

EGALITATEA DE ȘANSE ȘI SĂNĂTATEA

EMILIAN M. DOBRESCU*
DANIELA-SORINA ALBEANU

ABSTRACT

EQUALITY OF CHANCES AND HEALTH

Equality of chances is a major aim for humanity. Having a dynamic conceptualization, equalizing chances poses problems of acceptance on the part of certain socio-professional categories. Solving aspects like discrimination according to certain criteria, marginalization and social exclusion, is the task of the government, agencies and institutions set in the legislation. This work studies the way in which the problems related to health interfere with the legislation on the equality of chances between men and women, on the one hand (gender policies), and disabled people on the other hand.

1. INTRODUCERE

Nu putem vorbi de egalitate de șanse înainte de a cunoaște cuprinderea corectă a elementelor puse în balanță. Din acest motiv, vom relua principalele inegalități clasice și recente, generate de fenomenul globalizării și vom inventaria principala terminologie utilizată la nivel național în domeniul politicilor publice, inclusiv cele referitoare la sănătate. Apoi, ne vom referi la egalitatea de șanse între bărbați și femei, referitor la accesul la serviciile de sănătate, la sensul egalizării șanselor pentru persoanele cu handicap, iar în final la rezultatele barometrului politicilor publice privind egalitatea șanselor.

O serie de grupuri sociale nu au acces la serviciile de sănătate: familiile dezorganizate, familiile cu mulți copii, populația de etnie romă, persoanele care locuiesc în zone rurale izolate și nu au resursele financiare necesare pentru a accesa serviciile medicale mai organizate din mediul urban, șomerii și persoanele fără un venit constant, vârstnicii și persoanele fără locuință.

* Address correspondence to Emilian M. Dobrescu: Academia Română, Calea Victoriei nr. 120, sector 1, București, e-mail: dobrescu@acad.ro

Rezultatele se confirmă și în privința personalului special care activează în domeniul serviciilor de sănătate.

2. DELIMITĂRI TERMINOLOGICE

Sistemul de sănătate moștenit din perioada comunistă¹ se caracteriza printr-o acoperire teritorială ridicată și gratuitatea serviciilor de asistentă medicală pentru cei care lucrau în sistemul de stat și cooperatist; în schimb, cu anumite excepții, medicamentele pentru tratament ambulatoriu nu erau suportate de către sistemul public. În perioada tranziției, mai mulți factori au contribuit la deteriorarea sistemului de sănătate, cum ar fi: finanțarea la niveluri scăzute a sistemului, lipsa unui sistem de asigurări de sănătate eficient, tehnologie învechită, salarii scăzute, corupție, acces limitat la servicii și medicamente de calitate.

Din punct de vedere științific, se face distincție între sănătate și stare de sănătate. Sănătatea este definită de către Organizația Mondială a Sănătății² ca: „o stare de bine, completă din punct de vedere fizic, mental și social, și nu numai absența bolii sau infirmității”. Așa cum observă și C. Doboș (2005), sănătatea individului depinde de calitatea vieții, deci inclusiv de calitatea serviciilor de sănătate, care include și consiliere psihologică și asistare socială, servicii la domiciliul pacientului, servicii medico-sociale eficiente pentru persoane cu dizabilități sau alte probleme medico-sociale. Este normal ca, pentru un individ, grup de indivizi sau populație, să intereseze starea de sănătate (evaluată prin indicatori de sănătate: cantitativi și calitativi). Etapele de la sănătate la deces sunt, conform Marcu (2002): disconfort, boală, incapacitate, invaliditate. Consecințele bolii pot, astfel, fi descrise prin: deficiență, dizabilitate și handicap.

Prin *deficiență* (eng. *impairment*) se exprimă absența, pierderea sau alterarea unei structuri ori funcții (anatomice, fiziologice sau psihologice), generată de boala, accidente, dar și de condiții inadecvate dezvoltării personalității individului.

Dizabilitatea sau *incapacitatea* însumează un număr de limitări funcționale. Aceasta poate fi cauzată de deficiențe (fizice, senzoriale sau intelectuale), de condiții de sănătate (boli mintale/neuropsihice) sau de mediu. Incapacitățile pot fi permanente sau temporare, reversibile sau ireversibile, progresive sau regresive. Datorită cauzalității deficiență-incapacitate, pentru unele boli se pot elabora strategii de prevenire (de exemplu: vaccinarea).

