

Abordarea etică în buna guvernare a sistemelor de sănătate

Ulrich Laaser^{1*}

¹Facultatea de Științe Medicale, Universitatea Bielefeld, Germania

Autor corespondent:

Ulrich Laaser

Facultatea de Științe Medicale

Școala de Sănătate Publică – Centrul de colaborare OMS

Universitatea Bielefeld, Germania

Oficiul poștal 10 01 31

33501 Bielefeld, Germania

e-mail: ulrich.laaser@uni-bielefeld.de

Rezumat

Managementul întregului sistem de sănătate, inclusiv stabilitatea financiară și a cadrului politic general, a devenit în mod evident parte a „Sănătății publice de tip nou”, completând percepția tradițională a populației privind „Sănătatea publică de tip vechi” în materie de igienă publică și supraveghere a factorilor de risc. Prin urmare, Buna Guvernare nu se referă doar la serviciile curative individuale, ci acționează în întreg sistemul de sănătate publică dincolo de oferta de îngrijire a pacientului. În mare parte, Buna Guvernare depinde de un management calificat, bazat pe dovezi. La nivelul supra-instituțional, serviciile moderne de sănătate publică reprezintă un instrument legal al autorităților pentru a asigura cea mai bună sănătate posibilă populației. Confruntarea problemelor în domeniul sănătății publice reprezintă o provocare extraordinară, care depășește normele aplicabile dilemelor etice ale persoanelor fizice.

Eficiența sau cost-eficacitatea serviciilor și programelor de sănătate capătă relevanță etică, din considerentul că resursele pot fi cheltuite doar o singură dată. Din acest motiv, etică utilitaristă a fost pe larg adoptată drept bază pentru luarea de decizii, orientate spre sănătate publică, cu toate acestea, mai multe modificări și limitări sunt discutate în această lucrare. O dilemă etică importantă derivă din necesitatea de a prescrie intervenții bazate pe probabilitate sau de a refuza intervenția de dragul alocării mai eficiente a resurselor. Buna Guvernare a sistemelor de sănătate derivă din abordarea utilitaristă modificată și patrimoniul european de principii de solidaritate.

Cuvinte cheie: etica populațională, principii utilitariste, Buna Guvernare, managementul sistemului de sănătate.

Ethical approach in good governance of health systems

Ulrich Laaser^{1*}

¹Faculty of Health Sciences, University of Bielefeld, Germany

Corresponding author:

Ulrich Laaser

Faculty of Health Sciences

Public Health School – WHO collaboration center

University of Bielefeld, postal code 100131

33501 Bielefeld, Germany

e-mail: ulrich.laaser@uni-bielefeld.de

Abstract

Increasingly the management of the entire health system including its financial stability and the general political framework has become part of a “New Public Health” complementing the traditional population orientation of “Old Public Health” in terms of public hygiene and risk factor surveillance. Therefore, Good Governance does not only relate to the individual curative services but is acting predominantly through the whole public health system beyond the delivery of patient care. Largely good governance depends on an evidence-based qualified management. At the supra-institutional levels, modern public health services are the instrument of the legal authority to secure the best possible health of their population. Dealing with issues in public health poses extraordinary challenges, which transcend the rules applicable to ethical dilemmas in individuals.

Efficiency or cost-effectiveness of health services and programs gains ethical relevance as resources can be spent only once. For this reason, utilitarian ethics have been widely adopted as a basis for public health oriented decision-making, however, several amendments and limitations are discussed in this paper. Especially an ethical dilemma derives from the need to prescribe probability based interventions to individuals or to deny intervention for the sake of most effective resource allocation. From a modified utilitarian approach and the European heritage of solidarity, principles guiding a Good Governance of health systems are derived.

Key words: population ethics, utilitarian principles, Good Governance, health systems management.

