



## ȘCOALA DE MANAGEMENT ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ

- Oleg LOZAN
- Stela GHEORGHITĂ
- Vasile GUȘTIUC
- Serghei CEBANU
- Andrei PĂDURE
- Alina TIMOTIN
- Adriana PALADI
- Mihai PÎSLA
- Valentin MÎȚA
- Elena CARPOVICI



**COMPETENȚE PROFESIONALE  
ALE PERSONALULUI ABILITAT  
CU DREPT DE CONTROL  
ÎN DOMENIUL  
SĂNĂȚĂȚII PUBLICE**

www.sph.md



**Ministerul Sănătății al Republicii Moldova**  
**Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”**  
**Școala de Management în Sănătate Publică**



Finanțat de  
Uniunea Europeană



World Health  
Organization  
European Region

## MANUAL

# **Competențe profesionale ale personalului abilitat cu drept de control în domeniul sănătății publice**

**Autori:**

**Oleg LOZAN • Stela GHEORGHÎĂ • Vasile GUȘTIUC • Serghei CEBANU**  
**Andrei PĂDURE • Alina TIMOTIN • Adriana PALADI**  
**Mihai PÎSLA • Valentin MÎȚA • Elena CARPOVICI**

Chișinău, 2024

CZU: 614.2(075)

C 63

Manualul *Competențe profesionale ale personalului abilitat cu drept de control în domeniul sănătății publice* a fost discutat și aprobat la ședința Școlii de Management în Sănătate Publică (proces-verbal ȘMSP nr. 7 din 19.06.2023), a Comisiei științifico-metodice de profil *Medicina comunitară* a USMF „Nicolae Testemițanu” (proces-verbal nr. 04 din 06.07.2023) și a Consiliului de Management al Calității al USMF „Nicolae Testemițanu” (proces-verbal nr. 02 din 29.11.2023) și, ulterior, recomandat pentru editare.

#### **Autori:**

<b>Oleg LOZAN,</b>	doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar
<b>Stela GHEORGHÎĂ,</b>	doctor în științe medicale, conferențiar universitar
<b>Vasile GUȘTIUC,</b>	master în sănătate publică
<b>Serghei CEBANU,</b>	doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar
<b>Andrei PĂDURE,</b>	doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar
<b>Alina TIMOTIN,</b>	doctor în științe economice
<b>Adriana PALADI,</b>	doctor în științe filosofice, conferențiar universitar
<b>Mihai PÎSLA,</b>	doctor în științe medicale, conferențiar universitar
<b>Valentin MÎȚA,</b>	doctor în științe medicale
<b>Elena CARPOVICI,</b>	bibliotecar principal, Biblioteca Științifică Medicală a USMF „Nicolae Testemițanu”

Manualul a fost tipărit cu suportul financiar al Uniunii Europene și Organizației Mondiale a Sănătății în cadrul Proiectului „EU4Moldova: pentru un sistem de sănătate durabil”. Opiniile exprimate țin de responsabilitatea exclusivă a autorilor și nu reflectă viziunile și politicile UE și OMS.

# CUPRINS

## **I. BAZELE CONCEPTUALE MODERNE ALE SĂNĂTĂȚII PUBLICE..... 7**

Oleg LOZAN, Stela GHEORGHÎĂ

1.1. Definirea sănătății publice.....	8
1.2. Conceptul <i>Sănătate în toate politicile</i> .....	10
1.3. Inițiativa <i>Orașe sănătoase</i> .....	11
1.4. Funcțiile sănătății publice. Operațiunile esențiale de sănătate publică.....	13
1.5. Relațiile dintre operațiunile esențiale de sănătate publică și alte concepte în domeniul sănătății.....	23
1.6. Determinanții sănătății publice.....	25
1.7. Noțiuni generale privind sistemul de sănătate.....	26
1.8. Sistemul de sănătate al Republicii Moldova.....	27
1.9. Evoluții și provocări principale ale sistemului de sănătate din Republica Moldova.....	31

## **II. COMUNICARE INTERPERSONALĂ ȘI INSTITUȚIONALĂ..... 35**

Alina TIMOTIN

2.1. Procesul de comunicare. Importanța comunicării în domeniul sănătății.....	35
2.2. Comunicarea interpersonală. Competențe de comunicare specifice persoanelor abilitate cu drept de control în domeniul sănătății publice.....	37
2.3. Comunicarea scrisă în domeniul sănătății. Cultura vorbirii: eroare și corectitudine.....	46
2.4. Comunicarea instituțională. Relațiile publice.....	54
2.5. Etapele elaborării unei comunicări orale și tehnicile de ținere a discursurilor.....	57
2.6. Comunicarea pentru schimbare comportamentală.....	59
2.7. Managementul timpului.....	61

## **III. LEGISLAȚIA ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII ..... 67**

Andrei PĂDURE

3.1. Dreptul medical.....	67
3.2. Drepturile omului în domeniul sănătății.....	70
3.3. Drepturile pacienților.....	79
3.4. Responsabilitățile pacientului.....	105
3.5. Răspunderea juridică a personalului medical.....	106

## **IV. ETICĂ ȘI INTEGRITATE ..... 112**

Adriana PALADI

4.1. Corupția ca fenomen: manifestări, cauze și consecințe. Corupția în sănătate.....	112
4.2. Integritatea: tipologie și sensuri. Standardele etice în luarea deciziilor morale.....	116
4.3. Climatul instituțional de integritate.....	121
4.4. Conflictele de interese și favoritismul în organizații.....	127
4.5. Influențele necorespunzătoare și cadourile oferite în exercitarea îndatoririlor profesionale.....	130

## **V. REGLEMENTĂRI ÎN DOMENIUL CONTROLULUI DE STAT ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ ..... 136**

Vasile GUȘTIUC

5.1. Organizarea și efectuarea controlului de stat asupra activității de întreprinzător .....	136
5.1.1. Prevederi generale privind controalele .....	136
5.1.2. Tipurile de control.....	137
5.1.3. Procedura de control.....	143
5.1.4. Clasificarea încălcărilor și măsurile de constrângere aplicate.....	145
5.2. Controlul tutunului .....	147
5.3. Apa potabilă.....	155
5.4. Cerințele privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare și farmaceutice.....	159
5.5. Managementul deșeurilor medicale .....	165
5.5.1. Colectarea și împachetarea deșeurilor .....	166
5.5.2. Stocarea temporară a deșeurilor medicale .....	168
5.5.3. Transportarea deșeurilor medicale .....	168
5.5.4. Tratarea și eliminarea finală a deșeurilor .....	169
5.5.5. Responsabilitatea și obligațiile producătorului de deșeurii medicale.....	170
5.6. Cerințele sanitare pentru instituțiile de învățământ .....	171
5.6.1. Reglementările privind dotarea și exploatarea instituțiilor de educație timpurie .....	171
5.6.2. Reglementările privind dotarea și exploatarea instituțiilor de învățământ general .....	175
5.7. Cerințele privind exploatarea și întreținerea bazinelor de înot și a zonelor de agrement.....	176
5.8. Supravegherea și controlul produselor cu impact major asupra sănătății publice .....	178
5.8.1. Supravegherea și controlul plasării pe piață a produselor biocide..	175
5.8.2. Supravegherea plasării pe piață a produselor cosmetice.....	179
5.8.3. Supravegherea materialelor care vin în contact cu produsele alimentare .....	180

## **VI. TEHNOLOGII INFORMAȚIONALE ..... 183**

Elena CARPOVICI

6.1. Argument .....	183
6.2. Internetul .....	184
6.3. Instrumente și tipuri de căutare a informației .....	186
6.4. Gestionarea sistemelor informatice specifice .....	194
6.5. Suita Google Workplace .....	196
6.6. Impactul tehnologiilor asupra sănătății și a mediului .....	201
6.7. Soluții inovatoare .....	203

## **VII. SĂNĂTATEA MEDIULUI ȘI SĂNĂTATEA OCUPAȚIONALĂ..... 207**

Serghei CEBANU

7.1. Introducere în sănătatea mediului și cea ocupațională.....	207
7.2. Actualități în domeniu sănătății mediului .....	212
7.3. Actualități în sfera sănătății ocupaționale.....	218
7.4. Condițiile de muncă și impactul factorilor de risc profesional asupra stării de sănătate a lucrătorilor din domeniul sănătății.....	213

## **VIII. POLITICI DE CONTROL AL BOLILOR NETRANSMISIBILE ..... 231**

Oleg LOZAN, Stela GHEORGHÎĂ

8.1. Prezentare generală .....	231
8.2. Populația afectată .....	232
8.3. Bolile netransmisibile în Republica Moldova.....	233
8.4. Determinanții principali ai stării de sănătate în Republica Moldova .....	234
8.5. Factorii de risc ai bolilor netransmisibile .....	237
8.6. Impactul socioeconomic .....	238
8.7. Prevenirea și controlul.....	239
8.8. Bolile netransmisibile în Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă.....	239
8.9. 15 provocări ale sistemului de sănătate și oportunități de extindere a intervențiilor și serviciilor de bază pentru bolile netransmisibile.....	241
8.10. Strategiile globale pentru combaterea bolilor netransmisibile .....	251

## **IX. ACTUALITĂȚI ÎN EPIDEMIOLOGIE.**

### **POLITICI DE CONTROL AL BOLILOR TRANSMISIBILE..... 255**

Valentin MÎȚA

9.1. Definiția, scopurile și domeniile de aplicare ale epidemiologiei .....	255
9.1.1. Obiectivele epidemiologiei.....	
9.1.2. Funcțiile fundamentale ale epidemiologiei.....	
9.2. Definiții și concepte în prevenirea și controlul bolilor.....	263
9.3. Supravegherea sănătății publice.....	267

## **X. VACCINAREA ..... 276**

Valentin MÎȚA

10.1. Importanța vaccinării.....	276
10.2. Supravegherea și controlul bolilor prevenibile prin vaccinare .....	282
10.3. Strategii pentru creșterea nivelului de acceptare și implementare a vaccinării .....	295

## **XI. MANAGEMENTUL URGENȚELOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ..... 298**

Mihai PÎSLA

11.1. Situații excepționale, dezastre și urgențe de sănătate publică .....	298
11.1.1. Terminologia și abordările internaționale .....	298
11.1.2. Terminologia și abordările naționale .....	299
11.2. Managementul riscurilor și al urgențelor de sănătate publică .....	301
11.2.1. Managementul riscurilor .....	301
11.2.2. Managementul urgențelor și al dezastrelor .....	302
11.3. Cadrul legal internațional și național privind măsurile de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică.....	305
11.3.1. Cadrul legal internațional .....	305
11.3.2. Cadrul legal național.....	305
11.4. Sistemul național de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică ....	307
11.4.1. Definiția și sarcinile de bază ale Sistemului național de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică.....	307
11.4.2. Structura și componentele Sistemului național de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică.....	307
11.5. Planificarea măsurilor de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică.....	310
11.6. Siguranța instituțiilor medico-sanitare oferită în timpul situațiilor de urgență și dezastre.....	311
11.7. Regulamentul Sanitar Internațional (2005) .....	313
11.8. Comunicarea în situații de urgență .....	314
11.9. Asigurarea financiară a pregătirii și răspunsului la urgențele de sănătate publică.....	315
11.10. Planificarea, crearea și gestionarea rezervelor destinate pentru gestionarea urgențelor de sănătate publică .....	316
11.11. Organizarea asistenței medicale și a evacuării în cazul urgențelor de sănătate publică soldate cu victime multiple. Triajul medical.....	317
11.12. Managementul cadavrelor în cadrul gestionării urgențelor de sănătate publică.....	319



# I.

## BAZELE CONCEPTUALE MODERNE ALE SĂNĂTĂȚII PUBLICE

- 1.1. Definirea sănătății publice
- 1.2. Conceptul *Sănătate în toate politicile*
- 1.3. Inițiativa *Orașe sănătoase*
- 1.4. Funcțiile sănătății publice. Operațiuni esențiale de sănătate publică
- 1.5. Relațiile dintre operațiunile esențiale de sănătate publică și alte concepte în domeniul sănătății
- 1.6. Determinanții sănătății
- 1.7. Noțiuni generale privind sistemul de sănătate
- 1.8. Sistemul de sănătate din Republicii Moldova
- 1.9. Evoluții și provocări principale ale sistemului sănătății în Republica Moldova

În conformitate cu abordările moderne ale sănătății, distingem următoarele principii conceptuale:

- Sănătatea este dreptul fundamental al omului.
- Sănătatea este esența vieții productive.
- Sănătatea este interdisciplinară.
- Sănătatea este esențială pentru dezvoltarea durabilă.
- Sănătatea este baza conceptului de calitate a vieții.
- Sănătatea include nivelul personal, comunitățile, statele și responsabilitatea internațională.

Sănătatea și întreținerea ei sunt cele mai mari investiții sociale.

Sănătatea este un obiectiv social la nivel mondial.

De mii de ani, omenirea îi atribuie marelui părinte al medicinei, Hippocrates, prima definiție a sănătății, care afirma că: „Sănătatea reprezintă o stare de echilibru între corp, minte și mediu.”

După mai multe cercetări, definiția contemporană a sănătății, formulată în proiectul Constituției Organizației Mondiale a Sănătății în iunie 1946, descrie acest concept ca fiind „o stare completă de bine, în plan fizic, mental și social, nu doar absența bolii sau a infirmității.”

Aceste definiții sunt, în mare parte, specifice unui nivel individual al sănătății persoanei. Între timp, dezvoltarea conceptului a impus și alte dimensiuni ale conceptului. Astfel, „sănătatea grupului” (sănătatea grupurilor sociale și etnice) și „sănătatea regională” (starea de sănătate a populației teritoriilor administrative) au dat naștere unui nou concept de *sănătate publică* care nu este altceva decât sănătatea populației, a societății în ansamblu. De asemenea, în ultimele decenii se

vorbește tot mai insistent de noțiuni precum „sănătate internațională”, „sănătate publică globală” și „sănătate planetară”.

Or, multitudinea definițiilor existente, dar și a celor moderne a dus la apariția mai multor întrebări, care urmează a fi desfășurate în continuare, și anume urmează a fi clarificată deosebirea conceptuală dintre dimensiunea individuală și cea publică în definirea sănătății.

## 1.1. Definirea sănătății publice

Definițiile contemporane ale sănătății publice relevă ideea că problema de bază a sănătății publice este „sănătatea populațiilor” în general, și nu cea care prevede incidența sau apariția individuală a bolii. Sănătatea publică este preocupată de promovarea sănătății, de protecția sănătății și prevenirea bolilor împreună cu furnizarea serviciilor de sănătate de calitate (Griffiths et al., 2014) la nivel societal. Astfel, aceasta nu numai că reorientează sistemele de sănătate și proiectarea serviciilor de sănătate spre abordarea problemelor care afectează populația în general, dar angajează și eforturi organizate la nivel comunitar pentru îmbunătățirea sănătății (caseta 1).

Definiția modernă menționează că **sănătatea publică este o știință și o artă a prevenirii bolii, a prelungirii vieții și a promovării sănătății prin eforturile organizate ale întregii societăți**”. (WHO Regional Office for Europe, 2012). Misiunea *sănătății publice* este satisfacerea intereselor societății prin asigurarea condițiilor în care populația să fie sănătoasă.

Elaborarea legilor și a politicilor de planificare a sănătății bazată pe dovezi reprezintă o caracteristică esențială în orice situație (Bjegovic-Mikanovic et al., 2013a). Acest lucru necesită o colaborare strânsă cu planificatorii de sănătate publică și liderii politici, a căror implicare este vitală în conducerea programelor comunitare de îmbunătățire a sănătății (Pencheon et al., 2006). Activitatea sănătății publice este, prin urmare, intrinsecă, multidisciplinară și interdisciplinară, și trebuie să implice structuri și organizații locale, regionale, naționale, internaționale și supranaționale.

În Republica Moldova, noțiunea de *sănătate publică* este definită în Legea nr. 10/2009 cu privire la supravegherea de stat a sănătății publice ca fiind *un ansamblu de măsuri științifico-practice, legislative, organizatorice, administrative și de alt gen, destinate promovării sănătății, prevenirii bolilor și prelungirii vieții prin eforturile și alegerea informată a societății, comunităților publice, private și indivizilor*. Astfel, *sănătatea publică* este o disciplină care se ocupă cu promovarea sănătății, prevenirea bolilor și îmbunătățirea calității vieții în comunitățile umane.

Putem afirma și faptul că *sănătatea publică* este o abordare sistemică și interdisciplinară pentru a îmbunătăți sănătatea populațiilor, prin intervenții pe scară largă, care includ prevenția bolilor, promovarea sănătății și creșterea accesului la îngrijirea medicală. De asemenea, are dreptul la viață și conceptul care

afirmă că *sănătatea publică* este o abordare colaborativă și bazată pe comunitate, care își propune să îmbunătățească sănătatea populației prin intervenții pe scară largă, precum educația și campaniile de conștientizare, schimbarea mediului și îmbunătățirea accesului la îngrijirea medicală.

Sănătatea publică este o abordare holistică și colaborativă pentru îmbunătățirea sănătății populației prin intervenții și politici care abordează factorii care influențează sănătatea, cum ar fi mediul, comportamentele și accesul la îngrijire a sănătății.

Din punctul de vedere al Organizației Pan-Americane a Sănătății, *sănătatea publică* este un domeniu al științelor și practicilor care se ocupă cu promovarea și protejarea sănătății populației prin planificarea și implementarea de intervenții și politici de prevenire a bolilor și promovare a sănătății.

Din perspectiva actorilor și a nivelului de implicare, *sănătatea publică* este o abordare sistemică, care își propune să abordeze problema sănătății populațiilor prin intervenții pe scară largă și colaborare între guvern, organizații neguvernamentale și comunitate.

Una din cele vechi asociații, Asociația Britanică de Sănătate Publică, definește *sănătatea publică* drept o disciplină de științe și politici care își propune să îmbunătățească sănătatea populației prin identificarea și abordarea factorilor care contribuie la îmbolnăvire și prin dezvoltarea de intervenții efective de prevenție și control al bolilor.

Prin definiția contemporană a sănătății publice este evidențiată amploarea, valoarea și ponderea acțiunilor multisectoriale în sănătate, subliniindu-se că rezultatele pot fi obținute „prin efortul organizat al întregii societăți” [1].

În 1997, conferința organizată în Canada sub genericul „Acțiune intersectorială pentru sănătate – o piatră de temelie pentru sănătatea pentru toți în secolul XXI” a relatat conceptul contemporan al intersectorialității ca parte fundamentală a planificării politicilor în sănătate [2].

Acțiunile intersectoriale și multisectoriale sunt considerate esențiale pentru abordarea mai multor provocări globale de sănătate cu care se confruntă civilizația modernă, precum și pentru atingerea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă [3].

Există diferite moduri de a desfășura acțiuni intersectoriale și multisectoriale în sănătate, însă 3 dintre acestea sunt recunoscute pe scară largă: *Health in All Policies* (Sănătate în toate politicile), *Healthy Cities* (Orașe sănătoase) și *One Health* (O singură sănătate), fiecare având viziuni și particularități specifice. [4,5,6,7,8]

Conceptul de Sănătate în toate politicile este „o abordare a politicilor publice din diferite sectoare care ia în considerare, în mod sistematic, implicațiile deciziilor asupra sănătății, caută sinergii și evită efectele nocive asupra sănătății pentru a îmbunătăți sănătatea populației și echitatea în sănătate” [9].

Inițiativele bazate pe principiul *Sănătate în toate politicile* sunt în creștere la nivel mondial și au diferite forme cu implicarea tuturor nivelurilor de guvernare [10].

## 1.2. Conceptul *Sănătate în toate politicile*

Declarația Alma-Ata a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) din 1978 a fost prima recunoaștere oficială a importanței acțiunii intersectoriale pentru sănătate. Spiritul Alma-Ata a fost continuat în Carta Ottawa pentru Promovarea Sănătății (adoptată la Ottawa în 1986), care a discutat despre „politici publice sănătoase” ca un domeniu-cheie pentru promovarea sănătății.

Conceptul Sănătate în Toate Politicile (*Health In All Policies*, HIAP) este construit pe baza faptului că sănătatea este determinată de mai mulți factori în afara controlului direct al sectorului sănătății, cum ar fi educația, venitul și condițiile în care oamenii trăiesc, muncesc și se joacă. Deciziile luate în alte sectoare pot afecta pozitiv sau negativ determinanții sănătății.

HIAP este o abordare în procesul de elaborare a politicilor în care factorii de decizie din alte sectoare iau în considerare, în mod obișnuit, rezultatele în domeniul sănătății, incluzând beneficii și costuri legate de sănătate. HIAP se bazează pe conceptele încorporate în „politici publice sănătoase” și „acțiuni intersectoriale pentru sănătate”, promovat tot mai mult în ultimele patru decenii.

O atenție sporită asupra rolului pe care îl au sectoarele ce nu țin de sănătate în promovarea sănătății a continuat să crească pe parcursul celei de-a 2-a conferințe internaționale privind promovarea sănătății în Adelaide, Australia, în 1988.

Din 2007, la nivel Mondial, HIAP a fost recomandat ca o nouă abordare a sănătății și guvernării. O astfel de abordare se bazează pe drepturile și obligațiile tuturor persoanelor legate de sănătate.

Acest concept subliniază consecințele politicilor publice asupra factorilor determinanți ai sănătății și urmărește să îmbunătățească responsabilitatea factorilor de decizie în ceea ce privește impactul asupra sănătății la toate nivelurile de elaborare a politicilor.

Obiectivele HIAP sunt:

- un mediu mai sigur, cu mai puțini factori de risc;
- îmbunătățirea echității în sănătate;
- sporirea nivelului sănătății și a bunăstării;
- implicarea mai multor sectoare non-sănătate, pentru modelarea mediilor sociale și fizice;
- înțelegerea procesului decizional, astfel încât sănătatea să fie luată în considerare în timpul dezvoltării, implementării și evaluării la toate etapele în toate sectoarele.

Până acum, din toate cercetările efectuate în domeniul Sănătății în toate politicile, există puține studii pe dimensiunea locală a acțiunilor multisectoriale în domeniul sănătății.

Analizele ce țin de definirea domeniului de aplicare demonstrează că,

cunoștințele despre implementarea conceptului de *Sănătate în toate politicile* la nivel local, în special despre factorii facilitatori, sunt la nivel incipient. [11] Astfel, venim să contribuim la extinderea volumului de cunoștințe în acest domeniu.

În Republica Moldova, conceptul OMS privind includerea *sănătății în toate politicile* la nivel local este transpus prin prisma Consiliilor Teritoriale de Sănătate Publică (CTSP) [12].

Consiliile de sănătate publică la nivel teritorial sunt create cu scopul coordonării și promovării politicii unice în domeniul sănătății, asigurării și supravegherii sănătății publice prin elaborarea, implementarea politicilor de protecție și promovare a sănătății și de prevenire a maladiilor, examinarea gradului de realizare și implementare a obiectivelor și acțiunilor prioritare în domeniul sănătății la nivel teritorial, îmbunătățirea indicatorilor de sănătate a populației din teritoriu ca rezultat al activităților intersectoriale [13].

Este necesar de sublinia că, pe parcursul anilor, activitatea CTSP nu a atins scopurile scontate de mecanismul eficient de conlucrare intersectorială în domeniul sănătății publice, iar redimensionarea, redefinirea statutului și stabilirea noilor reglementări ale CTSP prezintă o prioritate majoră pentru sănătatea publică din Republica Moldova.

### **1.3. Inițiativa Orașe sănătoase**

Inițiativa OMS *Healthy Cities* este o mișcare globală. Aceasta angajează guvernele locale în dezvoltarea sănătății printr-un proces de angajament politic, schimbări instituționale, consolidarea capacităților, planificarea bazată pe parteneriat și proiectele inovatoare.

Programul este o inițiativă internațională de dezvoltare pe termen lung, care urmărește să plaseze sănătatea pe agendele factorilor de decizie și să promoveze strategii locale cuprinzătoare pentru protecția sănătății și dezvoltarea durabilă. Caracteristicile de bază includ participarea și împuternicirea comunității, parteneriatele intersectoriale și echitatea participanților.

Timp de 3 decenii, mișcarea *Orașe sănătoase* a fost un motor de pionierat al schimbării, creând condiții climatice urbane care sprijină sănătatea și bunăstarea oamenilor. De asemenea, aceasta a inspirat crearea de rețele similare în toate celelalte regiuni ale lumii, generând un impuls global pentru inițiativa *Orașe sănătoase*.

Începând cu 1986, au fost lansate primele programe pentru inițiativa *Orașe sănătoase* în țările dezvoltate (Canada, SUA, Australia, multe state din Europa).

În 1994, țările în curs de dezvoltare au folosit resursele și strategiile de implementare a rezultatelor inițiale pentru a pune în aplicare propriile programe.

Inițiativa *Orașe sănătoase* își propune crearea unui mediu de susținere a sănătății; obținerea unei calități mai bune a vieții; asigurarea igienei de bază; furnizarea accesului la asistență medicală.

Strategiile de punere în aplicare sunt individuale în funcție de oraș, deși respectă ideea de bază de a implica mai mulți membri ai comunității, diverși actori și angajamente ale oficialităților municipale în vederea mobilizării și eficienței pe scară largă.

Astăzi, mii de orașe din întreaga lume fac parte din rețeaua *Orașelor sănătoase*, existând în toate regiunile OMS din peste 1500 de orașe din întreaga lume.

Statele membre ale OMS din Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății și-au luat diverse angajamente în ceea ce privește consolidarea sistemelor de sănătate, abordarea epidemiei de obezitate, controlul epidemiei bolilor netransmisibile și pregătirea pentru a face față efectelor schimbărilor climatice.

Mișcarea *Orașe sănătoase* se ocupă de implicarea locală, contribuind, în mod continuu și activ la punerea în aplicare a strategiilor OMS la nivel local. Acestea au potențialul de a furniza conducerea esențială a sănătății publice, de a crea condiții prealabile pentru o viață mai bună și o guvernare participativă și pentru a facilita acțiunea intersectorială.

În perioadele de recesiune economică, guvernele orașelor joacă un rol-cheie în calitate de promotori ai nevoilor de sănătate ale persoanelor cele mai vulnerabile și dezavantajate din punct de vedere social, iar problemele globale sunt abordate la nivel local.

A fost reușit, în majoritatea cazurilor, să se sporească înțelegerea legăturilor între sănătate și mediu și crearea de parteneriate intersectoriale pentru a asigura un program durabil și accesibil.

Cele mai de succes programe pentru *Orașe sănătoase* au la baza reușitei viziuni clare; politici proprii, adaptate realităților și particularităților locale, mai multe părți interesate, angajamentul membrilor comunității locale și un proces de instituționalizare a programului bine pus la punct.

Un oraș sănătos nu este unul care a atins o anumită stare de sănătate. Un oraș sănătos este definit printr-un proces, nu ca rezultat. Un oraș sănătos este conștient de starea de sănătate și de efortul pe care trebuie să-l depună pentru a o îmbunătăți. Astfel, orice oraș poate fi un oraș sănătos, indiferent de starea actuală de sănătate. Orice oraș pentru a fi sănătos va avea un angajament față de sănătate, se va implica în procesul propriu-zis de îmbunătățire și o structură pentru atingerea acestuia.

Un oraș sănătos este unul care își îmbunătățește în permanență mediile sale fizice și sociale, își extinde resursele comunitare care permit oamenilor să se sprijine reciproc în îndeplinirea tuturor funcțiilor vieții și dezvoltarea lor la maximul lor potențial.

## 1.4. Funcțiile sănătății publice.

### Operațiunile esențiale de sănătate publică

Biroul Regional OMS pentru Europa a elaborat o listă cu 10 operațiuni esențiale de sănătate publică și ulterior a publicat o listă detaliată de indicatori (Oficiul Regional OMS pentru Europa, 2019c). Scopul principal este de a „furniza servicii de sănătate publică de înaltă calitate populației atât din interiorul, cât și din afara limitelor sistemului de sănătate” (Oficiul Regional OMS pentru Europa, 2015b), care sunt organizate în jurul celor trei dimensiuni de *intelligence*, livrarea serviciilor și facilitarea operațiunilor esențiale de sănătate publică. Cele 10 operațiuni (figura 1.1.) esențiale de sănătate publică sunt:

#### Viziunea: sănătate și bunăstare durabilă

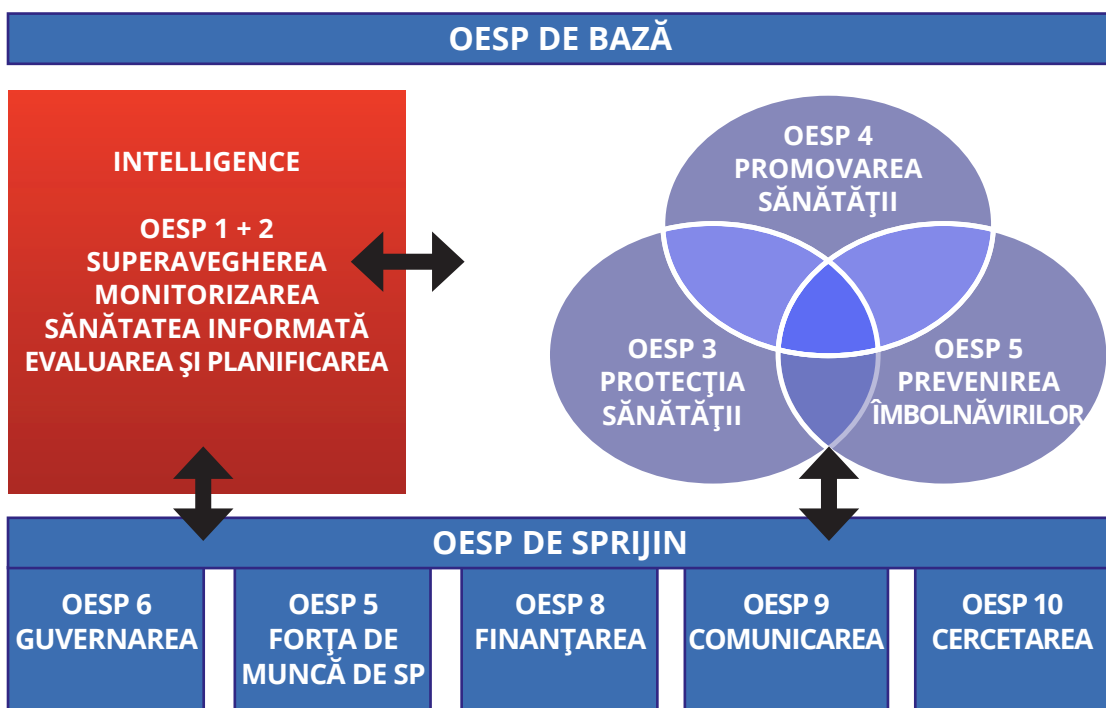


Figura. 1.1. Operațiuni esențiale de sănătate publică

#### OESP 1: Supravegherea bolilor și evaluarea sănătății și a bunăstării populației

Definiție: instituirea și asigurarea funcționării sistemelor de supraveghere pentru monitorizarea incidenței și a prevalenței bolilor și a sistemelor informaționale în sănătate în scopul:

- determinării morbidității și indicatorilor de sănătate ai populației;
- stabilirii diagnozei sănătății comunității;

- analizei tendințelor datelor;
- identificării lacunelor și inegalităților în statutul de sănătate al grupurilor specifice din cadrul populației;
- identificării necesităților;
- planificării intervențiilor în baza datelor/faptelor;
- realizării supravegherii în domeniul înregistrării civile (nașteri, decese);
- stabilirii unui sistem de supraveghere și registre ale bolilor transmisibile, netransmisibile, toxiinfecțiilor alimentare.
- desfășurării studiilor privind statutul de sănătate și comportamentul de sănătate, inclusiv studii de sănătate și nutriționale referitoare la obezitate și consumul alimentar;
- implementării unui sistem de supraveghere și registrelor în domeniile:
  - sănătatea mamei și a copilului;
  - sănătatea mediului;
  - sănătatea socială și mentală;
  - sănătatea ocupațională și supravegherea leziunilor;
- integrării și analizei datelor (referitoare la sănătatea comunității) pentru identificarea necesităților populației și a grupurilor de risc și monitorizarea progresului în atingerea obiectivelor de sănătate;
- publicării datelor în format multiplu pentru audiență diversă.

## **OESP 2: Identificarea problemelor prioritare de sănătate și a pericolelor pentru sănătate în comunitate**

Definiție: monitorizarea, identificarea și pronosticarea priorităților privind riscurile biologice, chimice și fizice la locul de muncă și de mediu, procedurile de evaluare a riscului și instrumentele de măsurare a riscurilor de mediu pentru sănătate, furnizarea informației accesibile și asigurarea avertizării publicului, planificarea și punerea în funcțiune a intervențiilor destinate să minimizeze riscurile.

*Componente:*

### **A. Controlul bolilor transmisibile**

Sisteme și proceduri de supraveghere: detectarea și controlul izbucnirilor bolilor transmisibile; investigarea declanșărilor și identificarea cauzelor bolilor; controlul zoonozelor și a bolilor transmise prin vectori; supravegherea infecțiilor asociate asistenței medicale; supravegherea rezistenței la antibiotice.

### **B. Controlul pericolelor de mediu**

Sistem cu capacități, facilități și proceduri de evaluare a impactului actual sau presupus datorat factorilor de mediu:



- măsuri și proceduri de identificare a unei posibile expuneri la pericole;
- sisteme și proceduri pentru:
  - evaluarea și controlul sănătății ocupaționale;
  - evaluarea calității aerului și norme viguroase privind calitatea aerului;
  - evaluarea calității apei și norme viguroase privind calitatea apei;
  - identificarea pericolelor chimice și fizice pentru sănătate prin analiza datelor de supraveghere sau cercetări epidemiologice;
  - evaluarea riscului legat de siguranța alimentelor;
  - evaluarea riscului referitor la bunurile de consum, cosmetice etc.;
- măsuri și proceduri pentru monitorizarea progresului în implementarea Regulamentului sanitar internațional (IHR).

### **C. Suportul de laborator pentru investigarea amenințărilor asupra sănătății**

Laboratoare ușor accesibile cu capacități de:

- cercetare a problemelor de sănătate, pericolelor și urgențelor de sănătate;
- efectuare a diagnosticului și supravegherii de rutină.
- confirmare a conformității laboratoarelor cu reglementările și standardele prin acreditare și licențiere;
- manipulare a mostrelor de laborator în corespundere cu recomandările și protocoalele;
- obținere a rezultatelor precise de laborator și, în timp util, în scopuri de diagnosticare și de cercetare a amenințărilor asupra sănătății.

Sistem de laboratoare de sănătate publică adecvate pentru efectuarea screening-ului și a volumelor mari de teste pentru diagnosticul de rutină și în scopul supravegherii.

#### **OESP 3: Planificarea și pregătirea pentru urgențele de sănătate publică**

Definiție: pregătirea pentru managementul urgențelor, inclusiv formularea planurilor de acțiuni corespunzătoare; elaborarea sistemelor de colectare a datelor, prevenire și control a morbidității și aplicarea unei abordări integrate și de cooperare cu diverse autorități implicate în management.

*Componente:*

- Capacitatea de a defini și descrie dezastrele și urgențele de sănătate publică, care să contribuie la implementarea planului de răspuns în caz de urgențe.
- Plan elaborat cu definirea responsabilităților organizaționale, cu

- stabilirea rețelei de comunicare și informare, precum și a protocoalelor de alertă și evacuare.
- Evaluarea periodică a capacităților pentru răspunsul rapid, inclusiv testarea planului de urgență prin exerciții și antrenamente.
  - Elaborarea protocoalelor scrise de investigare epidemiologică a cazului pentru investigația imediată.
  - Evaluarea eficacității evaluării incidentelor anterioare și identificarea oportunităților de îmbunătățire.
  - Menținerea protocoalelor scrise pentru implementarea programelor de urmărire a sursei și contactaților în cazul expunerii la bolile transmisibile sau la substanțe toxice.
  - Menținerea listei cu datele de contact al persoanelor, cu expertiză tehnică, în vederea obținerii răspunsului la toate urgențele survenite din surse veridice sau false.
  - Implementarea Regulamentului Sanitar Internațional în domeniul planificării pentru urgențe.

#### **OESP 4: Protecția sănătății mediului, sănătății ocupaționale și siguranța alimentelor**

Definiție: evaluarea riscului și acțiunile necesare pentru sănătatea mediului, ocupațională, pentru siguranța alimentelor și a bunurilor de consum. Autoritățile în sănătate publică trebuie să supravegheze implementarea și controlul activităților care prevăd acțiuni în acest domeniu. OESP 4 include capacitățile instituționale de elaborare și aplicare a mecanismelor de protecție a sănătății publice și de monitorizare a conformității cu normele aprobate, precum și capacitățile de elaborare a legislației și a reglementărilor noi destinate să îmbunătățească sănătatea publică și să promoveze un mediu sănătos.

##### *Componente:*

Capacitățile tehnice de evaluare a riscului sunt aplicate în diverse domenii, precum în:

- domeniul sănătății ocupaționale;
- domeniul comportamentului cu impact asupra sănătății;
- domeniul dispozitivelor medicale, instituțiilor medicale și a programelor de sănătate.

Inspecția, monitorizarea și aplicarea legislației și a reglementărilor de către autoritățile de sănătate publică.

Cooperarea între Ministerul Sănătății și alte ministere privind aplicarea legislației în domenii cu impact asupra sănătății publice.

## **OESP 5: Prevenirea îmbolnăvirilor**

Definiție: prevenirea bolilor țintește atât bolile transmisibile, cât și cele netransmisibile și cuprinde acțiuni specifice furnizate, la scară largă, indivizilor și vine să complementeze acțiunile de protecție și de promovare a sănătății.

*Componente:*

- Prevenția primară
- Prevenția secundară.
- Programele de vaccinare pentru copii, adulți, persoane vârstnice.
- Vaccinarea sau profilaxia post-expunere a persoanelor care au fost expuse bolilor transmisibile.
- Asigurarea informației despre riscurile comportamentale și medicale pentru sănătate, precum și consilierea și alte acțiuni de reducere a riscurilor la nivel individual și comunitar.
- Sisteme și proceduri de implicare a AMP și a asistenței medicale specializate în programele de prevenire a îmbolnăvirilor.
- Capacități adecvate de producere și cumpărare a vaccinurilor pentru copii și adulți, precum și a suplimentelor alimentare cu fier, vitamine ș.a.
- Programe de screening bazate pe dovezi pentru diagnosticarea timpurie a bolilor, inclusiv de screening și prevenire a malformațiilor congenitale.
- Capacități adecvate de producere și cumpărare a testelor de screening.

## **OESP 6: Promovarea sănătății**

Definiție: promovarea sănătății este procesul prin care populației i se oferă posibilitatea de a-și crește controlul asupra sănătății sale și a determinantelor ei și de a-și îmbunătăți, astfel, sănătatea.

OESP 6 abordează determinantele bolilor transmisibile și netransmisibile prin acțiuni de:

- promovare a schimbărilor în stilul de viață, practicile și condițiile de mediu pentru a facilita dezvoltarea „culturii sănătății” printre indivizi și în comunitate;
- educație și comunicare socială destinate să promoveze condiții, un stil de viață, comportament și mediu sănătoase;
- reorientare a serviciilor de asistență medicală în vederea elaborării unor modele de asistență medicală care încurajează promovarea sănătății;
- parteneriat intersectorial pentru promovarea mai eficientă a sănătății;
- evaluare a impactului politicilor publice asupra sănătății;
- comunicare a riscului.

## **Activități de promovare a sănătății în comunitate sau pentru populația cu risc sporit pentru sănătate**

Activități și servicii destinate promovării:

- dietei sănătoase, activităților fizice și prevenirii și controlului obezității;
- controlului tutunului;
- controlului alcoolului;
- prevenirii și controlului abuzului de droguri;
- prevenirii bolilor infecțioase (de ex. HIV, TB) legate de comportamentul nesănătos;
- sănătății sexuale și reproductive;
- prevenirii și controlului pericolelor ocupaționale și celor legate de locul de muncă, inclusiv promovarea sănătății la locul de muncă;
- sănătății mediului;
- sănătății mentale;
- educației în domeniul igienei dentare și a sănătății orale.

### **Capacități pentru acțiuni intersectoriale**

Politici, strategii și intervenții, care să facă optarea pentru o viață sănătoasă cea mai ușoară și corectă alegere;

Structuri, mecanisme și procese care să faciliteze/stimuleze acțiunile intersectoriale;

Activități intersectoriale, inclusiv rolul de lider al Ministerului Sănătății în asigurarea implementării abordării principiului *Sănătate în toate politicile* de către ministerele din domeniul educației, transportului, mediului, muncii, agriculturii și industriei alimentare, construcției și dezvoltării teritoriului, economiei, finanțelor și de alte ministere relevante.

### **OESP 7: Asigurarea forței de muncă competentă și suficientă în sănătatea publică și asistența medicală**

Definiție: investițiile în crearea forței de muncă în sănătatea publică constituie prerechizite esențiale în vederea implementării și furnizării serviciilor și a activităților adecvate de sănătate publică.

Resursele umane sunt cele mai importante resurse în furnizarea serviciilor de sănătate publică.

OESP 7 include educația, instruirea, dezvoltarea și evaluarea personalului de sănătate publică în vederea abordării eficiente a problemelor prioritare de sănătate publică și a evaluării adecvate a acțiunilor de sănătate publică.

Educația și instruirea continuă în domeniul economiei, eticii, managementului resurselor umane și liderismului pentru a asigura implementarea și îmbunătățirea

calității serviciilor de sănătate publică și pentru a aborda noile provocări în sănătatea publică.

Standardele pentru forța de muncă din sănătatea publică:

- Mecanisme pentru menținerea standardelor forței de muncă în sănătatea publică.
- Mecanisme pentru evaluarea forței de muncă în sănătatea publică, îmbunătățirea continuă a calității, programele de educație și instruire continuă.
- Sisteme pentru îmbunătățirea capacităților și a abilităților de comunicare ale personalului.
- Sistem de susținere a dezvoltării capacităților echipelor intersectoriale și a profesioniștilor din domeniile de politici.

### **Educație și acreditare:**

Structuri de instruire în management în sănătate publică.

Programe de educație/instruire universitară în domenii medicale relevante sănătății publice (medicină, medicină veterinară, asistenți medicali, farmacie, dentiști).

Școli de sănătate publică corespunzătoare.

Programe de master în sănătate publică, master în administrarea serviciilor de sănătate și/sau în politici de sănătate, liderism sau management, alte programe academice relevante în domeniul protecției și promovării sănătății și prevenirii îmbolnăvirilor.

Programe de control al calității și de acreditare.

### **OESP 8: Administrarea, finanțarea și asigurarea calității pentru sănătatea publică**

Definiție: elaborarea politicii este un proces de informare a factorilor de decizie despre problemele de sănătate publică.

Planificarea strategică implică toți partenerii interni și externi și definește viziunea, misiunea, obiectivele măsurabile de sănătate publică și activitățile de sănătate publică la nivel național, regional și local.

În ultimele decenii, evaluarea repercusiunilor documentelor internaționale în domeniul sănătății asupra statutului național de sănătate a devenit importantă.

### **Planificarea și implementarea politicii de sănătate**

- Procesul de planificare strategică și serviciile de sănătate publică.
- Procesul de planificare a politicilor la nivel regional și local.
- Caracterul corespunzător și eficacitatea politicii de sănătate publică

(evaluarea impactului asupra sănătății).

- Sistem sau program de monitorizare a implementării politicii și programelor de sănătate publică sau din domenii apropiate.
- Strategii pe termen scurt, mediu și lung de conformare cu sistemul de asistență medicală din UE.
- Caracterul corespunzător și eficacitatea considerării repercusiunilor documentelor internaționale de sănătate la planificarea sănătății publice.
- Rolul operațiunilor de sănătate publică în interiorul Ministerului Sănătății.
- Caracterul corespunzător/eficacitatea considerării sărăciei, inegalităților și determinantelor sociale la luarea deciziilor.
- Comprehensivitatea și eficacitatea deciziilor politice în domeniul sănătății publice sau în alte domenii similare cu cel al sănătății prin prisma abordării multidisciplinare și multisectoriale.

### **Evaluarea calității și a eficacității serviciilor de sănătate personale și comunitare**

- Procesele și mecanismele de definire a necesităților în personal și asistență medicală pentru populație din perspectiva sănătății publice.
- Procesele și mecanismele de identificare a necesităților în servicii medicale ale populației care întâmpină obstacole în recepționarea acestor servicii.
- Comprehensivitatea și eficacitatea procedurilor și a practicilor destinate evaluării furnizării serviciilor de sănătate publică individuale și comunitare.
- Procesele și mecanismele de analiză a participării în servicii preventive.
- Evaluarea și analiza integrării serviciilor în sistemul comunitar coerent de asistență medicală.
- Caracterul adecvat al evaluării structurii resurselor umane și a suportului financiar pentru serviciile de sănătate comunitară.
- Acțiuni de implementare, control și de asigurare a calității sistemelor de sănătate care furnizează servicii de sănătate personale și comunitare.
- Centre sau programe de evaluare a tehnologiilor de sănătate.

### **Finanțarea serviciilor de sănătate publică**

Alinierea mecanismelor de finanțare a serviciilor de sănătate publică (inclusiv a serviciilor individuale cu efecte largi dincolo de persoana care recepționează intervenția) cu strategiile de furnizare a serviciilor dorite.

Deciziile privind finanțarea publică a serviciilor, luând în considerare distribuția beneficiilor pentru populație.

## **OESP 9: Comunicarea de bază în sănătatea publică**

Definiție: comunicarea pentru sănătatea publică este destinată îmbunătățirii cunoștințelor despre sănătate și a statutului indivizilor și populației în sănătate. Aceasta este, de asemenea, o artă și o tehnică de informare, influențare și motivare a indivizilor, instituțiilor și a audienței publice în ceea ce privește importanța problemelor și a determinantilor sănătății.

Comunicarea trebuie să intensifice capacitățile de evaluare, de înțelegere și de utilizare a informației în vederea reducerii riscului și prevenirii îmbolnăvirilor, de promovare a sănătății, precum și de utilizare a serviciilor de sănătate, să facă pldoarie pentru politicile de sănătate și de fortificare a bunăstării, calității vieții și a sănătății indivizilor în comunitate.

Comunicarea pentru sănătate cuprinde câteva domenii, inclusiv jurnalismul pentru sănătate, distracțiile, educația, comunicarea interpersonală, pldoaria, comunicarea organizațională, comunicarea riscului și a crizelor, comunicarea și marketingul social.

Comunicarea poate avea mai multe forme, de la comunicarea de masă și interactivă la comunicarea cultural-tradițională specifică, cuprinzând diferite canale, precum: comunicarea interpersonală, mass-media, grupurile media organizaționale, radio, TV, ziare, bloguri, mesaje ale ministerului, mesaje prin telefonia mobilă, forumuri online.

Comunicarea pentru sănătate publică oferă populației calea de contracarare a promovării active a produselor și stilului de viață periculos.

### *Componente:*

- Comunicarea strategică și sistemică în sănătatea publică, elaborată cu înțelegerea percepției și a necesităților diferitor audiențe.
- Diseminarea pentru o audiență diversă, în format și prin canale accesibile, înțelese și utilizate.
- Pldoarie pentru elaborarea și implementarea politicilor și a mediului sănătos în toate sectoarele guvernamentale (Sănătate în toate politicile).
- Instruirea în comunicare pentru sănătatea publică și dezvoltarea capacităților.
- Evaluarea comunicării în sănătatea publică.

## **OESP 10: Cercetarea în sănătate**

Definiție: cercetarea este fundamentală pentru elaborarea politicilor și furnizarea serviciilor.

OESP 10 include:

- cercetări pentru extinderea cunoștințelor de susținere a adoptării

- politicilor în baza dovezilor la toate nivelurile;
- elaborarea metodelor noi de cercetare, tehnologiilor inovative și a soluțiilor pentru sănătatea publică;
- stabilirea parteneriatului cu centrele de cercetare și instituțiile academice pentru efectuarea la timp a studiilor, care să susțină adoptarea deciziilor la toate nivelurile sănătății publice.

#### *Componente:*

- Capacitatea țării de a iniția sau de a participa la cercetări epidemiologice și de sănătate publică.
- Suficiența resurselor disponibile (de ex. baze de date, tehnologii informaționale, resurse umane) pentru promovarea cercetărilor.
- Planificarea pentru diseminarea rezultatelor cercetărilor pentru colegii din sănătatea publică (de ex. publicarea în reviste, pe pagini web).
- Evaluarea eforturilor țării în dezvoltarea, implementarea și determinarea impactului cercetării în sănătatea publică.
- Fortificarea inovării.
- Cercetările și monitorizarea bunelor practici.
- Utilizarea activă a dovezilor din cercetare la elaborarea și susținerea politicilor în domeniul sănătății publice.
- Capacități pentru colectarea, analiza și diseminarea informației despre sănătate.
- Capacitatea de efectuare a cercetărilor privind determinanții sociali ai sănătății (și influența lor asupra sănătății).

Mecanismele de asigurare ale conformității politicilor, priorităților și luării de decizii privind eficacitatea impactului lor asupra determinanților sănătății.

## **1.5. Relațiile dintre operațiunile esențiale de sănătate publică și alte concepte în domeniul sănătății**

OESP reprezintă o contribuție valoroasă la sporirea rezilienței sistemelor de sănătate, la securitatea sănătății și constituie un obiectiv primordial la atingerea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă, la acoperirea generală cu servicii de sănătate (Universal Health Coverage – UHC), la consolidarea sistemelor de sănătate orientate spre fortificarea asistenței medicale primare și sporirea securității sănătății. Având în vedere natura transversală a OESP, acestea sunt considerate ca fiind o abordare ce integrează mai multe documente cadru din domeniul sănătății publice.

**Operațiunile esențiale de sănătate publică și Obiectivele de dezvoltare durabilă.** OESP sunt aliniate cu Obiectivele de Dezvoltare Durabilă (ODD) prin



obiectivele lor comune de a promova o societate mai sănătoasă și echitabilă, de a implementa angajamentul comunității incluzive și acțiunile intersectoriale în abordarea factorilor determinanți ai sănătății, inclusiv în diminuarea sărăciei, în sporirea accesului la educație, în excluderea inechității de gen și în prevenirea pericolelor de mediu de toate tipurile.

### **Operațiunile esențiale de sănătate publică și agenda securității sănătății.**

Obiectivele de securitate a sănătății ale multor țări sunt reglementate de Regulamentul Sanitar Internațional (2005) și sunt reflectate în Agenda Globală de Securitate a Sănătății, în Cadrul Sendai pentru Reducerea Riscului de Dezastre, în planul global de acțiune privind rezistența la antimicrobiene și inițiativele globale conexe. Securitatea sănătății este strâns legată de protecția sănătății în cadrul evenimentelor de sănătate publică sau umanitare, care pot fi considerate ca un aspect important al practicii de sănătate publică.

OESP percepe obiectivele și activitățile de securitate a sănătății ca pe un obiectiv integral al sistemelor de sănătate și al sectoarelor conexe prin funcții dedicate, cum ar fi supravegherea riscurilor pentru sănătate, pregătirea și răspunsul la situații de urgență, accentuând totodată și alte priorități de sănătate publică. (de exemplu, abordarea determinantilor sociali ai sănătății publice, promovarea echității în sănătate și alfabetizarea în domeniul sănătății) ca obiective generale ale sistemului de sănătate.

În acest fel, OESP reprezintă un mijloc de operaționalizare a legăturii critice dintre securitatea sănătății și eforturile de consolidare a sistemelor de sănătate, printr-o perspectivă de sănătate publică, care recunoaște capacitățile specifice ale aspectelor securității sănătății, aliniate la un set mai larg de funcții interconectate pentru a satisface nevoile de sănătate a populației, inclusiv de protecție.

**Operațiunile esențiale de sănătate publică și intervențiile tipice de consolidare a sistemelor de sănătate.** Intervențiile de consolidare a sistemelor de sănătate sunt, adesea, puse în relație cu elementele de bază ale sistemului de sănătate, care sunt guvernarea și liderismul, finanțarea, resursele umane, sistemele informaționale, medicamentele și tehnologiile accesibile, furnizarea de servicii de sănătate, precum și infrastructurile și comunitățile și interacțiunile acestora. Există legături clare între OESP și fiecare componentă a sistemului de sănătate. OESP promovează aplicarea unei perspective de sănătate publică în planificarea sistemului de sănătate aliniate la necesitățile specifice de sănătate publică, precum și identificarea domeniilor în care capacitățile de sănătate publică pot sprijini obiective mai vaste ale sistemului de sănătate cum ar fi evaluări de sănătate publică ale medicamentelor și tehnologiilor în domeniul sănătății.

OESP sprijină consolidarea sistemelor de sănătate, punând sănătatea publică în centrul consolidării sau al reformei pentru îmbunătățirea eficienței. Acest lucru relevă o abordare integrată a consolidării și reorientării sistemului de sănătate la nevoile populației, concentrându-se în același timp pe prevenire și promovare, ceea ce poate reduce presiunea asupra sistemului de sănătate și a serviciilor. Mai mult, sfera de aplicare a OESP nu se limitează la sistemul de

sănătate, însă pune accent pe dezvoltarea capacităților de sănătate publică atât în cadrul sistemului de sănătate, cât și în cadrul societății în general (de exemplu, definirea și fortificarea capacităților tuturor partenerilor din cadrul societății pentru a-și îndeplini rolurile și responsabilitățile în domeniul sănătății publice, construirea infrastructurii intersectoriale de sănătate publică și facilitarea progresului în politicile multisectoriale pentru sănătatea populației).

**Operațiunile esențiale de sănătate publică, bunurile comune și programele specifice pentru prevenirea bolilor și promovarea sănătății pe parcursul vieții.** Finanțarea bunurilor comune de sănătate este recunoscută ca fiind fundamentală pentru sănătate și acoperirea generală cu servicii de sănătate (UHC) și pentru securitatea sănătății. Bunurile comune pentru sănătate sunt intervenții centrate pe populație și reprezintă bunuri publice, care necesită finanțare colectivă, deoarece furnizarea sau conservarea lor este supusă unor eșecuri specifice. OSEP și bunurile comune pentru sănătate au similarități, implicând, predominant, funcții centrate pe populație și transversale, care nu se află într-o singură zonă de intervenție sau în sectorul sănătății. OESP și bunurile comune pentru sănătate sunt complementare, întrucât OESP sunt susceptibile de a nu beneficia de subinvestiții fără intervenția guvernului, bunurile comune pentru sănătate sunt baza dialogului bugetar cu autoritățile financiare și o justificare economică suplimentară pentru operaționalizarea OESP.

Programele specifice pentru prevenirea bolilor și promovarea sănătății pe parcursul vieții rămân în centrul atenției planificării și a operațiunilor de sănătate. Aceste programe sunt adesea strâns legate de OESP, cum ar fi prevenirea bolilor, promovarea sănătății, monitorizarea și abordarea diverșilor factori ai sănătății. Investițiile în OESP promovează o trecere către sisteme de sănătate dinamice, care monitorizează și abordează sistematic nevoile emergente de sănătate ale populației. Acest lucru sprijină prevenirea eficientă a bolilor și a zonelor prioritare de viață finanțate în mod comun, încurajând în același timp promovarea, prevenirea și consolidarea sistemului de sănătate pentru alte priorități locale și naționale de sănătate cu eficacitate, eficiență și durabilitate.

## 1.6. Determinanții sănătății publice

Determinanții sănătății publice reprezintă factorii care influențează starea de sănătate a populației și pot fi împărțiți în mai multe categorii, conform clasificării Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). Acești determinanți au rolul de a identifica și interveni asupra problemelor de sănătate publică și de a promova îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

Clasificarea OMS a determinanților sănătății publice include următoarele categorii principale:

1. Factori socio-economici – acești factori includ nivelul de venituri și educație, ocupația și statutul social al indivizilor sau al comunităților. Studiile au arătat că

un nivel socio-economic mai scăzut este asociat cu un risc mai mare de boli și mortalitate prematură. (Marmot, M. G., Allen, J., Bell, R., & Bloomer, E. (2012)

2. Factori comportamentali – acești factori includ obiceiurile și stilul de viață, cum ar fi alimentația, activitatea fizică, fumatul și consumul de alcool. Comportamentele sănătoase pot contribui la prevenirea bolilor cronice și la promovarea stării de sănătate. (WHO, 2003)

3. Factori ai mediului fizic – acești factori includ mediul în care trăim, cum ar fi calitatea: aerului, apa, solul, condițiile de locuință și accesul la servicii de sănătate și de infrastructură adecvate. Acești factori pot influența riscul de boli infecțioase, accidente sau expunerea la substanțe toxice. (WHO, 2006)

4. Factori genetic și biologici – acești factori includ predispoziția genetică și caracteristicile biologice individuale care pot influența susceptibilitatea la anumite boli. Deși acești factori nu pot fi modificați, înțelegerea lor poate ajuta la identificarea riscului individual și a vulnerabilității la anumite afecțiuni. (Bell, J. F., Zimmerman, F. J., 2006).

Aceasta este o clasificare generală a determinanților sănătății publice, conform OMS. Pentru o înțelegere mai detaliată și o relatare exhaustivă, este utilă consultarea documentelor publicate de OMS cu privire la determinanții sănătății publice și la politicile de sănătate recomandate.

## 1.7. Noțiuni generale privind sistemul de sănătate

Sistemul de sănătate a fost, deseori, descris dintr-o perspectivă mai simplistă, concentrându-se pe servicii medicale. Unii autori [7] au dezvoltat idei ce extind conceptul de sistem de sănătate, oferind alte posibilități ce ar trebui luate în considerare:

- ✓ Atunci când ne referim la sistemele de sănătate avem în vedere componentele lor, dar și relațiile dintre acestea.
- ✓ Sistemele de sănătate nu ar trebui să includă numai partea instituțională sau cea de furnizare, dar și populația.
- ✓ Sistemele de sănătate trebuie privite în funcție de scopul lor care nu cuprinde numai îmbunătățirea sănătății, ci și echitatea, receptivitatea la așteptările populației, respectarea demnității umane și, printre altele, finanțarea corectă.
- ✓ Sistemele de sănătate trebuie, de asemenea, să releve în definiție cel mai important rol pe care îl au, și anume furnizarea directă a serviciilor de sănătate, indiferent dacă sunt acestea servicii medicale sau de sănătate publică, dar și „alte funcții, cum ar fi administrarea eficientă a sistemului care să permită finanțarea și generarea resurselor, pregătirea forței de muncă în sistemul de sănătate, aceasta fiind, probabil, provocarea cea mai complexă”. [7]

Un sistem de sănătate cuprinde toate organizațiile, oamenii și acțiunile care au

drept scop primordial menținerea, restabilirea și promovarea sănătății. Acest lucru presupune încercările de a influența factorii determinanți ai sănătății, precum și activitățile de îmbunătățire a sănătății.

Sistemele de sănătate, conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății, sunt sistemele care includ toate organizațiile, instituțiile și resursele destinate acțiunilor producătoare de sănătate. O acțiune de sănătate este acel efort realizat fie în domeniul serviciilor de sănătate individuală, fie în domeniul serviciilor de sănătate publică sau prin inițiative intersectoriale, al cărui scop principal este de a îmbunătăți sănătatea. Prin urmare, un sistem de sănătate este mai mult decât clădirile publice care oferă servicii publice și/sau private de sănătate.

Conform OMS, sistemele de sănătate au drept obiectiv de a oferi cetățenilor șansa de a avea un stil de viață sănătos, mijloace adecvate de finanțare a operațiunilor și de a satisface așteptările populației. Progresul către acest obiectiv depinde de modul în care sistemele îndeplinesc cele 4 funcții fundamentale: asigurarea serviciilor de sănătate, realizarea mecanismelor de susținere economică, formarea resurselor de sănătate și administrarea eficientă a sistemului.

Sistemele de sănătate nu sunt *doar* despre sănătatea publică, dar și despre componenta „servicii de sănătate publică” care este esențială pentru sisteme eficiente de sănătate.

Sistemele de sănătate continuă să se asocieze în mintea publicului cu sistemele de asistență medicală, spre deosebire de sistemele de sănătate publică, care au granițe organizaționale clare, sunt cunoscute, vizibile și apreciate de populație.

Sistemul de sănătate trebuie conceput ca un canal-cheie pentru „eforturile organizate ale societății”, în termeni de sănătate publică și de îmbunătățire a sănătății.

Sistemul de sănătate include instituții și organizații cu mandat de sănătate, cu resurse destinate sănătății și servicii furnizate pentru promovarea, protecția și restabilirea sănătății.

Funcția guvernării la nivel central și local este de a conduce și de a implica alte sectoare ale societății cu scopul maximizării avantajelor pentru sănătate.

Conform Cartei de la Tallinn (OMS Europa, 2008): „În cadrul politic și instituțional al fiecărei țări, sistemul de sănătate este un ansamblu al tuturor organizațiilor, instituțiilor și resurselor publice și private, împuternicite să îmbunătățească sau să restabilească sănătatea. Sistemele de sănătate cuprind serviciile personale și generale ale populației, precum și activitățile care influențează politicile și acțiunile altor sectoare pentru abordarea determinantilor sociali, de mediu și economici ai sănătății.”

## **1.8. Sistemul de sănătate al Republicii Moldova**

Sistemul de sănătate al Republicii Moldova este organizat după principiile accesului universal la serviciile de sănătate de bază și al echității și solidarității

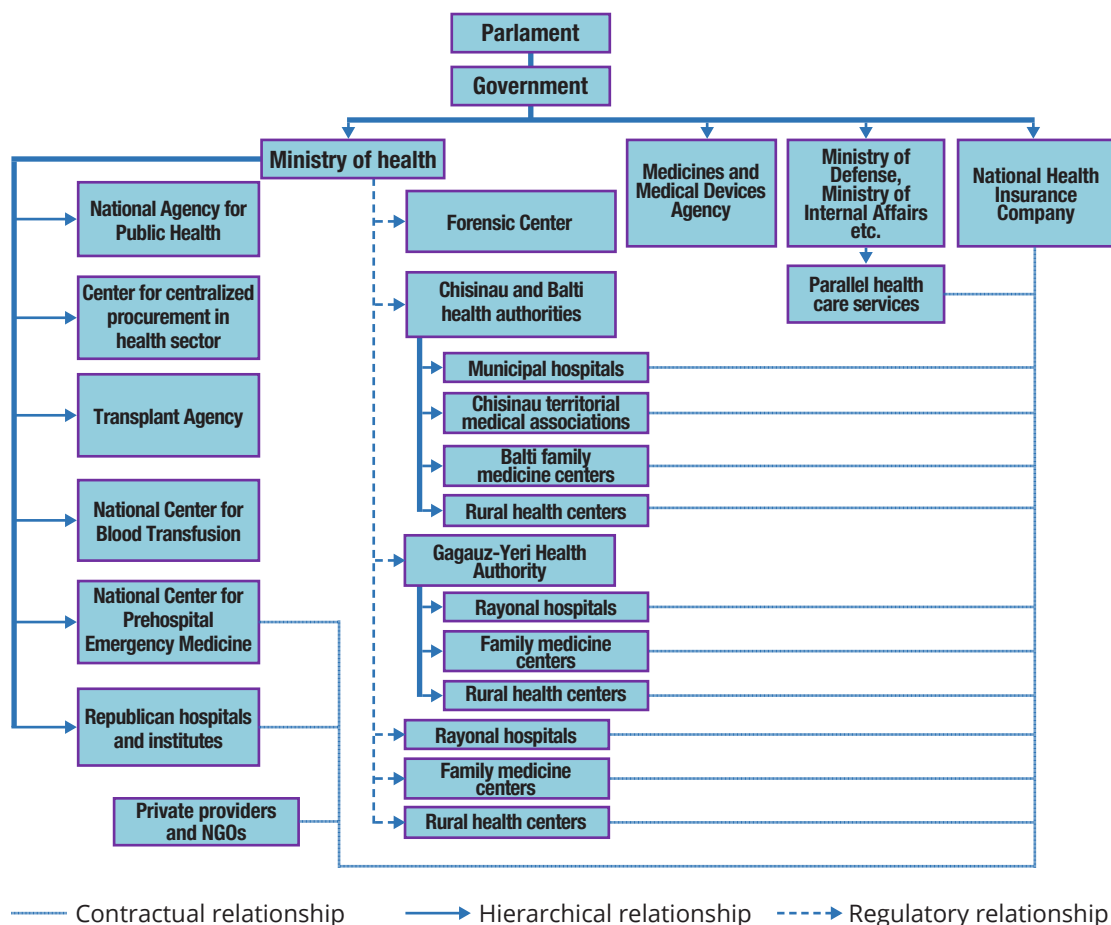
În finanțarea serviciilor de sănătate atât de către stat, cât și de persoane fizice și juridice prin mecanisme de asigurări obligatorii de sănătate.

Structura sistemului de sănătate (figura 1.2.) reprezintă o serie de entități medicale publice și private, precum și agenții și autorități publice implicate în furnizarea, finanțarea, reglementarea și administrarea serviciilor de sănătate.

Sistemul de sănătate din Republica Moldova este centralizat și are un singur cumpărător de servicii de sănătate finanțate din fonduri publice.

Din 2004, Republica Moldova dispune de un sistem de asigurări de sănătate obligatorii cu finanțare publică, cu pachet de beneficii definite, gestionat de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Toate veniturile din asigurările de sănătate, inclusiv contribuțiile de asigurări obligatorii de sănătate (taxe pe salarii) și transferurile de la bugetul de stat pentru anumite grupuri populaționale, sunt reunite într-un singur buget autonom. Aceste fonduri sunt folosite pentru a contracta cu o combinație de furnizori de servicii de sănătate publici și privați.



**Figura 1. 2. Organizarea sistemului de sănătate din Republica Moldova**

Sistemul de sănătate are o gamă largă de facilități medicale publice și private, precum și agenții guvernamentale și autorități implicate în furnizarea, finanțarea, reglementarea și administrarea serviciilor de sănătate. Ministerul Sănătății (MS) este responsabil pentru politica de sănătate și de elaborare a legislației care reglementează organizarea și furnizarea serviciilor de sănătate. Agenția Națională pentru Sănătate Publică este subordonată Ministerului Sănătății și gestionează serviciile de sănătate publică. Alți actori importanți sunt Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale, care reglementează și supraveghează medicamentele și dispozitivele medicale, și Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate care planifică și realizează achizițiile publice de echipamente medicale și de protecție la cererea furnizorilor publici.

Autoritățile Publice Locale (APL) sunt responsabile de dezvoltarea și întreținerea infrastructurii medicale pe teritoriile lor, pe care le dețin și ele, dar nu finanțează serviciile de sănătate.

Satisfacția pacienților și centrarea pe pacient sunt din ce în ce mai importante în sistemul de sănătate din Republica Moldova. Deși analiza rezultatelor raportate de pacient sau de alte instrumente nu sunt utilizate la nivel național, unele spitale raionale au introdus chestionare voluntare la externare pentru a monitoriza calitatea și receptivitatea serviciilor spitalicești.

Plata contribuțiilor este baza pentru dreptul la acoperire cu finanțare publică. Contribuțiile guvernamentale au acoperit 11 categorii de persoane inactivate din punct de vedere economic, înregistrate ca rezidenți. Ponderea populației acoperite de asigurări medicale a scăzut ușor la 87,7% în 2021.

Asistența de urgență, vizitele de asistență primară, medicamentele pentru anumite boli și îngrijirea în regim de internare pentru persoanele cu boli specifice, inclusiv COVID-19, sunt disponibile întregii populații, indiferent de statutul de asigurare.

Pentru persoanele asigurate, pachetul de beneficii este relativ larg, acoperind medicamentele prescrise în ambulatoriu, îngrijirea în ambulatoriu și în spital, îngrijirea stomatologică de urgență și o gamă limitată de servicii stomatologice pentru femeile însărcinate și copiii sub 18 ani.

Asigurații plătesc pentru medicamentele eliberate pe bază de rețetă în ambulatoriu (coplați procentuale de 30%, 50% și 70% în 2022, deși anumite categorii de medicamente sau persoane sunt scutite de plăți) și plătesc prețul integral pentru tratamentul și materialele stomatologice. Persoanele neasigurate plătesc din buzunar costul integral al îngrijirii electivă pentru pacienți internați. Cu toate acestea, amploarea plăților informale, în special în spitale, încă împiedică accesul la serviciile de sănătate și duce la dificultăți financiare.

**„Asistența medicală primară (AMP)** constituie asistența medicală esențială, care este universal accesibilă pentru indivizii și familiile din comunitate, se acordă prin metode acceptate de ei, cu participarea lor deplină, la un cost pe care comunitatea și țara poate să și-l permită”. (Alma-Ata, 1978)

Rolul asistenței primare este în creștere, dar sistemul este în continuare centrat pe spitale. În zonele rurale, serviciile de îngrijire primară sunt furnizate prin cabinetele medicilor de familie și cabinetele de sănătate, în timp ce în mediul urban serviciile sunt furnizate prin centre mari ale medicilor de familie. Oamenii sunt obligați să se înregistreze la medicul de familie. Îngrijirea secundară include servicii de spitalizare și ambulatoriu specializate furnizate de spitalele municipale și raionale. Spitalele terțiare sunt situate, de regulă, în capitală.

În 2022 existau 17 spitale la nivel republican, 34 spitale la nivel raional, 9 spitale la nivel municipal și 3 spitale conduse de Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Apărării și Serviciul de Securitate și Informații. Din 2010, numărul spitalelor private a crescut de la 11 la 17.

Înainte de pandemia de COVID-19, prioritatea politicii era limitarea cheltuielilor pentru pacienții internați și creșterea ponderii cheltuielilor destinate asistenței medicale primare. În 2022, spitalele au absorbit mai mult de jumătate din fondurile CNAM (54,1%), în timp ce doar un sfert a mers către asistența primară (25,2%, inclusiv 5,5% pentru rambursarea medicamentelor selectate de ambulatoriu). O parte din fondurile rămase au fost destinate îngrijirilor prespitalicești de urgență (8,8%), măsurilor de prevenire (0,2%) și fondului de dezvoltare pentru modernizarea furnizorilor de servicii medicale finanțate din fonduri publice (0,1%).

Cheltuielile publice pentru sănătate au crescut rapid după introducerea asigurării obligatorii de sănătate în 2004 și au fluctuat apoi în anii următori.

În 2019, cheltuielile publice pentru sănătate, ca pondere din PIB, au fost de 3,8%, ceea ce a fost sub media UE (6%) și a Europei de Sud-Est (SEE) (5%), dar peste media țărilor cu venituri medii-inferioare (LMIC) în Regiunea Europeană a OMS (2,7%).

Datele naționale pentru 2020 arată că cheltuielile publice pentru sănătate, ca pondere din PIB, au crescut la 4,8%. Creșterea semnificativă a cheltuielilor publice pentru sănătate ca pondere din PIB reflectă, probabil, 2 factori: cheltuielile suplimentare pentru sănătate necesare pentru combaterea COVID-19 și contracția PIB-ului cauzată de restricțiile asupra activității economice. Variația anuală a PIB-ului pentru Republica Moldova a fost de -7% între 2019 și 2020. Ponderea bugetului guvernamental alocat sănătății a fost de aproximativ 12%.

Ponderea bugetului guvernamental alocat sănătății a fluctuat de-a lungul timpului de la 13,6% în 2010 la 12,1% în 2019 (OMS, 2022). Aceasta este mai mare decât în țări precum Armenia (5,7%), Georgia (9,4%) și Ucraina (7,7%), dar mai mică decât în țări precum Lituania (13,2%) și România (12,7%) (OMS, 2022).

Protecția financiară este subdezvoltată, iar cheltuielile catastrofale sunt printre cele mai mari din Regiunea Europeană a OMS. Conform ultimelor date, asigurații beneficiază într-o proporție mai mare de servicii medicale față de cei neasigurați, dar se remarcă existența unor inechități în accesul populației la serviciile de asistență medicală primară, astfel, populația din rândurile săracilor a beneficiat de servicii medicale de 3 ori mai puțin decât populația asigurată financiar.

În mediul urban, numărul populației care se adresează la medic din cauza

problemelor dentare, pentru control profilactic și al celor care solicită vaccinare, este semnificativ mai mare decât în mediul rural.

Nivelurile cheltuielilor private pentru sănătate sunt ridicate. Populația țării a folosit, cu precădere, servicii medicale din instituțiile din sectorul public (84,2%), sectorul privat fiind solicitat de 15,8% din populație.

Cele mai solicitate servicii medicale private sunt serviciile medicului specialist și serviciile medicului stomatolog, care au fost de 48,5%, respectiv 39,1% dintre cele adresate instituțiilor medicale private. În 2022, îngrijirea primară (excluzând medicamentele rambursate în ambulatoriu) a reprezentat aproape 1/5 din cheltuielile totale ale CNAM.

Populația urbană înregistrează o proporție mai mare de spitalizări în comparație cu populația rurală. Femeile apelează la serviciile spitalicești mai des decât bărbații.

În perioada de spitalizare, persoanele internate au fost nevoite să recurgă la plata pentru utilizarea diferitor bunuri și servicii suplimentare, precum medicamente (24,3%), lenjerie de pat (21,9%), alimente (13,5%), rechizite medicale, precum bandaje, seringi etc. (7,4%).

Cheltuielile private sub formă de asigurări voluntare de sănătate nu reprezintă o caracteristică semnificativă a finanțării sistemului de sănătate în Republica Moldova. Ponderea mare a cheltuielilor private sub formă de plăți neformale, împreună cu un nivel relativ scăzut al cheltuielilor publice pentru sănătate, poate duce la nesatisfacerea nevoilor și la creșterea sărăciei în rândul populației din cauza cheltuielilor pentru sănătate. În 2016, 17% dintre gospodării s-au confruntat cu cheltuieli catastrofale pentru sănătate și aproape 7% au avut cheltuieli mari pentru sănătate. Cheltuielile catastrofale pentru sănătate sunt concentrate în rândul celor mai săraci oameni, al persoanelor care locuiesc în mediul rural, al persoanelor cu studii medii incomplete, al pensionarilor și al cuplurilor fără copii. Medicamentele în ambulatoriu sunt principala cauză a cheltuielilor catastrofale pentru sănătate, deoarece acoperirea medicamentelor în ambulatoriu a fost foarte limitată în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de sănătate.

