualité de leur vie.

Mots-clés: droit à la santé, services médicaux, obligations, personnes âgées, centres de soins

Dreptul la sănătate, prevăzut într-o serie de tratate internaționale și regionale¹, este în general considerat ca făcând parte din categoria drepturilor economice, sociale și culturale. Acesta este strâns legat și dependent de realizarea celorlalte drepturi ale omului, atât civile și politice, precum dreptul la viață, la nediscriminare, interzicerea torturii, respectarea intimității, dreptul la informație, la libertatea de asociere, cât și economice, sociale și culturale, precum dreptul la hrană, la locuință, la muncă, la educație ș.a., fiind un bun exemplu al faptului că nu există o distincție clară între cele două categorii de drepturi.²

* Cercet. științific. E-mail: marius.mocanu@irdo.ro.

¹ Art.12 al Pactului internațional privind drepturile economice, sociale și culturale, art. 25 al Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități, art. 35 al Cartei Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene și art. 11 al Cartei Sociale Europene Revizuite.

² Potrivit profesorului Karel Vasak, cel care a pus bazele acestei teorii în 1979, drepturile omului se impart în trei generații de drepturi: cele economice, sociale și culturale reprezintă a doua generație, drepturile civile și politice reprezintă prima generație, iar dreptul la pace, dreptul la

un mediu sănătos, dreptul la dezvoltare durabilă formează a treia generație. Totodată există și păreri contrarii potrivit cărora istoria evoluției drepturilor omului la nivel național nu permite identificarea apariției diferitelor drepturi ale omului în etape distincte. Realizarea unui astfel de demers ar face necesară și distincția între drepturile civile și politice, iar acestea din urmă au fost acceptate ca drepturi ale omului mult mai târziu decât unele drepturi civile, în unele țări chiar mai târziu decât drepturile economice și sociale. A se vedea A. Eide, A. Rosas, (2001), „Economic, social and cultural rights: A universal challenge”, în A. Eide, C. Krause & A. Rosas (coord.), *Economic, social and cultural rights. A textbook*, ediția a 2-a, Dordrecht, Boston & London: Martinus Nijhoff Publishers, p. 4.

culturale.³ Potrivit acestei tipologii, recunoscută în literatura de specialitate și urmată de către CESC în practica sa consecventă și de către numeroase ONG-uri și instituții naționale pentru drepturile omului, există trei tipuri de obligații ce se impun statelor: de a respecta, de a proteja și de a îndeplini.

Ținând cont de această tipologie se poate observa faptul că *dreptul la sănătate nu conține numai obligații care trebuie „îndeplinite”, de a furniza sau de a facilita disponibilitatea serviciilor legate de sănătate, dar și obligații „de a respecta” și „de a proteja” sănătatea oamenilor. Faptul că obligațiile negative de „a respecta” sunt inerente dreptului la sănătate subliniază interdependența și caracterul interconectat al drepturilor economice, sociale și culturale cu drepturile civile și politice, deoarece se constată că nu numai drepturile civile și politice au această dimensiune „negativă”.*⁴

Cu privire la *obligația de a respecta*, Comitetul ONU pentru drepturile economice, sociale și culturale a subliniat faptul că această obligație se referă, în special, la interzicerea limitării de către state a accesului egal la servicii de sănătate preventive, curative și paliative pentru toate persoanele, inclusiv grupurile vulnerabile, persoanele vârstnice, persoanele cu dizabilități, solicitanții de azil și imigranții ilegali. De asemenea, se are în vedere și obligația de a se abține de la actele care afectează sănătatea oamenilor, cum ar fi activitățile care cauzează poluarea mediului.

Obligația de a proteja include, printre altele, obligația statelor de a adopta o legislație sau de a lua alte măsuri care să asigure un acces egal la servicii de sănătate, inclusiv cele furnizate de către terți; de a se asigura că privatizarea sectorului de sănătate nu constituie o amenințare pentru

³ A se vedea E. Riedel, G. Giacca și C. Golay (2014), „The Development of Economic, Social, and Cultural Rights in International Law”, E. Riedel, G. Giacca și C. Golay (coord.), în *Economic, Social, and Cultural Rights In International Law. Contemporary Issues and Challenges*, Oxford University Press, p. 18.

