

**RAPORT  
LA ADUNAREA  
GENERALĂ  
A COLEGIULUI  
MEDICILOR  
DIN ROMÂNIA**

**BUCUREȘTI, 25-26 MARTIE 2010**

**RAPORT**

**LA ADUNAREA GENERALĂ A**

**COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA**

**București, 25-26 martie 2010**



# **RESPONSABILITATEA SOCIALĂ ȘI INDIVIDUALĂ PENTRU SĂNĂTATE ÎN SISTEMUL SANITAR ROMÂNESC**

**- Raport CMR -**

**2010**

## **Autori**

Prof. Dr. Vasile Astărăstoe – Președintele Colegiului Medicilor din România

Dr. Liviu Oprea, Master Bioetica Case Western Reserve University, SUA, Doctorand în Sănătate Publică, University of Adelaide, Australia

Dr. Mihaela Cătălina Vicol, Master bioetică, UMF Iași, Doctorand Bioetică UMF Iași

## **Au colaborat:**

Prof. Dr. Vlad Tica, Vicepreședinte CMR

Lector Dr. Constantin Cârstea, Vicepreședinte CMR

Dr. Gheorghe Borcean, Vicepreședinte CMR

Dr. Viorel Rădulescu, Secretar General CMR

## CUPRINS

Lista de abrevieri și definiții	5
Sumar Executiv	6
Introducere	7
I. Reforma sanitară din România și responsabilitatea socială și individuală pentru sănătate	9
II. Inegalitățile sociale în sănătate	16
III. Conceptele de responsabilitate socială și individuală pentru sănătate	19
IV. Implicațiile responsabilității sociale pentru politicile de sănătate din România	23
Concluzii	30
Referințe	32

## **LISTA DE ABREVIERI ȘI DEFINIȚII**

UE – Uniunea Europeană

CEE – țările central și est europene

OECD – Organizația de cooperare economică și dezvoltare

PIB – Produs Intern Brut

SSE – status socio-economic

### **Definiții:**

**Responsabilitatea socială pentru sănătate:** Datoria socială de a promova un efort colectiv îndreptat spre creșterea stării de sănătate a populației măsurată prin descreșterea morbidității și mortalității din societate

**Responsabilitate individuală pentru sănătate:** Datoria și capacitatea personală de a avea grijă de propria sănătate

## SUMAR EXECUTIV

În perioada postcomunistă, România a parcurs importante reforme ale sistemului de sănătate publică trecând de la un sistem sanitar public centralizat de tip Semashko la un sistem de asigurări sociale de sănătate de tip Bismarkian bazat pe principiul solidarității sociale. Acest raport analizează problemele etice ridicate de aceste reforme sanitare cu o focalizare preponderentă asupra responsabilității sociale și individuale pentru sănătate.

**În primul rând**, sunt descrise reformele sanitare din România și este arătat că acestea au produs importante inegalități sociale în sănătate ca urmare a înclinării balanței dinspre responsabilitatea socială pentru sănătatea publică spre responsabilitatea individuală pentru propria sănătate, și aceasta în primul rând pentru cetățenii aparținând grupurilor sociale defavorizate.

**În a doua secțiune** a acestui raport sunt sumarizate mecanismele prin care determinanții sociali influențează starea de sănătate a populației. Arătăm că acestea sunt rezultatul unor multipli determinanți sociali precum educația, venitul, statusul ocupațional precum și unor factori psihologici cum ar fi nivelul de control asupra muncii sau percepțiile de polarizare socială din societate. Argumentăm că din perspectiva etică este necesar ca politicile sanitare publice să adopte o responsabilitatea socială focalizată asupra eliminării aranjamentelor sociale care influențează negativ starea de sănătate a populației.

**În a treia secțiune** a acestui raport se trece în revistă conceptul de responsabilitate socială și individuală pentru sănătate. Se argumentează că responsabilitatea individuală înțelege ca o capacitate de a răspunde nevoilor de sănătate este semnificativă pentru a informa politicile de sănătate și este arătat că în baza acestui concept de responsabilitate s-a produs o schimbare paradigmatică în politicile sanitare, care și-au extins responsabilitatea socială de la promovarea sănătății prin creșterea accesului la servicii medicale la promovarea sănătății prin toate politicile publice.

**În final**, se susține că este nevoie ca politicile de sănătate publică din România să își extindă responsabilitatea socială pentru sănătatea populației prin schimbarea focalizării dinspre controlul costurilor serviciilor de sănătate spre îmbunătățirea sănătății populației. Aceasta se poate realiza prin politici inter-sectoriale care să vizeze atât organizarea și finanțarea sistemului public, prin includerea la beneficiile sistemului public de sănătate a tuturor cetățenilor României, cât și politicile din educație sau economie. Prin focalizarea asupra punctelor de intersecție dintre interesele în sănătate, în educație și economie din societate aceste politici ar putea produce valoare adăugată în toate aceste domenii. În acest fel aceste politici vor crește solidaritatea socială pentru că promovează oportunitățile economice și de sănătate ale cetățenilor din toate straturile sociale fără discriminare.

**Cuvinte Cheie:** *Politici de sănătate în România, inegalități sociale în sănătate, responsabilitate socială pentru sănătate, responsabilitate individuală pentru propria sănătate*

# INTRODUCERE

După căderea comunismului, România a parcurs importante reforme ale sistemului de sănătate publică trecând de la un sistem sanitar public centralizat de tip Semashko la un sistem de asigurări sociale de sănătate de tip Bismarkian bazat pe principiul solidarității sociale. Cu toate că era de așteptat ca aceste reforme să ridice probleme etice prin creșterea responsabilității individuale pentru propria sănătate, până în prezent nu s-a efectuat o analiză etică a acestor reforme.

Acest raport are patru secțiuni. În **prima secțiune** sunt descrise succint reformele din sistemul sanitar românesc și este arătat că în ciuda faptului că aceste reforme au produs unele efecte pozitive, impactul acestora asupra calității serviciilor medicale și asupra stării de sănătate a populației în general au rămas mult în urma așteptărilor. Acest raport argumentează că această situație se datorează faptului că aceste reforme *s-au focalizat preponderent asupra controlului costurilor medicale* ca element central de îmbunătățire a calității serviciilor medicale, *favorizând astfel persistența subfinanțării cronice* a sistemului public de sănătate. Aceasta abordare a avut consecințe negative asupra stării de sănătate a populației în general, și a grupurilor defavorizate social în special, creând inegalități între stările de sănătate ale diverselor grupuri sociale. Aceste efecte negative au fost accentuate și de măsurile de reformare generală a economiei pe care România le-a parcurs în aceasta perioadă.

Aceste efecte au fost urmarea unei politici sanitare care au înclinat balanța dinspre responsabilitatea socială pentru sănătatea populației spre responsabilitatea individuală pentru propria sănătate, și aceasta, în special pentru cetățenii aparținând grupurilor sociale defavorizate. Cu toate că aceste politici, ce promovează inegalități sociale în sănătate, reprezintă o îndepărtare de la politicile sanitare ce caracterizează spațiul European, impactul acestor inegalități sociale în sănătate asupra stării de sănătate a populației în general precum și asupra dezvoltării economice a României nu au reprezentat un subiect de dezbatere publică sau de studiu de cercetare sistematică.

În **a doua secțiune** sunt sumarizate căile descrise în literatură prin care determinanții sociali influențează starea de sănătate a populației precum și dezbaterile dintre interpretarea materialistă și cea bazată pe conceptul de capital social a dovezilor epidemiologice privind gradientul social din sănătate, punând accent pe implicațiile etice ale politicilor sanitare. Argumentăm că din punctul de vedere al politicilor de sănătate, semnificația etică a inegalităților sociale din sănătate este esențială, pentru că semnificația etică a acestor determinanți sociali stabilește scopul politicilor de sănătate. Din perspectiva etică este necesară o diferențiere între *inegalitățile sociale în sănătate* și *inechitățile sociale în sănătate* sau, cu alte cuvinte, inegalități nedrepte în sănătate. Inechitățile sociale în sănătate sunt rezultatul unor aranjamente sociale și nu al alegerilor personale. Prin urmare, responsabilitatea

socială trebuie să se extindă până la nivelul eliminării acestor aranjamente sociale nedrepte care influențează negativ starea de sănătate a populației.

**În a treia secțiune** revizuirem conceptul de responsabilitate socială și individuală pentru sănătate cu scopul de a identifica care este balanța justă dintre responsabilitatea socială și responsabilitatea individuală. Politicile sanitare ar trebui să promoveze în egală măsură starea de sănătate a populației cât și libertățile individuale. Se descrie evoluția conceptului de responsabilitate pentru sănătate și se arată că acest concept are două sensuri: (a) datorie fie față de persoana proprie fie față de terți; și (b) capacitate de a răspunde propriilor nevoi de sănătate.

Sunt descrise aceste concepte și este argumentat că responsabilitatea individuală înțeleasă ca o capacitate de a răspunde nevoilor de sănătate este semnificativă pentru a fundamenta politicile de sănătate, deoarece acest concept permite legătura dintre libertatea individuală și cea de oportunitate socială. Acesta este o demarcație semnificativă pentru politicile de sănătate deoarece, în opinia noastră, libertatea individuală nu se poate manifesta în absența oportunităților sociale. Acest concept s-a dezvoltat prin analiza cauzelor inegalităților sociale în sănătate și scoatem în evidență că aceste inegalități sunt rezultatul diferențelor de oportunități economice și sociale ale diverselor grupuri sociale și nu urmare a alegerilor personale ale cetățenilor aparținând diverselor grupuri sociale. Arătăm că în baza acestui concept de responsabilitate s-a produs o schimbare paradigmatică în politicile sanitare, care și-au extins responsabilitatea socială de la promovarea sănătății prin creșterea accesului la servicii medicale la promovarea sănătății prin toate politicile publice.

**În final**, este argumentat faptul că este nevoie ca politicile de sănătate publică din România să își extindă responsabilitatea socială pentru sănătatea populației prin schimbarea focalizării dinspre controlul costurilor serviciilor de sănătate spre îmbunătățirea sănătății publice măsurată ca descreștere a morbidității și mortalității în societatea românească. Arătăm că aceasta se poate realiza prin politici inter-sectoriale care să vizeze atât organizarea și finanțarea sistemului public, prin includerea la beneficiile sistemului public de sănătate a tuturor cetățenilor României, cât și politicile din educație sau economie. Prin focalizarea asupra punctelor de intersecție dintre interesele în sănătate, în educație și economie din societate aceste politici publice ar putea produce valoare adăugată în toate aceste domenii. Aceasta este așa pentru că interesele economice, educaționale și de sănătate ale societății sunt interdependente. Prin promovarea valorii adăugate în toate aceste domenii se va promova în egală măsură dreptatea socială. Aceste politici vor crește solidaritatea socială pentru că promovează oportunitățile economice și de sănătate ale cetățenilor aparținând oricărui grup social și se va evita discriminarea socială împotriva persoanelor din grupurile sociale dezavantajate.

# I. REFORMA SANITARĂ DIN ROMÂNIA ȘI RESPONSABILITATEA SOCIALĂ ȘI INDIVIDUALĂ PENTRU SĂNĂTATE

În această secțiune este analizat impactul reformelor sanitare din România postcomunistă asupra stării de sănătate a populației din România în general și asupra stării de sănătate a grupurilor defavorizate în special. Această analiză pornește de la premiza că sistemul sanitar poate influența starea de sănătate a populației prin intermediul modului cum este organizat și finanțat, al performanței resursei umane de care dispune și prin valorile care îl caracterizează. În plus, eficiența și eficacitatea sistemului sanitar de a îmbunătăți starea de sănătate a populației depinde de determinanți politici, economici și sociali, cei mai mulți aflați în afara sistemului sanitar. Figura 1 descrie succint acest cadru de analiză.