Înțelegerea istoricului

Un sistem de sănătate bine dezvoltat include îngrijirea individuală (asistența medicală primară, servicii spitalicești), serviciile de sănătate publică¹, precum și asigurarea financiară (în bază de taxă și/sau impozit). Gestionarea se realizează la nivel instituțional și supra-instituțional, adică de către organismele naționale sau supranaționale/europene. Managementul întregului sistem de sănătate, inclusiv stabilitatea financiară și a cadrului politic general, au devenit în mod evident parte a „Sănătății publice de tip nou”, completând percepția tradițională a populației privind „Sănătatea publică de tip vechi” în materie de igienă publică și supraveghere a factorilor de risc. Prin urmare, Buna Guvernare nu se referă doar la serviciile curative individuale, ci acționează în întreg sistemul de sănătate publică, dincolo de oferta de îngrijire a pacientului.

Abordarea „Sănătate în toate politicile” se extinde, eventual, dincolo de faptul de a obliga toate sferele politice, de exemplu, din afara domeniului de sănătate, de a contribui la îmbunătățirea sănătății. Definiția de „sănătate publică”, dată în Raportul Acheson (Raport Acheson, 1998), oferă o înțelegere mai amplă a acesteia: „Sănătatea publică este știința și arta de prevenire a bolilor, de prelungire a vieții și promovare a sănătății prin eforturile organizate ale societății”. Există și alte definiții (de exemplu, Nurse 2015), dar cea dată de Acheson este, la moment, pe larg acceptată.

În mare parte, Buna Guvernare depinde de un management calificat, bazat pe dovezi. La nivelul supra-instituțional, serviciile moderne de sănătate publică reprezintă instrumentul legal al autorităților pentru a asigura cea mai bună sănătate posibilă populației. În majoritatea țărilor, serviciile de sănătate publică nu sunt bine echipate pentru a executa această sarcină. În deosebi, lipsește modelul, care pune sănătatea populației în centru, inclusiv astfel de sectoare, precum raportarea în sănătate, analiza politicilor de sănătate și managementul sistemului, promovarea sănătății, finanțarea sănătății.

Dimensiunea populațională

În timp ce domeniul ce vizează relația medic-pacient este bine studiat, aspectele colective ale consecințelor deciziilor strategice privind politicile de sănătate lasă de dorit. Confruntarea problemelor în domeniul sănătății publice reprezintă o provocare extraordinară, care depășește normele aplicabile dilemelor etice ale persoanelor fizice.

Care sunt, deci, acele principii etice, ce ar trebui să ghideze Buna Guvernare și să conducă la un sistem comprehensiv de sănătate, să vizeze o mai bună stare a sănătății publice, ținând cont de beneficiile colective, precum și cele individuale de sănătate.

Dacă starea de sănătate a populației este plasată în central atenției, atunci „paradoxul preventiv” al lui Geoffrey Rose (Rose & Day, 1990) se aplică referitor la riscul ridicat și strategiile populaționale. Prin urmare, serviciile de sănătate publică trebuie

Understanding the background

Well-developed health systems comprise individual care (primary health care, hospital services), the public health services¹, and financial assurance (fee and/or tax based). Governance takes place at institutional and supra-institutional levels i.e. by national or supra-national/European bodies. Increasingly the management of the entire health system including its financial stability and the general political framework has become part of a “New Public Health” complementing the traditional population orientation of “Old Public Health” in terms of public hygiene and risk factor surveillance. Therefore, Good Governance does not only relate to the individual curative services but is acting predominantly through the whole public health system beyond the delivery of patient care.

The “Health in All Policies” approach goes even beyond that obliging all political arenas e.g. ‘outside of the health field’ to contribute to health improvements. The definition of Public Health given in the Acheson Report (Acheson Report 1998) allows for such a broad understanding: “Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting health through the organized efforts of society”. There are other definitions (e.g. Nurse 2015) but Acheson’s one is still the most widely accepted.

Largely Good Governance depends on an evidence-based qualified management. At the supra-institutional levels, modern public health services are the instrument of the legal authority to secure the best possible health of their population. In most countries the public health services are not well equipped to execute this task. Especially a “Leitbild” is missing which puts the health of the population into the centre including such sectors as health reporting, health policy analysis and system management, health promotion and health financing.

The population dimension

Whereas the field of individual doctor-patient relations is well studied, the collective aspects of consequences of strategic health policy decisions are not. Dealing with issues in public health poses extraordinary challenges, which transcend the rules applicable to ethical dilemmas in individuals.