Handicapul este expresia dezavantajului social rezultat din pierderea ori limitarea șanselor unei persoane de a lua parte la viața comunității, la un nivel

¹ După 1989, a avut loc o explozie a costului medicamentelor și o restrângere a gamei de produse la prețuri scăzute. În mare măsură, aceste fenomene, care au îngreunat accesul la servicii de sănătate pentru cel mai sărac segment al populației, au fost provocate de liberalizarea completă a importului de medicamente care au înlocuit produsele cu o calitate dar și un preț mai scăzute. Procedurile inadecvate de achiziție și de prescriere a medicamentelor au avut un rol important. S-au făcut investiții importante în tehnologia modernă, totuși încă insuficiente.

² OMS, *Men, Ageing and Health*, http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf, p. 10.

echivalent cu ceilalți membri ai acesteia. În general, acest dezavantaj este rezultatul unei incapacități, dizabilități, iar handicapul descrie interacțiunea dintre persoana cu dizabilitate și mediu.

OMS a identificat patru grupe de determinanți ai stării de sănătate: macroeconomici, cu pondere peste 50%, factori de mediu, factori socio-demografici și factori educaționali. Unul dintre determinanții direcți este accesul la îngrijiri de sănătate (dar serviciile medicale influențează starea de sănătate doar cu o pondere de 15–20%) care trebuie să fie permis tuturor membrilor societății, fără discriminare, conform Mincă și Marcu (2004). Această idee este compatibilă cu principiul egalizării șanselor. *Egalizarea șanselor* reprezintă un proces prin care diversele sisteme ale unei societăți și componentele mediului de viață sunt puse la dispoziția tuturor, inclusiv a persoanelor cu deficiențe. Totuși, pentru persoanele fără deficiențe, egalizarea șanselor înseamnă și dreptul la „un pahar”, respectiv „o țigară”, fără de care o parte a populației nu se poate considera „om complet”.

În perioada tranziției, starea de sănătate a populației a continuat să se deprecieze, din cauza combinării mai multor factori (nespecificați, în mod explicit, în studiul menționat):

– *creșterea masivă a sărăciei*³, însoțită adesea de scăderea dramatică a accesului la o alimentație minimă sănătoasă, la utilități publice (ca urmare a debranșării de la sistemul de încălzire sau, mai frecvent, de la sistemul de distribuire a apei calde), degradarea condițiilor de locuit și scăderea accesului la serviciile de sănătate.

– *dificultățile din procesul de restructurare a sistemului de servicii de sănătate* (câte partide politice, atâtea soluții).

– *proces de dezagregare socială* cu efecte negative asupra stilului sănătos de viață: consumul de tutun, de alcool și mai recent, de droguri (datorită accesului cât mai larg la aceste produse – după 1990). Ar trebui remarcat interesul constant al populației pentru produse care dăunează grav sănătății (tutun, alcool etc.).

Ca rezultat al acestor factori, ponderea populației vulnerabile din punct de vedere al stării de sănătate este încă ridicată⁴, o ilustrare constituind-o: mortalitatea

³ Incidența TBC în România este mult mai ridicată decât în țările UE. Pe lângă sărăcie, printre motivele proliferării TBC mai pot fi menționate și excluziunea socială, lipsa igienei și imposibilitatea accesului la facilitățile moderne pentru populația săracă.

⁴ Accesul la asistența medicală este dificil pentru un segment mare de rromi, de exemplu, ca urmare a izolării fizice/geografice a comunităților rrome și ca urmare a faptului că o mare parte din populația rromă nu are asigurări de sănătate și chiar acte de identitate. În ceea ce privește accesul la mijloacele moderne de planificare familială, acesta este foarte scăzut; în completarea barierelor menționate mai sus, mai există și aspecte legate de cultura tradițională a unei părți a populației rromă, care, practice, împiedică femeile rrome să apeleze la acest tip de servicii medicale. O problemă pe ansamblul populației, dar în special pentru rromi este faptul că proporția copiilor născuți de mame tinere este foarte mare.

ridicată, nivelul scăzut al speranței de viață și al speranței de viață sănătoasă⁵ (cu 13 ani mai scăzut decât cel al speranței de viață), rata ridicată de morbiditate și mortalitate infantilă⁶.