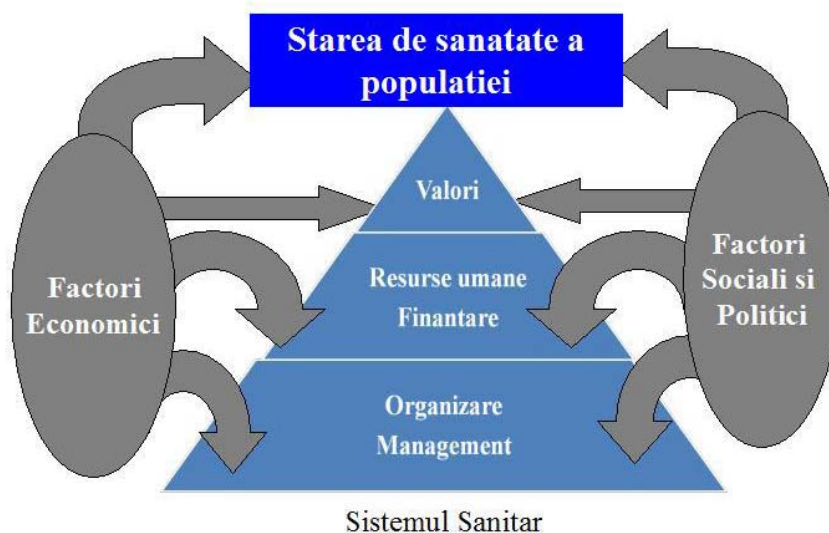


Figura 1. Cadrul de analiză

În prima parte a acestei secțiuni sunt descrise succint reformele sanitare din România postcomunistă. Acestea s-au focalizat preponderent pe controlul costurilor serviciilor medicale ca element central de creștere a calității serviciilor medicale. Aceasta a condus la persistența subfinanțării istorice a sistemului public de sănătate, având drept consecință un impact mic asupra stării de sănătate al populației în general, dar cu prețul creșterii inegalității între stările de sănătate ale diverselor grupuri sociale. Aceste efecte negative au fost accentuate și de măsurile de reformare generală a economiei. În a doua parte a acestei secțiuni, argumentăm că toate aceste efecte au fost *urmare a înclinării balanței dinspre responsabilitatea socială pentru sănătatea publică spre responsabilitatea individuală pentru propria sănătate*, și aceasta, în special pentru cetățenii aparținând grupurilor sociale defavorizate. În final discutăm această schimbare valorică a politicilor de sănătate din perspectiva integrării României în spațiul European și al eficienței și eficacității acestor politici de a îmbunătăți starea de sănătate a populației.

În ultimul deceniu, România a parcurs importante procese de reformare a sectorului sanitar, începând cu implemetarea asigurărilor sociale de sănătate la sfârșitul deceniului trecut<sup>1</sup> și continuând cu procesul de descentralizare mai recentă a sistemului sanitar. Aceste reforme au favorizat trecerea de la un sistem sanitar de tip Semashko, finanțat integral de la bugetul de stat în perioada comunistă, la un sistem de asigurari sociale de sănătate ce urmează principiile Bismarkiene de obligativitate a asisgurării de sănătate și de funcționare conform cu principiul solidarității sociale într-un sistem de sănătate descentralizat.<sup>2</sup> **Introducerea sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost considerată măsura primară și esențială** prin care se putea reorganiza sistemul public de sănătate, de la sistemul de tip Semashko, caracterizat prin centralizare, subfinanțare și calitate scăzuta a serviciilor medicale, la un sistem descentralizat, finanțat adecvat și eficient în ce privește calitatea serviciilor medicale.<sup>3</sup>

Deși reforma sanitară a fost asociată cu unele efecte pozitive în ce privește organizarea sistemului sanitar, **calitatea serviciilor medicale și starea de sănătate a populației a rămas mult în urma așteptărilor**. Indicatorii de sănătate arată că România se situează semnificativ în urma altor țări europene. Spre exemplu, speranța medie de viața la naștere în 2006 a fost de numai 73 de ani în România, comparativ cu aproximativ 80 de ani în țările UE.

Țara	Speranta de viata la naștere (ani) ambele sexe, 2006
Canada	81
Albania	71
Austria	80
Belgium	79
Bulgaria	73
Czech Republic	77
Denmark	79
Estonia	73
Finland	79
France	81
Germany	80
Greece	80
Hungary	73
Ireland	80
Poland	75
Portugal	79
<b>România</b>	<b>73</b>
United Kingdom	79
Australia	82

Sursa: Organizația Mondială a Sănătății 2006

Principalele modificări pozitive produse de implementarea sistemului de asigurări sociale de sănătate au constat în libertatea pacienților de a își alege furnizorul de servicii medicale în medicina de familie și ambulatoriu și la responsabilizarea medicilor de familie în organizarea activității practicii în medicina de familie.<sup>1 2</sup> În plus legea spitalelor a promovat autonomia decizională a spitalelor în ce privește utilizarea bugetelor proprii și a modificat finanțarea acestora de la un sistem bazat pe finanțarea cheltuielilor la un sistem de finanțare bazat pe profilul spitalului și pe performanța acestuia.<sup>4</sup> Cu toate că scopul declarat al acestor reforme a fost îmbunătățirea stării de sănătate a populației, aceste reforme s-au asociat de asemenea cu **efecte negative semnificative** precum descreșterea accesului la îngrijirile medicale precum și creșterea inegalității între diferite grupuri sociale în ce privește utilizarea și calitatea serviciilor medicale.<sup>1 5 6</sup>

În mare măsură aceste efecte negative au fost urmarea unei **focalizări preponderente** a politicilor de sănătate spre creșterea calității serviciilor medicale printr-un **control al costurilor serviciilor de sănătate** și în mai mică măsură prin evaluarea impactului politicilor de sănătate asupra stării de sănătate a populației. S-a argumentat că lipsa de calitate a serviciilor medicale este mai degrabă rezultatul unui management deficitar al resurselor existente în sistemul sanitar precum și efectul corupției din sistemul sanitar<sup>7</sup> decât cel al subfinanțării cronice a sistemului public de sănătate. Astfel dezvoltarea de ghiduri de practică care să elimine practicile medicale neeficiente a devenit un punct important în planurile de eficientizare ale Ministerului Sănătății. În plus, dezvoltarea și implementarea de sisteme informatice care să permită un management mai eficient și un control al costurilor au devenit un punct central în îmbunătățirea performanței sistemului public de sănătate.<sup>8 9</sup> Deși implementarea de ghiduri de practică precum și a sistemelor IT este parte integrantă a demersurilor de menținere a costurilor în sistemele publice de sănătate la nivel internațional, iar eficiența acestora în îmbunătățirea calității serviciilor medicale și a stării de sănătate a populației este dovedită,<sup>10</sup> impactul acestor intervenții asupra calității serviciilor medicale în sistemul sanitar public românesc rămâne să facă obiectul unor studii viitoare.

Pe de alta parte, focalizarea preponderentă a politicilor sanitare românești asupra creșterii calității serviciilor medicale printr-un control eficient al costurilor a favorizat **persistența subfinanțării sistemului public de sănătate**. Deși există un larg consens ca managementul deficitar al sistemului sanitar,<sup>2 11</sup> corupția<sup>7</sup> existența în sistemul sanitar precum și lipsa unor practici medicale dovedit eficiente contribuie la o calitate mai scăzută a serviciilor medicale constituind adevărate dezinvestii în sistemul public,<sup>12</sup> impactul relativ al acestor factori comparativ cu impactul relativ al subfinanțării sistemului sanitar asupra calității serviciilor medicale publice nu este cunoscut. Este, în schimb, cunoscut că în România **cheltuielile pentru sănătate sunt relativ scăzute, reprezentând sub**

**4% din PIB comparativ cu 6-7% din PIB** în alte țări Central și Est Europene (CEE), sau cu 8-10% din PIB în țările OECD.<sup>13</sup> Tabelul următor prezintă succint aceasta situație comparativă.

<b>Țara</b>	<b>Cheltuieli pentru sănătate ca procent din PIB, 2006</b>
Austria	9.9
Belgium	9.5
Bulgaria	6.9
Croatia	7.5
Cyprus	6.3
Czech Republic	6.8
Denmark	9.5
Estonia	5
Finland	7.6
France	11.1
Germany	10.4
Greece	9.9
Hungary	7.6
Ireland	7.5
Latvia	6
Lithuania	6.2
Netherlands	9.3
Norway	8.7
Poland	6.2
<b>România</b>	<b>3.9</b>
Slovakia	7
Slovenia	8.4
Spain	8.1
Sweden	8.9
Switzerland	11.3
United Kingdom	8.4

Sursa: OMS 2006

Acest fapt nu poate fi explicat printr-o dezvoltare economică mai scăzută a României comparativ cu țările OECD sau CEE. În țările OECD a existat o **creștere a investițiilor în sănătate de aproximativ 966 dolari pentru fiecare creștere cu 10000 dolari** (măsurați la puterea de cumpărare) a produsului intern brut per capita al acestor țări.<sup>13</sup> Dacă s-ar fi păstrat aceeași direcție de dezvoltare a sistemului public de sănătate și **în România**, investițiile în sănătate ar fi trebuit să fie fost în 2008 semnificativ mai mari decât cei aproximativ **350 dolari** per cetățean.<sup>14</sup> Aceasta este așa deoarece

produsul intern brut al României a fost în 2008 de 13500 dolari (măsurat la puterea de cumpărare).<sup>15</sup> Aceste date sugerează mai degrabă o subfinanțare relativă a sistemului public de sănătate comparativ cu țările OECD, decât o finanțare mai scăzută a sistemului public românesc datorată unui alt stadiu de dezvoltare economică al țării.

Analiza finanțării publice în sistemul public românesc de sănătate în mod comparativ cu cea din țările Uniunii Europene este justificată. Integrarea economiei românești cu cea a țărilor din Uniunea Europeană induce în multe situații niveluri de cost al investițiilor din sistemul sanitar românesc apropiate de cele din țările Uniunii Europene. În condițiile în care sistemul public de sănătate nu este finanțat proporțional cu sistemele sanitare din aceasta zonă, această integrare poate induce efecte negative în termeni de calitate a serviciilor medicale. Pe de altă parte, focalizarea preponderentă pe controlul costurilor ca măsură principală de creștere a calității serviciilor medicale a favorizat persistența subfinanțării ce a caracterizat sistemul public de sănătate românesc în ultimele cinci decenii.<sup>2 3</sup> După o creștere a finanțării sistemului sanitar de la aproximativ 2.2% din PIB în primul deceniu de după căderea comunismului, la aproximativ 4% din PIB în 2000,<sup>2</sup> în ultimul deceniu finanțarea sistemului sanitar a rămas relativ constantă cu variații între 3.3% și 4.2% din PIB.<sup>16</sup>

Această focalizare pe controlul costurilor actuale în detrimentul creșterii finanțării a condus la o serie de consecințe negative asupra stării de sănătate a populației în general și asupra celei a cetățenilor aparținând grupurilor sociale defavorizate în special. În primul rând, măsurile de reformă sanitară au influențat în mică măsură starea de sănătate a populației. Deși unii indicatori de sănătate a populației precum speranța de viață la naștere sau mortalitatea infantilă au cunoscut unele îmbunătățiri în ultimul deceniu, exista studii care arată că aceste efecte pozitive au fost rezultatul creșterii economice generale pe care România a cunoscut-o în această perioadă și al factorilor medicali preexistenți măsurilor de reformă sanitară și nu al măsurilor de descentralizare a sistemului public de sănătate.<sup>17</sup>

Focalizarea preponderentă pe controlul și menținerea costurilor serviciilor medicale a favorizat **inegalități în ce privește calitatea serviciilor medicale** pe care diverse grupuri sociale o primesc. Lipsa fondurilor pentru serviciile medicale, generate în parte și de incapacitatea sistemului de a colecta fonduri, a crescut nu numai nemulțumirea și rezistența la reformă a personalului medical,<sup>7</sup> dar a produs și importante inegalități în sănătate între grupurile sociale. Spre exemplu, datorită lipsei fondurilor, sistemul de asigurări sociale de sănătate a decis ca persoanele care nu contribuie la sistemul de asigurări sociale de sănătate, sau nu sunt scutite de această contribuție prin lege, să își piardă calitatea de asigurat dacă decid să nu își plătească individual asigurarea medicală. Deși numărul exact al persoanelor rămase neasigurate nu este cunoscut, este cunoscut faptul că această măsură a constituit un mecanism de excludere de la accesul la servicii medicale a unor grupuri sociale defavorizate precum persoanele ce nu au un loc de munca și au ieșit din perioada de șomaj, multe din persoanele ce locuiesc în mediul rural sau populația rromă.<sup>18</sup>