What ethical principles then should enlighten good governance steering a comprehensive health system aiming at the best possible public health considering the collective as well as individual health benefits.

If the health of the population is placed in the centre, then Geoffrey Rose’s “Preventive Paradox” (Rose & Day 1990) applies referring to high risk and population strategies. Therefore the public health services have to look at the population’s health and to analyse the system’s framework in which to carry out preventive, curative and rehabilitative services. The article 152 from Amsterdam Treaty of the EU e.g. comprehends this logic and authorizes the European Commission in terms of a “Public Health Mandate”.

¹ Serviciile de sănătate publică nu includ în mod exclusiv serviciile finanțate din surse publice, dar și cele din orice altă sursă, cu relevanță pentru sănătatea publică, inclusiv cele provenite din surse comerciale.

¹ Public health services do not comprise exclusively publicly financed services but all services of public health relevance including commercial services.

să se axeze pe sănătatea populației și să analizeze sistemul-cadru, în care să se promoveze serviciile de prevenire, curative și de reabilitare. Articolul 152 din Tratatul de la Amsterdam al UE, de exemplu, include această logică și îi oferă Comisiei Europene „Mandatul în sănătate publică”.

Etica eficienței

Ținând cont de ipoteza precum că mijloacele financiare sunt de principiu insuficiente, deoarece starea de sănătate a indivizilor și a grupurilor populaționale este întotdeauna supusă unei eventuale îmbunătățiri, mai ales în cazul în care se ia în considerare componenta ce vizează starea de bine a sănătății, eficiența sau cost-eficacitatea serviciilor și programelor de sănătate câștigă relevanță etică, deoarece resursele pot fi cheltuite doar o singură dată, nefiind disponibile pentru utilizare alternativă (Laaser U., 2005). Din acest motiv, etică utilitaristă a fost pe scară largă adoptată drept bază pentru luarea deciziilor bine orientate, de sănătate publică, dar, totuși, cu un amendament important, și anume, cel ce vizează „căutarea fericirii”, ceea ce pentru cea mai mare parte a populației nu trebuie să se realizeze prin reducerea beneficiului unui singur individ (Rawls J., 1971), iar inegalitățile din societate să fie în beneficiul celui mai puțin avantajat.

Având în vedere specificul care predomină tradiția valorii europene vis-à-vis de *Solidaritate*² (Laaser & Wolters, 1989), un amendament suplimentar ar putea fi luat în considerare, și anume, că diferențele între grupurile de populație nu ar trebui să fie susținute de niciun fel de măsură de sănătate publică, ci, dimpotrivă, să fie reduse la minimum – atunci, când e posibil (OMS, Sănătate pentru Toți și Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului). O altă limitare deontologică a principiului utilitar este respectul pentru persoane și drepturile lor (Sass H., 2008). Desigur, cadrul etic prezentat apare ca o „etică sectorială” (Amundsen și de Andrade) și, prin urmare, este insuficient pentru a evalua un beneficiu global, inclusiv, diferențe de sănătate Nord-Sud, după cum solicită raționamentul pur utilitar.

Acest raționament este susținut pe arena politică prin inversarea noțiunii clasice de economie înfloritoare ca o condiție pentru sistemele eficiente de ocrotire a sănătății (Sachs J., 2001): persoanele sănătoase sunt, firește, mai productive decât cele bolnave. Prin urmare: un sistem modern de ocrotire a sănătății, care funcționează bine, poate stimula economia, mai ales, sub auspiciile unei piețe europene comune pentru viitoare servicii de sănătate (a se vedea hotărârile Înaltei Curți Europene privind mobilitatea pacienților). Pe de altă parte, în cazul în care mai mult sau mai puțin de 10% din Produsul Intern Brut este cheltuit pentru servicii de sănătate, cheltuirea eficientă este obligatorie pentru a evita pierderea de resurse, și așa limitate, care, pe termen lung, ar putea aduce prejudicii mari economiei.

