

Către

Ministerul Sănătății

D-lui Ministru al Sănătății, Eugen Nicolăescu

D-lui Secretar de Stat Adrian Pană

MEMORIU

Conținând comentarii și propuneri privind proiectele unor acte normative aflate în dezbatere publică

Stimate d-le Ministru, stimată d-le Secretar de Stat,

Vă remitem mai jos observațiile noastre privind următoarele 4 proiecte de acte normative:

- **HG privind aprobarea strategiei naționale de sănătate 2014-2020** (specific *Aria strategică de intervenție 1: „Sănătate publică”, OS 1.1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a gravidei și copilului; OS 1.2. Reducerea numărului de sarcini nedorite, a incidentei avortului la cerere și a ratei mortalității materne prin avort*)
- **HG privind aprobarea pachetului programelor naționale de sănătate** (specific *Programul național de sănătate a femeii și copilului, Subprogramul de sănătate a femeii*)
- **HG pentru aprobarea pachetului minimal și pachetului de servicii de bază**
- **HG privind modificarea și completarea hotărârii guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor** de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate

Precizăm că o parte din acestea au fost deja prezentate în timpul dezbaterii publice din 22 ianuarie, organizată pe tema proiectului HG privind Strategia Națională de Sănătate 2014-2020.

Cu stimă,

(lista semnatarilor se regăsește la finalul documentului)

I. COMENTARIU privind „sănătatea reproducerii”, prevenirea „sarcinilor nedorite” și „planificarea familială”

1. Apreciem că „Creșterea accesului și a calității serviciilor specifice de sănătate a reproducerii” nu poate fi un obiectiv în sine, ci un rezultat dezirabil, cu indicatori de proces și de impact, care impune abordări și tratări diferențiate, întrucât:

- a) Sarcina nu generează morbiditate, ci este o stare naturală a femeii, care este echipată anatomic pentru sarcină și tot ceea ce ține de reproducere.
- b) Sarcina nu generează mortalitate maternă. Sunt foarte rare cazurile în care o sarcină dusă până la capăt, chiar și fără prea multă supraveghere medicală, a cauzat moartea mamei.

2. Considerăm că **nu se justifică**, sub nicio formă, **cheltuieli publice privind opțiunile reproductive – în special pentru contraceptive și pentru „întreruperea” electivă a sarcinii**. Administrarea de contraceptive nu este un tratament, în care să se pună deci problema raportului risc/beneficiu al medicamentului sau al produsului administrat, și nu previne nicio boală, având în vedere că sarcina nu este o boală, ci o stare fiziologică normală. Mai mult, administrarea contraceptivelor este legată de riscuri serioase pentru sănătatea și chiar viața femeii. Întrucât banul public trebuie să contribuie la creșterea calității vieții și a gradului de sănătate al populației și nu la expandarea riscurilor de îmbolnăviri și patologii, utilizarea contraceptivelor trebuie să rămână, inclusiv în ce privește aspectele financiare, în sfera privată.

3. În ce privește **riscurile** administrării de **contraceptive**, este bine să precizăm că **acestea generează indubitabil morbiditate**. Este clinic dovedit că folosirea anti-concepționalelor generează cancer (de sân, de col uterin), este factor de risc în apariția unor afecțiuni cardiovasculare și cerebro-vasculare (un caz de notorietate a fost decesul fostei deputate Liana Dumitrescu) și, deci, contribuie la rata unei mortalități crescute în rândul femeilor.

4. **Contrazicem pretențiile de eficacitate a prevenirii sarcinilor nedorite prin administrarea de produse contraceptive**. Datele pe care le deținem arată contrariul. De asemenea, țintirea „persoanelor/grupurilor vulnerabile cu risc crescut de sarcini nedorite” (menționate repetate în documentele propuse spre analiză) în aceste programe de distribuție „gratuită” (adică din bani publici) de contraceptive este ne-etică, având în vedere că aceste grupuri și categorii sunt stabilite pe criterii etnice sau de stare socio-materială. Sărăcia, spre exemplu, este un flagel social, într-adevăr; însă abordarea sa prin țintirea săracilor în programele de „planificare familială” este nepotrivită. Nu putem scăpa de sărăcie eliminându-i, fizic, pe săraci. Este o abordare profund eronată, utilitaristă și lipsită, după cum se vede, de rezultate concrete.