Există dovezi că procesul de reformare a sistemului public de sănătate s-a asociat cu o creștere a inegalității calității serviciilor medicale pe care o primesc persoanele din diverse grupuri sociale, iar apartenența la un grup social defavorizat este asociată cu o calitate mai scăzută a serviciilor medicale.<sup>6 18</sup> Deși nu există studii epidemiologice românești care să ateste direct că aceste inegalități la nivel de calitate a serviciilor medicale au produs și inegalități sociale ale sănătății populației, există dovezi că România a contribuit la creșterea inegalităților globale în sănătate în această perioadă de timp.<sup>5 18 19</sup>

Aceste efecte negative asupra grupurilor sociale defavorizate au fost accentuate de alte reforme sociale și economice ce au condus la accentuarea inegalităților sociale și economice, afectând astfel negativ atât accesul la serviciile medicale cât și starea de sănătate a acestor grupuri.<sup>20 21</sup> Astfel privatizările în masă de la începutul deceniului, deși au condus la o creștere economică pozitivă, s-au asociat în egală măsură cu o mortalitate mai crescută în rândul grupurilor sociale mai defavorizate care și-au pierdut locurile de muncă și s-au confruntat cu condițiile nefamiliare ale economiei de piață.<sup>21</sup> În egală măsură actuala criză financiară afectează starea de sănătate a populației atât direct prin scăderea veniturilor sau pierderea locurilor de muncă, cât și indirect prin scăderea finanțării sistemului sanitar și prin potențialul de creștere a numărului de persoane neasigurate.<sup>22</sup> Cu toate că impactul negativ al actualei crize economice asupra stării de sănătate a populației, prin scăderea nivelului de trai era previzibil,<sup>23</sup> măsurile anticriză au vizat în primul rând reducerea serviciilor sociale crescând impactul negativ al crizei economice asupra stării de sănătate al populației.

Aceste măsuri, care promovează o inegalitate între starea de sănătate a diverselor grupuri sociale sugerează în egală măsură și o schimbare a balanței dinspre responsabilitatea socială pentru sănătatea populației spre o responsabilitate individuală pentru propria stare de sănătate, și aceasta în special pentru cetățenii aparținând grupurilor sociale defavorizate. Această schimbare este semnificativă din **două perspective**: (a) integrarea României în spațiul Uniunii Europene; și (b) ineficiența reformelor de sănătate de a își atinge propriile obiective și anume promovarea stării de sănătate a populației cu menținerea unor costuri acceptabile. Realizarea unui sistem public de sănătate eficient și compatibil cu sistemele sanitare din Uniunea Europeană este un deziderat menționat în Planul strategic al Ministerului Sănătății Publice pentru 2008 -2010.<sup>24</sup> Astfel, valori europene comune precum respectarea dreptului la ocrotirea sănătății populației; asigurarea accesibilitatii la servicii; respectarea dreptului la libera alegere și al egalității de șanse sunt menționate ca fundamentând această politică publică. Cu toate acestea, în mare parte măsurile de reformă descrise până acum sunt în discordanță cu politicile de sănătate promovate în Uniunea Europeană (UE).

Deși în majoritatea statelor din Uniunea Europeană există demersuri pentru a crește nivelul de responsabilitate individuală al cetățenilor pentru propria sănătate, aceste demersuri fac mai degrabă obiectul campaniilor de sănătate publică,<sup>25-27</sup> decât elementul central al sistemelor de asigurări sociale

de sănătate.<sup>28-30</sup> Posibilitatea de a plăti nu este elementul central de stabilire a calității de asigurat în sistemele de asigurări sociale de sănătate în spațiul european. **Noțiunea de persoană neasigurată medical este rară în țările UE.** În Marea Britanie sau Italia nu există sisteme de asigurări de sănătate și orice cetățean este asigurat medical.<sup>13</sup> În țări precum Germania, unde funcționează un sistem de asigurări sociale de sănătate, există o acoperire universală a populației cu servicii medicale atinsă prin intervenția guvernului atunci când cetățenii rămân neasigurați prin pierderea sau schimbarea locului de muncă.<sup>31</sup> În Germania intervenția guvernamentală crește de obicei în condiții economice nefavorabile.<sup>31</sup> Chiar și în Olanda, care este singura țară europeană unde funcționează din 2007 un sistem universal privat de asigurări medicale, numărul de neasigurați este mic, **guvernul preluând integral sau parțial costurile primelor de asigurare pentru persoanele aparținând grupurilor sociale defavorizate.**<sup>32</sup> Acoperirea universală cu servicii medicale în spațiul UE este văzută ca un mijloc prin care se promovează dreptul la sănătate și viață precum și șansele egale ale cetățenilor de a beneficia de aceste drepturi.<sup>32</sup>

Dar dincolo de promovarea dreptului la sănătate și viață a cetățenilor precum și asigurarea de șanse egale pentru cetățeni de a beneficia de aceste drepturi, este îndreptățită întrebarea dacă aceste măsuri ce favorizează inegalități sociale în sănătate sunt eficiente din perspectiva promovării stării de sănătate a populației pe ansamblu. Promotorii unor politici de sănătate care favorizează responsabilitatea individuală pentru propria sănătate în detrimentul celei sociale ar putea argumenta că deși această abordare produce inegalități între stările de sănătate ale diverselor grupuri sociale, responsabilizarea individuală ar putea fi justificată deoarece pe ansamblu aceasta ar putea îmbunătăți starea de sănătate a comunității pe ansamblu.

De asemenea, s-ar putea argumenta că nu ar fi moral ca cei care muncesc și contribuie activ la dezvoltarea economică și socială a societății să poarte povara financiară a costurilor serviciilor de sănătate pentru populația inactivă. Nu în ultimul rând, s-ar putea argumenta că deși aceste politici promovează inegalități în sănătate între diverse grupuri sociale în prezent, ele ar putea conduce la o creștere economică care în viitor ar putea permite o protecție a stării de sănătate și a grupurilor defavorizate social. În ciuda acestor întrebări justificate, atât inegalitățile sociale în sănătate cât și rolul responsabilității sociale pentru sănătatea populației și al responsabilității individuale pentru propria sănătate nu au făcut până în prezent obiectul unor dezbateri publice sau al unor cercetări sistematice în societatea românească. Pentru a răspunde acestor întrebări justificate este utilă o trecere în revistă a mecanismelor prin care inegalitățile sociale în sănătate apar și pot influența starea de sănătate publică, precum și conceptul de responsabilitate socială și individuală pentru sănătate care ar putea fundamenta politicile de sănătate. În următoarea secțiune, sunt descrise mecanismele de generare a inegalităților sociale în sănătatea publică precum și implicațiile etice ale acestora pentru politicile de sănătate.

## II. INEGALITĂȚILE SOCIALE ÎN SĂNĂTATE

Deși există dovezi semnificative ca statusul socio-economic (SSE), evaluat prin educație, venit și ocupație, influențează semnificativ starea de sănătate a pacienților, căile prin care acești determinanți sociali acționează asupra sănătății indivizilor precum și influența lor relativă asupra sănătății indivizilor nu sunt cunoscute în întregime. În această secțiune noi sumarizăm căile, descrise în literatură, prin care determinanții sociali influențează starea de sănătate a populației precum și dezbateră dintre interpretarea materialistă și cea bazată pe conceptul de capital social a dovezilor epidemiologice privind gradientul social din sănătate punând accent pe implicațiile etice ale politicilor sanitare. Argumentul dezvoltat în această secțiune este bazat integral pe cercetări efectuate în alte societăți deoarece în România nu a fost cercetat sistematic gradientul social în sănătate.

Interesul pentru inegalitățile sociale în sănătate a căpătat importanță pentru politicile sanitare, atât la nivel național cât și internațional, datorită dovezilor epidemiologice care arată o asocieră pozitivă între inegalitățile socio-economice și ratele de morbiditate și mortalitate.<sup>33 34</sup> Există dovezi semnificative că SSE evaluat prin educație, venit și ocupație influențează starea de sănătate a populației.<sup>33-36</sup> Astfel există un crez comun în teoriile politicilor de sănătate că dezvoltarea economică a societății nu este în mod automat asociată cu o stare de sănătate mai bună a populației pe ansamblu, și că există nevoia unor politici sociale care să restructureze acești determinanți sociali pentru a scădea diferențele dintre starea de sănătate a diverselor grupuri sociale. Pentru a înțelege modul cum aceste politici sociale ar putea acționa asupra gradientului social din sănătate vom descrie în continuare căile prin care determinanții sociali pot influența direct sau indirect starea de sănătate a populației. La modul general aceste căi pot fi grupate în două categorii: (1) *calea materialistă*; și (2) *calea bazată pe capitalul social*.<sup>33 37</sup>

**Explicația materialistă** interpretează diferențele de stare de sănătate a diverselor grupuri sociale pornind de la cauzele structurale și materiale ale acestor inegalități.<sup>34</sup> Au fost descrise câteva căi, directe și indirecte, prin care resursele materiale influențează starea de sănătate a populației. În primul rând există un efect direct al educației, venitului și ocupației asupra sănătății.<sup>33</sup> De exemplu, educația este cel mai de bază element al SSE, care configurează oportunitățile ocupaționale viitoare ale indivizilor și echipează indivizii cu aptitudini de viață bazale. Oamenii cu o educație mai bună sunt mai pregătiți să înțeleagă, să integreze și să ia avantaj de informațiile la care au acces. În același mod, venitul asigură oamenilor mijloacele de a cumpăra îngrijiri medicale precum și o nutriție mai bună, condiții locative mai bune precum și oportunități educaționale mai crescute. Deși, un indicator mai complex, statusul ocupațional are un efect direct asupra stării de sănătate al populației, iar persoanele

cu aptitudini ocupaționale mai scăzute, care sunt puțin compensate financiar sau sunt șomere, au de asemenea și o stare de sănătate mai precară.<sup>33</sup>

Au fost de asemenea descrise și căi indirecte prin care acești factori materiali influențează starea de sănătate a populației.<sup>33</sup> De exemplu, persoanele cu SSE mai scăzut sunt mai afectate de mediul fizic în care trăiesc sau primesc o îngrijire medicală de calitate mai scăzută. Au fost descrise asocieri directe între SSE și expunerea la agenți fizici nocivi.<sup>33</sup> Din cauză că persoanele cu SSE scăzut au resurse materiale mai scăzute, locuiesc în zone mai sarace, supraaglomerate, poluate și fără zone de recreere; în schimb datorită acestor factori sănătatea acestor persoane este afectată disproporționat comparativ cu cea a persoanelor din grupuri socio-economice mai avantajate. În plus, calitatea îngrijirilor medicale este influențată semnificativ de SSE. De exemplu, în Statele Unite 40% din cei care nu absolvă un liceu sunt neasigurați medicali comparativ cu numai 10% din cei ce absolvă o universitate.<sup>33 38-41</sup>

Chiar și printre cei ce au asigurare medicală în Statele Unite, sau în țările unde există o acoperire universală a îngrijirilor de sănătate precum în Uniunea Europeană, Canada și Australia, serviciile de sănătate sunt puternic influențate de SSE. De exemplu, SSE scăzut este asociat cu mai puține îngrijiri preventive, mai puține îngrijiri specializate în ambulatorii sau spitale.<sup>38-40</sup> Căile prin care SSE influențează procesul și utilizarea îngrijirilor medicale, descrise în literatură, includ capacitatea de a plăti serviciile medicale, transportul spre serviciile medicale, nivelul de cunoștințe medicale ale pacienților, aptitudinile pacienților de a avea grija de sănătatea lor, precum și compromisurile pe care mai ales cetățenii cu SSE mai scăzut trebuie să le facă între interesele legate de propria sănătate și alte interese precum cele legate de servicii sau grijă pentru alți membri ai familiei.<sup>38-40 42-45</sup>