Cu toate acestea, între 2017 și 2021, lista medicamentelor acoperite a fost extinsă. Acum aceasta include, cel puțin, două sau trei tipuri de medicamente, fără coplăți, în fiecare grup de boală. Este de așteptat ca aceste modificări să îmbunătățească protecția financiară.

În același timp, persoanele cu asigurare medicală consumă medicamente de două ori mai des decât persoanele neasigurate.

Nivelul de informare a populației cu privire la posibilitatea de a obține medicamente compensate sau gratuite este ridicat. Nouă din 10 respondenți au declarat că sunt informați despre existența medicamentelor compensate. Există o pondere mai mare de oameni informați în rândul populației urbane, asigurați medical și cu condiții financiare bune. Principalele surse de informare pentru populație sunt lucrătorul sanitar, mass-media și rudele sau prietenii.

Mai mult de jumătate din cheltuielile populației pentru sănătate sunt pentru



procurarea medicamentelor, urmate de cheltuielile pentru asistența medicală primară.

Cheltuielile populației urbane au fost, în medie, de două ori mai mari comparativ cu cheltuielile populației rurale.

Fiecare a 2-a persoană consideră că calitatea serviciilor medicale în 2021 a rămas aceeași față de anul precedent, 19,9% consideră că situația s-a înrăutățit, iar 12,2% consideră că situația s-a îmbunătățit. Populația din sate apreciază de 2 ori mai mult calitatea serviciilor medicale, comparativ cu populația din orașe.

## **1.9. Evoluții și provocări principale ale sistemului de sănătate din Republica Moldova**

Republica Moldova a aprobat Strategia Națională de Sănătate pentru anii 2022–2030, care propune o abordare centrată pe persoană și pe resursele umane din sistemul de sănătate, cu asigurarea drepturilor fundamentale ale acestora la sănătate, la servicii medicale de calitate și la condiții de muncă sigure și decente.

În aceste condiții, principalele provocări pentru sistemul de sănătate al Republicii Moldova sunt:

- Reducerea bolilor transmisibile și netransmisibile prin prevenirea acestora, protecția și promovarea sănătății.
- Consolidarea parteneriatelor strategice și a mecanismelor de colaborare intersectorială și de responsabilitate partajată în domeniul sănătății publice, la nivel național și local, pentru asigurarea principiilor Organizației Mondiale a Sănătății („O singură sănătate” și „Sănătate în toate politicile”).
- Consolidarea sistemului de supraveghere a sănătății publice și creșterea potențialului de răspuns la urgențele de sănătate publică.
- Asigurarea accesibilității și continuității serviciilor medicale integrate centrate pe persoană la toate nivelurile sistemului de sănătate.
- Modernizarea sistemului de sănătate și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate.
- Dezvoltarea serviciilor de reabilitare, îngrijire de lungă durată și paliative de calitate.
- Asigurarea continuității serviciilor de sănătate esențiale în cazul unor urgențe de sănătate publică.
- Îmbunătățirea managementului calității serviciilor de sănătate, siguranței pacienților și lucrătorilor sanitari.
- Raționalizarea mecanismelor de asigurare cu medicamente și dispozitive medicale, garantând siguranța farmaceutică.
- Promovarea prescrierii și utilizării raționale a medicamentelor și dispozitivelor medicale.

- Asigurarea guvernării și finanțării durabile și echitabile a resurselor umane în sănătate.
- Îmbunătățirea mecanismelor de asigurare cu personalul medical, menținerea și dezvoltarea resurselor umane în sistemul de sănătate.
- Transformarea digitală a sistemului de sănătate și aplicarea soluțiilor digitale pentru îmbunătățirea calității, eficienței, transparenței și accesului la serviciile de sănătate.
- Aplicarea de soluții digitale în vederea îmbunătățirii managementului și guvernării sectorului sănătății.
- Asigurarea unei infrastructuri fiabile și scalabile pentru un sistem eficient de e-sănătate.
- Asigurarea cu mijloace financiare suficiente pentru sistemul de sănătate.
- Utilizarea eficientă și corectă a resurselor financiare disponibile și eliminarea barierelor financiare din calea accesului pacienților la servicii și reducerea riscurilor financiare în caz de boală.
- Dezvoltarea capacităților sistemului de sănătate pentru a asigura luarea deciziilor transparente bazate pe politici/intervenții bazate pe dovezi, cu asigurarea integrității la toate nivelurile (individual, instituțional și de sistem).

## Referințe:

1. Preamble to the Constitution of the World Health Organisation, June, 1946.
2. Republic of Moldova: health system review. *Health Syst Transit*. 14(7):1-151
3. Health systems in action: Republic of Moldova. *Health Systems in Action insight series* (2022).
4. WHO <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-republic-of-moldova-2022>.
5. CNAM (2021). Raport de activitate a companiei naționale de asigurări în medicina [Activity report of the national medical insurance company]. Chișinău: Compania Națională de Asigurări în Medicina. Available at: [http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate\\_anuale/Raport%20de%20activitate%20CNAM%202021.pdf](http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/Raport%20de%20activitate%20CNAM%202021.pdf).
6. Garam I., Zadnipru M., Doronin V., Matei A., Mosca I. (2020). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331667>.
7. World Bank (2022). World Development Indicators. Washington, DC: World Bank. Available at: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

8. Statistical Databank. Social statistics. Chişinău: Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova [National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova]. Available at: <https://statistica.gov.md/index.php?l=en>.
9. Accesul populaţiei la serviciile de sănătate. Rezultatele studiului de sănătate. [Population access to health services. Health Study Results]. Chişinău: Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova [National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova]. Available at: [https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Acces\\_servicii\\_sanatate\\_2022.pdf](https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Acces_servicii_sanatate_2022.pdf).
10. Bjegovic-Mikanovic V., Burazeri G., Laaser U. (2013a). The framework of public health. In: Burazeri G., Kragelj L.Z., editors. Forum for Public Health in Southeastern Europe: health: systems – lifestyle – policies: a handbook for teachers, researchers and health professionals, volume 1. Lage, Germany: Jacobs Publishing Company; 113–25 (<https://www.seejph.com/index.php/seejph/article/view/1920>).
11. WHO Regional Office for Europe (2008). The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf)).
12. WHO Regional Office for Europe (2012). European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>).
13. WHO Regional Office for Europe (2019c). The 10 essential public health operations [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>).
14. WHO Regional Office for Europe (2012a). European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336410>.
15. Kreisel W., Von Schirnding Y. Intersectoral action for health: a cornerstone for health for all in the 21st century. *World Health Stat Q.* 1998;51(1):75–7.
16. Bennett S., Glandon D., Rasanathan K. Governing multisectoral action for health in low-income and middle-income countries: unpacking the problem and rising to the challenge. *BMJ Glob Health.* 2018;3(Suppl 4):e000880.
17. Baum F., Lawless A., Delany T., Macdougall C., Williams C., Broderick D., et al. Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application. *Health Promot Int.* 2014;29(1):i130–42.
18. Leppo K.O., Eeva, Peña S., Wismar M., Cook S. Health in All Policies—seizing opportunities, implementing policies. 2013.
19. Ashton J., Grey P., Barnard K. Healthy cities—WHO’s New Public Health initiative. *Health Promot Int.* 1986;1(3):319–24.

20. Tsouros AD. The WHO healthy cities project: State of the art and future plans. *Health Promot Int.* 1995;10(2):133–41.
21. World Health Organization. One Health n.d. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health>.
22. Ilona Kickbusch, Warren McCann, Tony Sherbon. Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies. *Health Promotion International*, Volume 23, Issue 1, March 2008, Pages 1–4, <https://doi.org/10.1093/heapro/dan006>.
23. Amri M., Chatur, A. & O'Campo P. Intersectoral and multisectoral approaches to health policy: an umbrella review protocol. *Health Res Policy Sys* 20, 21 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00826-1>.
24. Guglielmin M., Muntaner C., O'Campo P., Shankardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy*. 2018;122(3):284–92.
25. Legea Nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice. <http://lex.justice.md/md/331169/>.
26. Scott L Greer, Michelle Falkenbach, Luigi Siciliani, Martin McKee, Matthias Wismar, Josep Figueras. From Health in All Policies to Health for All Policies. *The Lancet Public Health*, Volume 7, Issue 8, 2022, pp. e718-e720. doi:10.1016/S2468-2667(22)00155-4.
27. Marmot M. G., Allen J., Bell R., & Bloomer E. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011-1029.
28. World Health Organization. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation. World Health Organization.
29. World Health Organization. (2006). Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease. World Health Organization.
30. Bell, J. F., Zimmerman, F. J., Almgren, G. R., Mayer, J. D., & Huebner, C. E. (2006). Birth outcomes among urban African-American women: a multilevel analysis of the role of racial residential segregation. *Social science & medicine*, 63(12), 3030-3045.
31. World Health Organization. (2021). 21st century health challenges: can the essential public health functions make a difference, ISBN 978-92-4-003892-9 (electronic version), ISBN 978-92-4-003893-6 (print version) World Health Organization 2021.

## II.

# COMUNICARE INTERPERSONALĂ ȘI INSTITUȚIONALĂ

- 2.1. Procesul de comunicare. Importanța comunicării în domeniul sănătății
- 2.2. Comunicarea interpersonală. Competențe de comunicare specifice persoanelor abilitate cu drept de control în domeniul sănătății publice
- 2.3. Comunicarea scrisă în domeniul sănătății. Cultura vorbirii: eroare și corectitudine
- 2.4. Comunicarea instituțională. Relațiile publice
- 2.5. Etapele elaborării unei comunicări orale și tehnicile de ținere a discursurilor
- 2.6. Comunicarea pentru schimbare comportamentală
- 2.7. Managementul timpului

### 2.1. Procesul de comunicare.

#### Importanța comunicării în domeniul sănătății

Comunicarea reprezintă un proces uman prin care persoanele aflate într-o anumită situație creează semnificație mesajelor și informațiilor prin folosirea unui comportament simbolic. Or, un rol aparte îi revine canalului prin care va fi transmisă informația, cui i se adresează mesajul, felul în care poate veni publicul cu un răspuns sau cu o reacție. În plus, se iau în calcul toate elementele sistemului de comunicare: sursă (emițător), canal, receptor, mesaj și feedback.

În general, comunicarea poate fi de 5 tipuri: *intrapersonală*, *interpersonală*, *în grup restrâns*, *de masă* și *publică*. În primul caz avem comunicarea cu propria persoană (evaluarea feedback-ului, înțelegerea evenimentelor și acțiunilor din exterior), iar în cel de-al doilea participă și persoanele din jur (vorbia sau conlucrarea cu una sau mai multe persoane). Comunicarea în grup restrâns presupune trei sau mai mulți participanți care discută în vederea soluționării unor probleme sau stabilesc anumite convingeri și păreri comune. Comunicarea de masă reprezintă comunicarea cu mass-media (conexiunea inversă este limitată, deoarece comunicarea se realizează prin intermediul unui canal: televiziune, radio, film ș.a.). Comunicarea publică se referă la transmiterea unor mesaje bine-structurate grupurilor mari.

Despre importanța competențelor de comunicare în diferite domenii și profesii se discută tot mai mult în ultima perioadă. Profesioniștii au înțeles că o mare parte din succesul lor în activitate revine unor abilități complementare celor din domeniul profesional, și anume capacitatea de exprimare, abilitățile de ascultare și de relaționare cu ceilalți.

Dezvoltarea competențelor de exprimare ajută la atingerea obiectivelor de comunicare, pentru că ne dorim cu toții să fim recepționați, să fim înțeleși, să fim acceptați și să provocăm o reacție (răspuns/feedback sau acțiune). Pentru aceasta e necesar să formulăm un mesaj clar și explicit, să adresăm întrebările potrivite, să acordăm atenție conținutului și formei de transmitere a informației (*Ce spui și cum spui?*), să evităm neînțelegerile, în special prin solicitarea de feedback, să păstrăm o atitudine binevoitoare și deschisă.

Pentru a obține un feedback constructiv, poate fi utilizată metoda **Întrebă. Spune. Întrebă.**

- **Întrebați persoana despre propriile performanțe:** „Cum a funcționat noua procedură de siguranță? Ați reușit să o urmați?”.
- **Spuneți ce ați observat** (elemente corective și pozitive): „Ați fost foarte atent, am remarcat cam aceleași lucruri. Am observat echipa urmând primele două părți ale procedurii. De asemenea, mi s-a părut că nu au urmat în mod corespunzător ultima parte.”.
- **Întrebați despre potențialele strategii de îmbunătățire:** „Aveți vreo idee pentru ajustarea ultimei părți a noii proceduri?”.

Una dintre cele mai importante abilități de comunicare este *ascultarea*. În primul rând, aceasta permite colectarea de informații necesare menținerii unei discuții, pe de altă parte ascultarea ajută la crearea relației cu interlocutorul și la dezvoltarea relațiilor personale și profesionale.

Există un șir de *obstacole* care apar în procesul de ascultare, și anume: zgomotul (nu permite deslușirea clară a cuvintelor și/sau intonațiilor), pseudo-ascultarea (ascultarea este mimată), atenția selectivă (sunt ascultate doar frânturi din cele spuse de interlocutor), supraîncărcarea informațională (prea multă informație obosește), reveria (visează cu ochii deschiși), tendința de respingere (nu sunt de acord cu persoana sau cu poziția acesteia), obtuzitatea (refuz să ascult idei), întreruperea competitivă (ce am de spus e mai important decât ce spune interlocutorul). Un bun ascultător, de regulă, se concentrează la cele spuse de interlocutor, nu se gândește la răspunsuri potențiale în timp ce ascultă, interacționează nonverbal cu vorbitorul (arată prin gesturi, privire, mimică că este conectat la cele ce se relatează), nu întrerupe și nu finalizează propozițiile vorbitorului, clarifică și memorizează (adrează întrebări pentru a înțelege anumite aspecte).

În vederea dezvoltării comunicării interpersonale e necesar să adoptăm **limbajul responsabilității**, care se referă la exprimarea propriilor emoții și opinii fără a ataca interlocutorul. Acesta presupune descrierea comportamentului, exprimarea propriilor emoții și formularea consecințelor comportamentului asupra propriei persoane. Astfel, obținem *formula magică*: „**Când tu** [comportamentul celuilalt], **atunci** [rezultatul comportamentului], **iar eu mă simt** [sentimentele mele]”. Drept exemplu ar putea servi: *Când spui copiilor că pot face ceva ce eu le-am interzis, atunci autoritatea mea de părinte este afectată și mă simt discreditată în fața lor.*

Limbajul responsabilității presupune adoptarea tipului asertiv de comunicare,

prin care ne exprimăm propriile emoții și convingeri fără a afecta și ataca drepturile celorlalți. Asertivitatea poate fi dezvoltată prin construirea de scenarii mentale și contribuie la exprimarea optimă a propriilor dorințe și nevoi, la dezvoltarea respectului față de propria persoană, la dezvoltarea competențelor de gestionare a conflictelor, la formarea unei imagini de persoană echilibrată și plăcută, precum și la afirmarea personală și profesională. Persoanele care comunică în mod competent prezintă câteva caracteristici: sunt conștienți de comportamentul lor și efectul asupra celorlalți și își automonitorizează emoțiile, se adaptează cerințelor situației, manifestă empatie (identifică și simt ce simt cei din jur), manifestă complexitate cognitivă (înțeleg o situație în mai multe moduri), respectă principiile etice (judecă dacă cineva este corect sau greșit din punct de vedere moral).

## **2.2. Comunicarea interpersonală. Competențe de comunicare specifice persoanelor abilitate cu drept de control în domeniul sănătății publice**

Ministerul Muncii, Formării și Dezvoltării competențelor din provincia canadiană Ontario, anunță care sunt competențele necesare unui inspector de sănătate și securitate în muncă:

### *Competențe interpersonale și de comunicare*

- Abilități de ascultare și comunicare pentru a promova conformitatea, pentru a oferi sfaturi și a consulta beneficiarii.
- Abilitatea de a documenta și transmite cu acuratețe informații confidențiale și sensibile.
- Experiență în redactarea rapoartelor.
- Rezolvarea conflictelor și abilități interpersonale pentru a interacționa eficient cu beneficiarii și a-i direcționa spre acțiuni adecvate.
- Abilitatea de a face față situațiilor de lucru controversate, adverse și emoționale.

### *Abilități analitice și organizatorice*

- Abilități de raționament, de evaluare și analitice pentru interpretarea informațiilor.
- Abilități de a efectua inspecții și investigații, inclusiv interviewarea.
- Abilități solide de planificare și organizare pentru a coordona volumul de muncă.

Un rol aparte revine competențelor de comunicare. Astfel, indiferent de țara sau domeniul specific în care activează inspectorii, există câteva reguli general

valabile pentru aceștia pe care ar trebui să le respecte:

- *Prestarea unui serviciu de calitate pentru beneficiari.*
- *Manifestarea unei atitudini profesionale, cu respect și demnitate.*
- *Pregătirea este esențială (inclusiv analiza preinspecție).*
- *Manifestarea deschiderii: fără predicții sau evaluări orientative până când toate dovezile nu au fost strânse.*
- *Comunicarea este crucială.*

Activitatea inspectorilor poate fi privită ca o investigație, în care acesta desfășoară observarea la fața locului, interviează angajații/beneficiarii, examinează înregistrări și documente și ia mostre sau face măsurători ca să verifice dacă sunt îndeplinite toate cerințele. La rândul lor, antreprenorii/beneficiarii care sunt supuși inspecției ar putea să ia notițe, să ceară sfaturi sau clarificări și să solicite recomandări privind îmbunătățirea procedurilor și practicilor. Relația care urmează a fi dezvoltată între acești actori este una de parteneriat și colaborare, fapt ce poate fi realizat printr-o comunicare eficientă.

Acțiunile de comunicare în cazul inspectorilor sanitari pot fi divizate în 5 etape:

1. Prezentarea și anunțarea scopului vizitei: *Bună ziua. Mă numesc (Prenume/Nume) și sunt inspector sanitar. Vizita mea se va realiza cu scopul...*

2. Discuții și interviuri: *Aș avea nevoie să discut cu angajatul X, responsabil de ..., cum am putea organiza un interviu?*

3. Analiza documentelor: *Pentru a-mi realiza misiunea, vă rog să-mi puneți la dispoziție următoarele documente: ... Sunt necesare originalele și copiile acestora.*

4. Vizita și verificarea: *Aș putea să verific încăperile/echipamentul? Va dura cca... și va presupune colectarea unor probe/testarea...*

5. Întocmirea raportului/procesului verbal: *În ... zile veți primi raportul în care vor fi incluse concluziile și recomandările. Dacă o să aveți întrebări ne puteți contacta la .../ Acesta este procesul-verbal completat în urma inspecției. Vă rugăm să îl analizați detaliat și dacă apar întrebări suntem aici ca să vă oferim clarificări.*

Acțiunea de comunicare începe prin planificarea interviului. O pregătire minuțioasă presupune:

- definirea scopului interviului (colectarea informațiilor, obținerea unor puncte de vedere diferite ș.a.);
- stabilirea necesarului de informații (*Ce detalii sunt importante pentru a fi colectate?*);
- selectarea intervievaților (*Cine îmi poate răspunde la întrebări? Cu cine este cel mai indicat să discutăm?*);
- planificarea întrebărilor;
- alegerea locației pentru interviu (comoditate, evitarea potențialelor bruiaje);
- anticiparea obstacolelor și a rezistenței;
- pregătirea materialelor/notițelor.

După ce interviul a fost planificat, acesta poate fi realizat cu acordul intervievatului.



Pentru inițierea interviului se recomandă respectarea următorilor pași:

1. Rezumați îngrijorarea/scopul. Prezentați-vă datele.
2. Explicați modul în care a fost descoperită problema/situația.
3. Descrieți „ imaginea de ansamblu”, obiectivele echipei și rolul dumneavoastră.
4. Solicitați ajutor în clarificarea situației.
5. Setati o anumită perioadă de timp.
6. „Spargeți gheața” cu o întrebare subiectivă care duce la umanizarea discuției, una care nu are un răspuns corect sau greșit. Ex.: „Aveți multă satisfacție lucrând în domeniul X?” „De cât timp locuiți în zonă?”.

Felul în care sunt adresate întrebările și cum sunt acestea formulate asigură succesul sau insuccesul interviului. Întrebările pot fi de mai multe tipuri, în continuare vom face referire la cele **închise/deschise, probatoare, directe/indirecte**.

**Întrebările deschise** oferă opțiuni mai variate de a oferi un răspuns și, de regulă, se încurajează exprimarea și povestirea. Întrebările deschise ajută la:

- obținerea de informații generale despre o situație;
- înțelegerea priorităților subiectului;
- reducerea anxietății;
- înțelegerea sentimentelor, credințelor, prejudecăților și stereotipurilor subiectului;
- permit intervievatorului să asculte și să se concentreze pe observarea indiciilor nonverbale.

Exemple de întrebări deschise: *Vă rugăm să explicați procesul...; Să parcurgem procesul pas cu pas...; Spuneți-mi ce se întâmplă...; Ajutați-mă să înțeleg...*

Pe de altă parte, **întrebările închise** (de regulă, pot fi răspunse cu Da/Nu) permit:

- obținerea rapidă a unor informații specifice;
- schimbarea direcției interviului;
- menținerea controlului;
- confirmarea acordului;
- atragerea atenției.

Este important să se perceapă diferențele dintre cele două tipuri de întrebări pentru a le utiliza corespunzător (după caz):

<b>Închise</b>	<b>Deschise</b>
<b>A lucrat noua procedură?</b>	<b>Gare sunt avantajele noii proceduri?</b>
<b>Este util site-ul web?</b>	<b>Cum folosiți site-ul web?</b>
<b>Poate fi îmbunătățită activitatea subdiviziunii dvs.?</b>	<b>Cum poate fi îmbunătățită activitatea ...</b>
<b>Considerați că aceste acțiuni au fost potrivite?</b>	<b>Ce credeți că putea fi făcut diferit?</b>

## Exercițiul 1

Transformați următoarele întrebări închise în întrebări deschise.  
Ați verificat temperatura alimentelor?

.....  
Cine a fost responsabil de evaluarea slabă în urma inspecției?

.....  
Ați avut defecțiuni la aceste echipamente?

.....  
Ați urmărit procesul de producție?

.....  
**Întrebările probatoare:** Obțin informații suplimentare, mai multe detalii, dovezi, rezolvă inconsecvențele, contradicțiile, confuziile. Câteva exemple:

- Spuneți-ne mai multe despre...
- Ce dovezi vă fac să credeți aceasta?
- Ce vă duce la acea concluzie?
- Pe ce vă bazați când afirmați acest lucru?
- Care sunt factorii/elementele/cauzele?
- Cum ați clasifica acești factori în ordinea importanței pentru Dvs.?
- Ce criterii ați aplicat în situația respectivă?
- Dați-mi un exemplu.
- Cine, ce, când, unde, de ce și/sau cum?

## Exercițiul 2

**Completați dialogurile cu câte o întrebare probatoare**

### Dialogul 1

Q: Ca antreprenor, ați fost instruit privind această procedură?

A: Compania mea desfășoară instruire la fiecare 6 luni pe acest subiect.

Q: ....?

### Dialogul 2

Q: Care a fost experiența Dvs. cu acest tip de echipament?

A: Foarte bine. Nu am avut nicio problemă.

Q: ....?

### Dialogul 3

Q: În trecut, când ați avut astfel de scurgeri, le-ați reparat cu forțe proprii sau ați apelat la o companie specializată?

A: De obicei, tehnicianul nostru le repară. Uneori, apelăm și la contractori.

Q: ....?

### Dialogul 4

Q: Cum ați asigurat respectarea măsurilor anti Covid-19 în instituție?

A: Foarte bine. Am ținut cont de toate recomandările autorităților.

Q: ....?

Întrebările **directe și indirecte** pot fi identificate în funcție de cât de deschis este etalat scopul întrebării și dacă se încearcă o abordare mai voalată sau nu a problemei. Acestea pot fi analizate cel mai bine prin intermediul exemplurilor:

**Direct:** De ce nu ați anunțat superiorul despre defecțiunea tehnică identificată?

**Indirect:** Raportul menționează că superiorul nu a fost informat despre defecțiunea tehnică. Ce puteți să comentați?

\*\*\*

**Direct:** Compania a amânat întreținerea echipamentului pentru siguranță?

**Indirect:** Se spune că această companie a amânat întreținerea echipamentelor semnificative pentru siguranță; Ce puteți spune despre aceasta?

\*\*\*

**Direct:** De ce ați plătit atât de mult pentru niște ochelari?

**Indirect:** Multă lume ar spune că 1000\$ e o sumă prea mare pentru o pereche de ochelari. Ce spuneți?

## Exercițiul 3

### **Reformulați următoarele întrebări din directe în indirecte:**

*Direct:* Credeți că este sigur să vorbiți la telefonul mobil în timp ce conduceți?

*Indirect:* ...?

\*\*\*

*Direct:* Ați procedat conform protocolului?

*Indirect:* ...?

\*\*\*

*Direct:* De ce i-ați permis să intre fără mască?

*Indirect:* ...?

Atunci când formulați întrebările acordați atenție la limbajul folosit (să fie unul elevat, dar fără termeni prea complicați sau tehnici care ar putea fi neînțeleși). Țineți cont de contextul în care se desfășoară interviul și ajustați complexitatea întrebărilor în funcție de respondent. Manifestați înțelegere pentru a crea

conexiuni cu interviuatul. Evitați acuzațiile și utilizați cu grijă tonul emoțional. Nu omiteți indiciile nonverbale.

#### La **închiderea interviului:**

- Oferiți-vă să răspundeți la întrebări.
- Puneți o întrebare de compensare: „*Ar mai fi ceva ce ar trebui să știu?*”.
- Rezumați discuția.
- Indicați că a fost utilizat timpul preconizat.
- Planificați acțiunile următoare.
- Exprimați mulțumiri și apreciere.

Câteva sugestii de luat în considerare atunci când organizați și desfășurați un interviu:

1. Nu judecați. Concentrați-vă pe culegerea de informații (cantitatea și calitatea acestora contează).
2. Ascultați cu atenție.
3. Puneți întrebări clarificatoare pentru a verifica percepțiile.
4. Asigurați-vă că aveți o imagine completă în minte.
5. Puneți-vă în locul celuilalt (punct de vedere, valori, context organizațional).
6. Monitorizați-vă propriile percepții. Recunoașteți propriile părtiniri, prejudecăți și atitudini.

## **Exercițiul 4**

***Urmăriți dialogul dintre inspector și antreprenor. Ce ați modifica? Ce alte fraze ați utiliza? Ce atitudine ar trebui să adopte fiecare personaj?***

*Inspector:* Bună ziua! Am venit cu inspecția.

*Antreprenor:* Dar nu ne-a spus nimeni că veniți. Ce fel de inspecție?!

*Inspector:* Cum, ce inspecție? Sanitară. Haideți să vedem dacă aveți toate documentele în ordine!

*Antreprenor:* În ordine, cum altfel?! Dar întâi va trebui să dau un telefon, dacă nu vă supărați.

\*\*\*

*Inspector:* Bună ziua! Sunt Andreea Moraru, inspector sanitar.

*Antreprenor:* Bună ziua! Îmi pare bine. Mă numesc Ionela Popa și sunt managerul acestei întreprinderi. Cu ce aș putea să vă ajut?

*Inspector:* Scopul inspecției este de a veni cu anumite recomandări pentru a vă ajuta să asigurați o mai bună situație sanitară.

*Antreprenor:* Să știți că vizita Dvs. e chiar binevenită, sunt multe aspecte în legislație care ne par dificile și neclare, iar un suport în acest sens ne-ar fi util. De ce aveți nevoie?

*Inspector:* Pentru început, vă rog să-mi pregătiți documentele indicate în această

listă, după care aş vrea să facem o vizită prin întreprindere. După-amiază aş putea să discut cu şeful de la producţie?

\*\*\*

***Urmăriți dialogul dintre inspector și antreprenor. Completați frazele interlocutorilor***

*Inspector:* Bună ziua! Sunt ..., inspector sanitar.

*Antreprenor:* ...

*Inspector:* Cred că este în beneficiul Dvs. să avem o discuție constructivă. Pentru început...

*Antreprenor:* Documentele sunt pregătite. Și tot ce aveți de văzut este aici.

*Inspector:* Aș vrea să discut cu...

*Antreprenor:* Puteți să veniți cu mai multe detalii? O să primesc un raport la final sau un certificat?

*Inspector:* Sigur, ...

Printre cele mai frecvente greșeli produse în cadrul unui interviu se numără:

- Adresarea mai multor întrebări în același timp (păstrați legitatea: o întrebare – un răspuns).
- Sugerarea răspunsului (verbal sau nonverbal).
- Formularea concluziilor premature (se iau decizii prea devreme, până a aduna toate informațiile/datele/dovezile).
- Omiterea unor indicii importante (verbale și nonverbale).
- Crearea unei impresii neplăcute interviuatului

În momentul desfășurării interviului ar fi bine să fiți pregătit pentru un șir de **situații dificile** care pot apărea: unele persoane pot fi reticente sau să opună rezistență, discuția poate deraia de la scop și de la obiective, interviuații sunt ostili și conflictuali, manifestă comportament nepotrivit (insulte, afirmații nepotrivite sau acțiuni fizice), persoana nu-și amintește detalii (care ar putea fi importante), gestionarea asimetriei (sunteți foarte diferiți ca experiență, vârstă, percepții ș.a.)

În gestionarea acestor situații e bine să țineți cont de niște tehnici simple. În primul rând, nimic nu înlocuiește pregătirea, e recomandabil să vă informați și să schițați întrebări potențiale chiar dacă aveți întrebări. E important să cunoașteți regulile, autoritatea pe care o aveți și limitele acesteia. Arătați capacitatea de a înțelege punctul de vedere al interviuatului și evitați tonurile acuzatorii. Încurajați încrederea și deschiderea, în loc să solicitați doar informații. Recunoașteți și arătați apreciere pentru experiența și expertiza interviuatului. Fiți întotdeauna politicos, chiar și cu persoanele care manifestă împotrivire.

**Cum acționez într-o situație dificilă?**

- Păstrează o atitudine profesionistă, neutră din punct de vedere emoțional.
- Anticipează și controlează propriile reacții.
- Nu contraataca.

- Încetinește ritmul.
- Ridică nivelul de formalitate.
- Ignoră atacurile personale (fii concentrat pe situația profesională), cu excepția cazului în care devin exagerate.
- Folosește întrebări tehnice specifice pentru a deplasa atenția de la emoțiile negative.
- Realizează o conexiune cu nevoile respondentului („Pot să înțeleg cât de frustrat v-ați simțit.”).
- Ascultă activ, astfel încât cealaltă persoană să se simtă înțeleasă. Folosește parafrizarea („Ceea ce înțeleg din ce îmi relatați este că... Înțeleg corect?”).
- Solicită explicații mai detaliate („Pentru a înțelege afirmațiile Dvs., trebuie să aud mai multe detalii despre cum ați ajuns la aceste concluzii.”).
- Cere ajutor pentru a înțelege situația. Subliniază interesele comune.
- Schimbați punctul de vedere („Să presupunem că privim aceasta din punctul de vedere al publicului”).

## Exercițiul 5

Consolidați informația de mai sus prin jocuri de rol. Fișele de mai jos descriu niște situații dificile și personajele (antreprenori) cu care urmează să interacționeze inspectorii. Combinațiile dintre situații și personaje pot fi variate. Pentru realizarea jocurilor de rol sunt necesare 2 persoane, dar exercițiul este util și pentru pregătire individuală. Citiți cu atenție situația. Identificați persoanele pe care urmează să le intervievați. Realizați schița întrebărilor pentru interviu. Includeți subiecte privind: calificarea și competențele angajaților, amenajarea spațiilor, dotarea, normele de igienă, curățarea, dezinfecția și sterilizarea, gestionarea deșeurilor.

Situația	Personaje
Salon de înfrumusețare	Arogant
Restaurant	Amabil
Studio pentru tatuaje și piercing	Reticent
Școală primară	Inversează rolul
Bazin de înot	Vorbăreț
Laborator de analize medicale	Suspicios

# FIȘE DE LUCRU

## 1. Salon de înfrumusețare

Inspectați un salon de înfrumusețare, unde se prestează servicii de coafură, cosmetică, frizerie, manichiură și pedichiură.

Când ați intrat în salon ați depistat că podeaua nu a fost curățită de resturile de păr, iar manichiurista nu s-a spălat pe mâini înainte de a începe procedura cu noul client.

## 2. Restaurant

Inspectați un restaurant de tip fast-food, unde se prepară burgeri și cartofi pai.

Ați fost informat că un client a depistat o bucată de pungă de plastic în interiorul pârjoalei unui burger.

*Notă: exemplul este unul ipotetic, chiar dacă inspectorii sanitari din cadrul ANSP nu au în atribuție inspectarea restaurantelor, exercițiul permite dezvoltarea imaginației.*

## 3. Studio pentru tatuaje și piercing

Inspectați un salon în care se realizează tatuaje și piercinguri.

În timp ce discutați cu managerul, ați observat în încăperea alăturată că specialistul a reutilizat o seringă care era de unică folosință.

## 4. Școală primară

Inspectați o școală primară în care își fac studiile cca 1000 de copii cu vârsta cuprinsă între 6–11 ani.

În timpul vizitei la bucătărie (după ce copiii au luat micul dejun) ați depistat că frigiderul a fost scos din priză, cel mai probabil, cu o seară înainte, dar angajații de la cantină par să nu fi observat acest lucru.

## 5. Bazin de înot

Inspectați un club sportiv cu bazin de înot.

Observați că în dușuri și toalete persistă un miros înțepător. Când ați vizitat zona bazinului ați alunecat pe gresia din preajmă.

## 6. Laborator de analize medicale

Inspectați un laborator de analize medicale, care este specializat în testarea rapidă a Covid-19. În prezent, cererea pentru astfel de servicii este foarte mare, deoarece testele negative sunt cerute pentru călătorii în mai multe țări.

Observați că mai mulți beneficiari nu poartă mască, iar personalul nu le-a făcut observație. Cum reacționați?

## TIPURI DE PERSONAJE

**1. Personaj reticent:** În timpul interviului vorbiți cât mai puțin posibil. Puteți gesticula. Încercați să păreți confuz și anxios (neliniștit, nervos).

**2. Personaj arogant:** Luați o atitudine de superioritate. Oricare ar fi subiectul, sunteți mai educat și mai experimentat decât interlocutorul. Nu ratați ocazia de a face remarci supărătoare și chiar ușor insultătoare. Manifestați nerăbdare în timpul interviului și vă arătați deranjat că inspectorul vă răpește din timpul dvs. prețios.

**3. Personaj vorbăreț:** Când răspundeți la întrebările interviewerului, încercați să vorbiți cât mai mult posibil. Vă abateți de la subiectele despre care sunteți interogat. Încercați să împiedicați interviewerul să vă întrerupă.

**4. Personaj inversează rolul:** Încercați să preluați controlul asupra interviului. Adresați propriile întrebări, cât mai curând posibil.

**5. Personaj amabil:** Fiți pozitiv pe tot parcursul interviului, nu spuneți nimic negativ. Încercați să-i faceți pe plac interviewerului, fiind excesiv de drăguț și cooperant. Răspundeți la întrebări cu cât multe informații.

**6. Personaj suspicios:** Manifestați neîncredere la toate întrebările interviewerului. Întrebați-l în detalii despre cine va avea acces la informațiile pe care le furnizați, scopul real al interviului ș.a. Fiți negativ și precaut.

## 2.3. Comunicarea scrisă în domeniul sănătății.

### Cultura vorbirii: eroare și corectitudine

Deși comunicarea verbală primează în activitatea de zi cu zi, nu trebuie ignorată și importanța comunicării scrise, care este mult mai formală și care ține cont de niște reguli stricte referitor la structură, conținut și corectitudine. În general, un mesaj scris trebuie să fie bine-gândit, să fie adecvat contextului sistemului de comunicare emițător-receptor, să fie ușor de citit și de înțeles și să fie corect.

O atenție deosebită trebuie acordată:

- **Cuvintelor polisemantice** – cuvinte cu formă identică, dar care au două sau mai multe sensuri (*ex: cap – parte a corpului uman, individ, inteligent ș.a.*).
- **Paronimelor** – cuvinte asemănătoare ca formă sonoră, dar diferite ca sens între ele (*manej/menaj; adapta/adopta; eminent/iminent; oral/orar; stimula/simula*).
- **Sinonimelor** – cuvinte diferite ca formă, dar apropiate ca sens.
- **Pleonasmelor** – termeni care repetă în mod inutil aceeași noțiune (*avansați înainte, hepatită la ficat, avertisment prealabil*).



Comunicarea scrisă poate fi realizată prin:

1. Proces-verbal
2. Referat
3. Dare de seamă
4. Raport
5. Notă informativă
6. Demers/cerere
7. Scrisoare
8. E-mail

1. *Procesul-verbal* este un document oficial în care se înregistrează o anumită constatare sau se consemnează succint discuțiile și hotărârile unei adunări, ședințe, întruniri.

**Tipuri de proces-verbal:**

- de constatare;
- de predare-primire a unei gestiuni;
- de consemnare a unei ședințe.

**Componentele procesului-verbal:**

- antetul documentului (numele instituției);
- denumirea documentului (Proces-verbal);
- subiectul (subiectul ședinței Consiliului de administrație);
- data;
- mențiuni prealabile (numele persoanei care a deschis ședința, componența, numărul de membri prezenți, absenți, invitați);
- ordinea de zi;
- consemnarea discuțiilor cu indicarea persoanelor care au luat cuvântul și concluziile privind ordinea de zi (mențiuni cu privire la hotărârile luate);
- semnături.

2. *Referatul* este un document scris în care sunt prezentate aspecte concrete, date și aprecieri în legătură cu o anumită problemă, dar și propuneri de modificare a situației existente. Poate cuprinde o prezentare succintă a problemei abordate, concluzii, propuneri și semnătura.

3. *Darea de seamă* constă în prezentarea și analiza activității unei organizații, într-o anumită etapă sau justificarea unei gestiuni. Se prezintă de către conducere în fața salariaților la diferite intervale de timp. La fel ca în celelalte forme de comunicare scrisă, se va menționa data întocmirii, emitentul și destinatarul.

4. *Raportul* cuprinde relatarea documentată a unei activități personale sau de grup. Se face din oficiu sau la cererea unui organ ierarhic. Are ca scop analiza situației activității unei firme.

Structura raportului cuprinde o parte introductivă, textul propriu-zis, concluziile și anexele.

1. Partea introductivă:

- Pagina de titlu (antet, data, titlul)
- Cuprinsul

2. Textul propriu-zis al raportului:

- Expunerea – prezentarea subiectului
- Corpul raportului (analiza detaliată a faptelor)

3. Concluzii:

- Se reiau concluziile parțiale
- Se prezintă concluzia generală
- Se fac propuneri.

4. Anexele – prezentări sugestive ale faptelor (grafice, diagrame, tabele, situații statistice complexe) și alte documente relevante (declarații, procese-verbale de constatare, fotografii, studii de caz ș.a.).

*Rapoartele de inspecție* prezintă, de regulă, următoarele informații: instituția/subdiviziunea inspectată, data și intervalul de timp al inspecției, numele și titlurile echipei de inspecție, iar la final – observațiile.

La capitolul *Observații* se prezintă condițiile și acțiunile nesigure depistate, se include (sau se scanează) orice notă, liste de verificare și diagrame. Pentru fiecare condiție identificată se alocă un nivel de prioritate (Major/Mediu/Scăzut) și se specifică acțiunile corective recomandate. Problemele și recomandările se redau într-un mod concis, concret. Înainte de a fi distribuite, rapoartele urmează a fi revizuite de către fiecare membru al echipei pentru acuratețe, claritate și minuțiozitate.

5. *Notele informative* sunt comunicate în cadrul unei instituții atât pe orizontală, cât și pe verticală. Se caracterizează prin prezentarea unei situații concrete a operațiunilor administrative întreprinse.

6. *Demersul/Cererea reprezintă* un text cu destinație oficială prin care o persoană/un angajat solicită unei autorități sau unei instituții un drept care i se cuvine, rezolvarea unor probleme de ordin personal, eliberarea sau certificarea unor acte ș.a.

Cererea trebuie redactată în stil oficial, cu formulări respectuoase, simple, clare și precise, fără exprimări poetice, metaforice. Dacă nu există un formular personalizat instituțional, este bine să se țină cont de următoarele recomandări. Este important să se asigure o aliniere a textului adecvată: stânga și dreapta câte 2 cm, iar sus 5-6 cm. Pentru început se utilizează formula de adresare (*Domnule/Doamnă Director,*), după care se prezintă datele petiționarului/solicitantului (*Subsemnatul/Subsemnata ...*), urmate de conținutul propriu-zis (...*prin prezenta...*).

După finalizarea textului, se lasă un spațiu de 3 cm și se indică: pe stânga – data, pe dreapta – numele, prenumele și semnătura. În partea de jos a paginii, pe centru, se invocă destinatarul (*Domnului/Doamnei Director...*).

7. *Scrisoarea* trebuie să fie clară, simplă și lizibilă, iar la scrierea acesteia trebuie să se realizeze o redactare minuțioasă. Se utilizează fraze scurte și se recomandă evitarea politeții și a frazelor familiare utilizate excesiv. Informațiile prezentate trebuie să fie exacte și să fie structurate în paragrafe bine delimitate. Se evită traducerile *ad litteram* din alte limbi și se utilizează corespunzător formulele introductive și cele de încheiere. La final se indică semnătura, numele autorului și funcția/apartenența instituțională.

Pentru introducere pot fi utilizate fraze de felul:

- Avem plăcerea să vă facem cunoscut faptul că...
- Vă rugăm să ne informați...
- Potrivit scrisorii Dvs. din..., mă grăbesc să vă comunic că...
- Avem plăcerea de a da curs solicitării Dvs. din...
- Regretăm nespus că nu putem da curs propunerii Dvs...

Tratarea subiectului scrisorii se realizează prin sintagme specifice:

- Întrucât...
- Dat fiind faptul...
- Deci...
- Cu toate că...
- Dacă...
- Ca urmare..
- Ținând cont de...
- Câteva sugestii pentru încheiere:
- Așteptăm cu interes confirmarea Dvs.
- Sperăm să avem o colaborare de durată.
- Sperăm să primim cât de curând vești de la Dvs. în legătură cu problema abordată ...
- Dacă mai aveți și alte întrebări, suntem la dispoziția Dvs. și vă oferim cu plăcere și alte date.

8. *Scrisoarea electronică* sau *e-mailul* reprezintă o formă tot mai populară de comunicare, realizată prin intermediul Internetului. E-mailurile sunt compuse, de regulă, din două părți: antetul și corpul. În antet sunt prezentate expeditorul, destinatarul/destinatarii, subiectul ș.a., pe când corpul prezintă textul propriu-zis al mesajului.

Câteva reguli privind trimiterea unui e-mail:

- Țineți cont de opțiunile specifice: Reply ALL – răspundeți tuturor destinatarilor/expeditorilor, CC – *copie la indigo*, trimite o copie a mesajului la adresele indicate în acest câmp, BCC – *copie la indigo oarbă*, este la fel ca CC, doar

că destinatarilor nu cunosc la ce alți destinatari mai ajunge mesajul.

- În BCC se includ mai mult de 2-3 destinatari.
- Când primiți un e-mail răspundeți repede și scurt.
- Subiectul trebuie să fie relevant și concis (max. 6 cuvinte).
- Utilizați o formulă de adresare (*Stimate Domn/Stimată Doamnă*).
- Structurați textul în maxim 5 paragrafe.
- Evitați atașamentele mari.
- La final plasați semnătura.

Atenție la semnalele nonverbale. Pentru a evita potențiale neajunsuri, de regulă, se recomandă utilizarea unor mijloace adiționale de comunicare (ex.: prin telefon, comunicare directă).

În expedierea mesajelor electronice, la fel ca în alte tehnici de comunicare, trebuie să ținem cont de etichetă. Este recomandabilă revederea textului de greșeli înainte de a-l expedia. În momentul în care recepționați un e-mail – trimiteți un mesaj de confirmare. Nu scrieți cu majuscule în exces și utilizați cu grijă abrevierile și acronimele. Atașamentele trebuie comprimate pentru a asigura funcționarea adecvată a conturilor de e-mail.

## Formularele documentelor aferente controalelor

În Republica Moldova, documentele aferente controalelor au un model unic pentru toate organele de control și corespund prevederilor Regulamentului privind ținerea Registrului de stat al controalelor aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 464 din 23.05.2018. Există formulare prestabilite pentru procesul-verbal de control, procesul-verbal de control suplimentar, delegația de control, planul anual al controalelor. Prevederi importante se regăsesc și în Legea nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător.

### Exercițiul 1

- Scrieți un proces-verbal al ședinței prin care sunteți desemnat pentru inspectarea sanitară a unui spital de copii.
- Formulați o scrisoare către directorul spitalului prin care îl informați despre vizită.
- Redactați o notă informativă pentru superiorul dvs. prin care îl informați că ați efectuat prima vizită de documentare și explicați procedura pe care ați urmat-o.
- Scrieți un e-mail adresat unui coleg prin care solicitați niște informații adunate de către acesta într-un raport precedent privind activitatea instituției pe care o inspectați.
- Înaintați un demers directorului instituției în care activați prin care solicitați prelungirea termenului de inspecție, deoarece volumul de muncă

pare să fie mai mare decât cel preconizat inițial.

- Schițați un raport de inspecție cu principalele componente.

### *Cultura vorbirii: eroare și corectitudine*

În procesul de comunicare, scrisă sau orală, pot fi comise mai multe tipuri de greșeli:

- de conținut (informaționale);
- de logică (confundarea noțiunilor, tragerea greșită a concluziilor);
- de text (incoerențe): de structură, abatere de la temă, absența/surplusul de enunțuri;
- de stil (pleonasm, formulări defectuoase ș.a.);
- gramaticale (ortografice, de punctuație).

Câteva dintre expresiile comune, care ne pot pune în dificultate privind corectitudinea:

- Nu este corect să spunem *servici*, ci **serviciu**.
- Nu *noi-născuți*, ci **nou-născuți**.
- Corect spunem **așază**, în loc de *așează*.
- Nu *vroiam*, ci **voiam**.
- **Frecvent**, și nu *fregvent*.
- Este greșit să spunem *mi-ar place*, pe când corect este **mi-ar plăcea**.
- Nu *intinerar*, ci **itinerar**.
- Este corect să spunem **complet**, pe când *complect* este greșit.
- Nu *celălant*, ci **celălalt**.
- Nu *ucrainian*, ci **ucrainean**.
- Folosim corespunzător: *datorită* (aspectul pozitiv) și *din cauza* (negativ).
- Este greșit să spunem „Am decât o carte”. Formulările corecte ar fi: „Am doar/numai o carte” sau „Nu am decât o carte”.

În spațiul basarabean, una dintre cele mai răspândite greșeli de exprimare este calcul rusec. În continuare sunt prezentate câteva formulări rusești și echivalentul corect în limba română.

Formulare în rusă	Corect în română
кушать раз в день	a mânca o dată pe zi
участвовать в проекте	a participa la proiect
ехать в Рим/в Париж	a pleca la Roma/la Paris
убедить(ся) в этом	a (se) convinge de aceasta
стоять в очереди	a sta la rând, a sta la coadă
остановить на остановке	a coborî/a opri în stație
выйти на перерыв/на обеденный перерыв	a ieși în pauză/în pauza de masă
взять (кого-либо) на учет	a lua (pe cineva) în evidență
торговать на рынке	a vinde în piață
колонка работает на дровах	centrala funcționează cu lemne
жаловаться на кого-либо	a se plânge de cineva
слушать/услышать/сказать/говорить по телевизору/по радио	a asculta/a auzi/a spune/a vorbi la televizor/la radio
читать по диагонали	a citi în diagonală
соединиться по телефону с кем-то	a lua legătura la telefon/telefonic cu cineva
работать по специальности	lucra în specialitate/în domeniu
иметь под рукой	a avea (ceva) la îndemână
принимать через час по (одной) чайной ложке	a lua la fiecare oră câte o linguriță

Pe lângă dicționarele tradiționale, un instrument util pentru utilizarea corectă a limbii române o reprezintă DEX online (<https://dexonline.ro>).

## Exercițiul 2

### Redactați textele:

- „Întotdeauna când particip în inspecție îmi încep inspecția examinând cel mai recent raport de inspecție sanitară a magazinului alimentar. Acest lucru mă ajută să mă conving în domeniile în care au nevoie de îmbunătățiri și în care li se primește bine. Apoi parcurg întreaga unitate pe la spate unde sunt amplasate unitățile frigorifice. Verific toate produsele alimentare pentru datele de expirare și temperaturi. În continuare trec în fața magazinului, verificând curatenia perdoșelilor, meselor și a altor suprafețe. În cele din urmă, vorbesc cu managerul(uneori pe telefon) despre orice îngrijorări pe care le am.”
- „Lucrând pe specialitate în rolul meu anterior de inspector sanitar, eram responsabil cu inspectarea restaurantelor și a altor unități alimentare.

Di-aș reveni în timpul fiecărei inspecții, aș documenta toate încălcările pe care le-am găsit în timpul vizitei mele. Dacă ar exista mai multe încălcări, mai multe plângeri pe dînșii, le-aș nota în raport și aș include fotografiile ale încălcărilor, astfel încât proprietarii de restaurante să poată vedea ce îmbunătățiri trebuie să facă. După ce mi-am terminat inspecția, aș scrie un raport detaliat al constatărilor mele și l-am prezentat supervisorului meu ca să-l citească măcar pe diagonală”

3. „Cred că cel mai important aspect al serviciului pentru clienți este să fii empatic. Încerc să mă pun mereu sub pielea clienților mei când lucrez cu ei. De exemplu dacă aș fi bosul unui restaurant, mi-aș dori ca inspectorul de sănătate să fie prietenos și de ajutor. Dacă ar putea explica lucrurile clar și să răspundă la toate întrebările mele, m-ar face confortabil. Deci, încerc să fac același lucru pentru alții și să particip în proiectul lor de îmbunătățire.”
4. „Dacă un proprietar nu ar fi de acord cu evaluarea mea asupra afacerii sale, aș asculta mai întâi preocupările lor și aș încerca să înțeleg de ce nu este de acord cu raportul. Apoi, aș explica din nou concluziile pe care le-am tras și aș oferi să mă întâlnesc cu ei în mod repetitiv dacă ar dori mai multe informații sau clarificări. Dacă încă nu sunt de acord cu rezultatele, aș documenta conversația în raportul de inspecție și aș continua cu orice acțiuni necesare, folosind instrumentele care le am sub mână”

#### ***Sugestii de redactare:***

1. „Întotdeauna îmi încep inspecția examinând cel mai recent raport de inspecție sanitară a magazinului alimentar. Acest lucru mă ajută să îmi fac o idee despre domeniile care au nevoie de îmbunătățiri și cele în care se descurcă bine. Apoi parcurg întreaga unitate, începând din spate, unde sunt amplasate unitățile frigorifice. Verific toate produsele alimentare privind datele de expirare și temperaturile de păstrare. În continuare, trec în fața magazinului, verificând curățenia pardoselilor, a meselor și a altor suprafețe. În cele din urmă, vorbesc cu managerul (uneori, la telefon) despre îngrijorările pe care le am.”
2. „Lucrând în domeniu, în funcția anterioară de inspector sanitar, eram responsabil de inspectarea restaurantelor și a altor unități alimentare. În cazul în care ar fi să revin, în timpul fiecărei inspecții aș documenta toate încălcările pe care le-aș fi găsit în timpul vizitei mele. Dacă ar exista mai multe încălcări, le-aș nota în raport și aș include fotografiile ale încălcărilor, astfel încât proprietarii de restaurante să poată vedea ce îmbunătățiri trebuie să facă. După finalizarea inspecției, aș scrie un raport detaliat al constatărilor mele și l-aș prezenta supervisorului meu, măcar în diagonală.”
3. „Cred că cel mai important aspect al serviciului pentru clienți este să fii empatic. Încerc să mă pun mereu în pielea clienților mei când lucrez cu ei. De exemplu, dacă aș fi patronul unui restaurant, mi-aș dori ca inspectorul de sănătate să

fie prietenos și de ajutor. Dacă ar putea explica lucrurile clar și să răspundă la toate întrebările mele, m-ar face să mă simt mai confortabil. Deci, încerc să fac același lucru pentru alții și să particip la proiectul lor de îmbunătățire.”

4. „Dacă un proprietar nu ar fi de acord cu evaluarea mea pe care am realizat-o afacerii sale, aș asculta mai întâi preocupările lui/ei și aș încerca să înțeleg de ce nu este de acord cu raportul. Apoi, aș explica din nou concluziile pe care le-am tras și i-aș propune să mă reîntâlnesc cu el dacă ar dori mai multe informații sau clarificări. În cazul în care nici după cele prezentate nu acceptă rezultatele, aș documenta conversația în raportul de inspecție și aș continua cu orice acțiuni necesare, folosind instrumentele pe care le am la îndemână”.

## 2.4. Comunicarea instituțională. Relațiile publice

*Comunicarea instituțională* reprezintă toate formele de comunicare destinate valorizării unei organizații, a personalului și a activităților acestuia, a unui produs sau serviciu, scopul principal fiind crearea și menținerea unei imagini favorabile în conștiința publică.

Comunicarea instituțională are două componente: **comunicarea internă și comunicarea externă**.

**Comunicarea externă** este despre gestionarea imaginii, care presupune:

1. realizarea unor lucruri bune, prin implementarea unui management performant;
2. desfășurarea unei activități profesionale de PR (relații publice) pentru publicul intern;
3. desfășurarea unei campanii publicitare;
4. identificarea unor sponsori și acceptarea sponsorizării;
5. angajarea unui personal motivat și atașat obiectivelor organizației;
6. întreținerea de relații foarte bune cu mass-media.

Promovarea imaginii instituției pentru vizibilitate, dar și pentru comunicarea serviciilor prestate, poate fi realizată prin diverse metode, cele mai accesibile pentru instituțiile publice fiind gestionarea unui site web și a unor pagini pe rețele de socializare, crearea și distribuirea de broșuri informative, menținerea relațiilor cu mass-media (prin participări la interviuri și emisiuni TV/radio) și organizarea de evenimente (ex.: flashmoburi dedicate zilelor sănătății).

*Când telefonează un inspector de sănătatea și de securitate* este titlul unui pliant realizat de Health and Safety Executive din Marea Britanie, care, pentru a obține înțelegere și acceptare din partea beneficiarilor, vine cu niște explicații elementare privind activitatea de inspecție: *ce presupune, cum se realizează, care sunt urmările, unde pot obține informații suplimentare (materialele sunt disponibile on-line pe <https://www.hse.gov.uk/>)*. De regulă comunicarea face ca lucrurile să fie cât mai simple și cât mai clare, astfel încât, prin informarea corespunzătoare a părților implicate, să se producă cât mai puține neînțelegeri.



Pentru o gestionare cât mai eficientă a imaginii, fiecare angajat trebuie să cunoască care este rolul pe care îl joacă în cadrul instituției și cum contribuie la îndeplinirea misiunii generale. În plus, fiecare membru al echipei trebuie să știe că are o mare influență asupra imaginii instituției. Pentru a înțelege impactul acesteia este utilă înțelegerea efectelor *Halo și Horns*.

*Efectul Halo* are loc atunci când se emite o judecată despre o persoană, o afacere sau un produs, ceea ce face o impresie pozitivă. Acest lucru îi face să vadă și alte caracteristici ale acelei persoane, afaceri sau produs într-o lumină pozitivă (adică aureola), chiar dacă nu știi dacă acest lucru este adevărat sau nu. La polul opus, *Efectul Horns (Coarnelor)* are loc atunci când o trăsătură nedorită influențează alte trăsături ale unei persoane sau ale unui obiect. Dacă transpunem aceste efecte la imaginea instituțională, înțelegem că o impresie bună pe care o face un angajat (un inspector sanitar în mod particular) se va transpune asupra imaginii întregii organizații și, evident, acesta ar trebui să fie una pozitivă. Pe de altă parte, o imagine instituțională bună va oferi plusvaloare și angajaților, care vor fi mândri și motivați de instituția în care își desfășoară activitatea. Antrenarea angajaților în comunicarea internă și externă a organizației reprezintă o parte importantă din *branding*, care reprezintă procesul de transformare a instituției în una apreciată și recunoscută.

Pentru a crea o impresie bună, inspectorii ar trebui să țină cont de etichetă, astfel contribuind și la formarea imaginii instituției pe care o reprezintă. Iată câteva reguli ușor de respectat, dar care au un mare impact:

- Bateți la ușă înainte de a intra, mai ales dacă inițiați o inspecție.
- Respectați programul de muncă, atât al colegilor, cât și al agenților economici care sunt supuși inspecției.
- Țineți telefonul pe silențios, iar dacă răspundeți la apeluri o faceți în mod cât mai discret.
- Nu folosiți gume de mestecat.
- Atenție la limbajul folosit (atât la cel verbal, cât și la cel nonverbal).
- Mâinile trebuie să fie întotdeauna curate.
- Folosiți echipament de protecție, după caz.

O atenție deosebită trebuie acordată vestimentației, care nu trebuie să distragă atenția, bijuteriile țipătoare și zgomotoase trebuie evitate, iar machiajul să fie cât mai natural. Aspectul inspectorilor trebuie să fie, în primul rând, unul curat și îngrijit. Este recomandabilă utilizarea hainelor de schimb sau a echipamentului de protecție, în caz de necesitate. Părul e bine să fie aranjat, strâns, iar încălțăminte acoperită (se exclud șlapii, sandalele). Vestimentația din partea de jos trebuie să acopere picioarele (pantaloni sau fuste lungi). Maiourile nu sunt potrivite niciodată, iar o atenție aparte trebuie acordată mesajelor inscripționate pe haine (preferabile sunt hainele neutre fără inscripții sau personalizate instituțional). În general, hainele trebuie să fie comode și practice, dar în același timp prezentabile.

Recunoașterea pornește din interiorul organizației. Astfel, pentru a face o bună impresie în exterior, mai întâi trebuie optimizată **comunicarea internă**. *La nivel individual* acest fapt poate fi realizat prin ascultarea activă și empatia manifestată de toți angajații. *La nivelul conducerii* se recomandă evitarea limbajului rigid, implementarea politicii ușilor deschise, prezentarea și explicarea sarcinilor, furnizarea unui feedback pozitiv și motivant. *La nivel organizațional* este esențială stimularea unui climat de muncă favorabil, utilizarea inteligentă a zvonurilor (nu combaterea lor) și flexibilizarea circuitului informațional.

Un rol aparte în procesul de gestionare a imaginii revine comunicării scrise. La nivel instituțional aceasta include: rapoarte, analize, planuri, referate, proiecte, proceduri, procese-verbale, cereri/demersuri, ordine/dispoziții, regulamentele interne, codul de conduită, codul etic și deontologic. La nivel interinstituțional se mai adaugă scrisoarea, comunicatul, invitația, înștiințarea.

Un mod specific de realizare a comunicării interne o reprezintă informarea internă, care are un caracter direcționat și planificat, și reprezintă un element indispensabil al comunicării instituționale. Grupurile țintă pentru informarea internă sunt membrii consiliului de conducere, personalul considerat subaltern, foștii angajați ai organizației, precum și membrii de familie ai angajaților. Prin intermediul programelor de informare internă:

1. se prezintă funcțiile și perspectivele organizației, astfel încât fiecare membru să cunoască încotro se îndreaptă aceasta;
2. se subliniază rolul fiecărui membru în organizație (fiecare trebuie să se simtă parte a unui mecanism complex);
3. se desfășoară activități în grup, recreative (team building-uri);
4. se asigură informarea privind evenimentele la zi.

În general, comunicarea internă se realizează prin:

- comunicarea orală (informarea directă, ședințe);
- mijloace electronice (radio, TV internă, mesaje înregistrate, telefonie, intranet, e-mail, media de socializare);
- materiale tipărite (ziare/publicații interne periodice, buletine informative, foi volante);
- afișarea (postere, aviziere, panouri de afișaj);
- informarea personalului de conducere (revista presei, sinteza lunară de presă, analiza evoluției imaginii organizației).

Un rol aparte atât în realizarea comunicării interne, cât și a celei externe revine comunicării orale, a cărei importanță este, deseori, trecută cu vederea. Un inspector sanitar trebuie să fie capabil să întrețină o conversație cu colegii și beneficiarii, dar și să prezinte discursuri în fața diferitor categorii de public pentru a asigura promovarea personală și instituțională. Câteva aspecte referitoare la acest subiect urmează a fi relatate în subcapitolul următor.

## 2.5. Etapele elaborării unei comunicări orale și tehnicile de ținere a discursurilor

*Comunicarea publică* reprezintă arta de a ține un discurs în fața unui auditoriu. Chiar dacă majoritatea oamenilor se tem de vorbitul în public mai mult decât orice, trebuie reținut faptul că aceasta reprezintă una dintre cele mai importante abilități care poate asigura succesul profesional și personal.

În domeniul sănătății, comunicarea publică ia o amploare tot mai mare în ultima perioadă. De la ședințele ordinare organizate de managerii de instituții medicale, până la evenimente publice importante de promovare a sănătății – toate necesită dezvoltarea abilităților de bun orator. Comunicarea publică reprezintă un important instrument de marketing în serviciile de sănătate, deoarece presupune un grad mare de personalizare și un bun prilej de promovare. Prin intermediul mesajelor cognitive sau emoționale se formează o legătură între orator și audiență, ceea ce oferă o mai mare deschidere și acceptare. În plus, alocuțiunile aduc și un plus de imagine organizației pe care o reprezintă oratorul, mai ales dacă a avut succes.

În general, procesul de pregătire a unui discurs poate fi divizat în trei etape:

- ✓ Cercetarea și colectarea informației
- ✓ Scrierea discursului
- ✓ Repetiția

La prima etapă se adună toată informația necesară pentru pregătirea discursului, precum și se analizează contextul în care urmează a fi ținut discursul (mărimea audienței, membrii publicului, atitudinea acestora, locul unde va fi discursul, mijloacele tehnice disponibile ș.a.). Ulterior, se parcurge la scrierea discursului care, tradițional, este structurat în introducere, cuprins și încheiere. Oricât de iscusit ar fi oratorul, acesta ar trebui să nu sară peste etapa de repetiție, care presupune citirea cu voce tare a discursului (inclusiv în fața oglinzii), dar și înregistrarea acestuia pe suport audio/video.

### Un discurs poate avea următoarele componente:

- Introducerea
- Enunțarea scopului principal
- Dezvoltarea temei
- Enunțarea celei de-a doua teme, dacă este cazul
- Enunțarea punctului central
  - scurtă pauză de relaxare (glume, anecdote)
- Reluarea temei într-o formă succintă
  - concluzie scurtă și pregnantă.

Pentru a capta și a menține atenția publicului poate fi utilizată metoda **PESTE** (reprezentată schematic prin forma unui pește): *Poveste, Emoție, Statistici, Tempo*,

*Experiențe personale.* Pentru a „pătrunde” în atenția publicului, este necesar de a se crea o **poveste**, o istorioară (la subiect). Totodată, astfel se pregătește *terenul* pentru următoarea parte a discursului. Povestea trebuie să fie acompaniată de **emoția** trăită de vorbitor și, în același timp, să trezească anumite trăiri în rândul publicului. Asemeni solzilor care asigură lunecarea peștelui, emoția e cea care reușește să facă mesajul mai accesibil. Pentru a conferi un suport mai substanțial poveștii relatate inițial, urmează a fi prezentate **statistici** referitoare la subiectul relatat. Tot aici sunt incluse informațiile care trebuie transmise (corpul discursului). **Tempoul** exprimă controlul asupra vitezei discursului și tonalității vocii, care trebuie să acompanieze mesajul. O frază rostită monoton, îndelung și indescifrabil nu va avea efectul scontat chiar dacă conține cele mai valoroase informații. Tempoul permite audienței să se mențină *în tonus*. **Experiențele personale** sunt cele care vor mișca discursul înainte (ar îndeplini aceeași funcție ca și coada peștelui) și vor permite atingerea scopului comunicării publice.



**Figura 2.1. Modelul PESTE**

În ținerea unui discurs public trebuie întotdeauna să luăm în calcul specificul audienței, să adaptăm limbajul la necesitățile acesteia, să ajustăm tonul vocii, astfel încât să evidențiem ideile principale. Antrenarea dicției (în special cu ajutorul frământărilor de limbă) este foarte utilă în acest sens. Urmează a fi ajustată lungimea discursului pentru a nu plictisi și a nu depăși timpul pus la dispoziție. O atenție deosebită trebuie acordată părții introductive a discursului (pentru a capta atenția), precum și încheierii (care va marca impresia generală pe care o formați asupra publicului). Abilitățile de comunicare publică devin din ce în ce mai necesare oricărui specialist, inclusiv pentru a motiva oamenii să-și schimbe comportamentele în unele sănătoase, însă mai multe detalii despre acest subiect vor fi relatate în subcapitolul următor.

## Exercițiu

Rostiți clar fiecare sunet.

Măriți viteza.

Spuneți fraza de mai multe ori într-o singură expirație.

Rostiți zicala, plasând un creion în cavitatea bucală pe orizontală, în spatele caninilor.

*Un inspector a mers în inspecție să inspecteze un inspectorat inexplorabil și să exploateze intențiile inepuizabile ale existențialismului.*

## 2.6. Comunicarea pentru schimbare comportamentală

Incontestabilă este importanța comunicării pentru domeniul sănătății publice, aceasta „înglobează studiul și utilizarea strategiilor de comunicare în vederea informării și influențării deciziilor de la nivel individual sau comunitar în ceea ce privește îmbunătățirea stării de sănătate”.<sup>1</sup> În 2017, Societatea pentru Comunicare în Sănătate a definit **comunicarea pentru sănătate** ca un *domeniu multidiscplinar de studiu și practică, care aplică dovezile, strategia, teoria și creativitatea comunicării pentru a promova comportamente, politici și practici care promovează sănătatea și bunăstarea oamenilor și a populațiilor*.

Trebuie subliniat din start că domeniul comunicării are anumite limite și, de sine stătător, nu va realiza:

- compensarea serviciilor de sănătate inadecvate sau accesul la asistență medicală;
- schimbări comportamentale durabile fără suportul unor programe mai extinse;
- schimbări la nivel de reglementări și politici publice.

În comunicarea pentru sănătate trebuie să se țină cont de următoarele elemente ale procesului de comunicare:

*Sursa/emițătorul* trebuie să fie credibilă, să se bucure de simpatie din partea publicului-țintă și să dețină suficientă putere de influență.

*Mesajul* să fie atractiv, să fie formulat cu acuratețe, iar limbajul utilizat să fie clar și bazat pe un conținut relevant și verificat (dovezi științifice).

*Canalul* urmează a fi selectat în funcție de audiența țintă și de nivelul feedbackului pe care îl poate oferi.

Caracteristicile *receptorului* – stilul de viață, nivelul de percepere și înțelegere, nivelul de pregătire și instruire ș.a.

Inspectorii sanitari reprezintă mesageri importanți în procesul de comunicare a potențialelor schimbări comportamentale, în special prin intermediul comunicării

<sup>1</sup> Domnariu C. D. *Importanța comunicării în sănătate publică*. In: Acta Medica Transilvanica. Vol. II, nr. 4, 2014, p. 1-2

interpersonale pe care o practică în activitatea curentă. Totodată, ei pot furniza informații importante despre nivelul de percepere a beneficiarilor, fapt pentru care pot fi antrenați în desfășurarea unor campanii de comunicare, încă din etapa de pregătire a materialelor, iar, ulterior, de distribuire a acestora. Iată de ce, este important ca aceștia să cunoască care sunt regulile de bază în pregătirea unor materiale de comunicare: formularea mesajelor, conceperea design-ului, aspectul textului, utilizarea imaginilor și a culorilor.

### ***Cum trebuie să fie formulate mesajele-cheie?***

**Puține:** maxim 3 mesaje-cheie la 1 produs de comunicare.

**Scurte și concise:** un mesaj ar urma să conțină maxim 1-2 propoziții.

**Memorabile:** simple și originale.

**Axate** pe o temă specifică, fără prea multă informație.

**Consistente:** folosiți repetiția.

**Adaptate** la nevoile audienței: ce vrea să audă publicul și de ce are nevoie?

**Din strategia generală** de comunicare, trebuie să se integreze în celelalte acțiuni de comunicare desfășurate la nivel mai larg.

**Design-ul materialelor** de comunicare/promovare trebuie să fie atractiv prin:

- crearea unui aspect echilibrat (de sus în jos, de la stânga la dreapta);
- plasarea celui mai important mesaj în cadranul stâng;
- evidențierea mesajului prin dimensiune, culoare și poziționare;
- utilizarea de titluri, subtitluri, text (cu spații, ajustarea dimensiunilor).

**Aspectul textului** trebuie să fie echilibrat prin:

- utilizarea fonturilor fără serife (ex. Arial, Calibri);
- selectarea unor dimensiuni ale textului de minimum 16 pixeli pentru web, 12 pt pentru print;
- optarea textului cu dimensiunea caracterelor mare mai decât mai mici;
- stabilirea spațiului suficient între rânduri;
- utilizarea fonturilor ușor de citit;
- limitarea textelor cu *Italic*, **Bold** și MAJUSCULE

**O atenție deosebită trebuie acordată imaginilor și culorilor, astfel se vor utiliza:**

- imagini relevante, plasate în context;
- iconițe și simboluri pentru atenționare și evidențiere;
- indici conceptuali (ex.: culorile semaforului);
- imagini cu oameni: comportamente pozitive, sănătoase și adecvate.

Schimbările comportamentale se produc în timp și, de regulă, necesită mult efort. Procesul de schimbare comportamentală este realizat treptat și se produce pe etape, de la precontemplare (când nu cunosc despre problemă), la contemplare (conștient de problemă și de schimbarea dorită), pregătire, acțiune și menținere.

În procesul de schimbare comportamentală un rol aparte revine marketingului social, care reprezintă „un proces care aplică principiile și tehnicile de marketing în crearea, comunicarea și oferirea de valoare în vederea influențării

comportamentului grupului-țintă, în beneficiul societății și al audienței țintite.” (Kotler, Lee & Rothschild, 2006). Marketingul social reprezintă o etapă mai integrantă a comunicării, care trece accentul de la simple campanii de comunicare (axate pe informare și conștientizare) la adevărate programe de schimbare comportamentală. Pe lângă noțiunea de comunicare socială, marketingul social, inclusiv marketingul mixt (produs, preț, plasament, promovare, personal), presupune și utilizarea unui mix de tehnici.

Un important canal de comunicare, inclusiv pentru schimbare comportamentală, este reprezentat de , care include rețelele de socializare și site-urile de blogging și microblogging. Atunci când o persoană plasează conținut pe rețele de socializare, trebuie să conștientizeze că postarea va fi judecată inclusiv prin prisma activității profesionale, fapt pentru care unele postări pot fi inadmisibile pentru cei care activează în domeniul sanitar, chiar dacă o fac de pe un cont personal și sunt adresate doar prietenilor. În special, vorbim aici de domenii sensibile cum este vaccinarea, inspectorii sanitari trebuie să perceapă impactul pe care îl pot avea postările lor pe rețele de socializare și au responsabilitatea de a distribui doar informații veridice, fundamentate științific. În general, conținutul de pe social media trebuie să fie:

- relevant, util și interesant;
- ușor de înțeles și de distribuit;
- prietenos, conversațional și antrenant;
- orientat spre acțiune.

Potrivit Barometrului Opiniei Publice din 2022, cei mai mulți moldoveni (45,2%) se informează în primul rând de pe internet, aceasta fiind și sursa care se bucură de cea mai mare încredere (31,8%). Acest fapt deschide noi oportunități de promovare a modului sănătos de viață, dar presupune și anumite riscuri, în special cele de expunere la informații false. Orice informație găsită în mediul online trebuie analizată cu atenție: nu distribuim informații în grabă, cercetăm sursa (inclusiv data la care a fost plasată informația) și urmărim afirmațiile și citatele până la conținutul original. Platformele specializate de verificare a informației (cum este <https://stopfals.md>), intitulate și de fact-check, sunt foarte utile în acest sens.

## 2.7. Managementul timpului

Deși pare mai mult o tendință modernă, *gestionarea timpului* sau *managementul timpului* reprezintă modul de organizare a activităților pe care o persoană le desfășoară într-un anumit interval de timp, recurgând la împărțirea exactă a timpului și acordând fiecărei activități necesarul minim pentru realizarea cu succes a acesteia. Uneori, facem aceste lucruri fără să le acordăm prea mare atenție, dar o bună organizare a procesului ne-ar putea ajuta să devenim mai productivi și mai satisfăcuți de activitatea pe care o desfășurăm zi de zi.

Ce gestionăm? De regulă suntem preocupați să organizăm sarcinile de la

locul de muncă, planurile din viața socială și de familie, hobby-urile și interesele personale, precum și alte activități. Managementul timpului ne ajută să ne atingem scopurile, să setăm anumite priorități și să le respectăm, să formăm un tablou general al sarcinilor pe care urmează să le realizăm. Totodată, nu mai uităm de tot felul de lucruri importante și profităm de timpul pe care îl avem. Managementul timpului presupune delegarea activităților pe care le pot realiza alții în locul nostru (pentru a evita supraîncărcarea) pentru a ține viața în echilibru (între personal și profesional) și a face mai ușor față schimbărilor. Dacă ne gestionăm timpul, ajungem să comunicăm mai bine, să fim mai creativi și să ne creștem calitatea vieții în ansamblu.

Există câteva principii pe care urmează să le respectăm:

- ✓ **Organizarea** – triajul documentelor și al sarcinilor
- ✓ Protejarea **timpului personal**, prin izolare și delegare
- ✓ **Performanța** atinsă cu ajutorul managementului Țelurilor și concentrarea asupra acestora
- ✓ Dezobișnuirea de obiceiuri proaste legate de timp.