5. **Grija acordată acoperirii teritoriale cu servicii integrate de „planificare familială”** - termen care a devenit, din păcate, sinonim cu *amânarea* reproducerii sau chiar cu

împiedicarea acesteia – este inexplicabilă, câtă vreme un astfel de angrenaj instituțional plătit din banii publici nu există în cazuri în care ar fi cu adevărat justificat, de ex. servicii medicale de nutriție, dată fiind statistica obezității.

6. **Obligativitatea raportării privind avorturile la cerere efectuate în sectorul privat** ar fi o măsură salutară și importantă pentru estimarea corectă a cifrei globale a avorturilor în România. Deși acestea au scăzut, statistic, în ultimii ani, ponderea în creștere a sectorului medical privat și neraportarea din partea acestuia duc la rezultate și concluzii eronate. De asemenea, ca orice act efectuat de medic și cu mijloace medicale, avortul trebuie consemnat în fișa medicală a persoanei și în registrul medical al unităților din sectorul privat, inclusiv pentru rațiuni care țin de eventuale reclamații de malpraxis.

7. În ce privește **adolescenții și sănătatea lor „reproductivă”** (termen ideologic pe care, din principiu, îl respingem) reiterăm faptul că părinții au dreptul primordial de a decide, în conformitate cu sistemul propriu de valori, asupra tipului de educație pe care îl primesc copiii lor. **Distribuirea contraceptivelor în școli sau accesul la avort al minorelor peste 16 ani fără știrea părinților**, chiar sub acoperirea legii, **vin în grav conflict cu drepturile parentale și amenință Familia**, ca structură esențială a angrenajului social.

8. Ca observație general valabilă pentru tot setul de documente analizate, precizăm că, deși **România post-1989 nu a avut niciodată o politică de sprijinire a natalității, a avut și are în schimb politici elaborate de descurajare a acesteia**, la care contribuie din plin **programele și strategiile din Sănătate**. Acestea au **un caracter pronunțat antinatalist**. „Libera alegere” în probleme de reproducere, menționată inclusiv în recomandările Organizației Mondiale a Sănătății și preluată de întreaga legislație românească, rămâne un termen fără acoperire, atâta timp cât banii publici sunt utilizați spre încurajarea ne-reproducerii, în același timp în care cheltuielile publice sau facilitățile fiscale acordate familiilor pentru sprijinirea natalității și a creșterii copiilor sunt tot mai reduse.

Atragem totodată atenția că doar nivelul ridicat de bunăstare și calitate a vieții, obiectiv legitim de altfel, la a cărui atingere afirmă că tind politicile publice din Sănătate, nu este o garanție a unei reproduceri suficiente pentru a asigura funcționarea firească a mecanismelor sociale. Majoritatea statelor occidentale dezvoltate au o fertilitate la fel de scăzută cu cea din România, dar își rezolvă deficitul prin imigrație - șansă pe care țara noastră nu o are. Dincolo de dimensiunea materială sau fiscală în sine, problema natalității reduse este și una culturală și de atitudine față de viață, iar la nivelul opiniei publice, percepția aspră politicilor publice (din Sănătate, Asigurări, Fiscale etc.) ale Statului român este dezastruoasă și contribuie la acutizarea crizei demografice, care se constituie, așa după cum știți, într-**un risc pentru siguranța națională**: în lipsa unor generații tinere suficiente numeric, dezideratele dezvoltării economice și bunăstării rămân simple utopii.

PROPUNERILE noastre:

1. Stoparea oricărei finanțări publice pentru opțiunile reproductive:

- produse contraceptive;
- „întreruperea” electivă a sarcinii;
- fertilizarea in vitro și procedurile asociate (embriotransfer etc.).