**Explicația bazată pe capitalul social** descrie căi complexe psihosociale prin care inegalitățile socio-economice afectează starea de sănătate a populației.<sup>33 34 46-48</sup> Conform acestei explicații, nu numai lipsurile materiale influențează starea de sănătate a populației, dar și percepțiile de relativă inegalitate între grupurile sociale afectează negativ starea de sănătate a populației.<sup>48</sup> De exemplu, Kawaki a demonstrat existența unei asocieri directe între capitalul social – definit prin caracteristici sociale precum nivelul de încredere interpersonală dintre cetățeni, normele de reciprocitate și densitatea asociațiilor civice care facilitează cooperarea pentru beneficii comune – și sănătate.<sup>37 49</sup> Comunitățile cu o coeziune socială crescută și nivel înalt de capital social au nivele mai scăzute de mortalitate generală. Prin contrast, factorii protectivi asociați cu capitalul social își au originea în capacitatea acestuia de a promova integrarea socială, suportul emoțional și de a acționa ca resursă de informare pentru cetățeni. Chiar și în cadrul specific al instituțiilor medicale, inegalitățile de calitate în furnizarea serviciilor medicale au fost atribuite lipsei de încredere dintre medici și pacienți.<sup>40 50</sup> De exemplu, nivelul scăzut de cunoștințe medicale, care este caracteristic grupurilor sociale cu un SSE mai scăzut, este asociat cu lipsa de încredere în furnizorii de servicii medicale și, astfel, cu o aderență mai scăzută la recomandările terapeutice.<sup>51</sup>

O altă linie de cercetare epidemiologică a evidențiat că lipsa de control asupra deciziilor la locul de muncă este un predictor semnificativ pentru bolile cronice, care promovează comportamente nesănătoase precum fumatul, alimentația bogată în grăsimi și o viață sedentară.<sup>35 52 53</sup> În plus, alți autori au arătat că percepția unei poziții joase în ierarhia socială și discriminarea rasială, fără legatură directă cu venitul acelor persoane, produce emoții negative precum rușine și neîncredere, care sunt translate într-o sănătate mai precară a acelor persoane.<sup>54-57</sup> Mecanismul ipotetic pentru toate aceste asociații este că toate aceste tensiuni sociale descresc coeziunea socială și capitalul social și în schimb produc o sănătate precară datorită emoțiilor negative care crează stress cronic și prin mecanisme neuroendocrine afectează starea de sănătate într-un mod negativ.<sup>35 52</sup>

Aceste două interpretări ale căilor prin care apar inegalitățile sociale în sănătate au generat o dezbatere în literatură referitoare la politicile de sănătate alimentată mai ales de implicațiile diferite pentru politicile de sănătate ale acestor două teorii. Promotorii teoriei materialiste argumentează că orice explicație a gradientului social în sănătate trebuie să înceapă cu factori structurali și materiali. Ei au argumentat că explicația psihosocială sugerează că inegalitățile sociale în sănătate ar putea fi înțelese fără a se face referință la viața de zi cu zi a oamenilor. Procesele sociale și politice ce au generat aceste inegalități au existat înainte ca oamenii să experimenteze acele inegalități și, astfel, aceste inegalități sunt subordonate factorilor materiali și structurali.<sup>34 58</sup> În plus, un accent pe coeziunea socială a politicilor publice ar fi periculoasă, deoarece o coeziune crescută este asociată cu o coerciție socială crescută, datorită asimetriei de putere dintre clasele sociale, care ar putea conduce la atitudini de tipul blamării victimei și astfel să limiteze eficiența politicilor de sănătate publică.<sup>34 58</sup> În final, promotorii teoriei materialiste sfârșesc prin a dezvolta o teorie neo-materialistă care explică efectul factorilor psihosociale ca fiind rezultatul privării materiale și consecința forțelor macro-structurale.<sup>34 58</sup>

Pe de altă parte, promotorii teoriilor psihosociale ale inegalităților sociale în sănătate nu resping efectul resurselor materiale asupra sănătății populației; mai degrabă ei accentuează rolul factorilor simbolici precum nivelul de control asupra vieții,<sup>59</sup> insecuritate, rasism, sau izolare socială pentru starea de sănătate a cetățenilor ca factori independenți de privarea materială.<sup>60-62</sup> Ei au subliniat nevoia de politici intersectoriale pentru a reduce gradientul social în sănătate, care să se focalizeze atât pe nevoile materiale cât și pe cele simbolice sau psihosociale.<sup>35</sup>

Din punctul de vedere al politicilor de sănătate, semnificația etică a inegalităților sociale din sănătate este esențială. Aceasta este așa pentru că semnificația etică a acestor determinanți sociali stabilește scopul politicilor de sănătate. Din perspectiva etică este necesară o diferențiere între **inegalitățile sociale în** sănătate și **inechitățile sociale** în sănătate sau, cu alte cuvinte, inegalități nedrepte în sănătate.<sup>63-65</sup> Cei mai mulți autori consideră că inegalitățile în sănătate sunt nedrepte în măsura în care sunt prevenibile și sunt rezultatul unor aranjamente sociale și nu rezultatul unor alegeri

personale.<sup>62 63 66</sup> Totuși, această demarcație nu este atât de clară. Pe de o parte comportamente precum fumatul sau dieta, care ar putea fi considerate rezultatul unor alegeri personale, sunt în mare măsură determinate social,<sup>67</sup> fiind semnificativ agregate la nivelul grupurilor cu un SSE mai scăzut. Pe de altă parte, interferența cu alegerile personale ale indivizilor ar putea fi etic și politic inacceptabilă în societățile democratice. Cu toate acestea, semnificația etică a inegalităților în sănătate rămâne esențială pentru politicile sanitare pentru ca ea stabilește echilibrul dintre responsabilitatea socială și individuală pentru sănătate și astfel, scopul politicilor sanitare. În următoarea secțiune, vom analiza evoluția conceptelor de responsabilitate socială și individuală pentru sănătate și semnificația acestor concepte din perspectiva politicilor de sănătate.

### III. CONCEPTELE DE RESPONSABILITATE SOCIALĂ ȘI INDIVIDUALĂ PENTRU SĂNĂTATE

Conceptul de responsabilitate socială și individuală pentru sănătate a început să capete un profil important în politicile de sănătate publică începând cu deceniul al șaptelea al secolului trecut, odată cu înmulțirea dovezilor epidemiologice care sugerau că un stil de viață sănătos ar putea conduce la scăderea morbidității și mortalității asociate cu bolile cronice.<sup>68</sup> Începând din acea perioadă, multe guverne au început să atragă atenția atât medicilor cât și publicului larg asupra menținerii stării de sănătate prin adoptarea unui stil de viață sănătos. Ideea din spatele acestor inițiative era că punând la dispoziția publicului larg informații despre stilul de viață sănătos, oamenii s-ar putea proteja de diverse boli. Noțiunea de **responsabilitate individuală pentru sănătate** era cea de datorie față de propria persoană, iar responsabilitatea socială pentru menținerea stării de sănătate a populației era limitată la efortul colectiv de a organiza campanii de informare în rândul populației generale.<sup>68 69</sup>

Nu a trecut mult timp pentru ca specialistii în politici de sănătate să identifice și o altă dimensiune a responsabilității personale pentru sănătate și anume **responsabilitatea personală față de terți**.<sup>68 69</sup> Această dimensiune a fost justificată de faptul că boala unui individ plasează costuri financiare și non-financiare nejustificate asupra celor care trebuie să finanțeze sistemele sanitare. Spre exemplu, au fost aduse argumente că persoanele care fumează sau consuma alcool în exces nu ar trebui să beneficieze de transplant pulmonar sau hepatic în condițiile în care starea lor de sănătate ar impune la un moment dat aceste proceduri,<sup>70 71</sup> deoarece aceste intervenții ar impune o povară nejustificată pentru ceilalți contribuabili care ar trebui să plătească pentru alegeri personale necugetate. Astfel conceptul de responsabilitate individuală s-a extins ca noțiune incluzând obligația personală de a evita plasarea acestor obligații asupra altora prin costuri financiare nejustificate sau de a suporta costurile suplimentare ale bolilor prin asigurări suplimentare și alte taxe.<sup>68</sup> Neasumarea acestor obligații

suplimentare este asociată cu limitarea serviciilor medicale la care individul are acces sau acordarea unei priorități mai scăzute în accesul la servicii medicale.

Aceste argumente au ridicat semne de întrebare printre bioeticieni, generând o dezbatere între cei ce susțineau **promovarea responsabilității individuale ca element central al politicilor de sănătate** și cei ce susțineau o **responsabilitate socială extinsă pentru sănătate**, făcând apel la concepte precum echitatea socială, solidaritatea între cetățeni și sugerând că îngrijirile medicale ar trebui bazate pe nevoile medicale ale oamenilor și nu ar trebui legate de comportamentul lor.<sup>68</sup> Aceste opinii diferite au stat la baza a patru propuneri de implementare a responsabilității individuale pentru propria sănătate la nivelul politicilor de sănătate publică.

**O primă propunere** sugera că o persoană poate fi trasă la răspundere pentru cauzarea unei boli în măsura în care acțiunile care au condus la dezvoltarea bolii au fost complet voluntare.<sup>72 73</sup> În asemenea cazuri nu este etic ca societatea sau terțe părți să suporte costurile bolii. Aceasta propunere a ridicat semne de întrebare. Deoarece responsabilitatea morală implică control asupra circumstanțelor, dificultatea acestei propuneri constă în a stabili dacă într-adevar oamenii au avut control asupra comportamentelor care au condus la cauzarea bolii.<sup>68</sup>

**A doua propunere** a extins condițiile de culpabilitate pentru propria sănătate susținând că responsabilitatea individuală depinde nu numai de cât de voluntară este practica dar de asemenea dacă comportamentul respectiv a fost făcut în beneficiul societății sau pentru propria gratificare.<sup>74 75</sup> Spre exemplu, atât o persoană care fumează cât și un medic care își risca viața în timpul unei epidemii sunt responsabili de posibilele consecințe negative ale comportamentului propriu asupra stării de sănătate. În plus, ambii își asuma riscurile în mod voluntar. Diferența majoră este ca fumătorul o face pentru motive recreaționale sau de gratificare personală, iar medicul pentru a promova starea de sănătate a populației, care este un bun public. Și această propunere a fost criticată deoarece noțiunea de bun public necesită o explicație clară pentru că, spre exemplu, plăcerea personală este considerată scop în sine de teoriile utilitariste care constituie fundamentul etic al politicilor de sănătate publică.<sup>68</sup>

**A treia propunere** aparține bioeticinului Daniel Callahan și implică noțiunea de suficiență.<sup>76</sup> Callahan a criticat propunerile care supraevaluează responsabilitatea individuală. El a susținut că politicile ce implică doar acțiuni adresate doar creșterii responsabilității individuale ca metodă de îmbunătățire a stării de sănătate a populației, sunt chestionabile din punct de vedere etic, deoarece există alți factori psihologici, structurali și situaționali care joacă un rol causal. Callahan<sup>76</sup> propune că indivizii sunt nevinovați dacă: (a) comportamentul considerat nesănătos nu este total voluntar (mulți fumatori devin dependenți la vârsta adolescenței ca urmare a presiunii grupului din care fac parte, iar apoi adicția scade autonomia persoanei); (b) comportamentul nesănătos nu a fost făcut pentru gratificare personală; (c) boala ar putea fi cauzată și de alți factori în afara comportamentului

considerat nesănătos. În opinia lui Callahan, mesajele care se depărtează de la aceste reguli ridică semne majore de întrebare din punct de vedere etic deoarece ele ar putea implica o atribuire disproporționată a culpabilității mai ales atunci când politicile respective vizează grupuri sociale foarte vulnerabile. Asemenea mesaje ar putea promova fatalism și sentimente de vinovăție. Spre exemplu, persoanele ce dezvoltă o boala cronică pot dezvolta sentimente de vinovăție fiindcă nu și-au permis o dietă sănătoasă care ar fi putut duce la evitarea bolii. În ciuda potențialei valori a acestei propuneri, criteriile de separare a culpabilității personale pe drept de cele ce ar conduce la blamarea victimelor ar necesita o abordare caz cu caz, fiind practic neimplementabile la nivelul politicilor de sănătate.