Dilema utilitaristă

Cu toate acestea, dilema utilitaristă rămâne: în sănătatea publică ne preocupă populațiile predominant sănătoase și

The ethics of efficiency

Under the assumption that financial means are by principle never sufficient because the health of individuals and of population groups is always subject to potential improvement, especially if the modern well-being component of health is considered, the *Efficiency* or cost-effectiveness of health services and programs gains ethical relevance as resources can be spent only once not being available for alternate use (Laaser 2005). For this reason utilitarian ethics have been widely adopted as a basis for public health oriented decision making, however with an important amendment, namely that the “*pursuit of happiness*” for the greatest number must not be achieved by reducing the benefit of any single individual (Rawls 1971) or that inequalities in society work to the benefit of the least advantaged.

Given the specific prevailing European value tradition of *Solidarity*² (Laaser & Wolters 1989) an additional amendment may be considered namely that differences between population groups should not increase by any public health measure but be minimized wherever possible (WHO Health for All and Millennium Development Goals). Another deontological limitation of the utilitarian principle is the respect for persons and their rights (Sass 2008). Admittedly, the outlined ethical framework appears as a “sector ethic” (Amundsen & de Andrade) and therefore falls short of assessing a maximum global benefit e.g. including “North-South health differences” as requested by a purist utilitarian reasoning.

This reasoning is supported in the political arena by the reversal of the classical notion of flourishing economies as a precondition of effective health care systems (Sachs 2001): Healthy people are more productive than diseased. Therefore: a modern, well-functioning health care system can stimulate the economy especially under the auspices of a forthcoming common European market for health services (see the rulings of the European High Court on patient mobility). On the other hand, if more or less than 10% of the Gross Domestic Product is spent for health services, efficient spending is mandatory to avoid a waste of limited resources, which – in the long run – is going to damage the economy seriously.

The utilitarian dilemma

Nevertheless a utilitarian dilemma remains: in Public Health we are concerned with predominantly healthy populations and with risk prevention. Our approach therefore is based on probabilities. The ethical dilemma derives from the need to prescribe probability based interventions to individuals (e.g. water fluoridation) or to deny intervention for the sake of most effective resource allocation.

Insofar the relationship between the preventionist e.g. a health educator and the lay person or target group is not analogous to the physician-patient relationship but is based on the assumption of probabilities and therefore of statistical nature. Because of its probability character scientifically argued

² Solidaritatea se aliniază la sloganul revoluției franceze, rezumându-se la „egalité” și „fraternité”.

² Solidarity as it relates to the slogan of the French revolution epitomizing “egalité” and “fraternité”

prevenirea riscurilor. Prin urmare, abordarea noastră se bazează pe probabilități. Dilema etică derivă din necesitatea de a prescrie indivizilor intervenții bazate pe probabilitate (de exemplu, de fluorizare a apei) sau de a refuza intervențiile de dragul alocării mai eficiente a resurselor.

Până în prezent, relația de prevenție, spre exemplu, dintre educatorul de sănătate și persoană sau grupul țintă nu este similară cu relația medic-pacient, dar se bazează pe ipoteza probabilităților și, prin urmare, pe natură statistică. Datorită caracterului său de probabilitate, recomandările de prevenire susținute științific pot presupune doar valabilitate limitată, după cum, în principiu, argumentele științifice corecte nu pot fi conforme cu circumstanțele individuale. Astfel, nu toate determinantele relevante pot fi, pe deplin, luate în considerare și, prin urmare, refuzul unei persoane poate fi justificat, în mod obiectiv, întrucât, pe de altă parte, măsurile generale preventive trebuie să fie inițiate pe baza probabilităților dominante.

„Menschenbild”. Practica bazată pe dovezi

„Menschenbild” (din germ. *imaginea omului, persoanei*) în prevenirea și promovarea sănătății, prin urmare, este caracterizată de la revoluția franceză prin (a) independența sau autonomia individuală de a se implica în procesele sociale inițiate și susținute de experți (de sus în jos, și nu invers) și permisiunea de a lua decizii „greșite”; (b) egalitatea de șanse de a fi sănătos, independent de clasa socială, sex și etnie; și (c) îngrijirea pentru cei în nevoie, adică ceea ce ar corespunde celor trei principii: Libertate, Fraternitate și Egalitate.