⁴ A se vedea B. Toebes (2001), „The right to health”, în A. Eide, C. Krause & A. Rosas (coord.), *Economic, social and cultural rights. A textbook*, ediția a 2-a, Dordrecht, Boston & London: Martinus Nijhoff Publishers,, p. 179.

disponibilitatea, accesibilitatea, acceptabilitatea și calitatea bunurilor și serviciilor de sănătate; și că practicienii din domeniul medical și alți profesioniști din domeniul sănătății respectă standardele adecvate de educație, competență și codurile de conduită etică.

Este important ca statele să adopte măsuri pentru a proteja toate grupurile vulnerabile sau marginalizate ale societății, în special femeile, copiii, adolescenții și persoanele în vârstă. Statele ar trebui, de asemenea, să se asigure că terții nu limitează accesul persoanelor la informații și servicii legate de sănătate.

Obligația de a îndeplini solicită un rol activ din partea statului, prin măsuri legislative, administrative, bugetare, judiciare sau de altă natură, dar și prin adoptarea unor politici de sănătate la nivel național.⁵ Statele trebuie să asigure furnizarea de servicii de sănătate, inclusiv programe de imunizare împotriva bolilor infecțioase majore și să asigure un acces egal pentru toți la determinanții de bază ai sănătății, cum ar fi alimente sigure și apă potabilă, servicii de salubritate și condiții adecvate de locuit.

Nu în ultimul rând statele trebuie să asigure formarea adecvată a medicilor și a altor cadre medicale, asigurarea unui număr suficient de spitale, clinici și alte facilități sanitare, precum și promovarea și susținerea înființării de instituții care să ofere consiliere și servicii de sănătate mintală, distribuite echitabil în întreaga țară.⁶

În ceea ce privește dreptul persoanele vârstnice de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și mintală, CESC a atras atenția atât asupra necesității adoptării unei strategii naționale privind sănătatea persoanelor în vârstă, cât și asupra obligațiilor statelor părți de a asigura disponibilitatea, accesibilitatea, acceptabilitatea și calitatea asistenței medicale pentru aceste persoane.⁷

Comitetul a mai clarificat faptul că dreptul persoanelor vârstnice la sănătate include dreptul fiecăruia de a-și controla propria sănătate și

⁵ CESC – Comentariul general nr. 14, par. 35.

⁶ A se vedea E. Riedel, G. Giacca și C. Golay, op. cit., pp. 18-20.

⁷ CESC – Comentariul general nr. 14, par. 36.

propriul corp, precum și dreptul de a nu suferi intervenții nedorite, de exemplu, un tratament medical neconsensual. Aceasta include, de asemenea, și dreptul la asistență medicală acordată la timp și în mod adecvat. În acest sens intervențiile în domeniul sănătății ar trebui să se bazeze pe controale periodice, iar măsurile fizice și psihologice ar trebui să vizeze menținerea funcționalității și autonomiei persoanelor în vârstă.

În plan național art. 34 din Constituție prevede că „dreptul la ocrotirea sănătății este garantat”. Astfel, statul este obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice. În interpretarea acestui articol se au în vedere, prin aplicarea art. 20 alin (1) al Constituției, prevederile art. 12 al Pactului internațional privind drepturile economice, sociale și culturale⁸, art. 25 al Convenției privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, art. 35 din Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene sau al art. 11 al Cartei Sociale Europene Revizuite.

După cum arată și literatura de specialitate, dreptul la ocrotirea sănătății nu este un drept fundamental absolut, precum este dreptul la viață. În acest sens exercitarea sa poate fi restrânsă în condițiile prevăzute de art. 53 din Constituție.⁹

În concordanță cu prevederile art. 34 alin. (2) din Constituție, statul are o serie de obligații constituționale de a lua măsuri: pentru asigurarea igienei publice, a sănătății publice, pentru organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale, pentru controlul exercitării profesiilor medicale și a celor paramedicale, precum și pentru protecția sănătății fizice și mintale a persoanei, care desigur sunt stabilite prin lege.¹⁰

Astfel, Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății¹¹ definește și precizează

⁸ CESC – Concluzii finale privind Olanda (E/C.12/NDL/CO/4-5), noiembrie 2010.