**O a patra propunere** a încercat să răspundă acestei limite. Această propunere se bazează însă pe un alt înțeles al conceptului de responsabilitate individuală pentru sănătate și anume abilitatea de a răspunde.<sup>68 69</sup> Această propunere pornește de la premiza că noțiunea de responsabilitate include un conflict, precum și anumite alegeri între interese ce competiționează între ele. Responsabilitatea individuală există numai în măsura în care există posibilitatea alegerii între mai multe alternative de comportament. Cercetări efectuate asupra eficienței politicilor de sănătate arată că percepția oamenilor despre responsabilitatea individuală a fost mai crescută atunci când oamenii au perceput și crezut că au posibilitatea de a alege.<sup>68</sup> Presumpția este că individul este conștient și posedă mijloacele necesare să facă o acțiune și este complet liber în a nu se angaja într-o acțiune considerată periculoasă pentru sănătate. Prin urmare responsabilitatea individuală presupune în mod necesar abilitatea sau capacitatea de a răspunde care este esențială pentru cerințele morale ale responsabilității.<sup>69</sup>

Această propunere accentuează asupra responsabilității sociale de a crește capacitatea cetățenilor de a răspunde nevoilor proprii de sănătate.<sup>69</sup> În mare măsură, această propunere a fost dezvoltată luând în considerație cercetările epidemiologice referitoare la inegalitățile sociale din sănătate descrise în secțiunea anterioară. Bazându-se pe aceste studii epidemiologul Leonard Syme<sup>67</sup> a introdus conceptul de control asupra propriului destin ca element central în definirea conceptului de responsabilitate socială pentru sănătate care să fundamenteze politicile de sănătate publică. Meritul major al acestei propuneri este că face o legătură între responsabilitatea individuală care presupune o alegere informată, cu cea de responsabilitate socială care presupune crearea unei oportunități sociale. Acesta este un lucru important deoarece, în opinia noastră, nu există libertate individuală în absența existenței unor oportunități sociale, resurse, aptitudini precum și a unui mediu în care să nu existe presiune de a lua decizii împotriva voinței proprii.

Analizând dovezile epidemiologice referitoare la inegalitățile în sănătate, Syme<sup>67</sup> a arătat că oamenii cu statusuri socio-economice progresiv scăzute au corespunzător mai puține oportunități sociale de a controla circumstanțele și evenimentele ce le afectează viața. Prin contrast, persoanele cu statusuri socio-economice progresiv crescute (venituri mai mari, putere discreționară mai mare în

societate și control mai mare asupra muncii) au mai multe oportunități de a își controla destinul. Aceste oportunități sociale mai crescute se translează la nivel populațional într-un comportament mai sănătos și rezultate de sănătate mai bune pentru grupurile favorizate socio-economic. Spre exemplu, există dovezi epidemiologice că pe măsură ce oamenii urcă pe scara socială mănâncă mai sănătos, fumează mai puțin pentru că au un control mai mare asupra vieții lor, fapt ce se translează într-o calitate mai crescută a vieții și longevitate mai mare.<sup>77</sup>

Toate aceste argumente sugerează **rolul central al responsabilității sociale pentru dezvoltarea de oportunități pentru sănătate la nivel social**. Acest concept de responsabilitate socială și individuală pentru sănătate a produs o schimbare paradigmatică la nivelul politicilor de sănătate.<sup>54 78</sup> Dacă în mod tradițional responsabilitatea socială ce informa politicile de sănătate publică se referea la creșterea accesului populației la servicii medicale și la promovarea responsabilității individuale prin campanii de sănătate publică, în ultimul deceniu câmpul de acțiune al politicilor de sănătate publică s-a extins prin promovarea sănătății prin toate politicile publice.<sup>54 78</sup> Această schimbare are la baza relația bidirecțională dintre sănătatea populației și performanța altor domenii sociale precum educația și economia. Cu alte cuvinte, sănătatea publică depinde de oportunitățile educationale și economice existente în societate. În egală măsură, oportunitățile economice și educaționale depind de starea de sănătate a populației. Există dovezi că în societățile cu morbiditate și mortalitate mai crescute inclusiv creșterea economică este mai lentă.<sup>79</sup> Aceasta este așa, pentru că societățile sunt afectate direct de creșterea costurilor îngrijirilor medicale și indirect prin impactul negativ al morbidității și mortalității asupra dezvoltării economice secundar productivității scăzute.<sup>80-82</sup>

Această nouă paradigmă se îndepărtează de politicile neoliberale, care consideră sănătatea publică sau educația drept costuri pe care “economia reală” le face pentru a promova bunăstarea socială, prin înțelegerea sănătății publice și a educației drept investiții care conduc în mod direct la dezvoltare economică.<sup>63</sup> Dacă în mod tradițional fiecare politică publică avea un câmp de acțiune specific și limitat, neinterferând cu celelalte politici publice ce acționau în societate, această nouă paradigmă promovează politici inter-sectoriale care să producă valoare adăugată în toate domeniile.<sup>54</sup> <sup>78</sup> Spre exemplu, investițiile în sistemul de sănătate publică nu produc numai o creștere a nivelului de sănătate al populației prin scăderea morbidității și mortalității, ci și o creștere economică în același timp atât în mod direct prin creșterea stării de sănătate a cetățenilor cât și indirect fiindcă investițiile din sistemele publice sanitare conduc la dezvoltarea altor domenii economice precum industria farmaceutică, transporturile sau comerțul.

În același timp, paradigma “*promovarea sănătății prin toate politicile publice*” implică în mod necesar o focalizare asupra grupurilor sociale marginalizate din trei motive. În primul rând, îmbunătățirea stării de sănătate a populației nu este posibilă în absența diminuării gradientului social

din sănătate. În al doilea rând, scăderea gradientului social în sănătate este esențială atât pentru eficiență cât pentru eficacitatea politicilor de sănătate publică. Aceasta este așa, pentru că încărcătura de morbiditate și mortalitate cade disproporționat, atât ca număr cât și ca magnitudine, asupra populațiilor defavorizate social.<sup>83 84</sup> Există dovezi că o asemenea abordare este eficientă din perspectiva câștigurilor de sănătate măsurate ca descreștere a morbidității și mortalității.<sup>63</sup> În al treilea rând, prin focalizarea asupra grupurilor sociale defavorizate politicile de sănătate pot duce la o creștere a potențialului capitalului uman existent în societate și astfel la dezvoltare economică.<sup>85</sup> În secțiunea următoare vom analiza ce tipuri de politici publice ar putea fi utile din perspectiva promovării stării de sănătate în România.

#### **IV. Implicațiile responsabilității sociale pentru politicile sanitare din România**

În aceasta secțiune, se argumentează că este nevoie ca politicile de sănătate publică din România să își extindă nivelul responsabilității sociale pentru sănătatea populației printr-o schimbare a focalizării intervențiilor lor dispre controlul costurilor serviciilor de sănătate spre îmbunătățirea sănătății publice măsurată ca descreștere a morbidității și mortalității. Aceasta se poate realiza numai prin **politici publice inter-sectoriale** care să vizeze atât organizarea și finanțarea sistemului public, dar și politicile din educație sau economie în egală măsură. Aceste politici publice trebuie să se focalizeze pe punctele de intersecție dintre interesele economice, educaționale și de sănătate ale societății. Aceasta este așa pentru că interesele economice, educaționale și de sănătate ale societății sunt interdependente. Argumentăm de asemenea că prin promovarea valorii adăugate în toate aceste domenii se va promova în egală măsură dreptatea socială. Aceste politici vor crește solidaritatea socială pentru că promovează oportunitățile economice și de sănătate ale tuturor și evita discriminarea socială împotriva persoanelor din grupurile sociale dezavantajate.

În concordanță cu scopul declarat al Ministerului Sănătății,<sup>24</sup> noi considerăm că scopul sistemului public de sănătate este îmbunătățirea stării de sănătate a populației din România măsurată prin descreșterea morbidității și mortalității. În mod cert, starea de sănătate a populației este un bun public a carei îmbunătățire trebuie să facă constant obiectul acțiunilor guvernamentale.<sup>86</sup> Acest lucru presupune în primul rând politici sanitare care să regândească accesul la serviciile medicale a tuturor cetățenilor români în egală măsură, prin finanțarea publică a costurilor serviciilor publice de sănătate pentru toți cetățenii care nu au acces la servicii medicale în prezent. Această măsură însă nu trebuie limitată la acoperirea cu servicii medicale în cadrul fondurilor existente a persoanelor neasigurate, ci la **plătirea contribuțiilor către fondul de asigurări sociale de sănătate din fonduri guvernamentale atât pentru persoanele neasigurate în prezent cât și pentru cele scutite de plata asigurărilor de sănătate** prin diverse legi precum copii, șomerii sau persoanele în asistența socială.

Această măsură ar focaliza finanțarea sistemului sanitar către grupurile sociale cele mai dezavantajate social fără a dezavantaja calitatea serviciilor medicale primite de persoanele care contribuie direct la fondul de asigurari sociale de sănătate. Prin această contribuție guvernamentală se evită mutarea costurilor serviciilor medicale pentru persoanele neasigurate cât și pentru cele asigurate, dar neplătitoare de contribuții, asupra persoanelor care contribuie direct la fondul de asigurări sociale de sănătate. Astfel calitatea serviciilor medicale și implicit a stării de sănătate a întregii populații ar crește pe tot spectrul social fără discriminare. Prin focalizarea finanțării asupra grupurilor sociale dezavantajate social s-ar obține cea mai semnificativă îmbunătățire a stării de sănătate a populației, deoarece aceste grupuri sociale poartă cea mai mare încărcătură de morbiditate și mortalitate din societate atât în termeni de număr cât și ca magnitudine a problemelor medicale.<sup>82 87</sup>

Prin aceste măsuri de creștere a responsabilității sociale pentru starea de sănătate a populație s-ar putea **evita situațiile litigioase actuale din sistemul public de sănătate**. Aceste situații litigioase sunt cauzate de un transfer nejustificat de responsabilitate dinspre instituțiile publice spre corpul profesional medical din sistemul public românesc.

**Pentru a exemplifica** această afirmație vom analiza actuala **propunere legislativă privind concediile medicale**<sup>88</sup> în care se caută scăderea numărului de concedii medicale printr-un control al reprezentanților casei de asigurări de sănătate împreună cu reprezentanți ai poliției la domiciliul pacienților ce au beneficiat de aceste concedii pentru a verifica dacă acestea sunt eliberate în baza unor date medicale reale sau false.

Pornind de la premiza că o politică sanitară trebuie să fie necesară, eficientă și eficace, noi argumentăm că această inițiativă legislativă ridică câteva probleme etice semnificative. Nu există dovezi care să ateste că această intervenție legislativă este necesară. Aceasta inițiativă legislativă pornește de la premiza că numărul actual de concedii medicale se datorează în principal corupției din sistemul sanitar românesc și nu prevalenței și incidenței bolilor în societatea românească. Deși am căutat studii epidemiologice referitoare la proporția relativă a concediilor medicale date ca urmare a prevalenței și incidenței actuale a bolilor în România și cele date ca urmare a unor acte de corupție, nu am găsit asemenea dovezi provenite din cercetarea sistematică a situației concediilor medicale în societatea românească. Dovada folosită de decidenți pentru a ilustra magnitudinea fenomenului a fost numărul de 2,7 milioane de concedii medicale eliberate într-un an, cifră ce le sugera acestora că unul din doi salariați a beneficiat de concedii medicale. Cu siguranță că o analiză mai detaliată a acestei cifre globale ar fi scos în evidență că un număr mult mai mic de salariați au beneficiat de concedii medicale, deoarece mulți pacienți în situații medicale complexe și invalidante beneficiază de un număr mai crescut de concedii medicale. Probabil există nevoia unor studii, dincolo de evidențele anecdotice, care să ateste dacă acest fenomen este semnificativ ca magnitudine pentru a justifica o inițiativă legislativă de tip polițienesc.