Principii directorii

Din această schiță, care se referă la abordarea utilitaristă modificată și a patrimoniului european, pot fi derivate următoarele principii directorii a unei Bune Guvernări a sistemelor de sănătate (Laaser U. *et al.*, 2002):

- (1) solidaritate;
- (2) eficiență;
- (3) participare;
- (4) echitate;
- (5) subsidiaritate;
- (6) durabilitate;
- (7) reconciliere;
- (8) dovezi date persoanei.

Principiile generale de *Solidaritate și Eficiență* au fost descrise deja ca nefiind în dezacord cu etica utilitaristă modificată. Dar, în realitate, poate fi foarte dificil de a echilibra aceste două principii, uneori contradictorii, într-o dilemă situațională. Principiile 3-8 sunt destul de operaționale, în scopul de a provoca o dilemă între solidaritate și eficiență (Laaser U. *et al.*, 2002).

Cel mai important este principiul de *Participare* de jos în sus a grupurilor de populație care coincide cu principiul Sass al *Parteneriatului*, ce presupune că statul nu este suficient de competent pentru a face față tuturor provocărilor printr-o abordare de sus în jos. Problemele în societățile deschise, moderne, sunt prea complexe pentru a fi rezolvate de către altcineva, decât de managementul pe orizontală (Laaser U., 2001).

preventive recommendations can assume only limited validity as principally correct arguments may not comply with individual circumstances. Thus not all relevant determinants can be fully considered and therefore the refusal by an individual can be objectively justifiable whereas on the other hand general preventive measures have to be initiated on the basis of dominant probabilities.

The Menschenbild. Evidence based practice

The “*Menschenbild*” in prevention and health promotion therefore is characterized since the French revolution by (a) the individual independence or autonomy to be involved in expert initiated and supported (not led top down) social processes and to be allowed to make “wrong” decisions; (b) Equal chances to be healthy independent of social class, gender and ethnicity; and (c) care for those in need, i.e. corresponding to the three principles of *Liberté, Egalité* and *Fraternité*.

Guiding principles

From this outline of a modified utilitarian approach and the European heritage, the following principles guiding a good governance of the health systems can be derived (Laaser U. *et al.* 2002):

- (1) solidarity;
- (2) efficiency;
- (3) participation;
- (4) equity;
- (5) subsidiarity;
- (6) sustainability;
- (7) reconciliation;
- (8) evidence.

The overarching principles of *Solidarity and Efficiency* have been described already as not in disagreement with a modified utilitarian ethic. But in reality it may be very difficult to balance these two sometimes contradictory principles in a situational dilemma. The principles 3-8 are rather operational in order to steer dilemmas between solidarity and efficiency (Laaser U. *et al.*, 2002).

The most important one is *Participation* bottom up of the concerned population groups which coincides well with Sass’ principle of Partnership when he argues that the state is not enough competent to deal with everything top down. The issues in modern open societies are too complex to be solved by other than horizontal management (Laaser U., 2001). A moral consequence is the obligation of public accountability. Collective responsibility must not interfere with individual autonomy. The principle of how to solve this apparently antagonistic statement is explained by the term of participation, as coined by the World Health Organization (WHO): “...*participation in the social decision-making processes, which define our social and physical environment and therewith our conditions of living*”. The formation of the “settings” we live in is to evolve in as much “bottom-up” direction as possible, or in other words, in a most democratic way. This is expressed in self-help movements and recent community organization through the in-

O consecință morală este obligația de răspundere publică. Responsabilitatea colectivă nu trebuie să interfereze cu autonomia individuală. Principiul pentru rezolvarea acestei afirmații, aparent antagoniste, se explică prin termenul de participare, așa cum este tratat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS): „...participarea în procesele de luare a deciziilor sociale, care definesc mediul social și fizic și cu acestea condițiile noastre de trai”. Formarea mediului în care trăim vizează, întâi de toate, evoluția noastră în direcția „de jos în sus”, cât mai mult posibil, sau, cu alte cuvinte, într-un mod mai democratic. Acest lucru este exprimat în mișcări de auto-ajutor și organizare comunitară și, mai recent, prin inaugurarea de mese rotunde și conferințe pe subiecte de sănătate comunitară, inclusiv cu participarea tuturor instituțiilor, organizațiilor, grupurilor, părților și persoanelor fizice interesate.