⁹ A se vedea I. Muraru, E. S. Tănăsescu (coord.) (2008), *Constituția României. Comentariu pe articole*, Ch. Beck, p. 319.

¹⁰ A se vedea M. E. Iancu, G. Iancu, „Unele aspecte referitoare la dreptul fundamental la sănătate”, în *Revista Drepturile Omului*, nr. 1/2015, IRDO, pp. 22-23.

¹¹ A se vedea G. Iancu, *Drept constituțional și instituții politice*, Ed. C. H. Beck, București, 2014, p. 272.

obligațiile constituționale și legale ale statului pentru garantarea dreptului prevăzut de art. 34 din Constituție.¹² Aceasta prezintă modul în care este organizată asistența medicală și sistemul de asigurări sociale de sănătate în România, sistem ce are la bază principiul contributivității.

Totodată, drepturile pacientului au fost reglementate prin Legea nr. 46/2003 care prevede că *acesta are dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale*. Această lege conferă pacientului o serie întreagă de drepturi precum dreptul de a refuza o intervenție medicală și de a îi fi explicate consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale¹³. De asemenea, în cazul în care se cere consimțământul reprezentantului legal, pacientul trebuie să fie implicat în procesul de luare a deciziei atât cât permite capacitatea lui de înțelegere.

Totuși, potrivit studiilor realizate, se constată că deși există norme de aplicare a acestei legi, ea nu este cunoscută de către pacienți, fie din ignoranță, fie din insuficienta informare a populației făcută de Ministerul Sănătății.¹⁴

De asemenea, Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap prevede că persoanele cu dizabilități, familiile acestora sau reprezentanții lor legali au dreptul la toate informațiile referitoare la diagnosticul medical și de recuperare, la serviciile și programele disponibile, în toate stadiile acestora, precum și la drepturile și obligațiile în domeniu. În România, persoanele cu dizabilități beneficiază de asistență medicală gratuită, inclusiv de medicamente gratuite, atât pentru tratamentul ambulatoriu, cât și pe timpul spitalizării, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.¹⁵

Potrivit legislației naționale, în centrele pentru vârstnici sunt asigurate atât servicii socio-medicale (care constau în: ajutor pentru

¹² Republicată în M. Of., partea I, nr. 652/2015.

¹³ A se vedea I. Muraru, E. S. Tănăsescu (coord.), op. cit., p. 320.

¹⁴ A se vedea art. 13 din Legea 46/2003 privind drepturile pacienților, publicată în M. Of., partea I, nr. 51/2003.

¹⁵ A se vedea O. Popescu (2009), *Sistemul de sănătate și drepturile sociale*, IRDO, București, p. 49.

menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale; asigurarea unor programe de ergoterapie; sprijin pentru realizarea igienei corporale) cât și servicii medicale (care constau în: consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată; servicii de îngrijire-infirmerie; asigurarea medicamentelor; asigurarea cu dispozitive medicale; precum și consultații și îngrijiri stomatologice).¹⁶ Conform Nomenclatorului pentru servicii sociale¹⁷, căminele pentru persoane vârstnice oferă servicii de îngrijire medicale curente asigurate de asistenți/asistente medicale precum și alte activități, după caz, de asistență medicală asigurată de medic geriatru, internist sau medic de familie, terapii de recuperare fizică/psihică/mintală.