De asemenea **este puțin probabil ca această inițiativă să își atingă scopul**. Aceasta intervenție legislativă pornește de la o premiză falsă precum că funcționari publici aparținând poliției și sistemului de asigurări de sănătate ar putea să stabilească veridicitatea concediilor medicale prin vizite la domiciliul pacienților. S-a argumentat că lipsa pacientului de la domiciliu în perioada de concediu medical este o dovada indubitabilă a unui fals și motiv de pedepsire a medicilor ce au eliberat acele documente precum și ai pacienților ce au beneficiat de acestea. În mod cert, acest argument dovedește mai degrabă o lipsă de înțelegere a recomandărilor terapeutice ale medicilor, din partea celor ce au propus o asemenea inițiativă legislativă. Spre exemplu, un pacient aflat în concediu medical dar nu la domiciliu în perioada unui control inopinat al funcționarilor publici ar putea fi la control medical în ambulatoriu. De asemenea un pacient cu anxietate sau cu pneumonie, aflat în concediu medical ar putea să se plimbe urmând recomandările terapeutice ale medicilor fie de relaxare în caz de anxietate fie de mobilizare precoce pentru a evita unele complicații posibile în caz de pneumonie.

Probabil cel mai semnificativ, este însă lipsa de dovezi de cercetare care să ateste că o asemenea intervenție legislativă ar putea să conducă la o îmbunătățire a stării de sănătate a populației. Spre exemplu, o asemenea intervenție ar putea declanșa o **atitudine defensivă** din partea corpului medical îndreptată spre a limita numărul de concedii medicale, în general pentru a evita situații conflictuale cu instituțiile statului. Cu siguranță, o asemenea atitudine **ar putea în primul afecța starea de sănătate a populației** și ar putea în egală măsură crea situații conflictuale între furnizorii de servicii medicale și pacienți. În plus, deși am căutat studii desfășurate în România sau altundeva care să ateste eficiența și eficacitatea unei intervenții similare cu cea descrisă în acest studiu de caz în termeni de îmbunătățire a stării de sănătate a populației sau de creștere a calității serviciilor medicale, nu am găsit asemenea studii. Acesta este un fapt semnificativ deoarece în țările Uniunii Europene cât și în țările OECD politicile sanitare se bazează pe dovezi științifice care să le ateste eficiența și eficacitatea.

Similară ca efect cu inițiativa privind concediile medicale este **propunerea de a reevalua pensionările medicale** deoarece s-a argumentat că numărul mare al acestora este datorat nu morbidității crescute din societate ci unor acte de corupție ale sistemului medical. Autoritățile statului au argumentat necesitatea reevaluării pensiilor făcând referință la cifre care atestă o creștere a numărului de pensionari medicale în 2007 cu peste 30% față de 2006. O analiză atentă însă ar fi arătat că aceasta este doar o creștere relativă și nu una absolută. Astfel în 2007 odata cu intrarea României în Uniunea Europeană, toți cetățenii români pensionați în țările Uniunii Europene au fost integrați în sistemul românesc de pensii. De asemenea, prin creșterea vârstei de pensionare în România, un număr de pensionari medicali care în 2006 ar fi trecut în sistemul pensiilor de vârstă au rămas în continuare beneficiarii pensiilor medicale, crescând în mod artificial numărul de pensionați medicali. Pe de altă

parte, plecând de la cazuri izolate de corupție se promovează o politică sanitară care renunță la responsabilitatea socială pentru sănătatea populației și favorizează o responsabilizare individuală a medicilor. Prin culpabilizarea corpului profesional medical se promovează aceeași cultura conflictuală prin crearea de tensiuni sociale nejustificate între grupuri sociale precum medicii și pensionarii.

Pe de altă parte, intervenții similare cu cele descrise anterior promovează o ***cultură litigioasă în sistemul public de sănătate***. Este cunoscut faptul că în multe alte situații calitatea scăzută a serviciilor din sistemul sanitar public, cauzată de cele mai multe ori de subfinanțarea serviciilor medicale, este atribuită în mod nejustificat lipsei de profesionalism a personalului medical. Acest fapt ar putea avea câteva consecințe negative semnificative asupra stării de sănătate a populației în general și asupra grupurilor sociale defavorizate în special. Culpabilizarea personalului medical poate contribui la o creștere a neîncrederii pacienților în furnizorii de sănătate. În a doua secțiune a acestui material am arătat ca neîncrederea în furnizorii de sănătate are efecte negative asupra stării de sănătate a pacienților atât prin neaderarea la recomandările terapeutice cât și prin efect emoțional direct contribuind la gradientul social din sănătate. Deși nu există cercetări românești care să ateste că acest mecanism funcționează în sistemul public de sănătate românesc, există o mare probabilitate ca această cale de producere a inegalităților în sănătate să funcționeze și pe teritoriul României dar să fi rămas încă neatestată de cercetări sistematice.

Există dovezi că **în societățile unde există relații litigioase între pacienți și personalul medical costurile pentru sănătate sunt semnificativ mai crescute fără o îmbunătățire asociată a calității actului medical sau al stării de sănătate al populației**. Spre exemplu, Statele Unite sunt date frecvent ca exemplu de societate litigioasă și cu un număr mare de procese de malpraxis comparativ cu alte țări OECD.<sup>89</sup> Rezolvarea litigiilor medicale la nivel de justiție a condus la practicarea unei medicini defensive cu costuri semnificativ crescute ale actului medical și neasociate cu o creștere a calității actului medical sau cu o îmbunătățire a stării de sănătate a populației.<sup>89 90</sup> Este cunoscut că Statele Unite sunt pe primul loc în lume în privința cheltuielilor medicale cu 6102 dolari pe cap de locuitor față de media OECD de 2500 dolari pe cap de locuitor,<sup>91</sup> dar printre ultimile țări din rândul OECD în ce privește speranța de viață la naștere.<sup>92</sup> Toate aceste practici defensive conduc, în schimb, la scăderea calității actului medical în special pentru grupurile sociale defavorizate. Deși nu există cercetări românești care să ateste existența mecanismului de producere a gradientului social în sănătate în țara noastră, situația conflictuală promovată în ultimii ani în jurul personalului medical ne îndreptățește să credem că mai degrabă fenomenul nu este studiat decât că nu ar exista. O finanțare publică adecvată și focalizată spre grupurile sociale defavorizate ar putea conduce implicit și la o creștere a încrederii acestora în furnizorii de servicii medicale și implicit a stării de sănătate a acestor grupuri populaționale.

Este important ca în acest moment să stabilim limitele argumentului nostru. Argumentul nostru nu este îndreptat împotriva politicilor de implementare a tehnologiilor informaționale sau al dezvoltării ghidurilor de practică ca elemente de creștere a calității serviciilor medicale și de păstrare a costurilor în limite acceptabile. Mai degrabă, argumentăm că prin existența unei finanțări corespunzătoare a sistemului public de sănătate aceste demersuri tehnologice ar putea fi extinse de la instrumente de control al costurilor cum se întâmplă în prezent, la instrumente de creștere a calității actului medical. Spre exemplu, o finanțare corespunzătoare ar permite atât spitalelor, cât și cabinetelor de specialitate din ambulator sau cele ale medicilor de familie să achiziționeze sau să dezvolte sisteme IT expert care să le permită o practică bazată pe dovezi dincolo de colectarea datelor de interes pentru sistemul de asigurări în vederea menținerii costurilor serviciilor medicale. În acest fel se va schimba rolul sistemelor IT în sistemul public românesc, de la situația actuală unde tehnologia este utilizată *pentru a exclude cetățenii din grupurile sociale defavorizate* de la serviciile medicale publice, *la o creștere a calității actului medical specific pentru aceste grupuri sociale*, unde este cea mai mare nevoie de servicii medicale. Există dovezi că implementarea unor astfel de sisteme conduce la o îmbunătățire a stării de sănătate a populației prin implementarea practicilor bazate pe dovezi.<sup>10 93</sup> Există dovezi că în organizațiile medicale unde au fost implementate sisteme expert gradientul social în sănătate a scăzut în special prin creșterea măsurilor preventive pentru aceste grupuri care au condus la reducerea duratei de spitalizare.<sup>94</sup>

De asemenea, este important să specificăm că argumentul nostru nu promovează responsabilitatea socială pentru sănătatea publică în detrimentul responsabilității individuale pentru propria sănătate. Mai degrabă noi argumentăm că promovarea responsabilității individuale pentru sănătate trebuie să constituie un sprijin pentru responsabilitatea socială. În opoziție cu opinia exprimată de Ministerul Sănătății, unde nivelul în creștere de cunoștințe despre sănătate al populației este văzut drept un pericol în calea reformării sistemului sanitar,<sup>24</sup> noi considerăm că intervenții care să crească nivelul de cunoștințe ale cetățenilor ar fi o cale importantă de promovare a responsabilității individuale a cetățenilor pentru propria lor sănătate. Spre exemplu, o finanțare corespunzătoare a sistemului public de sănătate ar permite implementarea de politici tip “pacient expert”<sup>27 95</sup> precum în Marea Britanie, Suedia sau alte țări ale Uniunii Europene care să promoveze aptitudinile pacienților de a avea grijă de propria lor sănătate. Există dovezi că într-o oarecare măsură programele de acest tip au contribuit la îmbunătățirea stării de sănătate a populației.<sup>96</sup> Dar în egală măsură **promovarea responsabilității individuale nu trebuie asociată cu descreșterea responsabilității sociale pentru sănătatea publică.** În mod evident, toate demersurile politice, sociale și tehnologice impuse de promovarea sănătății publice în contextul unei societăți moderne nu pot face obiectul responsabilității individuale pentru propria sănătate.

Desigur, s-ar putea construi un argument care să susțină că o asemenea politică de sănătate ar putea conduce la o scădere economică semnificativă prin creșteri importante ale costurilor sănătății. Argumentăm că în fapt această politică sanitară ar contribui în egală măsură la promovarea sănătății publice cât și la dezvoltarea economică a țării. **Există dovezi că îmbunătățirea stării de sănătate a populației contribuie la creștere economică printr-un impact pozitiv asupra dezvoltării capitalului uman.**<sup>97-99</sup> Deși în mod tradițional educația era considerată principalul determinant al capitalului uman,<sup>99</sup> studii recente au arătat că starea de sănătate a populației are un impact semnificativ asupra productivității muncii. Persoanele sănătoase sunt mai robuste mental și fizic, mai productive, capabile să câștige mai mult și sunt mai puțin predispuse să lipsească de la serviciu datorită bolilor.<sup>98</sup> Pe lângă aceste dovezi microeconomice există studii care arată un impact direct al stării de sănătate asupra dezvoltării macro-economice a societăților. De exemplu, Bloom et al<sup>97</sup> a demonstrat că un câștig de un an la nivelul speranței medii de viață este asociat cu o creștere a produsului intern brut de 4% în țara unde acea creștere a speranței de viață a avut loc. Acești autori au argumentat că această creștere economică este suficient de semnificativă pentru a justifica o creștere a cheltuielilor pentru sănătate numai pentru efectul sănătății asupra productivității muncii și aparte de efectul acestor investiții în sănătate asupra sănătății și bunăstării cetățenilor.