Echitate în Sănătate se referă la o viață lungă și sănătoasă, deoarece aceasta constituie primul subiect de pe agenda fiecărui individ și, atunci când unele gradient de bunăstare socio-economică sunt prezente, egalitatea de șanse poate stimula dezvoltarea dinamică. Inegalitatea în materie de sănătate este considerată a fi nedreaptă și incorectă, inutilă și trebuie să fie evitată. Ea determină tensiuni sociale și, prin urmare, interferează cu economia. În plus, persoanele fizice care nu dețin capacități, nu pot participa pe deplin la procesul de luare a deciziilor cu privire la aspectele sociale și, prin urmare, pentru a decide referitor la problemele care vizează viața lor privată. Așa cum s-a spus deja, în tradiția europeană, solidaritatea cu cei dezavantajați a fost considerată o valoare morală, cum, între altele, se considera și în Evul Mediu, în timpul revoluției franceze, precum și în prezent, în statele europene moderne prospere; inclusiv luându-se în considerație și intențiile inițiale ale filosofilor K. Marx și F. Engels. În ceea ce privește patrimoniul european, ar trebui să ne gândim la sănătate ca la un bun personal, dar, totodată, și ca o responsabilitate colectivă; există o necesitate stringentă de reconsiderare a unor diferențe sociale și relevanța lor pentru sănătate. Studiul interdisciplinar al factorilor determinanți și a posibilelor intervenții pentru a minimiza inechitățile în domeniul sănătății poate fi numit ca *Sănătate publică socială*. Cu toate acestea, am putea acumula cunoștințe foarte detaliate, dar am putea eșua în aplicare a acestor cunoștințe la implementarea intervențiilor eficiente.

Subsidiaritatea este un alt principiu constituțional pentru procesul de unificare europeană, luate din doctrina socială catolică de la Jesuit Nell-Breuning. Acesta are drept scop de a proteja preponderent împotriva nivelurilor ierarhice superioare și, în consecință, deciziile urmează a fi lăsate, pe cât este posibil, pe seama autorităților de nivel regional și local.

Subsidiaritatea este, în mod similar, relevantă pentru bunăstarea socială. După cum se precizează în Tratatul de la Maastricht, gradientii privind calitatea vieții în regiunea europeană trebuie să fie compensați, astfel încât condițiile de trai să fie comparabile și similare în întreaga Europă. O abordare de cauzalitate, care vizează reducerea directă a gradientilor sociali, ajunge dincolo de limitele activității orientate pe ocrotirea imediată a sănătății. Prin urmare, articolul 129.1 din Tratatul

of auguration of round tables and communal health conferences, including all interested institutions, organizations, groups, parties, and individuals.

Equity in Health refers to a long and healthy life as it is at the top of the agenda of almost each individual and, when some gradient in socio-economic welfare is present, equal chances may stimulate dynamic development. Inequity in health is considered to be unfair and unjust, unnecessary and avoidable. It causes social tension and thereby interferes with the economy. Furthermore, incapacitated individuals cannot fully participate in deciding on social issues and, consequently, in deciding on the issues that concern their private lives. As has already been said in the European tradition, solidarity with the disadvantaged has been considered a moral value since the Middle Age, in the French revolution, and in the modern European states of welfare, including the original intentions of philosophers like Marx and Engels. With regard to this European heritage we should think of health as a personal good but under individual as well as collective responsibility; there is an increasing urgency to reconsider the existence of social differences and their relevance to health. The interdisciplinary study of the determinants and possible interventions to minimize health inequities may be termed *Social Public Health*. However, we may accumulate very detailed knowledge but miss to implement this knowledge in efficient interventions.

Subsidiarity is another principle constitutional for the European unification process, taken from the Catholic social doctrine by the late Jesuit Nell-Breuning. It is meant to protect against preponderance of higher hierarchical levels and, in consequence, to refer decisions as much as possible to regional and local bodies.