Iată câteva reguli simple de urmat:

- ✓ Stabilește-ți o rutină zilnică și planifică orarul.
- ✓ Lucrurile care cer capacitate mentală maximă se fac când ești în vârful capacității (ex.: dimineața).
- ✓ Stabilește termene-limită la toate activitățile și nu le încâlca.
- ✓ Nu amâna lucruri importante care nu-ți fac plăcere.
- ✓ Amână ce nu este important.

Uneori, poate fi dificil de respectat aceste reguli și principii din cauza *hoșilor de timp*, precum:

- telefonul care sună tot timpul;
- vizitatorii care te țin prea mult din timp la discuții;
- întâlniri prea lungi și dezorganizate;
- priorități neclare;
- lipsa de delegare,
- amânarea sarcinilor mari și neplăcute;
- televizorul;
- internetul;
- lipsa de structură și organizare;
- probleme tehnice pe care nu le stăpânești;
- nu poți spune NU.

Dacă identificăm acești hoși de timp și încercăm să le limităm influența, cu siguranță vom deveni mai organizați. În literatura de specialitate există câteva metode utile pentru managementul timpului. O schiță a acestora fiind prezentată în cele ce urmează.



*Analiza ABCD* presupune divizarea sarcinilor în patru categorii și soluționarea lor conform acestora:

- A – sarcinile care sunt percepute drept urgente și importante
- B – sarcinile care sunt importante, dar nu urgente
- C – sarcinile care nu sunt importante, dar urgente
- D – sarcinile care nu sunt importante și urgente.

*Analiza Pareto.* Conform Principiului Pareto, 80% din sarcini pot fi finalizate în 20% din timpul desemnat, iar restului de 20% din sarcini îi va fi necesar 80% din acel timp. Totodată, 80% din productivitate poate fi atinsă prin îndeplinirea a 20% din sarcini, iar 80% din rezultate pot fi atribuite celor 20% din activitatea totală. Dacă vom ține cont de aceste aspecte, vom reuși să alocăm timp corespunzător sarcinilor în funcție de dificultate și de necesar.

*Metoda Eisenhower* presupune divizarea sarcinilor în patru cadrane, în funcție de: dacă sunt urgente sau nu, importante și neimportante. Eisenhower spunea că „Am două tipuri de probleme: cele urgente și cele importante. Cele urgente nu sunt importante, iar cele importante nu sunt niciodată urgente”. O sugestie ar fi să se acorde mai multă atenție lucrurilor importante, ca acestea să nu devină urgente.

	<b>URGENT +</b>	<b>URGENT -</b>
IMPORTANT	ACUM, imediat și personal: crize, termene-limită, probleme	DECIDE cu termen-limită și îndeplinit personal (relații, planificare, recreere)
NEMPORTANT	DELEAGĂ întreruperi, întâlniri, activități. Ex.: sortare e-mailuri, răspuns la telefon, postări pe rețelele de socializare	ELIMINĂ răspunsul la unele e-mailuri, vizionarea TV, navigarea pe internet

După cum putem vedea din tabel, lucrurile importante și urgente necesită soluționare imediată și trebuie să le faci de sine stătător, cele care sunt importante, dar nu sunt urgente trebuie planificate pentru a seta termene-limită de realizare, lucrurile urgente, dar fără importanță pot să le facă alții în locul nostru, așa că pot fi delegate, iar cele care nu sunt nici urgente, nici importante trebuie eliminate.

Metoda POSEC este un acronim care vine de la prioritizare, organizare, sistematizare, economisire și contribuire.

**P**rioritizarea timpului și definirea vieții prin scopuri.

**O**rganizarea lucrurilor pe care trebuie să le îndeplinești, în mod regulat, pentru a fi un om de succes (familie și finanțe).

**S**istematizarea lucrurilor care nu îți fac plăcere, dar care trebuie îndeplinite (muncă și treburi ce țin de casă).

**E**conomisirea lucrurilor care trebuie făcute și care îți fac plăcere, dar care nu sunt urgente (distracția și socializarea).

**C**ontribuirea prin acordarea atenției puținelor lucruri rămase care au un efect asupra unor persoane sau situații (obligații sociale).

În vederea implementării obiectivelor setate prin managementul timpului pot fi utilizate diferite aplicații software (Google Calendar, Slack, Wrike, Jira, Miro ș.a.), dar și metodele tradiționale (agenda și pixul), care, cu siguranță, tot pot fi foarte comode. Important este să se utilizeze un singur mod de organizare (pentru a evita dublarea și/sau scăpările).

Câteva tehnici utile în managementul timpului sunt:

1. Organizarea listei de priorități
2. Metoda GTD (David Allen)
3. Tehnica *Pomodoro* (Francesco Cirillo).

**Organizarea listei de priorități** presupune setarea unei liste zilnice cu lucruri de făcut, numerotate în ordinea importanței lor și îndeplinite în acea ordine. Marcăm cu „A” cele mai importante sarcini, cu „B” următorul cel mai important, iar cu „C” cel mai puțin important. O modalitate specifică de aplicare a tehnicii presupune marcarea cu „A” a lucrurilor care trebuie făcute într-o zi, cu „B” – într-o săptămână și cu „C” – într-o lună. Pentru a prioritiza o listă de sarcini puteți să înregistrați cerințele în ordinea importanței lor și să le atribuiți un număr după ce le ordonați. Un alt mod de organizare ar fi să plasați pe primul loc sarcinile obligatorii, cele mai neplăcute.

**Metoda GTD sau Get Things Done (David Allen)** relevă finalizarea imediată a tuturor cerințelor mici și împărțirea unei cerințe mari în sarcini mai mici pentru a fi duse la bun sfârșit cât mai repede. Metoda GTD presupune evitarea supraîncărcării cu informații sau „înghețarea creierului”, iar utilizatorul este încurajat să își pună sarcinile pe hârtie și să le organizeze cât mai repede cu putință, pentru a fi ușor de folosit și de vizualizat.

**Tehnica Pomodoro (Francesco Cirillo)** are ca idee folosirea cronometrului de bucătărie (în ziua de astăzi orice tip de cronometrare poate fi aplicată), care în mod tradițional avea forma unei roșii, de aici și denumirea tehnicii. Potrivit autorului, modalitatea fundamentală de măsurare a timpului este de 30 de minute (25 de minute de muncă și 5 minute de pauză). Autorul recomandă o pauză mai lungă, de la 15 până la 30 de minute, după 4 Pomodoros, iar „Pomodoro-ul” ideal ar avea între 20 și 30 de minute. Aceasta ar însemna să folosim aceste alternări ale timpului de muncă și de odihnă pentru a ne menține productivitatea pentru întreaga zi.

Indiferent de tehnica pentru care se optează (sau o combinație a acestora), este esențială înțelegerea principiilor ce țin de managementul timpului, iar o perioadă de timp din zi alocată pentru organizare ne poate ajuta să avem rezultate mai bune, resursele de timp fiind alocate cât mai rațional, economisind, astfel, efort și evitând suprasolicitarea.

## Exercițiu

Veți avea nevoie de trei foi A4. Pe fiecare dintre ele desenați câte 24 de pătrățele, care reprezintă cele 24 de ore din zi.

Pe prima pagină completați pătrățelele cu activitățile de rutină (mese, igienă, drum ș.a.).

A doua pagină este destinată activităților neproductive de la muncă (discuții prelungite cu colegii, vorbitul la telefon, utilizarea rețelelor de socializare ș.a.).

Pe a treia pagină adăugați activitățile din primele două pagini. Spațiile rămase libere reprezintă timpul productiv.

Ce puteți face pentru a reduce sau elimina timpul utilizat neproductiv și pentru a-l majora pe cel productiv?

În prezentul capitol au fost relatate doar câteva dintre cele mai importante repere, utile pentru inspectorii sanitari, care țin de comunicare interpersonală și instituțională. Trebuie relevat faptul că acest domeniu necesită o atenție sporită și o dezvoltare continuă a competențelor. Nu mai puțin importantă este organizarea activității, managementul timpului venind ca un suport, inclusiv pentru organizarea activităților de comunicare. Din câte am putut observa, comunicarea, scrisă sau verbală, însoțește fiecare etapă a activității noastre profesionale, dar și pe cea personală. Pentru ca să transformați o simplă comunicare în una reușită, specialiștii vă recomandă să fiți clari și expliciti în exprimare, să învățați să puneți întrebările potrivite, deoarece ce contează mai mult decât *ce spui* și *cum spui?*, să evitați neînțelegerile, să solicitați feedback, să zâmbiți și să fiți pozitivi!

## Referințe:

1. Legea nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător. Disponibil la: [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=126363&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=126363&lang=ro) (accesat la 10.11.2022).
2. Hotărârea de Guvern nr. 464/2018 pentru aprobarea Regulamentului privind ținerea Registrului de stat al controalelor. Disponibil la: [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=101732&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=101732&lang=ro) (accesat la 10.11.2022).
3. Barometrul Opiniei Publice. Institutul de Politici Publice. Disponibil la: <http://bop.ipp.md> (accesat la 10.12.2022).
4. Cnegie D., Esenwein J. B. The art of public speaking, 2005 <http://library.umac.mo/ebooks/b17773544.pdf> (accesat la 10.11.2022).
5. Canadian Institute of Food Safety. How to Work with Health Inspectors to Improve Your Food Business: <https://www.foodsafety.ca/blog/how-work-health-inspectors-improve-your-food-business> (accesat la 10.11.2022).
6. Corodeanu Daniela-Tatiana, *Managementul timpului sau tehnici și instrumente pentru a economisi eficient timpul*. In *Analele științifice ale Universității*

- „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, Tomul LII/LIII Științe Economice 2005/2006., p. 168-179. Disponibil la: [http://anale.feaa.uaic.ro/anale/resurse/27\\_Corodeanu\\_DT\\_-\\_Managementul\\_timpului\\_sau\\_tehnici\\_si\\_instrumente\\_pt\\_a\\_economisi\\_eficient\\_timpul.pdf](http://anale.feaa.uaic.ro/anale/resurse/27_Corodeanu_DT_-_Managementul_timpului_sau_tehnici_si_instrumente_pt_a_economisi_eficient_timpul.pdf) (accesat la 20.09.2022).
7. Dale Carnegie Training. Stand&Deliver: cum să devii un maestru al comunicării și un orator desăvârșit. București: Curtea Veche Publishing, 2018.
  8. European Centre for Disease Prevention and Control. Social media strategy development – A guide to using social media for public health communication. Stockholm: ECDC; 2016. Disponibil la: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/social-media-strategy-guide-for-public-health-communication.pdf> (accesat la 10.11.2022).
  9. Lozan O., Cotelea S., Grama R., Timotin A. et. al. Promovarea sănătății. Univiversitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Școala de Management în Sănătate Publică. Chișinău. 2017. ISBN 978-9975-3042-7-6.
  10. Mucchielli A. Comunicarea în instituții și organizații. Iași: Polirom, 2008.
  11. Nastasiu S.; Timotin A. Aspecte moderne de comunicare publică în sănătate. In: *Preocupări contemporane ale științelor socio-umane*. Ediția 7, 8-9 decembrie 2016, Chișinău, 2017: „Print-Caro” SRL, 2016, pp. 362-367. ISBN 978-9975-108-27-0.
  12. Ontario. Work as an occupational health and safety inspector: <https://www.ontario.ca/page/work-occupational-health-and-safety-inspector> (accesat la 10.11.2022).
  13. Paliu A. *Cultura Comunicării*, Ediția a cincea revăzută și completată. Chișinău: Epigraf, 2008.
  14. Pânișoară I-O. Comunicarea eficientă. Ediția a III-a, rev. Iași: Polirom, 2008.
  15. Pease A. Limbajul trupului: Cum pot fi citite gândurile altora din gesturile lor (182 de ilustrații). București: Polimark, 2002.
  16. Ștefaneț D., Managementul timpului – instrument de organizare și eficientizare. In: *Kreatikon. Creativitate. Formare. Performanță*. Ediția a 14-a, 23-24 martie 2018, Chișinău. Iași: Profesioniștii Imprimărilor din Moldova, Iași, 2018, pp. 64-69. ISBN 978-9975-56-579-0. isponibil la: [https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag\\_file/64-69\\_13.pdf](https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/64-69_13.pdf) (accesat la 20.09.2022).
  17. U.S. Nuclear Regulatory Commission. Gathering Inspection Information Through Interviews, 2009. Disponibil la: <https://www.nrc.gov/docs/ML1012/ML101250569.pdf> (accesat la 10.11.2022).
  18. US Department of Labor. Better Safety Conversations. Disponibil la: [https://www.osha.gov/sites/default/files/SHP\\_Better-Safety-Conversations.pdf](https://www.osha.gov/sites/default/files/SHP_Better-Safety-Conversations.pdf) (accesat la 10.11.2022).
  19. Wilcox D. L. et al. Relații publice: strategii și tactici, București: Curtea Veche Publishing, 2009.
  20. United Kingdom. Health and Safety Executive When a health and safety inspector calls: <https://www.hse.gov.uk/pubns/hsc14.htm> (accesat la 10.11.2022).

# III.

## LEGISLAȚIA ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

- 3.1. Dreptul medical
- 3.2. Drepturile omului în domeniul sănătății
- 3.3. Drepturile pacienților
- 3.4. Responsabilitățile pacientului
- 3.5. Răspunderea juridică a personalului medical

### 3.1. Dreptul medical

Dreptul medical este o ramură distinctă a științei dreptului ce s-a conturat în această calitate odată cu dezvoltarea instituției drepturilor omului în cea de-a doua jumătate a secolului XX. Din cele mai vechi timpuri, societatea umană a încercat să reglementeze relațiile dintre medic și pacientul său. În acea perioadă, asistența medicală era reglementată, în exclusivitate, de sistemul regulator – etica medicală care a avut roluri disciplinare și normative realizate prin intermediul jurămintelor și codurilor profesionale, destinate să protejeze pacientul și sănătatea acestuia. Însă, odată cu evoluția societății umane, a devenit evident că reglementarea relațiilor din domeniul sănătății este mult prea complexă și necesită un sistem regulator legal. Astfel, în societatea contemporană, relațiile dintre prestatorul de servicii medicale și pacient este reglementată atât de etica medicală, cât și de dreptul medical.

**Dreptul medical** este definit ca un ansamblu al normelor juridice ce reglementează raporturi juridice profesionale patrimoniale și nepatrimoniale, stabilite între cei ce exercită profesiuni medicale și pacienți, caracterizate prin poziția de egalitate juridică a participanților la aceste raporturi juridice.

Prin urmare, dreptul medical este o știință interdisciplinară ce reglementează relațiile dintre prestatorul de servicii medicale și beneficiar și susține realizarea dreptului omului la sănătate.

În calitate de **obiect de reglementare al dreptului medical** îl reprezintă *relațiile sociale* dintre prestatorii și beneficiarii de servicii medicale, dar și *raporturile juridice* conexe acestora. Dacă relațiile sociale au ca obiect acordarea asistenței medicale și sunt legate de actul medical, atunci relațiile juridice se referă la drepturile și obligațiile de care fac uz părțile în procesul formării acestor raporturi. Totodată, în calitate de obiect de reglementare a dreptului medical îl constituie totalitatea actelor normative ce determină statutul juridic al părților, cât și ansamblul acțiunilor și inacțiunilor la care sunt îndrumate sau obligate părțile pentru a exprima conținutul raportului juridico-medical.

Pe post de **subiecți ai raportului de drept medical** apar *prestatorul de servicii*

*medicale și pacientul*, în calitate de beneficiar al acestor servicii. Subiecții dreptului medical sunt clasificați în principali și auxiliari. Subiecții principali de drept medical sunt prestatorul și beneficiarul de servicii medicale. Drept prestatori ai serviciilor de sănătate sunt, cel mai frecvent, medicii și alt tip de personal medical. Totodată, serviciile medicale sunt oferite și de instituțiile medico-sanitare. Din subiecții auxiliari ai dreptului medical fac parte acei subiecți care facilitează relațiile dintre subiecții principali în procesul acordării asistenței medicale, precum: companiile de asigurare medicală, instituțiile de învățământ medical, Ministerul Sănătății, direcțiile și secțiile teritoriale de sănătate ș.a.

**Conținutul raportului de drept medical** este determinat de drepturile și obligațiile pe care subiecții raportului de drept medical le pot exercita în procesul acordării asistenței medicale.

La baza dreptului medical se află o serie de reguli fundamentale cunoscute sub denumirea de **principii**:

- principiul legalității actului medical;
- principiul garantării dreptului la asistență medicală;
- principiul autodeterminării;
- principiul garantării dreptului la a doua opinie în aceeași cauză medicală;
- principiul inviolabilității și intangibilității corpului uman.

**Principiul legalității actului medical** rezultă din principiul general al legalității. În acest sens, faptele comise de orice persoană pot fi privite drept legale, dacă se încadrează în norma legală, sau ilegale, dacă contravin acesteia. Principiul legalității actului medical presupune că acesta trebuie să se realizeze în conformitate cu reglementările legale și cu standardele medicale în vigoare, bazate pe realizările științifice. Totodată, trebuie să se țină cont de faptul că nu orice procedură sanitară realizabilă din punct de vedere al științei medicale este admisibilă și din punct de vedere juridic. Prin urmare, reglementarea legală a actului medical are drept scop creșterea siguranței acestuia și protejarea intereselor pacientului.

**Principiul garantării dreptului la asistența medicală** presupune dreptul oricărei persoane de a avea acces la servicii medicale. Aceasta înseamnă angajamentul statului de a evita orice îngrădire a accesului la cele mai înalte standarde de servicii de sănătate fizică și mintală. Astfel, nici o persoană nu poate fi privată de asistență medicală atunci când are nevoie de o astfel de asistență. Însă, pentru realizarea acestui deziderat, orice stat trebuie să organizeze un sistem de sănătate adecvat prin dezvoltarea infrastructurii instituțiilor de sănătate, prin formarea cadrelor medicale, prin creșterea accesului la sistemul farmaceutic etc. Totodată, acest principiu stabilește loialitatea medicului față de pacientul său și prioritatea ființei umane în fața intereselor societății sau ale științei.

**Principiul autodeterminării pacientului** este unul dintre cele mai importante principii ale dreptului medical. Autodeterminarea presupune autonomia pacientului în luarea deciziilor privitoare la propria-i sănătate. Potrivit acestui principiu, pacientul are dreptul să-și exprime consimțământul pentru orice

intervenție medicală propusă sau să o refuze ori să o întrerupă în orice moment. Însă, pentru ca pacientul să devină apt de a lua decizii, acesta trebuie să fie informat de către medic în prealabil și în mod explicit.

**Principiului garantării dreptului la a doua opinie în aceeași cauză medicală** este strâns legat de dreptul pacientului la libertatea alegerii și la autodeterminare. Acest principiu oferă atât medicului, cât și pacientului dreptul de a solicita opinia unui alt specialist, adică opinia de alternativă, cu referire la asistența medicală acordată pacientului respectiv.

**Principiul inviolabilității și intangibilității corpului uman** este, la fel, strâns legat de principiul autodeterminării. Acesta presupune că nicio intervenție asupra organismului uman nu poate avea loc fără motive justificate și fără acordul pacientului.

La baza dreptului medical stau mai multe **izvoare de drept internațional și național**. În calitate de izvoare internaționale de drept medical sunt tratatele internaționale în domeniul drepturilor omului adoptate de Organizația Națiunilor Unite și cele regionale europene. Drept acte normative „de căpătâi” în domeniul drepturilor omului servesc Declarația Universală a Drepturilor Omului și Constituția Organizației Mondiale a Sănătății.

Drepturile la sănătate și viață, garantate prin Declarația privind Drepturile Omului, au fost preluate și desfășurate în conținuturile următoarelor tratate internaționale ale ONU:

1. Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice;
2. Convenția internațională privind drepturile economice, sociale și culturale;
3. Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială;
4. Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități;
5. Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare a femeilor;
6. Convenția privind drepturile copilului;
7. Convenția împotriva torturii și altor pedepse și tratamente cu cruzime, inumane sau degradante.
8. La nivel regional european, drepturile la sănătate și viață sunt protejate de următoarele acte normative:
9. Convenția europeană pentru apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților fundamentale;
10. Convenția europeană pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante;
11. Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane în ceea ce privește aplicațiile biologiei și ale medicinei;
12. Carta Socială Europeană;
13. Codul european de Securitate socială;
14. Declarația promovării drepturilor pacienților în Europa;
15. Carta Europeană a Drepturilor Pacienților.

16. Izvoarele de drept medical național sunt constituite de actele normative adoptate de autoritățile Republicii Moldova. Astăzi, domeniul sănătății publice este reglementat de o serie de legi, precum:
17. Constituția Republicii Moldova (29.07.1994);
18. Legea nr. 1456/1993 cu privire la activitatea farmaceutică;
19. Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995;
20. Legea nr. 1402/1997 cu privire la sănătatea mentală;
21. Legea nr. 1409/1997 cu privire la medicamente;
22. Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;
23. Legea nr. 382/1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor;
24. Legea nr. 185/2001 cu privire la sănătatea reproductivă și planificarea familială;
25. Legea nr. 552/2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate;
26. Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală;
27. Legea nr. 263/2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului;
28. Legea nr. 264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic;
29. Legea nr. 23/2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA;
30. Legea nr. 153/2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei;
31. Legea nr. 42/2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane;
32. Legea nr. 241/2008 privind donarea de sânge și transfuzia sanguină;
33. Legea nr. 10/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice;
34. Legea nr. 133/2011 privind protecția datelor cu caracter personal;
35. Legea nr. 102/2017 cu privire la dispozitivele medicale;
36. Legea nr. 121/2012 cu privire la asigurarea egalității;
37. Legea nr. 132/2012 privind desfășurarea în siguranță a activităților radiologice și nucleare;
38. Legea nr. 138/2012 privind sănătatea reproducerii;
39. Legea nr. 174/2014 cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului național unic pentru apelurile de urgență 112.

Pe lângă legile enumerate, la nivel central, domeniul ocrotirii sănătății este reglementat și de alte acte normative, precum sunt hotărârile Guvernului Republicii Moldova și ordinele Ministerului Sănătății, care are calitatea de autoritate publică centrală de specialitate în sănătate.

### **3.2. Drepturile omului în domeniul sănătății**

Viața și sănătatea omului sunt valorile sociale și juridice supreme, ocrotite de către Stat prin intermediul legislației. Mai mult, grija față de sănătatea populației reprezintă un obiectiv de o importanță primordială în politica oricărui



stat, deoarece sănătatea constituie valoarea cea mai de preț și componenta indispensabilă a dezvoltării și prosperării sociale, și se află pe primul loc în asigurarea reală a dezvoltării umane în țară. Sănătatea este un drept fundamental al omului indispensabil pentru exercitarea altor drepturi și, prin urmare, într-o societate democratică persoana umană devine scopul suprem.

Drepturile Omului vizează diferite domenii distincte ale conviețuirii umane și se clasifică în drepturi politice și civile, socio-economice și colective.

Drepturile politice și civile garantează participarea tuturor oamenilor la viața politică și civilă a societății și cuprind inclusiv *dreptul la viață*. Drepturile socio-economice asigură tuturor oamenilor un minim de supraviețuire și protejează inclusiv *dreptul la sănătate*. Drepturile colective au fost dezvoltate suplimentar drept răspuns la noile provocări ale societății umane contemporane.

Drepturile la viață și la sănătate sunt protejate de ***Declarația Universală a Drepturilor Omului***, adoptată de Adunarea Generală a ONU la 10 decembrie 1948. În această privință, Declarația stipulează că orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea persoanei sale (art. 3) și orice om are dreptul la un nivel de trai care să-i asigure sănătatea și bunăstarea lui și a familiei sale, cuprinzând hrana, îmbrăcămintea, locuința, îngrijirea medicală, precum și serviciile sociale necesare; mama și copilul (născut în cadrul căsătoriei sau în afara acesteia) au dreptul la ajutor și ocrotire deosebite (art. 25). Deci, după cum putem constata, dreptul la sănătate cuprinde o gamă largă de factori socio-economici care reprezintă condițiile în care oamenii pot duce o viață sănătoasă. Prin urmare, dreptul la sănătate depinde și este strâns legat de realizarea altor drepturi ale omului, așa cum sunt drepturile la hrană, la locuință, la muncă, la educație, la demnitate umană, la viață și la viață privată, la nediscriminare, la egalitate, la interzicerea torturii, la accesul la informații și la libertatea de asociere, la întrunire, precum și la circulație. Acestea, precum și alte drepturi și libertăți sunt componentele integrante ale dreptului la sănătate.

***Constituția Organizației Mondiale a Sănătății***, adoptată la Conferința Internațională de Sănătate de la New-York în 1946, definește *sănătatea drept o stare de bunăstare fizică, mentală și socială completă și nu doar absența bolii sau a infirmității*. Prin urmare, sănătatea este văzută ca o resursă pentru viața de zi cu zi, nu scopul vieții în sine. Constituția reafirmă că deținerea celei mai bune stări de sănătate, de care este capabilă persoana umană, este unul dintre drepturile fundamentale ale omului, indiferent de rasă, religie, convingeri politice, condiție economică sau socială. Totodată, aceasta subliniază că realizările oricărui stat în promovarea și protecția sănătății are o valoare pentru toți, iar opinia informată și cooperarea activă din partea publicului sunt de cea mai mare importanță în îmbunătățirea sănătății oamenilor. Constituția stabilește responsabilitatea guvernelor pentru sănătatea popoarelor lor, care poate fi îndeplinită numai prin furnizarea de măsuri sanitare și sociale adecvate.

Caracterul complex al dreptului la sănătate este subliniat și de Carta Ottawa

pentru promovarea sănătății, semnată la 21 noiembrie 1986, în cadrul Primei Conferințe Internaționale de Promovare a Sănătății a OMS. Carta definește atât conceptul despre sănătate și despre menținerea ei prin strategia combaterii bolilor, cât și resursele pentru sănătate, cum sunt condiția de pace, adăpostul, accesul la educație, alimentarea corespunzătoare, accesul la o sursă de venit, ecosistemul stabil, accesul la resurse durabile, dreptul la o justiție socială și la un tratament echitabil.

***Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice***, adoptat de Adunarea generală ONU la 16 decembrie 1966 și intrat în vigoare pe data de 23 martie 1967, a fost ratificat prin Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr. 217/1990, care a intrat în vigoare pe 26 aprilie 1993. Acesta este un tratat multilateral ce își angajează părțile să acționeze pentru acordarea drepturilor civile și politice, inclusiv a dreptului la viață. În art. 6, Pactul afirmă că dreptul la viață este inerent persoanei umane, trebuie ocrotit prin lege și că nimeni nu poate fi privat de viața sa, în mod arbitrar. Prevederile art. 7 protejează persoanele de aplicarea torturii, a pedepselor sau a tratamentelor crude, inumane sau degradante, în special supunerea acestora la experiențe medicale sau științifice fără consimțământul lor.

***Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale***, adoptat de Adunarea generală ONU la 16 septembrie 1966 și pus în aplicare la 3 ianuarie 1967, a fost ratificat prin Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr. 217/1990, care a intrat în vigoare la data de 26 aprilie 1993. Pactul este un alt tratat multilateral ce își angajează părțile să acționeze pentru acordarea drepturilor economice, sociale și culturale (DESC), inclusiv a dreptului la sănătate. Art. 12 din recunoaște dreptul oricărei persoane de „a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și mentală”. Însă, pentru asigurarea exercitării depline a acestui drept, Pactul obligă statele părți să adopte următoarele măsuri:

- scăderea mortalității nou-născuților și a celei infantile;
- îmbunătățirea tuturor aspectelor ce țin de igiena mediului și cea industrială;
- profilaxia și tratamentul maladiilor epidemice, profesionale și a altora, precum și lupta împotriva acestor maladii;
- crearea de condiții care să asigure tuturor servicii medicale și un ajutor medical în caz de boală.

În anul 2000, ***Comitetul ONU pentru Drepturile economice, sociale și culturale*** a aprobat ***Comentariul General nr. 14*** cu privire la dreptul oricărei persoane de a se bucura de cea mai buna sănătate fizică și mentală pe care o poate atinge. De fapt, Comentariul nr. 14 reprezintă o interpretare a art. 12 din Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale. În această privință, Comitetul a explicat că dreptul la sănătate nu poate fi interpretat ca dreptul de a fi sănătos și că acesta conține atât libertăți, cât și drepturi. Astfel, libertățile cuprind dreptul de a controla propria sănătatea și corpul, inclusiv libertatea sexuală și de

reproducere, și dreptul de a fi liber de interferențe, cum ar fi dreptul de a fi liber de tortură, tratament medical neconsensual și experimentare. Prin comparație, drepturile cuprind dreptul la un sistem de protecție a sănătății, care oferă egalitatea de șanse pentru ca oamenii să se bucure de cel mai înalt nivel posibil de sănătate. Totodată, sănătatea include și un șir de libertăți și drepturi conexe, precum: dreptul de utilizare a apei potabile inofensive și dreptul la servicii igienice corespunzătoare; dreptul la produse alimentare de calitate, la condiții locative; dreptul la condiții inofensive de muncă și la condiții ale mediului înconjurător; dreptul la educație și la informații privind sănătatea, inclusiv cea reproductivă.

Dreptul la sănătate este format din următoarele elemente indisolubile: disponibilitate, accesibilitate, acceptabilitate și calitate. *Disponibilitatea* presupune obligativitatea statului de a dispune de un număr suficient de instituții, mărfuri, servicii și programe în sănătate. *Accesibilitatea* presupune ca bunurile și serviciile sanitare oferite de stat să fie accesibile fiecărei persoane. Pentru asigurarea unei accesibilități veritabile trebuie să fie respectate următoarele 4 aspecte:

*accesul nediscriminatoriu* asigură orice persoană cu dreptul de a utiliza serviciile de sănătate fără nici un fel de discriminare;

*accesul fizic* presupune că serviciile de sănătate trebuie să fie accesibile din punct de vedere fizic (distanță, acces pentru persoane cu dizabilități locomotorii etc);

*accesul economic* prevede că modalitățile de plată pentru serviciile medicale trebuie să respecte principiul echității sociale și să fie accesibile pentru întreaga populație;

*accesul la informație* se reflectă în dreptul oricărei persoane de a căuta și primi informații referitoare la sistemul și serviciile de sănătate.

*Acceptabilitatea* presupune că serviciile de sănătate sunt acceptabile din punct de vedere al eticii medicale și al criteriilor culturale, inclusiv țin cont de necesitățile tuturor categoriilor de persoane (femei, copii, grupuri minoritare, persoane din mediul rural etc.).

*Calitatea* relevă faptul că serviciile de sănătate trebuie să întrunească cerințele științei medicale și să fie de înaltă calitate.

***Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială***, adoptată de Adunarea generală ONU pe 21 decembrie 1965 și pusă în aplicare la data de 4 ianuarie 1969, a fost ratificată prin Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr. 707/1991, care a intrat în vigoare pe 25 februarie 1993. Convenția este un alt instrument din domeniul drepturilor omului ce își angajează membrii să elimine discriminarea rasială și să promoveze înțelegerea între toate rasele. Potrivit art. 5 din Convenție, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii, indiferent de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința mai multor drepturi, inclusiv dreptul la sănătate, la îngrijire medicală, la securitate socială și la servicii sociale.

**Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități**, adoptată de Adunarea generală ONU pe 13 decembrie 2006, a fost semnată de Republica Moldova pe 30 martie 2007 și a intrat în vigoare pe 21 decembrie 2010. Convenția este un alt tratat internațional privind drepturile omului, care are menirea să protejeze drepturile și demnitatea persoanelor cu dizabilități și reprezintă un răspuns al comunității internaționale la marginalizarea, discriminarea și excluderea persoanelor cu dizabilități din societate. Părțile la convenție sunt obligate să promoveze, să protejeze și să asigure exercitarea deplină a drepturilor omului de către persoanele cu dizabilități și să se asigure că acestea se bucură de egalitate deplină. Convenția a catalizat mișcarea globală pentru drepturile persoanelor cu dizabilități pe care le vede în calitate de membri deplini și egali ai societății, cu toate drepturile inerente omului. Potrivit art. 25 din Convenție, statele părți recunosc faptul că persoanele cu dizabilități au dreptul să se bucure de cea mai bună stare de sănătate, fără discriminare pe criterii de dizabilitate, și, astfel, acestea trebuie:

- să furnizeze persoanelor cu dizabilități aceeași gamă de servicii, la același nivel de calitate și standard de îngrijire, precum și programe medicale gratuite ori la prețuri accesibile, la fel cum sunt furnizate celorlalte persoane;
- să furnizeze servicii de sănătate specifice, necesare persoanelor cu dizabilități;
- să furnizeze aceste servicii de sănătate cât mai aproape posibil de comunitățile în care trăiesc persoanele cu dizabilități, inclusiv în mediul rural;
- să solicite profesioniștilor medicali să furnizeze persoanelor cu dizabilități îngrijire de aceeași calitate precum sunt prestate și celorlalți;
- să interzică discriminarea persoanelor cu dizabilități în ceea ce privește dreptul la asigurare de sănătate sau de viață;
- să împiedice orice refuz discriminator de acordare a îngrijirilor de sănătate.

Pentru a asigura o veritabilă egalitate și a elimina discriminarea, Convenția obligă statele părți să întreprindă toate măsurile adecvate pentru a se asigura adaptarea rezonabilă atunci când aceasta este necesară. În sensul Convenției, *adaptarea rezonabilă* înseamnă modificările și ajustările necesare și adecvate, care nu impun un efort disproporționat sau nejustificat atunci când este necesar într-un caz particular, pentru a permite persoanelor cu dizabilități să se bucure sau să-și exercite, în condiții de egalitate cu ceilalți, toate drepturile și libertățile fundamentale ale omului.

**Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare a femeilor**, adoptată de Adunarea generală ONU pe 18 decembrie 1979 și pusă în aplicare pe 3 septembrie 1981, a fost ratificată prin Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr. 87/1994, care a intrat în vigoare pe 31 iulie 1994. Convenția este un alt tratat internațional privind drepturile omului menit să asigure egalitatea

dintre femei și bărbați și să elimine discriminarea în baza sexului persoanei. Art. 12 din Convenție obligă statele părți să ia toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării față de femei, pentru a le asigura, pe baza egalității între bărbat și femeie, mijloacele privind accesul la serviciile medicale, inclusiv la cele referitoare la planificarea familială. Totodată, Convenția asigură femeile cu servicii corespunzătoare, în caz de necesitate, gratuite în timpul gravidității, la naștere și după naștere și, de asemenea, aceasta garantează un regim alimentar corespunzător în timpul gravidității și pe parcursul alăptării.

**Convenția privind drepturile copilului**, adoptată de Adunarea generală ONU pe 20 noiembrie 1989 și pusă în aplicare pe 20 septembrie 1990, a fost ratificată prin Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr. 408/1990, care a intrat în vigoare pe 25 februarie 1993. Convenția privind drepturile copilului este stabilește drepturile civile, politice, economice, sociale, de sănătate și culturale ale copiilor. Convenția definește un copil ca orice ființă umană sub vârsta de 18 ani, cu excepția cazului în care vârsta majoratului este atinsă mai devreme conform legislației naționale. Potrivit legislației Republicii Moldova cu privire la drepturile copilului, o persoană este considerată copil din momentul nașterii până la vârsta de 18 ani. Conform art. 24 din Convenție statele părți se obligă să recunoască dreptul copilului de a se bucura de cea mai bună stare de sănătate posibilă și de a beneficia de servicii medicale, de tratament și de recuperare. Totodată, Convenția stipulează că statele părți se vor strădui să asigure ca nici un copil să nu fie lipsit de dreptul de a avea acces la aceste servicii de ocrotire a sănătății și vor lua măsurile corespunzătoare pentru:

- reducerea mortalității în rândul nou-născuților și al copiilor;
- asigurarea tuturor copiilor a necesarului de asistență medicală și îngrijire a sănătății, accentul fiind pus pe dezvoltarea măsurilor primare de ocrotire a sănătății;
- lupta contra maladiilor și malnutriției în cadrul măsurilor primare de ocrotire a sănătății, prin aplicarea tehnologiilor ușor de procurat și prin furnizarea de alimente nutritive și apă potabilă, ținând seama de pericolele și riscurile de poluare a mediului natural;
- asigurarea ocrotirii sănătății mamelor în perioada prenatală și postnatală;
- asigurarea tuturor grupurilor societății, în mod deosebit a părinților și copiilor, cu informați, cu acces la educație și acordarea sprijinului în folosirea cunoștințelor de bază cu privire la sănătatea și alimentația copilului, la avantajele alăptării, la igiena și salubritatea mediului, precum și la prevenirea accidentelor;
- dezvoltarea măsurilor de sănătate preventivă, de asistență a părinților, precum și de educație și servicii de planificare familială.

**Convenția împotriva torturii și altor pedepse și tratamente cu cruzime, inumane sau degradante**, adoptată de Adunarea generală ONU pe 10 decembrie

1984 și pusă în aplicare la data de 26 iunie 1987, a fost ratificată prin Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr. 473/1995, care a intrat în vigoare pe 28 decembrie 1995. Convenția are drept scop prevenirea torturii și a altor rele tratamente în întreaga lume. Aceasta cere statelor părți să ia măsuri legislative, administrative, judiciare și alte măsuri eficiente pentru a împiedica comiterea unor acte de tortură pe teritoriul de sub jurisdicția lor. Din perspectiva jurisprudenței Curții Europene pentru Drepturile Omului, orice act medical fără consimțământul informat al pacientului este un tratament inuman.

Pe lângă tratatele ONU, Republica Moldova a aderat și la instrumentele regionale europene din domeniul drepturilor omului, ce protejează, la fel, dreptul la viață și sănătate.

***Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale***, elaborată de Consiliul Europei, semnată pe 4 noiembrie 1950 la Roma și intrată în vigoare pe 3 septembrie 1953, a fost ratificată prin Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr. 1298/1997. Convenția este un instrument internațional pentru protejarea drepturilor omului și a libertăților politice în Europa. Prin intermediul Convenției, părțile contractante se angajează să recunoască oricărei persoane aflate sub jurisdicția lor drepturile și libertățile definite în Convenție, inclusiv dreptul la viață (art. 2), interzicerea torturii (art. 3) și interzicerea discriminării (art. 14). Totodată, Convenția a instituit Curtea Europeană a Drepturilor Omului și a statuat că orice persoană care consideră că drepturile sale au fost încălcate, în temeiul Convenției, de către un stat parte, poate depune cazul de încălcare la Curte. Hotărârile care constată încălcări sunt obligatorii pentru statele în cauză, care sunt obligate să le execute.

***Convenția europeană pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante*** a fost adoptată la Strasbourg la 26 noiembrie 1987 și a intrat în vigoare pentru Republica Moldova la data de 1 februarie 1998. Convenția a instituit un Comitet european pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante, care, prin intermediul vizitelor, examinează tratamentul persoanelor private de libertate în vederea întăririi, dacă este cazul, a protecției lor împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante.

***Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane în ceea ce privește aplicațiile biologiei și ale medicinei***, încheiată la Oviedo la 4 aprilie 1997, a fost ratificată de Parlamentul Republicii Moldova prin Legea nr. 1256/2002. Părțile la Convenție s-au angajat să protejeze demnitatea și identitatea ființei umane și să garanteze oricărei persoane, fără discriminare, respectul integrității sale și al celorlalte drepturi și libertăți fundamentale față de aplicațiile biologiei și medicinei. Mai mult, fiecare parte s-a obligat să includă în legislația sa internă măsurile necesare pentru a da efect dispozițiilor Convenției. Prezentul act reglementează condițiile de obținere a consimțământului pacientului, protecția vieții private și a dreptului la informații, protecția genomului uman, protecția

persoanelor pe care se fac cercetări și de la care se prelevă organe și țesuturi în scopul transplantării.

Convenția protejează întăietatea ființei umane și prevede că interesul și binele ființei umane trebuie să primeze asupra interesului unic al societății sau al științei (art. 2). Acest principiu este cunoscut în etica medicală ca fiind principiul loialității față de pacient. Convenția asigură accesul echitabil la îngrijirile de sănătate și obligă părțile să țină cont de nevoile de sănătate și de resursele disponibile, de măsurile adecvate în scopul de a asigura, în sfera jurisdicției lor, accesul echitabil la îngrijiri de sănătate de calitate (art. 3). Pentru asigurarea unor servicii medicale de calitate, Convenția stabilește respectarea unor obligații profesionale și reguli de conduită pentru orice intervenție în domeniul sănătății, inclusiv pentru cercetare (art. 4).

Convenția de la Oviedo atrage o atenție deosebită autonomiei pacientului și reglementează principiile de obținere a consimțământului pacientului, inclusiv în anumite situații de vulnerabilitate sporită. Astfel, o intervenție în domeniul sănătății nu se poate efectua decât după ce persoana vizată și-a dat consimțământul liber și în cunoștință de cauză. Această persoană primește, în prealabil, informații adecvate în privința scopului și a naturii intervenției, precum și în privința consecințelor și a riscurilor. Persoana vizată poate în orice moment să își retragă, în mod liber, consimțământul (art. 5). În privința persoanelor lipsite de capacitatea de a consimți, Convenția stipulează că atunci când un minor sau un major cu handicap mintal nu are capacitatea de a consimți o intervenție, aceasta nu se poate efectua fără autorizația reprezentantului său, a unei alte autorități sau a unei alte persoane ori instanțe desemnate prin lege. În asemenea situații, părerea minorului trebuie să fie considerată ca un factor din ce în ce mai hotărâtor, în funcție de vârsta și de gradul de maturitate al acestuia, iar persoana adultă cu handicap mintal trebuie, în măsura posibilității, să fie asociată procedurii de autorizare (art. 6). Persoana care suferă de o tulburare mintală gravă nu poate fi supusă fără consimțământul său la o intervenție destinată să îi trateze această tulburare doar atunci când absența unui astfel de tratament riscă să îi prejudicieze grav sănătatea și numai sub rezerva condițiilor de protecție prevăzute de lege, care cuprinde proceduri de supraveghere și de control, precum și căi de recurs (art. 7). În situațiile de urgență, atunci când din cauza acesteia nu se poate obține consimțământul adecvat, se va recurge, imediat, la orice intervenție indispensabilă din punct de vedere medical în folosul sănătății persoanei vizate (art. 8). Convenția stabilește necesitatea de a lua în considerare dorințele exprimate anterior cu privire la o intervenție medicală de către un pacient, care, în momentul intervenției, nu este într-o stare care să îi permită să își exprime voința (art. 9). Totodată, potrivit Convenției, consimțământul persoanei este o condiție obligatorie atât în cazul participării acesteia la cercetarea științifică (art. 15–18), cât și în cazul prelevării de organe și țesuturi în scopul transplantării (art. 19–20).

**Carta Socială Europeană**, adoptată de Consiliul Europei pe 18 octombrie 1961 și revizuită la 3 mai 1996, a fost ratificată de Republica Moldova prin Legea nr. 484/2001, care a intrat în vigoare la data de 1 ianuarie 2002. Carta este un tratat ce garantează drepturile sociale și economice fundamentale legate de locuința, sănătatea, educația, angajarea, protecția juridică și socială, circulația persoanelor și de nediscriminare. Carta se axează, în mod special, pe protecția persoanelor vulnerabile, cum ar fi persoanele în etate, copiii, persoanele cu dizabilități și migranții. Acest act cere ca exercitarea drepturilor tuturor persoanelor să fie garantată fără discriminare. De aceea, Carta este văzută ca fiind Constituția Socială a Europei. Sub aspectul sănătății, Carta asigură dreptul la protecția sănătății (art. 11) și dreptul la asistență socială și medicală (art. 13).

**Codul european de securitate socială**, adoptat de Consiliul Europei la 16 aprilie 1964, a fost semnat de Republica Moldova la 16 septembrie 2003. Codul este un instrument juridic ce stabilește standarde din domeniul securității sociale, inclusiv cele legate de îngrijirile medicale necesare, atât de natură preventivă, cât și curativă (art. 8). Codul asigură un minim de servicii de sănătate (art. 10), și anume:

a) în cazul unei stări morbide:

- îngrijirea medicului generalist, inclusiv vizite la domiciliu;
- îngrijirea de specialitate în spitale pentru pacienți internați și în ambulatoriu și asistență de specialitate care poate fi disponibilă în afara spitalelor;
- consumabilele farmaceutice esențiale prescrise de medici sau de alți practicieni calificați;
- spitalizare dacă este necesar;

b) în caz de sarcină și naștere și consecințele acestora:

- îngrijire prenatală, pentru naștere și postnatală fie de către medici, fie de către moașe calificate;
- spitalizare dacă este necesar.

**Declarația promovării drepturilor pacienților în Europa** a fost autorizată de Consultarea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății asupra Drepturilor Pacienților la Amsterdam pe 28–30 martie 1994. Declarația reprezintă un set de principii pentru promovarea și implementarea drepturilor pacienților în statele europene membre ale OMS. Declarația asigură protecția drepturilor omului și valorilor privind îngrijirile de sănătate și tratamentul, informarea, consimțământul, confidențialitatea.

**Carta Europeană a Drepturilor Pacienților** a fost adoptată în noiembrie 2002 și este implementată de Republica Moldova prin adoptarea Legii nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Obiectivul principal al Cartei este să întărească și să aducă mai multă conștientizare cu privire la drepturile pacienților, care sunt supuse riscului în toate țările europene. Carta poate consolida gradul de protecție a drepturilor pacienților/cetățenilor în diferite



contexte naționale și poate fi un instrument de armonizare a sistemelor naționale de sănătate care favorizează drepturile cetățenilor și pacienților. Acest lucru este de cea mai mare importanță, în special datorită libertății de circulație în cadrul UE și a procesului de extindere. Carta proclamă 14 drepturi ale pacienților, și anume:

- Dreptul la măsuri preventive
- Dreptul la acces
- Dreptul la informare
- Dreptul la consimțământ
- Dreptul la liberă alegere
- Dreptul la informații private și confidențialitate
- Dreptul la respectarea timpului pacienților
- Dreptul la respectarea standardelor de calitate
- Dreptul la siguranță
- Dreptul la inovare
- Dreptul la evitarea suferinței și a durerii
- Dreptul la tratament personalizat
- Dreptul la reclamație
- Dreptul la compensare

Toate aceste drepturi vizează garantarea unui „nivel ridicat de protecție a sănătății umane”, pentru a asigura calitatea înaltă a serviciilor oferite de diferite servicii naționale de sănătate. Drepturile menționate trebuie protejate pe întreg teritoriul Uniunii Europene.

### 3.3. Drepturile pacienților

În Republica Moldova drepturile pacientului sunt garantate atât de art. 23 al Constituției, care asigură *Dreptul fiecărui om de a-și cunoaște drepturile și îndatoririle*, cât și de art. 36, care protejează *Dreptul la ocrotirea sănătății*. În continuare vor fi prezentate drepturile pacienților din perspectiva Cartei Europene a Drepturilor Pacienților și a legislației Republicii Moldova.

***Dreptul la măsuri preventive.*** *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* stipulează că fiecare persoană are dreptul la servicii adecvate pentru a preveni îmbolnăvirea. Serviciile de sănătate au datoria să realizeze acest scop prin sporirea gradului de conștientizare a populației, prin garantarea procedurilor sanitare la intervale regulate și gratuite pentru diferite grupuri ale populației expuse riscului, punând la dispoziția tuturor rezultatele cercetării științifice și ale inovațiilor tehnologice.

În Legislația Republicii Moldova dreptul la măsuri preventive nu este reglementat în mod expres. Totuși, o serie de prevederi asigură realizarea acestui drept. Astfel, art. 37 din *Constituția Republicii Moldova* garantează dreptul la un mediu înconjurător sănătos, or, calitatea mediului înconjurător poate afecta, în cel mai direct mod, realizarea dreptului la sănătate a unei persoane. În această privință, art. 37 alin. (1) stipulează că fiecare om are dreptul la un mediu înconjurător nepriemnic din punct de vedere ecologic pentru viață și sănătate, precum și la produse alimentare și obiecte de uz casnic inofensive. Totodată, art. 2 lit. f) din

Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 prevede unul dintre principiile fundamentale ale sistemului de ocrotire a sănătății, și anume orientarea profilactică a asigurării sănătății populației în toate sferile de activitate vitală. Acest principiu este desfășurat în art. 3 ce stipulează că profilaxia este principiul fundamental în asigurarea sănătății populației, iar autoritățile administrației publice, unitățile economice sunt obligate să ia măsuri sociale și medicale orientate spre profilaxia primară a maladiilor, în special spre salubritatea mediului înconjurător, spre crearea și menținerea unor condiții igienice favorabile de viață și de muncă, spre menținerea și ocrotirea sănătății populației, a unor categorii ale ei (femei, copii, bătrâni), spre propagarea odihnei active și a culturii fizice de masă, spre alimentarea rațională și educația sanitară a populației. În această privință, art. 18 alin. (1) al legii menționate reflectă dreptul populației de a poseda cunoștințe pentru asigurarea sănătății sale și prevenirea maladiilor. Suplimentar, art. 20 alin. (2), lit. a) lege garantează cetățenilor Republicii Moldova cu titlu gratuit măsuri profilactice anti-epidemice și servicii medicale în limita programelor naționale prevăzute în bugetul de stat.

**Dreptul la acces.** *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* stipulează că fiecare persoană are dreptul la acces la servicii de sănătate, conform necesităților, iar serviciile de sănătate trebuie să garanteze accesul egal al fiecărei persoane, fără discriminare din motive financiare, domiciliu, tip de boală sau timpul adresării. Acest drept se referă la accesul financiar, la acceptabilitatea serviciilor medicale atât urgente, cât și de bază, la necesitate cu spitalizare, inclusiv în cazul maladiilor rare.

Art. 36 din *Constituția Republicii Moldova* garantează tuturor cetățenilor dreptul la ocrotirea sănătății și la un minim de asigurări medicale oferit gratuit de către stat, iar art. 16 – egalitatea tuturor în fața legii și a autorităților publice, fără deosebire de rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, sex, opinie, apartenență politică, avere sau de origine socială. Dreptul la egalitate a tuturor persoanelor aflate pe teritoriul Republicii Moldova în accesarea serviciilor medicale este protejat și de art. 1 al Legii nr. 121/2012 cu privire la asigurarea egalității. Dreptul la asigurarea sănătății, fără deosebire de naționalitate, rasă, sex, apartenență socială și religie este garantat și de art. 17 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1994. Aceeași lege, în art. 20 stipulează dreptul cetățenilor Republicii Moldova, indiferent de veniturile proprii, la posibilități egale în obținerea de asistență medicală oportună și calitativă în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Totodată, Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1994 garantează cetățenilor asigurarea cu asistență medicală urgentă în caz de pericol pentru viață (art. 24), accesul la servicii privind procrearea (art. 31–33), accesul la asistența medicală de recuperare și asistența medicală balneară (art. 35), servicii de îngrijire paliativă (art. 35<sup>1</sup>), asistența medicală pentru persoanele care și-au pierdut locul de muncă și câștigul (art. 37), asistența medico-socială acordată persoanelor în vârstă înaintată (art. 38), asistența medicală pentru persoanele aflate în stare de arest sau detențiune (art. 39), asistența medicală pentru

persoanele aflate în greva foamei (art. 40), asistența medicală și socială pentru persoanele contaminate de virusul imunodeficient uman (HIV) și bolnave de SIDA (art. 41), asistența medicală pentru persoanele cu maladii oncologice (art. 41<sup>1</sup>), asistența medicală pentru bolnavii psihici (art. 42), asistența necrologică pentru persoanele care suferă de alcoolism cronic, narcomanie sau toxicomanie (art. 43), asistența medicală pentru bolnavii de tuberculoză (art. 44), asistența medicală pentru persoanele care suferă de boli venerice (art. 45), dreptul la ocrotirea sănătății persoanelor care se căsătoresc și a urmașilor lor (art. 46), garanțiile ocrotirii sănătății mamei și copilului (art. 48), asistența medicală pentru femeia gravidă și nou-născut (art. 49) și asistența medicală pentru copii și adolescenți (art. 50).

Dreptul pacientului la acces prevede și accesul acestuia la asigurarea obligatorie de asistență medicală împreună cu toate serviciile incluse în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, drept asigurat de Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

Dreptul la acces este menționat și în alte legi ce reglementează domeniul ocrotirii sănătății. Astfel, art. 5 din Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului garantează expres oricărui pacient dreptul la asistență medicală gratuită în volumul stabilit de legislație, atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorului de servicii de sănătate, indiferent de vârstă, sex, apartenență etnică, statut socioeconomic, convingeri politice și religioase, reducere a suferinței și atenuare a durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii de sănătate, asigurare de asistență medicală (obligatorie și benevolă). În art. 8, legea prenotată asigură realizarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală determinată de asigurarea accesului echitabil la serviciile de sănătate de cea mai înaltă calitate, pe care societatea o poate garanta cu resursele umane, financiare și materiale disponibile.

Pacienții sunt persoane caracterizate de o vulnerabilitate sporită determinată de boală sau dizabilitate. Însă, în orice societate există anumite categorii de pacienți cu o vulnerabilitate mai înaltă, drepturile de acces și nediscriminare ale cărora sunt protejate prin legi speciale.

Dreptul la acces nediscriminatoriu al pacienților cu statut HIV pozitiv este protejat prin Legea nr. 23/2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA, care în art. 25 stipulează că orice persoană dispune de acces egal la servicii medicale indiferent de statusul HIV și nu se admite refuzul internării, primirii, accesului la servicii medicale a persoanelor cu status HIV pozitiv în instituțiile medico-sanitare și balneare publice, departamentale și private sau solicitarea unor taxe sporite pentru prestarea serviciilor respective. Totodată, legea asigură cetățenilor accesul la examen medical gratuit (inclusiv anonim) în scopul depistării precoce a virusului HIV și a maladiei SIDA (art. 11), iar femeilor însărcinate – accesul la consiliere și

testare gratuită la marșerii HIV (art. 21). Legea oferă persoanelor HIV pozitive (art. 19), inclusiv femeilor HIV pozitive însărcinate și nou-născuților lor (art. 21) și persoanelor aflate în detenție (art. 9) dreptul la tratamentul ARV gratuit.

Art. 6 din Legea nr. 370/2023 privind drepturile copilului stipulează că, copiii au asigurat dreptul la viață și la inviolabilitatea fizică și psihică.

Dreptul la acces al persoanelor aflate la evidență în legătură cu tuberculoza și bolnavilor de tuberculoză este asigurat de art. 17 din Legea nr. 153/2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei ce oferă acestei categorii de pacienți beneficiere gratuită de examen medical, de investigații de diagnosticare și de chimioterapie, de vaccinare profilactică împotriva tuberculozei, de preparate medicamentoase necesare tratamentului în instituția medicală antituberculoasă specializată sau în condiții de ambulatoriu și de recuperare a capacității de muncă.

Drepturile pacienților cu tulburări mentale sunt reglementate de art. 5 din Legea nr. 1402/1997 cu privire la sănătatea mentală, care oferă accesul la toate tipurile de tratament (inclusiv balneo-sanatorial), conform indicațiilor terapeutice, și la asistența psihiatrică în condiții conforme normelor de igienă și sanitare. Potrivit legii, aceste drepturi pot fi exercitate și de către minorii suferinzi de tulburări psihice (art. 5<sup>1</sup>).

Art. 42 din Legea nr. 60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități garantează dreptul persoanelor cu dizabilități la asistență medicală în condiții de egalitate cu alte persoane și interzice discriminarea persoanelor cu dizabilități în ce privește asistența medicală, asigurarea medicală, asigurarea de viață, examenul medical complex anual, măsurile de profilaxie, educația sanitară și obținerea informațiilor cu caracter personal despre starea sănătății.

**Dreptul la informare.** *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* stipulează că fiecare persoană are dreptul să primească toate informațiile referitoare la starea de sănătate, la serviciile de sănătate și la modalitatea de folosire a acestor servicii, precum și la tot ce-i poate oferi cercetarea științifică și inovația tehnologică. În sensul Cartei, acest drept poate fi realizat prin respectarea următoarelor condiții. Serviciile de asistență medicală, prestatorii și profesioniștii trebuie să ofere informații adaptate pacientului, ținând cont, în special, de specificul religios, etnic sau lingvistic al acestuia. Serviciile de sănătate au datoria de a face toate informațiile ușor accesibile, înlăturând obstacolele birocratice, educând prestatorii de servicii medicale, pregătind și distribuind materiale informaționale. Pacientul are dreptul la acces direct la dosarul său clinic și fișa medicală, are dreptul de a le face copii, de a adresa întrebări despre conținutul acestora și de a obține corectarea oricăror erori depistate. Un pacient spitalizat are dreptul la o informare continuă și detaliată, care ar putea fi garantată inclusiv prin intermediul unui tutore. Fiecare persoană are dreptul de acces direct la informații despre cercetarea științifică, îngrijirea farmaceutică și inovațiile tehnologice. Aceste informații pot veni fie din surse publice, fie private cu condiția să îndeplinească criteriile de acuratețe, fiabilitate și transparență.

Dreptul pacientului la informare în legislația Republicii Moldova este codificat atât în legislația sanitară generală, precum Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 și Legea nr. 263/2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului, cât și în legi speciale din diferite domenii medicale.

*Constituția Republicii Moldova* în art. 34 garantează dreptul tuturor cetățenilor la informare corectă asupra treburilor publice și asupra problemelor de interes personal. Legea nr. 982/2000 privind accesul la informație asigură oricărei persoane accesul la informațiile cu caracter personal despre sine. Mai mult, art. 8 din Constituție menționează că fiecare persoană are dreptul să ia cunoștință de aceste informații personal sau în prezența altei persoane; să precizeze aceste informații în scopul asigurării plenitudinii și veridicității lor; să obțină, dacă este cazul, rectificarea informațiilor sau lichidarea lor atunci când ele vor fi tratate neadecvat; să afle cine și în ce scop a utilizat, utilizează sau intenționează să utilizeze aceste informații; să ia copii de pe documentele, informațiile despre sine sau de pe unele părți ale acestora. Dreptul la informații despre starea sănătății este reglementat de art. 27 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, care stipulează că pacientul și rudele sale au dreptul să fie informați despre starea sănătății acestuia. În timpul examenului medical și al tratamentului pacientul are dreptul la informații despre procedurile medicale ce i se aplică, despre riscul lor potențial și eficacitatea terapeutică, despre metodele de alternativă, precum și despre diagnosticul, prognosticul și mersul tratamentului, despre recomandările profilactice. Pacientul are dreptul să consulte datele obiective, înscrise în fișa de observație medicală sau în alte documente, care îl privesc. În cazul în care s-ar putea produce deteriorarea gravă a stării fizice sau psihice a pacientului sau compromiterea rezultatelor tratamentului, informațiile de mai sus vor fi date unei persoane apropiate bolnavului. Pacientul are dreptul să primească aceste informații în scris în modul stabilit de Ministerul Sănătății. Potrivit art. 5 al Legii nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, pacientul are dreptul la mai multe categorii de informații, și anume: informații cu privire la prestatorul de servicii de sănătate, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a serviciilor respective; informații exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiență terapeutică a acestora; informație completă privind factorii nocivi ai mediului ambiant; informație privind rezultatele examinării plângerilor și solicitărilor. Art. 11 din aceeași lege stabilește că informarea pacientului trebuie să fie asigurată de către autoritățile sistemului de sănătate de toate nivelurile, organizațiile medico-sanitare și farmaceutice, medicul curant și alți specialiști în domeniu sau de către alte persoane ce participă la tratamentul pacientului sau care l-au antrenat în cercetarea biomedicală (studiul clinic), în măsura competenței funcției deținute, de către organizațiile de asigurări în sănătate. Conform acestei norme, pacientul are dreptul la informații despre volumul, tipurile și condițiile acordării serviciilor de sănătate, prestatorul serviciilor de sănătate (nivelul de

acreditare a instituției medico-sanitare, licența și calificarea personalului angajat în prestarea serviciilor de sănătate), informația privind propriile date medicale, la rezultatele și la dosarele cu investigații, la tratamentele și îngrijirile primite, cu eliberarea unui rezumat în scris la externare. Mai mult de atât, pe post de acces la informații, pacientul poate obține copia oricărei părți din propriile date și dosare medicale. Pentru asigurarea accesibilității informației furnizate, legea obligă prestatorul de servicii de sănătate să prezinte informația într-un limbaj clar, respectuos și accesibil pacientului, cu minimalizarea terminologiei profesionale.

Legea prenotată stabilește că informațiile medicale se prezintă pacientului personal, iar pentru persoanele care nu au atins vârsta de 18 ani și cele în privința cărora a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară – reprezentanților lor legali, informând concomitent pacientul în măsură adecvată discernământului lui. Această ultimă prevedere este conformă standardelor internaționale privind drepturile copiilor. Astfel, art. 12 din *Convenția ONU cu privire la drepturile copilului* obligă statul să garanteze copilului capabil de discernământ dreptul de a-și exprima liber opinia asupra oricărei probleme care îl privește, opiniile copilului urmând să fie luate în considerare, ținându-se seama de vârsta sa și de gradul său de maturitate. În același timp, Convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei solicită a se lua în considerare părerea minorului ca un factor din ce în ce mai hotărâtor, în funcție de vârsta și de gradul său de maturitate.

Dreptul la informații este asigurat și unor categorii vulnerabile de pacienți, precum cei cu tulburări mentale, cu dizabilități, suferinzi de tuberculoză și HIV/SIDA, ce beneficiază de servicii de reproducere, transplant de organe, țesuturi și celule umane.

Astfel, Legea nr. 1402/1997 privind sănătatea mentală garantează persoanelor suferinde de tulburări psihice dreptul la informații privind drepturile lor, caracterul tulburărilor psihice și metodele de tratament, expuse într-o formă accesibilă lor, ținându-se cont de starea psihică a acestora (art.5 alin. (2) lit. b)).

Dreptul la informații al persoanelor cu dizabilități este protejat de art. 42 alin. (11) din Legea nr. 60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, care stipulează că în timpul examenului medical și al tratamentului, persoana cu dizabilități are dreptul să solicite informații despre procedurile medicale ce i se aplică, despre riscul potențial pe care îl comportă și eficacitatea lor terapeutică, despre metodele de alternativă, despre diagnosticul, pronosticul și evoluția tratamentului și, de asemenea, despre recomandările profilactice în format accesibil.

Potrivit art.17 lit. b) din Legea nr. 153/2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei persoanele aflate la evidență în legătură cu tuberculoza și bolnavii de tuberculoză au dreptul la obținerea informației despre drepturile și obligațiile lor și, în mod accesibil, despre caracterul maladiei de care suferă, despre metodele de investigare și de tratament aplicate.

Legea nr. 23/2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA stabilește că persoanele HIV pozitive, inclusiv copiii, femeile și femeile însărcinate beneficiază de servicii de consiliere, cuprinzând și consilierea pre- și posttestare la marcherii HIV.

Persoanele care solicită servicii din domeniul sănătății reproductive au dreptul, în conformitate cu art. 4 alin. (1) lit. e) din Legea nr. 138/2012 cu privire la sănătatea reproducerii, la obținerea de informații veridice referitoare la drepturile și obligațiile în domeniul sănătății reproducerii, la starea sănătății reproductive, inclusiv referitoare la rezultatele investigațiilor, la pronostic, la metodele de tratament, la riscurile legate de acestea, la variantele posibile de intervenții medicale, la consecințele și rezultatele tratamentului efectuat. Potrivit art. 5 lit. b) din aceeași lege statul trebuie să asigure informarea permanentă a populației prin mesaje de prevenire a problemelor sănătății reproducerii, utilizând toate canalele informative disponibile. Adolescenții au, la fel, dreptul la informare și acces la servicii de ocrotire a sănătății reproducerii adaptate nevoilor lor, inclusiv dreptul la educație sexuală adaptată pe vârste pentru asigurarea dezvoltării psihosexuale corecte, prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală și a infecției HIV/SIDA, a sarcinii nedorite și pentru formarea deprinderilor de parentitudine responsabilă (art. 6 alin. (1) și (2)).

Persoanele ce fac uz de servicii de transplant dispun, de asemenea, de dreptul la informații. Astfel, art. 24 din Legea nr. 42/2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane stipulează dreptul donatorilor în viață să fie informați despre testările necesare pentru a stabili compatibilitatea donatorului, despre scopul și natura prelevării, precum și despre eventualele riscuri și consecințe. Totodată, și primitivului i se oferă toată informația despre natura procedurii, precum și despre eventualele riscuri și consecințe.

Legea nr. 241/2008 privind donarea de sânge și transfuzia sanguină asigură, la fel, dreptul la informarea donatorilor de sânge privind rezultatele examenului din perioada de predonare și la informații privind instituția colectoare de sânge, calitatea și modalitatea de prestare a serviciilor (art. 11 alin. (2) lit. a) și d)).

***Dreptul de a consimți.*** *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* prevede că fiecare persoană are dreptul de acces la toate informațiile care i-ar putea permite să participe activ la luarea deciziilor privind sănătatea sa. Aceste informații sunt o condiție prealabilă pentru orice procedură și tratament, inclusiv pentru participarea la cercetarea științifică. Prestatorii de servicii medicale și profesioniștii trebuie să ofere pacientului toate informațiile referitoare la un tratament sau la o intervenție la care acesta urmează să fie supus, inclusiv la riscurile și disconforturile asociate, la efectele secundare, și alternativele acestora. Aceste informații trebuie furnizate cu suficient timp înainte (cu cel puțin 24 de ore) pentru a permite pacientului să participe activ la alegerile terapeutice privind starea sa de sănătate. Prestatorii de servicii medicale și profesioniștii trebuie să utilizeze un limbaj cunoscut pacientului și să comunice într-un mod care să fie înțeles de persoanele fără cunoștințe de

specialitate. În toate circumstanțele care prevăd ca un reprezentant legal să ofere consimțământul în cunoștință de cauză, pacientul, indiferent dacă este minor sau adult incapabil să înțeleagă sau să-și exprime dorințele, trebuie să fie cât mai implicat posibil în deciziile care îl privesc. Pacientul are dreptul de a refuza un tratament sau o intervenție medicală și de a se răzgândi în timpul intervenției, refuzând continuarea acesteia. La fel, pacientul are dreptul de a refuza informații despre starea sa de sănătate.

În această privință, *Declarația promovării drepturilor pacientului în Europa* stipulează că acordul informat al pacientului este un imperativ pentru orice intervenție medicală. Un pacient are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală. Implicațiile refuzului sau ale opririi unei astfel de intervenții trebuie explicate cu grijă pacientului. Atunci când un pacient nu este capabil să-și exprime voința și când este necesară o intervenție medicală urgentă, acordul pacientului se poate deduce, doar dacă nu este evident, dintr-o exprimare anterioară a voinței, că într-o astfel de situație, consimțământul ar fi refuzat. Atunci când este necesar consimțământul unui reprezentant legal și când intervenția este absolut urgentă, aceasta se poate face, dacă nu este posibil să se obțină la timp consimțământul reprezentantului. Atunci când se cere consimțământul reprezentantului legal, pacienții (fie ei minori sau adulți) trebuie oricum să fie implicați în procesul de luare a deciziei, atât cât permite capacitatea lor de înțelegere. Dacă un reprezentant legal refuză să-și dea consimțământul, iar dacă doctorul sau alt prestator este de părere că intervenția este în interesul pacientului, atunci hotărârea trebuie transferată unui tribunal sau unei alte forme de arbitraj. În toate celelalte situații în care pacientul nu este capabil să-și dea consimțământul și în care nu există un reprezentant legal sau unul desemnat de către pacient în acest scop, trebuie luate decizii adecvate pentru a substitui procesul respectiv, ținând cont de ceea ce se știe și, pe cât posibil, de ceea ce se poate presupune despre dorințele pacientului. Consimțământul pacientului este cerut pentru păstrarea și folosirea tuturor componentelor corpului omenesc. Consimțământul se poate presupune atunci când acestea trebuie folosite în cursul diagnosticului, tratamentului și îngrijirilor pacientului respectiv. Consimțământul informat al pacientului este necesar pentru participarea la procesul de învățământ medical clinic. Consimțământul informat al pacientului este imperativ pentru participarea sa la cercetarea științifică.

Consimțământul informat al pacientului pentru aplicarea metodelor diagnostic-curative este un concept fundamental al eticii medicale, acesta ocupând o poziție principală în comunicarea și relația dintre medic și pacient. Principiul consimțământului este o condiție evolutivă, relativ nouă, care demonstrează legalitatea asistenței medicale, tinde să reflecte conceptul de autonomie și de autodeterminare decizională a persoanei care necesită și solicită asistență medicală și/sau intervenție chirurgicală.

Dreptul pacientului la autonomie este protejat în primul rând de *Constituția Republicii Moldova*, care în art. 24 garantează fiecărui om atât dreptul la viață și la



integritate fizică și psihică, cât și dreptul de a nu fi supus la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante. Adicional și art. 51 afirmă că nimeni nu poate fi supus niciunui tratament medical forțat, doar în cazurile prevăzute de lege. În general, dreptul de a consimți este explicat în Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 și în Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Totodată, acest drept este specificat și în anumite domenii medicale, precum sănătatea mentală, reproductivă, transplant, HIV/SIDA și tuberculoză.

Art. 23 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 stipulează că, consimțământul pacientului este necesar pentru orice prestație medicală propusă (profilactică, diagnostică, terapeutică, recuperatorie). În actul medical se pornește de la consimțământul implicit, care stă la baza relației curente de consult medical, exprimat de prezența nemijlocită a pacientului în cabinetul de consultație, și se ajunge la consimțământul exprimat, etapă obligatorie, prin care pacientul își acordă permisiunea specifică de a fi tratat. În această privință, Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 menționează că în lipsa unei opoziții manifeste, consimțământul se presupune pentru orice prestație care nu prezintă riscuri importante pentru pacient sau care nu este susceptibilă să-i prejudicieze intimitatea. Consimțământul pacientului în a cărui privință este instituită o măsură de ocrotire judiciară este dat de către persoana însărcinată cu ocrotirea, în lipsa acestuia de ruda cea mai apropiată. Consimțământul pacientului în a cărui privință este instituită o măsură de ocrotire judiciară este presupus în caz de pericol de moarte iminentă sau de amenințare gravă a sănătății sale. Dacă pacientul are mai puțin de 16 ani, consimțământul este dat de reprezentantul său legal. În caz de pericol de moarte iminentă sau de amenințare gravă a sănătății, prestația medicală se poate desfășura și fără consimțământul reprezentantului legal. Consimțământul sau refuzul pacientului ori al reprezentantului său legal se atestă în scris prin semnătura medicului curant sau a completului în componența echipei de gardă, în cazuri excepționale prin semnătura conducerii instituției medico-sanitare.

Cu toate acestea, Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 enumeră situațiile în care un pacient poate fi supus tratamentelor forțate (coercitive). Astfel, art. 42 alin. (3) stabilește că bolnavii psihici, lipsiți de discernământ, care pot pune în pericol viața sau integritatea corporală proprie sau a altor persoane, sunt supuși unui tratament medical coercitiv într-o instituție medico-sanitară. Potrivit art. 44 alin. (2), bolnavii de tuberculoză în formă activă, care se sustrag de la tratament benevol, încalcă regimul prescris ori abuzează de băuturi alcoolice sau folosesc substanțe stupefiante, sunt trimiși la tratament coercitiv. Conform art. 45 alin. (2)–(4), persoanele în a căror privință există date suficiente de a presupune că suferă de boli venerice vor fi supuse unui examen medical obligatoriu; persoanele care au contactat cu bolnavii de boli venerice sunt supuse unui examen medical și tratament profilactic obligatoriu; în caz de sustragere de la examenul medical și tratamentul benevol, persoanele vor fi supuse unui examen și unui tratament coercitiv în staționarul de boli venerice.

Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, de asemenea, garantează pacientului dreptul la exprimare benevolă a consimțământului sau a refuzului la intervenție medicală și la participare la cercetarea biomedicală (studiul clinic) (art. 5). Totodată, art. 13 stabilește modul de obținere și documentare a consimțământului și refuzului informat al pacientului și stipulează că o condiție obligatorie premergătoare intervenției medicale este consimțământul pacientului, cu excepția cazurilor prevăzute de prezenta lege. Consimțământul pacientului la intervenția medicală poate fi sub formă orală sau scrisă și se perfectează prin înscrierea în documentația medicală a acestuia, cu semnarea obligatorie de către pacient sau de reprezentantul său legal (ruda apropiată), precum și de medicul curant. Pentru intervențiile medicale cu risc sporit (caracter invaziv sau chirurgical), consimțământul se perfectează obligatoriu, în formă scrisă, prin completarea unui formular special din documentația medicală, denumit acord informat. Lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat în formă scrisă și modelul formularului respectiv se elaborează de către Ministerul Sănătății. Acordul informat trebuie să conțină în mod obligatoriu informația expusă într-o formă accesibilă pentru pacient cu privire la scopul, efectul scontat, metodele intervenției medicale, riscul potențial legat de ea, posibilele consecințe medico-sociale, psihologice, economice etc., precum și privind variantele alternative de tratament și îngrijire medicală. Pacientul sau reprezentantul său legal (ruda apropiată) are dreptul de a renunța la intervenția medicală sau de a cere încetarea ei la orice etapă, cu excepția cazurilor prevăzute la art. 6, cu asumarea responsabilității pentru o atare decizie. În caz de refuz de la intervenția medicală, exprimat de pacient sau de reprezentantul său legal (de ruda apropiată), acestuia i se explică, într-o formă accesibilă, consecințele posibile. Refuzul categoric al pacientului se perfectează prin înscrierea respectivă în documentația medicală, cu indicarea consecințelor posibile, și se semnează, în mod obligatoriu, de către pacient sau de reprezentantul său legal (ruda apropiată), precum și de către medicul curant. În caz de eschivare intenționată a pacientului de a-și pune semnătura care certifică faptul că el a fost informat despre riscurile și consecințele posibile ale refuzului la intervenția medicală propusă, documentul se semnează, în mod obligatoriu, de către director, șeful de secție și medicul curant. În caz de refuz la asistență medicală, exprimat de reprezentantul legal al pacientului (ruda apropiată), când o atare asistență este necesară pentru salvarea vieții pacientului, organele de tutelă și curatelă au dreptul, la solicitarea organizațiilor medicale, de a se adresa în instanța judecătorească pentru protecția intereselor persoanei bolnave. În cazul unei intervenții medicale de urgență, necesare pentru a salva viața pacientului, când acesta nu-și poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului său legal (al rudei apropiate) nu poate fi obținut la timp, personalul medical, abilitat în modul stabilit de legislație, are dreptul de a lua decizia respectivă în interesul pacientului. Este obligatoriu consimțământul scris al pacientului pentru recoltarea, păstrarea și folosirea tuturor produselor

biologice prelevate din corpul său, inclusiv a organelor și țesuturilor, ca obiecte de transplant. Consimțământul pacientului este necesar în cazul în care aceste produse biologice se folosesc în scopul stabilirii diagnosticului ori a tratamentului cu care bolnavul este de acord. Pacientul nu poate fi fotografiat, filmat sau expus, în orice altă formă, demonstrării ca obiect de studiu într-o instituție medico-sanitară fără consimțământul scris al acestuia sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate). Consimțământul pacientului este necesar și în cazul participării lui la învățământul medical clinic.