Realizarea dreptului persoanelor vârstnice de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și mintală necesită o atenție deosebită în cadrul centrelor de îngrijire pentru vârstnici. Este important ca în procesul de oferire a asistenței medicale celelalte drepturi ale rezidenților să nu fie încălcate. Medicația și îngrijirea medicală trebuie văzute nu doar ca elemente pentru a prelungi viața, ci și pentru a contribui la îmbunătățirea calității acesteia. De asemenea, este important de reținut că îngrijirea medicală nu necesită întotdeauna administrarea unor medicamente, ea putând implica și restrângerea sau modificarea dietei sau mobilității persoanei. În consecință, acordarea unui tratament medical adecvat este important pentru menținerea dreptului la viață al beneficiarilor și asigurarea faptului că aceștia sunt capabili să participe efectiv la viața centrului, inclusiv la activitatea de zi cu zi și la viața socială și culturală.¹⁸

În cadrul proiectului „Drepturile persoanelor vârstnice și îngrijirea pe termen lung” (2015-

¹⁶ A se vedea I. M. Zlătescu (coord.) (2015), *Evoluția protecției și promovării drepturilor persoanelor cu dizabilități în România*, IRDO, București, p. 57.

¹⁷ Cheltuielile pentru servicii medicale, materiale sanitare, dispozitive medicale și medicamente sunt acoperite/suportate din fondurile și în condițiile prevăzute de reglementările privind asigurările sociale de sănătate.

¹⁸ Hotărârea nr. 867/2015 din 14 octombrie 2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a reglementelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale.

2017)¹⁹, coordonat de Rețeaua Europeană de Instituții Naționale pentru Drepturile Omului (ENNHRI), Institutul Român pentru Drepturile Omului a desfășurat activități de monitorizare în 8 centre de îngrijire pentru persoane vârstnice din România (6 din sistemul public și 2 din sistemul privat, 5 din mediul rural și 3 din mediul urban) fiind analizat modul în care sunt respectate o serie de drepturi, de importanță majoră pentru această categorie de persoane, printre care și dreptul de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate.

Cu privire la asigurarea accesului la un medic de familie²⁰ din cercetarea realizată de Institut s-a constatat că toate centrele vizitate au o formă de colaborare cu un medic de familie/cabinet de medicină de familie la care sunt înscriși rezidenții în momentul admiterii. Cu toate acestea posibilitatea reală de a opta pentru un anumit medic de familie există doar în mediul urban acolo unde sunt mai mulți furnizori de servicii medicale și unde beneficiarii care provin din localitatea în care se află centrul își pot păstra medicul lor de familie cu care au dezvoltat o anumită relație.

În schimb, mediul rural se confruntă cu un deficit de medici ceea ce duce adesea la existența unui singur medic care îngrijește de sănătatea locuitorilor din 2-3 sate, comune, uneori și mai multe.²¹ Cu toate acestea 2 centre din cele 5 vizitate în mediul rural au raportat o colaborare

¹⁹ A se vedea Northern Ireland Human Rights Commission (2012), *In Defence of Dignity. The Human Rights of Older People in Nursing Homes*, Belfast, p. 50.

²⁰ Proiectul a urmărit să determine o abordare din perspectiva drepturilor omului a îngrijirii persoanelor vârstnice în Europa, clarificarea standardelor internaționale și regionale aplicabile în domeniu și formularea de recomandări către factorii decidenți la nivel european pentru eficientizarea protecției acestor persoane, precum și creșterea gradului de recunoaștere a rolului instituțiilor naționale pentru drepturile omului în domeniu. A se vedea European Network of National Human Rights Institutions (2017), *The Human Rights of Older Persons in Long-term Care in Europe*, ENNHRI, http://www.ennhri.org/IMG/pdf/ennhri_hr_op_web.pdf.

²¹ Potrivit standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale cu cazare organizate ca centre rezidențiale destinate persoanelor vârstnice, centrul înscrie beneficiarii la un medic de familie sau facilitează accesul acestora la un cabinet de medicină de familie. De asemenea, atunci când în regulamentul de organizare și funcționare al centrului, sunt prevăzute servicii medicale furnizate de medici, centrul/furnizorul de servicii poate angaja un medic/medici

cu 2 medici generalişti cu care aveau contract de prestări servicii pentru program redus (1/2 de normă).