Subsidiarity is equally related to social welfare. As it is stated in the Maastricht Treaty, gradients in the quality of life between the regions of Europe must be compensated, so that the living conditions are comparable and similar all over Europe. A causal approach aiming at the direct reduction of social gradients reaches beyond the immediate health activity. Therefore, the article 129.1 of the Maastricht Treaty adduces that health protection requirements form a constituent part of the Community's other policies. Sass H. (2008) has added here two related principles which however go further, namely the Minimax principle and the principle of directive education. Minimax means that for reforms the lowest level of intervention should be envisaged in order to respect individual rights and as one should add the principal uncertainty of our knowledge (see above). Regarding education Sass H. argues that professional expertise has to be balanced against the autonomy of the citizen and that education means more than neutral information.

Sustainability refers to the development, which should ensure that the current use of resources do not compromise the health of future generations and can be afforded as long as required. This is especially relevant to countries with economic difficulties, such as the transition countries of the former communist sphere.

Reconciliation means the basic necessity of social peace

de la Maastricht invocă faptul că cerințele de protecție a sănătății sunt parte și a altor politici comunitare. Sass H. (2008) a adăugat aici două principii mult mai vaste, și anume: principiul Minimax și principiul educației direcționate. Minimax înseamnă, că pentru reforme este necesar de ținut cont de cel mai scăzut nivel de intervenție pentru a respecta drepturile individuale ale persoanei și este important de adăugat aici și incertitudinea cunoștințelor noastre (vezi mai sus). În ceea ce privește educația, Sass H. susține că expertiza profesională trebuie să fie proporțională cu autonomia cetățeanului și că educația înseamnă mai mult decât informații neutre.

Durabilitatea se referă la dezvoltare, ceea ce ar trebui să asigure că utilizarea actuală a resurselor nu compromite sănătatea viitoarelor generații și este accesibilă atât timp, cât este necesar. Acest lucru este, în special, relevant pentru țările cu dificultăți economice, cum ar fi țările în tranziție din fosta sferă comunistă.

Reconcilierea presupune necesitatea bazică ce vizează pacea socială și protecția împotriva urgențelor umanitare complexe, catastrofe – fie că este vorba de catastrofe provocate de om sau dezastre, calamități naturale. Aceasta corespunde termenului de securitate, susținut de Sass H. și văzut ca o obligație de bază a statului; totodată, să fie echilibrate împotriva auto-determinării cetățenilor.

Dovezile, în cele din urmă, se referă la baza de cunoștințe necesare pentru luarea deciziilor de sănătate publică, în măsura în care acestea urmează etica utilitaristă de maximizare a beneficiilor pentru populațiile. Acest lucru necesită informații cantitative și calitative continue despre grupurile țintă. Sass H. folosește așa termeni ca revizuire și eficacitate (acesta din urmă fiind deja inerent eficienței sau cost-eficienței: măsurile inefective nu pot fi eficiente).

Întrucât principiile etice care ghidează relația medic-pacient, și anume: autonomia, influența non malefică, binefacerea și justiția sunt aspecte implicite ale eticii sănătății publice, așa cum s-a menționat anterior, solicitarea de empatie nu este reflectată, dar ar trebui să devină, de asemenea, parte a unui cod etic al profesioniștilor din domeniul sănătății publice, definind astfel un profil umanitar al sănătății publice. Un cod etic, între altele, ar putea include următoarele:

- (1) cauze fundamentale;
- (2) sănătatea comunitară (respect pentru persoană);
- (3) participare;
- (4) apărarea celor nedreptățiți;
- (5) căutarea informației;
- (6) oferirea informației (*educație*);
- (7) sensibilitate (*empatie*);
- (8) diversitate;
- (9) consolidarea mediului;
- (10) confidențialitate;
- (11) asigurarea competenței;
- (12) colaborarea cu persoana.

Itemurile 6 și 7, marcate în italic (*cursiv*) se referă la problemele discutate mai sus. Argumentarea unui cod etic specific pentru profesioniștii din domeniul sănătății publice derivă din următoarele:

and the protection against complex humanitarian emergencies re catastrophes, be it man made or natural disasters. This corresponds to the term of security listed by Sass and seen as a core obligation of the state, however, to be balanced against the self-determination of citizens.

Evidence finally refers to the knowledge base of public health decision making in so far it follows the utilitarian ethics of maximizing benefits for populations. This requires always information on the target groups, quantitative and qualitative. Sass uses the terms review and effectivity (the latter of which is already inherent to efficiency or cost-effectiveness: ineffective measures cannot be efficient).