De asemenea, promovarea instituției medicului de familie nu a înlocuit în mod eficace oferta de servicii de sănătate la nivel teritorial. Trecerea la sistemul bazat pe liste de pacienți a diminuat componenta comunitară de servicii de sănătate, iar medicii s-au orientat către grupurile sociale cu standard economic ridicat, contribuind și mai mult la agravarea stării de sănătate a populației sărace.

3. EGALITATEA DE ȘANSE ȘI TRATAMENT ÎNTRE BĂRBAȚI ȘI FEMEI

Cea mai dezvoltată componentă a sistemului egalității de șanse o reprezintă egalitatea de șanse între femei și bărbați, care beneficiază de suport legislativ și instituții speciale (ANES⁷, CONES⁸, COJES⁹). Astfel, prin *egalitate de șanse și de tratament între femei și bărbați*, se înțelege luarea în considerare a capacităților, nevoilor și aspirațiilor diferite ale persoanelor de sex masculin și, respectiv, feminin și tratamentul egal al acestora (art. 1, alineatul 2¹⁰). Suportul legislativ este oferit de Legea nr. 202 din 25 martie 2002 (republicată și actualizată¹¹), care extinde egalitatea în drepturi, promovată de articolul 16 din Constituția României¹². Astfel, sunt reglementate măsurile pentru promovarea egalității de șanse între femei și bărbați, în vederea eliminării discriminării directe și indirecte după criteriul de sex, în toate sferele vieții publice din România. Domeniile vizate de măsurile pentru promovarea egalității de șanse între femei și bărbați și pentru eliminarea discriminării directe și indirecte după criteriul de sex sunt: domeniul muncii; educație; sănătate; politică; cultură și informare; participarea la decizie, furnizării și accesului la bunuri și servicii, și alte domenii, reglementate prin legi specifice.

Nu sunt considerate discriminare situațiile descrise prin: a) măsurile speciale prevăzute de lege pentru protecția maternității, nașterii și alăptării; b) acțiunile pozitive pentru protecția anumitor categorii de femei sau bărbați;

⁵ S-a înregistrat o tendință de creștere a speranței de viață, până la nivelul mediu de 71,0 ani în 2003, cu 1,4 ani mai ridicat decât la începutul tranziției, dar în continuare scăzut atât față de media UE – 15 (80,3 ani), cât și față de țările UE – 25 (78,8 ani).

⁶ Nivelul mortalității post-neonatale este de aproape 6 ori mai ridicat decât media din Uniunea Europeană. Valoarea este mult mai ridicată în mediul rural, ceea ce ilustrează condițiile sanitare precare în care se nasc copiii din unele zone rurale defavorizate. Rata mortalității maternale este în scădere, dar România se află în continuare printre țările din Europa cu cele mai ridicate valori ale ratei mortalității maternale.

⁷ Agenția Națională pentru Egalitatea de Șanse între femei și bărbați.

⁸ Comisia Națională în domeniul egalității de șanse între femei și bărbați.

⁹ Comisia județeană (Comisia municipiului București) în domeniul egalității de șanse între femei și bărbați.

¹⁰ Legea nr. 202/2002, „Monitorul Oficial”, nr. 301, 8 mai 2002.

¹¹ Legea nr. 340/2006, „Monitorul Oficial”, nr. 642, 25 iulie 2006.

¹² *Constituția României* (2003), <http://www.constitutia.ro/>

c) o diferență de tratament bazată pe o caracteristică de sex, când, datorită naturii activităților profesionale specifice avute în vedere sau a cadrului în care acestea se desfășoară, constituie o cerință profesională autentică și determinată, atât timp cât obiectivul e legitim și cerința proporțională.