Redirecționarea fondurilor astfel eliberate către acoperirea teritorială cu servicii integrate în direcția afecțiunilor (spre exemplu: prevenirea și tratarea obezității, în special a celei infantile; depistajul precoce al surdității prin screening neonatal și programul național de implant cohlear etc.).

2. Informarea corectă și onestă a femeilor cu privire la efectele secundare nocive pe care le dau contraceptivele, în toate privințele (cancer, tulburări de metabolism, modificări endocrine precoce, generarea de patologii genetice, inclusiv asupra viitorilor copii).

Consultarea Comisiei Naționale de Bioetică a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale în privința eticii administrării contraceptivelor.

3. Stabilirea cu claritate a responsabilităților în cazul decesului sau afectării grave a stării de sănătate a femeii ca urmare a administrării de produse contraceptive.

4. Creșterea implicării părinților și Familiei în educarea tinerilor adolescenți cu privire la viața intimă și „sănătatea reproducerii” și reducerea rolului pe care Statul îl are în această privință. **Ne opunem categoric introducerii ca materie de studiu a oricărui tip de așa-zisă „educatie sexuală”,** atâta timp cât aceasta urmărește să promoveze libertinajul sexual, avortul văzut ca „drept” și o viziune mecanicistă, hedonistă asupra sexualității.

În aceeași ordine de idei, stoparea/interzicerea administrării sau eliberării de contraceptive minorelor și obligativitatea consimțământului parental pentru toate minorele care solicită „întreruperea” sarcinii.

II. COMENTARIU privind depistajul prenatal al malformațiilor genetice congenitale

În România, copilul nenăscut nu este protejat în nici un fel de lege. Atât prin laxitatea legislației avortului, cât și prin absența sau nesocotirea protocoalelor terapeutice, termenul de referință „avort terapeutic”, care ar trebui să definească (inclusiv în Codul Penal) situația de excepție în care se poate întrerupe sarcina dincolo de vârsta de 14 săptămâni a sarcinii – majoritatea diagnosticelor prenatale nefavorabile fiind puse după această vârstă a sarcinii - este ambiguu în practica medicală. Acest lucru lasă posibilitatea abuzurilor de lege prin

provocarea așa-zisului „avort terapeutic” în situații în care această alăturare de termeni este un non-sens.

Deși apreciem preocuparea, re-iterată, a Ministerului Sănătății spre prevenție mai degrabă decât spre servicii curative, atragem atenția asupra faptului că **depistajul sistematic al malformațiilor congenitale în perioada pre-natală, inclusiv evaluarea genetică complexă a sarcinilor cu feți cu anomalii structurale** (cf. *Subprogramul de sănătate a femeii* din cadrul *Programului național de sănătate a femeii și copilului*), **desfășurate în vederea întreruperii sarcinii cu diagnostic nefavorabil, NU este un serviciu preventiv**, ci reprezintă o politică de tip eugenic, nu doar ilegală, dar ilegitimă, discriminatorie și absolut inacceptabilă moral într-o societate care clamează că egalitatea în drepturi a persoanelor cu dizabilități este un deziderat fundamental. Este practic imposibilă respectarea și sprijinirea unui copil dizabil **după** naștere câtă vreme Statul a facilitat și încurajat, direct sau indirect, pe toată durata sarcinii, „eliminarea” lui tocmai pe motiv de dizabilitate.

Neasumarea sau respingerea oficială de către autorități, inclusiv de Ministerul Sănătății, a existenței practicilor eugenice este contrazisă de rezultatele unei îndelungate rutine căreia îi cad victime în special nenăscuții cu diagnostic de trisomie (Sindrom Down ș.a.), dar nu numai. Asupra femeii însărcinate se exercită o presiune enormă, nu doar din partea familiei și anturajului, dar uneori, din păcate, și din partea medicului, toți aceștia uniți în efortul de a „scăpa de un handicapat”. Realitatea este că, deși măcar teoretic decizia cu privire la continuarea sarcinii îi aparține, aproape singura „opțiune” a femeii aflată în această situație este apelarea la „avortul terapeutic”. Starea de fapt semnalată denotă o injustețe profundă și dezvăluie aderența la o ideologie utilitaristă și anti-umană, complet opusă unei minime etici socio-medicale.