Whereas the ethical principles guiding the patient-doctor relationship namely autonomy, nonmaleficence, beneficence and justice are implicit in the public health ethics as outlined, the request for empathy is not reflected but should likewise become part of an ethical code of public health professionals thereby defining a humanitarian profile of public health. An ethical code could read as follows:

- (1) fundamental causes;
- (2) community health (respect the individual);
- (3) participation;
- (4) advocate the disenfranchised;
- (5) seek information;
- (6) provide information (*education*);
- (7) responsiveness (*empathy*);
- (8) diversity;
- (9) enhancing the environment;
- (10) confidentiality;
- (11) ensure competence;
- (12) collaboration.

Items 6 and 7 are amended in italic for the issues discussed above. The argument for a specific ethical code for public health professionals derives from the following:

- (1) population perspective;
- (2) the utilitarian dilemma;
- (3) the probability notion;
- (4) the Human Rights issue.

However, as Stapleton G. *et al.* (2014) cite Wikler & Cash (2009): “*We cannot escape ethical dilemmas. When confronted, our responsibility is to reason our way through them, identify the best options (or the least bad ones), and to act according to our best judgment.*”

Declaration of conflicting interests

The Author declares no financial or non-financial conflicts of interest.

- (1) perspectivele populaționale;
- (2) dilema utilitarismului;
- (3) noțiunea probabilității;
- (4) drepturile omului.

Totodată, conform lui Stapleton G. (2014), citat de Wikler & Cash (2009): „...Noi nu putem scăpa de dilemele etice. Atunci când ne confruntăm cu ele, responsabilitatea noastră este de a raționa asupra modalităților de depășire a lor, de a identifica cele mai bune opțiuni (sau cele mai puțin rele), și de a acționa în conformitate cu cele mai bune decizii, luate de noi în acest sens...”

Declarația de conflict de interese

Autorul declară lipsa unui conflict de interese financiar sau non-financiar.

Referințe / references

1. Raport Acheson: Independent inquiry into inequalities in health. Chairman Donald Acheson. The stationary Office, London 1998 (ISBN 011.3221173.8)
2. Amundsen I, de Andrade V. Public Sector Ethics. Compendium for teaching. Catholic University of Angola (UCAN) and the Chr. Michelsen Institute (CMI). Luanda & Bergen, 2009. Available at: <http://www.cmi.no/publications/file/3290-introduction-to-public-sector-ethics.pdf> (accessed 10 March 2005).
3. Laaser U., Wolters P. Das Gesundheitswissenschaftliche Graduiertenstudium an der Universität Bielefeld im Rahmen vergleichbarer Bestrebungen. *Soz Praeventivmed* 34/5 (1989), 223-226.
4. Laaser U. Horizontal health services development in the North-rhine-Westphalian Ruhrgebiet of Germany. In: WHO Kobe Centre, Japan: Cities and Health, Management of Priority Health Issues. WHO 2001: 58-72.
5. Laaser U., Donev D., Bjegovic V., Sarolli Y. Public Health and Peace (editorial). *Croatian Medical Journal*, 2002; 43/2: 107-113.
6. Laaser U. Health, economics and ethical reasoning. *J Publ Hlth (Springer)*, 2005; 13: 229-230.
7. Nurse J. N 1.2 global public health: definitions and challenges. *SEEJPH* 2015.
8. Rawls J. Theory of Justice. Harvard University Press, 1971.
9. Rose G., Day S. The population mean predicts the number of deviant individuals. *BMJ*, 1990; 301: 1031-1034.
10. Sachs J. (chairman): Report on Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. WHO Geneva 2001 (<http://www.who.int/macrohealth/en/>).
11. Sass H.-M. Public-Health-Ethik ist Partnerschaftsethik. *Bundesgesundheitsblatt*, 2008; 51/2: 164-174.
12. Stapleton G., Schroeder-Baeck P., Laaser U., Meershoek A., Popa D. Global health ethics: an introduction to prominent theories and relevant topics. *Global Health Action* 7 (2014). Available at: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/23569> (accessed 08.01.2015).