Articolul 10 din legea citată se referă la situațiile de graviditate și maternitate. Astfel: „maternitatea nu poate constitui un motiv de discriminare” și „orice tratament mai puțin favorabil aplicat unei femei, legat de sarcină sau de concediul de maternitate, constituie discriminare”. De asemenea, „este interzis să i se solicite unei candidate, în vederea angajării, să prezinte un test de graviditate și să semneze un angajament că nu va rămâne însărcinată sau că nu va naște pe durata de valabilitate a contractului individual de muncă”. Trebuie remarcat că există și excepții, și anume „acele locuri de muncă interzise femeilor gravide și/sau care alăptează, datorită naturii ori condițiilor particulare de prestare a muncii”. Referitor la întreruperea contractului de muncă, „concedierea nu poate fi dispusă pe durata în care: a) femeia salariată este gravidă sau se află în concediu de maternitate; b) angajatul se află în concediu de creștere și îngrijire a copilului în vârstă de până la 2 ani, respectiv 3 ani, în cazul copilului cu handicap”. Totuși, este permisă „concedierea pentru motive ce intervin ca urmare a reorganizării judiciare sau a falimentului angajatorului, în condițiile legii”. La finalizarea „concediului de maternitate sau a concediului de creștere și îngrijire a copilului în vârstă de până la 2 ani, respectiv 3 ani în cazul copilului cu handicap, salariața/salariatul are dreptul de a se întoarce la ultimul loc de muncă sau la un loc de muncă echivalent, având condiții de muncă echivalente și, de asemenea, de a beneficia de orice îmbunătățire a condițiilor de muncă la care ar fi avut dreptul în timpul absenței”. Referitor la educație, art. 15, alin. 5, afirmă: „Este interzis să se solicite candidatelor, la orice formă de învățământ, să prezinte un test de graviditate și/sau să semneze un angajament că nu vor rămâne însărcinate sau că nu vor naște pe durata studiilor”. Referitor la domeniul sănătății, egalitatea de șanse este exprimată prin articolele 17 și 18 din legea citată: „Este interzisă orice formă de discriminare bazată pe criteriul de sex, în ceea ce privește accesul femeilor și bărbaților la toate nivelurile de asistență medicală și la programele de prevenire a îmbolnăvirilor și de promovare a sănătății” (art. 17) și „Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București sunt responsabile pentru aplicarea măsurilor de respectare a egalității de șanse și de tratament între femei și bărbați în domeniul sănătății, în ceea ce privește accesul la serviciile medicale și calitatea acestora, precum și sănătatea la locul de muncă” (art. 18).

ANES este înființată ca urmare a articolului 24, alineatul 1, din legea 340/2006. Conform art. 26, alin. 1, în realizarea obiectivelor (prevăzute de art. 25), ANES îndeplinește atribuții specifice, din care extragem următoarele: propune Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei¹³ proiecte de acte normative,

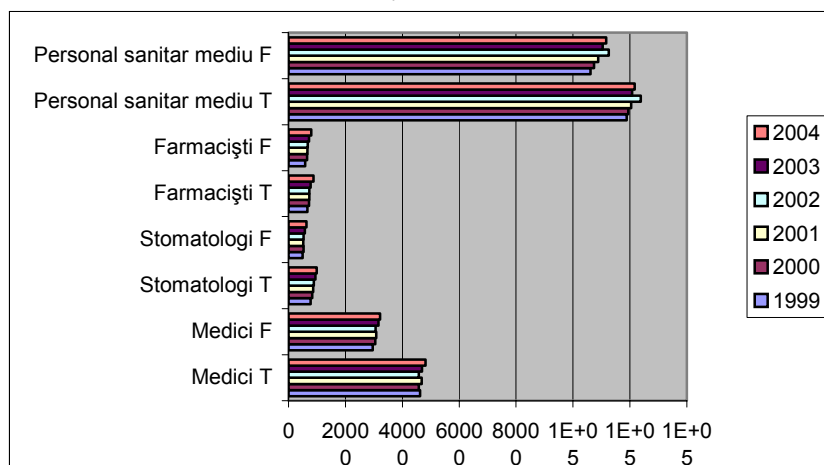
¹³ Astăzi numit Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse, cu rol de sinteză și de coordonare a aplicării strategiei și politicilor Guvernului României în domeniile: muncii, familiei, egalității de șanse și protecției sociale.

planuri naționale de acțiune pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați și asigură aplicarea acestora; avizează, prin intermediul Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei (vezi nota de mai sus), proiectele de acte normative, inițiate de alte autorități, în vederea integrării și respectării principiului egalității de șanse și de tratament între femei și bărbați, elaborează rapoarte, studii, analize și prognoze independente, privind aplicarea principiului egalității de șanse și de tratament între femei și bărbați, în toate domeniile de activitate; urmărește, împreună cu instituțiile și autoritățile publice responsabile, aplicarea și respectarea prevederilor tratatelor și convențiilor internaționale la care România este parte, în domeniul drepturilor omului și al egalității de șanse etc. Trebuie menționat că art. 32 din legea 202, actualizată, a generat înființarea CONES și COJES.