Există studii care arată ca **există o asociere semnificativ pozitivă între influxul de investiții străine directe și starea de sănătate a populației** în special în țările în curs de dezvoltare. De exemplu, Alsan et al<sup>100</sup> a arătat că o creștere cu un an a speranței medii de viață într-o țară atrage după sine o creștere de aproximativ 9% a fluxului de investiții străine directe în acea țară, creând oportunități semnificative de dezvoltare economică. Nu în ultimul rând, prin focalizarea finanțării publice din sănătate asupra grupurilor populaționale defavorizate social, această creștere economică ar avea un impact asupra scăderii inegalităților sociale și economice dintre grupurile sociale.<sup>98</sup> Această scădere a inegalităților socio-economice pe tot spectrul social poate avea un impact direct, și separat de îmbunătățirea stării de sănătate prin efectul serviciilor medicale primite de aceste grupuri, atât asupra nivelului de sănătate al populației cât și asupra dezvoltării economice. Aceasta s-ar datora creșterii nivelului de capital social la nivel social ca efect al solidarității dintre cetățeni. Este cunoscut că țările cu inegalități socio-economice mici au nivel mai crescut de capital social și coeziune socială care în schimb sunt asociate cu o stare de sănătate mai bună a populației pe ansamblu<sup>101</sup> și cu un nivel de creștere economică mai mare.<sup>98</sup>

Desigur politicile de sănătate nu trebuie să se oprească la poarta sistemului public de sănătate. În cea de-a doua secțiune a acestei lucrări sănătatea populației nu este determinată numai de calitatea serviciilor medicale ci de mulți alți determinanți sociali, dintre care cei mai mulți se află în afara sistemelor de sănătate, dar influențează major performanța sistemelor sanitare. Astfel, sănătatea

publică trebuie să facă obiectul tuturor politicilor publice. De exemplu, schimbări în legislația muncii în sensul creșterii nivelului de control al angajaților asupra muncii ar putea crește starea de sănătate a populației. În a doua secțiune a acestei lucrări am arătat că lipsa de control asupra muncii este asociată cu importante inegalități de sănătate între grupurile sociale și că persoanele cu un control mai scăzut asupra muncii au o încărcătură de morbiditate mai mare prin boli cardiovasculare, diabet, cancer sau boli mentale.<sup>35</sup> O legislație care să contribuie la creșterea controlului angajaților asupra muncii ar contribui și la descreșteri semnificative ale gradientului social în sănătate.

Aceast fapt este semnificativ, pentru că **în România au existat argumente că legislația muncii ar trebui să favorizeze angajatorii în detrimentul angajaților pentru a promova creșterea economică.** Prin contrast, **noi argumentăm că o legislație a muncii care ar crește controlul angajaților asupra muncii poate să contribuie și la creștere economică.** Există studii care arată că implicarea angajaților în decizii la locul de muncă crește în egală măsură și productivitatea economică a acestora, promovând astfel și interesele economice ale angajatorilor.<sup>102</sup> În același mod ca și politicile de finanțare publică a sistemului sanitar, o politică ocupațională adecvată ar putea crește oportunitățile de sănătate și economice pe tot spectrul social, evitând discriminarea socială.

De asemenea, **politicile din domeniul educației și cercetării ar putea contribui semnificativ la îmbunătățirea stării de sănătate al populației** și la scăderea gradientului social în sănătate. Spre exemplu, politici educaționale focalizate pe scăderea gradientului social în educație ar contribui în egală măsură la promovarea stării de sănătate a populației prin diminuarea gradientului social în sănătate prin mecanismele descrise anterior. În plus, cercetarea serviciilor de sănătate ar trebui să contribuie major la informarea politicilor publice din sănătate. În timpul elaborării acestui raport a devenit evident că există o lipsă de date care să informeze politicile de sănătate din România. Aceasta a făcut ca o parte din argumente noastre să fie dezvoltate prin analogie cu date din cercetări efectuate în alte societăți. Dezvoltarea unei cercetări sociale a serviciilor medicale și a sănătății publice pe ansamblu ar contribui la adaptarea locală a strategiilor de sănătate din România.

Desigur analiza noastră nu este în nici un fel exhaustivă, iar intervențiile destinate îmbunătățirii stării de sănătate a populației din România sunt mult mai numeroase și mai complexe decât cele pe care le-am analizat noi în acest raport. Intenția noastră a fost mai degrabă să argumentăm că este nevoie de o creștere a nivelului de responsabilitate socială pentru sănătatea publică și că prin aceasta nu se îmbunătățește numai starea de sănătate a populației, ci se crează și oportunități economice semnificative. În plus, prin focalizarea acestor politici spre punctele de intersecție dintre interesele de sănătate și economice ale societății, crearea acestor oportunități nu se realizează favorizând un grup social în detrimentul altor grupuri sociale. Mai mult, această abordare scoate în evidență că solidaritatea dintre cetățeni poate promova oportunitățile economice, de sănătate și educaționale din

societate și se evită discriminarea socială. Aceasta este așa pentru că prin astfel de politici există numai câștigători și nimeni nu pierde la nivelul consumatorilor, pentru că acest tip de politici stabilește o relație instrumentală între oportunitățile economice și de sănătate ale diferitelor grupuri sociale. Astfel, se evită nu numai discriminarea dar se promovează și coeziunea socială și astfel nivelul de capital social la nivelul societății. Acesta este un lucru semnificativ și care adaugă valoare atât în sănătate cât și economie dincolo de valoarea care se crează în mod direct prin promovarea sănătății. Acesta este un lucru semnificativ pentru România, deoarece exista dovezi că nivelul de capital social existent în societatea românească este semnificativ mai scăzut decât în celelalte țări din Uniunea Europeană.<sup>103</sup>

## Concluzii

În perioada postcomunistă România a parcurs importante reforme ale sistemului de sănătate publică trecând de la un sistem sanitar public centralizat de tip Semashko la un sistem de asigurări sociale de sănătate de tip Bismarkian bazat pe principiul solidarității sociale. Cu toate că aceste reforme au produs și efecte pozitive, acestea au produs **inegalități sociale în sănătate**. Aceasta s-a datorat unei focalizări preponderente a acestor politici asupra controlului costurilor serviciilor medicale ca element central de îmbunătățire a calității serviciilor medicale, dar cu persistența subfinanțării cronice a sistemului public de sănătate. Aceste efecte au fost urmarea înclinării balanței dinspre responsabilitatea socială pentru sănătatea publică spre responsabilitatea individuală pentru sănătate al politicilor sanitare din România. Aceste schimbări, care au promovat inegalități sociale în sănătate, reprezintă o îndepărtare de la politicile sanitare ale spațiului European. Cu toate acestea, impactul acestor inegalități asupra stării de sănătate a populației precum și rolul responsabilității sociale și individuale pentru sănătate nu au reprezentat un subiect de dezbatere publică sau de studiu sistematic de cercetare în societatea românească.

Este de necontestat faptul că determinanții sociali influențează starea de sănătate și că **trebuie pus accent pe implicațiile etice ale politicilor sanitare**. Din punctul de vedere al politicilor de sănătate este necesară o diferențiere între inegalitățile sociale în sănătate și inechitățile sociale în sănătate. Inechitățile sociale în sănătate sunt rezultatul unor aranjamente sociale și nu al alegerilor personale. Responsabilitatea socială trebuie să se focalizeze asupra eliminării acestor aranjamente sociale nedrepte care influențează negativ starea de sănătate publică.

**Trebuie revizuit conceptul de responsabilitate socială și individuală pentru sănătate** cu scopul de a identifica care este **balanța justă** dintre responsabilitatea socială și individuală care să fundamenteze politicile sanitare promovând în egală măsură starea de sănătate a populației cât și libertățile individuale. Evoluția conceptului de responsabilitate individuală și socială pentru sănătate arată că acest concept se bazează pe două înțelesuri: (a) datorie fie față de persoana proprie, fie față de

terți; și (b) capacitate a individului de a răspunde propriilor nevoi de sănătate. Responsabilitatea înțeleasă ca o capacitate de a răspunde nevoilor de sănătate este semnificativă pentru fundamentarea politicilor de sănătate deoarece face legătura dintre individuală și cea de oportunitate socială. Acest concept a produs o schimbare pragmatică în politicile sanitare, care au evoluat de la promovarea sănătății prin creșterea accesului la servicii medicale la promovarea sănătății prin toate politicile publice.

În final, argumentăm că este nevoie ca politicile de sănătate publică din România să își extindă nivelul responsabilitatii sociale pentru sănătatea populației. **Este nevoie de politici inter-sectoriale** care să vizeze atât organizarea și finanțarea sistemului public, cât și politicile din educație sau economie. Studiile de caz precum includerea persoanelor defavorizate la beneficiile sistemului de sănătate publică, schimbarea culturii litigioase din sistemul sanitar, dezvoltarea tehnologică a sistemului public de sănătate precum și armonizarea politicilor din sănătate cu alte politici publice arată că este nevoie de o nouă viziune în sistemul de sănătate românesc. Prin promovarea valorii adăugate în toate aceste domenii se va promova în egală măsură dreptatea socială, evitându-se discriminarea grupurilor defavorizate social.

## Referințe

1. Bara A-C, van den Heuvel WJA, Maarse JAM, van Dijk J, de Witte LP. Opinions on changes in the Romanian health care system from people's point of view: a descriptive study. *Health Policy* 2003;66(2):123-34.
2. Bara AC, van den Heuvel WJ, Maarse JA. Reforms of health care system in Romania. *Croat Med J* 2002;43(4):446-52.
3. Cockerham WC. *Health and social change in Russia and Eastern Europe*. New York: Routledge, 1999.
4. Healy J, McKee M, European Observatory on Health Care S. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
5. Friedman JR. The "social case": Illness, psychiatry, and deinstitutionalization in postsocialist Romania. *Med Anthropol Q* 2009;23(4):375-96.
6. Todorova I, Baban A, Alexandrova-Karamanova A, Bradley J. Inequalities in cervical cancer screening in Eastern Europe: perspectives from Bulgaria and Romania. *Int J Public Health* 2009;54(4):222-32.
7. Lewis M. Informal Payments And The Financing Of Health Care in Developing And Transition Countries. *Health Aff* 2007;26(4):984-97.
8. Antohi R, Ogescu C, Bistriceanu D, Stefan L, Dumitru S. Electronic Health Records (EHR) in PROMED platform in accordance with the Romanian legislative framework. *Stud Health Technol Inform* 2008;137:34-41.
9. Mihalas GI, Farcas DD, Lungeanu D, Focsa M. Building eHealth national strategies - the Romanian experience. *Stud Health Technol Inform* 2009;150:33-7.
10. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20(6):64-78.
11. McKee M, Balabanova D, Steriu A. A new year, a new era: Romania and Bulgaria join the European Union. *Eur J Public Health* 2007;17(2):119-20.
12. Nuti S, Vainieri M, Bonini A. Disinvestment for re-allocation: A process to identify priorities in healthcare. *Health Policy* 2009.
13. Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. Cross-National Comparisons Of Health Systems Using OECD Data, 1999. *Health Aff* 2002;21(3):169-81.
14. SAR. Intra sănătatea în coma? *Societatea Academica Romana* 2009; SAR POLICY BRIEF No. 44 (available: [http://www.sar.org.ro/files/412\\_Policy%20memo44.pdf](http://www.sar.org.ro/files/412_Policy%20memo44.pdf)).
15. Bank W. Gross national income per capita 2008, Atlas method and PPP. In: datastatistics wb, editor. available: <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>, 2009.
16. ROMÂNIA CPPAȘEPDDSPD. Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului. Raportul Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România. In: României P, editor. Bucharest: available: [http://www.presidency.ro/static/ordine/COMISIASĂNĂTATE/UN\\_SISTEM\\_SANITAR\\_CENTRAT\\_PE\\_NEVOILE\\_CETATEANUL\\_UI.pdf](http://www.presidency.ro/static/ordine/COMISIASĂNĂTATE/UN_SISTEM_SANITAR_CENTRAT_PE_NEVOILE_CETATEANUL_UI.pdf), 2008.
17. Anrei T, Mitrut C, Constantin DL, Oancea B. The Impact of Decentralization on Public Health System's Results. The Case of Romania. *Theoretical and applied economics*;10(539):17-22.
18. Kunst AE. Socioeconomic inequalities in health in Central and Eastern Europe: synthesis of results of eight new studies. *Int J Public Health* 2009;54(4):197-200.