Legea nr. 263/2005 cu privire drepturile și responsabilitățile pacientului prevede limitarea dreptului pacientului la autonomie decizională (autodeterminare) în caz de: a) spitalizare și examinare a bolnavilor ce suferă de boli psihice, ținând cont de solicitările pacientului, în măsură adecvată capacității lui de exercițiu; b) examinare medicală obligatorie a persoanelor care donează benevol sânge, substanțe lichide biologice, organe și țesuturi; c) efectuare a examinării medicale preliminare obligatorii, în scopul depistării bolilor ce prezintă pericol social, în timpul angajării la serviciu și în cadrul examinărilor medicale periodice obligatorii ale lucrătorilor de anumite profesii, ale imigranților și emigranților; d) efectuare a examinării medicale obligatorii, inclusiv pentru depistarea infecției HIV/SIDA, a sifilisului și a tuberculozei la persoanele aflate în penitenciare; e) spitalizare și izolare obligatorie (carantină) a persoanelor afectate de infecții contagioase și a celor suspectate de vreo boală infecțioasă ce prezintă pericol social (art. 6 alin. (2)).

Prin urmare, consimțământul informat poate fi definit ca o deplină încunoștințare și o deplină exprimare a voinței și liberei alegeri în ceea ce privește actul medical. Acesta, de asemenea, presupune informarea „la rece” a pacientului asupra tuturor aspectelor medicale/chirurgicale, care vor fi efectuate în timpul intervenției, și în același timp a tuturor complicațiilor mai importante, care pot să apară, și a modului de soluționare al acestora.

Pacienții cu dizabilități mentale nu pierd dreptul la autodeterminare chiar dacă suferă de tulburări psihice. Astfel, art. 4 din Legea nr. 1402/1997 privind sănătatea mentală prevede expres dreptul pacientului cu tulburări psihice la liberul consimțământ la solicitarea asistenței psihiatrice. Norma legală menționată stipulează că asistența psihiatrică se acordă la solicitarea benevolă a persoanei sau cu consimțământul ei, cu excepția cazurilor prevăzute de prezenta lege. Persoanelor în vârstă de până la 18 ani (în cele ce urmează minori), precum și persoanelor declarate incapabile li se acordă asistență psihiatrică la cererea sau cu consimțământul reprezentanților lor legali. Nu doar acordarea tratamentului, dar și spitalizarea în staționarul de psihiatrie, cu excepția cazurilor prevăzute la art. 28, se face la cererea sau cu liberul consimțământ al persoanei, inclusiv al minorului (art. 27, alin. (3), (4)). Prin urmare, dizabilitatea mentală nu constituie temei pentru privarea pacientului de dreptul său la autodeterminare. Cu toate acestea, tratamentul poate fi efectuat fără liberul consimțământ al persoanei suferinde de tulburări psihice sau al reprezentantului ei legal în cazul aplicării

unor măsuri medicale coercitive, în conformitate cu prevederile Codului penal, precum și în cazul spitalizării fără liberul consimțământ în conformitate cu art. 28 din Legea nr. 1402/1997 privind sănătatea mentală. În astfel de cazuri, cu excepția celor de urgență, tratamentul se aplică în temeiul hotărârii comisiei de medici psihiatri (art. 11 alin. (4)). În această privință, art. 28 din lege stabilește că persoana suferindă de tulburări psihice poate fi spitalizată în staționarul de psihiatrie fără liberul ei consimțământ sau al reprezentantului ei legal care acționează conform dorințelor exprimate de persoana suferindă de tulburări psihice, până la emiterea hotărârii judecătorești, dacă examinarea sau tratarea ei este posibilă numai în condiții de staționar, iar tulburarea psihică este gravă și condiționează:

a) pericolul social direct;

c) prejudiciul grav adus sănătății sale dacă nu i se va acorda asistență psihiatrică.

În calitate de parte a dreptului la autodeterminare, art. 12 alin. (1) al legii prenotate stipulează că persoana suferindă de o tulburare psihică sau reprezentantul ei legal are dreptul să refuze tratamentul propus sau să-l întrerupă, cu excepția cazurilor prevăzute la art. 11 alin. (4).

Domeniul sănătății reproductive este protejat de Legea nr. 185/2001 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială, cât și de Legea nr. 138/2012 privind sănătatea reproducerii.

Legea nr. 185/2001 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială menționează în art. 1 noțiunea de *acord benevol informat* care îl interpretează drept consimțământ benevol al persoanei la aplicarea metodei chirurgicale de contracepție sau la prelevarea glandelor sexuale, exprimat în formă scrisă, în baza informației multilaterale și complete oferite de medicul curant sau de medicul care l-a examinat, și semnat atât de pacient, cât și de medic. Potrivit art. 9, alin. (5) al legii, glandele sexuale sau o parte din ele, prelevate în cursul intervenției chirurgicale, pot fi stocate și utilizate numai dacă pacientul a fost informat despre aceasta și a dat acordul. Acordul benevol informat al pacientului este necesar și în cazul aplicării metodei chirurgicale de contracepție (art. 11 alin. (3)). De menționat este faptul că cererea solicitantului și consimțământul său informat este o condiție pentru contracepția voluntară chirurgicală și în corespundere cu art. 5 lit. e) din Legea nr. 138/2012 privind sănătatea reproducerii. Minorii au, la fel, dreptul la servicii sexual-reproductive și, potrivit art. 6 alin. (6) din Legea nr. 138/2012 privind sănătatea reproducerii, în cazul minorilor cu vârsta până la 16 ani, consimțământul benevol pentru obținerea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii este exprimat atât de minor, cât și de reprezentantul legal al acestuia. Însă, în cazul în care este imposibil de a obține consimțământul reprezentantului legal al minorului și serviciile medicale sunt indicate pentru a păstra viața și sănătatea acestuia, este suficient consimțământul său benevol. În această situație, decizia este luată, în mod consultativ, de către prestatorii de servicii, în interesul superior al minorului. Potrivit legii prenotate, consimțământului informat scris al beneficiarului este necesar și pentru alte proceduri medicale legate de sănătatea

reproducerii, precum folosirea tehnologiilor de reproducere asistată medical – fertilizarea in vitro (art. 9 alin. (6), art. 11 alin. (6), lit. a)), donarea de celule sexuale și de embrioni (art. 12 alin. (1) și (14)), cât și pentru crioconservarea celulelor sexuale, al embrionilor și al țesuturilor reproductive (art. 13 alin. (7)).

Consimțământul este necesar și pentru realizarea actului de donare, în cazul prelevării organelor, a țesuturilor sau a celulelor umane atât de la persoanele decedate, cât și de la donatori în viață. Astfel, în cazul decesului unei persoane, conform art. 13 din Legea nr. 42/2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane, prelevarea este posibilă în cazul în care există consimțământul persoanei respective de dinainte de deces. Prelevarea nu se poate efectua sub nici o formă dacă, în timpul vieții, persoana decedată și-a exprimat opțiunea împotriva donării printr-un act de refuz, întocmit în formă olografă sau în altă formă legală. În cazul în care consimțământul lipsește, donarea este posibilă dacă nu a fost exprimat refuz în scris pentru donare din partea, cel puțin, a unui membru major al familiei, a altor rude de gradul I sau a reprezentantului legal al decedatului. Donarea este posibilă fără consimțământul rudelor apropiate sau al reprezentantului legal dacă nici una din rudele apropiate sau reprezentantul legal, după declararea legală a decesului, nu s-a adresat pentru a-și exprima opțiunea cu privire la donare, iar date despre rudele apropiate sau reprezentantul legal al persoanei decedate lipsesc. Prelevarea de organe, țesuturi și celule de la cadavru, în cazurile medico-legale, se va face cu consimțământul medicului legist, cu condiția că nu va compromite rezultatele autopsiei medico-legale.

Potrivit art. 15 din legea indicată supra, prelevarea de organe, țesuturi și celule de la un donator în viață este permisă doar în cazul în care lipsesc organe, țesuturi sau celule compatibile de la un cadavru. Prelevarea de organe, țesuturi și celule se poate efectua de la persoane în viață, în a căror privință nu a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară, doar în cazul existenței consimțământului scris, liber, prealabil și expres al acestora, în cazul prelevării de organe fiind necesară, de asemenea, autorizarea Comisiei independente de avizare. Consimțământul în cauză se semnează numai după ce donatorul a fost informat de către medic asupra eventualelor riscuri și consecințe de ordin fizic, psihic, familial și profesional, rezultate din actul prelevării. Consimțământul pentru donare se va exprima în conformitate cu legislația privind drepturile și responsabilitățile pacientului și se va perfecta sub formă de acord informat. Prelevarea, de la donatori în viață, de celule stem, spermă, cap femoral (după endoprotezare), placentă, sânge din cordonul ombilical sau membrane amniotice, ce vor fi utilizate în scop terapeutic, se efectuează cu respectarea regulilor de bioetică și a drepturilor pacientului, fără avizul Comisiei independente de avizare.

Conform Legii nr. 42/2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane este necesar nu doar acordul donatorului, ci și cel al primitorului. Astfel, art. 16 al legii stipulează că transplantul urmează a fi efectuat cu consimțământul scris al primitorului după ce acesta a fost informat asupra eventualelor riscuri și

consecințe. În cazul minorilor sau al persoanelor în a căror privință este instituită măsura de ocrotire judiciară sub forma tutelei, consimțământul este dat de către părinți sau, după caz, de către reprezentantul legal al acestora. În cazul în care asupra primitorului este instituită măsura de ocrotire judiciară sub forma ocrotirii provizorii sau a curatelei, iar starea primitorului nu îi permite să ia de sine stătător o decizie personală informată privind transplantul, ocrotitorul provizoriu sau curatorul va asista primitorul. În cazul în care primitorul se află în imposibilitatea de a-și exprima în scris consimțământul datorită unor împrejurări obiective și nu se poate lua legătura în timp util cu familia, iar întârzierea ar conduce, inevitabil, la decesul pacientului, transplantul se va efectua fără consimțământul primitorului.

Totodată, Legea nr. 42/2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane asigură și protecția persoanelor incapabile de a-și exprima consimțământul referitor la prelevarea de organe, țesuturi sau celule. În această privință, art. 19 stabilește că nu pot fi prelevate organe, țesuturi sau celule de la o persoană care nu are capacitatea de a-și exprima consimțământul, excepție constituie prelevarea țesuturilor sau celulelor regenerative. În acest caz, prelevarea va fi autorizată de Comisia independentă de avizare, cu acordul reprezentanților legali ai donatorului sau al autorității tutelare, cu condiția că donarea va fi în beneficiul persoanei cu care donatorul se află în legătură de rudenie de gradul I (pentru donatorul minor, aceștia sunt fratele, sora), iar procedura în cauză comportă un risc minimal pentru donator. Prelevarea de țesuturi sau celule regenerative de la minori se poate face numai cu consimțământul autorității tutelare sau al fiecăruia dintre reprezentanții legali ai minorului. Refuzul scris, verbal sau în orice alt mod al minorului împiedică orice prelevare.

Persoanele HIV pozitive sunt vulnerabile datorită acestui statut, motiv pentru care Legea nr. 23/2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA le protejează și dreptul lor la autodeterminare în ce privește testarea la marcherii HIV. În acest sens, art. 13 stipulează că testarea la marcherii HIV se face doar în baza consimțământului scris, benevol și informat al persoanei, cu unele excepții prevăzute de prezenta lege. În cazul unui minor, consimțământul scris, benevol pentru testare la marcherii HIV urmează a fi exprimat atât de minor, cât și de reprezentantul legal al acestuia. În cazul în care este imposibil de a obține consimțământul reprezentantului legal al minorului și dacă efectuarea testării este necesară pentru minor, este suficient consimțământul scris, benevol, al acestuia din urmă. În cazul unei persoane în a cărei privință a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară, responsabil de luarea deciziei privind testarea la marcherii HIV este persoana însărcinată cu ocrotirea, cu implicarea maximă, în limita capacității de înțelegere, a persoanei vizate. Totodată, legea interzice toate formele de testare ascunsă. Cu toate acestea, potrivit art. 15, testarea la marcherii HIV este obligatorie atât la donarea sângelui, lichidelor, țesuturilor și organelor, cât și, în baza hotărârii instanței de judecată, în cazuri de viol și punere intenționată în pericol de infectare a altei persoane, atunci când acuzatul nu își dă consimțământul la testare după consilierea cuvenită.

Asistența medicală antituberculoasă se acordă, potrivit art. 13 din Legea nr. 153/2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei, cu acordul persoanelor bolnave, cu unele excepții. Copiilor de până la 18 ani, persoanelor supuse măsurii de ocrotire judiciare sub forma tutelei asistența medicală antituberculoasă se acordă cu consimțământul reprezentantului legal. Cu toate acestea, persoanele care au fost sau care se află în contact cu bolnavii de tuberculoză vor fi, în mod obligatoriu, examinate și supravegheate medical, gratuit, în scopul depistării tuberculozei și vor fi supuse tratamentului chimioprofilactic antituberculos. Totodată, și vaccinarea contra tuberculozei în scop profilactic este obligatorie pentru toate persoanele care nu au contraindicații medicale și se efectuează conform calendarului național de vaccinare. Dreptul bolnavilor de tuberculoză la autodeterminare poate fi limitat, iar în privința acestora poate fi aplicat tratamentul coercitiv. Astfel, conform art. 15 din legea menționată, bolnavul cu formă contagioasă a tuberculozei, care încalcă regimul sanitar-antiepideemic sau care se eschivează de la examenul medical de depistare a tuberculozei sau de la tratamentul tuberculozei este internat în temeiul unei hotărâri judecătorești în instituție ftziopneumologică specializată pentru tratament coercitiv. Legiunitorul a pus în sarcina Guvernului reglementarea modului de aplicare a tratamentului coercitiv și de supraveghere medicală a acestei categorii de bolnavi. În acest sens, spitalizarea coercitivă temporară și supravegherea medicală a persoanelor bolnave cu formă contagioasă a tuberculozei, care refuză tratamentul și pun în pericol sănătatea celor din jur prin răspândirea maladii are loc în temeiul *Hotărârii Guvernului nr.295/2012 privind modul de aplicare a spitalizării temporare coercitive în instituțiile medicale specializate antituberculoase a persoanelor bolnave de tuberculoză în forma contagioasă care refuză tratamentul*. Pasibile de spitalizare temporară coercitivă sunt exclusiv persoane care întrunesc cumulativ următoarele condiții: 1) sunt diagnosticate cu tuberculoză contagioasă, demonstrată prin cel puțin două examinări microscopice pozitive la Bacili Acido-alcool Rezistenți (BAAR) sau cu o probă de spută pozitivă la BAAR și cu simptome radiologice apreciate de către specialist drept corespunzătoare unei tuberculoze pulmonare active; 2) refuză explicit cooperarea și tratamentul specific, în mod voluntar, indicat de medicul specialist; 3) există un risc considerabil pentru sănătatea persoanei sau a celor din jur; 4) au fost întreprinse și au eșuat toate măsurile posibile pentru cooperare și tratare voluntară a persoanei în cauză; 5) alte posibilități de tratament, mai puțin severe, au fost considerate și epuizate; 6) izolarea temporară rămâne măsura de ultim resort pentru asigurarea drepturilor și intereselor persoanei și a sănătății publice.

Persoanele cu dizabilități sunt, de asemenea, înzestrate cu dreptul de a consimți. În acest sens, Legea nr. 60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, în art. 42 alin. (7) și (8), garantează acestor categorii de pacienți dreptul la sănătate și stipulează că persoanele cu dizabilități trebuie să fie implicate în procesul de luare a deciziilor cu privire la starea sănătății în toate cazurile, cu

excepția cazurilor în care există o amenințare gravă pentru sănătatea sau viața lor. Persoanele cu dizabilități își oferă consimțământul privind intervenția medicală, în mod personal, perfectând acordul informat sau refuzul benevol.

Dreptul la autodeterminare a persoanei se respectă și atunci când aceasta decide să declare greva foamei. În această privință, art. 40 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 stipulează că în cazul în care un deținut sau orice altă persoană refuză hrana și este considerat, de cel puțin un medic, capabil de raționament lucid și cu discernământ păstrat, el nu va fi hrănit artificial. Totuși, datorită faptului că greva foamei este o potențială urgență medicală, legea statuează obligativitatea asistenței medicale pe toată durata ei. Doar în momentul în care starea de sănătate și viața celui aflat în greva foamei sunt grav amenințate, medicul este obligat să facă toate eforturile pentru susținerea sănătății și salvarea vieții celui în cauză.

**Dreptul la libera alegere.** *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* prevede că fiecare persoană are dreptul de a alege liber dintre diferite proceduri de tratament și prestatori, în baza unor informații adecvate. Pacientul are dreptul de a decide la ce examene diagnostice și terapii să fie supus și la ce medic primar, specialist sau spital să se adreseze. Însă, pentru ca acest drept să poată fi realizat, Carta stabilește că serviciile de sănătate au scopul să garanteze acest lucru corect, oferind pacienților informații despre diferitele centre și medici capabili să ofere un anumit tratament, precum și despre rezultatele activității lor. Ei trebuie să înlăture orice fel de obstacol care limitează exercitarea acestui drept. Totodată, un pacient care nu are încredere în medicul său are dreptul să aleagă un alt specialist.

Prin urmare, dreptul la libera alegere constă din elemente, și anume din alegerea intervenției medicale și a prestatorului de servicii de sănătate, care este reprezentat de personalul medical și de instituția medico-sanitară. Primul element se realizează în baza dreptului de a consimți analizat mai sus. Elementul ce ține de alegerea prestatorului de servicii de sănătate este reglementat de mai multe legi naționale. Astfel, art. 2 lit. i) din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 stabilește că unul din principiile fundamentale ale sistemului de ocrotire a sănătății este libertatea pacientului de a alege medicul de familie și, prin urmare, instituția de medicină primară. Mai mult, art. 25 al legii prevede expres dreptul pacientului la libera alegere a medicului, a instituției medicale și a formei de asistență medicală. În corespundere cu legea prenotată, cetățenii Republicii Moldova au dreptul să solicite asistență medicală instituțiilor medico-sanitare cu orice tip de proprietate și formă de organizare juridică atât din țară, cât și din străinătate. Acest drept este garantat de art. 33<sup>1</sup> și femeilor gravide care au dreptul la libera alegere a medicului și a instituției medico-sanitare care acordă asistență medicală la naștere și după naștere, cu excepția cazurilor în care, conform indicațiilor medicale, este necesară respectarea principiilor de regionalizare și triere a gravidelor în acordarea asistenței medicale perinatale.

Dreptul pacientului la opinie medicală alternativă și primirea recomandărilor altor specialiști este prevăzut și în art. 5 lit. e) din Legea nr. 263/2005 cu privire la



drepturile și responsabilitățile pacientului. De asemenea, legea asigură fiecărui pacient accesul nelimitat și înscrierea la un medic de familie, iar, dacă este posibil, și dreptul de alegere sau schimbare a acestuia. Pentru ca acest drept să fie realizabil, prevederile art. 8 alin. (2) din lege obligă unitățile medico-sanitare sau organele de conducere a asistenței medicale primare să afișeze listele cu medicii de familie și modul de alegere a acestora în localitatea respectivă.

Din perspectiva art. 18 alin. (1) al Legii nr. 264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic, dreptul la opțiune al pacientului este unul dintre elementele centrale ale raportului medic-pacient.

Pacienții vulnerabili au și ei dreptul la libera alegere. În acest sens, art. 5 alin. 2) lit. g) al Legii nr. 1402/1997 privind sănătatea mentală asigură dreptul persoanelor suferinde de tulburări psihice să solicite invitarea oricărui specialist, care să participe la acordarea de asistență psihiatrică sau să conlucreze în comisia medicală pentru problemele reglementate de această lege.

Libertatea alegerii metodelor de intervenție și a instituției medico-sanitare este asigurată și în domeniul sănătății reproductive. Astfel, art. 11 alin. (2) al Legii nr. 185/2001 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială stabilește că persoanei i se acordă asistență consultativă în alegerea metodei de contracepție, luându-se în considerare starea sănătății, vârsta și particularitățile individuale. Art. 4 alin. (1) lit. d) al Legii nr. 138/2012 cu privire la sănătatea reproducerii stipulează expres dreptul persoanelor la libertatea alegerii medicului și a instituției/organizației abilitate cu dreptul de a oferi servicii de ocrotire a sănătății reproducerii. Mai mult, legea oferă oricărei femei adulte și oricărui bărbat adult libertatea de a decide asupra numărului de copii proprii și asupra momentului nașterii acestora, precum și asupra problemelor ce țin de sănătatea reproducerii, fără constrângere și fără influență din exterior. Însă, art. 9 alin. (13) lit. a) interzice alegerea sexului viitorului copil, cu excepția cazurilor de risc al moștenirii unor maladii genetice severe legate de sex. Potrivit art. 12 din lege, bărbații de vârstă reproductivă (nu mai mică de 18 ani și nu mai mare de 45 de ani) și femeile de vârstă reproductivă (nu mai mică de 18 ani și nu mai mare de 36 de ani) în calitate de pacienți ai programului de fertilizare *in vitro*, printr-o decizie liberă și consimțământ informat, pot să doneze spermă, oocite și chiar embrioni supranumerari sau oocite supranumerare (partajarea oocitelor) ori să doneze gameții sau embrionii rămași în urma tratamentului reproductiv propriu după decizia de încheiere a propriului proiect de reproducere/paternal. Legea nr. 241/2008 privind donarea de sânge și transfuzia sanguină asigură, la fel, dreptul la libera alegere și în art. 4 prevede libertatea donării care presupune că nicio persoană nu poate fi constrânsă sub nicio formă la donare de sânge și componente sanguine.

**Dreptul la viață privată și confidențialitate.** *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* stabilește că fiecare persoană are dreptul la confidențialitatea informațiilor personale, inclusiv a informațiilor referitoare la starea sa de sănătate

și la eventualele proceduri diagnostice sau terapeutice, precum și la protecția vieții private a acesteia în timpul efectuării examenelor de diagnostic, a vizitelor de specialitate și a tratamentelor medicale/chirurgicale, în general. Toate datele și informațiile referitoare la starea de sănătate a unei persoane, precum și la tratamentele medicale/chirurgicale la care este supusă, trebuie considerate private și protejate în mod adecvat. Intimitatea personală trebuie respectată chiar și în cursul tratamentelor medicale/chirurgicale (examene de diagnostic, vizite de specialitate etc.), care trebuie să aibă loc într-un mediu adecvat și în prezența doar a celor care au absolută nevoie să fie acolo (cu excepția cazului în care pacientul și-a oferit consimțământul în mod explicit sau a solicitat acest lucru).

În legislația Republicii Moldova, dreptul la respectarea și ocrotirea vieții intime, familiale și private este asigurat, în primul rând, de art. 28 din *Constituție*. Este de menționat că, în procesul acordării asistenței medicale, personalul medical intră în posesia mai multor informații cu caracter confidențial protejate de legile speciale, precum sunt informațiile cu caracter personal și informațiile cu caracter medical.

Sub aspect general, protecția dreptului la inviolabilitatea vieții intime, familiale și private este asigurată de Legea nr. 133/2011 privind protecția datelor cu caracter personal, care în art. 29 alin. (1) stabilește obligativitatea operatorilor și terților care au acces la datele cu caracter personal de a asigura confidențialitatea acestor date. Potrivit Legii nr. 982/2000 privind accesul la informație, informația cu caracter personal face parte din categoria informației oficiale cu accesibilitate limitată și constă din date referitoare la o persoană fizică identificată sau identificabilă, a căror dezvăluire ar constitui o violare a vieții private, intime și familiale.

Informația cu caracter medical este protejată de legislația ce guvernează domeniul sănătății publice. Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 stabilește în art. 14 alin. (1) că medicii, alți lucrători medico-sanitari, farmaciștii sunt obligați să păstreze secretul informațiilor referitoare la boală, la viața intimă și familială a pacientului de care au luat cunoștință în exercițiul profesiei. Dreptul pacienților la confidențialitatea informațiilor ce țin de secretul medical este asigurat și de art. 12 din Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și libertățile pacientului, care stipulează că toate datele privind identitatea și starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, pronosticul, tratamentul, precum și datele cu caracter personal sunt confidențiale și urmează a fi protejate și după moartea acestuia. Confidențialitatea informațiilor cu privire la solicitarea de asistență medicală, examinare și tratament, inclusiv a altor informații ce constituie secret medical, trebuie să fie asigurată de medicul curant și de specialiștii implicați în acordarea serviciilor de sănătate sau în cercetarea biomedicală (studiul clinic), precum și de alte persoane cărora aceste informații le-au devenit cunoscute datorită exercitării obligațiilor profesionale și de serviciu. Informațiile ce se consideră confidențiale pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul consimte acest lucru, în mod explicit, sau la solicitarea reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în condițiile consimțite de pacient, în măsura adecvată capacității lui de înțelegere, în

cazul în care în privința pacientului a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară ori dacă legea o cere în mod expres. Totuși, prezentarea informației confidențiale fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate) se admite: a) pentru a implica în procesul curativ alți specialiști din domeniu, inclusiv în caz de examinare și tratament urgent al persoanei incapabile de a-și exprima voința din cauza stării sale, dar numai în volumul necesar pentru luarea unei decizii adecvate; b) pentru a informa organul de stat de supraveghere a sănătății publice în cazul unui pericol real de extindere a bolilor infecțioase, otrăvirilor și contaminărilor în masă; c) la solicitarea motivată a organului de urmărire penală, a instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau a procesului judiciar, în conformitate cu legislația; d) la solicitarea Avocatului Poporului sau, după caz, a Avocatului Poporului pentru drepturile copilului, în scopul asigurării protecției persoanelor împotriva torturii și a altor pedepse sau tratamente cu cruzime, inumane sau degradante; e) la solicitarea membrilor Consiliului pentru prevenirea torturii, în cadrul vizitelor efectuate de ei și în limitele necesare desfășurării vizitelor; f) la solicitarea motivată a organului de probațiune în cadrul exercitării atribuțiilor de serviciu, în conformitate cu legislația; g) pentru informarea părinților sau a reprezentanților legali ai persoanelor în vârstă de până la 18 ani în caz de acordare acestora a asistenței medicale; h) la existența temeiului de a crede că prejudiciul adus sănătății persoanei este rezultatul unor acțiuni ilegale sau criminale, informația urmând a fi prezentată, în acest caz, organelor de drept competente. Legea stabilește interzicerea oricărui amestec în viața privată și familială a pacientului fără consimțământul acestuia și răspunderea pe care o poartă persoanele (inclusiv personalul medico-sanitar și farmaceutic) care, în exercițiul funcțiunii, au primit informații confidențiale pentru divulgarea secretului medical.

Derogațiile de la confidențialitatea acordării asistenței medicale sunt prevăzute de o serie de acte normative naționale ce obligă personalul medical să informeze organele teritoriale ale poliției despre faptul acordării asistenței medicale unor categorii de pacienți-victime ale unor infracțiuni, precum este violența în familie, violența sexuală, violența îndreptată împotriva copiilor și tortura. Printre aceste acte normative se numără:

1. Legea nr. 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie.
2. Hotărârea Guvernului nr. 270/2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului.
3. Ordinul comun al PG, MJ, MAI, SV, CNA, MS nr. 77/572/408/639-o/197/1589 din 31.12.2013 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la procedura de identificare, înregistrare și raportare a pretinselor cazuri de tortură, tratament inuman sau degradant.
4. Ordinul comun MS și MAI nr. 369/145 din 20.05.2016 cu privire la măsurile

de îmbunătățire a conlucrării dintre organele ocrotirii sănătății și afacerilor interne.

5. Ordinul MSMPS nr.1167/2019 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie.
6. Ordinul MS nr. 908/2021 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Managementul clinic al cazurilor de viol”.

Dreptul la confidențialitate a persoanelor care solicită testarea la marcherii HIV sau care sunt diagnosticate cu HIV este garantată de art. 14 al Legii nr. 23/2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA.

Potrivit art. 9 din Legea nr. 1402/1997 privind sănătatea mentală informațiile despre tulburările psihice, despre solicitarea de asistență psihiatrică și tratament într-o instituție de psihiatrie, precum și alte informații despre starea sănătății psihice a persoanei constituie secret medical apărât de lege.

Datele cu caracter personal, inclusiv cele genetice, referitoare la persoana de la care au fost prelevate organe, țesuturi sau celule și datele cu caracter personal referitoare la primitor, colectate în urma activității stipulate de Legea nr. 42/2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane, sunt considerate confidențiale și protejate prin intermediul art. 25 din legea indicată.

Datele legate de sănătatea reproducerii, de asemenea, sunt confidențiale și protejate. Astfel, Legea nr. 138/2012 privind sănătatea reproducerii asigură protejarea confidențialității următoarelor date: metode de contracepție (art. 5 lit. e)); informații legate de tratamentul infertilității prin aplicarea metodelor de fertilizare in vitro (art. 11 alin. (9)); donarea de celule sexuale și de embrioni (art. 12 alin. (1)).

Legea nr. 241/2008 privind donarea de sânge și transfuzia sanguină garantează dreptul la asigurarea anonimului donatorului și recipientului (art. 4 lit. h)), cât și la confidențialitatea oricăror informații legate de starea de sănătate, furnizate personalului medical autorizat, a rezultatelor testelor efectuate asupra donațiilor, precum și a informațiilor privind trasabilitatea ulterioară a sângelui și componentelor sanguine (art. 11 alin. (2) lit. c)).

**Dreptul pentru respectarea timpului pacientului.** *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* stipulează că fiecare persoană are dreptul de a primi tratamentul necesar într-o perioadă de timp rapidă și predeterminată. Acest drept se aplică în fiecare fază a tratamentului. Pentru ca acest drept să poată fi realizat, serviciile de sănătate au datoria să stabilească timpul de așteptare în care trebuie prestate anumite servicii, în baza unor standarde specifice și în funcție de gradul de urgență al cazului. Serviciile de sănătate trebuie să garanteze fiecărui individ accesul la servicii medicale, asigurând înscrierea imediată în cazul listelor de așteptare. Orice persoană care solicită acest lucru are dreptul de a consulta listele de așteptare, în limitele respectării normelor de confidențialitate. Ori de câte ori serviciile de sănătate nu sunt în măsură să presteze servicii în termenele maxime prestabilite, trebuie garantată posibilitatea de a căuta servicii alternative de o

calitate comparabilă, iar orice costuri suportate de pacient trebuie rambursate într-un termen rezonabil. Medicii trebuie să aloce timp adecvat pacienților lor, inclusiv timpul dedicat furnizării de informații.

În legislația națională a Republicii Moldova nu este stipulat expres un asemenea drept. Acesta ar putea fi dedus doar din dreptul cetățenilor Republicii Moldova, indiferent de veniturile proprii, de a li se oferi posibilități egale în obținerea de asistență medicală oportună și calitativă în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală prevăzut de art. 20 alin. (1) din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995. Astfel, principiul *oportunității*, prevăzut de lege, stipulează acordarea în timp util a serviciilor medicale, iar principiul *calității* presupune inclusiv timpul necesar a-i fi acordat unui pacient pentru oferirea serviciilor de care are nevoie în funcție de starea sa de sănătate.

***Dreptul la respectarea standardelor de calitate.*** *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* stabilește că fiecare persoană are dreptul de acces la servicii de sănătate de înaltă calitate, în baza precizării și respectării unor standarde precise. Dreptul la servicii de sănătate de calitate presupune ca instituțiile și profesioniștii din domeniul sănătății să ofere niveluri satisfăcătoare de performanță tehnică, confort și relații umane. Aceasta implică specificarea și respectarea unor standarde precise de calitate, stabilite printr-o procedură publică și consultativă, revizuite și evaluate periodic.

În legislația națională, dreptul la servicii de înaltă calitate este garantat pentru orice pacient de Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, care în art. 2 lit. c) prevede unul dintre principiile fundamentale ale sistemului de ocrotire a sănătății, și anume cel al responsabilității organelor și instituțiilor medico-sanitare pentru accesibilitatea, oportunitatea, calitatea și volumul prestațiilor medico-sanitare, pentru calitatea pregătirii profesionale și perfecționarea calificării personalului medico-sanitar și farmaceutic. Acest drept este stipulat și de art. 20 alin. (1) al legii explicat mai sus. Totodată, prevederile art. 5 alin. (2) din legea a pus în sarcina Ministerului Sănătății controlul calității asistenței medicale, care poate fi realizat în mai multe modalități, inclusiv prin intermediul protocoalelor clinice naționale (Ordinul MS nr. 124 din 21.03.2008), sistemului de audit medical intern (Ordinul MS nr. 519 din 29.12.2008) și Consiliului calității din cadrul instituțiilor medico-sanitare (Ordinul MS nr. 139 din 03.03.2010), mecanisme instituite de Ministerul Sănătății. Legea prenotată stabilește răspunderea lucrătorilor medico-sanitari și farmaceutici pentru incompetență profesională și încălcarea obligațiilor profesionale. În această privință, art. 213 din *Codul penal al Republicii Moldova nr. 985/2002* prevede răspunderea lucrătorilor medicali pentru încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale.

Art. 8 alin. (1) din Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului garantează acest drept și stipulează că realizarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală trebuie să fie determinată de asigurarea accesului echitabil la serviciile de sănătate de cea mai înaltă calitate, pe care

societatea o poate garanta cu resursele umane, financiare și materiale disponibile.

Potrivit art. 42 alin. (3) lit. a) și e) din Legea nr. 60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, aceste persoane, la fel, au dreptul atât la asistență medicală oportună și calitativă, cât și la servicii medicale în volumul și calitatea prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Dreptul la servicii de calitate este garantat inclusiv persoanelor suferinde de tulburări psihice. În această privință, art. 5 alin. (2) lit. e) din Legea nr. 1402/1997 cu privire la sănătatea mentală oferă persoanelor suferinde de tulburări psihice dreptul la asistență psihiatrică în condiții conforme normelor de igienă și sanitarie, iar art. 10 alin. (2) prevede aplicarea doar a mijloacelor și metodelor medicale aprobate în modul stabilit de legislația privind ocrotirea sănătății.

Legea nr. 153/2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei garantează, la fel, persoanelor aflate la evidență în legătură cu tuberculoza și bolnavilor de tuberculoză dreptul la calitatea serviciilor prin diagnosticare și tratament exclusiv în instituții medicale antituberculoase specializate sau în condiții de ambulator, în funcție de manifestarea bolii și de condițiile sanitar-igienice disponibile.

Asigurarea calității prin respectarea standardelor și obligațiilor profesionale este, de asemenea, unul dintre principiile de bază în domeniul transplantului reglementat de art. 2 lit. c) din Legea nr. 42/2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane. Mai mult, această lege pune asigurarea implementării standardelor de calitate și siguranță cu privire la organe, țesuturi și celule în sarcina Agenției de transplant (art. 1 lit. g)), instituie un sistem de control al activității din domeniul transplantului (art. 6), un sistem de biovigilență pentru raportarea, investigarea, înregistrarea și transmiterea informațiilor despre incidentele grave și reacțiile adverse severe care pot influența atât calitatea și siguranța organelor, țesuturilor și celulelor umane (art. 9<sup>1</sup> alin. (1) lit. d)), cât și trasabilitatea organelor, țesuturilor și celulelor, precum și a produselor și materialelelor ce vin în contact cu acestea și care le afectează calitatea ori siguranța (art. 23 alin. (6)). Mai mult, în calitate de garant al calității serviciilor, legea permite transplantul de organe numai în instituții medico-sanitare publice autorizate de Ministerul Sănătății la propunerea Agenției, fiind efectuat de către profesioniști care intră sub incidența unor jurisdicții ce asigură cerințele de calitate și siguranță (art. 9 alin. (3)).

În domeniul sănătății reproductive, în corespundere cu art. 5 lit. c) din Legea nr. 138/2012 privind sănătatea reproducerii, statul asigură aprovizionarea populației cu produse de calitate privind sănătatea reproducerii. Mai mult de atât, asigurarea calității și accesibilității serviciilor privind ocrotirea sănătății reproducerii și planificarea familială, precum și respectarea cerințelor profesionale speciale și a standardelor în efectuarea intervențiilor medicale în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii reprezintă unele dintre principiile directe de realizare a drepturilor la reproducere, prevăzute de lege indicată supra (art. 8 lit. f) și g)). Pentru asigurarea calității, legea obligă prestatorul de servicii de reproducere asistată medical să fie acreditat și autorizat (art. 9 alin. (3)), precum și să asigure

că persoanele care prestează servicii de ocrotire a sănătății reproducerii să aibă pregătire specială în acest domeniu (art. 17 alin. (1)).

**Dreptul la siguranță.** Potrivit *Cartei Europene a Drepturilor Pacienților* fiecare individ are dreptul de a nu suferi daune cauzate de funcționarea proastă a serviciilor de sănătate, malpraxis medical și erori, precum și dreptul de acces la servicii și tratamente de sănătate care îndeplinesc standarde înalte de siguranță. Pentru a garanta acest drept, serviciile de sănătate trebuie să monitorizeze continuu factorii de risc și să se asigure că dispozitivele medicale electronice sunt întreținute corespunzător și operatorii sunt instruiți conform cerințelor. Toți profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să fie pe deplin responsabili pentru siguranța tuturor fazelor și elementelor unui tratament medical. Medicii trebuie să fie capabili să prevină riscul de erori prin monitorizarea precedentelor și prin instruire profesională continuă. Personalul din domeniul sănătății care raportează riscurile existente superiorilor și/sau colegilor lor trebuie să fie protejat de posibile consecințe.

Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului prevede expres în art. 5 lit. c) dreptul pacientului la securitatea vieții personale, integritate fizică, psihică și morală, cu asigurarea discreției în timpul acordării serviciilor de sănătate. Totodată, art. 9 alin. (1) și (2) stipulează că pacientul, prin serviciile de sănătate, are dreptul să aleagă cele mai sigure metode privind asigurarea sănătății reproducerii și are dreptul la metode de planificare familială eficiente și lipsite de riscuri.

Dreptul pacientului la siguranță devine o obligație a medicului. Astfel, Legea nr. 264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic stabilește în art. 17 obligațiile medicului printre care și obligația de a evita îmbolnăvirile iatrogene și de a nu supune pacientul unui risc nejustificat, nici chiar cu acordul acestuia. Securitatea persoanelor suferinde de tulburări psihice este asigurată de Legea nr. 1402/1997 cu privire la sănătatea mentală, care stabilește drept inadmisibilă tratarea tulburărilor psihice prin metode chirurgicale și de altă natură ce au urmări ireversibile, precum și aplicarea a noi medicamente, fundamentate științific, dar neadmise încă spre utilizare în masă (art. 11 alin. (5)). Siguranța intervențiilor medicale este o condiție obligatorie și pentru persoanele ce beneficiază de servicii din domeniul reproducerii. În acest sens, art. 2 din Legea nr. 138/2012 privind sănătatea reproducerii prevede faptul că sănătatea reproducerii include dreptul femeilor și al bărbaților de a fi informați și de a avea acces la metode sigure, eficiente, accesibile și acceptabile de planificare familială pe care să le poată alege singuri, precum și dreptul de acces la servicii medicale corespunzătoare ce permit femeii să parcurgă în siguranță perioada sarcinii și nașterea propriu-zisă. Dreptul la siguranță este prevăzut în legislația națională și în cazul pacienților și voluntarilor ce participă la testările clinice. În această privință, art. 12, alin. (6), lit. a) din Legea nr. 1409/1997 cu privire la medicamente obligă Ministerul Sănătății sau autoritatea abilitată de acesta să înceteze testările clinice în caz de apariție a

unui pericol pentru viața ori sănătatea pacientului sau voluntarului. Asigurarea implementării standardelor de calitate și siguranță cu privire la organe, țesuturi și celule (art. 4 alin. (1) lit. g)) este una dintre atribuțiile prevăzute de Legea nr. 42/2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane pentru Agenția de transplant. Ținând cont de legătura dintre calitate și siguranță, modul de asigurare a siguranței transplantului de organe, celule și țesuturi umane este descifrat de lege concomitent cu dreptul la calitate (vezi mai sus).

Legea nr. 241/2008 privind donarea de sânge și transfuzia sanguină asigură, în același mod, dreptul la securitatea vieții personale, integrității fizice și psihice, cu asigurarea discreției în timpul acordării serviciilor de sănătate și la condiții adecvate normelor sanitar-igienice pentru efectuarea examenului clinic și colectării sângelui și componentelor sanguine (art. 11 alin. (2) lit. b) și e)).

Siguranța utilizării dispozitivelor medicale este reglementată de Legea nr. 102/2017 cu privire la dispozitivele medicale.

**Dreptul la inovație.** În conformitate cu *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* fiecare persoană are dreptul de acces la proceduri inovatoare, inclusiv la proceduri de diagnostic, conform standardelor internaționale și independent de considerente economice sau financiare. Serviciile de sănătate au datoria de a promova și susține cercetarea în domeniul biomedical, acordând o atenție deosebită bolilor rare. Rezultatele cercetării trebuie diseminate în mod adecvat.

Potrivit art. 28 alin. (2) al Legii ocrotirii sănătății nr. 411/1995 medicul poate aplica noi metode de profilaxie, diagnostic și tratament, precum și noi medicamente fundamentate științific, dar încă neadmise pentru aplicare în masă, doar cu consimțământul scris al pacientului capabil de raționament lucid și cu discernământul păstrat ori cu consimțământul scris al părinților, tutorelui sau curatorului pacientului care nu a atins vârsta de 16 ani sau a bolnavului psihic. Conform art. 5 lit. k) din Legea nr. 263/2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului pacienții au dreptul de a participa la cercetarea biomedicală (studiul clinic) în baza consimțământului benevol. Modul nemijlocit de realizare a acestui drept este explicat în art. 14 al legii, care stipulează obligativitate de obținere a consimțământului informat nu doar pentru participarea la studiul clinic, ci și pentru aplicarea noilor metode de diagnostic, tratament, profilaxie și reabilitare. Legea nr. 138/2012 privind sănătatea reproducerii prevede susținerea cercetărilor științifice în domeniul sănătății reproducerii (art. 14 alin. (1), lit. j)), cu excepția folosirii celulelor sexuale pentru crearea de embrioni umani exclusiv pentru cercetări științifice (art. 9 alin. 13 lit. d)). Art. 12 din Legea nr. 1409/1997 cu privire la medicamente prevede că voluntarii (persoanele sănătoase) și pacienții pot participa la testări clinice în baza unui acord scris și a unui contract de asigurare a vieții și sănătății pacientului sau voluntarului.

**Dreptul la evitarea suferinței și durerii nejustificate.** *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* prevede că fiecare persoană are dreptul de a fi scutită de durere și suferință pe cât este posibil, în fiecare fază a maladiei de care suferă.



Serviciile de sănătate trebuie să se angajeze să ia toate măsurile necesare în acest scop, cum ar fi furnizarea de tratamente paliative și simplificarea accesului pacienților la acestea.

Acest drept se regăsește, în primul rând, în art. 24 din *Constituția Republicii Moldova*, care garantează tuturor cetățenilor dreptul de a nu fi supuși la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante. În acest sens, art. 24 din *Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995* asigură cetățenii cu dreptul la asistență medicală urgentă în caz de pericol pentru viață (accidente, îmbolnăviri acute grave etc.), iar art. 34 reglementează momentul, numit moartea creierului, în care aparatura medicală care menține viața pacientului poate fi deconectată. *Legea nr. 263/2005* cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului prevede, la art. 5, dreptul pacientului la reducerea suferinței și atenuarea durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau de o intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii de sănătate. În privința acestui drept, legea menționată stipulează condițiile de acordare a serviciilor de îngrijire paliativă pentru susținerea activă și complexă a pacienților a căror boală nu mai răspunde la tratamentul curativ. Art. 35<sup>1</sup> stabilește că serviciile de îngrijire paliativă se prestează în scopul îmbunătățirii calității vieții pacienților, precum și a familiilor acestora, care se confruntă cu probleme legate de o boală ce amenință viața, prin prevenirea și înlăturarea suferinței datorită identificării timpurii a durerii, evaluării corecte a acesteia, ameliorării durerii și a altor simptome fizice, precum și prin asigurarea suportului sociopsihologic și spiritual pacienților și familiilor acestora. Serviciile de îngrijire paliativă implică participarea unor echipe multidisciplinare în asigurarea necesităților complexe ale pacientului și ale familiei acestuia și pot fi acordate de prestatori de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare. Dreptul la evitarea suferinței și durerii nejustificate este garantat și persoanelor cu dizabilități prin intermediul art. 43 alin. 4 din *Legea nr. 60/2012* privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, care stipulează că persoanele cu maladii incurabile în stadii avansate sau terminale au dreptul la servicii de îngrijire paliativă, care prevăd satisfacerea nevoilor fizice, psihice, emoționale și spirituale ale bolnavilor și familiilor acestora. Unul dintre instrumentele legale de protecție a persoanelor față de tratamentele crude inumane sau degradante este tragerea la răspundere juridică a persoanelor culpabile de acest delict. Astfel, art. 166<sup>1</sup> din *Codul penal al Republicii Moldova nr. 985/2002* prevede răspundere penală pentru faptele de tortură, tratament inuman sau degradant.

***Dreptul la tratament personalizat.*** *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* stipulează că fiecare persoană are dreptul la programe de diagnostic sau terapeutice adaptate, cât mai mult posibil, nevoilor sale personale. Serviciile de sănătate trebuie să garanteze, în acest scop, programe flexibile, orientate către individ, asigurând că, criteriile de sustenabilitate economică nu prevalează asupra dreptului la îngrijire medicală.

În legislația Republicii Moldova acest drept nu este stipulat în mod expres. Cu toate acestea, așa cum s-a reflectat anterior, legislația națională asigură dreptul de a consimți și dreptul la libera alegere, fapt ce personalizează tratamentul acordat pacienților în conformitate cu nevoile și beneficiile lor reale.

**Dreptul de reclamație.** *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* stabilește că fiecare persoană are dreptul de a se plânga ori de câte ori a suferit un prejudiciu și dreptul de a primi un răspuns. Serviciile de sănătate ar trebui să garanteze exercitarea acestui drept, oferind (cu ajutorul terților) pacienților informații despre drepturile lor, permițându-le să recunoască încălcările și să formalizeze reclamația lor. O plângere trebuie să fie urmată de un răspuns scris, exhaustiv, din partea autorităților serviciilor de sănătate într-un interval de timp determinat. Plângerile trebuie depuse prin proceduri standard și facilitate de organisme independente și/sau organizații cetățenești și nu pot prejudicia dreptul pacienților de a acționa în justiție sau de a urmări soluționarea alternativă a litigiilor.

*Constituția Republicii Moldova* stabilește în art. 52 dreptul de petiționare care presupune dreptul cetățenilor să se adreseze autorităților publice prin petiții formulate numai în numele semnatarilor. Instrumentul legal ce reglementează modul de exercitare a dreptului de petiționare este Codul administrativ al Republicii Moldova nr. 116/2018, care în art. 9 interpretează petiția drept orice cerere, sesizare sau propunere adresată unei autorități publice de către o persoană fizică sau juridică. Dreptul pacientului de a ataca acțiunile personalului medico-sanitar pentru prejudicierea sănătății este reglementat și de art. 36 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995. Legea nr. 263/2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului asigură, la art. 5 lit. n) și o), atât dreptul la informație privind rezultatele examinării plângerilor și a solicitărilor, cât și la atacare, pe cale extrajudiciară și judiciară, a acțiunilor lucrătorilor medicali și ale altor prestatori ai serviciilor de sănătate, precum și a funcționarilor responsabili de garantarea asistenței medicale și a serviciilor aferente în volumul prevăzut de legislație. Art. 15 din lege detalizează modul de atacare și stabilește că pacientul sau reprezentantul său poate ataca acțiunile prestatorilor de servicii de sănătate ce au condus la lezarea drepturilor individuale ale pacientului, precum și acțiunile și deciziile autorităților publice și ale persoanelor cu funcție de răspundere ce au condus la lezarea drepturilor lui sociale stabilite de legislație. Pacientul are dreptul la o examinare și la rezolvare a cererilor (reclamațiilor) într-o manieră promptă, justă și eficientă. Potrivit legii, realizarea protecției drepturilor pacientului se asigură pe cale extrajudiciară și judiciară.

**Dreptul de compensare.** *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* prevede că fiecare persoană are dreptul de a primi o compensație suficientă într-un timp rezonabil de scurt ori de câte ori a suferit prejudicii fizice sau morale și psihologice cauzate de un tratament medical. Serviciile de sănătate trebuie să garanteze despăgubiri, indiferent de gravitatea prejudiciului și cauza acestuia (de la o

așteptare excesivă la un caz de malpraxis), chiar și atunci când responsabilitatea finală nu poate fi determinată în mod absolut.

*Constituția Republicii Moldova* garantează atât accesul liber la justiție (art. 20), cât și dreptul persoanei vătămate de o autoritate publică, printr-un act administrativ sau prin nesoluționarea în termenul legal a unei cereri, este îndreptățită să obțină recunoașterea dreptului pretins, anularea actului și repararea pagubei (art. 53). Dreptul la repararea prejudiciului adus sănătății este reglementat și de art. 19 alin. (1) din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, care stabilește că orice persoană are dreptul la repararea prejudiciului adus sănătății de factori nocivi generați prin încălcarea regimului antiepidemic, a regulilor și a normelor sanitar-igienice, de protecție a muncii, de circulație rutieră, precum și de acțiunile rău intenționate ale unor alte persoane. Același articol la alin. (3) stipulează că pacienții, organele de asigurare medicală au dreptul la repararea prejudiciilor aduse pacienților de instituțiile medico-sanitare prin nerespectarea normelor de tratament medical, prin prescrierea de medicamente contraindicate sau prin aplicarea de tratamente necorespunzătoare care agravează starea de sănătate, provoacă dizabilitate permanentă, periclitează viața pacientului sau se soldează cu moartea lui. Despăgubirea daunelor aduse sănătății este și unul dintre drepturile generale pe care le garantează oricărui pacient art. 5 lit. q) din Legea nr. 263/2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului. Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală stipulează în art. 14 alin. (2) că asiguratorul răspunde material față de persoana asigurată pentru prejudiciile cauzate vieții și sănătății acesteia ca rezultat al asistenței medicale, prevăzute de Programul unic, acordate necalitativ sau insuficient. Potrivit art. 33 alin. (2) din Legea nr. 23/2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA, repararea prejudiciilor morale și materiale aduse persoanei în urma infectării cu HIV revine instituției medico-sanitare în care a fost infectată. Prejudiciul cauzat vieții sau sănătății persoanei în timpul acordării asistenței medicale antituberculoase ori prin neacordarea în timp util, în cazul solicitării, unei astfel de asistențe poate fi soluționat potrivit art. 22 din Legea nr. 153/2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei. Răspunderea instituțiilor medicale și a personalului în domeniul transplantului este asigurată de art. 31 din Legea nr. 42/2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane potrivit căruia, dacă sănătatea donatorului sau a primitorului a fost afectată din cauza nerespectării standardelor, condițiilor și modalităților legale de prelevare și transplant de organe, țesuturi și/sau celule, instituția medicală în cauză răspunde față de persoanele nominalizate.

### **3.4. Responsabilitățile pacientului**

Responsabilitățile generale ale pacientului sunt reglementate de art. 6 din Legea nr. 263/2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului, potrivit căruia pacientul are următoarele responsabilități:

a) să aibă grijă de propria sănătate și să ducă un mod de viață sănătos, excluzând acțiunile premeditate ce dăunează sănătății lui și a altor persoane;

b) să respecte măsurile de precauție în contactul cu alte persoane, inclusiv cu lucrătorii medicali, în cazul în care știe că el suferă de o boală ce prezintă pericol social;

c) să întreprindă, în lipsa contraindicațiilor medicale, măsuri profilactice obligatorii, inclusiv prin imunizări, a căror neîndeplinire amenință propria sănătate și creează pericol social;

d) să comunice lucrătorului medical informații complete despre bolile suportate și cele curențe, despre maladiile sale ce prezintă pericol social, inclusiv în caz de donare benevolă a sângelui, a substanțelor lichide biologice, a organelor și țesuturilor;

e) să respecte regulile de comportament stabilite pentru pacienți în instituția medico-sanitară, precum și recomandările medicului în perioada tratamentului ambulator și staționar;

f) să excludă utilizarea produselor farmaceutice și a substanțelor medicamentoase fără prescrierea și acceptul medicului curant, inclusiv a drogurilor, a altor substanțe psihotrope și a alcoolului în perioada tratamentului în instituția medico-sanitară;

g) să respecte drepturile și demnitatea altor pacienți, precum și ale personalului medico-sanitar.

Pacienții cu statut HIV pozitiv au anumite responsabilități ce derivă din statutul lor infecțios. Astfel, art. 29 din Legea nr. 23/2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA stabilește că persoanele cu status HIV pozitiv vor da dovadă de comportamente responsabile și inofensive pentru a-și proteja propria sănătate și a preveni transmiterea infecției HIV. Persoana care este conștientă de faptul infectării sale cu HIV și pune premeditat în pericol de contaminare o altă persoană poartă răspundere penală în conformitate cu prevederile art. 212 din Codul penal al Republicii Moldova nr. 985/2002.

### **3.5. Răspunderea juridică a personalului medical**

Reglementarea drepturilor și obligațiilor personalului medical, precum și responsabilitatea acestuia pentru activitate neglijentă și defectuoasă sunt cunoscute de milenii și au apărut odată cu formarea statelor.

Actualmente, în toate țările lumii există acte normative ce reglementează activitatea și responsabilitatea personalului medical, care poate fi tras la răspundere penală, civilă, contravențională și disciplinară. Răspunderea constă în obligația de a suporta sancțiunea regulii de drept pentru un fapt imputabil. Astfel, răspunderea juridică este definită drept un complex de drepturi și obligații, care, conform prevederilor legii, survin în urma unor anumite acțiuni sau inacțiuni ilicite din partea unei persoane fizice sau juridice și care constituie cadrul legal de

realizare a constrângerii de stat prin aplicarea anumitor sancțiuni juridice, a căror gravitate este în coraport cu gravitatea faptelor comise. Importanța răspunderii juridice constă în aplicarea unei anumite forme de răspundere, în rolul de corectare și educare a individului și societății, precum și în preîntâmpinarea apariției unor fapte condamnate de societate, ce se evidențiază prin consecințele lor negative. Răspunderea profesională medicală are drept scop protejarea intereselor bolnavului, stimularea inițiativei medicului în interesul bolnavului și are valoare profilactică.

Răspunderea penală este una dintre cele mai grave forme de răspundere juridică și survine în cazurile comiterii unor infracțiuni prevăzute de legislația penală. Astfel, în art. 14 al Codului penal al Republicii Moldova nr. 985/2002, noțiunea infracțiune este definită drept „o faptă (acțiune sau inacțiune) prejudiciabilă, prevăzută de legea penală, săvârșită cu vinovăție și pasibilă de pedeapsă penală”. Potrivit codului, infracțiunea poate fi săvârșită cu intenție (art. 17) și din imprudență (art.18).

Pentru încadrarea faptei în normele penale, într-un caz trebuie să fie întrunite 5 temeuri juridice de tragere a persoanei la răspundere: a) conduita ilicită – faptul ilicit; b) prejudiciul – rezultatul produs; c) legătura causală dintre conduita ilicită și rezultatul produs; d) vinovăția subiectului actului ilicit; e) inexistența cauzelor sau împrejurărilor care înlătură răspunderea juridică.

Infracțiunile din domeniul ocrotirii sănătății sunt cuprinse în următoarele capitole ale Codului penal al Republicii Moldova nr. 985/2002: cap. I – Infracțiuni contra păcii și securității omenirii, infracțiuni de război; cap. II – Infracțiuni contra vieții și sănătății persoanei; cap. III – Infracțiuni contra libertății, cinstei și demnității persoanei; cap. VIII – Infracțiuni contra sănătății publice și conviețuirii sociale; cap. X – Infracțiuni economice; cap. XV – Infracțiuni contra buneii desfășurări a activității în sfera publică.

Infracțiunile contra vieții și sănătății persoanei, aplicabile în practica medicală, cuprind următoarele: lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia) (art. 148), provocarea ilegală a avortului (art. 159), efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale (art. 160), efectuarea fecundării artificiale sau a implantării embrionului fără consimțământul scris al pacientei (art. 161), neacordarea de ajutor unui bolnav (art. 162).

La capitolul infracțiuni contra libertății, cinstei și demnității persoanei se referă tortura, tratamentul inuman sau degradant (art. 1661) și internarea ilegală într-o instituție psihiatrică (art. 169).

Infracțiunile contra drepturilor politice, de muncă și altor drepturi constituționale ale cetățenilor cu referire la activitatea medicală conțin încălcarea egalității în drepturi a cetățenilor (art.176).

Din infracțiunile contra sănătății publice și conviețuirii sociale fac parte: contaminarea cu maladia SIDA (art. 212), încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale (art. 213), practicarea ilegală a

medicinii sau a activității farmaceutice (art. 214), răspândirea bolilor epidemice (art. 215), prescrierea ilegală sau încălcarea regulilor de circulație a substanțelor narcotice sau psihotrope (art. 218).

Infrațiunile economice cuprind primirea unei remunerații ilicite pentru îndeplinirea lucrărilor legate de deservirea populației (art. 256).

Infrațiunile contra bunei desfășurări a activității în sfera publică includ: coruperea pasivă (art. 324), abuzul de putere sau abuzul de serviciu (art. 327), excesul de putere sau depășirea atribuțiilor de serviciu (art. 328), neglijența în serviciu (art. 329), falsul în actele publice (art. 332), confecționarea, deținerea, vânzarea sau folosirea documentelor oficiale, a imprimatelor, ștampilelor sau sigiliilor false (art. 361).

Din șirul infrațiunilor contra păcii și securității omenirii, infrațiunilor de război personalului medical îi pot fi enumerate tratamentele inumane (art. 137) și clonarea (art. 144).

Răspunderea contravențională este reglementată de *Codul contravențional al Republicii Moldova nr. 218/2008*, care prevede sancțiuni pentru comiterea unor contravenții. În calitate de contravenție, codul consideră o faptă (acțiune sau inacțiune) ilicită, cu un grad de pericol social mai redus decât infrațiunea, care atentează la valorile sociale ocrotite de lege. Un cadru medical poate fi sancționat contravențional pentru: divulgarea informației confidențiale privind examenul medical de depistare a contaminării cu virusul imunodeficienței umane (HIV) ce provoacă maladia SIDA (art. 75), practicarea ilicită a activității medicale și farmaceutice (art. 77), încălcarea legislației privind donarea de sânge (art. 79), încălcarea regulilor și a normelor sanitar-igienice și sanitar-antiepidemice (art. 80).

Răspunderea civilă este reglementată de Codul civil al Republicii Moldova nr.1107/2002. În această ordine de idei, dreptul civil reglementează raporturile sociale patrimoniale și nepatrimoniale apărute din contracte. În relația medic-pacient, aceste raporturi se referă la existența fizică și morală a persoanei, cum ar fi: dreptul la viață, la sănătate, integritatea fizică și morală, libertate, onoare, reputație, secretul vieții personale etc. Răspunderea civilă survine pentru prejudiciul cauzat prin vătămarea integrității corporale sau prin altă vătămare a sănătății (art. 1418), în caz de deces al persoanei vătămate (art. 1419) și pentru reparația prejudiciului moral (art. 1422).

Răspunderea disciplinară este reglementată de Codul muncii al Republicii Moldova nr. 154/2003 și vizează relațiile dintre angajat și angajator. În calitate de sancțiuni codul prevede avertismentul, mustrarea, mustrarea aspră, concedierea, care se aplică în funcție de severitatea abaterii disciplinare.

## Referințe:

1. Carta Europeană a Drepturilor Pacienților [https://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co108\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf).
2. Carta Socială Europeană <https://rm.coe.int/168047e170>.
3. CESCGR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.
4. Codul administrativ al Republicii Moldova nr. 116/2018. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2018, nr. 309–320, art. 466.
5. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107/2002. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2022, nr. 82–86, art. 661.
6. Codul contravențional al Republicii Moldova nr. 218/2008. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2017, nr. 78–84, art. 100.
7. Codul european de securitate socială <https://www.refworld.org.ru/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=55cb0ba04>
8. Codul muncii al Republicii Moldova nr. 154/2003. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2003, nr. 159–162, art. 648.
9. Codul penal al Republicii Moldova nr. 985/2002. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2009, nr. 72–74, art. 195.
10. Constituția Organizației Mondiale a Sănătății. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
11. Constituția Republicii Moldova. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova 2016, nr. 78, art. 140.
12. Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale [https://www.echr.coe.int/documents/convention\\_ron.pdf](https://www.echr.coe.int/documents/convention_ron.pdf).
13. Convenția europeană nr. 332/1987 pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante. În: Tratatate Internaționale nr. 1 din 30.12.1998 [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=115581&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=115581&lang=ro).
14. Convenția internațională nr. 78/1965 privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială. În: Tratatate Internaționale nr. 1 din 30.12.1998 [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=115570&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=115570&lang=ro)
15. Convenția împotriva torturii și altor pedepse și tratamente cu cruzime, inumane sau degradante nr. 130/1984. În: Tratatate Internaționale nr. 1 din 30.12.1998 [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=115576&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=115576&lang=ro).
16. Convenția nr. 320/2007 privind drepturile persoanelor cu dizabilități. În: Tratatate Internaționale nr. 50 din 30.12.2016 [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=117839&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=117839&lang=ro).
17. Convenția nr. 52/1989 privind drepturile copilului. În: Tratatate Internaționale nr. 1 din 30.12.1998 [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=115568&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=115568&lang=ro).

18. Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane în ceea ce privește aplicațiile biologiei și ale medicinei <https://rm.coe.int/168007cf98>.
19. Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare a femeilor [http://old.mmprsf.gov.md/docs/tratate/cedaw\\_md.pdf](http://old.mmprsf.gov.md/docs/tratate/cedaw_md.pdf).
20. Declarația promovării drepturilor pacienților în Europa <https://sanatate.5stars.ro/download/Declaratia%20promovarii%20drepturilor%20pacientilor%20In%20Europa.pdf>
21. Declarația Universală a Drepturilor Omului. [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=115540&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=115540&lang=ro).
22. Dermengiu D., Curca C. Aspecte generale ale practicii medicale și jurisprudenței în obținerea consimțământului la tratament. În: Educație Medicală Continuă, 2002. <http://www.emcb.ro/article.php?story=20021117102058000>.
23. Gramma R., Dodon I., Novac T. Sănătatea și Drepturile Omului. Chișinău: S.n. F.E.-P. „Tipogr. Centrală”, 2011. 176 p.
24. Legea nr. 338/1994 privind drepturile copilului. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1995, nr. 13, art. 127. (n.r. Abrogată prin LP370 din 30.11.23, MO488-491/21.12.23 art.864; în vigoare 21.12.23)
25. Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1995, nr. 34, art. 373.
26. Legea nr. 1402/1997 cu privire la sănătatea mentală. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1998, nr. 44–46, art. 310.
27. Legea nr. 1409/1997 cu privire la medicamente. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1998, nr. 52–53, art. 368.
28. Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. Monitorul Oficial, 1998, nr. 38–39, art. 280.
29. Legea nr. 982/2000 privind accesul la informație. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2000, nr. 88–90, art. 664. (n.r. Abrogată prin LP148 din 09.06.23, MO234/08.07.23 art.410; în vigoare 08.01.24)
30. Legea nr. 185/2001 cu privire la sănătatea reproductivă și planificare familială. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2001 nr. 90–91, art. 697.
31. Legea nr. 264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 172–175, art. 839.
32. Legea nr. 263/2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 176–181, art. 867.
33. Legea nr. 23/2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2007, nr. 54–56, art. 250.
34. Legea nr. 42/2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2008, nr. 81, art. 273.
35. Legea nr. 153/2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2008, nr. 143–144, art. 583.
36. Legea nr. 241/2008 privind donarea de sânge și transfuzia sanguină.



- Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2009, nr. 1–2, art. 2.
37. Legea nr. 133/2011 privind protecția datelor cu caracter personal. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 170–175, art. 492.
  38. Legea nr. 60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2012, nr. 155–159, art. 508.
  39. Legea nr. 102/2017 cu privire la dispozitivele medicale. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2017, nr. 244–251, art. 389.
  40. Legea nr. 121/2012 cu privire la asigurarea egalității. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2012, nr. 103, art. 355.
  41. Legea nr. 138/2012 privind sănătatea reproducerii. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2012, nr. 205–207, art. 673.
  42. Lozan O., Cotelea S., Gramma R. et. al. Promovarea sănătății (manual). Chișinău: S. n., 2017 (Tipogr. „T-Par”). 208 p.
  43. Mallardi V. The origin of informed consent. In: Acta Otorhinolaryngol. Ital, 2005, nr.5, vol.25, p. 312–327.
  44. Meisel A., Kuczewski M. Legal and ethical myths about informed consent. In: Arch. Intern. Med, 1996, nr. 22, vol.156, p. 2521–2526.
  45. Novac-Hreplenco T., Dodon I. Bazele legislației în sistemul sănătății publice. Chișinău: Bons Offices, 2006. 246 p.
  46. Organizația Mondială a Sănătății. Carta Ottawa pentru promovarea sănătății. Ottawa, ON: OMS; 1986 <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.
  47. Pactul internațional nr. 19 din 16.12.1966 cu privire la drepturile economice, sociale și culturale. În: Tratatate Internaționale nr. 1 din 30.12.1998 [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=115566&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=115566&lang=ro).
  48. Pactul internațional nr. 31 din 16.12.1966 cu privire la drepturile civile și politice. În: Tratatate Internaționale nr. 1 din 30.12.1998 [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=115567&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=115567&lang=ro).
  49. Perju-Dumbravă D. Bioetică și responsabilitate medicală. Cluj-Napoca: Hipparion, 1999. 186 p.
  50. Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova (2007–2021). În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 127–130 din 17.08.2007.
  51. Sadovei N. Drept medical. Teoria generală a dreptului medical. Vol. I. Chișinău, 2020, 350 p.
  52. Volovei V., Mocanu V., Ciocanu M. Sănătatea populației Republicii Moldova: aspecte medico-sociale (realizări, opinii, perspective). Chișinău: Prag-3, 2008, 300 p.
  53. Матышев А. А. Судебная медицина. Руководство для врачей. Санкт-Петербург, изд. «Гиппократ», 1998, с. 505–515.

## IV.

# ETICĂ ȘI INTEGRITATE

- 4.1. Corupția ca fenomen: manifestări, cauze și consecințe. Corupția în sănătate
- 4.2. Integritate: tipologie și sensuri. Standarde etice în luarea deciziilor morale
- 4.3. Climatul instituțional de integritate
- 4.4. Conflictele de interese și favoritismul în organizații
- 4.5. Influențe necorespunzătoare și cadouri oferite în exercitarea îndatoririlor profesionale

### 4.1. Corupția ca fenomen: manifestări, cauze și consecințe. Corupția în sănătate

Corupția este un fenomen cu rădăcini care se trag din cele mai îndepărtate timpuri istorice, primele mărturii venind încă din antichitate. Cu toate acestea, interesul pentru acest subiect se dezvoltă, mai ales, începând cu anii '90 ai secolului trecut, când s-a înregistrat o creștere sesizabilă a corupției în întreaga lume, dar și o creștere a nivelului de conștientizare a populației privind riscurile ei. Kimberly Ann Elliott (1997) consideră că erupția corupției în lume are mai multe premise: în unele regiuni ale lumii (de exemplu spațiul post sovietic) schimbările politice sistemice au slăbit sau au distrus instituțiile sociale, politice și juridice, deschizând calea către abuzuri, iar liberalizarea politică și economică cu fortificarea rolului mass-media în stat a dus la dezvăluirea actelor de corupție altădată ascunse. În același timp, pe fundalul acestor transformări se observă o scădere marcată a dorinței publicului de a tolera practicile corupte din partea liderilor politici și a elitelor economice, catalizată de mișcările sociale/civice anticorupție formate la nivel de state.

Transformările sociale menționate determină nevoia de a înțelege acest fenomen, pentru al putea controla. Deși la întrebarea „ce este corupția” este greu să răspunzi univoc, una dintre cele mai citate definiții a termenului, dată de Banca Mondială, spune că corupția este „*abuzul puterii publice pentru obținerea unor beneficii private (personale)*” – după UN's Anti Corruption Tool Kit, 2001. Definiția dată accentuează că la baza tuturor manifestărilor/tipurilor de corupție stă un anumit fel de conflict de interese. În același timp trebuie de menționat că definiția dată are un caracter restrictiv întrucât fenomenul corupției nu există doar în mediul public, iar beneficiul nu este totdeauna personal, el poate fi realizat în interesul prietenilor, al unui partid afiliat sau al familiei.

**Manifestări ale corupției.** O înțelegere comprehensivă a fenomenului corupției vine din dezvăluirea formelor variate prin care aceasta se manifestă. Potrivit Ghidului Națiunilor Unite privind politicile anticorupție (sursa: UN\_Guide\_corruption.pdf, accesat 26.12.2022), există următoarele tipuri de corupție:

1. Corupția „mare” pătrunde la cele mai înalte niveluri ale statului și erodează încrederea în guvernare, pe când corupția „mică” presupune oferirea de sume mici în schimbul unor tratamente preferențiale.
2. Corupția „activă și pasivă” sau acte prin care cineva corupe și acte care îl fac pe cineva să se lase corup.
3. Mita reprezintă orice stimulent sau beneficiu direct sau indirect pentru a influența, în mod nejustificat, o acțiune sau o decizie.
4. Delapidarea, furtul și fraudă sunt considerate luare nelegitimă sau conversie de bani, bunuri, obiecte de valoare de către o persoană care nu are dreptul la acestea, dar în virtutea funcției are acces la ele.
5. Extorcarea nu este altceva decât inducerea cooperării (solicitarea de beneficii) prin acte de constrângere și amenințare.
6. Abuzul în serviciu este folosirea în interes personal a dreptului de decizie, cu care este investită persoana în virtutea funcției ocupate.
7. Favoritismul, nepotismul și clientelismul sunt abuzuri de discreție, precum ar fi luarea deciziilor de serviciu de către un agent public în interesul cuiva, legat de acesta prin apartenența de familie, partid politic, religie, etc.
8. Conflictul de interese reprezintă luarea unei decizii de serviciu în care decidentul are un interes personal.
9. Contribuțiile politice improprii constau în finanțarea unor formațiuni politice în schimbul anumitor favoruri/beneficii.

**Cauze și consecințe ale corupției.** Corupția în mare parte este legată cu activitățile statului. În multe țări ale lumii se constată următoarele: creșterea taxelor de stat; creșterea cheltuielilor publice, creșterea numărului de politici de stat, destinate să reglementeze și controleze activitățile economice (Tanzi, V., & Schuknecht, L., 1997). La modul particular se poate de menționat că, în epoca contemporană, statul deține monopolul și puterea discreționară și autorizează orice tip de activitate (eliberează autorizări inclusiv pentru activitatea economică), eliberează acte de identitate, acte civile care altundeva nu pot fi obținute, decide politicile fiscale, decide asupra cheltuielilor în stat (inclusiv cheltuielile banilor publici), etc. Toate acestea corelate cu sistemul birocratic sofisticat, cu proceduri legale netransparente și/sau foarte complicate, îi pot determina pe unii agenți publici să obțină beneficii personale de pe urma acordării serviciilor de stat (de exemplu, ei pot să refuze de a autoriza o activitate, pot amâna autorizarea pentru mai multe luni de zile sau pot facilita eliberarea autorizației contra unor stimulente personale).

Există factori care favorizează corupția în stat. Conform lui Tanzi V. (1998), predicatori ai corupției în stat sunt: a) calitatea birocrăției (administrației) în stat; b) nivelul salariilor în sectorul public; c) sistemul de penalizarea în stat; d) lipsa de transparență a regulilor, procedurilor și legilor; e) controlul în organizații și exemplul liderului.

Calitatea birocrăției (administrației) în stat se referă la mai multe aspecte, dar unul, cel mai dominant, este legat de percepția demnității unei funcții de stat.

Conform autorului, sentimentul de mândrie legat de activitatea în guvernare, asociat cu recrutarea și promovarea bazată pe merit, este un factor care determină mai puțină vulnerabilitate la corupție, fapt demonstrat de guvernele birocratice din vechea Europă cu tradiții de calitate în administrare.

Nivelul salariilor funcționarilor publici ar trebuie să fie unul care acoperă cheltuielile de consum, dar, în vederea descreșterii nivelului de corupție, importantă este elaborarea unor politici clare privind diferențele salariale, în funcție de abilitățile, competențele, responsabilitățile, performanța în muncă și onestitatea profesională. O simplă creștere a salariilor este relevantă, dar nu pe atât pe cât se crede. Rijckeghem și Weder (1997) depistează că ridicarea salariilor duce la descreșterea nivelului de corupție, însă doar o ridicare majoră a salariului poate reduce la minimum acest fenomen, ceea ce este costisitor pentru bugetul de stat. Un studiu cu baze de date actualizate, realizat de Van-Ha Le Jakob de Haan Erik Dietzenbacher (2013), determină că mărirea salariilor agenților/funcționarilor publici în țările sărace, cu venitul pe cap de locuitor scăzut, reduce corupția, însă această creștere a salariilor ar putea să nu fie relevantă în descreșterea corupției mari, inclusiv în statele cu venituri mari.