Conform studiului Agenției pentru Politici Guvernamentale¹⁴, aproape întodeauna, unei femei, mame singure, unei șomere, unei pensionare, unei rrome și unei văduve îi este mai greu să se descurce decât unui bărbat, unui tată singur, unui șomer, unui pensionar, unui rrom și unui văduv, respectiv. De asemenea, același studiu arată că următoarele domenii ar funcționa mai bine dacă ar fi conduse de femei: asistență socială, învățământ, sănătate, familie și cultură, că este corect ca femeile să se pensioneze mai devreme ca bărbații, iar persoanele de peste 40 de ani, cele cu dizabilități și rromii întâmpină mai multe greutăți la angajare.

În privința personalului medical (medici, stomatologi, farmaciști, personal sanitar mediu), personalul feminin (*F) reprezintă peste jumătate din total (*T), după cum rezultă din graficul de mai jos.

Graficul nr. 1



¹⁴ Barometrul Politicilor Publice, 2006, decembrie, Agenția pentru strategii guvernamentale, http://www.publicinfo.ro/library/sc/bpp_ii.pdf

În privința domeniului sănătății, articolul 38 afirmă: „Ministerul Sănătății Publice, celelalte ministere și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie asigură, prin direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, respectiv structurile similare ale acestor direcții, aplicarea măsurilor de respectare a egalității de șanse și de tratament între femei și bărbați în domeniul sănătății, în ceea ce privește accesul la serviciile medicale și calitatea acestora, precum și sănătatea la locul de muncă”.

Un aspect important, ce merită menționat, este cel specificat prin art. 40, care cere ca Institutul Național de Statistică să sprijine activitatea și să colaboreze cu ANES pentru dezvoltarea statisticii de gen și pentru implementarea în România a indicatorilor de gen promovați de Comisia Europeană.

Referitor la egalizarea șanselor la nivelul grupurilor de indivizi sau a societăților, trebuie să luăm în considerare accentuarea inegalităților clasice (economice, sociale, politice și culturale), precum și diversificarea inegalităților recente (moduri de reprezentare a sinelui individual pe scena socială), conceptualizate de L. Vlăsceanu (2007). Evident, inegalitățile recente nu sunt independente de cele clasice, este suficient să reflectăm la: starea de sărăcie, marginalizare, excludere socială, inegalitatea dintre dominanți și dominați, inegalitatea dintre „socializatori” și însingurați sau izolați, scindarea dintre intelectualii autentici și „baronii” prezentului. Această accentuare face ca egalizarea șanselor la nivelul indivizilor să fie doar legiferată, dificultățile de implementare fiind generate, pe de o parte, de inegalitățile produse de globalizare și, pe de altă parte, de percepția fiecărui individ asupra propriei stări (ca interpretare subiectivă sau ca tradiție). Este suficient să ne referim la educație (școlile nu au aceeași „valoare” în toate localitățile și nici chiar în același oraș (dotare, corp profesoral, performanțe), se face o distincție majoră între învățământul de stat și cel particular (în defavoarea celui particular – în România, sau a celui de stat – în SUA), sănătate (clinicile cu același profil, de obicei, oferă servicii de calitate diferită, prin urmare, un pacient tratat într-o clinică „renumită” are șanse mai mari de supraviețuire decât unul tratat într-o clinică dintr-o regiune defavorizată), familie (în familia țărănească, de obicei, bărbatul este capul familiei și, deci, va lua deciziile) etc.