Personalul din centrele vizitate a raportat diferite tipuri de colaborare cu medicii de familie. Astfel, în patru centre medicii fac vizite săptămânale, după programul de la cabinet, și ori de câte ori sunt solicitați de către asistenții medicali. Rezidenții intervievați au confirmat faptul că medicul de familie vine în vizită la ei atunci când este solicitat. Pentru mai multe investigații primesc trimitere către spitalele din apropiere.²²

O situație aparte s-a constatat în cazul centrului privat pentru vârstnici cu afecțiuni somatice, afecțiuni neurologice, boli asociate și alte afecțiuni (auditiv, vizual), unde, datorită afecțiunilor lor, rezidenții beneficiază de un program de îngrijire și recuperare atent monitorizat de medici. Centrul colaborează cu doi medici de familie, un medic specialist psihiatru și un medic specialist neuropsihiatru, fiind zilnic un medic în centru.

Standardele internaționale din domeniul drepturilor omului subliniază necesitatea unei abordări integrate în îngrijirea persoanelor vârstnice, care să combine elemente de tratament preventiv, curativ și de reabilitare a sănătății acestora²³. În acest sens, persoanele vârstnice

specialiști sau poate încheia contracte de prestări servicii cu aceștia.

Pentru ca o persoană asigurată să poată beneficia de servicii medicale gratuite (trimitere către medicul specialist) și, totodată, de medicamente compensate, aceasta trebuie să fie înscrisă pe lista unui medic de familie care are contract cu casa de asigurări de sănătate. Potrivit art. X din Contractul cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014– 2015. Pacienții au dreptul să aleagă furnizorul de servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se asigura, în condițiile prezentei legi și a contractului-cadru. De asemenea, au dreptul să fie înscrși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, dacă îndeplinesc toate condițiile prezentei legi, suportând cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate.

²² A se vedea Consiliul National al Persoanelor Vârstnice (2015), *Problematika vârstnicilor din mediul rural*, București, p. 30.

²³ Într-un centru public vizitat în mediul rural exista o colaborare cu medicul din comuna de care aparține localitatea în care se află Centrul (la 10km distanță). Era o colaborare mai mult din perspectiva asigurării rețetelor compensate pentru beneficiari, medicul ne făcând vizite la

trebuie să aibă acces atunci când este nevoie și la alți medicii de diferite specialități: psihiatru, geriatru, stomatolog, ginecolog etc.

Astfel, studiul realizat de Institut a arătat faptul că accesul la un medic geriatru este practic inexistent în toate centrele vizitate, pornind de la lipsa acestuia din echipa multidisciplinară care evaluează persoanele vârstnice la admiterea lor în centru și apoi periodic²⁴ și până la lipsa acestuia din spitalele la care sunt trimiși rezidenții pentru diferite analize.

Cu privire la accesul la servicii de psihiatrie, majoritatea centrelor publice asigură, prin intermediul Direcțiilor în subordinea cărora se află, accesul la un specialist. Acesta fie este adus în centru pentru a evalua/reevalua rezidenții la un anumit interval de timp (unele centre au raportat reevaluări la interval de o lună altele nu au dat un interval de timp clar), fie rezidenții sunt trimiși la cabinetul acestuia atunci când intervin schimbări în comportamentul lor și li se modifică tratamentul.

Toate centrele vizitate, publice și private, au raportat că atunci când apar modificări de comportament sunt trimiși la specialist.

Conform standardelor minime de calitate, un centru rezidențial trebuie să asigure programe de recuperare/reabilitare în scopul menținerii sau ameliorării autonomiei funcționale a beneficiarului. Accesul la servicii de fizioterapie și kinetoterapie, care ar putea avea un rol important în recuperarea beneficiarilor, este realizat în mod diferit. Astfel, din cele 6 centre publice pentru persoane vârstnice vizitate, 4 oferă, prin intermediul DGASPC-ului în subordinea cărora sunt, accesul la astfel de servicii organizate în cadrul unor centre de recuperare. Accesul se face în funcție de programări și liste de așteptare, în unele centre numărul celor care ajung să beneficieze în mod real fiind relativ mic. Un singur centru dispunea de un cabinet dotat pentru

centru pentru a vedea pacienții. Pentru orice fel de problemă care depășea nivelul de pregătire al asistentelor era chemată ambulanța, localitatea fiind situată la aproximativ 30-40 km de cel mai apropiat spital. Rezidenții intervievați au confirmat faptul că nu fuseseră vizitați de medic de câteva luni. În același timp personalul de specialitate consideră ca nu este necesară prezența unui medic permanent în centru.