Sistemul de penalizare poate fi un flagel al corupției dacă sancțiunile nu sunt doar stipulate în lege, dar există și proceduri clare și transparente de aplicare a lor. Teoretic vorbind, un comportament va fi descurajat dacă poate fi și este sancționat și, viceversa, atunci când sancțiunile sunt ușoare sau eventual inaplicabile, ele vor avea un impact redus sau nul asupra comportamentelor corupte. Lipsa de transparență a regulilor, procedurilor și legilor este un sol fertil pentru creșterea corupției, dat fiind faptul că este mult mai ușor să comiți greșeala atunci când știi că aceasta va fi greu de identificat.

Un factor determinant în creșterea riscului de corupție în stat este lipsa controlului la nivel de organizație/instituție și lipsa de integritate sau/și toleranța la corupție a conducătorilor instituțiilor publice. Un conducător onest și eficient, cu reguli clare de comportament etic, poate duce la descurajarea actelor de corupție în organizație.

**Consecințe ale corupției în stat.** Efectele cumulate ale corupției asupra statului se rezumă la pierderea veniturilor și la creșterea cheltuielilor publice și la creșterea inechităților în stat, fiindcă lasă persoanele în funcții de conducere să se îmbogățească ilicit pe seama celorlalți.

Tanzi V. (1998) menționează că actele de corupție stagnează dezvoltarea democratică și economică a statului, identificând mai multe consecințe negative ale acestui fenomen asupra economiei, printre care:

1. Reducerea investițiilor (stagnarea dezvoltării) cauzată de incertitudinea creată de corupție (când regulile nu sunt clare e greu să investești).
2. Reducerea cheltuielilor pentru educație sănătate și mentenanță, fiindcă aceste cheltuieli nu se asociază cu practici corupte pentru cei care fac bugetul.

3. Creșterea numărului de proiecte de investiții publice, fiindcă acestea prezintă oportunități pentru funcționarii înalți să manipuleze și să dea mită. În același timp, se constată o reducere a productivității investițiilor publice, fiindcă se cheltuiește pentru mită.
4. Reducerea volumului taxelor percepute de stat, fiindcă se plătesc taxe arbitrare în buzunarele funcționarilor.
5. Creșterea sărăciei în stat.

**Corupția în sănătate.** Corupția în sănătate se referă la fenomenul de abuz al puterii publice încredințate pentru un câștig personal. Unii autori, precum Glynn E.H., (2022), consideră că, comportamentele amendabile din punct de vedere etic care slăbesc sau prejudiciază încrederea publică în sistemul de sănătate, de asemenea, se încadrează în termenul de corupție.

Corupția ia multe forme în sectorul sănătății și are loc la toate nivelurile sistemului, începând cu nivelul agențiilor guvernamentale până la actorii ordinari ce furnizează servicii. Cele mai frecvente forme de corupție în sănătate fiind (Glynn, E.H., 2022): 1) relațiile financiare necorespunzătoare; 2) furtul și deturnarea resurselor; 3) facturarea frauduloasă; 4) absenteismul; 5) plățile informale; 6) produsele medicale contrafăcute.

Relațiile financiare necorespunzătoare se referă la asocieri între actorii din cadrul sistemului de sănătate care produc situații unde indivizii sunt motivați de îmbogățirea personală în detrimentul bunăstării pacientului și/sau sănătății publice. Drept exemple sunt relațiile dintre factorii de decizie la nivel central și companiile farmaceutice, atunci când primii influențează protocoalele și ghidurile în sănătate sau contribuie la accelerarea aprobării produselor farmaceutice pentru un anumit beneficiu personal. Un exemplu de relație necorespunzătoare este și fenomenul „autotrimiterile” când un prestator de servicii medicale din sectorul privat direcționează pacienții pentru anumite servicii medicale la o entitate / instituție în care acest prestator sau membrii familiei lui sunt proprietari sau coproprietari. Deși această practică nu este ilegală ea poate duce la îmbogățire ilicită prin prescrierea unor tratamente inutile sau/și costisitoare, neglijându-i-se cu desăvârșire interesul pacientului.

Facturarea frauduloasă se referă la actul de obținere a rambursării pentru servicii care fie nu au fost furnizate, fie sunt mai complexe decât ceea ce a fost furnizat, fie sunt inutile din punct de vedere medical.

Furtul are loc atunci când indivizii preiau resurse la care nu au dreptul, iar un exemplu relevant de furt în sistemul de sănătate este folosirea în interes personal a finanțării donatorilor alocate țărilor cu venituri reduse de către oficialii guvernamentali.

Absenteismul este un comportament care ar putea să aibă motive rezonabile și obiective (de exemplu motivul de boală), dar devine o practică coruptă atunci când lucrătorii din domeniul sănătății lipsesc din poziția lor în sectorul public pentru a oferi îngrijire în sectorul privat. Cauze ale absenteismului pot fi salariile

mici în sectorul public, dar și lipsa de politici de control instituțional al absențelor.

Plățile informale sunt sumele plătite către furnizori individuali și instituționali, care sunt efectuate în afara canalelor oficiale de plată sau pentru servicii menite să fie gratuite prin însăși natura publică a sistemului, după Lewis M. (2007). Deci, în mare parte se plătește pentru ceea ce este deja plătit și această se numește mită. Pacienții pot plăti pentru a avea un acces mai rapid la servicii de sănătate sau de a se bucura de aceste servicii în general. Ei pot plăti din inițiativă proprie sau la solicitare.

Medicamentele, dispozitivele medicale și alte consumabile medicale contrafăcute reprezintă o formă gravă de corupție, care pune în pericol viețile pacienților și duce la o încălcare a dreptului pacienților la servicii medicale sigure.

Mai multe studii constată și descriu efectele nocive ale corupției în sistemul de sănătate. Câteva mai relevante fiind:

- Țările cu niveluri ridicate de corupție cheltuiesc mai puțin pentru sănătate ca procent din produsul intern brut, ceea ce afectează sănătatea populației (Factor, R., & Kang, M., 2015).
- Nivelurile ridicate de corupție se corelează cu rate mai mari de mortalitate infantilă (Hanf M., Van-Melle A., Fraise F., Roger A., Carme B., & Nacher M., 2011).
- Corupția în sănătate crește semnificativ ratele mortalității, reduce speranța de viață și ratele de imunizare (Li Q., An L., Xu J., & Balamoune-Lutz, M., 2018).
- Corupția se corelează pozitiv cu rate mai mari de rezistență la antibiotice (Collignon, P., Athukorala P. C., Senanayake S., & Khan F., 2015).
- Corupția afectează cel mai mult populațiile vulnerabile (pacienții cu venituri reduse, cu sănătate precară etc.) (Habibov N., & Cheung A., 2017).

În concluzie, corupția este un fenomen complex care aduce daune severe statului, în general și sistemului de sănătate, în particular, iar roadele acestor daune sunt culese de întreaga populație. Pornind de la cele menționate, dezvoltarea și implementarea unor strategii de atenuarea a corupției sunt imperative pentru beneficiul societății în ansamblu.

## **4.2. Integritatea: tipologie și sensuri.**

### **Standardele etice în luarea deciziilor morale**

**Importanța integrității.** Este recunoscut faptul că o cale eficientă de luptă cu fenomenul corupției este dezvoltarea standardelor de integritate în guvernare și educarea/crearea unor atitudini corespunzătoare în exercitarea obligațiilor profesionale. Fără integritate, orice măsuri luate pentru combaterea corupției vor fi lipsite de credibilitate. Integritatea oferă exemple pozitive modului în care oficialii și instituțiile publice ar trebui să se comporte, ele fiind considerate ca elemente de descurajare a comportamentului corupt.

**Definirea conceptului de integritate.** Odată cu proliferarea fenomenului corupției se atestă și o largă utilizare a conceptului de integritate din variate perspective și din diverse contexte (Huberts, L. W. J. C., 2018). În mass-media, termenul de integritate, de obicei, nu este definit, dar este frecvent folosit cu două conotații: pozitivă și negativă. În sens pozitiv, termenul de integritate este asociat cu valori, precum sunt transparența, încrederea, vigilența, conformitatea, independența, responsabilitatea, busola morală și serviciul unui interes general. Iar în sens negativ, acesta este asociat cu termeni ca fraudă, corupția, conflictul de interese, comportamentul nedorit, lipsa de onestitate etc.

Această abordare largă a termenului de integritate nu oferă o viziune clară asupra fenomenului, dar nici abordările înguste nu sunt relevante, dat fiind că pierd din esența și complexitatea fenomenului. Un exemplu ar fi abordarea comună a integrității drept antonim al corupției (corupt – starea de a nu fi întreg; corupt – starea de a fi rupt prin participarea cuiva/cârdășie cu cineva). Din punct de vedere a logicii formale, definirea negativă nu oferă o idee clară asupra fenomenului definit. Iar din punct de vedere pragmatic, această definiție este inutilă, căci chiar dacă știm ce înseamnă corupția și știm că nu este bine să fim corupți, nu înțelegem din această definiție cum este bine să fim și ce este bine să facem. Mai mult, există situații în afara cazurilor de fraudă/corupție, când integritatea este subtil amenințată. Este vorba de cazurile în care este prezent sentimentul că nu am acționat în întregime „așa cum trebuie”, chiar dacă nu am comis un act de corupție *ad litteram*.

Două dintre abordările care ar putea contribui la înțelegerea fenomenului de integritate sunt perspectiva convențional-numită „procesuală” și perspectiva etică. În abordarea procesuală, pornindu-se de la sensul etimologic al cuvântului latin *integritas*, ceea ce înseamnă „întreg”, se postulează că integritatea se referă la o relație formală cu sinele. Ea implică menținerea unei anumite unități a caracterului fără a specifica natura morală a caracterului respectiv. Astfel, filosoful Bernard Williams (1981) descrie o persoană integră ca fiind o persoană care este fidelă proiectelor esențiale pentru cine ea este ca fiind. Altfel spus, o persoană integră este persoana fidelă sieși, care trăiește în armonie cu sine însăși și a cărei acțiuni sunt integrate între ele, inclusiv corespund cu ceea ce persoană gândește și spune.

În abordarea etică, integritatea se referă la modul în care persoana se află în relație cu ceilalți și la modul în care o văd ceilalți, ceea ce implică dezvoltarea conștiinței morale și practicarea comportamentului moral. Din perspectivă etică, persoană integră este o persoană cu virtuți, persoană care își asumă anumite valori și standarde morale de comportament (Graham, 2001).

Într-o încercare de sinteză se poate de prezumat că: a) integritatea este calitatea/puterea de a adera în mod constant la valori morale general-umane, la bune standarde profesionale sau/și instituționale; b) starea de a fi nedivizat în acest proces (atunci când axa personalității – gândurile, cuvintele, atitudine

și acțiunile – este consistentă cu axa valorilor morale asumate); c) puterea de a promova aceste standarde.

**Tipuri de integritate.** Deși se discută existența mai multor tipuri de integritate, cel puțin trei tipuri ale acesteia sunt clar prezumate:

1. Integritatea personală
2. Integritatea profesională
3. Integritatea instituțională

În cel mai comune cazuri, *persoana* este calificată ca *integră* atunci când posedă un șir de trăsături, precum: demnitatea, dreptatea, conștiinciozitatea, cinstea, probitatea etc. Întrucât șirul acestor trăsături ar putea să fie continue, se operează o definire a persoanei integre prin identificarea unor caracteristici de sinteză indispensabile ei (trasate în abordările procesuale și etice menționate mai sus). Astfel, după Kaptein (2003), integritatea personală (a liderului) se referă la:

- **Încredere și consecvență.** O persoană de încredere este acea persoană care spune ceea ce face și face ceea ce spune, chiar și în situații de conflict, fără a fi inflexibilă sau dogmatică. Consecvența acțiunilor persoanei vine din faptul că vorbele și faptele se potrivesc cu idealurile/valorile acesteia.
- **Autenticitate.** Persoana autentică/genuină știe ce vrea și ce vrea să fie. Este fidelă sieși și principiilor care și le asumă. Acționând în concordanță cu principiile de care se atașează, ea își poate justifica deciziile pentru sine și pentru alții. Măsura în care cineva se identifică cu o valoare determină cât de puternică este motivația de a promova valoarea sau a acționa în consecvență cu acea valoare.
- **Virtute.** O persoană cu virtuți deține capacitatea de a-și ghida acțiunile de „busola morală” în beneficiul și interesul semenilor.

*Integritatea profesională* se referă la sistemul de valori al grupului profesional și definește limitele practicii acceptabile în cadrul profesiei. Integritatea profesională este determinată de conștiința individuală, dar și de îndatoririle și obligațiile care însoțesc apartenența la o anumită profesie, acestea descriind așteptările profesionale și sociale față de această profesie. De exemplu, la baza integrității profesionale în medicină se află premisa care spune că medicii nu sunt doar „tehnicieni calificați”, ci și profesioniști ce au obligații față de autonomia și bunăstarea pacienților, față de valorile care stau la baza propriului angajament profesional și a legământului lor cu societatea, după Sikora și Fleischman (1999). Deci, angajamentul față de pacienți, colegi de breaslă și societate în ansamblu este reprezentat de trei dimensiuni care caracterizează standardele de integritate profesională în medicină.

Standardele și principiile profesionale sunt reflectate în codurile de etică pe diferite categorii profesionale. Pentru a oferi un exemplu, principiile morale frecvent invocate ca temelii ale codurilor deontologice medicale sunt:

1. *principiul respectării autonomiei*, care presupune că fiecare persoană trebuie



să aibă libertatea de a lua decizii pe termen scurt și pe termen lung, în lipsa unor factori externi coercitivi și în cunoștință de cauză;

2. *principiul binefacerii*, conform acestuia fiecare persoană are obligația de a-i ajuta pe alții să-și promoveze interesele importante și legitime, cântărind beneficiile, daunele și riscurile pentru a obține cel mai mare beneficiu;
3. *principiul non-dăunării*, care prevede datoria fiecărei persoane de a evita daunele inutile care pot apărea prin omiterea sau comiterea unor acțiuni.
4. *principiul dreptății sau al echității*, care presupune distribuția echitabilă a bunurilor, resurselor și serviciilor.

*Integritatea instituțională* se referă la aderența față de standardele legale și etice în cadrul unei instituții (vezi paragraful *Climatul instituțional de integritate*).

**Etica și standardele morale.** Ținând cont de cele discutate, putem conchide că integritatea, deși nu se reduce la etică, se referă, în mare parte, la trăsăturile și comportamentele etice ale persoanei. În această ordine de idei, o clarificare a conceptelor de „etică” și „moralitate” ar fi recomandabilă. Astfel, *conceptul de morală* derivă de la latinescul *moralis*, care înseamnă manieră sau mod adecvat de comportare. Prin extindere restrictivă, morala se referă, cel puțin, la un sistem de standarde care ne ajută să facem distincție între bine și rău. Morala: cere abținere de la activități frauduloase (tâlhărie, jaf, ofensă, omor etc.), încurajează dezvoltarea unor astfel de calități ca onestitatea, loialitatea, compasiunea etc., recomandă respectarea drepturilor la viață, libertate, confesiune, proprietate etc.

*Conceptul de etică* vine de la grecescul *ethos* ceea ce înseamnă datină, caracter. În aspect comun, prin urmare, termenul nu se deosebește de cel de morală, însemnând un ansamblu de standarde în raport cu care un grup de oameni (o comunitate) decid să-și regleze comportamentul. În sens academic, însă *etica este un domeniu filosofic al cărui obiectiv este studiu sistematic al moralității* (Paladi A. și Federiuc V., 2017: 62–78), iar *moralitatea* se definește, în mod complex, ca un ansamblu de convingeri, atitudini, deprinderi reflectate și fixate în principii, norme, reguli, determinate istoric și social, care reglementează comportarea și raporturile indivizilor între ei, precum și între aceștia și colectivitate și a căror respectare se întemeiază pe conștiință și pe opinia publică.

**Abordări etice normative în luarea deciziilor morale.** Etica ca domeniu conține un șir de teorii normative pentru determinarea cursului corect al acțiunilor cotidiene și a celor realizate în diferite medii profesionale și organizaționale, printre care: a) abordarea utilitaristă; b) abordarea normativă a virtuții; c) abordarea deontologică. Acestea pot servi drept repere în luarea deciziilor în situații de dilemă morală, adică în acele momente în care apar dubii cu privire la „cum este corect de procedat?”.

Utilitarismul a fost conceput ca instrument de ajutorare a legislatorilor în procesul de elaborare a legilor statului, în temeiul faptului că stabilirea unui fundament al criticismului moral este indispensabilă procesului de construire a unei societăți mai bune prin perfectarea bazei legislative oportune. Abordarea

utilitaristă promovează drept temei moral al acțiunilor/regulilor adecvate principiul „*fericirii maxime pentru un număr maxim de persoane*” (Mill JS, 1994), în conformitate cu care o acțiune/regulă poate fi estimată ca fiind morală, dacă consecințele ei sunt percepute ca fiind benefice pentru un număr de persoane cât mai mare. În abordarea utilitaristă luarea deciziilor morale cere urmarea unui anumit algoritm după cum urmează:

1. *a identifica acțiunile/regulile alternative specifice pentru o situație;*
2. *a determina prin analiză și imaginație riscurile/daunele și beneficiile fiecărei alternative pentru persoanele implicate;*
3. *a opta pentru acea alternativă care aduce cel mai mare beneficiu și cel mai mică daună pentru cei implicați.*

Etica virtuții prezumă existența unor idealuri/valori spre care ar trebui să tindem, atingerea lor rezultând în dezvoltarea deplină a umanității noastre. Aceste idealuri sunt descoperite prin reflecție profundă, dar sunt de atins prin practicarea consecventă a unor virtuți, precum sunt: onestitatea, curajul, compasiunea, generozitatea, fidelitatea, integritatea, corectitudinea, autocontrolul și prudența. Virtuțile sunt trăsături de caracter prin a căror dezvoltare omul obține autorealizare și împlinire. Aristotel, reprezentantul abordării normative a virtuții, afirmă că un însemn al umanității este virtutea, actualizată doar prin practică. Devenim drepti doar procedând drept sau devenim generoși doar oferind (dând) etc. Autorul definește virtutea ca o stare de mijloc între două tipuri de vicii, unul ce se naște din exces, iar altul din deficiență. Astfel, pentru a trăi moral sau virtuos, trebuie să găsim punctul de mijloc între două extreme. Cu alte cuvinte, o viață trăită virtuos este una trăită într-o manieră cumpătată (Bagdasar N., et al, 1996).

Luarea deciziilor morale din această perspectivă presupune explorarea răspunsurilor la următoarele întrebări:

1. *Ce persoană trebuie să fiu (ce trăsături de caracter trebuie să-mi dezvolt)?*
2. *Cum pot să dezvolt aceste trăsături de caracter (virtuți) propriei personalități, dar și semenilor?*
3. *Va duce acțiunea intenționată la promovarea unei virtuți sau a unui viciu etc.*

Dacă acțiunea duce la promovarea unui viciu, ea este inacceptabilă din punct de vedere moral și viceversa.

Abordarea deontologică oferă prioritate acțiunii în sine și nu consecințelor acestei acțiuni în procesul de evaluare etică. Conform acestei viziuni, o acțiune este morală dacă este dictată de datorie sau obligație sau orice acțiune este morală dacă promovează/nu încalcă un drept al omului. Promotor al abordării deontologice este Immanuel Kant. El consideră că datoria morală fundamentală a fiecăruia (cunoscută ca imperativul categoric) este: „*Tratează umanitatea în sine însuși precum în aproapele tău ca pe scop în sine și niciodată ca pe un mijloc* (Kant, Im., 2007:74). În viziunea lui Kant ceea ce face diferența dintre o ființă umană și un obiect este demnitatea umană (valoarea intrinsecă) bazată pe abilitatea de a face alegere voluntară cu privire la propria viață și dreptul fundamental de a avea,

respectiv, această alegere. De aici derivă dreptul la adevăr, la informație care ne poate afecta, în mod semnificativ, alegerea.

În limitele acestei abordări, luarea deciziilor morale presupune următorii pași:

1. *cunoașterea drepturilor omului consfințite în norme, convenții și lege;*
2. *raportarea acțiunii intenționate/realizate la aceste norme, convenții, lege;*
3. *stabilirea conformității sau neconformității acțiunii cu drepturile declarate ale omului;*
4. *o acțiune care duce la încălcarea drepturilor omului este moralmente inacceptabilă.*

În concluzie, integritatea este un fenomen complex care creează dificultăți în definirea și descrierea lui holistă, dar este relativ univoc faptul că atingerea standardelor de integritate la nivel personal, profesional sau organizațional este posibilă printr-o educație morală și ghidare etică a acțiunilor și deciziilor.

### 4.3. Climatul instituțional de integritate

**Definirea integrității instituționale.** Integritatea individuală presupune o subordonare asumată a persoanei la un sistem de standarde, inclusiv morale, și practicarea coerentă și autentică a lor. Prin analogie, integritatea instituțională poate fi înțeleasă ca o subordonare a actorilor și a proceselor organizaționale la un sistem de standarde recomandate și asumate. O organizație poate fi considerată integră dacă demonstrează capacitatea ei de a pune în acord acțiunile și deciziile cu valorile sociale susținute, consolidate în baza mediului social de referință și a comunității. Organizația integră funcționează într-o manieră compatibilă cu scopurile și valorile pentru care a fost creată, iar încălcările integrității sunt acțiuni din partea membrilor unei organizații care subminează capacitatea acesteia de a funcționa, în mod consecvent, cu aceste scopuri și valori.

După o analiză complexă a fenomenului, Fuerst M. J. & Luetge C. (2021) susține că integritatea organizațională este capacitatea unei organizații de a fi fidelă sieși, în sensul că își organizează procesele și activitățile conform unui cadru de principii interne coerente cu standardele legale în vigoare și reflectă asupra măsurii implementării acestor standarde în acțiunile/procedurile organizaționale. O instituție integră este caracterizată prin maturitatea și capacitatea de a vedea punctele slabe și cele forte și de a-și asigura dezvoltarea proprie, ținând cont de oportunitățile și vulnerabilitățile depistate. În cele din urmă, o instituție integră este una cu principii și valori morale dezirabile, precum legalitatea, onestitatea, respectul etc.

**Legislația și integritatea instituțională.** Multe state ale lumii promulgă legi, destinate să asigure un climat de integritate în organizații. În Republica Moldova, în 2017, a fost aprobată Legea integrității nr. 82. Art. 10 al acestei legi stipulează măsurile destinate să asigure climatul de integritate în instituțiile publice, printre care:

- a) angajarea și promovarea agenților publici în bază de merit și de integritate profesională;
- b) respectarea regimului juridic al incompatibilităților, restricțiilor în ierarhie și al limitărilor de publicitate;
- c) respectarea regimului juridic al declarării averii și intereselor personale;
- d) respectarea regimului juridic al conflictelor de interese;
- f) neadmiterea favoritismului;
- f) respectarea regimului juridic al cadourilor;
- g) neadmiterea, denunțarea și tratarea influențelor necorespunzătoare;
- h) neadmiterea, denunțarea manifestărilor de corupție și protecția avertizorilor de integritate;
- i) intoleranța față de incidentele de integritate;
- j) asigurarea transparenței în procesul decizional;
- k) asigurarea accesului la informații de interes public;
- l) gestionarea transparentă și responsabilă a patrimoniului public, a finanțelor rambursabile și nerambursabile;
- m) respectarea normelor de etică și deontologie;
- n) respectarea regimului de restricții și limitări în legătură cu încetarea mandatului, a raporturilor de muncă sau de serviciu și cu migrarea agenților publici în sectorul privat (pantuf্লাj).

Conform Legii integrității nr. 82/2017, atât conducătorul instituției, cât și angajații instituției publice (numiți agenții publici) poartă responsabilitate pentru realizarea acestor măsuri și riscă să li se aplice sancțiuni disciplinare pentru încălcarea lor. În afară de aceasta, organizația publică trebuie să creeze proceduri instituționale, care asigură aplicarea fiecăreia dintre măsurile stipulate în lege.

**Asigurarea climatului de integritate în instituție.** Gestionarea eficientă a integrității în cadrul unei organizații implică identificarea, monitorizarea și eliminarea factorilor de risc pentru integritate. Din perspectiva comportamentală, oamenii sunt predispuși să se comporte imoral în organizații din mai multe cauze, 3 dintre acestea fiind deosebit de relevante în acest aspect:

- a) încrederea persoanei că nu face nici o încălcare sau că încălcarea nu va fi depistată și sancționată;
- b) toleranța socială/culturală înaltă la comportamente imorale în organizație (operarea cu rațiuni ca „aceasta nu dăunează nimănui”, „toți fac așa” etc.);
- c) liderii sau conducerile corupte și tolerante la imoralitate.

Prin urmare măsurile de asigurare a integrității în organizații trebuie să fie centrate pe acești factori. În acest context, pe lângă aplicarea prevederilor legale, climatul de integritate este/trebuie să fie asigurat de coduri de conduită (Codul de conduită a funcționarului public) și protocoale specifice profilului profesional al instituției, în care regulile sunt formulate și descrise clar, iar pentru ca prevederile acestor documente să nu fie doar formale, e nevoie de asigurarea următoarelor măsuri:

- protocoalele și codurile de conduită trebuie aduse la cunoștința angajaților;
- protocoalele și codurile de conduită trebuie să fie discutate de angajați, în mod sistematic, și actualizate prin decizii colective atunci când este cazul;
- angajații trebuie instruiți în baza exemplurilor simple și concrete cum să aplice aceste standarde în practică;
- angajații trebuie consiliați atunci când se confruntă cu dileme în aplicarea practică a prevederilor;
- aplicarea prevederilor documentelor trebuie monitorizată de organe instituționale abilitate cu acest drept;
- încălcările prevederilor documentelor stipulate trebuie sancționate.

**Cultura etică a instituției.** O altă tactică eficientă de asigurare a integrității în instituții este crearea unei culturi organizaționale puternic axate pe moralitate. În general, cultura organizațională constă din *credințele și valorile* împărtășite într-o organizație. Dat fiind nivelul înalt de complexitate a valorii ca fenomen, este recomandabilă operarea cu mai multe definiții convergente ale termenului.

Astfel, în sens larg conceptul de *valoare* poate fi definit ca prețuirea acordată de o persoană sau colectivitate unor obiecte sau fapte, materiale sau spirituale, în virtutea capacității acestora: (a) de a satisface trebuințe, dorințe, aspirații umane, istoricește condiționate de practica socială; (b) de a contribui la progresul omului și al societății. Iar într-un sens îngust, *valorile* sunt lucruri sau idei pe care grupul/ organizația le consideră importante pentru îndeplinirea misiunii și sarcinilor pe care aceasta are menirea să le realizeze în raport cu angajații, cu beneficiarii și cu societatea în ansamblu. Rokeach M. (1973), în cartea *The nature of human values*, consideră valoarea o convingere durabilă că un anumit mod de conduită sau o stare de existență este preferabil/ă, personal sau social, unui mod de conduită opus sau invers unei stări de existență (Debats D. L. H. M., 1996).

Valorile determină normele organizației (*ce trebuie, ce se poate, ce nu se poate de făcut în organizație*) și manifestările comportamentale corespunzătoare ale acesteia, altfel spus acestea determină rolurile în organizații (rolurile pot fi înțelese ca *obligații – de ce sunt responsabil să fac la locul meu de lucru*).

Bo Rothstein și Nicholas Sorak (2017), după o analiză a codurilor de etică ale funcționarului public din mai multe state ale lumii, prezintă nouă grupuri de valori de bază care trebuie să medieze acțiunile legate de organizarea muncii în instituțiile publice, începând cu recrutarea și promovarea în serviciu și terminând cu motivarea personalului, inclusiv cu acțiunile orientate spre slujirea celor care beneficiază de serviciile instituției publice. Printre aceste valori se enumeră: imparțialitatea, deschiderea, integritatea, legalitatea, loialitatea, tratamentul egal, fiabilitatea, serviciile și profesionalismul:

1. Imparțialitatea reprezintă valoare care ghidează luarea deciziilor corecte ce afectează publicul.

2. Deschiderea/transparența este valoarea care ghidează gestionarea informațiilor.
3. Integritatea este valoarea privind comportamentul etic.
4. Legalitatea reprezintă valoarea care descrie modul de aplicare a legii.
5. Loialitatea este valoarea care dictează fidelitatea funcționarilor publici față de lege, societate și stat.
6. Tratatul egal este valoarea care ghidează comportamentul adecvat, echitabil.
7. Fiabilitatea este acea valoare care descrie angajamentul în muncă și responsabilitatea.
8. Serviciile sunt valorile care descriu performanța unui administrator public față de public și beneficiari.
9. Profesionalismul este legat de valorile de serviciu, dar se concentrează pe îndeplinirea eficientă a sarcinilor de muncă.

Pentru ca aceste valori să ajungă în conștiința angajaților și să modeleze, într-un final, comportamentele lor, este nevoie de a organiza instruirii ale angajaților și platforme de discuții în organizații, astfel încât realitatea aparent abstractă a valorilor să devină concretă, iar aplicabilitatea lor să capete contur.

Cultura etică a organizației are efecte asupra eficienței și productivității muncii, a procesului decizional, a stresului ocupațional și a fluctuației personalului (reduce stresul și fluctuația), a responsabilității și a satisfacției în muncă. Zipparo L. (1998). Boardman C., & Klum V. (2013) argumentează că într-o organizație cu valori morale puternic înrădăcinate se constată următoarele beneficii:

- Înțelegerea scopului comun (sentiment de comuniune) și valorificarea contribuției fiecărui angajat la realizarea acestui scop.
- Nivel înalt de încredere intrainstituțională (colegi, angajați – conducător).
- Nivel ridicat de responsabilitate și disponibilitate de ghidare a comportamentului de valorile asumate ale instituției.
- Disponibilitatea de a purta responsabilitate pentru încălcările etice comise.
- Nivel înalt de dorință de participare la luarea deciziilor în organizație, la discuții privind problemele și îngrijorările instituționale, disponibilitatea de a cere sfaturi, în caz de dileme, inclusive morale, și de a da sfaturi și sugestii de îmbunătățire a anumitor practici etc.
- Înțelegerea și acceptarea mecanismelor de gestionare a plângerilor și a măsurilor de control al comportamentelor ilicite etc.

### **Rolul managerului în asigurarea standardelor de integritate în instituție.**

Conducătorul unei instituții publice are multe obligații privind asigurarea integrității organizaționale stipulate pe articole separate în Legea integrității nr. 82/2017. Realizarea acestor obligații depinde în mare măsură de asumarea unui management etic al instituției. Avantajele unui management etic sunt multiple. În mod particular, într-o organizație unde standardele etice sunt lucrative, necesitatea

de a respecta legea este privită ca un aspect pozitiv al vieții organizaționale și nu ca o constrângere nedorită impusă de autoritățile externe. Deci, sarcina managementului etic este de a defini și a da viață valorilor directoare ale unei organizații, de a crea un mediu care să susțină un comportament etic corect și de a insufla un sentiment de responsabilitate comună în rândul angajaților (Paine, Lynn S., 1994).

În același timp, gestionarea eficientă a integrității în cadrul unei organizații implică identificarea, monitorizarea și eliminarea factorilor de risc pentru integritate, printre care: climatul etic în organizații, percepțiile privind echitatea, dubiile privind responsabilitatea, conflictele de rol și gestionarea performanței în muncă (Molina, Anthony D, 2016). Prin urmare un manager care dorește să asigure integritatea în instituție trebuie să fie conștient de câteva lucruri:

1. Oamenii au o nevoie puternică de acceptare socială și, prin urmare, sunt susceptibili de a fi de acord cu normele de grup și dacă grupul practică comportamente imorale sau lipsite de integritate atunci această va deveni o normă informală virală. Din acest motiv, tolerarea chiar și a actelor mărunte de comportament imoral poate submina climatul etic, deoarece duce la percepția că un astfel de comportament este comun și acceptabil.
2. Când angajații reflectă asupra climatului etic al instituției, ei se gândesc, în primul rând, la cât de corect sunt ei tratați în organizație. Dacă aceștia percep/cred că sunt tratați incorect, nu vor lua în serios niciun efort de asigurare a climatului etic al organizației și nici nu vor fi susceptibili să vorbească deschis despre problemele etice cu managerii. Mai mult, sancțiunile percepute ca inechitabile împotriva angajaților care atrag atenția asupra încălcărilor de integritate slăbesc climatul etic al unei organizații.
3. În organizațiile mari angajați pot să-și piardă simțul responsabilității din motiv că realizarea unei sarcini complexe este împărțită între mai mulți angajați, care își pot percepe propriul rol fiind ca unul minor și nesemnificativ, simț ce poate fi întărit atunci când managerul nu valorifică rolul fiecărui angajat pentru realizarea acestei sarcini.
4. Ocuparea unui rol formal poate reduce simțul responsabilității personale a oamenilor pentru acțiunile pe care le desfășoară în contextul aceluși rol, determinându-i să facă ceva imoral. În plus, atunci când oamenii au două sau mai multe roluri incompatibile în organizație (conflicte între roluri), pot apărea situații de neglijare a responsabilităților asumate în cadrul unui rol.
5. Modul în care este gestionată performanța în organizație poate prezenta, de asemenea, riscuri pentru integritatea organizațională. Obiectivele de performanță nerealiste și presiunea de a atinge acele obiective cu orice preț trimit semnalul că, conduita etică este o prioritate scăzută în organizație. În plus, bonusurile oferite fără legătura cu performanța reduc din încrederea angajaților în cultura morală a organizație.

Un lucru consemnat de multe documente și studii este rolul exemplului personal al conducătorului în asigurarea standardelor de integritate a instituției. O instituție nu va atinge standarde de integritate dacă conducătorul ei este corup. Conducătorii transmit mesaje despre ce este acceptabil sau inacceptabil în instituție nu doar prin cuvinte ci și prin faptele proprii. Dacă un conducător va vorbi despre obiectivitate și echitate, dar va promova angajații nu după merit, ci în baza unor preferințe personale, un asemenea conducător nu va fi credibil/de încredere și va da un semnal angajaților că comportamentele lipsite de integritate sunt admisibile. Un conducător care se conduce de sloganul "fă ceea ce-ți spun eu, nu ceea ce fac eu", adică vorbește despre necesitatea de a declara conflictele de interese și a acționa în interesul public, dar el nu o face; vorbește despre respectarea normelor codului etic al instituției dar el nu o face; vorbește despre declararea și înregistrarea cadourilor primite în exercitarea obligațiilor de serviciu, dar nu o face, etc. este un promotor activ al corupției în organizație. Un manager integru trebuie să fie unul de o înaltă ținută morală, o persoană cu virtuți morale precum, înțelepciune, dreptatea, curajul etc. deopotrivă, promotor fidel al valorii și principiului legalității în instituție. Iar când persoana de conducere este și funcționar public, o vigență privind standardele de integritate este la zi.

Statele democratice din lume, inclusiv din Republica Moldova, stabilesc standarde privind responsabilitățile persoanei de conducere în instituțiile publice. Astfel, conform art. 13 al Legii nr. 25/2008 privind Codului de conduită a funcționarului public din Republica Moldova, funcționarul public cu funcție de conducere trebuie să promoveze normele de conduită etică și legală și să asigure respectarea acestora de către agenții publici din subordine. În același timp el are următoarele obligații: a. să asigure egalitatea de șanse și tratament în ceea ce privește cariera agenților publici din subordine; b. să examineze și să aplice cu obiectivitate criteriile de evaluare a competenței profesionale pentru personalul din subordine, în cazul în care propune sau aprobă promovări, transferuri, numiri sau eliberări din funcții ori acordă stimulente materiale sau morale, excluzând orice formă de favoritism sau discriminare; c. să evite criteriile discriminatorii, de rudenie, afinitate sau alte criterii neconforme cu normele de conduită prevăzute de cod în accesul sau promovarea în funcția publică; d. să întreprindă acțiunile necesare pentru prevenirea corupției în rândul funcționarilor publici din subordine, precum și să poarte răspundere pentru eșecurile survenite ca urmare a îndeplinirii necorespunzătoare a acțiunilor în cauză; e. să asigure aplicarea măsurilor de protecție stabilite de lege pentru funcționarul public care informează cu bună-credință despre comiterea actelor de corupție și a celor conexe corupției, a faptelor de comportament corecțional, despre nerespectarea regulilor privind declararea veniturilor și a proprietății și despre încălcarea obligațiilor legale privind conflictul de interese.

Drept concluzie, în asigurarea integrității instituției concură mai mulți factori, cei mai relevanți fiind: legalitatea promovată de conducătorul instituției, cultivarea valorilor instituționale și reflectarea acestora în infrastructura etică a instituției.



## 4.4. Conflicturile de interese și favoritismul în organizații

**Conflicturile de interese (CI).** Majoritatea formelor de corupție implică crearea sau exploatarea unui conflict între responsabilitățile profesionale ale unei persoane și interesele sale private, conform Manualul Națiunilor Unite privind politica anticorupție (2003). Acceptarea unei mite creează un astfel de conflict de interese. Majoritatea cazurilor de delapidare, furt sau fraudă face o persoană să cedeze în fața tentației de a profita, în mod nejustificat, de un conflict de interese care există deja. Conflictul de interese este calificat și ca formă specifică de corupție, ceea ce va constitui subiectul relațiilor de mai departe.

**Conceptul de conflict de interese (aspect legal).** Atât în sectorul public, cât și în cel privat, angajații și funcționarii se confruntă, în mod obișnuit, cu situații de conflict de interese. În sectorul public, în ultima perioadă de timp, acest subiect este tratat cu o deosebită atenție, dat fiind faptul că prejudiciile statului și a societății, în ansamblu, derivă din deciziile luate de agenții publici în condiții de conflict de interese.

Definiția conflictului de interese se conține în mai multe legi organice ale Republicii Moldova, precum este Legea nr. 132/2016 cu privire la Autoritatea Națională de Integritate; Legea nr. 133/2016 privind declararea averii și a intereselor personale (art.11–15); Legea integrității, nr. 82/2017 (art.14); Codul contravențional nr. 218/2008, etc. În esență, în abordarea legală, termenul de conflict de interese se referă la o *„situație ce implică un conflict între datoria față de public și interesele personale ale unui subiect al declarării, în care acesta are interese, în calitate sa de persoană privată, care ar putea influența necorespunzător îndeplinirea obligațiilor și responsabilităților oficiale”*.

O clarificare necesară este, că un CI presupune o situație în care agentul public urmează să ia o decizie în interes public în cazul în care: a) decizia depinde exclusiv de persoana publică sau; b) persoana este doar o verigă a procesului de luare a deciziei sau; c) persoana este parte a unui organism colectiv care decide prin vot și are un interes personal în legătură cu această decizie (de exemplu, un beneficiu pentru sine sau pentru o persoană apropiată). Așadar, pentru a se afla într-un conflict de interese, agentul public trebuie să ia parte la luarea unei decizii care să-i influențeze un interes personal.

O altă clarificare trebuie făcută în legătură cu sensul termenilor de „interes personal”, pe de-o parte, și „interes public” pe de altă parte. Astfel, termenul de „interes personal” reprezintă preocuparea individului de a obține un avantaj de orice natură pentru satisfacerea anumitor nevoi personale, iar prin „interes public” se subînțelege acel interes care implică îndeplinirea obligațiilor profesionale asumate în temeiul legii. O definiție largă a termenului de „interes personal” se conține în art. 2 al Legii nr. 133/2016 privind declararea averii și a intereselor personale, conform căreia un interes personal este *„Orice interes material sau nematerial al unui subiect al declarării/agent public, care rezultă din activitățile sale*

ca persoană privată: a) din relațiile sale cu persoanele apropiate; b) din relațiile cu persoane juridice și alți agenți economici, indiferent de tipul de proprietate; c) din relațiile sau afiliațiile sale cu organizații necomerciale; d) inclusiv cu partide politice sau organizații internaționale. Persoanele apropiate ale subiectului declarării, conform art. 2 al Legii 133/2016, fiind:

1. soțul/soția, concubinul/concubina, copilul;
2. persoanele aflate la întreținerea subiectului declarării;
3. persoanele înrudite prin sânge sau prin adopție cu subiectul declarării (părinte, frate/soră, bunic/bunică, nepot/nepoată, unchi/mătușă);
4. persoanele înrudite prin afinitate cu subiectul declarării (cumnat/cumnată, socru/soacră, ginere/noră).

Un exemplu de afiliații cu organizații este situația în care un funcționar din cadrul unui minister este în același timp membru al consiliului de administrație al unui spital (aici poate exista tentația a favoriza această organizație dintr-un interes personal).

Termenul de „interes nematerial” se referă la un câștig intangibil sub formă de creștere a prestigiului social, satisfacție psihologică, relații mai bune etc. (de exemplu, popularitatea politică pentru partidul de afinitate; obținerea de titluri didactice și/sau științifice, onorifice), iar cel de „interes material” se referă la câștiguri tangibile, precum venituri pentru familie, volum de lucrări pentru întreprinderea mea etc. (*Ghid privind soluționarea conflictelor de interese pentru conducătorii entităților publice*).

**Tipuri de conflict de interese.** Conflictul de interese apare atunci când o persoană are un interes personal care influențează, a influențat sau ar putea influența îndeplinirea imparțială și obiectivă a responsabilităților și obligațiilor asumate în temeiul legii. Această definiție corespunde cu art.12 al Legii nr. 133/2016, conform căruia conflictele de interese pot fi:

- a) conflict de interese potențial;
- b) conflict de interese real;
- c) conflict de interese consumat.

Conflictul de interese potențial se referă la o situație în care interesul personal nu influențează asupra îndeplinirii atribuțiilor de serviciu, dar este posibil ca mai devreme sau mai târziu acest lucru să se întâmple. Conflictul de interese real este o situație în care interesul personal influențează, în mod evident, felul în care o persoană își îndeplinește atribuțiile de serviciu. Conflictul de interese consumat reprezintă o situație în care agentul public a luat o decizie fiind în conflict de interes real, încălcându-se legea și pentru care acesta riscă sancțiuni.

Această tipologie a termenului de conflict de interese este importantă sub aspect procesual, dat fiindcă în situația de conflict de interese real, agentul public urmează să întreprindă un șir de acțiuni legale pentru soluționarea acestuia, pe când în situație de conflict de interese potențial persoană trebuie să fie doar vigilentă pentru ca acest conflict să nu devină unul real.

**Soluționarea conflictului de interese.** Publicul se așteaptă ca agenții public să ia decizii imparțiale și independente de orice circumstanțe, fiind ghidați doar de interesul public. În același timp trebuie de înțeles că agenții public sunt oameni și pot și ei avea interese personale legitime (au copii, au nevoi de sănătate, vând sau cumpără proprietăți etc.). Prin urmare, conflictul de interese nu este ilicit în sine, este impropriu și coruptă nesoluționarea legală a acestuia.

Conform art. 12–14 al Legii nr. 133/216 privind declararea averii și a intereselor personale, și art. 14 al Legii integrității nr. 82/2017, agentul public aflat în conflict de interese real trebuie:

1. să se abțină de la luarea deciziilor până la soluționarea conflictului de interese real;
2. imediat, dar nu mai târziu de 3 zile de la data identificării conflictului de interese real, va depune o declarație privind conflictul de interese către conducătorul ierarhic superior sau organul ierarhic superior (anumite categorii de subiecți ai declarării au obligația de a depune declarația privind conflictul de interese real către Autoritatea Națională de Integritate);
3. nu va întreprinde nici un fel de acțiuni pe cauza dată până când conflictul de interese nu va fi soluționat de către conducător, de către organul superior sau de către Autoritatea Națională de Integritate;
4. odată ce s-a oferit o soluție la conflictul de interese, decizia trebuie executată fără întârziere.

Soluțiile stabilite de lege pentru conflictul de interes pot fi reduse la următoarele: a) restricționarea accesului la anumite informații sau restricționarea participării la examinarea situațiilor care au legătură cu interesul său personal; b) transferul într-o altă funcție, cu acordul scris; c) redistribuirea sarcinilor și responsabilităților atunci când se consideră că un anumit conflict de interes real va continua să existe.

**Favoritismul.** Conform Legii integrității nr.82 /2017, *favoritismul este sprijinul acordat în exercițiul funcțiunii de către agentul public persoanelor fizice sau juridice la soluționarea problemelor acestora, indiferent de motive, care nu este prevăzut de actele normative și care nu întrunește elementele unui conflict de interese sau elementele unei infracțiuni.* Conform art. 15 al aceleiași legi, în vederea asigurării servirii interesului public cu imparțialitate și obiectivitate, practicile de favoritism în cadrul entităților publice sunt inadmisibile. Iar incidentele de favoritism se denunță direct la Centrul Național Anticorupție.

În general, favoritismul implică abuzuri de discreție. Astfel de abuzuri nu sunt guvernate de interesul propriu al unui funcționar, ci de interesele cuiva legate de acesta printr-un anumit fel (apartenență la o familie, partid politic, religie sau alt grup). Favoritismul, în mod evident, încalcă principalului *imparțialității*, de care ar trebuie să se conducă agentul public. Principiul dat fiind stipulat de Codul de conduită a funcționarului public din Republica Moldova și presupune absența părtinirii, reală sau aparentă, și capacitatea de a face o apreciere justă și obiectivă.

În același timp, dacă cineva este favorizat altcineva se va simți defavorizat și,

eventual, discriminat sau tratat inegal, ceea ce constituie și o încălcare flagrantă a art. 16 alin. (2) din Constituția Republicii Moldova, potrivit căruia toți cetățenii sunt egali în fața legii și a autorităților publice, fără deosebire de rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, sex, opinie, apartenență politică, avere sau de origine socială.

În concluzie, conflictul de interese și favoritismul se transformă într-o manifestare a corupției cu toate consecințele derivate atunci când prevederile legii sunt ignorate. Ambele subminează principiile statului și, consecutiv, încrederea populației în instituțiile satului.

## 4.5. Influențele necorespunzătoare și cadourile oferite în exercitarea îndatoririlor profesionale

**Influențele necorespunzătoare.** În vederea asigurării servirii interesului public cu imparțialitate și obiectivitate, activitatea profesională a agentului public trebuie să se desfășoare în afara oricăror influențe necorespunzătoare.

În temeiul art. 17 al Legii integrității nr. 82/2017, *influența necorespunzătoare este o imixtiune în activitatea profesională a agentului public din partea terțelor persoane, pentru a-l determina pe acesta să desfășoare activitatea profesională într-un mod ilegal.* Influența necorespunzătoare se poate exercita prin rugăminți, presiuni sau amenințări și nu este însoțită de promisiunea, oferirea sau darea de bunuri, servicii, privilegii și, deci, nu întrunește elementele unei infracțiuni, în cadrul căreia corupătorul oferă ceva în schimb (bani, bunuri, servicii sau promisiuni privind oferirea celor enumerate). Dar aceasta poate genera ilegalități atunci când persoana se lasă intimidată. Imixtiunea necorespunzătoare în activitatea agentului public și acțiunea acestuia sub presiunea influenței, subminează valoarea principiului *legalității*, unul dintre principiile fundamentale ale dreptului (Codul de conduită al funcționarului public). Principiul *legalității* reprezintă acea regulă fundamentală în al cărei temei toți cetățenii au îndatorirea de a respecta Constituția țării, legile și celelalte acte juridice și normative întemeiate pe lege. Astfel, conform Legii integrității nr. 82/2017, persoana supusă influenței necorespunzătoare trebuie să respingă expres influența necorespunzătoare și să desfășoare legal/corespunzător activitatea pentru care a intervenit influența. În cazul imposibilității de a respinge expres influența necorespunzătoare și a afectării activității sale profesionale drept urmare a acesteia, persoana trebuie să depună un denunț scris despre exercitarea influenței necorespunzătoare, în termen de 3 zile lucrătoare, la angajatorul său sau la persoana responsabilă desemnată de acesta. Dacă angajatorul sau reprezentantul desemnat de acesta nu-și onorează obligațiile privitor la denunțul angajatului sau când sursa influenței necorespunzătoare este însăși angajatorul, atunci persoana intimidată va depune un denunț direct la Centrul Național Anticorupție (opțiunea completării electronice a denunțului fiind disponibilă pe site-ul instituției).

Legea integrității, de asemenea, stabilește obligații pentru conducătorii instituțiilor publice în legătură cu crearea procedurilor instituționale privind neadmiterea, denunțarea și tratarea influențelor necorespunzătoare. Acestea se referă la crearea unei infrastructuri instituționale privind denunțarea propice a influențelor necorespunzătoare, evidența cazurilor, asigurarea desfășurării legale a obligațiilor angajaților care s-au expus la influențe necorespunzătoare și sancționarea disciplinară a celor care își desfășoară activitatea profesională fără a respinge sau denunța influențele necorespunzătoare.

**Cadourile oferite în exercitarea îndatoririlor profesionale.** Tema cadourilor oferite în procesul realizării obligațiilor profesionale este importantă în contextul asigurării integrității în organizațiile publice. Una dintre întrebările care apar privind subiectul dat este diferența dintre cadou și mită, iar cea mai invocată deosebire constă în aceea că, mita presupune reciprocitate (ce dau și ce primesc în schimb), iar cadoul să dă fără a dori ceva în schimb. De exemplu, atunci când un pacient oferă medicului un buchet de flori după externarea din spital, în calitate de recunoștință pentru un tratament reușit vom vorbi de cadou, dar dacă medicul eliberează un certificat de boală fals în schimbul unui beneficiu oferit de pacient – aceasta este mită. Există situații în care această diferență devine discutabilă, mai ales atunci când vine vorba de mărimea cadoului.

La art. 16 din Legea integrității nr. 82/2017, se face diferența dintre cadouri admisibile, oferite din politețe sau cu prilejul acțiunilor de protocol, și cadouri inadmisibile (mită), definite ca *bunuri, servicii, favoruri, invitații sau orice alt avantaj care le sunt destinate personal agenților publici sau familiei lor, dacă oferirea sau acordarea lor este legată direct sau indirect de desfășurarea activității lor profesionale*. Cadourile inadmisibile pot fi percepute ca „investiții” care îi permit celui ce le oferă să pretindă mai târziu la unele favoruri, or, instituția publică se află în serviciul tuturor și nu deservește interesele private ale unor persoane. Cel care le ia nu mai este liber să-și îndeplinească responsabilitățile de serviciu în mod echitabil, fiind legat prin promisiunea și forța cadoului.

Ambele tipuri de cadouri trebuie să fie gestionate în instituțiile publice conform prevederilor legale. Astfel, conform art. 16 alin. (2) al Legii integrității nr. 82/2017, agentul public care a primit un cadou admisibil trebuie să completeze o declarație privind cadoul primit, care, ulterior, va fi înregistrat într-un registru al cadourilor ținut de fiecare entitate publică. Cadourile admisibile a căror valoare nu depășește limitele stabilite de Guvern pot fi păstrate de către persoana care le-a primit sau pot fi transmise în gestiunea entității publice, în ambele cazuri, după declarare. Hotărârea de Guvern nr. 116/2020 privind regimul juridic al cadourilor stabilește, în calitate de valoare totală admisă a cadourilor oferite din politețe sau cu prilejul acțiunilor de protocol, suma maximă de 1000 de lei în decursul unui an calendaristic. Cadourile admisibile a căror valoare depășește limita stabilită se transmit în gestiunea entității publice după ce sunt declarate. În cazul în care persoana își anunță intenția de a păstra cadoul admisibil a cărui valoare depășește

limita stabilită, aceasta are dreptul să-l răscumpere, achitând în bugetul instituției diferența dintre valoarea cadoului și limita stabilită.

Dacă agentului public i se propune un cadou inadmisibil, acesta are următoarele obligații legale:

- a) să refuze cadoul;
- b) să se asigure cu martori, inclusiv dintre colegii de serviciu, după posibilitate;
- c) să raporteze imediat această tentativă autorității anticorupție responsabile;
- d) să anunțe conducătorul entității publice;
- e) să transmită cadoul conducătorului entității publice în cazul oferirii cadoului fără știrea sa (lăsat în birou, în anticameră etc.), concomitent cu explicarea condițiilor de primire a lui;
- f) să-și exercite activitatea profesională, în mod corespunzător, în special cea pentru care i s-a oferit cadoul.

Administrația instituțiilor publice are și ea un șir de obligații legale în legătură cu asigurarea respectării regimului juridic al cadourilor în instituție, printre care:

- a) să adopte acte administrative de stabilire a regulilor de organizare a activităților aferente respectării regimului juridic al cadourilor în instituție;
- b) să desemneze membrii comisiei de evidență și evaluare a cadourilor și să asigure condițiile necesare activității lor;
- c) să asigure evidența, într-un registru special, inclusiv electronic, a tuturor cadourilor primite de către angajații și conducerea instituției;
- d) să asigure încasarea în bugetul instituției a sumelor ce rezultă din răscumpărarea cadourilor admisibile, în cazurile în care răscumpărarea lor este posibilă;
- e) să predea Procuraturii Anticorupție sau, după caz, CNA cadoul inadmisibil care i-a fost transmis de angajații sau conducerea instituției, în cazurile prevăzute mai sus;
- f) să asigure desfășurarea corespunzătoare a activității profesionale a angajaților și conducerii instituției, cărora le-au fost oferite cadouri inadmisibile;
- g) să asigure publicarea pe pagina web oficială a instituției a registrului special de evidență a cadourilor;
- h) să tragă la răspundere disciplinară angajații și conducătorii care încalcă regimul juridic al cadourilor.

Hotărârea de Guvern nr. 116/2020 privind regimul juridic al cadourilor vine cu anumite clarificări/completări la legislație și descrie categoriile de cadouri care nu se supun regimul juridic, printre acestea enumerându-se cadourile oferite în contextul unor sărbători personale, profesionale și naționale în semn de înaltă apreciere. Acestea nu influențează și nu sunt susceptibile de a fi percepute ca influențând îndeplinirea imparțială a atribuțiilor de serviciu. Excepții, de asemenea, sunt considerate: a) medaliile, decorațiile, insignele, ordinele, eșarfele și altele asemenea primite în exercitarea funcției; b) obiectele de birotică și papetărie (produse de stocare a datelor, genți din pânză, agende, blocnotesuri, carnete și caiete sub diferite forme, mape, creioane, pixuri, markere și alte obiecte similare) recepționate de agenții publici cu ocazia participării acestora la seminare de instruire, conferințe, mese rotunde și alte evenimente similare; c) produsele perisabile; d) cadourile primite de agenții publici sub formă de beneficii sau

reduceri la achiziționarea unor bunuri și servicii acordate unei categorii largi de persoane, publicului, în general, sau unei întregi clientele; e) cheltuielile plătite de către o organizație necomercială autohtonă sau străină, o entitate publică străină sau autohtonă pentru participarea la o conferință, vizită de studiu, misiune de cercetare sau orice altă întâlnire în interes de serviciu.

În concluzie, putem afirma că exercitarea influențelor necorespunzătoare și oferirea de cadouri în realizarea obligațiilor profesionale în instituțiile publice, atunci când nu sunt gestionate corect (conform legii), se transformă în acte de corupție care submină climatul de integritate instituțional și încrederea publică în instituțiile statului.

## Referințe:

1. Bagdasar N., Virgil Bogdan, Narly C. (1996). *Antologie filosofică*. București, Editura Uniunii Scriitorilor.
2. Beauchamp TL, Childress JF. (2001). *Principles of Biomedical ethics*. Oxford, Oxford University Press.
3. Boardman C., & Klum V. (2013). Building organisational integrity. In P. Larmour & N. Wolanin (Eds.), *Corruption and Anti-Corruption* (pp.82–96). ANU Press.
4. Collignon, P., Athukorala, P. C., Senanayake, S., & Khan, F. (2015). Antimicrobial resistance: the major contribution of poor governance and corruption to this growing problem. *PLoS one*, 10(3), e0116746.
5. Constituția Republicii Moldova din 29.07.1994 (n.r. republicată sub nr. 78/2016)
6. Debats D. L. H. M. (1996). Meaning in life: psychometric, clinical and phenomenological aspects. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen].
7. Factor R., & Kang M. (2015). Corruption and population health outcomes: an analysis of data from 133 countries using structural equation modeling. *International journal of public health*, 60(6), 633-641.
8. Fuerst M. J., & Luetge C. (2021). The conception of organizational integrity: A derivation from the individual level using a virtue-based approach. *Business Ethics, the Environment & Responsibility*, 00, 1–9.
9. Ghid privind soluționarea conflictelor de interese pentru conducătorii entităților publice: ghid\_RO\_final\_1 (1).pdf, accesat 26.12.2022.
10. Glynn EH (2022) Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach. *Front. Public Health* 10:910073. doi: 10.3389/fpubh.2022.910073.
11. Graham J.L. (2001). Does Integrity Require Moral Goodness? *Ratio*, 14:234–251.
12. Habibov N., & Cheung A. (2017). Revisiting informal payments in 29

- transitional countries: the scale and socio-economic correlates. *Social Science & Medicine*, 178, 28–37.
13. Hanf M., Van-Melle A., Fraisse F., Roger, A., Carme B., & Nacher M. (2011). Corruption kills: estimating the global impact of corruption on children deaths. *PLoS One*, 6(11), e26990.
  14. Hotărârea Guvernului nr. 116/2020 privind regimul juridic al cadourilor. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2020, nr. 70–74, art. 194 .
  15. Huberts L.W.J.C. (2018). Integrity: What it is and Why it is Important. *Public Integrity*, 20(Sup1), S18-S32. <https://doi.org/10.1080/10999922.2018.1477404>.
  16. Kant Im. (2007). *Întemeierea metafizicii moravurilor*. București, Editura Humanitas.
  17. Kaptein Muel. (2003). The Diamond of Managerial Integrity. *European Management Journal*. 21. 99-108. 10.1016/S0263-2373(02)00157-3.
  18. Kimberly Ann Elliott, ed. Corruption and the Global Economy, INSTITUTE FOR INTERNATIONAL ECONOMICS Washington, DC June 1997.
  19. Legea integrității nr. 82/2017. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2017, nr. 229–243, art. 360.
  20. Legea nr. 132/2016 cu privire la Autoritatea Națională de Integritate. Monitorul Oficial al Republicii Moldov, 2016, nr. 245–246, art. 511.
  21. Legea nr. 133/2016 privind declararea averii și a intereselor personale. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2016, nr. 245–246, art. 513.
  22. Legea nr. 158/2008 cu privire la funcția publică și statutul funcționarului public. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2008, nr. 230–232, art. 840.
  23. Legea nr. 16/2008 cu privire la conflictul de interese. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2008, nr. 94–96, art. 351.
  24. Legea nr. 25/2008 privind Codul de conduită a funcționarului public din Republica Moldova. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2008, nr. 74–75 art. 243.
  25. Lewis M. (2007). Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs*, 26(4), 984-997.
  26. Li Q., An L., Xu J., & Balamoune-Lutz M. (2018). Corruption costs lives: evidence from a cross-country study. *The European Journal of Health Economics*, 19(1), 153-165.
  27. Mill John Stuart (1994). *Utilitarismul*. București, Editura Alternative.
  28. Molina Anthony D. (2016). Ten Recommendations for Managing Organizational Integrity Risk. IBM Center for The Business of Government by Kent State University.
  29. Paine Lynn S. (1994). Managing for Organizational Integrity. *Harvard Business Review* 72(2):106-117
  30. Paladi A., Federiuc V. Etică și elemente de bioetică. (2017) În: *Filosofia medicinei cu elemente de bioetică medicală*. Chișinău, CEP Medicina.



31. Rijckeghem C.V., & Weder B. (1997). (1997). Corruption and the Rate of Temptation: Do Low Wages in the Civil Service Cause Corruption?, *IMF Working Papers*, 1997(073), A001.
32. Rothstein B., Sorak N. (2017). Ethical Codes for the Public Administration. A Comparative Survey. QoG Working Paper Series 2017:12.
33. Sikora A., & Fleischman, A. R. (1999). Physician participation in capital punishment: a question of professional integrity. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, 76(4), 400–408.
34. Tanzi V. (1998). (Corruption Around the World: Causes, Consequences, Scope, and Cures. *Staff Papers (International Monetary Fund)*, 45(4), 559–594. <https://doi.org/10.2307/3867585>
35. Tanzi V., & Schuknecht L. (1997). Reconsidering the Fiscal Role of Government: The International Perspective. *The American Economic Review*, 87(2), 164–168. <http://www.jstor.org/stable/2950906>
36. UN Guide for anti-corruption policies, 2003. UN\_Guide\_corruption.pdf, accesat 26.12.2022.
37. UN's Anti Corruption Tool Kit, 2001.
38. Van-Ha Le Jakob de Haan Erik Dietzenbacher. Do Higher Government Wages Reduce Corruption? Evidence Based on a Novel Dataset, 2013 (sursa: [https://www.cesifo.org/DocDL/cesifo1\\_wp4254.pdf](https://www.cesifo.org/DocDL/cesifo1_wp4254.pdf), accesat: 04.01.2023)
39. Williams B. (1981). Utilitarianism and moral self-indulgence. In *Moral Luck: Philosophical Papers 1973–1980* (pp. 40-53). Cambridge: Cambridge University Press.
40. Zipparo L. (1998). *Ethics: The Key to Good Management*, Independent Commission Against Corruption.

# V.

## REGLEMENTĂRI ÎN DOMENIUL CONTROLULUI DE STAT ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ

- 5.1. Organizarea și efectuarea controlului de stat asupra activității de întreprinzător
- 5.2. Controlul tutunului
- 5.3. Apa potabilă
- 5.4. Cerințele privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare și farmaceutice
- 5.5. Managementul deșeurilor medicale
- 5.6. Cerințele sanitare pentru instituțiile de învățământ
- 5.7. Cerințele privind exploatarea și întreținerea bazinelor de înot și a zonelor de agrement
- 5.8. Supravegherea și controlul produselor cu impact major asupra sănătății publice

### **5.1. Organizarea și efectuarea controlului de stat asupra activității de întreprinzător**

#### **5.1.1. Prevederi generale privind controalele**

Principalul act legislativ care stă la temelia reglementării controlului de stat în domeniul activității de întreprinzător este Legea nr.131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător, adoptată de către Parlamentul Republicii Moldova la data de 8 iunie 2012.

Scopul legii este orientat spre consolidarea cadrului juridic și instituțional în domeniul efectuării controlului de stat asupra activității de întreprinzător și are la bază următoarele obiective:

asigurarea unui nivel înalt de protecție a mediului, vieții, sănătății și proprietății persoanelor;

supravegherea introducerii și a circulației pe piață a produselor în vederea asigurării siguranței acestora;

implementarea sistemului de analiză a riscurilor în baza criteriilor de risc.

În același timp, legea reglementează unele aspecte ce vizează organizarea și desfășurarea controlului, stabilirea principiilor fundamentale ale controlului, precum și stabilirea procedurii de efectuare a controlului.

Noțiunea de control presupune în sine totalitatea acțiunilor de verificare a respectării de către persoanele supuse controlului a prevederilor legislației, realizate de un organ abilitat cu funcții de control sau de către un grup de instituții similare.

Astfel, ținând cont de prevederile noțiunii de bază, se consideră *control* orice formă de verificare, revizie, audit, evaluare și/sau analiză exercitată cu scopul de a constata respectarea legislației și de a verifica unele fapte relevante pentru domeniul de control, la fața locului și/sau prin solicitare directă de la persoana controlată a documentației și a altei informații prin poștă, inclusiv prin poșta electronică sau prin telefon, informație pe care aceasta, în virtutea legii, nu este obligată să o ofere.

La etapa inițierii controlului, organul de control prioritar va lua în considerare posibilitatea efectuării controlului prin solicitare directă de la persoana controlată a documentației și a altei informații aferente procedurii de control. Doar în cazul insuficienței documentației și a informației deținute, pentru a stabili respectarea legislației de către persoana supusă controlului sau având în vedere tipul controlului și analiza riscurilor, organul de control va realiza controlul la fața locului.

De menționat este faptul că pe parcursul desfășurării controlului, poate fi solicitată doar informația care este obligatorie de a fi deținută și acordată conform legii de către persoana supusă controlului.

În cazul efectuării controlului prin solicitare directă de la persoana controlată a documentației și a altei informații, aceasta, în termen de 5 zile lucrătoare de la data recepționării solicitării motivate, este obligată să prezinte organului de control informația și documentele specificate în solicitare. Neprezentarea informației solicitate constituie temei pentru inițierea, în termen de 10 zile lucrătoare, a unui control la fața locului.

În cadrul controlului la fața locului, organul de control nu are dreptul să solicite de la persoana controlată documente și informații care au fost prezentate anterior, în urma solicitării directe de la aceasta a documentației și a altei informații.

### 5.1.2. Tipurile de control

În contextul realizării controlului de stat asupra activității de întreprinzător, conform art. 2 din Legea nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător, sunt stabilite mai multe tipuri de control, inclusiv:

- controlul planificat;
- controlul comun;
- controlul inopinat;

**Controlul planificat** este tipul de control care este realizat de către organul de control pe parcursul unui an calendaristic, în mod planificat.

În acest sens, organul de control, anual, până la finele anului de gestiune, întocmește planul controalelor pentru anul următor.

Acest plan include în sine un număr prestabilit de persoane ce se prevăd a fi verificate pe parcursul unui an calendaristic, cu indicarea obligatorie a perioadei în care ultimele vor fi supuse controlului.

Numărul persoanelor incluse în plan se raportează obligatoriu la suma controalelor posibile și la durata totală a acestora pe parcursul întregului an, precum și la resursele umane și tehnologice disponibile ale organului de control.

Planul controalelor se întocmește de către organul de control, în baza criteriilor de risc stabilite conform particularităților obiectului controlului, persoanelor supuse controlului și ale raporturilor anterioare cu organul de control (data efectuării ultimului control, încălcări anterioare).

Persoanele fizice și juridice care urmează a fi supuse controlului sunt expuse în planul controalelor în ordine descrescătoare a punctajului de risc acumulat, de la cel mai înalt grad de risc la cel mai scăzut, punctajul fiind acordat în baza criteriilor de risc aprobate de către Guvern.

În scop informativ, în plan, obligatoriu, se indică, pentru fiecare persoană, trimestrul în care e preconizat controlul.

Planul respectiv se aprobă prin decizia organului de control și se publică, în mod obligatoriu, pe pagina web oficială a sa și în Registrul de stat al controalelor.

Organele de control nu au dreptul să modifice ordinea controalelor planificate după înregistrarea și publicarea planului controalelor și/sau să efectueze controale planificate în cazul în care acestea nu au fost incluse în plan.

Totodată, potrivit prevederilor art. 14 din Legea nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător, unul și același organ de control nu are dreptul să efectueze controlul planificat mai mult decât o dată într-un an calendaristic asupra uneia și aceleiași persoane sau asupra unuia și aceluiași obiect al controlului în cazul în care persoana deține mai multe obiecte distincte, amplasate separat de sediu și de alte obiecte, cu excepția cazurilor în care se impune o frecvență mai înaltă a controalelor conform metodologiei de planificare a controlului în baza criteriilor de risc, aplicată domeniului de control în cauză.

**Controlul comun** este tipul de control la care participă simultan persoane cu drept de control din partea a două sau mai multe organe de control.

Pentru stabilirea efectuării controalelor comune, organul de control în maximum 5 zile lucrătoare, după aprobarea planului controalelor, dar până la publicarea acestuia, este obligat să-l contrapună planurilor de control ale celorlalte organe de control cu scopul de a identifica agenții economici care sunt incluși în planuri diferite și de a coordona efectuarea controalelor comune, precum și de a introduce ajustările necesare în ordinea de executare a planului.

În acest context, organele de control sunt obligate să decidă prin consens,

exercitarea controlului comun asupra unei persoane supuse controlului, cu notificarea prealabilă a autorității de supraveghere a controalelor.

La inițierea și efectuarea controalelor comune, inspectorilor li se vor emite delegații separate de control de către fiecare organ de control în parte.

Dacă, deși s-a aprobat un control comun, iar unul sau mai multe dintre organele de control împuternicite nu au participat la el, acestea pierd dreptul de a exercita controlul asupra persoanei respective odată cu emiterea procesului-verbal de control de către organul (organele) care a exercitat controlul.

**Controlul inopinat** este definit drept controlul care nu este inclus în planul anual al controalelor și care se efectuează cu scopul verificării respectării cerințelor stabilite de legislație.

În conformitate cu prevederile art. 19 din Legea nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător, organul de control poate decide efectuarea controalelor inopinate asupra unei persoane fizice sau juridice, care practică activitatea de întreprinzător, doar în cazul:

1. deținerii informațiilor/indiciilor, susținute prin probe aflate în posesia organelor de control, despre existența situațiilor de avarie, incident sau încălcare gravă a regulilor de securitate ori siguranță care prezintă un pericol iminent și imediat pentru mediu, viața, sănătatea și proprietatea persoanelor, dacă sunt întrunite următoarele condiții:
  - necesitatea inițierii controlului este motivată în prealabil;
  - poate fi rezonabil stabilit, din informația deținută până la inițierea controlului și din nota de motivare, că doar intervenția inopinată prin control va preveni și/sau stopa încălcările care, în mod iminent, provoacă prejudicii sau că astfel ar putea fi diminuate substanțial prejudiciile deja cauzate;
2. verificării informației, care, conform legii, este raportată în mod obligatoriu, dacă sunt întrunite următoarele condiții:
  - această informație nu a fost prezentată în termenul stabilit de lege sau de un act normativ;
  - organul abilitat cu funcții de control sau organul responsabil de recepționarea informației corespunzătoare nu a primit notificare justificativă din partea persoanei obligate să raporteze informația în termen și/sau această persoană nu a răspuns în termen rezonabil la înștiințarea din partea organului responsabil;
3. verificării informației obținute în cadrul altui control la întreprinzătorul cu care persoana controlată a avut anterior relații economice, dacă sunt întrunite următoarele condiții:

- întreprinzătorul refuză să prezinte informațiile în cauză;
- nu există altă modalitate de obținere a informației în cauză;
- informația dată este decisivă și indispensabilă pentru atingerea scopului controlului inițiat anterior;

4. solicitării directe din partea persoanei care urmează a fi supusă controlului de a fi inițiat controlul.

**REȚINEȚI!** *La inițierea controalelor inopinate în baza temeiurilor stipulate în pct. 1 se va întocmi o notă de motivare.*

Nota de motivare pentru inițierea controlului inopinat trebuie să conțină analiza și argumentarea necesară privind întrunirea condițiilor stabilite de lege. În cadrul notei se va argumenta necesitatea intervenției prin expunerea în detaliu a circumstanțelor și informației ce stau la baza concluziilor și a acțiunilor organului de control, posibilele încălcări ce rezultă din informația și probele deținute până la inițierea controlului și estimarea rezonabilă a pericolului și consecințelor în cazul neintervenției organului de control.

Este de menționat faptul că, în cadrul controlului inopinat pot fi supuse controlului doar aspectele care au servit temei pentru inițierea controlului.

Plângerile, petițiile sau alte sesizări care nu motivează inițierea imediată a unui control inopinat, în baza analizei riscurilor, pot fi luate în considerare la următoarea planificare anuală a controalelor.

Nu servesc drept temei pentru inițierea și desfășurarea de către organul de control a controalelor inopinate informațiile neverificate și/sau provenite dintr-o sursă anonimă.

La fel, controalele inopinate nu pot fi efectuate și în cazul care există orice alte modalități directe sau indirecte de obținere a informației necesare de către organul abilitat cu funcții de control, inclusiv cele deținute de alte organe de supraveghere/control, deținători de registre publice, autorități și instituții publice.

***Controlul în cadrul procedurii de eliberare a actului permisiv și/sau a licenței*** face parte din categoria controalelor inopinate și, în conformitate cu prevederile art. 19<sup>1</sup> din Legea nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător, controlul respectiv se inițiază la solicitare.

Totodată, controlul în cadrul procedurii de eliberare a actului permisiv și/sau a licenței se efectuează doar în cazul în care acest lucru este prevăzut expres de actele legislative în calitate de condiție procedurală pentru eliberarea unui act permisiv și/sau a licenței. În cadrul controlului în cauză, pot fi supuse verificării doar aspectele necesare pentru a stabili întrunirea condițiilor expres și exhaustiv indicate de lege pentru eliberarea unui act permisiv și/sau a licenței. Mai mult, acest control se inițiază în urma solicitării pentru actele respective în cel mult 5

zile de la primirea solicitării de către organul emitent al actului permisiv și/sau a licenței și nu necesită întocmirea delegației de control în acest sens.

Controlul în cadrul procedurii de eliberare a actului permisiv și/sau a licenței are exclusiv aspect consultativ și constatator, astfel încât în cadrul sau în urma acestui control nu pot fi aplicate măsuri restrictive ori sancțiuni, cu excepția cazurilor în care în cadrul controlului se depistează indici ai infracțiunii. În cazul în care persoana care urmează a fi controlată prin control planificat solicită un control în cadrul procedurii de eliberare a actului permisiv și/sau a licenței de la același organ de control, în termenul de la notificarea delegației de control până la efectuarea controlului planificat, organul de control va cumula aceste două acțiuni de control. Controlul respectiv se va efectua asupra aspectelor aferente eliberării actului respectiv, cu aplicarea restricțiilor din prezentul articol. În vederea verificării aspectelor altele decât cele necesare pentru eliberarea actului permisiv și/sau licenței, se vor aplica regulile pentru control planificat stabilite de prezenta lege.

Vizita inspectorului la fața locului, solicitată de agentul economic, cu scopul de preluare a unor mostre necesare pentru eliberarea unui certificat/act ce atestă calitatea, conformitatea sau inofensivitatea unor produse, nu este calificată drept control în sine, cu excepția cazurilor în care această vizită presupune o evaluare mai complexă sau este încadrată într-un proces de supraveghere și control cu o durată mai lungă.