Introducerea sistemului de *asigurări de sănătate* (majoritar public) a reprezentat un pas important, dar subfinanțarea sistemului sanitar și alocarea fondurilor pe baza performanțelor obținute duce și la o mai mare diferențiere între clinicile (spitalele) consacrate și cele județene (dispensare comunale). Să fi fost mai bun un sistem de tip britanic, cu câteva clinici performante și liste de așteptare? Dacă ar avea loc o îmbunătățire masivă a calității vieții (pe componenta economică), atunci dubla asigurare: public-privat ar permite nu doar ca accesul la serviciile de sănătate să fie permis, ci și ca rezultatul tratamentului oferit pacientului să fie cu mult mai bun.

Totuși, starea de sănătate, pe ansamblu, a tins să se agraveze¹⁵; se înregistrează o scădere a acoperirii cu servicii de îngrijire medicală și cu personal medical (mai ales datorită migrației personalului medical spre alte locații din Europa). Unitatea de asistență socio-medicală reprezintă o facilitate medicală, care se ocupă de indivizii cu boli cronice, cu resurse insuficiente de asigurare a traiului, iar în celelalte situații este văzută ca asistență de urgență. Nivelul de satisfacție, în ceea ce privește modul în care sunt acordate serviciile medicale, este scăzut. Sistemul sanitar este perceput, de un sfert dintre cei care au apelat la serviciile medicale, ca ineficient și corupt, deși se recunoaște că sistemul corupției este întreținut și de către pacienți.

Polarizarea accesului la servicii de calitate este determinată și de creșterea decalajului în domeniul condițiilor materiale și în cel al tehnologiei (aceasta duce la o inegalitate a șanselor, după cum menționam mai sus). O serie de spitale și policlinici necesită de urgență modernizări și completări ale echipamentului medical.

Acordarea asistenței medico-sociale la domiciliu are loc deocamdată în mod izolat; în ciuda dezvoltării unei componente de asistență socială, mai ales în unitățile sanitare din orașele reședință de județ, încă nu există o relație funcțională stabilă între sistemul sanitar și familie.

Deși serviciile de planificare familială s-au dezvoltat susținut (cu eforturi semnificative din partea statului) și rata utilizării contraceptivelor a crescut de peste 3 ori, mai mult de jumătate dintre femeile de vârstă fertilă nu utilizează contraceptive sau utilizează metode tradiționale cu risc ridicat.

4. EGALIZAREA ȘANSELOR PERSOANELOR CU HANDICAP

Deocamdată, se pare că realizarea unor legi sau hotărâri de guvern (într-o manieră *bottom-up*), pentru diferite categorii sociale, constituie unica soluție în procesul de egalizare a șanselor. Dacă, referitor la egalitatea de șanse între bărbați și femei, acționează legea 202 și modificările acesteia, pentru persoanele cu handicap se aplică Legea nr. 448/2006¹⁶. Conform acesteia, „persoanele cu handicap” ... „sunt acele persoane cărora, datorită unor afecțiuni fizice, mentale sau senzoriale, le lipsesc abilitățile de a desfășura în mod normal activități cotidiene, necesitând măsuri de protecție în sprijinul recuperării, integrării și incluziunii sociale”. Prin art. 4 al acestei legi, „autoritățile publice, furnizorii de servicii sociale, reprezentanții societății civile, precum și persoanele fizice și

¹⁵ Se poate spune că sistemul sanitar este unul minimal, curativ și de urgență. Faptul că bolile cardiovasculare sunt principala cauză de deces este și un efect al lipsei programelor de prevenire. Astfel, România înregistrează una dintre cele mai ridicate rate a deceselor cauzate de aceasta grupă de afecțiuni din Europa.

¹⁶ Legea nr. 448/2006, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, modificată și completată de OUG 14/2007, „Monitorul Oficial”, nr. 187, 19 martie 2007.

juridice responsabile de aplicarea” legii „au obligația să promoveze, să respecte și să garanteze drepturile persoanei cu handicap, stabilite în concordanță cu prevederile Cartei sociale europene revizuite, adoptată la Strasbourg la 3 mai 1996, ratificată prin Legea nr. 74/1999, precum și cu celelalte acte interne și internaționale în materie, la care România este parte.”