²⁴ CESC – Comentariul general nr. 6.

astfel de servicii, rezidenții confirmând utilizarea acestor servicii. De asemenea, doar într-un singur centru public vizitat beneficiarii nu aveau acces la astfel de servicii.

Centrele private vizitate asigură la sediul lor accesul la astfel de servicii pentru persoanele vârstnice aflate în îngrijirea lor. Acest lucru se realizează fie prin intermediul voluntariatului unor specialiști în domeniu, a colaborării cu o facultate de profil prin asigurarea practicii pentru studenți, fie printr-o colaborare de natură financiară cu un specialist.

Finanțarea limitată și acoperirea necorespunzătoare a nevoilor specifice îngrijirii pe termen lung au impact asupra protecției drepturilor persoanelor vârstnice aflate în centrele de îngrijire. Lipsa personalului din centre poate avea implicații pentru asigurarea îndeplinirii sarcinilor de îngrijire personală. Aceasta, la rândul său, poate avea implicații asupra igienei generale și a sănătății acestora. De asemenea, lipsa specialiștilor (asistenți sociali, medici geriatri), care ar trebui să evalueze persoanele vârstnice inițial și periodic și să facă recomandări pentru întocmirea planului individual de intervenție reprezintă o problemă cu care se confruntă sistemul de asistență socio-medicală pentru persoane vârstnice. Totodată, se constată că la nivel național repartizarea furnizorilor este inegală, oferta de servicii fiind mult mai redusă pentru localitățile mici și pentru cele rurale, în care sunt active doar organizațiile neguvernamentale, iar instituțiile publice oferă puține servicii de îngrijire pentru vârstnici.

Bibliografie:

- Consiliul National al Persoanelor Vârstnice (2014), *Calitatea vieții persoanelor vârstnice din România*, București;
- Consiliul National al Persoanelor Vârstnice (2015), *Asistența socială a persoanelor vârstnice*, București;

- Eide A., Rosas A. (2001), „Economic, social and cultural rights: A universal challenge”, în Eide A., Krause C. & Rosas A. (coord.), *Economic, social and cultural rights. A textbook*, ediția a 2-a, Dordrecht, Boston & London: Martinus Nijhoff Publishers;
- European Network of National Human Rights Institutions (2017), *The Human Rights of Older Persons in Long-term Care in Europe*, ENNHRI;
- Iancu G. (2014), *Drept constituțional și instituții politice*, Ed. C. H. Beck, București;
- Iancu M. E., Iancu G., „Unele aspect referitoare la dreptul fundamental la sănătate”, în *Revista Drepturile Omului*, nr. 1/2015, IRDO;
- Muraru I., Tănăsescu E. S. (coord.) (2008), *Constituția României. Comentariu pe articole*, Ch Beck, București;
- Northern Ireland Human Rights Commission (2012), *In Defence of Dignity. The Human Rights of Older People in Nursing Homes*, Belfast;
- Popescu O. (2009), *Sistemul de sănătate și drepturile sociale*, IRDO, București.
- Riedel E., Giacca G. și Golay C. (2014), „The Development of Economic, Social, and Cultural Rights in International Law”, în Riedel E., Giacca G. și Golay C. (coord.), în *Economic, Social, and Cultural Rights In International Law. Contemporary Issues and Challenges*, Oxford University Press;
- Toebe B. (2001), „The right to health”, în Eide A., Krause C. & Rosas A. (coord.), *Economic, social and cultural rights. A textbook*. ediția a 2-a, Dordrecht, Boston & London: Martinus Nijhoff Publishers;
- Zlătescu M. I. (coord.) (2015), *Evoluția protecției și promovării drepturilor persoanelor cu dizabilități în România*, IRDO, București.