### **5.1.3. Procedura de control**

Organul de control are dreptul să efectueze controlul asupra persoanei supuse controlului doar în cazul în care legea stabilește procedura, durata controlului, precum și dreptul organului de a efectua controlul în cazul și circumstanțele date. Organul de control are dreptul să efectueze controlul doar în privința aspectelor ce țin de competența sa stabilită expres de lege.

Inspectorul exercită controlul asupra persoanei supuse controlului doar în limitele competenței atribuite.

#### ***Delegația de control***

Potrivit art. 20 din Legea nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător, controlul se inițiază și se efectuează în temeiul delegației de control semnate de conducătorul organului abilitat cu funcții de control.

În cazul controalelor planificate, delegația de control se întocmește în temeiul planului controalelor, aprobat și înregistrat. În cazul controalelor inopinate se întocmește delegația de control, în temeiul art. 19, precum și nota de motivare aferentă. La delegația pentru controale inopinate se anexează nota de motivare în baza căreia a fost emisă delegația, astfel încât persoana care urmează a fi supusă controlului să poată lua cunoștință de nota în cauză.

Inspectorii specificați în delegație sunt selectați în mod aleatoriu, luându-se în considerare și specializarea acestora conform domeniului de control aferent. Pentru efectuarea controlului nu pot fi desemnate persoane a căror desemnare este susceptibilă să genereze situații de conflict de interese în sensul Legii nr. 16/2008 cu privire la conflictul de interese.

În cazul controalelor planificate, organul de control va notifica/înștiința, prin expedierea persoanei supuse controlului un exemplar al delegației de control, astfel încât între momentul primirii efective a exemplarului și momentul începerii controlului să treacă cel puțin 5 zile lucrătoare, dar nu mai mult de 15 zile lucrătoare. Delegația de control se comunică persoanei supuse controlului prin orice modalitate care permite organului de control confirmarea recepționării de către persoana respectivă. Comunicarea la adresa electronică indicată a persoanei controlate și recepționarea delegației de control, în format electronic, semnată cu semnătură electronică avansată calificată, se consideră comunicare la sediul acesteia.

Termenul de prezentare a delegației de control prevăzut în cazul inițierii controlului planificat nu se aplică în cazul în care există temeieri pentru efectuarea unui control inopinat. În acest caz, un exemplar al delegației de control, semnată de persoana responsabilă a organului de control, se înmânează, contra semnătură, persoanei care urmează a fi supusă controlului la începutul controlului.

### ***Înregistrarea controalelor***

În scopul asigurării transparenței acțiunilor de control prin furnizarea către toate persoanele interesate a informațiilor aferente controalelor efectuate de către organele de control, precum și realizării atribuțiilor Cancelariei de Stat de monitorizare a controalelor, organele de control sunt obligate să utilizeze platforma electronică *Registrul de stat al controalelor*.

În cazul controalelor planificate, organul de control este obligat, în cel mult 5 zile lucrătoare de la data aprobării planului controalelor, să includă în Registrul de stat a controalelor datele privind denumirea (numele) persoanei și a obiectului supusă controlului și punctajul curent de risc atribuit, precum și numărul și data aprobării planului de control, iar cu cel puțin 5 zile lucrătoare înainte de data începerii controlului, să includă informația cu privire la: numărul, data și ora emiterii delegației de control, durata controlului, tipul controlului, scopul și aspectele care urmează să fie supuse controlului.

La încheierea controlului, organele de control sunt obligate să includă în Registrul de stat al controalelor informația ce vizează data introducerii informației privind controlul efectuat, procesul-verbal de control, precum și nota de motivare în cazul controlului inopinat.

La procesul-verbal de control se atașează copiile scanate ale documentelor, explicațiile scrise ale persoanei supuse controlului și/sau ale angajaților acesteia



și ale altor materiale ce țin de controlul în cauză și care au fost anexate la procesul-verbal de control.

### ***Dreptul de a începe controlul și durata controlului***

Conform prevederilor art. 21 alin. (1) din Legea nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător, inspectorul are dreptul să înceapă controlul doar în cazul în care sunt întrunite cumulativ următoarele condiții:

- prezentarea legitimației;
- înmânarea exemplarului delegației de control;
- existența probelor care demonstrează prezența unuia sau a mai multor temeuri, în cazul controalelor inopinate, cu anexarea notei de motivare, după caz;
- expirarea termenului minim de notificare/înștiințare, în cazul controalelor planificate;
- înregistrarea delegației de control în Registrul de stat al controalelor.

În același timp, controlul poate fi exercitat doar de inspectorii specificați expres în delegația de control și doar în timpul programului de activitate al persoanei controlate sau al subdiviziunii acesteia.

Controlul poate fi desfășurat de minimum 2 inspectori, delegați de la același organ de control sau de la mai multe organe de control, în cazul controalelor comune. În cazul prezenței unui singur inspector, controlul nu poate fi început, iar persoana controlată are dreptul să refuze accesul la obiect pentru inițierea controlului comun.

Indiferent de temeiul invocat și de tipul controlului, acesta nu poate fi efectuat și delegația de control nu mai este valabilă la expirarea a 5 zile calendaristice de la data începerii controlului.

În cazul controalelor inopinate, termenul de 5 zile poate fi prelungit cu încă 5 zile de către conducătorul organului de control în baza unei decizii motivate, care poate fi contestată de către persoana supusă controlului.

### ***Desfășurarea procedurii de control***

Controlul se desfășoară doar în baza și în limitele listei de verificare aplicabile pentru domeniul, tipul și obiectul de control în cauză.

Lista de verificare poate fi aplicată doar în cazul în care este aprobată prin actul normativ al autorității publice centrale cu competențe în domeniul de control, la propunerea organului de control corespunzător și în urma consultărilor publice. Lista de verificare aprobată este publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova și pe pagina web oficială a organului de control.

## ***Încheierea procedurii de control***

Procedura de control se încheie prin întocmirea de către inspectorii a unui proces-verbal de control, care se completează și se semnează de toți inspectorii indicați în delegația de control, la locul efectuării controlului.

Procesul-verbal de control este documentul prin care se confirmă faptul desfășurării controlului și în care se conține toată informația cu privire la controlul desfășurat, la procedurile aplicate și constatările în urma acestuia, prescripțiile și recomandările înaintate în baza constatărilor, măsurile restrictive aplicate și sancțiunile stabilite în urma controlului.

Procesul-verbal de control se întocmește în 2 exemplare, iar în cazul constatării semnelor componente de infracțiune – în 3 exemplare, se numerotează și se semnează pe fiecare pagină de toți inspectorii care au efectuat controlul și de persoana supusă controlului.

În cazul în care procesul-verbal de control se întocmește în formă electronică, actul se semnează cu semnătură electronică de către toți inspectorii și de către persoana supusă controlului.

Un exemplar al procesului-verbal de control se înmânează persoanei supuse controlului, cu efectuarea unei mențiuni scrise despre aceasta pe al doilea exemplar, confirmată prin semnătura persoanei ce recepționează procesul-verbal.

În cazul controalelor comune, fiecare organ de control întocmește proces-verbal de control propriu. În același timp, procesele-verbale de control emise în cadrul controlului comun se întocmesc prin coordonare reciprocă între organele de control care au participat la efectuarea controlului comun și conțin suplimentar următoarea informație: organul de control în comun cu care s-a desfășurat controlul; numele, prenumele inspectorilor care au participat din partea fiecărui organ de control; numărul și data procesului-verbal de control emis de organul de control în comun cu care s-a desfășurat controlul.

Dacă persoana supusă controlului refuză să semneze și/sau să primească procesul-verbal de control, sub semnătura inspectorilor se face mențiunea respectivă.

Procesul-verbal de control, în format electronic, care nu a fost semnat de persoana supusă controlului se transmite acesteia prin orice modalitate care permite organului de control confirmarea recepționării procesului-verbal de către persoana controlată. Comunicarea și recepționarea procesului-verbal, semnat cu semnătură electronică avansată calificată la adresa electronică indicată de persoana supusă controlului, se consideră comunicare la sediul acesteia.

Procesul-verbal de control intră în vigoare la data comunicării lui persoanei vizate dacă nu a fost contestat conform prevederilor stabilite prin legislație.

#### 5.1.4. Clasificarea încălcărilor și măsurile de constrângere aplicate

Acțiunile organului de control și măsurile aplicate în cadrul controlului sunt raportate la următoarele niveluri de încălcări ale legislației:

**a) minore** – încălcări ale legislației a căror înlăturare poate avea loc fără ca activitatea curentă a persoanei să fie afectată și care nu creează pericol iminent pentru mediu, viața, sănătatea și proprietatea persoanelor;

**b) grave** – încălcări ale legislației a căror înlăturare nu este posibilă în timpul controlului, fiind necesară și posibilă alocarea unei perioade de timp pentru acțiuni de înlăturare și care creează pericol iminent, dar nu imediat, pentru mediu, viața, sănătatea și proprietatea persoanei controlate și/sau a angajaților acesteia ori creează pericol iminent, dar nu imediat, pentru societate, care, dacă nu este înlăturat în termenul indicat, va deveni imediat;

**c) foarte grave** – încălcări ale legislației a căror înlăturare nu este posibilă în timpul controlului, însă acțiuni în acest sens necesită a fi întreprinse imediat, și care creează pericol iminent și imediat pentru mediu, viața, sănătatea și proprietatea persoanei controlate și/sau angajații acesteia ori creează pericol iminent și imediat pentru societate. Acest tip de încălcări sunt echivalente cu încălcări foarte grave încălcările grave care nu au fost înlăturate în termenul indicat în prescripție.

Măsurile de constrângere prevăzute de legea privind controlul de stat al activității de întreprinzător reprezintă acțiuni și/sau inacțiuni dispuse de către organul de control cu scopul eliminării sau diminuării unui pericol iminent și imediat pentru mediu, viața, sănătatea și proprietatea oamenilor, constatat în cadrul controlului.

În funcție de prevederile legilor speciale, aceste măsuri se prescriu persoanei supuse controlului în formă de restricții ale unor activități, de restricție a utilizării sau punerii la dispoziție pentru consumatori a unor bunuri ori în formă de impunere a unor acțiuni și pot fi identificate ca măsuri corective, măsuri coercitive și măsuri procesuale de constrângere.

Măsurile de constrângere se prescriu și se impun în corespundere cu nivelurile de încălcări ale legislației.

În cazul **încălcărilor minore** pot fi emise doar prescripții în baza cărora se recomandă și se indică modalități de înlăturare a încălcărilor, însă nu pot fi aplicate sancțiuni prevăzute de legea contravențională sau de altă lege și nu pot fi aplicate alte măsuri restrictive.

Organul de control este obligat să stabilească termenul pentru îndeplinirea prescripției, ținând cont de complexitatea acțiunilor ce urmează a fi efectuate, de gradul de pericol al încălcărilor care necesită a fi înlăturate, de posibilitățile persoanei controlate de a îndeplini acțiunile prescrise, precum și de prescripțiile anterioare, emise în cazuri similare. Termenul de executare a prescripției nu poate fi mai mic de 30 de zile lucrătoare și mai mare de 90 de zile lucrătoare.

Persoana supusă controlului este obligată să înlătore în termenul stabilit expres în prescripție încălcările indicate, cu prezentarea organului care a emis

prescripția confirmărilor de rigoare privind înlăturarea încălcărilor legislației.

În cazul în care se constată înlăturarea încălcărilor de către persoana controlată, inspectorul face mențiunea corespunzătoare în procesul-verbal de control. Dacă, în urma verificării, este necesară prescrierea suplimentară a unor măsuri sau constatarea contravenției, inspectorul întocmește un proces-verbal suplimentar, conex cu procesul-verbal de control inițial, îl completează cu mențiunea faptului verificării, cu date despre procesul-verbal de control inițial, cu constatările obținute în urma verificării și cu măsurile aplicate. Procesul-verbal suplimentar este semnat de inspectori și de persoana controlată, se anexează la procesul-verbal de control inițial și se înregistrează în Registrul de stat al controalelor.

Dacă persoana supusă controlului nu înlătură încălcările legislației în termenul stabilit, organul de control care a emis prescripția, în funcție de gradul de pericol constat, conform limitelor stabilite, poate emite altă prescripție, cu sau fără măsuri restrictive, și/sau poate aplica sancțiuni prevăzute de lege.

În cazul **încălcărilor grave**, pe lângă recomandările de înlăturare și oferire a termenului în care se vor înlătura încălcările, pot fi aplicate sancțiuni în conformitate cu prevederile Codului contravențional al Republicii Moldova nr. 218/2008, însă nu pot fi aplicate măsuri restrictive.

La aplicarea sancțiunilor contravenționale, agentul constatator va întocmi un proces-verbal cu privire la contravenție. Procesul-verbal se semnează pe fiecare pagina de agentul constatator, de contravenient și de victimă, dacă aceasta există. Copia de pe procesul-verbal se înmânează persoanei în a cărei privință a fost pornit procesul contravențional și victimei, la cerere.

În cazul procesului-verbal încheiat în absența persoanei în a cărei privință a fost pornit procesul contravențional, ultima este invitată printr-o citație de a se prezenta la sediul organului constatator pentru a soluționa cauza contravențională, la care, obligatoriu, se anexează și copia procesului-verbal.

În procesul-verbal nu se admit rectificări, completări sau alte modificări. În cazul necesității unor astfel de acțiuni, se încheie un nou proces-verbal în care se face consemnarea respectivă.

La procesul-verbal cu privire la contravenție, pentru încălcările prevăzute la art. 76<sup>1</sup>, art. 77 alin. (1)–(7), art. 77<sup>1</sup>, art. 79 alin. (1) și (5), art. 80 alin. (1), (3) și (4), art. 82, art. art. 91<sup>1</sup>, art. 268, art. 273 pct. 4), 6)–8), 10), 12)–14), art. 278, 279 și art. 364<sup>1</sup>, atribuite în competența ANSP, conform art. 406 din Codul contravențional al Republicii Moldova nr. 21/2008, se întocmește un plan de remediere după un formular stabilit. Întocmirea procesului-verbal cu privire la contravenție în lipsa planului de remediere atrage nulitatea procesului-verbal.

Planul de remediere fixează, cu titlu de recomandare, măsuri de remediere și termenul realizării acestora în vederea conformării contravenientului cu cerințele legislației. Perioada de remediere se stabilește între 30 și 90 de zile lucrătoare de la data comunicării procesului-verbal cu privire la contravenție.

Agentul constatator nu întocmește planul de remediere în cazul în care:

1. contravenientul înlătură imediat încălcarea constatată;
2. în termen de 3 luni de la data realizării unei măsuri de remediere din planul de remediere, contravenientul săvârșește din nou contravenția pentru care aceasta a fost stabilită;
3. contravenientului i-au fost emise prescripții pentru aceleași încălcări de către organul de control, conform Legii nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător, iar acesta nu le-a executat în termenul stabilit;
4. încălcarea este iremediabilă.

În cazul **încălcărilor foarte grave** se indică modalitățile de înlăturare, se aplică, după caz, sancțiuni și/sau măsuri restrictive în conformitate cu prevederile legii.

Dacă prin măsură restrictivă se prescrie suspendarea sau retragerea actului permisiv și/sau a licenței, organul de control care prescrie măsura restrictivă în cauză este obligat să se adreseze în decurs de 3 zile lucrătoare în instanța de judecată competentă pentru a valida prescrierea suspendării sau retragerii actului permisiv și/sau a licenței. În caz de nerespectare a acestui termen, în conformitate cu prevederile art. 17 din Legea nr. 235/2006 cu privire la principiile de bază de reglementare a activității de întreprinzător, suspendarea se anulează.

Agentul economic asupra căruia s-a aplicat măsura restrictivă privind suspendarea (limitarea) activității de întreprinzător este obligat să pună în aplicare această măsură până la adoptarea de către instanța de judecată a unei hotărâri definitive. Decizia autorității privind suspendarea (limitarea) activității de întreprinzător încetează dacă, prin hotărârea instanței de judecată, aceasta a fost anulată.

În cazul în care se identifică existența unui risc grav privind anumite produse destinate consumatorilor, care nu poate fi înlăturat, organul de control prescrie agentului economic măsuri privind retragerea produsului de pe piață, rechemarea produsului sau interzicerea punerii la dispoziție pe piață a acestuia.

## 5.2. Controlul tutunului

Consumul produselor din tutun și a celor conexe se numără printre cele mai frecvente cauze, care contribuie, în mod semnificativ, la mortalitatea prematură, devenind, astfel, o problemă majoră de sănătate publică.

Procesul fumatului unei țigări prin arderea incompletă sau încălzirea tutunului produce până la 2 litri de fum, în care se formează cca 4000 de compuși chimici, dintre care mai bine de 3000 reprezintă substanțe toxice pentru om, iar 70 dintre ele, cum ar fi nicotina, gudronul, monoxidul de carbon, benzenul, arsenul, aldehida formică, hidrocarburile policiclice aromatice, poloniul-210, radonul, etc., ajung și se acumulează în cantități ridicate în organism și provoacă diferite stări patologice, inclusiv cancer.

Fumatul contribuie semnificativ la creșterea incidenței globale a bolilor netransmisibile, inclusiv la creșterea incidenței prin cancer, și la sporirea prevalenței pacienților cu boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boală pulmonară obstructivă cronică, astm bronșic, diabet, boli ale aparatului digestiv, în special cu ulcer stomacal, ciroze și cancer hepatic etc.

În contextul reducerii poverii fumatului asupra nivelului sănătății publice, Republica Moldova, începând cu 3 mai 2009, a devenit parte la Convenția Cadru a OMS privind controlul tutunului. Din acel moment, autoritățile statului au responsabilitatea de a implementa prevederile Convenției, prin transpunerea acestora în legislația națională și punerea lor de facto în aplicare.

În acest sens, în Republica Moldova, pe parcursul ultimilor decenii au fost elaborate și adoptate mai multe acte normative ce reglementează controlul tutunului.

Principalul act normativ care reglementează activitățile de control al tutunului, adoptat în plan național este Legea nr. 278/2007 privind controlul tutunului. Scopul legii în cauză este axat pe asigurarea de către stat a condițiilor necesare pentru protejarea sănătății populației de consecințele consumului produselor din tutun și al produselor conexe și de expunerea la fumul de tutun.

În scopul punerii în aplicare a prevederilor legii menționate, Guvernul a aprobat un șir de regulamente sanitare prin care sunt stabilite cerințe și norme în ceea ce privește fabricarea, prezentarea și vânzarea produselor din tutun și a produselor conexe.

Astfel, prin Hotărârea Guvernului nr. 1065/2016 pentru aprobarea regulamentelor sanitare privind produsele din tutun și produsele conexe, dispozitivele și accesoriile de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora au fost aprobate și puse în aplicare următoarele regulamente:

a) Regulamentul sanitar privind ingredientele din produsele din tutun și din produsele conexe;

b) Regulamentul sanitar privind notificarea și raportarea informației despre produsele din tutun și produsele conexe;

c) Regulamentul sanitar privind comercializarea tutunului nefermentat și a tutunului fermentat, a produselor din tutun și a produselor conexe.

Ulterior, prin Hotărârea Guvernului nr. 613/2017, a fost aprobat regulamentul sanitar privind avertismentele de sănătate și etichetarea produselor din tutun, a tutunului destinat rulării în țigarete și a produselor conexe, concomitent fiind aprobată și biblioteca electronică de avertismente de sănătate combinate.

### ***Ingredientele din produsele din tutun și din produsele conexe***

Produsele din tutun autohtone și cele importate, care sunt plasate pe piața de desfacere a Republicii Moldova, nu trebuie să conțină în componența lor ingrediente incluse în lista ingredientelor/substanțelor stabilite prin regulamentul

sanitar privind ingredientele din produsele din tutun și din produsele conexe, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1065/2016.

În același timp, în conformitate cu prevederile art. 11 din Legea nr. 278/2007 privind controlul tutunului, este interzisă plasarea pe piață a produselor din tutun care conțin:

- vitamine sau alți aditivi care creează impresia că un produs din tutun are un efect benefic asupra sănătății sau prezintă riscuri mai mici pentru sănătate;
- cafeină, taurină sau alți aditivi și compuși stimulanți care sunt asociați cu energia și vitalitatea;
- aditivi cu proprietăți colorante pentru emisii;
- aditivi care contribuie la toxicitate sau la potențialul de dependență și care au proprietăți cancerigene, mutagene sau toxice pentru reproducere în formă nearsă;
- în cazul produselor din tutun pentru fumat, aditivi care facilitează inhalarea sau absorbția nicotinei.

La fel, în conformitate cu prevederile legii menționate supra, este interzisă și plasarea pe piață a produselor din tutun care conțin arome în oricare dintre componentele lor, cum ar fi: filtrele, hârtiile, ambalajele, capsulele, sau ale căror caracteristici tehnice permit modificarea mirosului sau a gustului produselor din tutun respective ori modificarea intensității arderii.

### ***Notificarea și raportarea informației despre produsele din tutun și produsele conexe.***

Produsele din tutun și produsele conexe sunt plasate pe piața Republicii Moldova doar după notificarea informației despre acestea.

Informația despre emisiile din produsele din tutun și produsele conexe se prezintă pentru a evalua atractivitatea, potențialul de dependență și toxicitatea produselor din tutun și a produselor conexe, precum și riscurile pentru sănătate asociate consumului acestor produse.

Producătorii și/sau importatorii de produse din tutun și/sau de produse conexe sunt obligați să notifice Agenția Națională pentru Sănătate Publică despre orice produs nou din tutun, produs din tutun cu compoziția modificată sau produs conex nou sau cu compoziția modificată pe care intenționează să-l plaseze pe piață. Procedura de notificare se realizează cu 90 de zile înainte de data preconizată pentru plasarea acestora pe piață.

Notificarea se transmite în adresa ANSP, în format electronic, care, la rândul său, în termen de cel mult 30 de zile calendaristice, este obligată să informeze producătorii și/sau importatorii despre recepționarea informațiilor stabilite.

Se interzice plasarea pe piață a produselor noi din tutun, a produselor din tutun cu compoziția modificată și a produselor conexe noi sau cu compoziția modificată, dacă nu sunt respectate obligațiile de notificare a acestora sau notificările prezentate nu sunt conforme prevederilor legale.

În același timp, agenții economici care produc și/sau importă tutun și produse din tutun sunt obligați să prezinte Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, anual, până la data de 31 mai a anului în curs, informația ce se referă la activitatea din anul precedent.

Agenția Națională pentru Sănătate Publică analizează informația prezentată de agenții economici, plasând și actualizând sistematic pe pagina web oficială a instituției informația ce prezintă interes public privind produsele din tutun și asigurând, totodată, protecția informației care constituie secret comercial.

### **Ambalarea și etichetarea produselor din tutun**

În conformitate cu prevederile Legii nr. 278/2007 privind controlul tutunului, precum și a regulamentului sanitar privind avertismentele de sănătate și etichetarea produselor din tutun, a tutunului destinat rulării în țigarete și a produselor conexe, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 613/2017, pe fiecare pachet unitar și pe orice ambalaj exterior al produselor din tutun, al tutunului destinat rulării în țigarete și al produselor conexe, autohtone sau de import, plasate pe piața Republicii Moldova, sunt imprimate avertismente de sănătate. Textele avertismentelor trebuie să fie imprimate obligatoriu în limba de română.

Avertismentele de sănătate sunt imprimate, astfel încât să fie clare și să asigure vizibilitatea și integritatea lor grafică. Imprimarea avertismentelor de sănătate este efectuată în modul în care acestea să nu poată fi detașate, șterse și nici ascunse, acoperite sau întrerupte de alte inscripții sau imagini, inclusiv marcaje de preț, marcaje de trasabilitate, marcaje de urmărire/monitorizare a locației și statutului proprietății produselor în tranzit, ori să nu-și piardă coerența în urma deschiderii pachetului unitar. Avertismentele de sănătate sunt tipărite cu vopsea care nu se șterge și cu litere minuscule, cu excepția primei litere a primului cuvânt al textului.

Pe fiecare pachet unitar, precum și pe orice tip de ambalaj exterior vor fi imprimate două tipuri de avertismente de sănătate:

a) Avertismentul general, care include textul: „Fumatul ucide. Renunță acum!”, precum și mesajul de informare „Fumul de tutun conține peste 70 de substanțe ce cauzează cancer”, care se încadrează într-un chenar negru cu lățimea de 1 mm.

b) Avertismentul de sănătate combinat, care este compus dintr-un avertisment textual din cele 14 avertismente, stabilite la art.16 alin. (5) din Legea nr. 278/2007 privind controlul tutunului, și o imagine color corespunzătoare textului, specificată în biblioteca electronică de avertismente de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 613/2017.

**Avertismentele de sănătate generale și cele combinate la etichetarea produselor din tutun pentru fumat și a tutunului destinat rulării în țigarete se aplică după cum urmează:** textul avertismentului general „Fumatul ucide.



Renunță acum!" se imprimă în partea de jos pe una din fețele laterale ale pachetului unitar și ale ambalajului exterior și acoperă 30% din partea laterală pe care este imprimat, iar mesajul de informare „Fumul de tutun conține peste 70 de substanțe ce cauzează cancer” este imprimat în partea de jos pe cealaltă parte laterală a pachetului unitar și a ambalajului exterior și acoperă 30% din partea laterală pe care este imprimat. În cazul tutunului destinat rulării în țigarete, textul avertismentului, precum și mesajul de informare se imprimă pe suprafața care devine vizibilă la deschiderea pachetului.

Avertismentul de sănătate combinat urmează a fi imprimat atât pe aria externă a feței anterioare, cât și pe aria externă a feței posterioare a fiecărui pachet unitar și a fiecărui ambalaj exterior și trebuie să acopere 65% din aria externă a feței anterioare și a celei posterioare ale pachetului unitar și ale oricărui tip de ambalaj exterior pe care este imprimat. Avertismentul de sănătate combinat se încadrează într-un chenar negru cu lățimea de 1 mm și este plasat în partea de sus a feței anterioare și în partea de jos a feței posterioare ale pachetului unitar și ale ambalajului exterior și pe aceeași linie de orientare cu alte informații care apar pe ambalaj.

**La etichetarea produselor din tutun pentru fumat, altele decât țigarele, tutunul de rulat și tutunul pentru narghilea,** pe fiecare pachet unitar și pe orice ambalaj exterior, se imprimă avertismentul general „Fumatul ucide. Renunță acum!” și unul dintre cele 14 avertismente textuale stabilite la art.16 alin.(5) din Legea nr. 278/2007 privind controlul tutunului.

Avertismentul general se imprimă pe suprafața cea mai vizibilă a pachetului unitar și pe orice ambalaj exterior și trebuie să acopere cel puțin 30% din suprafața relevantă a pachetului unitar și a ambalajului exterior și va fi însoțit de informația care va cuprinde numărul de telefon, adresa de e-mail și/sau a paginii web oficiale a instituției publice, care va informa consumatorii despre programele disponibile de susținere a persoanelor care doresc să renunțe la fumat. Avertismentul textual se imprimă pe suprafața următoare, în ordinea vizibilității, a pachetului unitar și a oricărui ambalaj exterior și trebuie să ocupe cel puțin 40% din suprafața relevantă a pachetului unitar și a ambalajului exterior.

La etichetarea produselor de tutun care nu arde, pe fiecare pachet unitar și pe orice ambalaj exterior al produselor se imprimă avertismentul de sănătate: „Acest produs din tutun dăunează grav sănătății și creează dependență”, însoțit de informația care va cuprinde numărul de telefon, adresa de e-mail și/sau a paginii web oficiale a instituției publice, care va informa consumatorii despre programele disponibile de susținere a persoanelor care doresc să renunțe la fumat. Avertismentul de sănătate, în mod obligatoriu, se imprimă pe două cele mai mari suprafețe ale pachetului unitar și ale oricărui ambalaj exterior și trebuie să acopere cel puțin 30% din suprafețele relevante ale pachetului unitar și ale ambalajului exterior.

## Publicitatea și promovarea prin sponsorizare a produselor din tutun

Orice formă, directă sau indirectă, de publicitate în favoarea produselor din tutun, a produselor conexe, a dispozitivelor și a accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora, inclusiv publicitatea la radio și televiziune, în presa scrisă, în serviciile cinematografice și video, prin media electronică, telefonie mobilă și fixă, ceea ce include, dar nu se reduce la publicitatea exterioară și cea din interiorul spațiilor publice închise și semiînchise, în special publicitatea în exteriorul și interiorul locurilor de vânzare angro și cu amănuntul a produselor din tutun, a produselor conexe, a dispozitivelor și a accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora, publicitatea în localurile în care se prestează servicii, publicitatea în sau pe mijloacele de transport și prin intermediul trimiterilor poștale, precum și publicitatea pe accesoriile pentru fumat pe teritoriul Republicii Moldova este interzisă.

Totodată, agenților economici din industria tutunului li se interzice inițierea sau participarea la acțiuni de sponsorizare ori la acțiuni filantropice în urma cărora fie numele agentului economic, marca comercială a produsului din tutun, a produsului conex, a dispozitivelor și a accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora și oricare alte referințe la mărcile produselor din tutun, ale produselor conexe, ale dispozitivelor și accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora pot deveni vizibile, fie orice altă informație despre relația acestuia cu evenimentul devine publicitară.

De asemenea, în conformitate cu prevederile art. 21 din Legea nr. 278/2007 privind controlul tutunului, pe teritoriul Republicii Moldova, se interzice:

- utilizarea mărcilor comerciale ale produselor din tutun, ale produselor conexe, ale dispozitivelor și ale accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora la promovarea altor produse sau servicii, precum și a mărcilor comerciale ale altor produse sau servicii la promovarea produselor din tutun, a produselor conexe, a dispozitivelor și accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora;
- utilizarea accesoriilor pentru fumat (scrumiere, brichete), a dispozitivelor și a accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau încălzire a produselor din tutun și a produselor conexe în scopul promovării directe sau indirecte a produselor din tutun și a produselor conexe;
- oferirea promoțională sau în calitate de cadou a produselor din tutun, a produselor conexe, a dispozitivelor și a accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora.

Nu cad sub incidența publicității și promovării prin sponsorizare a produselor din tutun folosirea de imagine a mărcii comerciale și a logotipului produsului de tutun plasate în interiorul sediului principal al agentului economic care produce, importă sau comercializează angro produse din tutun, produse conexe, dispozitive și accesorii de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora,

precum și a materialelor promoționale destinate exclusiv pentru a fi distribuite producătorilor, importatorilor și vânzătorilor produselor menționate anterior.

### **Comercializarea produselor din tutun și a produselor conexe**

Plasarea pe piață a produselor din tutun și a produselor conexe se va efectua în baza actelor permissive sanitare prevăzute de legislația în vigoare a Republicii Moldova. Este interzisă plasarea pe piață a produselor din tutun și a produselor conexe în lipsa avizului sanitar eliberat în conformitate cu prevederile Legii nr. 10/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice.

Producătorii și importatorii produselor noi din tutun și ai produselor conexe noi sau ai produselor menționate cu compoziția modificată le pot plasa pentru comercializare pe piața Republicii Moldova numai după notificarea lor la Agenția Națională pentru Sănătate Publică, în conformitate cu prevederile Regulamentului sanitar privind notificarea și raportarea informației despre produsele din tutun și produsele conexe și eliberarea avizului sanitar.

Potrivit prevederilor legislației naționale, se interzice plasarea pe piață a următoarelor categorii de produse din tutun care nu arde: tutun pentru uz oral, tutun pentru mestecat și tutun pentru uz nazal.

În conformitate cu prevederile art. 25 din Legea nr. 278/2007 privind controlul tutunului, se interzice comercializarea produselor din tutun, a produselor conexe, a dispozitivelor și a accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora:

- persoanelor și de către persoanele cu vârsta de până la 18 ani;
- prin rețeaua de comerț ambulant, la tarabe sau tejghele improvizate, prin automate comerciale;
- prin internet;
- fără documente justificative, eliberate de producători sau importatori, care să demonstreze proveniența și să asigure trasabilitatea produselor din tutun, a produselor conexe, a dispozitivelor și a accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora;
- în alt ambalaj decât cel original al producătorului sau cu ambalajul deteriorat;
- în pachete unitare care conțin mai puțin de 20 de țigarete, din pachete unitare deschise sau la bucată;
- în pachete de stil „ruj de buze” sau în pachete care fac asociere cu produsele alimentare sau cosmetice ori cu jucării.

În același timp, se interzice comercializarea produselor alimentare, a jucăriilor și a altor produse care fac asociere cu produsele din tutun.

Începând cu data de 15 august 2020, în unitățile de comerț angro și cu amănuntul, este interzisă expunerea la vedere a produselor din tutun, inclusiv a țigaretelor cu filtru, țigaretelor fără filtru, țigărilor de foi (cigarillos), a produselor conexe și a dispozitivelor, precum și a accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau

încălzire a acestora, în care publicul larg are posibilitatea vizualizării acestor mărfuri și produse. În acest sens unitățile ce comercializează produse din tutun, produse conexe, dispozitive și accesorii de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora sunt obligate să asigure păstrarea produselor menționate în spații închise, în așa fel ca acestea să nu fie expuse în mod vizibil în spațiile comerciale accesibile publicului.

### **Protecția împotriva expunerii la fumul de tutun și la aerosolul de produs din tutun**

În scopul protecției împotriva expunerii la fumul de tutun și la aerosolul de produs din tutun sau de produs conexe, în conformitate cu prevederile art. 26 din Legea nr. 278/2007 privind controlul tutunului, fumatul este interzis în anumite locuri și localuri de uz comun, și anume:

- în toate spațiile publice închise și semiînchise, inclusiv în locurile de uz comun, la locurile de muncă, indiferent de tipul de proprietate și modul de acces;
- în toate spațiile publice deschise administrate de instituțiile medico-sanitare, instituțiile de învățământ, autoritățile publice centrale și locale, inclusiv pe teritoriile aferente acestora;
- în raza de 10 m de la intrarea deschisă în spațiile publice închise, inclusiv în locurile de uz comun, și la locurile de muncă, de la ferestrele deschise și de la locurile/instalațiile de captare a aerului pentru spațiile publice închise și pentru locurile de muncă;
- în parcurile de distracții și pe terenurile de joacă pentru copii;
- pe stadioane, arene, în piețe și alte spații publice deschise pe durata evenimentelor publice distractive sau de alt gen;
- sub acoperișul stațiilor de transport public;
- în mijloacele de transport public și în mijloacele de transport private în care se află minori.

Proprietarii sau managerii spațiilor publice, ai locurilor de muncă, ai mijloacelor de transport public, indiferent de tipul de proprietate și modul de acces, în care fumatul este interzis, au obligația să afișeze la intrare în încăperi/spații/mijloacele de transport public, în cel mai vizibil loc, semnul unic de interdicere a fumatului, conform standardului ISO 7010:2011, o țigaretă aprinsă într-un cerc roșu, barată de o linie roșie transversală, care poate fi însoțit de avertismentul – „Fumatul este interzis. Fumatul în încăperi/spații/transportul public contravine legii” în același timp, aceștia sunt obligați să avertizeze persoanele care fumează în locuri interzise despre interdicția fumatului, iar în cazul neconformării acestora, să anunțe poliția.

## Măsuri restrictive în domeniul controlului tutunului

Producătorii, importatorii și distribuitorii produselor din tutun pentru fumat și ai produselor conexe, inclusiv ai țigaretelor electronice și flacoanelor de reumplere a acestora, plasate pe piață, sunt responsabili pentru asigurarea corespunderii lor cu prevederile legislației în vigoare și poartă răspundere juridică corespunzătoare pentru încălcarea acestora.

Pentru încălcarea legislației în domeniul controlului tutunului factorii de decizie implicați în fabricarea, importul și comercializarea produselor din tutun, produselor conexe, dispozitivelor și accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora, sunt pasibili de a fi supuși răspunderii contravenționale în baza art. 91<sup>1</sup> din Codul contravențional al Republicii Moldova nr. 218/2008.

Totodată, agenții economici care încalcă prevederile legale riscă să rămână fără licență pentru importul, fabricarea și comercializarea tutunului și a produselor din tutun în următoarele cazuri:

- plasarea pe piață a produselor din tutun neetichetate conform cu legislația privind plasarea pe piață a produselor din tutun și fără aplicarea sau cu aplicarea neconformă a avertismentelor de sănătate;
- nerespectarea legislației privind interzicerea publicității în favoarea produselor din tutun și privind interzicerea sponsorizării produselor din tutun;
- nerespectarea legislației privind prezentarea informației/raportarea despre tutun și produsele din tutun și despre activitățile legate de aceste produse.

Retragerea licenței se efectuează de către organul de licențiere la sesizarea organelor constatatoare privind încălcările specificate supra, conform procedurii prevăzute de legislația în vigoare.

## 5.3. Apa potabilă

Apa potabilă sigură este un factor indispensabil pentru sănătatea populației, iar accesul la apă de bună calitate și în cantități suficiente asigură o mai bună protecție a sănătății publice.

Calitatea apei este determinată de un șir de indicatori organoleptici, chimici și microbiologici, care până la urmă pot avea consecințe nefaste asupra stării de sănătate.

În scopul îmbunătățirii accesului populației la surse sigure de apă de băut, pe parcursul ultimelor decenii au fost elaborate și aprobate un șir de acte normative. Astfel, prin Legea nr. 207/2005 a fost ratificat Protocolul privind Apa și Sănătatea la Convenția din 1992 privind protecția și utilizarea cursurilor de apă transfrontaliere și a lacurilor internaționale, adoptat la Londra la 17 iunie 1999 și semnat de Republica Moldova la 10 martie 2000. Ulterior, prin Hotărârea Guvernului nr.

1063/2016 a fost aprobat Programul Național pentru implementarea Protocolului privind Apa și Sănătatea în Republica Moldova pentru anii 2016–2025.

Totodată, în scopul reglementării cerințelor de sănătate publică față de calitatea apei, amenajarea și exploatarea instalațiilor de captare, acumulare și distribuire a apei de către Guvern au fost aprobate: Normele sanitare privind calitatea apei potabile (Hotărâre Guvernului nr. 934/2007); Regulamentul privind zonele de protecție sanitară a prizelor de apă (Hotărârea Guvernului nr. 949/2013) și Regulamentul sanitar privind sistemele mici de alimentare cu apă potabilă (Hotărârea Guvernului nr. 1466/2016).

La fel, în scopul stabilirii cadrului legal privind calitatea apei potabile, armonizat la directivele UE de către Parlamentul Republicii Moldova a fost adoptată Legea nr. 182/2019 privind calitatea apei potabile, care transpune Directiva 98/83/CE a Consiliului din 3 noiembrie 1998 privind calitatea apei destinate consumului uman.

### ***Condițiile de calitate și controlul calității apei potabile***

În conformitate cu prevederile Legii nr.182/2019, apa potabilă trebuie să fie sanogenă și curată, să fie lipsită de microorganisme, paraziți sau substanțe care, prin număr sau concentrație, constituie un pericol potențial pentru sănătatea umană.

Calitatea apei potabile (inclusiv a apei calde) trebuie să corespundă valorilor stabilite pentru parametrii de calitate a apei potabile listați în anexa la legea menționată supra.

Controlul calității apei potabile este asigurat de către producător/operator, Agenția Națională pentru Sănătate Publică și Agenția Națională pentru Siguranța Alimentelor, conform următoarelor proceduri de supraveghere și monitorizare:

1. Producătorii de apă potabilă și operatorii asigură monitorizarea operațională a calității apei potabile livrate consumatorului, conform unui program care va cuprinde controlul eficienței tehnologiei de tratare, îndeosebi a dezinfecției, și controlul calității apei potabile produse și furnizate. Programul de monitorizare va fi aprobat de către ANSP.
2. ANSP, prin intermediul subdiviziunilor sale teritoriale, asigură monitorizarea de audit a calității apei potabile la orice etapă de producere a apei (extragere, tratare, înmagazinare, distribuire) și a calității surselor de apă destinate îmbutelierii, precum și a calității apelor potabile îmbuteliate înainte de plasarea lor pe piață, cu scopul de a verifica conformitatea apei care urmează a fi distribuită consumatorului cu cerințele de calitate și de a preveni riscurile pentru sănătatea publică.
3. ANSA asigură supravegherea calității apei potabile utilizate de întreprinderile alimentare și supravegherea pe piață a apei potabile îmbuteliate.

În cazul în care analizele de laborator arată că apa nu îndeplinește condițiile de potabilitate, se interzice utilizarea acesteia pentru consumul uman, pentru animale și pentru irigații.

### ***Informarea și raportarea privind calitatea apei potabile***

Agenția Națională pentru Sănătate Publică, inclusiv prin subdiviziunile sale teritoriale, trebuie să asigure disponibilitatea informației referitoare la calitatea apei potabile și informarea consumatorilor despre posibilele efecte asupra sănătății și despre măsurile de remediere luate sau care se impun a fi luate de către autoritățile competente ori de către consumatorii în cauză. Informația trebuie să fie corectă, clară, furnizată la timp și actualizată.

În scopul informării consumatorilor, Agenției Naționale pentru Sănătate Publică plasează pe pagina web oficială a instituției, o dată la 3 ani, Raportul național privind calitatea apei potabile, care va conține informația conform programelor de monitorizare și va cuprinde, cel puțin, lista sistemelor de alimentare cu apă potabilă care furnizează în medie o cantitate de apă mai mare de 200 m<sup>3</sup> pe zi sau care deservesc mai mult de 2000 de persoane și descrierea situației pentru o perioadă de 3 ani consecutivi.

Producătorii de apă potabilă și operatorii furnizează Agenției Naționale pentru Sănătate Publică toate informațiile necesare pentru întocmirea Raportului național privind calitatea apei potabile. Totodată, agenția asigură accesul populației la datele privind calitatea apei potabile produse, permit efectuarea inspecției de către reprezentanții populației la orice oră acceptabilă și, la cel puțin un birou de relații cu publicul, afișează programul și numărul de telefon la care se pot obține date despre calitatea apei potabile produse și distribuite.

### **Cerințele față de sursele și sistemele de aprovizionare cu apă potabilă**

Selectarea terenului pentru amplasarea instalațiilor publice pentru captarea apei se face de către autoritatea publică locală sau de utilizatorul acestui teren, cu antrenarea specialiștilor în domeniu, inclusiv din partea Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, și se efectuează în baza datelor prospecțiunilor geologice și hidrogeologice, luând în considerare gradul de protecție al sursei de apă și posibilitățile de obținere a apei potabile de o calitate conformă.

În scopul evitării poluării surselor de apă potabilă cu diferiți contaminanți, pentru prizele de captare a apei atât din sursele de suprafață, cât și cele subterane sunt stabilite zone de protecție sanitară care sunt create în cadrul a 3 perimetre:

- 1) perimetrul I – zona de protecție sanitară cu regim sever, include teritoriul prizei de apă;
- 2) perimetrul II – zona de protecție sanitară cu regim de restricție;
- 3) perimetrul III – zona de protecție sanitară cu regim de observație.

Perimetrul zonei de regim sever are un diametru de cel puțin 30 m de la priză pentru apele subterane protejate și de cel puțin 50 m în cazul apelor subterane insuficient protejate de contaminare. Perimetrul I al zonei de protecție sanitară a apeductelor din surse de suprafață este stabilit în următoarele limite:

- a) pentru cursurile: în amonte – cel puțin 200 m de la priza de apă; în aval – cel puțin 100 m de la priză; pe malul din preajma prizei – cel puțin 100 m; în direcția opusă malului față de priza de apă, la lățimea unui râu sau canal mic de 100 m toată zona și malul opus cu lățimea de 50 m de la marginea apei, în perioada de vară-toamnă cu volume reduse;
- b) pentru lacuri și alte acumulări de apă, în funcție de nivelul local al stării sanitare și condițiile hidrologice, dar cu diametrul de cel puțin 100 m de la priza de apă.

În perimetrul acestei zone este interzisă orice amplasare de folosință sau activitate care nu are legătură funcțională cu deservirea instalațiilor de aprovizionare cu apă potabilă sau care ar putea conduce la contaminarea surselor de apă. În același timp zona de protecție sanitară respectiva trebuie să fie îngrădită, astfel fiind limitat accesul pe teritoriul zonei.

Perimetrul II și III al zonelor de protecție sanitară pentru sursele subterane se stabilesc prin calcule hidrodinamice.

Menținerea și exploatarea corectă a sistemelor mici de alimentare cu apă potabilă asigură prevenirea poluării bacteriene și chimice a apei.

Proprietarul/operatorul unui sistem de alimentare cu apă potabilă care furnizează apă ce nu respectă cerințele de calitate a apei potabile în conformitate cu prevederile prezentului Regulament, se asigură că sunt luate măsurile corective corespunzătoare, și anume:

- a) în cazul poluării microbiene – stoparea livrării apei până la înlăturarea cauzelor poluării, efectuarea măsurilor corective și a dezinfecției apei și obținerii cel puțin a unui rezultat de analiză care confirmă lipsa poluării;
- b) în cazul neconformității apei la parametrii chimici – informarea tuturor consumatorilor privind neutilizarea apei în scopuri potabile, inclusiv cu postarea informației în locurile publice, cu implementarea măsurilor de conformare a calității apei în termenele coordonate cu Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

În scopul asigurării unei protecții durabile și menținerii în stare sanitară corespunzătoare a sistemelor mici de alimentare cu apă potabilă, se elaborează și se implementează planuri de siguranță a apei potabile de către întreprinderile specializate care deservește aceste sisteme sau de către primărie, în cazul în care aceste servicii lipsesc. Aceste planuri vor include măsurile de organizare a zonelor de protecție, de amenajare a teritoriului adiacent, de lichidare a surselor de poluare, curățarea și dezinfecția, lichidarea fântânilor ce reprezintă un pericol de poluare pentru alte surse, organizarea supravegherii și controlului de laborator.

Planurile de siguranță a apei potabile se elaborează pentru o perioadă de cel



puțin 5 ani și vor fi aprobate de către autoritatea publică locală după coordonarea lor cu structurile teritoriale ale ANSP. Instituția responsabilă de implementarea planurilor va informa, anual, despre îndeplinirea acestora, structura teritorială a ANSP în raza de deservire a căreia se află.

Sistemele de alimentare cu apă potabilă cu rețea de distribuție și cele mai importante fântâni publice, stabilite de Agenția Națională pentru Sănătate Publică în comun cu autoritățile publice locale, sunt supuse procedurii de autorizare sanitară.

## **5.4. Cerințele privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare și farmaceutice**

Instituția medico-sanitară este un termen general prevăzut în Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, prin care se subînțelege orice instituție ce acordă servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate, forma de organizare juridică, subordonare sau de tipul de servicii medicale prestate.

În funcție de profilul de activitate și tipul de asistență medicală oferit populației, instituțiile medico-sanitare se clasifică în următoarele categorii:

- instituții ce prestează servicii de asistență medicală primară;
- instituții ce prestează servicii de asistență medicală spitalicească;
- instituții ce prestează servicii de asistență medicală de urgență;
- instituții ce prestează servicii de asistență medicală stomatologică;
- instituții ce prestează servicii medicale de diagnostic.

Din punct de vedere igienic, în instituțiile medico-sanitare se acordă o mare atenție condițiilor favorabile ale mediului, măsurilor antiepidemice, regimului zilei, alimentației etc.

### ***Reglementările privind condițiile de igienă în instituțiile medico-sanitare***

Întru asigurarea unor condiții optime și sigure de prestare a serviciilor medicale, prin Hotărârea Guvernului nr. 663/2010 a fost aprobat Regulamentul sanitar privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare.

Regulamentul în cauză stabilește cerințele pentru amplasarea, amenajarea, utilizarea și întreținerea instituțiilor medico-sanitare, precum și pentru controlul infecțiilor în cadrul acestora.

La proiectarea și construcția instituțiilor medico-sanitare, îndeosebi a instituțiilor ce prestează servicii de asistență medicală spitalicească, este necesar de a lua în considerare locul de amplasare a lor. Potrivit normelor în vigoare, instituțiile ce prestează servicii de asistență medicală spitalicească pot fi amplasate în zonele locative, verzi sau suburbane, distanța de la hotarul instituției până la alte obiecte va fi minimum 30 m.

Amplasarea cabinetelor stomatologice și ginecologice, a cabinetelor medicilor pentru acordarea asistenței medicale de ambulatoriu, a centrelor curative și de asanare, de reabilitare și recuperare, a staționarelor de zi pe lângă acestea, cu excepția celor de profil dermatovenerologic, infecțios, de tuberculoză și psihiatrie, confirmate prin avizul eliberat de serviciu, se permite a se efectua în clădiri cu destinație publică și locativă, precum și în încăperi cu destinație nelocativă, în acest caz ele fiind separate de edificiul principal printr-un perete capital și asigurate cu sisteme proprii de ventilare, canalizare și intrare separată pentru pacienți.

Teritoriul instituțiilor trebuie să fie îngrădit, amenajat, înverzit, iluminat și menținut în stare salubră. Pe teritoriul spitalelor se diferențiază zonele blocurilor curative pentru bolnavii infecțioși și neinfecțioși, pediatrie, psihosomatice, radiologice, dermatovenerologice, ale maternității, ale policlinicii, zonele morfopatologice, gospodărești, precum și ale instalațiilor inginerești și spațiului verde.

Secțiile de boli infecțioase, dermatovenerologice, ftziopneumologice, psihosomatice, radiologie din cadrul spitalelor poliprofilate necesită a fi amplasate în clădiri separate.

În zona gospodărească, obligatoriu, se va amenaja o platformă pentru containerele destinate colectării deșeurilor, al cărei perimetru trebuie să depășească cel puțin cu 1,5 m perimetrul de bază al containerelor. Platforma pentru containerele destinate colectării deșeurilor trebuie să fie betonată și îngrădită, iar containerele – închise cu capace.

Încăperile funcționale se vor planifica în așa mod încât să se excludă posibilitatea interferenței fluxurilor tehnologice „curat”, „murdar” (la internarea bolnavilor și a parturientelor, la acordarea asistenței medicale și la aplicarea măsurilor sanitaro-igienice și antiepidemice).

Încăperile din staționarele curative (spitale), în funcție de destinația lor funcțională, pot fi grupate în: încăperi pentru internarea și externarea pacienților; saloane pentru bolnavi; încăperi curativo-diagnostice; încăperi auxiliare cu destinație medicală; pentru asigurarea alimentației; încăperi administrative și sociale; încăperi pentru serviciile și instalațiile inginerești, sanitaro-tehnice și de depozitare și reparație.

Internarea și externarea pacienților se realizează prin intermediul secției de internare, care, obligatoriu, trebuie să dispună de un set de încăperi specializate, cum ar fi: încăpere pentru așteptare și examinare a bolnavilor, salonul de intervenții chirurgicale urgente, izolatorul, blocul de prelucrare sanitară a bolnavilor, veceul.

Unul dintre elementele principale funcționale ale spitalelor este secția spitalicească (curativă) care include: saloane pentru bolnavi, încăperi administrative, curative și auxiliare.

Saloanele pentru bolnavi reprezintă partea de bază a încăperilor unei secții și pot fi considerate cele mai importante încăperi deoarece bolnavii se află în ele 80–90% din timp.

Pentru a crea un regim psihologic confortabil, precum și în scopul asigurării condițiilor igienice și antiepidemice necesare, capacitatea saloanelor nu trebuie să depășească 4 paturi, cu excepția saloanelor pentru copiii de până la 1 an, și a saloanelor pentru observație în secțiile obstetricale, care nu va depăși 2 paturi.

Saloanele trebuie să aibă o suprafață suficientă, să fie bine mobilate și ventilate. Suprafața saloanelor, în funcție de profilul paturilor, este reflectată în anexa nr. 1 a Regulamentului sanitar privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare (Hotărârea Guvernului nr. 663/2010).

În afara saloanelor pentru bolnavi, secția va dispune de birou pentru medici, sală de proceduri, sufragerie, depozite pentru inventar, aparte, lenjerie curată și murdară, cameră de baie, bloc sanitar cu veceu etc. Suprafața încăperilor este indicată în anexa nr. 2 a regulamentului menționat supra.

În secțiile de internare, obstetrică și pediatrie trebuie să fie amenajate filtre sanitare pentru personal, cu vestiar și duș, ținând cont de calculele care spun nu mai puțin de o cabină pentru 5 persoane.

Unele rigori specifice sunt stabilite și pentru secțiile de boli infecțioase. Acestea trebuie să fie amplasate într-o clădire separată și să dispună de două intrări separate, una pentru bolnavi și alta pentru personalul medical. Planificarea interioară a secției trebuie să permită divizarea pe sectoare a pacienților cu diferite diagnoze. În secțiile de boli infecțioase, pentru internarea bolnavilor, se vor prevedea boxe de primire și examinare, al căror număr se determină în funcție de numărul de paturi din secție.

Una din subdiviziunile structurale ale spitalului este blocul operator care constă din sala de operație și un șir de încăperi auxiliare.

Blocurile de operații pot fi amplasate în clădiri izolate, blocuri-anexă sau în secții izolate în componența clădirii. În cazul în care amplasarea blocului de operații este în afara clădirilor curative, se vor prevedea treceri comode cu încălzire, care vor face legătura între blocul de operații și celelalte subdiviziuni clinice și curativ-diagnostice. Intrarea în blocurile de operații pentru personal va fi organizată prin filtre sanitare, iar pentru bolnavi – prin ecluze.

Este indispensabil să se prevadă blocuri pentru operații septice și aseptice, cu divizarea strictă a încăperilor (zona sterilă, zona de regim strict, zona încăperilor „murdare”). În cazul amplasării sălilor de operații pe verticală, sălile septice trebuie să fie situate deasupra celor aseptice sau la etajele superioare ale blocurilor de profil terapeutic.

În saloane, cabinetele medicilor, încăperile pentru personal, WC-uri, ecluzele boxelor și semiboxelor, camerele pentru mame din secțiile de pediatrie, sălile de proceduri, de pansament și încăperile auxiliare trebuie să fie instalate lavoare cu apă rece și caldă, dotate cu malaxor.

În sălile preoperatorii, de pansament, de nașteri, de reanimare, de proceduri, în camera de gardă a asistentelor de pe lângă saloanele nou-născuților, în secțiile de boli infecțioase, de tuberculoză, dermatovenerologie, septico-purulente,

combustii, hematologice, în laboratoarele clinico-diagnostice și bacteriologice și în alte încăperi care necesită respectarea unui regim deosebit al igienei mâinilor, se vor prevedea lavoare cu robinete ce pot fi deschise cu piciorul, cotul mâinii sau cu fotoelement, echipate cu dozatoare de săpun lichid, soluții antiseptice și șervețele de unică folosință.

Clădirile instituțiilor trebuie să fie dotate cu sisteme de ventilare de refulare-aspirație mecanică și ventilare de refulare naturală.

Sistemele de ventilare și de condiționare a aerului trebuie să asigure condiții optime ale microclimatului și componența chimică adecvată a aerului din încăperile instituțiilor.

Conducerea instituțiilor trebuie să asigure controlul parametrilor microclimatului și al eficacității funcționării sistemelor de ventilație și multiplul schimbului de aer.

Încăperile instituțiilor medico-sanitare trebuie să aibă iluminat mixt. Iluminarea artificială exclusivă se admite în încăperile ale căror tehnologie și regim de exploatare nu necesită iluminare naturală.

La finisarea interioară a încăperilor din cadrul instituțiilor medico-sanitare vor fi folosite materiale, în funcție de destinația funcțională a acestora. Suprafața pereților, dușumelelor și tavanelor în încăperi trebuie să fie netedă, ușor accesibilă pentru dereticare umedă și rezistentă la prelucrarea cu detergenți și produse dezinfectante permise pentru utilizare în ordinea stabilită.

În saloane, cabinetele medicilor, holuri, vestiare, sufragerie, cabinetele fizioterapeutice și în alte săli curativ-diagnostice cu regim de lucru uscat, se recomandă ca pereții să fie acoperiți cu vopsea din silicat, tavanul să fie acoperit cu var sau vopsea de emulsie, iar dușumeaua să fie executată din materiale cu proprietăți de termoizolare.

Încăperile cu regim de lucru umed, în care se supun dezinfecției toate suprafețele pereților, tavanului și dușumelei, vor fi finisate cu materiale hidrozistente, iar în sălile de operații, pentru anestezie, de nașteri și în alte încăperi, în care se efectuează anestezia generală, finisajele trebuie să fie antistatice.

La acoperirea dușumelei cu linoleum, marginea de lângă perete trebuie amplasată sub plintă, care va fi fixată între perete și dușumea, conexiunile fiind sudate, în mod obligatoriu.

Instituțiile medico-sanitare trebuie să fie asigurate permanent cu apă potabilă curentă, rece și caldă, sub presiune și la temperatură adecvată, în cantitate suficientă și corespunzătoare din punctul de vedere al calității și inofensivității.

Instituțiile care folosesc surse proprii de apă potabilă vor asigura protecția sanitară a acestora și controlul calității apei utilizate.

Epurarea și dezinfecția apelor reziduale de la instituții trebuie să se efectueze la stațiile urbane sau în alte stații de epurare, care vor garanta epurarea și dezinfecția lor eficientă, iar în cazul lipsei stațiilor de epurare colective, apele reziduale trebuie supuse epurării biologice complete și dezinfecției la stațiile locale.

Apele reziduale ale secțiilor de boli infecțioase și tuberculoză, înainte de a fi evacuate în sistemul comunitar de canalizare, trebuie supuse dezinfecției.

## ***Reglementările privind dotarea și exploatarea farmaciilor și a depozitelor farmaceutice***

Cerințele sanitaro-igienice pentru unitățile farmaceutice sunt reglementate prin Regulamentul sanitar privind dotarea și exploatarea farmaciilor și depozitelor farmaceutice aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 504/2012.

În regulamentul sanitar sunt stabilite exigențele sanitaro-igienice pentru proiectarea, construcția, reconstrucția, exploatarea și organizarea activității tuturor tipurilor de farmacii, depozite farmaceutice, precum și a filialelor acestora.

În conformitate cu prevederile pct. 3 din regulament, farmaciile și filialele lor se amplasează în 3 tipuri de clădiri, și anume clădiri separate, construcții anexate și parterele blocurilor locative.

În cazul amplasării farmaciei (filialei) într-o clădire cu o altă destinație sau bloc locativ, încăperile vor fi separate de alte încăperi cu pereți integri din materiale neinflamabile.

Încăperile farmaciilor și depozitelor trebuie să fie accesibile între ele, conform fluxului tehnologic, și nu se admite separarea lor în interiorul clădirii sau a altor spații.

Farmaciiile cu secții de producere vor avea intrări-ieșiri pentru vizitatori și pentru recepția medicamentelor, separate, cu acces în stradă sau pe teritoriul adiacent.

În funcție de activitatea desfășurată, unitățile farmaceutice se clasifică în farmacii comunitare, care au drept scop acordarea asistenței farmaceutice populației generale, și farmacii ale instituțiilor medico-sanitare, care sunt responsabile pentru asigurarea cu medicamente a bolnavilor internați în secțiile instituțiilor medicale.

La rândul lor, farmaciile comunitare se divizează în farmacii cu funcție de producere și farmacii de forme industriale.

Farmaciiile comunitare cu funcție de preparare a formelor farmaceutice extemporale pot organiza filialele de categoria I în afara și/sau în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice. În astfel de cazuri, suprafața minimă obligatorie a filialelor organizate în localitățile urbane va fi de 50 m<sup>2</sup>, iar în localitățile rurale de 20 m<sup>2</sup>.

Depozitele farmaceutice vor dispune, în mod obligatoriu, de biroul farmacistului-diriginte, de oficiul pentru personal, de bloc sanitar, precum și de încăperi pentru păstrarea produselor farmaceutice și parafarmaceutice. În acest sens, în cadrul depozitelor vor fi organizate încăperi de păstrare a medicamentelor care nu cer condiții speciale de păstrare, a medicamentelor termolabile, a medicamentelor stupefiante, psihotrope, precursori și toxice, a produselor farmaceutice fotosensibile, a plantelor medicinale (angro), a produselor parafarmaceutice, a ambalajului de transport pluricirculant, a materialelor auxiliare.

Farmacia, depozitul, după caz, trebuie să dispună de încăperi securizate pentru păstrarea medicamentelor cu regim special. La finisare interioară a încăperilor

farmaciilor și ale depozitelor farmaceutice vor fi folosite materialele omologate pentru utilizare în Republica Moldova. Pereții și tavanul încăperilor de producere se finisează cu materiale chimiorezistente, care permit curățarea umedă și utilizarea produselor dezinfectante. Dușumeaua în încăperile de producere trebuie să fie impermeabilă la umezeală și să aibă o suprafață netedă, fără crăpături, comodă pentru curățare. Dușumeaua se acoperă cu teracotă și linoleum, cu sudarea obligatorie a încheieturilor.

Suprafața utilajului farmaceutic trebuie să fie din materiale rezistente la acțiunea medicamentelor, produselor biocide și la reactivii chimici. Utilajul și mobila se instalează astfel încât să nu rămână locuri inaccesibile pentru curățare și să nu acopere sursele de iluminare.

În încăperile de producere este strict interzisă instalarea utilajului care nu ține de activitatea nemijlocită a farmaciei.

Farmaciile și depozitele farmaceutice, în mod obligatoriu, trebuie să dispună de sisteme de încălzire și ventilare a încăperilor. Sistemul de ventilație a farmaciilor dislocate în blocurile locative și în alte clădiri solitare va fi separat de sistemul de ventilație din apartamente.

Încăperile pentru păstrarea medicamentelor este necesar să fie dotate cu psihrometre, plasate pe peretele interior al camerei, departe de sursele de încălzire, la o înălțime de 1,5–1,7 m de la podea și nu mai mult de 3 m de la ușă. Umiditatea relativă în aceste încăperi trebuie să corespundă normativului de 40–60%. Periodicitatea verificărilor temperaturii și umidității trebuie să se facă o dată la 48 ore, cu fixarea datelor în registrul special.

Încăperile unităților farmaceutice trebuie să dispună de iluminat natural și artificial. Este necesar de prevăzut ca iluminatul combinat să fie prezent în toate încăperile, cu excepția încăperilor pentru păstrarea medicamentelor fotosensibile.

Unitățile farmaceutice trebuie să fie asigurate cu apă rece și caldă curgătoare. Aprovizionarea cu apă a farmaciilor/filialelor și a depozitelor farmaceutice poate fi centralizată sau decentralizată. Calitatea apei trebuie să corespundă parametrilor de potabilitate, aprobați prin Legea nr. 182/2019 privind calitatea apei potabile.

Încăperile, echipamentul și inventarul trebuie să fie supuse curățării umede, folosind detergenți și produse biocide, înregistrate și aprobate pentru utilizare în Republica Moldova, în modul stabilit.

Unitățile farmaceutice trebuie să fie asigurate cu detergenți, dezinfectanți și echipamente de uz casnic pentru a asigura regimul sanitar.

## 5.5. Managementul deșeurilor medicale

Deșeurile medicale reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, deoarece după compoziția lor diferă semnificativ de deșeurile menajere și, prin urmare, necesită o atenție specială. În primul rând, ultimele sunt periculoase din cauza prezenței constante în compoziția lor a unui număr mare de microorganisme, inclusiv agenți patogeni (bacterii, virusuri).

Din cauza acestui fapt, gestionarea incorectă a deșeurilor medicale în cadrul instituțiilor medico-sanitare, inclusiv nerespectarea condițiilor de segregare, colectare, depozitare și transportare, poate contribui la răspândirea maladiilor infecțioase în rândul angajaților și al pacienților. De aceea, pentru a preveni răspândirea infecțiilor intraspitalicești este imperios ca fiecare instituție medico-sanitară să dispună de un sistem bine determinat de gestionare a deșeurilor rezultate din activitățile medicale la toate etapele.

Gestionarea deșeurilor rezultate din activitățile medicale este reglementată la nivel național prin Legea nr. 209/2016 privind deșeurile și Regulamentul sanitar privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 696/2018.

Potrivit prevederilor legislației naționale noțiunea de deșeurii rezultate din activitatea medicală presupune toate deșeurile periculoase sau nepericuloase, care se produc în cadrul instituțiilor medico-sanitare. Astfel, deșeurile rezultate din activitatea medicală se clasifică în două grupe mari: deșeurii periculoase și deșeurii nepericuloase.

**Deșeurile periculoase**, la rândul lor, se clasifică în câteva tipuri specifice:

a) **deșeurii infecțioase** – deșeurii care conțin sânge ori alte fluide biologice sau care au venit în contact cu acestea, cum ar fi: perfuzoare cu tubulatură, recipiente care au conținut de sânge sau alte fluide biologice, câmpuri operatorii, mănuși, sonde și alte materiale de unică folosință, comprese, pansamente și alte materiale contaminate, membrane de dializă, pungi de material plastic pentru colectarea urinei, scutece care provin de la pacienți infecțioși etc.;

b) **deșeurii tăietoare-înțepătoare** – deșeurii care pot produce leziuni mecanice prin înțepare sau tăiere, obiecte ascuțite: ace, ace cu fir, catetere, seringi cu ac, lame de bisturiu, pipete, sticlărie de laborator sau altă sticlărie spartă sau nu, de unică folosință, neîntrebuințată sau cu termen de expirare depășit, care nu a intrat în contact cu material potențial infecțios. În cazul în care deșeurile susmenționate au intrat în contact cu material potențial infecțios, inclusiv recipiente care au conținut vaccinuri, sunt considerate deșeurii infecțioase.

c) **deșeurii anatomopatologice** – deșeurii care cuprind părți anatomice, material biopsic, rezultat din blocurile operatorii de chirurgie și obstetrică (fetuși, placentă), părți anatomice, rezultate din laboratoarele de autopsie, cadavre de animale, rezultate din activitățile de cercetare și experimentare. Toate aceste deșeurii conform precauțiilor universale se consideră infecțioase;

d) **deșeuri chimice și farmaceutice** – deșeuri care includ serurile și vaccinurile cu termen de valabilitate depășit, medicamentele expirate, reziduurile de substanțe chimioterapice, reactivii și substanțele folosite în laboratoare. Se consideră deșeuri chimice și substanțele de curățenie și dezinfectie deteriorate ca urmare a depozitării lor necorespunzătoare sau cu termenul de valabilitate depășit (substanțe dezinfectante, substanțe tensioactive etc.).

**Deșeurile nepericuloase** sunt deșeurile asimilabile celor menajere, rezultate din activitatea serviciilor medicale, tehnico-medice, administrative, de cazare, a blocurilor alimentare și a oficiilor de distribuire a hranei. Aceste deșeuri se colectează și se îndepărtează la fel ca deșeurile menajere. Deșeurile asimilabile celor menajere încetează să mai fie nepericuloase din momentul în care sunt amestecate cu o cantitate oarecare de deșeuri periculoase.

Fiecare instituție medico-sanitară este obligată să implementeze sisteme proprii de management a deșeurilor, care ar include acțiuni concrete la toate etapele.

### 5.5.1. Colectarea și împachetarea deșeurilor

Colectarea separată a deșeurilor pe tipuri este prima etapă în gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală. În situația în care nu se realizează colectarea separată a deșeurilor pe tipuri, întreaga cantitate de deșeuri se tratează ca deșeuri periculoase.

În circumstanțele în care nu este stabilit definitiv tipul unui deșeu, acesta este atribuit la tipul de deșeuri mai periculoase. Colectarea separată a deșeurilor se efectuează direct la locul formării sau cât mai aproape posibil (la „distanța unei mâini întinse”) de personalul care produce aceste deșeuri. Procesul de colectare separată a deșeurilor începe din momentul producerii lor și continuă la toate etapele ulterioare de colectare, transportare, depozitare, tratare și eliminare.

Fiecare loc de muncă la care se produc deșeurile rezultate din activitatea medicală trebuie să fie dotat cu echipament/consumabile necesar/necesare pentru colectarea separată a fiecărui tip de deșeu produs.

Este interzisă amestecarea diferitor tipuri de deșeuri periculoase rezultate din activitatea medicală cu alte categorii de deșeuri periculoase sau cu alte deșeuri, substanțe sau materiale, inclusiv în timpul transportării și depozitării.

Ambalajul în care se face colectarea separată și care vine în contact direct cu deșeurile periculoase rezultate din activitatea medicală este de unică folosință și se elimină o dată cu conținutul.

Codurile de culori ale ambalajelor în care se colectează separat deșeurile rezultate din activitatea medicală sunt:

- *galben* pentru deșeurile tăietoare-înțepătoare, anatomopatologice și infecțioase;
- *cafeniu* pentru deșeurile chimice și farmaceutice;
- *verde* pentru deșeuri nepericuloase reciclabile (hârtie, carton, plastic, metal);



- *negru* pentru deșeurile nepericuloase (deșeurile municipale/menajere amestecate).

Pe recipientele pentru deșeurile tăietor-înțepătoare, anatomopatologice și infecțioase urmează să fie imprimată pictograma „Pericol biologic”.

Pentru deșeurile care conțin sau constau din substanțe chimice periculoase urmează să fie folosite pictograme aferente proprietăților periculoase ale acestora, menționate în anexa nr. 3 la Legea nr. 209/016 privind deșeurile, inclusiv HP1 „Explozive”; HP2 „Oxidante”; HP3 „Inflamabile” etc.

Pentru colectarea separată a deșeurilor infecțioase, care nu sunt obiecte ascuțite, urmează să fie folosite cutii din carton prevăzute în interior cu saci galbeni din polietilenă sau cu saci din polietilenă marcați cu galben.

Deșeurile tăietoare-înțepătoare se colectează în cutii din material rezistent la acțiuni mecanice. Cutiile pot fi confecționate din plastic sau carton de rezistență suficientă pentru deșeurile tăietor-înțepătoare. Acestea vor fi dotate în partea superioară cu un capac special care să permită introducerea deșeurilor și să împiedice scoaterea acestora după umplere.

Deșeurile anatomopatologice trebuie să fie colectate în cutii din carton rigid, prevăzute în interior cu sac din polietilenă de înaltă densitate sau în saci din polietilenă de culoare galbenă, special destinați acestei categorii de deșeuri. În cazul înhumării deșeurilor anatomopatologice în cimitire, acestea sunt împachetate și refrigerate, după care se pun în cutii speciale, etanșe și rezistente.

Recipientele destinate pentru colectarea deșeurilor infecțioase, celor anatomopatologice și tăietoare-înțepătoare urmează a fi etichetate cu următoarele informații: categoria deșeurii colectat, pictograma „Pericol biologic”, capacitatea recipientului (l sau kg), modul de utilizare, linia de marcare a nivelului maxim de umplere, data începerii utilizării recipientului în secție/subdiviziune, denumirea instituției și secția/subdiviziunea care a folosit recipientul, persoana responsabilă de manipularea lor și data umplerii definitive.

Deșeurile chimice și farmaceutice se colectează în recipiente speciale, cu marcaj adecvat pericolului („Inflamabil”, „Toxic” etc.). Ele se îndepărtează conform prevederilor legale privind deșeurile chimice periculoase.

Deșeurile stomatologice reprezentate de amalgamul dentar sunt colectate separat în containere sigilabile și sunt preluate de operatorii economici autorizați, în conformitate cu art. 25 din Legea nr. 209/2016 privind deșeurile, de către autoritățile abilitate prin art. 24 din legea menționată.

Deșeurile nepericuloase asimilabile celor municipale sunt colectate în saci din polietilenă de culoare neagră plasați în pubele inscripționate „Deșeuri nepericuloase”. Pe ambalajul deșeurilor supuse reciclării se plasează simbolul internațional ce înseamnă reciclarea materiei secundare.

### **5.5.2. Stocarea temporară a deșeurilor medicale**

Stocarea temporară se realizează în funcție de tipul de deșeuri colectate la locul de producere. În fiecare instituție medico-sanitară trebuie să fie organizat un spațiu central de stocare temporară a deșeurilor rezultate din activitatea medicală. Durata stocării temporare a deșeurilor periculoase rezultate din activitatea medicală este cât mai scurtă posibil, iar în timpul stocării temporare sunt respectate normele de igienă în vigoare.

Pentru deșeurile tăietoare-înțepătoare, anatomopatologice și infecțioase, durata stocării temporare în incinta instituției medico-sanitare nu va depăși 48 de ore, cu excepția situației în care deșeurile sunt depozitate într-un amplasament prevăzut cu sistem de răcire care asigură constant o temperatură de +4°C – +8°C, situație în care durata depozitării este maximum 7 zile.

Spațiul central de stocare temporară a deșeurilor rezultate din activitatea medicală trebuie să dispună de încăperi/zone suficiente pentru primirea și stocarea temporară separată a deșeurilor, în funcție de tipul lor.

Încăperea de stocare temporară a deșeurilor periculoase chimice este marcată cu simboluri corespunzătoare, avertizând despre natura pericolului substanțelor chimice. Aceasta va fi dotată cu truse pentru înlăturarea deversărilor de deșeuri lichide, echipament individual de protecție și truse pentru primul ajutor (spălare ochi etc.).

În unele cazuri relevante, spațiul central de stocare temporară a deșeurilor va dispune și de încăpere pentru tratarea deșeurilor infecțioase, precum și de un oficiu pentru operator.

Deșeurile nepericuloase, inclusiv asimilabile celor municipale, până la evacuarea lor de către serviciile de salubritate, vor fi stocate în containere conform prevederilor pct. 24 din Regulamentul sanitar privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 663/2010.

### **5.5.3. Transportarea deșeurilor medicale**

Transportarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, inclusiv a celor periculoase, până la locul de tratare sau eliminare, se efectuează cu respectarea prevederilor privind protecția mediului și a sănătății populației stipulate în art. 4 din Legea nr. 209/2016 privind deșeurile.

Deșeurile periculoase și nepericuloase se transportă separat. Transportarea deșeurilor periculoase în incinta instituțiilor medico-sanitare se efectuează pe un circuit separat de cel al pacienților și vizitatorilor.

Deșeurile rezultate din activitatea medicală se transportă în incinta instituției medico-sanitare cu ajutorul unor cărucioare speciale și al containerelor mobile. Cărucioarele și containerele mobile se curăță și se dezinfectează după fiecare utilizare, în locul unde sunt descărcate, utilizând produse biocide înregistrate în Republica Moldova.

Deșeurile rezultate din activitatea medicală periculoase și nepericuloase sunt predate de către instituția producătoare operatorilor economici autorizați pentru gestionarea deșeurilor respective.