19. Goesling B, Firebaugh G. The Trend in International Health Inequality. *Population and Development Review* 2004;30(1):131-46.
20. Ruta S, Cernescu C. Influence of social changes on the evolution of HIV infection in Romania. *Int J Environ Stud* 2008;65(4):501-13.
21. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *The Lancet* 2009;373(9661):399-407.
22. Radu P, Purcarea V, Popa F. The costs of the economic crisis in the health sector. *J Med Life* 2009;2(1):1-4.
23. Marphatia AA. The adverse effects of International Monetary Fund programs on the health and education workforce. *Int J Health Serv*;40(1):165-78.
24. Ministerul Sanatatii. Planul strategic al Ministerului sănătății Publice 2008-2010. available: <http://www.ms.ro/?pag=16> 2008.
25. Badcott D. The expert patient: valid recognition or false hope? *Med Health Care Philos* 2005;8(2):173-8.
26. Taylor D, Bury M. Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociol Health Illn* 2007;29(1):27-45.
27. Tyreman S. The expert patient: outline of UK government paper. *Med Health Care Philos* 2005;8(2):149-51.
28. Daniels N. Is there a right to health care and, if so, what does it encompass? In: Kuhse H, Singer P, editors. *A Companion to Bioethics*. Oxford: Blackwell, 1998:316-25.
29. Daniels N, Kennedy BP, Kawachi I. Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Daedalus* 1999;128(4):215-51.
30. Daniels N, Sabin J. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs* 1997;26(4):303-50.
31. Bärnighausen T, Sauerborn R. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Social Science & Medicine* 2002;54(10):1559-87.
32. van Ginneken E, Busse R, Gericke CA. Universal private health insurance in the Netherlands: The first year. *Journal of Management & Marketing in Healthcare* 2008;1(2):139-53.
33. Adler NE, Newman K, Ostrove JM. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(2):60-76.
34. Pearce N, Davey Smith G. Is social capital the key to inequalities in health? *Am J Public Health* 2003;93(1):122-9.
35. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365(9464):1099-104.
36. Marmot M. Inequalities in health. *N Engl J Med* 2001;345(2):134-6.
37. Kim D, Kawachi I. A multilevel analysis of key forms of community- and individual-level social capital as predictors of self-rated health in the United States. *J Urban Health* 2006;83(5):813-26.
38. Crawford SL, McGraw SA, Smith KW, McKinlay JB, Pierson JE. Do blacks and whites differ in their use of health care for symptoms of coronary heart disease? *Am J Public Health* 1994;84(6):957-64.
39. Derose KP, Escarce JJ, Lurie N, Buntin MB, Goldman D, Bao Y, et al. Immigrants and health care: sources of vulnerability. Use of physicians' services for Medicare beneficiaries. Socioeconomic and racial/ethnic differences in the discussion of cancer screening: "between-" versus "within-" physician differences Health care organizations' use of data on race/ethnicity to address disparities in health care. *Health Aff (Millwood)* 2007;26(5):1258-68.

40. Fiscella K, Franks P, Gold MR, Clancy CM. Inequality in Quality: Addressing Socioeconomic, Racial, and Ethnic Disparities in Health Care. *JAMA* 2000;283(19):2579-84.
41. Pincus T, Esther R, DeWalt DA, Callahan LF. Social Conditions and Self-Management Are More Powerful Determinants of Health Than Access to Care. *Ann Intern Med* 1998;129(5):406-11.
42. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Determinants of emergency department use: are race and ethnicity important? *Ann Emerg Med* 1996;28(6):677-82.
43. Bao Y, Fox SA, Escarce JJ. Socioeconomic and racial/ethnic differences in the discussion of cancer screening: "between-" versus "within-" physician differences. *Health Serv Res* 2007;42(3 Pt 1):950-70.
44. Nerenz DR, Hunt KA, Escarce JJ. Health care organizations' use of data on race/ethnicity to address disparities in health care. *Health Serv Res* 2006;41(4 Pt 1):1444-50.
45. Schillinger D, Barton LR, Karter AJ, Wang F, Adler N. Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes. *Public Health Rep* 2006;121(3):245-54.
46. Kuper H, Marmot M, Hemingway H. Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Semin Vasc Med* 2002;2(3):267-314.
47. Singh-Manoux A, Pickett KE, Marmot M. Role of socialization in explaining social inequalities in health. (0277-9536 (Print)).
48. Wilkinson RG, Pickett KE. The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others. *Soc Sci Med* 2007;Nov(65 (9)):1965 - 78.
49. Kim D, Kawachi I, Yip W, Subramanian SV, Mitchell AD, Lee DT, et al. U.S. state-level social capital and health-related quality of life: multilevel evidence of main, mediating, and modifying effects. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China. multilevel analysis of key forms of community- and individual-level social capital as predictors of self-rated health in the United States Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review. *Ann Epidemiol* 2007;17(4):258-69.
50. Bonds DE, Camacho F, Bell RA, Duren-Winfield VT, Anderson RT, Goff DC. The association of patient trust and self-care among patients with diabetes mellitus. *BMC Fam Pract* 2004;5:26.
51. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior* 2007;31:S19-S26.
52. Marmot M. Income inequality, social environment, and inequalities in health. *J Policy Anal Manage* 2001;20(1):156-9.
53. Ishizaki M, Martikainen P, Nakagawa H, Marmot M. Socioeconomic status, workplace characteristics and plasma fibrinogen level of Japanese male employees. *Scand J Work Environ Health* 2001;27(4):287-91.
54. Kickbusch I. From charity to rights: proposal for five action areas of global health.(Editorial). *Journal of Epidemiology & Community Health* 2004;58(8):630(2).
55. Gregorio DI, Walsh SJ, Paturzo D. The effects of occupation-based social position on mortality in a large American cohort. *Am J Public Health* 1997;87(9):1472-5.
56. Wilkinson RG. Inequalities and health. *Lancet* 1994;343(8896):538.
57. Wilkinson RG, Marmot M. Income distribution and life expectancy. Inequalities and health Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *Bmj* 1992;304(6820):165-8.
58. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *Bmj* 2000;320(7243):1200-4.

59. Syme SL. Social and Economic Disparities in Health: Thoughts about Intervention doi:10.1111/1468-0009.00100. *The Milbank Quarterly* 1998;76(3):493-505.
60. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *Bmj* 2001;322(7296):1233-6.
61. Shavers VL, Shavers BS. Racism and health inequity among Americans. *J Natl Med Assoc* 2006;98(3):386-96.
62. Marmot M. Inequalities in Health. *N Engl J Med* 2001;345(2):134-36.
63. Sen A. Why health equity? *Health Econ* 2002;11(8):659-66.
64. Sen AK. *Inequality reexamined*. New York Oxford [England]: Russell Sage Foundation ; Clarendon Press, 1992.
65. Sen AK. *Development as freedom*. 1st. ed. New York: Knopf, 1999.
66. Ruger JP. Health and social justice. *Lancet* 2004;364(9439):1075-80.
67. Syme SL. Social and economic disparities in health: thoughts about intervention. *Milbank Q* 1998;76(3):493-505, 306-7.
68. Guttman N, Ressler WH. On being responsible: ethical issues in appeals to personal responsibility in health campaigns. *J Health Commun* 2001;6(2):117-36.
69. Minkler M. Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at Century's End. *Health Educ Behav* 1999;26(1):121-41.
70. Glannon W. Responsibility, alcoholism, and liver transplantation. *J Med Philos* 1998;23(1):31-49.
71. Glannon W. Responsibility and priority in liver transplantation. *Camb Q Healthc Ethics* 2009;18(1):23-35.
72. Buetow S, Elwyn G. Are patients morally responsible for their errors? *J Med Ethics* 2006;32(5):260-2.
73. Sachs L. Causality, responsibility and blame - core issues in the cultural construction and subtext of prevention. *Sociology of Health & Illness* 1996;18(5):632-52.
74. Dworkin G. Voluntary health risks and public policy. 1. Taking risks, assessing responsibility. *Hastings Cent Rep* 1981;11(5):26-31.
75. Veatch RM. Voluntary risks to health. The ethical issues. *JAMA* 1980;243(1):50-5.
76. Callahan D. Preventing disease, creating society. *Am J Prev Med* 1986;2(4):205-8.
77. Gimeno D, Tabak AG, Ferrie JE, Shipley MJ, De Vogli R, Elovainio M, et al. Justice at Work and Metabolic Syndrome: the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 2009.
78. Kickbusch I. Innovation in health policy: respondign to the health society. *Gaceta Sanitaria* 2007;21:338-42.
79. Ruger JP. Social risk management--reducing disparities in risk, vulnerability and poverty equitably. *Med Law* 2008;27(1):109-18.
80. Colagiuri R, Colagiuri S, Yach D, Pramming S. The answer to diabetes prevention: science, surgery, service delivery, or social policy? *Am J Public Health* 2006;96(9):1562-9.
81. WHO. *Innovative care for chronic conditions : building blocks for action, global report*. Geneva :: World Health Organization,, 2002.
82. Yach D. Globalization and Health: Exploring the opportunities and constraints for health arising from globalization. *Global Health* 2005;1(1):2.
83. Yach D, Leeder SR, Bell J, Kistnasamy B. Global chronic diseases. *Science* 2005;307(5708):317.
84. Yach D, Stuckler D, Brownell KD. Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. *Nat Med* 2006;12(1):62-6.

85. Coleman JS. Social Capital în the Creation of Human Capital. *The American Journal of Sociology* 1988;94:S95-S120.
86. Beauchamp DE, Steinbock B, editors. *New ethics for the public's health*. New York ; Oxford: Oxford University Press, 1999.
87. Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *Jama* 2004;291(21):2616-22.
88. Ministerul Sanatatii. Concedii medicale doar pentru cei care sunt, într-adevăr, bolnavi. Comunicat de presa. available:<http://www.ms.ro/?pag=62&id=8186&pg=1> 2010.
89. Anderson GF, Hussey PS, Frogner BK, Waters HR. Health Spending în The United States And The Rest Of The Industrialized World. *Health Aff* 2005;24(4):903-14.
90. Satel S, Klick J. The Institute of Medicine report: too quick to diagnose bias. *Perspectives în Biology and Medicine* 2005;48(1):S15(11).
91. Comanor WS, Frech HE, 3rd, Miller RD, Jr. Is the United States an outlier în health care and health outcomes? A preliminary analysis. *Int J Health Care Finance Econ* 2006;6(1):3-23.
92. Berkman LF. Social epidemiology: social determinants of health în the United States: are we losing ground? *Annu Rev Public Health* 2009;30:27-41.
93. Bergeson SC, Dean JD. A systems approach to patient-centered care. *Jama* 2006;296(23):2848-51.
94. Franks P, Fiscella K. Reducing Disparities Downstream: Prospects and Challenges. *J Gen Intern Med* 2008.
95. Lorig K. Partnerships between expert patients and physicians. *Lancet* 2002;359(9309):814-5.
96. Bodenheimer T. Helping patients improve their health-related behaviors: what system changes do we need? *Dis Manag* 2005;8(5):319-30.
97. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach. *World Development* 2004;32(1):1-13.
98. Deaton A. Health, Inequality, and Economic Development. *Journal of Economic Literature* 2003;41(1):113-58.
99. Weil DN. Accounting for The Effect of Health on Economic Growth\*. *Quarterly Journal of Economics* 2007;122(3):1265-306.
100. Alsan M, Bloom DE, Canning D. The effect of population health on foreign direct investment inflows to low- and middle-income countries. *World Development* 2006;34(4):613-30.
101. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 2006;62(7):1768-84.
102. Chen G, Kirkman BL, Kanfer R, Allen D, Rosen B. A multilevel study of leadership, empowerment, and performance în teams. *Journal of Applied Psychology* 2007;92(2):331-46.
103. Pichler F, Wallace C. Patterns of Formal and Informal Social Capital în Europe. *Eur Sociol Rev* 2007;23(4):423-35.