Aici „egalizarea șanselor” reprezintă procesul prin care diferitele structuri sociale și de mediu, infrastructura, serviciile, activitățile informative sau documentare devin disponibile și persoanelor cu handicap”. Prin incluziune socială se are în vedere „setul de măsuri și acțiuni multidimensionale din domeniile protecției sociale, ocupării forței de muncă, locuirii, educației, sănătății, informării și comunicării, mobilității, securității, justiției și culturii, destinate combaterii excluziunii sociale”. Excluziunea socială este un concept complex, introdus pentru prima dată de R. Lenoir¹⁷ (1974). Observatorul European, în primul său raport, „a legat excluziunea de ideea lipsei de acces la drepturile sociale și de analiza politicilor sectoriale (adăpost, sănătate, angajare, educație)”. Apoi, în cel de-al doilea raport, s-a făcut referire și la serviciile sociale, „în timp ce al treilea și ultimul au recunoscut că noțiunea de excluziune socială era încă în discuție, în ciuda progresului făcut în Portugalia, Luxemburg, Irlanda (1994), și că fusese mai larg acceptată în Belgia, țară vorbitoare de limbă franceză, decât în Flandra”¹⁸.

Cel mai important dintre drepturile de care beneficiază persoanele cu handicap este cel referitor la „ocrotirea sănătății – prevenire, tratament și recuperare” (art. 6). Conform art. 7, alin. 2, „în baza principiului egalizării șanselor, autoritățile publice competente au obligația să asigure resursele financiare necesare și să ia măsuri specifice, pentru ca persoanele cu handicap să aibă acces nemijlocit și neîngrădit la servicii”. Un rol major revine ANPH (Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap), alături de ANES și alte agenții care dezvoltă politici pentru Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Egalității de Șanse. Astfel, art. 10, din legea menționată, afirmă: „persoanele cu handicap beneficiază de asistență medicală gratuită, inclusiv de medicamente gratuite, atât pentru tratamentul ambulatoriu, cât și pe timpul spitalizării, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite prin contractul-cadru.”

5. CONCLUZII

Studiul asupra egalizării șanselor evidențiază preocupările românești în privința politicilor de gen și tratarea persoanelor cu handicap. O componentă importantă pe balanța egalizării șanselor o reprezintă sănătatea, în condițiile în care agențiile specifice egalizării șanselor aparțin Ministerului Muncii, Solidarității Sociale

¹⁷ CIARIS, <http://www.ilo.org/ciaris/pages/romanian/frame/r1-1.htm>

¹⁸ CIARIS, <http://www.ilo.org/ciaris/pages/romanian/frame/r1-5.htm>

și Egalității de Șanse, în timp ce sarcinile privind accesul la servicii de sănătate revin Ministerului Sănătății și Direcțiilor de Sănătate Publică.

BIBLIOGRAFIE

1. MARCU, A. (coord.), *Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate*, București, Institutul de Sănătate Publică, 2002.
2. DOBOȘ, C., *Serviciile publice de sănătate și dezvoltare socială*, în „Calitatea vieții”, vol. 16, 2005, nr. 3–4.
3. MINCĂ, D., MARCU, M., *Sănătate publică și management sanitar*, București, Editura Universitară „Carol Davila”, 2004.
4. VLĂSCEANU, L., *Sociologie și modernitate: tranziții spre modernitatea reflexivă*, Iași, Editura Polirom, 2007.
5. ***, *ANPH: Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap*, <http://www.anph.ro/>
6. ***, *Barometrul Politicilor Publice*, 2006, decembrie, Agenția pentru strategii guvernamentale, http://www.publicinfo.ro/library/sc/bpp_ii.pdf
7. ***, *CLARIS*, <http://www.ilo.org/ciaris/pages/romanian/frame/r1-1.htm>, <http://www.ilo.org/ciaris/pages/romanian/frame/r1-5.htm>.
8. ***, *Constituția României (2003)*, <http://www.constitutia.ro/>
9. ***, *Legea nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse între femei și bărbați*, „Monitorul Oficial”, nr. 301, 8 mai 2002.
10. ***, *Legea nr. 340/2006 pentru modificarea și completarea Legii nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse între femei și bărbați*, „Monitorul Oficial”, nr. 642, 25 iulie 2006.
11. ***, *Legea nr. 448/2006, Lege privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, modificată și completată de OUG 14/2007*, „Monitorul Oficial”, nr. 187, 19 martie 2007.
12. ***, *OMS: Men, Ageing and Health*, http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMh_NPH_01.2.pdf, 2001.