Instituția medico-sanitară, în calitate de producător, are obligația să se asigure că pe toată durata gestionării deșeurilor sunt respectate toate măsurile de siguranță, începând de la manipularea deșeurilor în incinta instituției și până la încărcarea containerelor în autovehiculul destinat transportării.

#### **5.5.4. Tratarea și eliminarea finală a deșeurilor**

Procesele și metodele folosite pentru tratarea și eliminarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală nu trebuie să pună în pericol sănătatea publică și mediul. La alegerea metodei de tratare se va ține cont de tipul deșeurilor, de factorii de mediu și de siguranță,

Tratarea deșeurilor periculoase poate fi realizată în cadrul instituției medico-sanitare sau externalizată, prin predarea, pe baza contractului de prestări servicii, către operatorii economici autorizați, în modul stabilit de către Agenția Mediului.

Tratarea deșeurilor tăietoare-înțepătoare și infecțioase se realizează prin tratare termică la temperaturi scăzute care asigură dezinfectarea/sterilizarea cu tocarea-mărunțirea deșeurilor.

Instituțiile medico-sanitare pot trata deșeurile tăietoare-înțepătoare și infecțioase în instalații proprii de decontaminare termică la temperaturi scăzute, prevăzute cu echipament de tocarea-mărunțirea a deșeurilor. Pentru tratarea deșeurilor tăietoare-înțepătoare și infecțioase se utilizează autoclave cu următoarele principii de activitate: gravitaționale, autoclave prevacuum sau alte tehnologii avansate. Validarea procesului de tratare prin autoclavare a deșeurilor tăietoare-înțepătoare și infecțioase se efectuează, cel puțin, de fiecare dată, prin aplicarea indicatorilor chimici și periodic (săptămânal sau la fiecare 40 ore de utilizare), prin aplicarea indicatorilor biologici, rezultatele fiind înregistrate într-un registru de evidență a deșeurilor supuse procedurii de autoclavare. Instituțiile medico-sanitare, care dețin instalații de tratare prin decontaminare termică la temperaturi scăzute a deșeurilor medicale periculoase trebuie să prezinte operatorului de eliminare finală a deșeurilor un act justificativ care atestă faptul că deșeurile au fost decontaminate și nu prezintă pericol biologic.

Tratarea deșeurilor infecțioase lichide (sânge, urină, masele fecale și vomitive etc.) se admite a fi efectuată prin utilizarea metodei de dezinfecție chimică.

Deșeurile de medicamente sunt tratate prin una dintre următoarele metode:

1. încapsularea cu mortar cu conținut de 65% deșeurii de medicamente zdrobite, 15% var, 15% ciment și 5% apă în containere din masă plastică sau metal, care, ulterior, sunt ermetic închise și îngropate la depozitul de deșeurii;
2. degradarea chimică, în conformitate cu recomandările producătorului în cazul disponibilității materialelor necesare și testării de laborator;

3. diluarea în cantități mari de apă, cu revărsarea ulterioară în sistemul de canalizare, cu excepția deșeurilor toxice;
4. incinerarea la temperaturi de +1200°C și mai mult în instalații dotate cu echipament de control al poluării.

Eliminarea deșeurilor periculoase rezultate din activitatea medicală se efectuează în conformitate cu reglementările specifice fiecărei categorii de deșeuri.

Deșeurile anatomopatologice, în lipsa instalațiilor de cremare, pot fi eliminate prin înhumare în cimitir, în locuri special destinate, iar în lipsa acestora pot fi compostate în gropi speciale, care vor fi amplasate în zona gospodărească a instituțiilor medico-sanitare, izolate de zonele funcționale curative și serviciile auxiliare, la o distanță de cel puțin 30 m de acestea. Gropile pentru compostarea deșeurilor anatomopatologice trebuie să fie construite din beton care asigură impermeabilitatea gropii, iar partea superioară trebuie să fie închisă cu un capac cu lacăt care asigură accesul autorizat. În cazul eliminării deșeurilor anatomopatologice prin utilizarea compostării, acestea vor fi dezinfectate.

Deșeurile asimilabile celor municipale nu necesită tratare specială și se includ în ciclul de eliminare a deșeurilor municipal, cu excepția deșeurilor provenite din spitalele/sectiile și/sau de la persoanele cu boli contagioase, care vor fi tratate ca deșeurile infecțioase.

#### **5.5.5. Responsabilitatea și obligațiile producătorului de deșeuri medicale**

În contextul gestionării corecte a deșeurilor rezultate din activitățile medicale, fiecare prestator de servicii medicale este obligat:

- să țină o evidență cronologică a cantității separate pentru fiecare tip de deșeuri, a informației privind gestionarea acestora, inclusiv a metodelor de tratare și eliminare;
- să prezinte, anual, informația despre deșeurile rezultate din activitatea medicală și despre gestionarea deșeurilor Agenției de Mediu, prin intermediul Sistemului informațional automatizat „Managementul deșeurilor” (SIAMD);
- să aprobe planurile proprii de gestionare a deșeurilor rezultate din activitatea medicală și să asigure implementarea acestora în conformitate cu regulamentul intern și actele normative aprobate de Guvern;
- să desemneze o persoană responsabilă pentru activitățile de gestionare a deșeurilor rezultate din activitatea medicală;
- să asigure formarea profesională continuă a angajaților în domeniul gestionării deșeurilor rezultate din activitatea medicală.

Planurile proprii de gestionare a deșeurilor rezultate din activitatea medicală sunt coordonate cu subdiviziunile teritoriale ale Agenției Naționale de Sănătate Publică și ale autorităților administrative pentru protecția mediului, analizate anual

și actualizate la necesitate (în cazul implementării tehnologiilor noi, evaluarea rezultatelor de monitorizare, evaluarea riscurilor în caz de calamități), dar nu mai rar de o dată la 5 ani.

Producătorii deșeurilor rezultate din activitatea medicală sunt responsabili de asigurarea condițiilor sigure de muncă la toate etapele de gestionare a deșeurilor rezultate din activitatea medicală și a echipamentului individual de protecție.

## **5.6. Cerințele sanitare pentru instituțiile de învățământ**

Sănătatea copiilor și a adolescenților, în mare parte, poate fi periclitată de o multitudine de factori asociați procesului instructiv-educativ. Printre factorii de risc major pentru sănătatea copiilor se numără și condițiile sanitaro-igienice din instituțiile de învățământ, calitatea factorilor mediului de instruire, alimentația copiilor etc. Cei mai evidențiați factori ai mediului de instruire, cu impact asupra sănătății, sunt iluminatul și aerul din încăperi, mobilierul școlar etc.

În scopul minimizării riscurilor pentru sănătatea copiilor, condiționate de condițiile sanitaro-igienice și calitatea factorilor mediului de instruire din cadrul instituțiilor educaționale, au fost aprobate un șir de regulamente sanitare prin care sunt stabilite cerințe și norme sanitare pentru diferite tipuri de instituții pentru copii și adolescenți, pornind de la specificul activității lor.

### **5.6.1. Reglementările privind dotarea și exploatarea instituțiilor de educație timpurie**

În scopul protecției și fortificării stării de sănătate, dezvoltării fizice și neuropsihice armonioase, prevenirii apariției unor îmbolnăviri în cadrul activităților de educație și de îngrijire a copiilor de vârstă preșcolară, prin Hotărârea Guvernului nr. 1211/2016 a fost aprobat Regulamentul sanitar pentru instituțiile de educație timpurie prin care sunt stabilite un șir de cerințe și norme sanitare pentru exploatarea și întreținerea acestor instituții.

Regulamentul sanitar stabilește norme sanitare obligatorii pentru amplasarea instituțiilor de educație timpurie, amenajarea și menținerea teritoriului, dotarea și întreținerea încăperilor, asigurarea cu apă potabilă și sanitație, organizarea alimentației și nutriției copiilor etc.

Instituțiile de educație timpurie se amplasează pe interiorul cartierelor locative, în afara zonelor de protecție sanitară a întreprinderilor sau altor obiective și surse poluante și la o distanță ce asigură respectarea nivelurilor maximal admisibile de poluare fonică.

Amenajarea teritoriului instituției de educație timpurie trebuie să corespundă prevederilor normativelor în construcții NCM C. 01.02-99 „Proiectarea construcțiilor pentru grădinițe de copii” și va fi organizat în patru zone funcționale: zona ocupată de construcții; economică; de recreație (terenuri de joacă) și zona verde. Teritoriul

grădinițelor de copii necesită a fi îngrădit cu gard cu înălțimea de cel puțin 1,2 m fără elemente orizontale.

Instituțiile de educație timpurie se amplasează în clădiri cu 1-2 nivele. Dacă relieful este înclinat, instituția de educație timpurie poate fi în 3 nivele, dar ieșirile de la etajele 1 și 2 trebuie să fie la nivelul solului. Clădirile instituțiilor de educație timpurie pot fi centralizate (toate încăperile se amplasează într-o clădire) sau decentralizate (blocuri, pavilioane unite cu galerii încălzite).

Terenurile de joacă trebuie să fie apropiate și conectate cu ieșirea accesibile din grupă. Acestea se acoperă cu gazon de iarbă și cu sol compactat. Suprafața terenului de joacă, inclusiv a terenului de sport, se calculează ținând cont de faptul că pentru un copil cu vârsta de până la 3 ani este necesar de atribuit 7,2 m<sup>2</sup> și nu mai puțin de 9,0 m<sup>2</sup> pentru un copil cu vârsta cuprinsă între 3–7 ani. Pentru a proteja copiii de ploaie și de radiația solară puternică, pe lângă terenurile de joacă, vor fi prevăzute umbrare sau terase acoperite, suprafața acestora fiind nu mai mică de 2,0 m<sup>2</sup> pentru un copil.

Zona economică se amplasează din partea debarcaderului blocului alimentar și se amenajează cu teren pavat și intrare separată. În zona economică se amplasează (după necesitate) cazangeria cu depozitul pentru combustibil, depozitul pentru legume și fructe, terenul pentru uscarea lenjeriei și curățarea covoarelor, terenul pavat pentru containerele de colectare a deșeurilor solide etc.

Clădirile instituțiilor de educație timpurie vor cuprinde următoarele categorii de spații: încăperi proprii fiecărei grupe de copii; încăperi comune folosite provizoriu de copii (sala de muzică, sala de sport, centrul de resurse pentru educația incluzivă); încăperi destinate personalului de educație și îngrijire; încăperi auxiliare (blocul medical, blocul alimentar, spălătoria), fiecare cu anexele respective.

Fiecare grupă trebuie să fie dotată cu următoarele încăperi funcționale: vestiar (pentru primirea copiilor și păstrarea hainelor și încălțămintei de stradă); sala de grupă (sala pentru joc, activități și mese); dormitorul; bufetul (pentru distribuirea bucatelor, spălarea veselei); grup sanitar.

Vestiarul este dotat cu dulapuri individuale, marcate pentru fiecare copil, scaune sau masă de toaletă obișnuită pentru așezarea comodă a copilului în timpul îmbrăcării/dezbrăcării. În vestiar sau altă încăpere apropiată de încăperile de grupă, se prevăd instalații pentru uscarea hainelor și a încălțămintei pentru copii.

Sala de grupă este încăperea ce servește pentru jocuri colective în grupuri mici și individuale, diverse activități, activități educative, vizionarea spectacolelor și a emisiunilor TV. Sala de grupă va fi dotată cu mese și scaune, dulapuri pentru jucării, cărți și materiale didactice.

Mobilierul și echipamentul pentru copii trebuie să fie inofensive pentru sănătatea copiilor și să țină cont de specificul de organizare al procesului educațional, precum și a activităților de recuperare medicală. Acesta trebuie, de asemenea, să corespundă taliei și vârstei copiilor.

În fiecare sală de grupă va fi amenajată o zonă cu suprafața de 3,0 m<sup>2</sup>, destinată pentru distribuirea hrănilor, care va avea acces direct la zona pentru servirea mesei. Bufetul trebuie să fie dotat cu 2 căzi pentru spălarea veselei, conectate la apă caldă și rece.

Dormitoarele sunt dotate cu paturi individuale asigurate cu saltea, pătură, peliculă de protecție, 3 seturi de lenjerie de pat și lenjerie pentru fiecare copil adecvate vârstei acestuia. Instituțiile de educație timpurie se dotează cu următoarele tipuri de paturi: 1. pentru copii cu vârsta de la 1,5 ani până la 3 ani (antepreșcolari) și 2. pentru copii de la 3 până la 7 ani (preșcolari). Paturile de tipul 1 au lungimea de 120 cm, lățimea de 60 cm și înălțimea de 30 cm, iar paturile de tipul 2 au, respectiv, 140 cm, 60 cm și 30 cm.

Paturile vor fi amplasate cu spații între ele pentru a permite accesul liber al copiilor și al supraveghetorului. Distanța minimă recomandată între părțile laterale ale paturilor este de 0,65 m, de la peretele extern – 0,6 m, de la instalațiile de încălzire – 0,3 m, între capetele paturilor – 0,3 m.

În instituțiile de educație timpurie unde sălile pentru jocuri sunt comasate cu dormitoarele pentru copii cu vârsta cuprinsă între 4 și 7 ani se admite folosirea paturilor pliante, a paturilor cu 2-3 nivele de tip casetă. Folosirea paturilor în 2 nivele este interzisă pentru a evita traumele.

Grupurile sanitare trebuie să fie ușor accesibile tuturor copiilor și amplasate în apropierea încăperii destinate pentru jocuri și activități. Încăperile grupului sanitar din grupa de copii sunt divizate în zona pentru chiuvete și cadă de duș și zona pentru WC-uri. Pentru copiii sub 3 ani sunt prevăzute olițe individuale numerotate, care urmează să fie spălate sub jetul de apă după fiecare utilizare, iar în situații epidemiologice prelucrate cu substanțe biocide.

Pentru copii cu vârsta de 3-7 ani, grupurile sanitare sunt dotate cu WC-uri separate pentru băieți și fete, adecvate vârstei și accesibile persoanelor cu dizabilități locomotorii. Cabinele veceurilor trebuie să fie destul de spațioase pentru a permite unui angajat să ajute copilul la necesitate și de o înălțime suficientă pentru a asigura intimitatea copilului, permițând totodată supravegherea din partea personalului.

Grupurile sanitare trebuie să fie dotate cu un număr suficient de chiuvete, conectate la apă caldă și rece și controlate termostatic. De asemenea, acestea trebuie să dispună de săpun, mijloace adecvate pentru uscarea mâinilor, la necesitate, de mobilier adecvat pentru schimbarea scutecelor și de instalații pentru depozitarea scutecelor murdare. Grupurile sanitare trebuie să fie asigurate cu ventilație naturală și cu încălzire adecvată pentru a preveni răcirea copiilor.

Punctul medical din cadrul instituțiilor de educație timpurie trebuie să fie amplasat la parterul clădirii și să aibă intrări separate atât din interiorul clădirii, cât și din exteriorul acesteia. Suprafața totală a încăperilor medicale trebuie să fie nu mai puțin de 22,0 m<sup>2</sup> și să includă salonul pentru recepție, sala de proceduri și izolator. În componența izolatorului sunt incluse încăperea pentru unu sau

două paturi și veceu. Salonul de recepție și sala de proceduri pot fi comasate.

Blocul alimentar trebuie asigurat cu ieșire izolată direct din curte și să includă următoarele încăperi: bucătăria cu zona de distribuire a bucatelor; secție pentru prelucrarea cărnii și a peștelui; secția pentru prelucrarea legumelor; spălătoria pentru veselă; depozite separate pentru produse și legume; încăperi pentru personal.

Alimentația copiilor în instituțiile de educație timpurie este organizată în grupe. Livrarea bucatelor de la blocul alimentar în grupă se efectuează în recipiente închise etichetate și marcate. Alimentația copiilor se efectuează în corespundere cu meniul întocmit pentru 10 zile și aprobat de conducerea instituției de educație timpurie după o coordonare prealabilă cu CSP teritoriale, în care se indică componența produselor, valoarea calorică a bucatelor, conținutul și corelația proteinelor, lipidelor și glucidelor.

Spălătoriile instituțiilor de educație timpurie sunt dotate cu încăperi și inventar adecvat capacității și necesității funcționale. Aceasta va dispune de încăperi pentru spălarea, uscarea și călcarea rufelor și va fi dotată cu coșuri pentru lenjerie murdară, mașini de spălat, mese de călcat, val de călcat lenjeria, fiare de călcat, dulapuri/stelaje pentru păstrarea lenjeriei și a albiturilor curate;

Instituțiile de educație timpurie trebuie să fie dotate cu sisteme eficiente de încălzire și ventilare a încăperilor. Bucătăria, spălătoriile pentru veselă și rufe se dotează cu sistem de ventilație mecanică de tip flux-reflux. Verificarea, curățarea și monitorizarea eficacității sistemelor de ventilație se efectuează nu mai rar de o dată pe an.

Instituțiile de educație timpurie trebuie să fie asigurate cu apă potabilă, apă caldă și sistem de canalizare. În lipsa sistemelor centralizate de aprovizionare cu apă potabilă, se asigură amenajarea surselor proprii (controlate periodic din punct de vedere al potabilității) și a rețelelor de distribuire a apei potabile în instituția respectivă.

Instituțiile de educație timpurie sunt dotate și aprovizionate permanent cu utilajele, materialele și substanțele necesare pentru întreținerea curățeniei și efectuarea operațiunilor de dezinfecție. Aceste utilaje, substanțe și materiale sunt păstrate în spații închise, destinate anume pentru acest lucru. Inventarul pentru WC-uri (cârpe, căldare, perie) trebuie să fie marcat cu culoare roșie și păstrat într-un dulap special. Inventarul se spală după fiecare utilizare cu apă caldă și soluții de detergenți.

În scopul minimizării riscului de apariție și răspândire a bolilor transmisibile, personalul instituțiilor de educație timpurie este supus examenului medical și instruirii igienice obligatorii, în conformitate cu prevederile actelor normative sanitare în vigoare, aprobate de Ministerul Sănătății. Personalul care nu a susținut examenul medical și instruirea igienică nu se admite la lucru.



## 5.6.2. Reglementările privind dotarea și exploatarea instituțiilor de învățământ general

Cerințele și normele sanitare privind dotarea și exploatarea instituțiilor de învățământ sunt reglementate prin Regulile și normativele sanitaro-epidemiologice de stat, „Igiena instituțiilor de învățământ primar, gimnazial și liceal”, aprobate prin Hotărârea medicului-șef sanitar de stat nr. 21/2005.

Regulile sanitare au drept scop legitimarea unor exigențe igienice unice privind amenajarea, întreținerea și organizarea regimului în școli.

Potrivit regulilor sanitare, școala se amplasează pe un sector propriu, distanțat de magistrale și întreprinderi, conform zonelor de protecție sanitară. Pe sector vor fi prevăzute următoarele zone: sportivă, de odihnă, lot experimental și de gospodărie.

Clădirea școlii va avea nu mai mult de 4 etaje și va dispune de încăperi de învățământ și ateliere de instruire, încăperi sportive și de festivități, precum și de încăperi cu destinație comună (bloc alimentar, administrativ, de gospodărie, medical, bibliotecă etc.). În unele cazuri, instituțiile de învățământ vor dispune și de încăperi pentru grupele cu regim prelungit și de cazare.

La fiecare etaj se plasează havuzuri cu apă potabilă și WC, separate, pentru fete și băieți și personal didactic. WC-urile pentru elevi vor fi dotate cu un scaun de veceu pentru maximum 20 de fete și un scaun de veceu și un pisoar pentru maximum 20 de băieți. Grupurile sanitare trebuie să fie dotate cu lavoare pentru maximum 40 de elevi, conectate la apă rece și caldă și controlate termostatic. Instituțiile trebuie să dispună de încăperi pentru igiena personală a fetelor cu 1 cabină pentru maximum 70 de fete, cu o suprafață de cel puțin 3,0 m<sup>2</sup>, care va fi dotată cu bideu, un scaun de WC, un lavoar conectat la apă rece și caldă curgătoare și un dulap.

Repartizarea cabinetelor în blocul școlii se efectuează în funcție de vârsta elevilor. Sălile de studii pentru elevii claselor primare (I–IV) se vor amplasa la primul etaj și vor fi izolate de celelalte clase.

Numărul de elevi în clasele I–IV trebuie să fie de maximum 20 de persoane, iar în clasele V–XII de maximum 25 de elevi.

Fiecare elev este asigurat cu un loc în bancă sau la masă, care va corespunde înălțimii lui, acuității vizuale și auditive.

Băncile/mesele trebuie să fie amplasate la o distanță de 0,5-0,6 m de la pereții clasei. Distanța de la tablă până la primele bănci trebuie să fie de 2,4-2,7 m, iar distanța de la tablă până la ultimele bănci de 8,6 m. Dulapurile se vor instala la peretele interior al clasei.

Spațiile destinate pentru orele de educație fizică vor include următoarele încăperi: sala de sport; vestiare separate pentru băieți și fete; încăperi pentru depozitarea inventarului sportiv; biroul instructorului. Vestiarele sălilor de sport se amenajează cu cuiere și includ câte 3 cabine de duș și câte 2 closete.

Atelierele de instruire prin muncă a elevilor se amplasează, de regulă, în edificii separate sau pot fi amplasate și în clădirea școlii. În cazul amplasării lor în clădirea școlii, se izolează de clase și se vor afla la parter.

Încăperile atelierelor de instruire trebuie să fie calde, luminoase și uscate. Se interzice amplasarea lor în demisolul sau subsolul clădirii. Suprafața atelierelor trebuie să corespundă normelor în vigoare, luând în vedere specificul procesului pedagogic și activitatea fizică intensă a elevilor (6 m<sup>2</sup> pentru un elev).

Clădirea școlii trebuie să fie asigurată cu încălzire și ventilație centrală. În clase, cabinete, laboratoare se organizează o ventilație artificială prin refularea aerului.

Temperatura aerului în încăperi trebuie să fie de 18–20°C, cu excepția sălii de sport, a atelierelor de prelucrare a metalului și lemnului (15–17°C), a dușurilor (25°C). Umiditatea relativă în încăperile școlilor va fi de 40–60%..

Toate încăperile vor fi iluminate în mod natural. La locul de lucru al elevilor se va asigura lumina din stânga. Iluminarea artificială se efectuează cu ajutorul corpurilor de iluminat care asigură nivelul optim de iluminare.

Instituțiile școlare se asigură cu sisteme centralizate cu apă rece și caldă. Calitatea apei trebuie să corespundă indicatorilor de apă potabilă stabiliți prin Lega nr. 182/2018 privind calitatea apei potabile. La începutul anului de studiu, apa potabilă va fi supusă investigațiilor de laborator la indicii fizico-chimici și microbiologici.

Până la începerea noului an de studii, instituțiile de învățământ sunt supuse autorizării sanitare de funcționare, iar blocurile alimentare – autorizării sanitar-veterinare de funcționare. La fel, conducerea instituției va asigura elaborarea și coordonarea cu subdiviziunile teritoriale ale ANSP a meniului-model, de alimentație a copiilor, elaborat, anual, pentru 10 zile.

Salariații sunt obligați să se supună examenului medical, în corespundere cu cerințele în vigoare. Nu se admite angajarea salariaților la lucru fără ca ei să fie supuși examenului medical.

## **5.7. Cerințele privind exploatarea și întreținerea bazinelor de înot și a zonelor de agrement**

Cerințele generale și igienice față de zonele de recreere aferente bazinelor acvatice destinate odihnei și scăldatului sunt reglementate prin Regulamentul zonelor de recreere aferente bazinelor acvatice, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 737/2002.

Zonele destinate recreerii se amplasează în preajma bazinelor acvatice, cu cele mai avantajoase elemente naturale: păduri, relief favorabil, lipsa posibilității alunecărilor de teren și a torentelor mari de apă, regim hidrologic avantajos (viteza cursului apei să nu fie mai mare de 0,5 m/sec,, să nu oscileze brusc nivelul apei).

Obiectivele acvatice trebuie să întrunească următoarele cerințe:

- calitatea apei și starea sanitară a teritoriului aferent bazinului acvatic să corespundă prevederilor normelor igienice în vigoare;
- existența sau posibilitatea construcției căilor de acces;
- malurile și fundul bazinului acvatic să dispună de un relief inofensiv (absența gropilor, pietrelor ascuțite etc.).

Fundul bazinului acvatic al zonei de recreere destinate pentru copii trebuie să fie ușor înclinat, având o adâncime de 0,40–0,70 m.

Teritoriul plajei trebuie să includă următoarele zone: zona de odihnă; zona de deservire (vestiar, clădiri de locație, bufet, chioșcuri); zona de sport (tenis, volei, turn pentru sărituri în apă, stație cu bărci etc.); zona verde; zona pentru copii.

Zona de recreere va fi amenajată cu următoarele construcții: instalații de alimentare cu apă potabilă de tip havuz; cabine pentru schimb; instalații pentru dușuri, asigurate cu apă potabilă; toalete publice, care, de regulă, vor fi separate pentru femei și bărbați; locuri pentru colectarea deșeurilor; instalații de acumulare a apelor uzate menajere, prin sisteme de evacuare a acestora în afara zonei de recreere.

Pe teritoriul plajei, obligatoriu, trebuie să fie prevăzut un cabinet medical cu stație de salvare. În zona de scăldat nu se admite transportul acvatic, cu excepția celui de salvare.

Totodată, în apropierea zonelor de recreere vor fi prevăzute parcări auto. Parcărilor auto, cu capacitatea de până la 100 de unități, trebuie să fie amplasate la distanța de 25 m de la hotarul zonei de recreere, iar cele cu capacitatea mai mare de 100 de unități – 50 m de la hotarul stabilit al zonei de recreere.

Annual, până la începutul sezonului de scăldat, se colectează probe de apă și sol din limitele fiecărei zone de recreere aferente bazinelor acvatice.

În perioada sezonului de scăldat se colectează probe din, cel puțin, 2 puncte, luându-se în considerare caracterul, suprafața și intensitatea folosirii zonei de recreere.

Frecvența colectării probelor de apă va fi, cel puțin, de 2 ori la toți indicatorii până la începutul sezonului estival și lunar, în timpul sezonului de scăldat.

Conținutul și proprietățile apei din obiectivul acvatic trebuie să corespundă normelor sanitare pentru apele de înbăiere.

În cazul depistării germenilor patogeni (salmonelle, shighele, enterovirusuri, stafilococi, vibrionul holerice NON-O1 etc.) și a altor germeni ce indică o poluare recentă cu fecalii, activitatea plajei va fi suspendată printr-o decizie a subdiviziunilor teritoriale ale ANSP.

Decizia privind funcționarea ulterioară a plajei va fi luată, după înlăturarea sursei de poluare, în baza rezultatelor investigațiilor de laborator.

Nisipul plajei nu trebuie să conțină germeni patogeni, ouă de geohelminți și candidați patogeni.

Amenajarea și securitatea funcționării zonelor de recreere aferente bazinelor

acvatice se efectuează de organele, întreprinderile și beneficiarii în a căror gestionare se află aceste zone.

Organele și întreprinderile care gestionează zonele de recreere a bazinelor acvatice, până la deschiderea sezonului de scăldat, trebuie să dispună, în mod obligatoriu, de autorizație sanitară de funcționare, eliberată de centrele de sănătate publică teritoriale.

## **5.8. Supravegherea și controlul produselor cu impact major asupra sănătății publice**

În conformitate cu prevederile Legii nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător, Agenția Națională pentru Sănătate Publică este responsabilă și de supravegherea pieței privind produsele nealimentare din domeniile reglementate, inclusiv materialele care vin în contact cu produsele alimentare introduse pe piață, cu excepția celor aflate în uz pe întreg lanțul alimentar.

În acest context Agenția Națională pentru Sănătate Publică asigură supravegherea și controlul plasării pe piață produselor și materialelor cu impact asupra sănătății publice, și anume a produselor biocide, a materialelor care vin în contact cu produsele alimentare, introduse pe piață, cu excepția celor aflate în uz pe întreg lanțul alimentar, precum și a produselor cosmetice.

### **5.8.1. Supravegherea și controlul plasării pe piață a produselor biocide**

Domeniul supravegherii plasării pe piață a produselor biocide ANSP ține cont de prevederile Legii nr. 277/2018 privind substanțele chimice, precum și ale Regulamentului sanitar privind punerea la dispoziție pe piață și utilizarea produselor biocide, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 344/2020. În acest context, Agenția Națională pentru Sănătate Publică este responsabilă pentru evaluarea dosarelor și autorizarea prin înregistrare a articolelor tratate și a produselor biocide, prevăzute în anexa nr. 1 la regulamentul sanitar menționat mai sus, și anume pentru:

a) tipurile de produse 1-22 – în ceea ce privește efectele asupra sănătății oamenilor;

b) tipurile de produse 1, 2, 4 – dezinfectanți pentru suprafețele în contact cu produsele alimentare; 5-14 – rodenticide non-agricole; 18 – insecticide, acaricide și produse pentru combaterea altor artropode non-agricole, 19 – repelenți și atractanți non-agricoli.

În același timp, Agenția Națională pentru Sănătate Publică, în conformitate cu prevederile pct. 129, sbpct. 9) al Regulamentului sanitar privind punerea la dispoziție pe piață și utilizarea produselor biocide, asigură supravegherea privind

punerea la dispoziție pe piață și utilizarea articolelor tratate și a produselor biocide pentru tipurile de produse 1, 2, 4 – dezinfectanți pentru suprafețele în contact cu produsele alimentare, 5, 6, 9, 11, 12, 14 – rodenticide nonagricole, 18 – insecticide, acaricide și produse pentru combaterea altor artropode non-agricole, 19 – repulsivi și momeli non-agricoli, 21 – prevăzute în anexa nr.1, în condițiile prevederilor Legii nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător.

### **5.8.2. Supravegherea plasării pe piață a produselor cosmetice**

Supravegherea și controlul plasării pe piață a produselor cosmetice se realizează în conformitate cu prevederile Legii nr. 10/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice și cu ale Regulamentului sanitar privind produsele cosmetice, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1207/2016.

Potrivit prevederilor actelor normative menționate supra, produsele cosmetice, anterior introducerii pe piață se supun autorizării sanitare.

În cadrul supravegherii pieței, personalul autorizat cu drept de control de stat în domeniul sănătății publice din cadrul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică și al subdiviziunilor ei teritoriale are următoarele atribuții:

1. efectuează controale în scopul depistării pericolului de îmbolnăvire a populației care utilizează produsele cosmetice în condiții normale;
2. verifică procesul de fabricație și conformitatea cu principiile practicilor de bună fabricație;
3. verifică respectarea prevederilor referitoare la etichetarea produselor cosmetice corespunzătoare;
4. verifică respectarea prevederilor punctelor 35–39 din Regulamentul sanitar menționat supra;
5. verifică și interzice folosirea în produsele cosmetice a substanțelor clasificate drept substanțe cancerigene, mutagene sau toxice pentru reproducere, categoriile 1A sau 1B, în conformitate cu legislația națională referitoare la clasificarea, etichetarea și ambalarea substanțelor și amestecurilor;
6. verifică condițiile de plasare a declarațiilor despre produs, inclusiv veridicitatea informației prezentate populației, precum și precauțiile înainte de aplicare, astfel încât să fie asigurată siguranța produselor cosmetice;
7. verifică notificările făcute de persoana responsabilă, la introducerea pe piață a produselor cosmetice.

Centrele de sănătate publică, în limitele competențelor funcționale atribuite, întreprind toate măsurile legale pentru a interzice sau a restricționa punerea la dispoziție pe piață a produsului cosmetic sau pentru a retrage produsul de pe piață sau pentru a-l rechema atunci când este necesară o acțiune urgentă, în cazul unui risc grav pentru sănătatea umană, sau atunci când persoana responsabilă și/sau distribuitorul nu ia toate măsurile adecvate necesare.

### **5.8.3. Supravegherea materialelor care vin în contact cu produsele alimentare**

Supravegherea materialelor care vin în contact cu produsele alimentare se realizează în conformitate cu prevederile Legii nr. 306/2018 privind siguranța alimentelor și a unui șir de regulamente sanitare, inclusiv cu:

- Regulamentul sanitar privind materialele și obiectele destinate să vină în contact cu produsele alimentare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 308/2011;
- Regulamentul sanitar privind materialele și obiectele din plastic destinate să vină în contact cu produsele alimentare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 278/2013;
- Regulamentul sanitar privind buna practică de fabricație a materialelor și a obiectelor destinate să vină în contact cu produsele alimentare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 492/2014;
- Regulamentul sanitar privind materialele și obiectele din plastic reciclat destinate să vină în contact cu produsele alimentare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 492/2015.

În conformitate cu prevederile art. 14 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 306/2018 privind siguranța alimentelor, materialele și articolele care vin în contact cu produsele alimentare și sursele de apă minerală și potabilă se supun autorizării sanitare prin utilizarea procedurii de avizare sanitară prevăzută în Legea nr. 10/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice. În același timp, potrivit prevederilor alin. (3) al aceluiași articol, materialele și articolele care vin în contact cu produsele alimentare, provenite din import și care nu sunt autorizate sanitar pe teritoriul Republicii Moldova se supun procedurii de autorizare sanitară până la introducerea acestora pe teritoriul țării.

Conform prevederilor actelor normative, materialele și obiectele care vin în contact cu produsele alimentare, inclusiv materialele și obiectele active și inteligente, sunt produse în conformitate cu bunele practici de fabricație, astfel încât, în condiții normale sau previzibile de utilizare, acestea să nu transfere produselor alimentare substanțele care intră în compoziția lor în cantități care ar putea:

1. să pericliteze sănătatea oamenilor;
2. să producă o modificare inacceptabilă a compoziției produselor alimentare;
3. să producă o alterare a caracteristicilor organoleptice ale acestora.

Etichetarea, publicitatea și forma de prezentare a unui material sau obiect nu trebuie să-i inducă în eroare pe consumatori.

La etapa de fabricare a materialelor destinate să vină în contact cu produsele alimentare operatorii economici trebuie să asigure:

- respectarea unui sistem de asigurare a calității eficient și documentat;
- selectarea materiilor prime, în corespundere cu specificațiile de

- producere care asigură conformitatea materialului sau a obiectului cu normele aplicabile;
- elaborarea și menținerea documentației adecvate, pe suport de hârtie și în format electronic, cu privire la specificații, formule de fabricație și de transformare, diferite operațiuni de fabricație executate, care sunt relevante pentru conformitatea și siguranța materialului sau a obiectului finit și cu privire la rezultatele sistemului de control al calității;
  - realizarea și menținerea unui sistem eficient de control la etapele de elaborare a specificațiilor de producere, controlul corespunderii cerințelor sanitare a materiilor prime și produselor finite la indicii de inofensivitate reglementați conform specificațiilor și documentelor tehnice de producere;
  - organizarea și realizarea controlului de laborator a indicilor de inofensivitate prin intermediul unor laboratoare acreditate în acest domeniu.

Sistemul de control al calității trebuie să includă și identificarea măsurilor corective în cazul nerespectării bunei practici de fabricație. Astfel de măsuri corective trebuie utilizate la identificarea neconformităților și puse la dispoziția autorităților competente în vederea controalelor efectuate în conformitate cu prevederile Legii nr. 131 din 8/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător.

## Referințe:

1. Friptuleac G., Igiena mediului, Chișinău, 2012.
2. Friptuleac G., Igiena instituțiilor-medicale (Curs), Chișinău, 2017.
3. Friptuleac G., Igiena instituțiilor de îngrijire a corpului și problemele de sănătate (Curs), Chișinău, 2021.
4. Hăbășescu I., Igiena copiilor și adolescenților: (lucrări practice), Chișinău, 2009.
5. Prisacari V., Ghid de supraveghere și control în infecțiile nosocomiale, Ediția II, Chișinău, 2009.
6. Șalaru I., Ghid practic pentru aplicarea prevederilor Legii nr. 278/2007 privind controlul tutunului privind interzicerea expunerii vizibile a produselor din tutu, produselor conexe, a dispozitivelor și accesoriilor de utilizare, reîncărcare sau încălzire a acestora în spațiile comerciale accesibile publicului, [www.ansp.md](http://www.ansp.md).
7. Legea nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător.
8. Legea nr. 182/2019 privind calitatea apei potabile.
9. Legea nr. 278/2007 privind controlul tutunului.
10. Legea nr. 209/2016 privind deșeurile.

11. Hotărârea Guvernului nr. 379/2018 cu privire la controlul de stat asupra activității de întreprinzător în baza analizei riscurilor.
12. Hotărârea Guvernului nr. 1014/2018 cu privire la aprobarea Metodologiei controlului de stat asupra activității de întreprinzător în baza analizei riscurilor efectuat de către Agenția Națională pentru Sănătate Publică.
13. Hotărârea Guvernului nr. 1466/2016 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind sistemele mici de alimentare cu apă.
14. Hotărârea Guvernului nr. 663/2010 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare.
15. Hotărârea Guvernului nr. 696/2018 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală.
16. Hotărârea Guvernului nr. 504/2012 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind dotarea și exploatarea farmaciilor și depozitelor farmaceutice.
17. Hotărârea Guvernului nr. 1211/2016 cu privire la aprobarea Regulamentului sanitar pentru instituțiile de educație timpurie.
18. Hotărârea Guvernului nr. 613/2017 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind avertismentele de sănătate și etichetarea produselor din tutun, a tutunului destinat rulării în țigarete și a produselor conexe.



# VI.

## TEHNOLOGII INFORMAȚIONALE

- 6.1. Argument
- 6.2. Internetul
- 6.3. Instrumente și tipuri de căutare a informației
- 6.4. Gestionarea sistemelor informatice specifice
- 6.5. Suita Google Workplace
- 6.6. Impactul tehnologiilor asupra sănătății și a mediului
- 6.7. Soluții inovatoare

### 6.1. Argument

Societatea informațională este societatea bazată pe Internet. Conceptul descrie mediul în care informațiile sunt esențiale, iar principalii factori sunt tehnologiile informaționale și de comunicare digitală (TIC). Într-o societate informațională, informațiile sunt valorificate, procesate și utilizate de către cetățeni digitali. TIC sunt integrate și au un impact major în domeniile socio-economic, politic și cultural ale unei societăți.

Printre caracteristicile societății informaționale merită a fi menționate:

- creșterea exponențială a informațiilor furnizate și procesate prin intermediul TIC;
- extinderea aplicării TIC în toate aspectele vieții, inclusiv în domeniul economic, administrativ, cultural, educațional și de divertisment;
- accesul la informații și comunicare în timp real, oricând și oriunde;
- interacțiunea și modul de comunicare între utilizatori prin intermediul social media, forumurilor și altor platforme de comunicare;
- sporirea capacității de dezvoltare a noi produse, servicii și modele de afaceri în domeniul TIC;
- necesitatea de a dezvolta și implementa politici de securitate a datelor și de protecție a vieții private în contextul accesibilității informațiilor.

TIC au schimbat fundamental modul de comunicare, activitate, cercetare și interacțiune între utilizatori prin:

**Accesul la informații** – tehnologiile informaționale oferă acces instant la fluxul de informații și extind modalitățile de comunicare informațională în mediul online.

**Eficiența comunicării** – aplicarea instrumentelor de comunicare online oferă posibilitatea unei interacțiuni și colaborări mai eficiente între utilizatori.

**Dezvoltarea economică** – extinderea afacerilor și crearea de noi locuri pe piața muncii.

**Îmbunătățirea calității sistemului educațional** – învățământul la distanță și

realitatea virtuală oferă experiențe mai captivante și mai interactive în procesele de studiu și cele didactice.

**Inovație și progres** – tehnologiile informaționale stau la baza progresului științific în domeniile medicină, inginerie etc. Scopul primordial este îmbunătățirea calității vieții omului.

Evident că TIC implică și unele provocări, cum ar fi lipsa sau insuficiența competențelor digitale ale utilizatorilor, dependența de Internet, distanțarea socială sau problemele de securitate cibernetică.

The screenshot shows the Europass website interface. At the top left is the Europass logo with the text 'europass Uniunea Europeană'. To the right is a language selector showing 'RO română'. Below the header is a navigation menu with links: 'Home', 'Instrumente digitale Europass', and 'Testați-vă competențele digitale'. A secondary navigation bar contains links for 'europass', 'Instrumente Europass', 'Învățați în Europa', 'Lucrați în Europa', 'Despre Europass', 'Părțile interesate', and a 'Logați-vă pe Europass' button. The main heading is 'Testați-vă competențele digitale' in large white text on a dark blue background. Below the heading is a sub-heading: 'Faceți acest test simplu pentru a afla care este nivelul dumneavoastră în domeniul competențelor digitale.' The main content area has a white background and features the question 'De ce este important să știu care este nivelul meu în domeniul competențelor digitale?' followed by two paragraphs of text. The first paragraph explains that the test is based on digital competencies and is structured to help users find their level. The second paragraph states that after completion, users will receive a detailed report on their digital skills, identifying strengths and weaknesses. At the bottom of the content area is a green button labeled 'Testați-vă competențele digitale'.

**Sursa:** *Testați-vă competențele digitale*

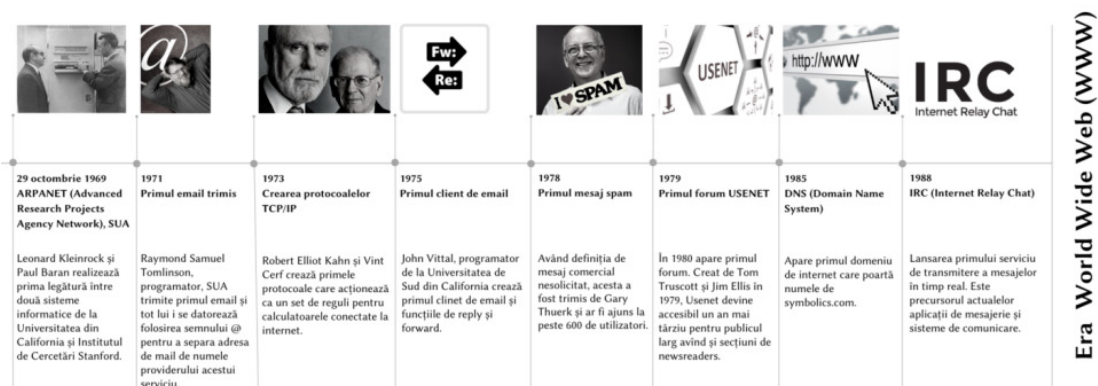
<https://europa.eu/europass/ro/instrumente-europass/test-your-digital-skills>

## 6.2. Internetul

Internetul prezintă o rețea internațională de calculatoare, formată prin interconectarea rețelelor locale și globale, destinată să faciliteze schimbul de date și informații în diverse domenii și să eficientizeze comunicarea la nivel global. (Abr. Din engl. Inter[national] Net[work]).

În vederea asigurării interoperabilității și interconectivității între dispozitive și rețele, Internetul prezintă o serie de elemente care permit transferul datelor și al informațiilor. Aceste elemente includ:

- Dispozitive de acces – computere personale, smartphone-uri, tablete, console de jocuri și alte dispozitive.
- Furnizori de acces la serviciile Internet care furnizează conexiuni la internet pentru utilizatori prin intermediul unor tehnologii precum cablu, DSL, fibră optică, wireless și satelit.
- Servere și centre de date – programe sau dispozitive specializate care stochează și gestionează datele și aplicațiile utilizate pe Internet.
- Protocolul de internet (IP) care este un set de reguli și proceduri ce permite dispozitivelor să comunice între ele pe Internet.
- Routerel wireless și nodurile de rețea sunt punctele intermediare prin care trec datele și dispozitivele care le dirijează spre destinație.
- Site-uri web și browsere – aplicațiile, serviciile de e-mail, mesagerie instantanee, rețele sociale, jocuri online etc. accesate de utilizatorii Internet.
- Protocoale de comunicație – seturi de reguli și convenții care permit dispozitivelor să comunice și să transmită date între ele în rețeaua globală Internet, precum: HTTP, FTP, TCP/IP, DNS ș.a.



Tehnologiile web au evoluat semnificativ în ultimii ani, schimbând modul în care oamenii accesează și utilizează informațiile și serviciile online. Acestea includ:

World Wide Web (WWW) – inventat în 1989 de către Tim Berners-Lee și este o platformă web accesată de către utilizatori prin intermediul unui browser web, cum ar fi: Google Chrome, Microsoft Edge, Mozilla Firefox, Opera ș.a.

- Site-urile web sunt dezvoltate utilizând tehnologii web precum HTML (HyperText Markup Language), CSS (Cascading Style Sheets) și JavaScript și pot fi accesate prin intermediul unei adrese URL (Uniform Resource Locator). Fiecare site web are o structură unică, care poate include pagini de start, pagini de conținut, pagini de produse sau servicii, pagini de contact și multe altele.
- Web 2.0 – web-ul social. Web-ul 2.0 este un grup de schimbări determinate economic, social și tehnologic în care utilizatorii pot crea și distribui conținut informațional, pot comunica, colabora și interacționa.

- Mobile web sau tehnologiile web 4.0 sunt versiunea mobilă a web 2.0 și sunt orientate către dispozitivele mobile, cum ar fi smartphone-urile și tabletele, care utilizează tehnologii precum *responsive design* și aplicații mobile.
- Tehnologiile *Cloud computing* sunt un model de prelucrare a datelor ce permit stocarea și gestionarea datelor și a aplicațiilor într-un mediu online, accesibil de pe orice dispozitiv conectat la Internet.

Pe măsură ce tehnologia web a evoluat, site-urile web? au devenit din ce în ce mai interactive și mai complexe, oferind suport pentru multimedia și animații.

Browserul web oferă, de asemenea, utilizatorilor un set de instrumente pentru a naviga prin site-uri, cum ar fi butoanele „Înapoi” și „Înainte”, marcarea paginilor favorite sau setarea preferințelor pentru afișarea conținutului. Fiecare browser web are caracteristici unice, dar majoritatea includ instrumente precum căutarea integrată, posibilitatea de a salva parole și informații de autentificare, precum și suport pentru extensii și plug-in-uri.

Internetul a generat o serie de beneficii importante precum este viteza de comunicare, accesul la mai multe conținuturi, diseminarea conținutului propriu, spiritul colaborativ, interacțiunea cu grupurile de interese, generarea de noi locuri de muncă, accesul la noi formate de divertisment, noi dinamici sociale, promovarea libertății de exprimare și a democrației.

Cu toate acestea, există și preocupări legate de utilizarea excesivă a Internetului, dependența de tehnologii, securitatea informațiilor și confidențialitatea datelor personale, ceea ce evidențiază necesitatea unei utilizări responsabile și raționale a acestuia.

### 6.3. Instrumente și tipuri de căutări a informației

Internetul oferă acces la tamente informaționale masive și diverse, disponibile tuturor categoriilor de utilizatori. Este importantă calitatea și veridicitatea informațiilor și că sursele sunt relevante și actualizate. În vederea satisfacerii necesităților informaționale ale utilizatorilor, există o serie de instrumente de căutare și organizare a informațiilor pe Internet:

- Motoare de căutare
- Biblioteci digitale
- Repozitorii
- Baze de date
- Rețele sociale.

**Motoarele de căutare** sunt instrumentele de bază pentru căutarea informațiilor pe Internet, care permit colectarea, organizarea și generarea rezultatelor căutării în liste de rezultate relevante.

The image shows a Google search interface for the word "stres". The search bar contains "stres" and the search button is visible. Below the search bar, there are filters for "Orice limbă", "Oricând", and "Toate rezultatele". A dropdown menu is open under "Oricând", showing options: "Din ultima oră", "Din ultimele 24 de ore", "Săptămâna trecută", "Luna trecută", and "Anul trecut". Another dropdown menu is open under "Toate rezultatele", showing "Literal". On the right side, a "Setări de căutare" (Search settings) menu is open, listing options like "Limbi (Languages)", "Ascundeți rezultatele explicite", "Căutare avansată", "Istoricul căutărilor", "Datele dvs. din Căutare", "Căutați în paginile de ajutor", and "Temă întunecată: Dezactivată".

Unul dintre cele mai utilizate motoare de căutare este Google. În vederea regăsirii informațiilor științifice și a indicatorilor de performanță ale cercetătorului, Google Scholar este cel mai utilizat motor de căutare.

The image shows a Google Scholar profile for Alexandru Corlateanu. The profile includes a photo, name, title "Associate Professor, Head of Department of Respiratory Medicine, State University of Medicine and Health Sciences, I. Cantacuzino University of Medicine and Pharmacy, Bucharest", and a list of publications. A citation chart is also visible, showing the number of citations over time from 2016 to 2023.

TITLU	CITAT DE	ANUL
Procalcitonin to guide antibiotic administration in COPD exacerbations: a meta-analysis AG Mathioudakis, V Chaitman, V Origitadou, A Corlateanu, J Vestbo European Respiratory Review 26 (143)	110	2017
Prevalence and burden of comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease A Corlateanu, S Covartev, AG Mathioudakis, V Botnaru, N Sifakias Respiratory Investigation 54 (6), 387-395	89	2016
Chronic obstructive pulmonary disease and phenotypes: a state-of-the-art A Corlateanu, Y Mendez, Y Wang, RJA Garcia, V Botnaru, N Sifakias Pulmonology 25 (2), 95-100	63	2020
Chronic obstructive pulmonary disease and stroke A Corlateanu, S Covartev, AG Mathioudakis, V Botnaru, M Cazzola, ... COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 15 (4), 405-413	37	2018
Phenotyping before starting treatment in COPD? N Sifakias, A Corlateanu, E Fouka COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 14 (3), 367-374	36	2017
Predicting health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: the impact of age A Corlateanu, V Botnaru, S Covartev, S Dumitru, N Sifakias Respiration 92 (4), 229-234	30	2016
EARLY versus MILD chronic obstructive pulmonary disease (COPD) N Sifakias, N Bizym, A Mathioudakis, A Corlateanu Respiratory medicine 140, 127-131	25	2018
Predictors of daytime sleepiness in patients with obstructive sleep apnea.	21	2015

The citation chart shows the following data:

An	Citat de
2016	13
2017	13
2018	17
2019	135
2020	135
2021	180
2022	135
2023	45

Comisia Europeană definește *bibliotecile digitale* drept „colecții organizate de conținut digital, care sunt disponibile publicului. Aceste colecții conțin materiale care au fost digitizate, cum ar fi copiile digitale ale cărților sau ale altor materiale din biblioteci sau arhive sau informațiile originale produse în format digital.”

Repozitoriile sunt arhive digitale care colectează, arhivează și oferă acces la rezultatele cercetărilor științifice publicate de către membrii unei comunități. Cele mai dezvoltate tipuri de repozitorii sunt cele instituționale și tematice.

Șapte din cele 12 repozitorii din Republica Moldova, înregistrate în OpenDoar (Registrul Repozițiilor în Acces Deschis), sunt repozitoriile de tip instituțional și au

fost create în cadrul Proiectului TEMPUS „Servicii informaționale moderne pentru îmbunătățirea calității studiilor” (Modern Information Services for Improvement Study Quality, MISISQ).

Repozitoriul Instituțional în domeniul științelor medicale al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” – <https://repository.usmf.md/> – este un produs creat și dezvoltat de Biblioteca Științifică Medicală. Repoziitoriul este structurat pe comunități/subcomunități și colecții, care, de fapt, oglindesc structura organizatorică a universității. Acestea sunt reprezentate prin facultățile, catedrele și subdiviziunile universitare. Colecțiile RI oferă acces la articole științifice, materiale ale conferințelor, arhivele full-text alerevistelor medicale naționale, protocoale clinice naționale, autoreferate și teze de doctor, materiale multimedia ș.a. În 2023, RI deține peste 21000 de documente.

Digital Institutional Repository of Ion Creangă Pedagogical State University	Type <b>Institutional</b>	Software <b>DSpace</b>	Country <b>Moldova</b>
Institutional Repository Open Research Archive of Alecu Russo Bălți State University	Type <b>Institutional</b>	Software <b>DSpace</b>	Country <b>Moldova</b>
Institutional Repository in Agricultural Sciences of State Agrarian University of Moldova	Type <b>Institutional</b>	Software <b>DSpace</b>	Country <b>Moldova</b>
Institutional Repository in Medical Sciences of Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova	Type <b>Institutional</b>	Software <b>DSpace</b>	Country <b>Moldova</b>
Institutional Repository of Economic Knowledge	Type <b>Institutional</b>	Software <b>DSpace</b>	Country <b>Moldova</b>
Institutional Repository of Moldova State University	Type <b>Institutional</b>	Software <b>DSpace</b>	Country <b>Moldova</b>
Institutional Repository of the Academy of Public Administration	Type <b>Governmental</b>	Software <b>DSpace</b>	Country <b>Moldova</b>
Institutional Repository of the Technical University of Moldova	Type <b>Institutional</b>	Software <b>DSpace</b>	Country <b>Moldova</b>
Institutional Repository - SUPhES	Type <b>Institutional</b>	Software <b>DSpace</b>	Country <b>Moldova</b>
Instrumentul Bibliometric Național	Type <b>Governmental</b>	Software <b>Drupal</b>	Country <b>Moldova</b>
Repository Socio-Economic Sciences	Type <b>Institutional</b>	Software <b>DSpace</b>	Country <b>Moldova</b>
Teze	Type <b>Governmental</b>	Software <b>UNSPECIFIED</b>	Country <b>Moldova</b>

**Sursa:** *OpenDOAR*

[https://v2.sherpa.ac.uk/view/repository\\_by\\_country/Moldova\\_28Republic\\_of29.html](https://v2.sherpa.ac.uk/view/repository_by_country/Moldova_28Republic_of29.html)

Bazele de date (BD) sunt colecții de date create și menținute computerizat, care permit operații de introducere, colectare, ștergere, actualizare și interogare a datelor. În procesul de informare și documentare sunt utilizate următoarele tipuri de BD:

**Baze de date bibliografice** – Catalogul bibliotecii – inventar a colecției bibliotecii.

Sursa: *LibUnivCatalog* <http://primo.libuniv.md/>

**Baze de date de articole full-text** – pot fi disciplinare sau multidisciplinare, utilizate în regăsirea abstractului și full-text-ului articolului științific publicat în edițiile periodice (reviste, ziare, seriale etc.)

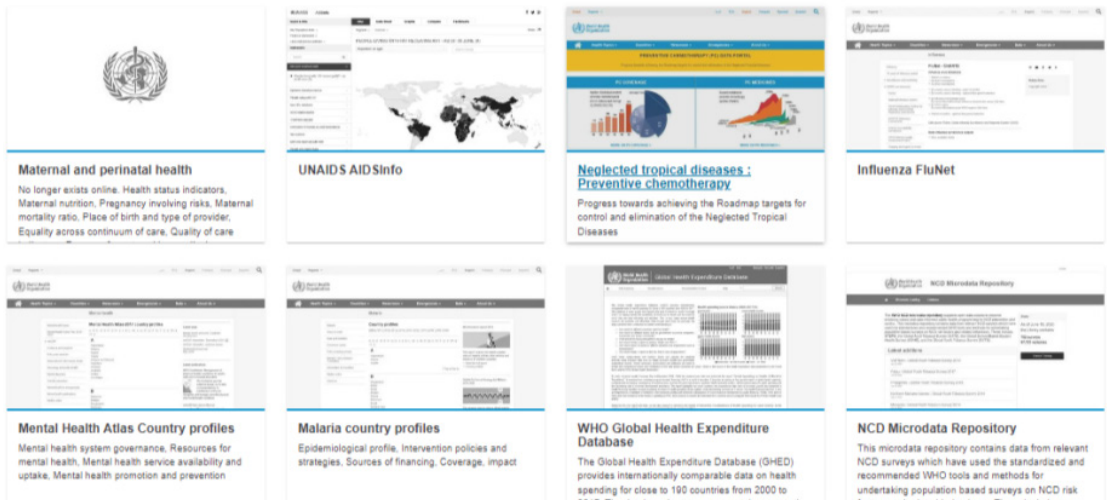
**Baze de date de cărți full-text** – oferă acces la colecții de cărți electronice și capitole de carte cu text integral (manuale, ghiduri, cărți, rapoarte etc.)

**Streaming video** – colecție de tutoriale video disponibile în regim online.

**Baze de date statistice** – oferă acces la bănci de date statistice, statistici pe domenii, recensământ etc.

Sursa: *Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova* <https://statistica.gov.md/ro>





**Sursa:** WHO data collections <https://www.who.int/data/collections>

Pe lângă motoarele de căutare și site-urile web specializate, un instrument util în regăsirea informațiilor se consideră rețelele sociale.

Rețelele de socializare sunt platforme online care permit utilizatorilor să se conecteze, să comunice și să împărtășească conținut cu alți utilizatori. Principalele funcții ale rețelelor sociale sunt:

- Promovare și comunicare
- Oportunități de învățare și formare continuă
- Rețele pentru cercetători.

Acestea pot fi utilizate pentru a sensibiliza publicul, pentru a combate dezinformarea, este un instrument indispensabil de comunicare în timpul unei crize, de promovarea implicării cetățenilor, dar și de promovarea personală sau instituțională. Cele mai populare rețele de socializare sunt Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn și YouTube. Fiecare dintre aceste platforme are propriile caracteristici și funcții unice, precum și propriul public țintă. De exemplu, Facebook este popular printre toate grupele de vârstă, în timp ce Instagram și TikTok sunt populare în special în rândul tinerilor.


Este important de a fi prudent la modul în care sunt utilizate rețelele de socializare și protejate informațiile cu caracter personal. De asemenea, contează respectarea conduitei online care poate influența imaginea și reputația personală.

**World Health Organization in Moldova** 32 · 3

„Spitalul este complet distrus. Avem echipe de căutare active în zonă cu câini de salvare care încearcă să găsească supraviețuitori sub dărâmturi. [...] Dezastrul de aici... este imposibil de descris.”

Catherine Smallwood, ofițerul principal pentru situații de urgență din cadrul Biroului Regional OMS pentru Europa este în Hatay, Turcia. #Türkiye

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) lucrează cu Ministerul Sănătății din Turcia și cu alți parteneri pentru a identifica și a r... [Vezi mai mult](#)



**WHO Regional Office for Europe** 42 · 3

“The hospital is completely destroyed. We have search teams active still in the area with rescue dogs trying to find survivors under the rubble. [...] The deast... [Vezi mai mult](#)

“Spitalul este complet distrus. Avem echipe de căutare active încă în zonă cu câini de salvare care încearcă să găsească supraviețuitori sub dărâmturi. [...] D... [Vezi mai mult](#)

[Așunde originalul · Vizualizează interacțiunile](#)

1 distribuie

Îmi place · Comentează · Distribuie

**ONU Moldova** 30 January la 14:49

2,6 milioane de cetățeni locuiesc în Republica Moldova, conform metodologiei internaționale de calcul al populației cu reședința obișnuită, dar și a numărul persoanelor care pleacă și revin în țară. Calcularea numărului revizuit al populației a fost realizată de Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova cu susținerea UNFPA Moldova și Swiss Cooperation in Moldova.



**UNFPA Moldova** 27 January la 14:17

#ProgramulDeȚară #UNFPA #Rezultate

🟢 Pentru prima oară după 30 de ani, se cunoaște numărul real al populației care locuiește în Republica Moldova. Acest lucru ... [Vezi mai mult](#)

19 5 distribuiri

## Tipuri de căutări a informațiilor:

**Căutare de bază/simplă (simple search)** – aplică interogații scurte prin cuvinte-cheie.

**Căutare avansată (advanced search)** – aplică criteriile implicite, restrânge câmpul de căutare pentru rezultate cât mai exacte.

Cuvânt-cheie



Căutările de informații sunt efectuate după cuvânt-cheie care este inserat în câmpul de căutare. Mai nou, este aplicată **căutarea vocală** – proces de convertire a cuvintelor vorbite în format digital care poate fi utilizat ulterior pentru tipărire, arhivare, căutare. Acest tip de căutare este disponibil doar de pe dispozitivele mobile.

Pentru o căutare a informațiilor cât mai relevantă este util de folosit operatorii booleeni:

**AND** – permite efectuarea căutărilor prin asocierea termenilor.

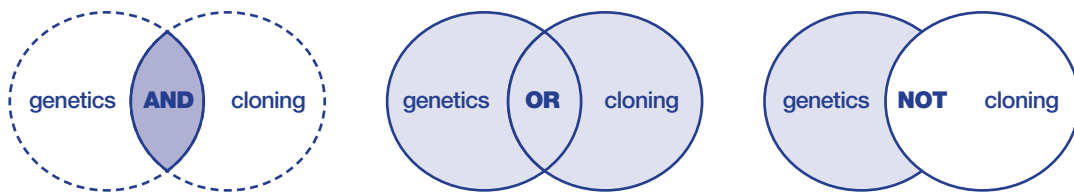
De exemplu: breast cancer AND diagnosis

**OR** – identifică simultan, unul dintre cele două concepte menționate.

De exemplu: breast cancer OR breast neoplasms

**NOT\AND NOT** – exclude unul din aspectele căutării.

De exemplu: breast cancer NOT surgery.



Închiderea sintagmei de căutare între ghilimele, permite păstrarea îmbinării de cuvinte în rezultatele căutării. De exemplu: **„siguranța pacientului”**.

Aplicarea asterixului oferă posibilitatea regăsirii tuturor variantelor sintagmei solicitate. De exemplu: **neuro\***.

The screenshot shows the LibUnivCatalog search results page for the query "neuro\*".

**Page Header:** Includes logos for "Cunoaștere fără frontiere" (Knowledge without borders), "MISIS", and the European Union flag with the text "Co-funded by the Tempus Programme of the European Union".

**Navigation:** "Vizitator", "e-raft", "Contul meu", "Identificare", "Etichete", "Legături la citări", "Ajutor", "Limba Română".

**Search Bar:** "Toate" (dropdown), "neuro\*" (input), "Căutare" (button), "Căutare avansată", "Căutare prin Răsfoire".

**Filters:** "termenul sau sintagma" (dropdown), "oriunde în înregistrare" (dropdown).

**Results Summary:** "Rezultate 1 - 10 din 380.986 pentru Baza de date totală". "Sortat după: Relevanță".

**Results List:**

- Enciclopedie de neurologie și neurochirurgie Vol. 2 (D - F)**  
1993  
Disponibil la USM - Împrumut Reference Collection (61 / E-54) și alte locații  
Solicitare | Locații | Detalii | Recenzii&Etichete (Tag) | Răsfoire virtuală
- Neuropediatrie Manual**  
Iliciuc, Ion  
2002  
Disponibil la USMF - Împrumut Publicații Didactice Colectia didactica (618.8C / I 54) și alte locații  
Solicitare | Locații | Detalii | Recenzii&Etichete (Tag) | Răsfoire virtuală

**Left Sidebar:** "RSS", "Expandează rezultatele", "Arată doar" (filters: "Disponibil în bibliotecă (1.396)", "Full text online (379.475)", "Reviste peer reviewed (recenzate) (116.183)").

## 6.4. Gestionarea sistemelor informatice specifice

Microsoft Office este o suită de aplicații de birou, care integrează un set de instrumente utile pentru crearea, editarea și administrarea documentelor, prezentărilor, foilor de calcul, email-urilor ș.a.

Microsoft Office prezintă o integrare excelentă între aplicații, permițând utilizatorilor să lucreze sau să convertească documentul în cadrul diferitelor programe. De exemplu, permite inserarea unei foi de calcul Excel într-un document Word și puteți utiliza datele din Excel într-un document PowerPoint.

Sistemul oferă opțiuni de personalizare a documentelor, de la teme și fonturi la formate de pagină și stiluri de formatare.

Microsoft Office oferă instrumente de colaborare și permite editarea documentului în timp real, de exemplu prin intermediul aplicației Microsoft Teams.

O altă caracteristică a suitei Microsoft Office sunt opțiunile de securitate pentru protejarea documentelor și a datelor personale. De exemplu, documentele pot fi protejate prin setarea unor parole sau limitări de acces la anumite funcții ale aplicației.

Microsoft Office este disponibil și compatibil și cu dispozitivele mobile.

Printre cele mai utilizate aplicații Microsoft Office se numără:

**Microsoft Word:** este un procesor de text care permite utilizatorilor să creeze, să editeze și să formateze documente.

**Microsoft Excel:** program de calcul tabelar utilizat pentru organizarea, analiza și gestionarea datele. Este utilă pentru activități bugetare, urmărirea datelor de vânzări și crearea de grafice, evidență ș.a.

**Microsoft PowerPoint:** este o aplicație de prezentare multimedia create în baza slide-urilor și este frecvent utilizată pentru prezentări de afaceri, conferințe, seminare etc.

Pentru comoditatea utilizatorului, toate programele din Microsoft Office au meniuri, pictograme și comenzi de tastatură similare. Etapele sesiunii de lucru implică și ele opțiuni comune cum ar fi: lansarea aplicației, crearea de conținut, formatarea, inserarea imaginilor, tabelelor, diagramelor și figurilor SmartArt, salvarea și imprimarea documentului. Aplicațiile Microsoft Office pot fi salvate și în alte formate de fișier decât cel prestabilit (pdf, document HTML ș.a.).



## 6.5. Suita Google Workspace

Google Workspace este o suită de instrumente și aplicații de birou, care permite gestionarea eficientă a activităților zilnice și sporesc productivitatea colaborării online. Ecosistemul este dezvoltat de compania Google și include:

- conturi de e-mail;
- aplicație de mesagerie;
- software de videoconferințe;
- calendar;
- editor de texte, foi de calcul sau prezentări;
- aplicații de formulare sau site-uri web;
- unitate Drive de stocare a datelor în cloud.

### De ce Workspace?

- documente stocate centralizat;
- spațiu amplu de stocare a fișierelor (de la 30 GB până la 5 TB);
- adrese de e-mail cu domeniul propriu (instituțional);
- cel mai utilizat și mai popular e-mail corporativ;
- prezența filtrelor antispam, antivirus, antiphishing;
- varietatea aplicațiilor pentru comunicare: text, voce, video și aplicații de editare a documentelor;
- accesarea documentelor oricând și oriunde, online și offline;
- economisirea de bani;
- înlocuirea aplicațiilor: Microsoft office cu aplicațiile Google Workspace, Zoom cu Google Meet, Slack cu Google Chat, Dropbox cu Google Drive;
- control sporit și securitate asupra permisiunilor și acceselor;
- politici ușor de configurat;
- administrarea simplă a persoanelor și dispozitivelor.

### Principalele aplicații din suita Google Workspace sunt:

Google Workspace



**Gmail** – cea mai populară căsuță de e-mail cu peste 1,8 miliarde de utilizatori, care oferă un spațiu de stocare de 15 GB și opțiuni de organizare și filtrare a mesajelor.

**Google Drive** – serviciu gratuit de stocare și copiere de rezervă a fișierelor online în cloud.

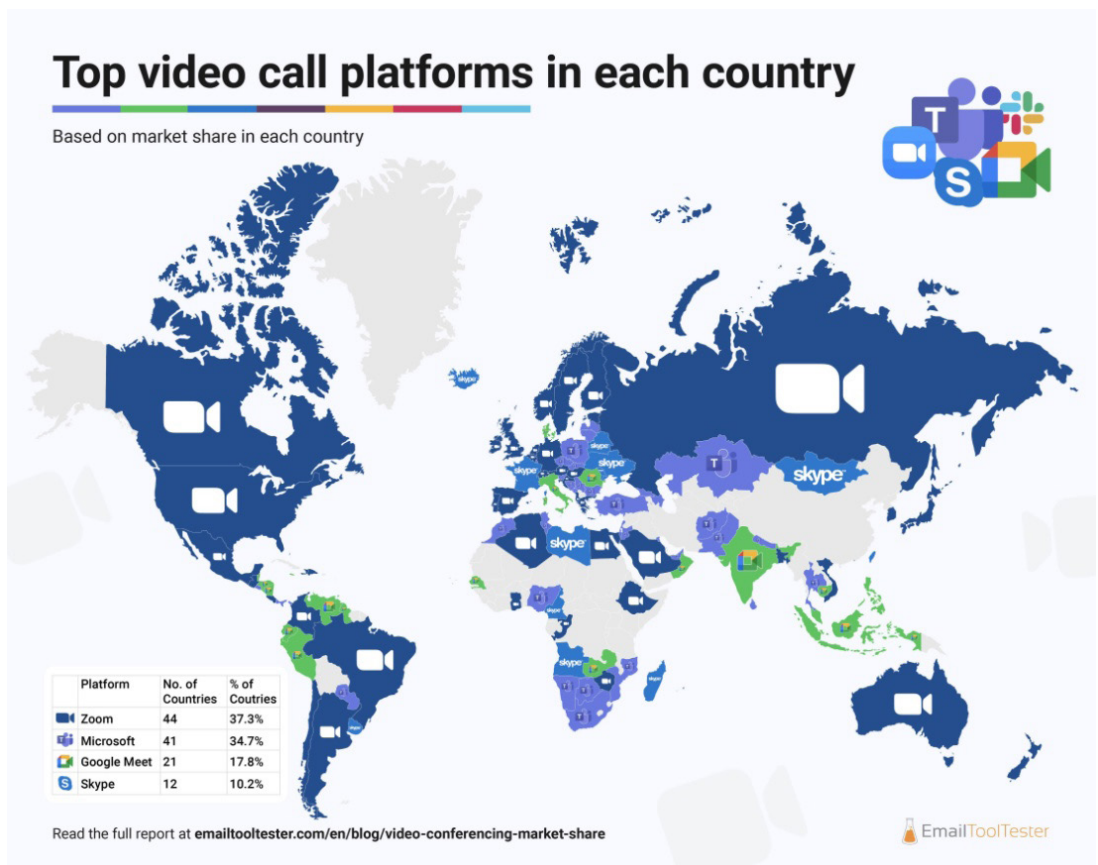
**Google Docs** – editor de texte online, versiunea alternativă a Microsoft Word, care permite utilizatorilor crearea și editarea documentelor textuale, precum și colaborarea online.

**Google Sheets** – editor de foi de calcul online, care oferă posibilitatea elaborării rapoartelor online Google Ads în foi de calcul Google și colaborarea, în timp real, de pe orice dispozitiv.

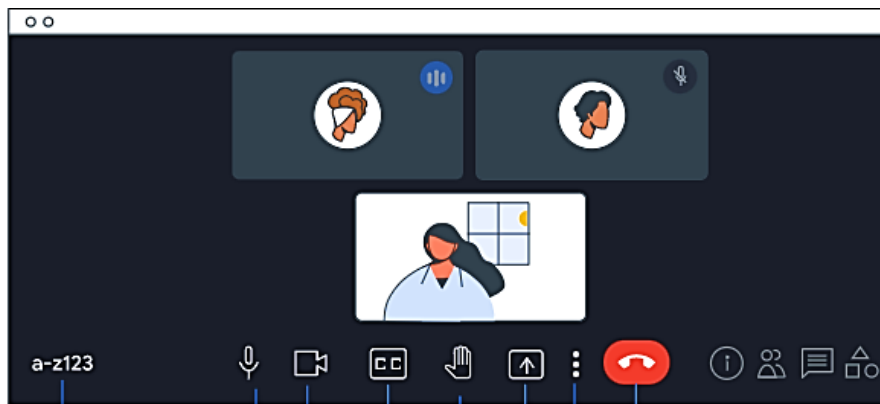
**Google Slides** – editor online care permite utilizatorilor să creeze și să editeze prezentări, precum și să colaboreze cu alți utilizatori.

**Google Calendar** – serviciu de programare și gestionarea a timpului, care permite crearea și planificarea evenimentelor online, prin setarea notificărilor și alertelor.

**Google Meet** – serviciu, lansat inițial în aprilie 2020, a devenit rapid popular în contextul pandemiei COVID-19, care a determinat multe companii să adopte munca de la distanță.



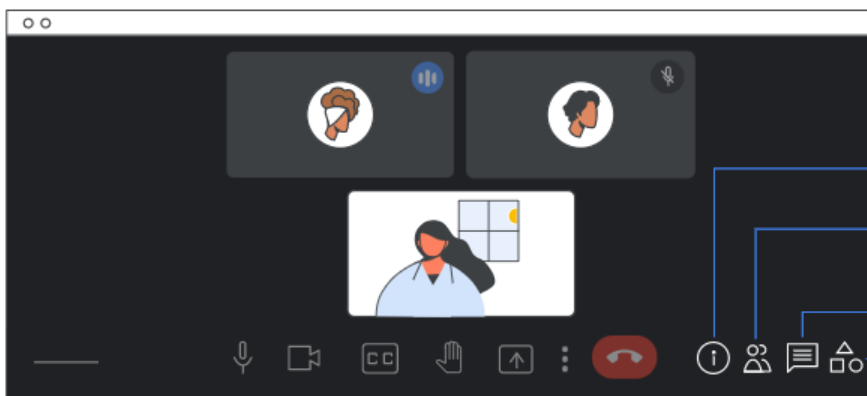
Google Meet este integrat în Google Workspace și poate fi accesat prin intermediul contului de Google. Acest serviciu oferă funcții de videoconferință, de audioconferință, de chat, de partajare de ecran și de înregistrare a întâlnirilor.