PROPUNERILE noastre:

1. Având în vedere vulnerabilitatea deosebită a nenăscutului cu diagnostic nefavorabil, asigurarea accesului la diagnosticarea precoce a bolilor genetice trebuie însoțită obligatoriu de **dezvoltarea unui mecanism instituțional pentru sprijinul concret și eficient acordat femeii însărcinate și familiei acesteia**, cu precădere în cazul sarcinilor cu diagnostic nefavorabil, în așa fel încât sarcina să poată fi dusă la bun sfârșit și copilului să-i fie asigurată o existență pe cât posibil apropiată de normal. Colaborarea diferitelor organisme publice și non-guvernamentale este esențială pentru acest deziderat. În acest sens, se pot încheia protocoale de colaborare cu organizațiile non-guvernamentale care operează centre maternale și sociale și oferă sprijin și consiliere femeilor însărcinate și mamelor.

2. Reiterarea, cu claritate, a gravelor încălcări ale codului de etică și deontologie pe care le comit medicii care îndeamnă sau fac presiuni în direcția întreruperii sarcinii cu diagnostic nefavorabil de boli genetice.

3. Pentru limitarea sau eliminarea abuzului de lege, solicităm **eliminarea noțiunii de „avort terapeutic”** atunci când se discută despre diagnosticul nefavorabil al nenăscutului, având în vedere că acest act nu poate avea niciodată caracter vindecător/terapeutic.

Semnături

- 1. Federația Organizațiilor PRO VITA Ortodoxe din România (13 asociații și fundații)**
- 2. Asociația Medicilor Catolici - București**
- 3. Alianța Familiilor din România**
- 4. Asociația Familiilor Catolice „Vladimir Ghika”**
- 5. Asociația Părinților pentru o Educație Sănătoasă (București)**
- 6. Asociația Provita Media (București)**
- 7. Asociația Clinica Provita International (București)**
- 8. Asociația Generală a Românilor Uniți, Greco-Catolici (AGRU)**
- 9. Centrul de Informare și Consiliere pentru femei cu sarcină nedorită „Puls” (Fundația My Brother’s Keeper- Oradea)**
- 10. CARITAS Iași**
- 11. Asociația Studenți pentru Viață**
- 12. Biroul Pro Vita – Protopopiatul Dorohoi (Mitropolia Moldovei și Bucovinei)**
- 13. Asociația Darul Vieții (Timișoara)**
- 14. Asociația Familia și Viața (Roman)**
- 15. Asociația Christiana (București)**
- 16. Asociația persoanelor cu deficiențe de auz „Darul Sunetului” (București)**
- 17. Asociația „Lemaan ahai” – „Pentru frații mei” (București)**
- 18. Asociația Homeschooling România**
- 19. Alianța pentru Demnitate Națională (București)**
- 20. Asociația pentru Revigorarea Tradiției ART (București)**
- 21. Asociația Rost (București)**
- 22. Asociația Basarabii (București)**
- 23. Asociația Prologos (Timișoara)**
- 24. Asociația Pro Vita „Sf. Stelian” Teleorman**
- 25. Asociația Ortodoxia Tinerilor (Galați)**
- 26. Asociația Studenților Creștini Ortodocși din România (toate filialele)**
- 27. Fundația pentru Copii „Sf. Sava” (Buzău)**
- 28. Asociația „Prietenii Sf. Efrem cel Nou” (Sf. Gheorghe)**
- 29. Asociația Casa Gratis Pro Deo (București)**
- 30. Asociația „Sf. Acoperământ al Maicii Domnului” Satu Mare**