- Meeting code
- Turn mic on or off
- Turn camera on or off
- Turn captions on or off
- Raise your hand
- Share your screen or give presentations
- Change settings, background, layout, and more
- Leave meeting

**Sursa:** *Află mai multe despre noul aspect Meet*

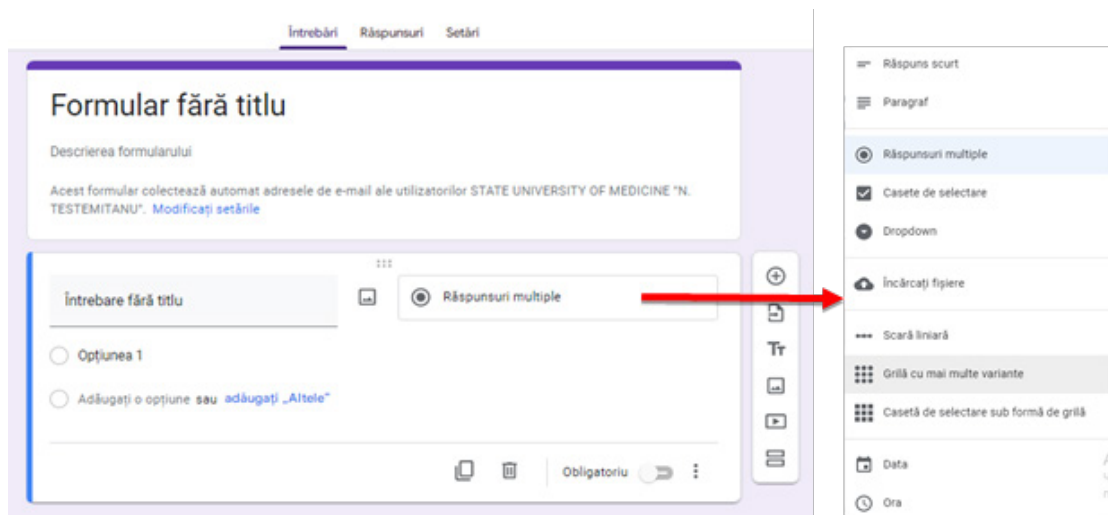
[https://support.google.com/meet/answer/10550593?hl=ro&ref\\_topic=7306097](https://support.google.com/meet/answer/10550593?hl=ro&ref_topic=7306097)



- Share meeting details with guests
- View, remove, and pin participants, and invite more people
- Send chat messages
- Use Breakout rooms, Polls, Q&A and other meeting features

**Google Forms** – aplicație pentru crearea formularelor online, care permite utilizatorilor să creeze sondaje, chestionare sau formulare de feedback. Rezultatele sunt colectate, procesate și prezentate în regim online.





**Securitatea online.** Securitatea online este o preocupare majoră pentru utilizatorii de servicii Internet și constă în protejarea dispozitivelor digitale și a informațiilor sensibile împotriva accesului neautorizat sau al interceptării de către părți terțe. Sistemele informaționale pot fi supuse anumitor riscuri, cum ar fi: SCAM; SPAM; programele Malware: viruși, viermi, spyware, cai troieni\troieni; Adware; Hacker\Cracker; fraudele online sau atacurile cibernetice. Virușii informatici sunt programe malware proiectate cu scopul de a compromite funcționarea computerelor și a rețelelor. Aceștia pot cauza daune semnificative, care variază de la pierderea datelor și a informațiilor vulnerabile, până la blocarea sau chiar distrugerea sistemelor informatice.



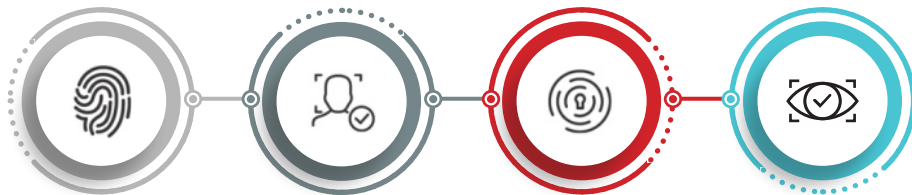
Securitatea online este reglementată de o serie de legi și reglementări atât la nivel național, cât și internațional. Acestea stabilesc standarde privind protecția datelor cu caracter personal și a informațiilor, dar și prevenirea atacurilor cibernetice.

Cele mai importante acte de reglementare europene care fac referire la securitatea online sunt:

- Regulamentul General privind Protecția Datelor (GDPR), adoptat de Uniunea Europeană în 2018, stabilește cerințele de protecție a datelor cu caracter personal ale cetățenilor UE.
- Directiva privind Securitatea Cibernetică a Uniunii Europene (NIS), adoptată în 2016, stabilește cerințele minime pentru protecția infrastructurii cibernetice în UE.
- Convenția Consiliului Europei privind Criminalitatea Cibernetică, adoptată în 2001, stabilește standardele internaționale pentru combaterea infracțiunilor cibernetice.

Cu referire la cadrul legal al Republicii Moldova, pot fi specificate următoarele acte:

- Legea nr. 48/2023 privind securitatea cibernetică
- Legea nr. 133/2011 privind protecția datelor cu caracter personal.
- Legea nr. 148/2023 privind accesul la informațiile de interes public.
- Legea nr. 20/2009 privind prevenirea și combaterea criminalității informatice.
- Legea nr. 124/2022 privind semnătura electronică și documentul electronic.
- Strategia securității informaționale a Republicii Moldova 2019–2024.
- Securitatea instituțională online sau cea cibernetică se referă la măsurile de securitate implementate pentru protejarea activelor și a informațiilor unei organizații împotriva amenințărilor online, cum ar fi: atacurile ciberneticе, phishing-ul, malware-ul și alte tipuri de infracțiuni ciberneticе. Pentru a asigura securitatea instituțională online, organizațiile trebuie să implementeze o serie de măsuri de securitate, și anume:
  - folosirea de parole sigure și schimbarea acestora regulat;
  - utilizarea autentificării cu doi factori pentru accesul la conturile online;
  - utilizarea unor soluții de securitate software, cum ar fi programe antivirus și firewall-uri;
  - actualizarea regulată a software-ului pentru a preveni vulnerabilitățile;
  - efectuarea copiilor de rezervă a informațiilor;
  - implementarea unor politici de securitate clare și a unor reguli privind utilizarea echipamentelor și a rețelelor de comunicații.

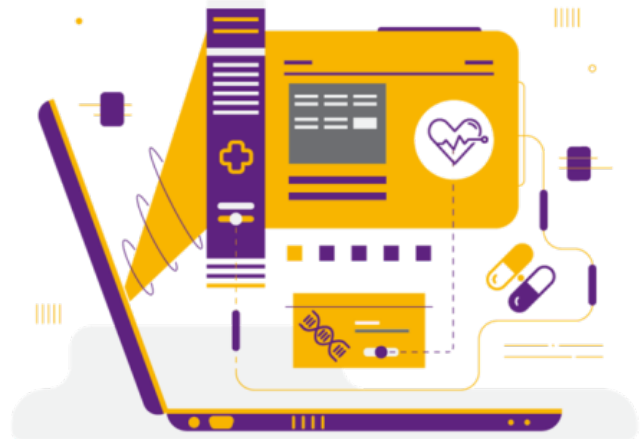


De asemenea, angajații instituției trebuie să fie instruiți și educați în privința securității online și a modului de prevenire a atacurilor ciberneticе. Or, este foarte important să se realizeze o monitorizare continuă a activităților online ale organizației pentru a detecta eventualele amenințări și vulnerabilități. Prin implementarea acestor măsuri de securitate, organizațiile pot asigura protecția datelor și a activelor lor și pot preveni pierderile financiare și reputaționale cauzate de incidente de securitate.

## 6.6. Impactul tehnologiilor asupra sănătății și a mediului

Tehnologiile informaționale au un impact semnificativ asupra domeniului sănătății în ultimele decenii. Acestea au contribuit la dezvoltarea de noi metode de diagnostic, tratament și management al bolilor, precum și la eficientizarea sistemelor de sănătate. Vom menționa câteva dintre tehnologii care au avut un impact semnificativ asupra sănătății:

- Telemedicina
- Fabricarea medicamentelor
- Registrul computerizat ale bolilor
- Sistemele electronice de evidență medicală
- E-prescripția
- Aplicațiile mobile și dispozitivele medicale portabile
- Băncile de date
- Robotica medicală.



shutterstock.com · 325207211

Cu toate acestea, trebuie să fim conștienți și de potențialele dezavantaje ale acestor tehnologii, create în urma utilizării lor. Acestea pot fi:

- anxietate și depresie;
- sedentarism;
- dependență de tehnologii;
- stres;
- izolare socială;
- pierdere a identității;
- tendință și gânduri la suicide.

Printre potențialele riscuri pe care le provoacă tehnologiile asupra sănătății umane fizice putem distinge:

- afecțiuni ale coloanei;
- afecțiuni oftalmologice;
- perturbări ale somnului, insomnie;
- malnutriție;
- afecțiuni cardiovasculare;
- fluctuații de greutate;
- sindromul de tunel carpian;
- diabet zaharat de tip 2;
- deces prematur.



Tehnologiile pot avea un impact negativ asupra sănătății atunci când sunt utilizate în exces sau nu sunt utilizate corect. Este important să găsim un echilibru între utilizarea tehnologiilor și menținerea unui stil de viață sănătos.

**Influența tehnologiilor asupra mediului.** Tehnologiile informaționale au o influență semnificativă asupra mediului, atât în termeni pozitivi, cât și negativi.

Tehnologia de mediu sau tehnologia „verde” (Cleantech) se referă la dezvoltarea de noi tehnologii care au drept scop conservarea, monitorizarea sau reducerea impactului negativ al tehnologiilor asupra mediului și a consumului de resurse.

**Îmbunătățirea eficienței energetice.** Tehnologiile moderne, cum ar fi sistemele de iluminat cu LED-uri și aparatele electrocasnice eficiente din punct de vedere energetic, reduc consumul de energie și reduc emisiile de gaze nocive.

**Mobilitatea durabilă.** Promovarea transportului durabil, cum ar fi bicicletele sau automobilele electrice, pot îmbunătăți calitatea aerului.

**Agricultura sustenabilă.** Prin reducerea consumului de apă și a utilizării pesticidelor și a îngrășămintelor chimice, tehnologiile de mediu și practicile agricole sustenabile pot reduce impactului negativ al agriculturii asupra mediului.

**Dezvoltarea energiei regenerabile.** Tehnologiile pentru energie regenerabilă, cum ar fi energia solară, eoliană și hidroelectrică, reduc emisiile de gaze cu efect de seră și dependența de combustibili fosili.

**Tehnologiile de reciclare și de gestionare a deșeurilor.** Aceste tehnologii permit o gestionare mai eficientă a deșeurilor și reducerea cantității de deșuri depozitate.

Cu toate acestea, tehnologiile au și un impact negativ asupra ecosistemului, cum ar fi:

**Poluarea aerului** prin emisiile de pulberile în suspensie (PM<sub>10</sub>), a dioxidului de azot și ozonului de la nivelul solului.



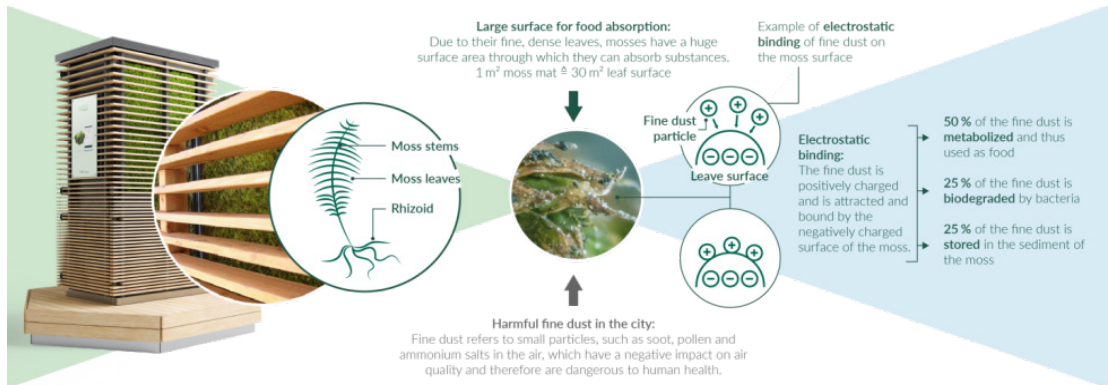
**Consumul de energie.** Tehnologiile moderne necesită o cantitate mare de energie, ceea ce poate duce la o creștere a emisiilor de gaze cu efect de seră și la epuizarea resurselor naturale.

**Degradarea ecosistemului acvatic.** Tehnologiile pot influența la poluarea aerului și a apei, la defrișări și la distrugerea habitatelor naturale.

**E-deșuri.** Tehnologiile moderne necesită înlocuirea periodică a dispozitivelor și a echipamentelor, ceea ce poate duce la o creștere a cantității de deșuri electronice.

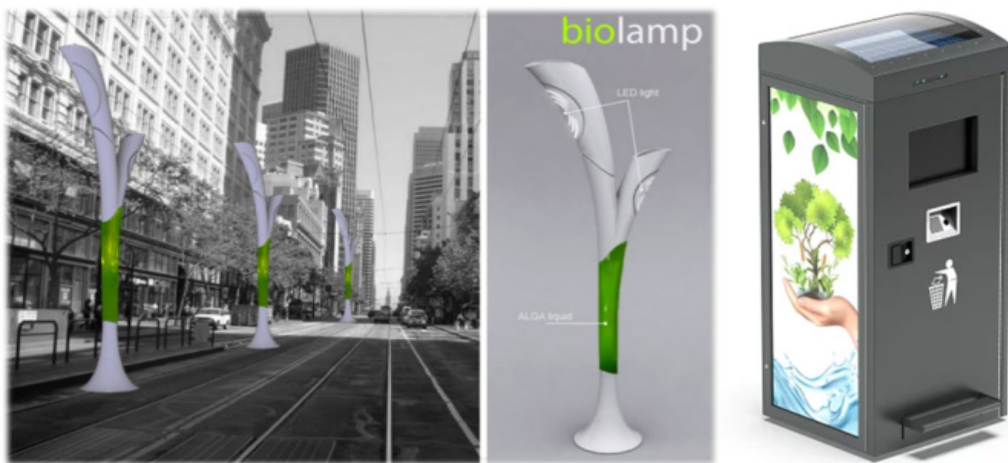
## 6.7. Soluții inovatoare

Există o serie de soluții inovatoare care pot ajuta la protejerea mediului și la reducerea impactului negativ al activității umane. Aceste soluții pot fi implementate la nivel individual sau colectiv și pot contribui la îmbunătățirea calității mediului pentru generațiile viitoare.



**Sursa:** <https://greencitysolutions.de/en/solution/>

De exemplu, panourile de purificare a aerului, biolămpile pe bază de alge sau smart tomberoanele sunt doar câteva dintre soluțiile eco de prevenire și protecție a mediului.



Pe măsură ce tehnologiile informaționale continuă să avanseze, este necesară o gestionare și o abordare responsabilă a impedimentelor asociate cu utilizarea lor. În acest sens, se recomandă promovarea dezvoltării tehnologiilor sigure, fiabile și etice. De asemenea, rămâne o cerință obligatorie continuarea dezvoltării de politici și reglementări care ar aborda problemele legate de utilizarea tehnologiei informaționale într-un mod adecvat și ar proteja drepturile și libertățile individuale.

## Referințe:

1. Ajutor și învățare Word. (f.a.). Microsoft 365. Preluat în 18 decembrie 2022, din <https://support.microsoft.com/ro-ro/word>.
2. Bădău H., M. (2011). Tehnici de comunicare în social media. POLIROM.
3. Boldurescu M. (2020). Impactul rețelelor de socializare asupra relațiilor interpersonale. *Lucrările științifice ale Simpozionului Științific al Tinerilor Cercetători, Ediția a XVIII-a, 19-20 iunie 2020, Chișinău*, 380–383.
4. Brezuleanu C.-O., Brezuleanu S., Bîlbă R., Radu-Rusu R., Orboi M. D., & Susanu I. O. (2022). Dezvoltarea competențelor digitale: manual-ghid. Performantica.
5. Brugger N. (2009). Website history and the website as an object of study. *New Media&Society*, 11(1-2), 115-132. <https://doi.org/10.1177/1461444808099574>.
6. Cebotari Gherman D. (2022). Specificul comunicării în mediul online pentru adolescenți din Republica Moldova. *Dezvoltarea economico-socială durabilă a euroregiunilor și a zonelor transfrontaliere*, 28 octombrie 2022, Iași, România, 31–34.
7. Cebotaru, E., & Cebotaru, O. (2016). Comunicarea tradițională versus comunicarea digitală în dezvoltarea profesională a personalului. În *Teoria și practica administrării publice*.
8. Conceptul Strategiei de dezvoltare a educației pentru anii 2021–2030 „Educația-2030” și al Programului de implementare. [https://mecc.gov.md/sites/default/files/concept\\_strategie\\_program\\_de\\_implementare\\_educatia\\_2030.pdf](https://mecc.gov.md/sites/default/files/concept_strategie_program_de_implementare_educatia_2030.pdf).
9. DeSalvo K., & Wang Y. C. (2016). Health Informatics in the Public Health 3.0 Era: Intelligence for the Chief Health Strategists. *Journal of Public Health Management and Practice*, 22(Supplement 6), S1-S2. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000484>.
10. Dincer. N. (2020). Evolution of Web from 1.0 to 5.0. Myeltcafe. <http://myeltcafe.com/articles/evolution-of-web-from-1-0-to-5-0/>.
11. Europass: Testați-vă competențele digitale. (f.a.). Preluat în 5 ianuarie 2023, din <https://europa.eu/europass/ro/instrumente-europass/test-your-digital-skills>.
12. European Commission. (f.a.). Digital Competence Framework for Educators (DigCompEdu). Preluat în 5 ianuarie 2023, din [https://joint-research-centre.ec.europa.eu/digcompedu\\_en](https://joint-research-centre.ec.europa.eu/digcompedu_en).
13. Fontaine G., Lavallée A., Maheu-Cadotte M.-A., Bouix-Picasso J., & Bourbonnais A. (2018). Health science communication strategies used by researchers with the public in the digital and social media ecosystem: a systematic scoping review protocol. *BMJ Open*, 8, 19833. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019833>.
14. Ghid de securitate cibernetică pentru funcționarii publici. (2018). I.P.

Serviciul Tehnologia Informației și Securitate Cibernetică.

15. Ghid de utilizare Google Workspace pentru accesibilitate. (f.a.). <https://support.google.com/accessibility/answer/1631886?hl=ro>.
16. Grîu N., & Galai, D. (f.a.). Manual de Educație Mediatică și Informațională. <https://biblioemi.abrm.md/>.
17. Hsu C. E., Dunn K., Juo H. H., Danko R., Johnson D., Mas F. S. & Sheu J. J. (2012). Understanding public health informatics competencies for mid-tier public health practitioners a Web-based survey. *Health Informatics Journal*, 18(1), 66-76. <https://doi.org/10.1177/1460458211424000>.
18. Iftimiei A. (2018). Cyberbullying – aspecte legislative și jurisprudențiale de drept comparat. *Analele Științifice ale Universității Alexandru Ioan Cuza din Iași, seria Științe Juridice*, LXIV, 49–62.
19. Kim J. N. (2018). Digital Networked Information Society and Public Health: problems and promises of networked health communication of lay publics. *Health communication*, 33(1), 1-4. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1242039>.
20. Machidon S. (2021). Impactul noilor tehnologii informaționale asupra procesului de comunicare. *Studia Universitatis Moldaviae*, 149(9), 56–62. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5779540>.
21. Manifestul Mozilla. (f.a.). <https://www.mozilla.org/ro/about/manifesto/details/>.
22. McMahon D., Seaman S., & Buckingham J. (2011). Nonprofit adoption of websites and website types. *Journal of Marketing Development and Competitiveness*, 6(5), 43–50.
23. Navigator web. (f.a.). Wikipedia. [https://ro.wikipedia.org/wiki/Navigator\\_web](https://ro.wikipedia.org/wiki/Navigator_web).
24. NO ONE BEHIND Consortium. (2020). Manual de instruire pentru un cetățean „digital competent”.
25. Nutbeam D. (2021). From health education to digital health literacy – building on the past to shape the future. *Global Health Promotion*, 28(4), 51–55. <https://doi.org/10.1177/17579759211044079/FORMAT/EPUB>.
26. Odone A., Buttigieg, S., Ricciardi W., Azzopardi-Muscat N., & Staines A. (2019). Public health digitalization in Europe. EUPHA vision, action and role in digital public health. *European Journal of Public Health*, 29(Supplement 3), 28–35. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz161>.
27. Paiu, M. (2012). Tehnologiile informaționale ca suport indispensabil pentru un învățământ eficient. *Studia Universitatis*, 55(5), 46–50.
28. Paraschiv L. (2022). 12 motive pentru care să alegeți Google Workspace. <https://fotc.com/ro/blog/12-motive-pentru-care-sa-alegeti-google-workspace/>.
29. Parrish K. (2022). The Best Web Browsers of 2023. HighSpeeddInternet.com. <https://www.highspeedinternet.com/resources/best-web-browsers>.

30. Past, Present and future outlook of digital technology. (f.a.). Preluat în 17 decembrie 2022, din <https://flatworldbusiness.wordpress.com/digital-evolution/>.
31. Popov L. (2008). Indicații metodice cu aplicații și însărcinări practice pentru lucrări de laborator la disciplina „Tehnologii informaționale de comunicare”: Modulul Procesorul textual Microsoft Word.
32. Popov L. (2019). Competențe digitale dezvoltate la studenți în cadrul cursului universitar „Tehnologii informaționale și comunicaționale”. *Akademios*, 2, 106–113. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3364347>
33. Popovici I. (2021). Utilizarea tehnologiilor CLOUD și WEB 2.0 în procesul de dezvoltare a competenței de comunicare digitală. *Materialele conferinței științifice studențești cu participare internațională. Ediția 70, Vol. II, 28 aprilie 2021, Chișinău*, 2, 183–189.
34. Prisăcaru A., & Deliu C. (2021). Siguranța copiilor în mediul online: Ghid pentru cadrele didactice din învățământul gimnazial.
35. Securitatea cibernetică: Ghid de bune practici. (2019). I.P. Serviciul Tehnologia Informației și Securitate Cibernetică.
36. Semnătura Electronică: Ghid cu întrebări și răspunsuri. (2020). Asociația Națională a Companiilor din sectorul TIC (ATIC).
37. Strategia Națională de dezvoltare a societății informaționale „Moldova digitală 2030”, 134 (2020).
38. Suarez-Lledo V., & Alvarez-Galvez J. (2021). Prevalence of Health Misinformation on Social Media: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 1(23), 1–17. <https://doi.org/10.2196/17187>.
39. Use Google Calendar with a screen reader. (f.a.). Preluat în 15 ianuarie 2023, din [https://support.google.com/calendar/answer/6101541#before\\_you\\_start](https://support.google.com/calendar/answer/6101541#before_you_start).
40. Web 1.0 vs Web 2.0 vs Web 3.0 vs Web 4.0 vs Web 5.0 – A bird’s eye on the evolution and definition. (f.a.). Preluat în 15 ianuarie 2023, din <https://flatworldbusiness.wordpress.com/flat-education/previously/web-1-0-vs-web-2-0-vs-web-3-0-a-bird-eye-on-the-definition/>.
41. Web-browser: definiție și varietate. (f.a.). Webmaster studio. <https://webmaster.md/ro/faq/ce-este-un-browser-web-tipurile-de-browser/>.
42. Zubenschi E. (2021). Sisteme populare de e-learning sincrone, asincrone și hibride. Conferință științifică internațională „Condiții pedagogice de optimizare în post criză pandemică prin prisma dezvoltării gândirii științifice” din 22.06.2021 Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, 114–127.



# VII.

## SĂNĂTATEA MEDIULUI ȘI SĂNĂTATEA OCUPAȚIONALĂ

- 7.1. Introducere în sănătatea mediului și cea ocupațională
- 7.2. Actualități în domeniul sănătății mediului
- 7.3. Actualități în sfera sănătății ocupaționale
- 7.4. Condițiile de muncă și impactul factorilor de risc profesional asupra stării de sănătate a lucrătorilor din domeniul sănătății

### 7.1. Introducere în sănătatea mediului și cea ocupațională

Sănătatea mediului este o ramură a sănătății publice care se ocupă de toate aspectele mediului natural și a celui artificial care pot afecta sănătatea omului.

Teoriile ce țin de sănătatea mediului sun următoarele:

1. Abordarea preventivă – aceasta presupune aplicarea tuturor celor trei nivele de prevenție, primară, secundară și terțiară, cea mai importantă fiind prevenția primară.

2. Perspectiva ecologică – această teorie pune accentul pe relația dintre populație și mediul acesteia de existență.

Sănătatea mediului în viziunea OMS este relevată de următoarele:

- Aspecte ale sănătății umane și ale bolii, care sunt determinate de factorii de mediu. Acestea se referă, de asemenea, la teoria și practica de evaluare și control al factorilor de mediu care potențial pot afecta sănătatea.
- Sănătatea mediului, noțiune utilizată de OMS, include atât efectele patologice directe ale chimicalelor, radiațiilor și ale unor agenți biologici, cât și efectele (deseori indirecte) mediului fizic larg, psihologic, social și cultural, care includ locuința, dezvoltarea urbană, utilizarea terenurilor și a transportului, asupra sănătății și bunăstării omului.

Sănătatea mediului este preocupată, îndeosebi, de următoarele aspecte:

- calitatea aerului, inclusiv calitatea aerului extern și a celui din încăperi (inclusiv expunerea la fumul de tutun din încăperi);
- siguranța artei corporale, inclusiv tatuajul, pirsingul și cosmetica permanentă;
- schimbarea climei și efectele ei asupra sănătății;
- pregătirea către și răspunsul la dezastre;
- siguranța alimentelor pe întregul lanț alimentar;
- managementul materialelor periculoase, inclusiv managementul deșeurilor periculoase, decontaminarea locurilor contaminate, prevenirea

scurgerilor de substanțe toxice din rezervoarele subterane de depozitare și prevenirea deversării în mediu a materialelor periculoase și răspunsul în situații de urgență care pot rezulta din asemenea deversări;

- locuințele, inclusiv adăposturile, locuințele substandard și închisorile;
- prevenirea otrăvirilor cu plumb a copiilor;
- planificarea utilizării solului;
- evacuarea deșeurilor lichide, inclusiv sistemele de epurare, sistemele de rezervoare septice și toaletele chimice;
- managementul și evacuarea deșeurilor medicale;
- controlul poluării fonice;
- sănătatea ocupațională și igiena industrială;
- sănătatea radiațională, inclusiv expunerea la radiații ionizante provenite de la razele X și izotopii radioactivi;
- Prevenirea afecțiunilor legate de apa recreațională, inclusiv a bazinelor de înot, e3 zonele spa, de locurile de scăldat ale bazinelor de suprafață;
- siguranța apei potabile;
- managementul deșeurilor solide, inclusiv al platourilor de acumulare a deșeurilor, al locurilor de reciclare, al stațiilor de compostare și de transfer a deșeurilor solide;
- Expunerea la substanțele toxice chimice de la bunurile de consum, locuință, locul de muncă, aer, apă, sol.
- controlul vectorilor, inclusiv controlul țânțarilor, rozătoarelor, zburătoarelor, șvabilor și al altor animale care pot transmite agenții patogeni;

*Medicina mediului* studiază și supraveghează efectele asupra sănătății datorate factorilor ecologici. Prin acest termen, se înțelege existența unei patologii legate de calitatea actuală a mediului, dar și procesele de monitorizare, supraveghere, diagnostic și profilaxie.

*Mediul înconjurător*, mediul de existență al omului, reprezintă totalitatea factorilor ecologici cu care organismul uman se află în relații directe sau indirecte, cu acțiune pozitivă sau negativă asupra acestuia. Organismul uman sedezvoltă și funcționează datorită msi multor factori de mediu, numiți factori exogeni, care acționează asupra organismului și a activității sale. Riscurile influenței acestor factori au o expresie cantitativă de apariție a unui efect pentru starea de sănătate, în rezultatul expunerii unui individ la un pericol cauzat de factori naturali, tehnogeni, ecologici și sociali.

Există câteva clasificări a factorilor de mediu, și anume:

I. *După origine:*

- naturali, de bază, vitali: aerul, apa, solul, alimentele;
- artificiali, antropogeni: locuința, așezările umane, îmbrăcămintea, încălțăminte.

## II. După natura lor:

- fizici – biometeorologici (temperatura, umiditatea, curenții de aer, presiunea atmosferică), radiațiile neionizante și ionizante, zgomotul;
- chimici – fie cei obținuți prin modificarea compoziției chimice naturale a factorilor de mediu (carență sau exces), fie prin supraadăugarea unor substanțe la compoziția chimică naturală (praf, fum de țigară, droguri, medicamente, aditivi alimentari);
- biologici – bacterii, virusuri, paraziți, fungi;
- sociali – relații interumane, stres;
- accidentali – accidente casnice, de circulație, la locul de muncă, recreaționale, răniri intenționale (suicid, abuz).

## III. După influența asupra organismului:

- sanogeni, pozitivi pentru promovarea stării de sănătate;
- patogeni, negativi pentru promovarea stării de sănătate, cauzatori de boli;
- de risc, orice caracteristică sau condiție care poate favoriza, declanșa sau agrava apariția unui fenomen negativ pentru starea de sănătate.

Acțiunea factorilor ambientali asupra organismului uman și a sănătății populaționale depinde de gradul de expunere și natura acestora. Astfel, niveluri foarte ridicate sau de mare intensitate dau naștere la acțiunea acută sau imediată în care reacțiile organismului apar rapid și sunt ușor evidențiate. Cel mai frecvent, acțiunea factorilor de mediu asupra organismului se desfășoară la niveluri de intensitate redusă, ceea ce determină o acțiune cronică sau de lungă durată, greu decelabilă.

Profesorul S. Mănescu consideră că factorii patogeni respectivi formează ceea ce denumim astăzi *factori de risc* sau *factori capabili de a produce îmbolnăvirea*.

*Igiena muncii* este un comportament al medicinei preventive care studiază impactul asupra organismului uman al procesului de muncă și al factorilor mediului de muncă pentru a fundamenta științific standardele și mijloacele de prevenire a bolilor profesionale și a altor consecințe adverse asupra stării de sănătate a lucrătorilor medicali.

Condițiile ocupaționale la locul de muncă, care reprezintă obiectul de studiu al igienei muncii, sunt un ansamblu de factori de producție care se formează sub influența proceselor socio-economice.

Sarcina principală a igienei muncii este evaluarea calitativă și cantitativă a impactului condițiilor de muncă și a procesului de muncă asupra organismului, pentru argumentarea dezvoltării și implementării măsurilor care pot asigura productivitatea maximă a muncii în absența unui efect dăunător asupra sănătății lucrătorilor expuși.

Sarcinile actuale ale igienei muncii sunt determinate de dezvoltarea economiei naționale și vizează îmbunătățirea generală a condițiilor de muncă, reducerea și eliminarea bolilor profesionale.

Principalul aspect al igienei muncii este argumentarea științifică a standardelor și mijloacelor de prevenire a bolilor profesionale, a progresului bolilor cronice nonprofesionale și al complicațiilor acestora la lucrători.

Igiena muncii elaborează standarde de igienă care stau la baza legislației în domeniul îmbunătățirii condițiilor de muncă, reguli sanitare pentru construcția și întreținerea întreprinderilor industriale, recomandări pentru organizarea rațională a proceselor de muncă și a locurilor de muncă, a regimurilor de muncă și odihnă. Sarcina igienei muncii include și evaluarea eficacității măsurilor de asanare implementate.

Igiena muncii, ca disciplină științifică, folosește diverse metode de cercetare pentru a rezolva sarcinile cu multiple fațete cu care se confruntă. În procesul de studiere a mediului în producție, se folosesc, în principal, metode de cercetare fizică și chimică. Metode fiziologice, biochimice, psihologice și alte metode sunt utilizate pentru a evalua influența naturii procesului de muncă și a factorilor mediului de producție asupra dinamicii reacțiilor fiziologice ale organismului muncitorilor. Metode epidemiologice sunt puse în practică pentru studierea stării de sănătate a lucrătorilor. Metode ergonomice se aplică în cadrul studierii poziției de muncă, a mișcărilor efectuate la executarea activităților de muncă etc.

*Sănătate ocupațională* este o activitate multidisciplinară care are drept scop protecția și promovarea sănătății lucrătorilor, îmbunătățirea bunăstării fizice, mentale și sociale a lucrătorilor, dezvoltarea și menținerea capacității de muncă, precum și dezvoltarea profesională și socială la locul de muncă, permițând lucrătorilor să ducă o viață socială și economică productivă și să contribuie pozitiv la dezvoltarea durabilă a societății.

Sănătatea ocupațională s-a dezvoltat treptat de la o activitate mono-disciplinară, orientată spre risc, la o abordare multidisciplinară și comprehensivă (cuprinzătoare) care ia în considerare bunăstarea fizică, mentală și socială a unui individ, starea de sănătate generală și dezvoltarea personală.

Organizația Mondială a Sănătății a dat următoarea definiție pentru sănătatea ocupațională: „Principala țintă a sănătății ocupaționale este promovarea și menținerea celui mai înalt grad de bunăstare fizică, psihică și socială a tuturor angajaților, indiferent de meserie.”

Principalele direcții de activitate a sănătății ocupaționale sunt evaluarea riscului privind îmbolnăvirile profesionale, monitorizarea activă a stării de sănătate a angajaților, îndrumare privind reabilitarea, reconversia, reorientarea profesională în caz de accidente de muncă sau boli profesionale, consilierea angajatorului privind existența riscului de îmbolnăvire a lucrătorilor, elaborarea unei strategii de securitate și sănătate a locurilor de muncă, adaptarea muncii și a locurilor de munca la caracteristicile psihofiziologice ale angajaților.

*Securitatea și sănătatea în muncă (SSM)* a fost o preocupare publică crescândă, de la începuturile industrializării, cu aproximativ 200 de ani în urmă. Munca grea și condițiile igienice precare care erau suportate de mulți muncitori, precum

și numărul crescând a accidentelor și bolilor la locul de muncă, a început să evidențieze presiunea publică pentru o protecție mai bună a muncitorilor împotriva hazardelor (pericolelor) create și pentru metodele noi de lucru (mecanizat).

Securitatea și sănătatea în muncă este, în general, definită ca știință a anticipării, recunoașterii, evaluării și controlului pericolelor care apar în sau de la locul de muncă și care ar putea afecta sănătatea și bunăstarea lucrătorilor, ținând cont de posibilul impact asupra comunităților din jur și din mediul general.

O gamă largă de structuri, abilități, cunoștințe și capacități analitice sunt necesare pentru a coordona și implementa toate „blocurile de bază” care alcătuiesc sistemele naționale de SSM, astfel încât protecția să fie extinsă atât asupra lucrătorilor, cât și asupra mediului.

Domeniul de aplicare al securității și sănătății în muncă a evoluat treptat și continuu ca răspuns la schimbările sociale, politice, tehnologice și economice. Acest domeniu este vast, cuprinzând un număr mare de discipline și numeroase pericole la locul de muncă și pentru mediu.

*Cadru legislativ și normativ național în domeniul sănătății muncii.* Integrarea Republicii Moldova pe piața mondială a muncii și declararea vectorului european de integrare au determinat necesitatea ca aceasta să adere la organizații internaționale și să semneze documentele relevante privind protecția muncii și sănătatea populației active.

Astfel, în anul 1992 Republica Moldova a aderat la Organizația Internațională pentru Migrațiune (OIM). Până în prezent țara noastră a ratificat 43 de convenții și 1 protocol OIM.

Din 43 de convenții și 1 protocol ratificate de Republica Moldova, 41 sunt în vigoare, 2 convenții au fost denunțate, 1 este în faza de implementare, și anume Convenția nr. 161/1985 cu privire la serviciile de sănătate ocupațională, ratificată prin Legea nr. 18/2021.

În virtutea normelor de drept internațional recunoscute de Republica Moldova, toate tratatele internaționale (convenții, acorduri) la care Moldova este parte au prioritate față de legislația națională. Aceasta înseamnă că, în cazurile de conflict între un tratat internațional și un act legislativ al Republicii Moldova trebuie aplicată norma tratatului internațional.

Crearea unor condiții de muncă sănătoase și sigure în producție este asigurată de numeroase măsuri legale, tehnice, economice și organizaționale. Cadrul legal pentru gestionarea, supravegherea și controlul condițiilor de muncă este format dintr-un sistem divers și dezvoltat de acte legislative, normative, care reglementează diverse aspecte ale sănătății ocupaționale la locul de muncă.

Toate aspectele legate de organizarea sistemului muncii la întreprinderi și organizații sunt determinate de legile și actele juridice de reglementare relevante.

Actele legislative fundamentale care guvernează securitatea și sănătatea în muncă în Republica Moldova sunt Constituția Republicii Moldova (din 29.07.1994), Codul Muncii al Republicii Moldova nr. 154/2003 și Legea nr. 286/2008 cu privire la

securitatea și sănătatea muncii și alte acte juridice de reglementare ale Republicii Moldova.

Legislația muncii a Republicii Moldova respectă următoarele principii:

1. Inadmisibilitatea limitării drepturilor omului și a drepturilor civile în sfera muncii.
2. Libertatea muncii.
3. Interzicerea discriminării, a muncii forțate și a celor mai grave forme de muncă a copiilor.
4. Asigurarea dreptului la condiții de muncă care îndeplinesc cerințele de securitate și sănătate.
5. Prioritatea vieții și sănătății angajatului în raport cu rezultatele activităților de producție.
6. Asigurarea dreptului la o remunerație echitabilă pentru munca nu mai mică decât salariul minim.

## **7.2. Actualități în domeniu sănătății mediului**

Sănătatea și bunăstarea oamenilor sunt strâns legate de starea mediului. Mediile naturale de bună calitate satisfac nevoile de bază, precum aerul și apa curate, pământul fertil pentru producția de alimente, și energia și materia primă pentru producție. De asemenea, infrastructura verde participă la reglarea climei și la prevenirea inundațiilor. Accesul la spațiile verzi și albastre oferă și numeroase oportunități de recreere și contribuie la starea de bine a omului.

În același timp însă, mediul reprezintă și o cale importantă de expunere a oamenilor la aer poluat, la zgomot și la substanțe chimice periculoase. În raportul său despre prevenirea bolilor printr-un mediu sănătos, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) estimează că factorii de stres din mediu sunt responsabili pentru 12–18 % din decesele înregistrate în cele 53 de țări ale regiunii europene a OMS. Îmbunătățirea calității mediului în domeniile esențiale, precum aerul, apa și zgomotul, poate preveni boli și îmbunătăți sănătatea oamenilor.

În Europa, riscul cel mai major pentru sănătate este poluarea aerului, fiind asociat cu boli de inimă, accidente vasculare cerebrale, boli pulmonare și cancer pulmonar. Se estimează că expunerea la aer poluat este cauza a peste 40 000 de decese premature în fiecare an în UE. Expunerea la zgomotul produs de mijloacele de transport și de industrie poate duce la disconfort, tulburări de somn și creșteri asociate riscului de hipertensiune și de boli cardiovasculare.

Expunerea la substanțe chimice periculoase este, de asemenea, un motiv important de îngrijorare. În viața de zi cu zi, oamenii pot fi expuși la numeroase substanțe chimice, prin aer, apă poluată și prin produse de consum și alimentație. Anumite substanțe chimice periculoase au proprietăți care le fac să persiste în mediu și să se bioacumuleze în lanțul alimentară, ceea ce înseamnă că între reducerea emisiilor și reducerea expunerii există o întârziere considerabilă. În

plus, cantitatea și varietatea de substanțe chimice folosite în prezent și creșterea continuă a producției chimice sugerează că expunerea oamenilor și a mediului va continua să crească. Ca urmare, apar preocupări legate de efectele asupra sănătății ale expunerii la amestecuri chimice în cursul vieții, în special în perioadele vulnerabile, și anume în copilăria timpurie, sarcină și în perioada vârstei înaintate.

Efectele schimbărilor climatice înseamnă și amenințări imediate la adresa sănătății, cum sunt valurile de căldură și modificările tiparelor bolilor infecțioase și ale alergenilor.

Schimbările climatice globale cauzate de activitatea umană sunt, astăzi, o realitate acceptată. A fost necesară o perioadă îndelungată de timp pentru a înțelege consecințele, atât prezente, cât și viitoare, în ceea ce privește sănătatea, și efectele lor neuniforme asupra întregului glob. Riscurile privind sănătatea apar și vor apărea, cel mai probabil, pe căi directe și indirecte, reflectând schimbări survenite atât în condițiile climatice medii, cât și în cadrul variabilității climatice.

În secolul XXI schimbările climaterice reprezintă o amenințare pentru bunăstarea și sănătatea populației. Schimbările climatice afectează grav mediul ambiant. În acest sens, Carta de la Ottawa pentru Promovarea Sănătății, în 1986, a stabilit cerințele fundamentale către un mediu sănătos și anume: aerul și apa curată, alimentele inofensive și locuințele salubre. OMS estimează că schimbările climatice în ultimii 30 de ani au dus la o pierdere de peste 150000 de vieți și aproximativ 5 mln. de ani de viață (DALY) pe an în toată lumea. S-a stabilit că, în pofida reducerilor radicale ale emisiilor de dioxid de carbon, legate de activitățile umane, concentrațiile de gaze cu efect de seră din atmosferă vor rămâne excesive timp de 1000 de ani și, ca urmare, consecințele asupra sănătății vor fi resimțite de generațiile următoare.

Principalele riscuri de mediu sunt considerate a fi: efectele valurilor de căldură și ale altor condiții extreme (cicloane, inundații, furtuni, incendii naturale); schimbările în modul de răspândire a bolilor infecțioase; efectele asupra producției de alimente; efectele asupra rezervelor de apă potabilă; deteriorarea funcționalității ecosistemelor (de exemplu, mlaștinile ce servesc drept filtru pentru aluviuni); necesitatea strămutării populațiilor vulnerabile (de exemplu, populațiile din zonele de coastă și din regiunile insulare joase); pierderea mijloacelor de trai.

Evenimentele climatice extreme, care determină infecțiile și malnutriția, vor avea cel mai mare impact asupra sănătății populațiilor sărace și vulnerabile. În Africa subsahariană, peste 110 milioane de oameni trăiesc, în momentul de față, în regiuni cu potențial epidemic pentru malarie. Schimbările climatice ar putea adăuga, la această cotă, până în 2080, 20-70 de milioane (presupunând că populația se va menține numeric constantă și, datorită aridizării, în Africa de Vest, se va reduce incidența malariei). Oricare astfel de fenomen ar exacerba sărăcia și ar face mai dificilă obținerea și menținerea unor ameliorări ale stării de sănătate.

Conexiunile dintre modificările climatice și sănătatea umană sunt complexe. De

exemplu, aridizarea presisă în Africa subsahariană ar putea spori incidența infecției cu HIV, având în vedere strămutarea spre mediul urban a familiilor falimentare de agricultori, ceea ce va favoriza prostituția și relațiile sexuale neprotejate.

Schimbările climatice au un impact semnificativ asupra bunăstării umane. Consecințele schimbărilor climatice sunt rata sporită a morbidității și morbiditatea umană generală prin incidența bolilor infecțioase (diaree, dizenterie, salmoneloză) și a bolilor netransmisibile (ale sistemului cardiovascular, sistemului respirator și tumorilor). Sănătatea poate fi afectată de riscul temperaturilor înalte sau al altor schimbări de mediu, inclusiv poluarea aerului și al apei. De aceea, este necesară elaborarea de măsuri eficiente de sănătate publică pentru a diminua efectele nocive ale schimbărilor climatice asupra sănătății umane.

Oamenii sunt expuși schimbărilor climatice, direct, prin modificarea modelelor meteorologice (de exemplu, condiții meteorologice extreme mai intense și frecvente) și, indirect, prin modificările care se produc în apă, aer, în calitatea și cantitatea produselor alimentare, ecosisteme, agricultură și economie. La această etapă timpurie, efectele sunt mici, însă sunt proiectate spre o creștere progresivă în toate țările și regiunile. Se preconizează că principalele efecte asupra sănătății se vor produce prin: efectele directe de temperaturi, condițiile meteorologice extreme, bolile receptive la climă, calitatea aerului, disponibilitatea și calitatea apei, impactul indirect prin schimbări în bunăstare, impactul indirect prin schimbări în ecosisteme.

De asemenea, schimbarea vremii poate avea un impact direct și indirect asupra sănătății umane. Impactul direct îl constituie decesele în rezultatul inundațiilor, temperaturilor înalte și joase și al altor calamități naturale legate de climă. Consecințele indirecte sunt creșterea numărului de vectori de infecții, precum țânțarii; creșterea populației de căpușe, care răspândesc encefalita și boala Lyme. Lipsa apei potabile de bună calitate, de asemenea, reprezintă un risc de răspândire a infecției.

Există o corelație directă între frecvențele maxime ale maladiilor diareice și ale salmonelozii și cele mai călduroase luni ale anului. De fapt, toată populația și, în special, copiii se află în grupul de risc în timpul acestei perioade.

Valurile de căldură și poluarea crescândă a aerului reprezintă un risc enorm pentru populația cu vârstă înaintată, la fel ca și pentru cei cu boli cronice cardiovasculare, prin hipertermie. Un alt risc important este expunerea tot mai mare la maladiile alergice prin aeroalergenii, rinita alergică și astmul fiind bolile cel mai des asociate cu acest risc.

Astfel, încălzirea globală este o realitate cu 300000 de decese anual sau un echivalent al puterii distructive a tsunamiului din 2004. Temperaturile înalte determină micșorarea recoltelor agricole și diminuarea accesului la apă, fapt care, poate conduce la creșterea sărăciei. În țările în curs de dezvoltare, nivelul de sărăcie este într-o dependență strânsă de măsurile de protecție a mediului. Conform unei cercetări, 325 de milioane de oameni de pe glob suferă din cauza calamităților



naturale frecvente, precum inundațiile, cicloanele sau poluarea mediului ambiant. În același timp, la nivel regional și european, se anticipează următoarele tendințe ale riscurilor asociate schimbărilor climatice: impactul asupra sănătății legat de creșterea valului de căldură; efectele asupra sănătății legate de frig, în special, la populația care nu are acces la energie; impactul asupra sănătății legat de inundații; creșterea malnutriției în zonele deja afectate; schimbarea tabloului clinic al bolilor induse de alimentație; schimbarea distribuirii bolilor infecțioase care contribuie potențial la stabilirea speciilor tropicale și subtropicale în Europa; sporirea poverii bolilor induse de apă la populațiile pentru care standardele de apă, salubritate publică și igienă personală sunt deja joase; frecvența crescută a bolilor respiratorii din cauza concentrațiilor mai mari ale ozonului la nivelul pământului în mediul urban și schimbările în distribuția polenului, legate de schimbările climatice.

Din ce în ce mai multe dovezi sugerează că riscurile de mediu nu sunt distribuite uniform în societate, ci afectează, în mod disproporționat, categoriile de populație defavorizate social și vulnerabile. Situația socio-economică a unei persoane îi influențează expunerea la factorii de stres de mediu, probabilitatea ca oamenii mai săraci să trăiască în medii degradate fiind mai mare. Persoanele defavorizate social pot fi mai sensibile la efectul factorilor de stres de mediu ca urmare a afecțiunilor preexistente, a stării precare de nutriție și a unor comportamente specifice, cum ar fi fumatul sau inactivitatea. De asemenea, se pot confrunta cu dificultăți în ceea ce privește adaptarea la riscurile de mediu și evitarea lor.

Procesul european privind mediul și sănătatea, coordonat de OMS din Europa, își propune să reunească sectorul mediului și cel al sănătății și să promoveze soluții comune, în special pentru a aborda obiectivele și țintele de sănătate legate de mediu ale Agendei 2030 pentru dezvoltare durabilă. În Declarația de la Ostrava din 2017, miniștri și reprezentanți ai țărilor din regiunea europeană a OMS au adoptat o abordare intersectorială și inclusivă în vederea îmbunătățirii sănătății de mediu.

*Impactul factorilor de mediu asupra stării de sănătate.* În ultimii ani în lume, dar și în Republica Moldova, au avut loc modificări esențiale în structura și nivelul indicilor stării de sănătate. Determinarea impactului factorilor nefavorabili ai mediului asupra sănătății umane argumentează convingător investițiile materiale imense necesare pentru protecția și asanarea mediului pe scară largă. În literatură identificăm foarte multe publicații despre rolul factorilor de mediu pentru sănătatea populației. Însă ele se referă în fiecare caz, preponderent la un singur factor. Una dintre activitățile de promovare a sănătății și educație pentru sănătate este informarea populației despre faptul că sănătatea acesteia este un indice integral al calității mediului. Sarcina noastră principală constă în descifrarea acestui indice integral și în determinarea nu numai a rolului fiecărui factor în parte, dar și a complexelor de factori, frecvent depistate, pentru sănătate și pentru a îmbunătăți calitatea lor. Această modalitate de expunere permite evidențierea factorilor prioritari, care necesită combaterea lor, în primul rând.

La nivel mondial, aproximativ 24% din povara bolilor și o valoare estimată de 23% din totalul deceselor (mortalitatea prematură) a fost atribuită factorilor de mediu. Printre copiii de 0-14 ani, proporția de decese atribuite mediului a fost de 36%. Au existat diferențe mari regionale în contribuția mediului la diferite condiții de boală din cauza diferențelor din expunerile de mediu și ale accesului la asistență medicală. Cu toate că 25% din totalul deceselor în regiunile în curs de dezvoltare au fost atribuite unor cauze de mediu, doar 17% din decese au fost atribuite unor astfel de cauze în regiunile dezvoltate.

În multe cazuri, corelația dintre unii factori de mediu și apariția bolii este complicat de demonstrat. Prin urmare, estimările exacte ale poverii maladiilor, care pot fi atribuite unor factori de mediu, sunt dificil de observat.

La nivel mondial, maladiile cel mai des atribuite factorilor de mediu sunt: bolile diareice acute, infecțiile respiratorii, alte leziuni neintenționate și malaria. În țările dezvoltate, printre cele mai frecvente boli legate de factorii de mediu sunt cancerul, alergiile, astmul, maladiile respiratorii cronice și alte boli respiratorii, precum și traumatismele rutiere.

Una din caracteristicile civilizației este migrarea intensivă a populației, care contribuie la lipsuri materiale, stresuri psiho-sociale, condiții grele de viață, deficiențe de asistență medicală. Astfel, civilizația creează sau favorizează apariția condițiilor de viață pentru sporirea morbidității și mortalității printr-o serie de maladii și, concomitent, oferă unele condiții de mediu superioare față de trecut. Or, în urma acestora, se modifică starea de sănătate.

Se consideră necesar, pentru o stare de sănătate bună a populației, a se promova factorii fizici din mediu favorabili (mecanici, climatici, actinici, electrici, radioactivi, zgomotul, vibrația etc.) de proveniență naturală sau artificială. Printre factorii mecanici se enumeră instrumentele de lucru manual sau mecanizat, instrumentele de bucătărie, transportul și multe altele. Aceștia pot provoca lovituri, ciocniri, poticniri, leziuni cu comotii, contuzii sau răniri, consecințe incluse în noțiunea de traumatism. Adeseori, pot avea loc hemoragii, fracturi, secționări de nervi, tendoane, traumatizări de organe vitale. Deci, influențele acestor factori sunt foarte variate: de la traume ușoare până la decese.

O caracteristică a Republica Moldova sunt și catastrofele naturale sub formă de cutremure și inundații. Administrația publică locală, medicii de familie trebuie să informeze populația despre comportamentele și acțiunile corecte în aceste cazuri. Influențele acestora asupra omului pot fi directe și pot cauza traumatisme, boli, decese, și indirecte și pot genera pagube materiale, insalubritate, epidemii, precum și perturbările grave psihosociale. Inundațiile în condițiile naturale provoacă preponderent pagube materiale, poluarea intensivă a apelor din fântâni și izvoare, erupții de boli intestinale acute, mai rar decese.

Dintre suferințele civilizației moderne trebuie menționate accidentele provocate de mijloacele de transport, în procesul de muncă la întreprinderi, în agricultură, în condiții casnice și cele pietonale pe timp nefavorabil cu traseu lunecos. În rezultat,

au loc, foarte frecvente, decese, fracturi, comotii, contuzii, luxații, traume psihice, arsuri, opăreli, intoxicații cu substanțe chimice (pesticide, substanțe dezinfectante, medicamente etc.).

O mare parte a populației contemporane este afectată de caracterul nociv al zgomotului, îndeosebi, cea urbană. Influența zgomotului se manifestă, în primul rând, asupra aparatului acustic sub formă de efecte acute și cronice. Dintre efectele acute fac parte traumatismele sonore produse în rezultatul acțiunii unui zgomot brusc și puternic, ceea ce poate fi urmată de ruptura timpanului sau de alte leziuni acute, exprimate prin durere, amețeală, asurzire temporară reversibilă. Uneori, aceste efecte determină reducerea pragului de audibilitate. Efectul cronic se dezvoltă din cauza zgomotului de lungă durată, când are loc afectarea zonei celulelor din organul Corti și scăderea auzului, iar, în cazuri mai grave, se dezvoltă surditatea profesională. Concomitent, se dezvoltă și efectele secundare manifestate prin lezarea sistemului nervos și dezvoltarea psihonevrozelor, insomniei, scăderea memoriei și a preciziei de activitate, diminuarea capacității de muncă. Este important ca populația să fie informată despre factorii climaterici care influențează frecvent sănătatea oamenilor în urma expunerii la frig excesiv, la căldură, din cauza secetei, furtunilor, uraganelor etc., care provoacă victime, îndeosebi, printre copiii, persoanele bolnave, cu deficiențe fizice. Consecințele expunerii la frig sunt înghețul, degerăturile, tulburările cardiovasculare, lezarea nervilor (nevrite, paralizii), răcirii și infecții ale căilor respiratorii superioare. Căldura excesivă (canicula) mai frecvent provoacă victime printre copiii, generând hipertermie și deshidratare, tulburări nervoase, circulatorii și metabolice, la bătrâni – afecțiuni cardiace și cerebrale. Consecințele caniculei sunt agravate de secetă prin tulburările de odihnă și somn, stare de neliniște, transpirație excesivă, șoc termic, uneori, colaps și deces. Fenomenele locale, care apar vara și toamna, manifestate prin vânturi, furtuni, uragane, ploi, alunecări de teren, cauzează distrugerea clădirilor, instalațiilor, afectează mult viața oamenilor și pot provoca chiar moartea. Consecințele secundare se manifestă prin dezvoltarea diferitelor maladii infecțioase, acutizarea maladiilor cardiovasculare și psihice.

De menționat este că în activitățile informative de promovare a sănătății și educație pentru sănătate, omul se află într-un permanent schimb material și energetic cu mediul înconjurător. Se au în vedere toți factorii de mediu (aer, apă, sol, produse alimentare), toți componenții organismului (substanțele biogene minerale și organice), dar și substanțele străine pentru organism. Efectele acestor elemente asupra organismului depind de raporturile dintre organism și mediu și se manifestă prin următoarele forme de modificări patologice: stările carentiale, determinate de cantitățile insuficiente de substanțe necesare organismului, cum ar fi gușa endemică, caria dentară, anemiile etc.; stările excesive din cauza aportului excesiv de substanțe chimice, de exemplu: fluoroza, methemoglobinemia la copii; intoxicațiile determinate de pătrunderea în organism a substanțelor străine, toxice, de regulă, poluante: oxizi, acizi, baze, metale grele, alte substanțe agresive.

În legătură cu suprasaturațiile chimice ale mediului, ponderea bolilor dependente de substanțe chimice a devenit dominantă. Aceste substanțe pătrund în organism pe căile digestive și respiratorii, mai rar pe alte căi.

O importanță deosebită o au factorii biologici care influențează starea de sănătate prin relațiile dintre om și microorganismele de pe tegumente, mucoase, cavități, tubul digestiv, dar și din apă, aer, sol, alimente. Această influență asupra organismului uman se manifestă prin dezvoltarea maladiilor infecțioase bacteriene, virale, micotice, transmise prin contactul direct, apă, aer, alimente etc. Unele maladii infecțioase se transmit prin vectori (căpușe, țânțari, rozătoare, păsări, păduchi), acestea fiind tifosul exantematic, febra recurentă, pesta, malaria, encefalitele etc. Există o serie de paraziți în organismul omului și al animalelor (helminții), ca teniile, ascarizii, tricocefalii, trichinelele etc. Printre factorii biologici de transmitere a diverselor infecții și boli se enumeră șerpii veninoși, scorpionii, plantele otrăvitoare.

Este necesară consolidarea tuturor partenerilor interesați pentru a asigura realizarea corectă a urbanizării, industrializării și a proceselor de modernizare a societății, care, de regulă, sunt însoțite de factorii psihosociali, cu probleme de sănătate publică pe plan mondial, contribuind la dezvoltarea bolilor psihice și psihosomatice. În special, sunt răspândite nevrozele, tulburările de adaptare socială, toxicomaniile, tulburările vârstei înaintate. Accelerarea ritmului existenței umane, migrația, explozia informațională etc. au căpătat valențe patogene, care depășesc capacitățile adaptive ale organismului și creează situații stresante. Aceste stări determină o simptomatologie subiectivă, variabilă, prin epuizarea forțelor creative, tulburări de comportament etc. Astfel, societatea contemporană este supusă unor impresionante influențe ecologice, care determină starea de sănătate ce reflectă impactul factorilor specifici de mediu. Aceste situații impun societatea de a căuta cele mai eficiente căi de promovare a sănătății și educație pentru sănătate pentru protecția ecosistemelor umane și de păstrare a echilibrului lor.

### **7.3. Actualități în sfera sănătății ocupaționale**

Pericolele globale ale sănătății ocupaționale sunt următoarele:

1. Exportul tehnologiilor de către țările dezvoltate celor în curs de dezvoltare.
2. Folosirea copiilor în loc de forță de muncă.
3. Pesticidele: abuzul, efectele toxice și contaminarea produselor alimentare.
4. Daunele ecologice de pe urma poluării cu deșeuri toxice.
5. Exportul deșeurilor toxice din țările industrializate în cele în curs de dezvoltare.
6. Deșeurile industriale ale tehnologiilor înalte.
7. Energia, accidentele și deșeurile nucleare.
8. Interesele tehnologice și profesionale comune ale domeniului sănătății mediului și igienei muncii.

9. Insuficiența standardelor de securitate și control în țările fostei URSS.
10. Salariile mici, stresurile la locul de muncă, pierderea interesului față de muncă.
11. Managementul neglijent și lipsa imputabilității conducerii pentru securitatea muncii.
12. Neglijența guvernamentală și corupția în organele de reglare și control al medicinei muncii.
13. Insuficiența măsurilor sanitare și de securitate în țările în curs de dezvoltare.
14. Diferențele tot mai mari între veniturile diferitor grupuri sociale.

**Identificarea riscurilor emergente.** Strategia comunitară 2002–2006 privind sănătatea și securitatea în muncă a solicitat Agenției Europene pentru Securitate și Sănătate în Muncă să instituie un observator al riscurilor pentru a sprijini „anticiparea riscurilor noi și emergente”, în cadrul dezvoltării unei „culturi autentice de prevenire a riscurilor”.

Agenția a făcut primii pași în direcția înființării unui Observator European al Riscurilor (ERO), bazându-se pe activitatea sa anterioară privind mediul schimbător al muncii, pe cercetare și pe informații de bune practici privind riscurile emergente.

În primă fază, una dintre principalele sarcini ale ERO a fost publicarea a 4 rapoarte de bază, care îmbină previziuni ale experților cu reexaminări ale literaturii științifice, pentru a evidenția riscurile emergente în 4 domenii principale de securitate și sănătate în muncă (OSH): riscuri emergente fizice, biologice, psihosociale și chimice.

Previziunea experților a fost formulată în urma rezultatelor a 3 anchete consecutive, bazate pe chestionare, utilizând metoda Delphi. Conform acestei metode, rezultatele anchetelor precedente se întorc la experți pentru o evaluare suplimentară până când se ajunge la un consens. Riscurile au fost calculate utilizând o scară Likert cu 5 niveluri. În cazul riscurilor biologice, 36 de experți din 20 de state membre, dar și din Elveția, au participat la ancheta respectivă. Acești experți aveau cel puțin 5 ani de experiență în domeniul SSM și al riscurilor biologice.

**Riscuri emergente. Aspecte generale.** Starea de sănătate și securitate în muncă a forței de lucru din UE este afectată de numeroși factori, printre care: structura demografică în schimbare a forței de muncă, răspândirea noilor tehnologii, reducerea importanței sectoarelor economice care dominau până nu demult, precum industria și mineritul.

Acest lucru generează schimbări nu doar ca număr de locuri de muncă în fiecare sector, ci și ca tipuri de posturi disponibile. Profilul de vârstă al forței de muncă este în schimbare. Noile tehnologii creează noi categorii de locuri de muncă. Globalizarea presupune că amenințările la adresa sănătății, care erau cândva îndepărtate, se răspândesc cu ușurință în întreaga lume într-o perioadă scurtă de timp.

**Riscuri emergente. Aspecte specifice.** Observatorul European al Riscurilor pune în evidență modificări semnificative, cu influență asupra riscurilor, ținând cont de următoarele aspecte: structura de vârstă a lucrătorilor; stăpânirea riscurilor chimice la nivelul IMM-urilor; structura de ocupare a forței de muncă în funcție de activitate; expunerea la zgomot și deficiența auditivă; expunerea la radiații ultraviolete; raportul dintre sexe sub diferite aspecte legate de muncă; piața forței de muncă; situația ocupării forței de muncă; nanotehnologiile; bolile profesionale; structura ocupațională; pandemiile; structura accidentelor de muncă pe cauze; stresul asociat muncii; lucrătorii tineri.

**Riscuri chimice în cadrul IMM-urilor.** Întreprinderile mici și mijlocii (IMM-urile) reprezintă 99,42% din totalitatea întreprinderilor din UE. IMM-urile reprezintă aproximativ 80% din totalitatea bolilor profesionale provocate de agenți chimici, înregistrate în UE. Acest lucru indică faptul că un număr mare de lucrători din IMM-uri sunt expuși la substanțe chimice, care, din cauza protecției necorespunzătoare și a practicilor de lucru nesigure, pot reprezenta un risc pentru securitatea și sănătatea acestora.

Lucrătorii din IMM-uri pot fi expuși la substanțe chimice din diferite sectoare de activitate, inclusiv construcții, spălătorii, servicii medicale, servicii personale (frizerii), prelucrarea metalelor, textile, mobilier și producție alimentară, transporturi și eliminarea deșeurilor. IMM-urile au, în general, mai puține resurse decât societățile mari pentru un management adecvat al riscurilor.

În funcție de ocupație, la nivelul UE, cel mai ridicat risc în materie de accidente de muncă cauzate de substanțele periculoase este întâlnit în toate tipurile de producție, cu 37,8% din totalul acestor accidente. Aproximativ 10,5% dintre accidente se produc în construcțiile de clădiri noi, 10% în activitățile de curățare a spațiilor și utilajelor și 7% în activitățile de întreținere.

Principalele măsuri de prevenire care trebuie aplicate, în general, în cadrul societăților sunt enumerate în Directivele UE specifice preluate de Hotărârea Guvernului nr. 1218/2006 privind stabilirea cerințelor minime de securitate și sănătate în munca pentru asigurarea protecției lucrătorilor împotriva riscurilor legate de prezența agenților chimici.

Măsurile menționate mai sus includ următoarele: eliminarea substanțelor și a proceselor periculoase sau înlocuirea acestora cu alternative mai puțin periculoase; aplicarea de măsuri de protecție colectivă, cum ar fi controale tehnice sau ventilarea corespunzătoare și măsuri organizatorice adecvate; asigurarea unui echipament corespunzător pentru lucrul cu agenți chimici; reducerea la minimum a numărului de lucrători expuși sau care ar putea fi expuși; reducerea la minimum a duratei și intensității expunerii; măsuri adecvate de igienă; reducerea cantității de agenți chimici până la limita minimă necesară pentru tipul de muncă respectiv; metode de lucru adecvate, inclusiv măsuri pentru manipularea, depozitarea și transportul în condiții de siguranță al agenților chimici periculoși și al deșeurilor; aplicarea de

măsuri de protecție individuală, cu utilizarea de echipamente de protecție personală, în cazul în care expunerea nu poate fi evitată prin alte mijloace.

**Riscuri biologice emergente.** Cele mai importante 10 riscuri biologice emergente, identificate de experți în cadrul anchetei Observatorului European al Riscurilor, sunt: riscuri profesionale legate de pandemii, calitate slabă a evaluării riscurilor biologice cauzată de evaluarea dificilă, expunerea lucrătorilor la microorganisme rezistente la medicamente, lipsa informațiilor privind riscurile biologice, întreținerea defectuoasă a sistemelor de aer condiționat și de alimentare cu apă, formarea necorespunzătoare în domeniul SSM a personalului autorităților locale, riscuri biologice în uzinele de tratare a deșeurilor, endotoxinele, expunerea combinată la bioaerosoli și la substanțe chimice, mușcătura din spațiile de muncă închise.

**Expunerea la zgomot și deficiența auditivă.** Deficiența auditivă indusă de zgomot poate fi cauzată de o singură expunere la un impuls sonor [peste 140 decibeli (dB(C))] sau de expunerea la sunete de înaltă intensitate [peste 85 decibeli (dB(A))] timp de mai multe ore în fiecare zi de lucru, în cursul unei perioade de timp prelungite.

În UE, un număr estimativ de 60 de milioane de lucrători – 30% din forța de muncă – sunt expuși la zgomot. Expunerea la zgomot este frecventă în (peste 35% dintre lucrători) agricultură, în industria extractivă și prelucrătoare și în construcții. Cele mai ridicate niveluri de deficiențe auditive asociate muncii sunt industria extractivă și prelucrătoare, construcțiile, transporturile și comunicațiile.

Lucrătorii manuali raportează cea mai expusă categorie la problemele auditive (ei lucrează cu procese și utilaje zgomotoase). De asemenea, sunt afectați de zgomot și lucrători din sectoarele care, în mod tradițional, nu sunt considerate foarte zgomotoase, precum educația și sectorul divertismentului, aspect fiind reglementat de Directiva 2003/10/CE din 6 februarie 2003, preluată de Hotărârea Guvernului nr. 493/2006.

Cel mai mare număr de cazuri se înregistrează în grupele de vârstă 40–54 de ani și 55–60 de ani. Unii agenți chimici sunt definiți drept ototoxici și sunt nocivi pentru sistemul auditiv, cum ar fi solvenții, monoxidul de carbon și acidul cianhidric. La fel, vibrațiile au efect sinergic cu zgomotul.

Alte efecte negative ale zgomotului pot duce la o creștere a oboselii și stresului, la tulburări de somn și chiar la efecte cardiovasculare. Un potențial efect negativ semnificativ al zgomotului este mascarea sunetelor de avertizare și afectarea comunicării, sporind riscul de accidente la locul de muncă.

**Expunerea la radiații ultraviolete.** Radiațiile ultraviolete (UV) naturale sau artificiale reprezintă unul dintre cele mai semnificative riscuri fizice din mediul de lucru. Radiațiile ultraviolete sunt radiații electromagnetice, neionizante, care acoperă intervalul de lungimi de undă de 100–400 nm.

Expunerea excesivă la aceste radiații poate fi periculoasă. Severitatea pericolului depinde de lungimea de undă, de intensitatea și de durata expunerii.

Supraexpunerea poate produce afecțiuni ale ochilor, ale pielii și ale sistemului imunitar.

Radiațiile UV au fost desemnate drept agent cancerigen în 36 de industrii din UE, 11 din acestea se situează pe primul loc printre expunerile la alți agenți cancerigeni. Lucrătorii cei mai expuși la radiațiile UV sunt cei din sectorul agriculturii, al vânătorii și al construcțiilor. Pe lângă lucrătorii care muncesc în exterior și sunt expuși la UV, se enumeră și lucrătorii care muncesc în interior și tot sunt expuși la radiațiile generate de surse artificiale.

În cazul surselor artificiale de radiații, riscul pentru sănătate este mult mai mare decât în cazul radiațiilor UV naturale. a căror nivelurile de radiații UV pot fi mai ridicate și pot include lungimi de undă nocive. Printre lucrătorii aflați, în special, în situație de risc din cauza radiațiilor UV artificiale se numără cei implicați în tehnici de uscare a vopselelor și culorilor, de aplicații de dezinfectare, în procese de sudură, fototerapie.

Lucrătorii din aceste domenii sunt protejați prin limite legale de expunere, prin măsuri de control tehnic și administrativ, prin utilizarea de echipamente de protecție personală și efectuarea de examene medicale. Aceste măsuri se pot aplica dentiștilor, fizioterapeuților, litografilor, coșarilor, piloților de aeronave și navigatorilor, căpitanilor de port, pictorilor, lucrătorilor din industria agroalimentară și sudorilor. Numărul estimat al lucrătorilor expuși la radiații UV artificiale în țările UE este de aproximativ 1,2 milioane, care reprezintă circa 0,65% din forța de muncă totală.

**Riscurile psihosociale emergente** sunt legate de modul de concepere, organizare și conducere a muncii, precum și de contextul economic și social al muncii. Riscurile psihosociale sunt, adesea, rezultatul unor schimbări tehnice sau organizaționale. Ele cauzează creșterea nivelului de stres și pot conduce la deteriorarea gravă a stării de sănătate fizică și mentală. Cele mai importante 10 riscuri psihosociale emergente:

1. contracte nesigure în contextul unei piețe a muncii instabile;
2. vulnerabilitate crescută a lucrătorilor în contextul globalizării;
3. noi forme de contracte de muncă;
4. sentimentul lipsei de siguranță a locului de muncă;
5. forță de muncă înaintată în vârstă;
6. program de lucru prelungit;
7. intensificarea muncii;
8. producție și externalizare competitive;
9. exigențe emoționale mari la locul de muncă;
10. dezechilibru între viața profesională și cea privată.



## 7.4. Condițiile de muncă și impactul factorilor de risc profesional asupra stării de sănătate a lucrătorilor din domeniul sănătății

Clasificarea igienică a condițiilor și factorilor de muncă se bazează pe prezența și severitatea factorilor nocivi ai mediului ocupațional, pe nivelul greutății și intensității procesului de muncă.

Principiul diferențierii condițiilor și naturii muncii prevede gradul de abatere a parametrilor mediului de producție și a procesului de muncă de la standardele de igienă actuale și impactul asupra stării funcționale și a sănătății lucrătorilor. Ghidul practic privind *evaluarea igienică a factorilor mediului ocupațional și a procesului de muncă. Criteriile și clasificarea condițiilor de muncă*, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 287/2020, reprezintă baza metodologiei pentru calcularea riscului profesional. Ghidul include caracteristicile celor 4 clase de condiții igienice de muncă: optim, admisibil, nociv și periculos.

*Condițiile optime de muncă (clasa 1)* sunt condițiile în care starea sănătății angajatului este păstrată și se creează premise pentru a menține capacitatea de muncă la un nivel ridicat. Standarde optime ale factorilor mediului ocupațional se stabilesc pentru parametrii microclimatici și pentru factorii de solicitare fizică și neuropsihică a procesului de muncă. Pentru alți factori, în calitate de condiții optime, sunt acceptate astfel de condiții de muncă în care factorii nocivi nu există sau nu depășesc nivelurile aprobate ca fiind sigure pentru populație.

*Condițiile de muncă admisibile (clasa 2)* reprezintă condițiile în care nivelul factorilor mediului ocupațional și a procesului de muncă nu depășesc nivelurile maxime admise pentru locurile de muncă, iar posibilele modificările funcționale ale organismului muncitorilor se restabilesc (recuperează) pe durata perioadei de odihnă reglementată sau până la începutul următoarei zile (schimb) de muncă și nu au efecte adverse imediate sau pe termen lung asupra sănătății lucrătorilor și a descendenților (urmașilor) acestora. Condițiile de muncă admise sunt considerate, în mod condiționat, ca fiind inofensive (sigure).

*Condițiile de muncă nocive (clasa 3)* se caracterizează prin prezența unor factori de risc, ale căror niveluri depășesc nivelurile admisibile pentru locurile de muncă și care au un efect negativ asupra organismului angajatului și/sau a urmașilor săi. Condițiile de muncă nocive, în funcție de gradul de depășire a nivelurilor maxime admise pentru locurile de muncă și severitatea modificărilor survenite în organismul muncitorilor expuși, se delimitează convențional în 4 grade de pericol:

- *gradul 1 (clasa 3.1)* – condițiile de muncă se caracterizează prin astfel de abateri a nivelurilor factorilor nocivi de la standardele de igienă pentru locurile de muncă, care induc modificări funcționale care, de regulă, se restabilesc, după o perioadă mai îndelungată de întrerupere a expunerii (decât pauza dintre schimburi) și sporesc riscul de deteriorare a stării de sănătate;

- *gradul 2 (clasa 3.2)* – nivelurile factorilor nocivi induc modificări funcționale persistente care, în cele mai multe cazuri, au, ca rezultat, creșterea morbidității profesional condiționată (care se poate manifesta prin incidența crescută a morbidității generale și a morbidității prin incapacitate temporară de muncă, cu precădere a acelor afecțiuni care reflectă starea celor mai vulnerabile organe și sisteme față de acțiunea factorilor de risc respectivi), prin apariția simptomelor inițiale sau formelor ușoare de boală profesională (fără pierderea capacității de muncă) după o expunere prelungită (cel mai frecvent de 15 și mai mulți ani);
- *gradul 3 (clasa 3.3)* – condiții de muncă caracterizate prin niveluri ale factorilor mediului ocupațional al căror impact induce, de regulă, dezvoltarea bolilor profesionale de severitate ușoară și moderată (cu pierderea capacității profesionale de muncă) în perioada activă și sporirea incidenței patologiei cronice, condiționată profesional;
- *gradul 4 (clasa 3.4)* – condițiile de muncă în care pot apărea forme grave de boli profesionale (cu pierderea capacității generale de muncă) și o creștere semnificativă a incidenței cazurilor de boli cronice.

*Condiții de muncă periculoase (extreme) (clasa 4)* se caracterizează prin niveluri ale factorilor mediului ocupațional al căror impact, pe durata schimbului de lucru (sau o parte a acestuia), reprezintă o amenințare la adresa vieții umane, un risc înalt de a dezvolta leziuni profesionale acute, inclusiv forme grave.

În prezența a 2 sau a mai multor factori de producție nocivi și periculoși și ai procesului de muncă, clasa condițiilor de muncă trebuie evaluată în funcție de clasa cu gradul cel mai înalt. În cazul prezenței a 2 sau mai multor factori de mediu și ai procesului de muncă, care se raportează la clasa a 3-a cu același grad, clasa condițiilor de muncă se mărește cu o treaptă.

Standardele igienice a factorilor de risc la locul de muncă sunt argumentate pentru durata zilei de muncă de 8 ore. Dacă durata schimbului este mai mare, în fiecare caz specific, posibilitatea de a lucra ar trebui coordonată cu serviciul de supraveghere în domeniul protecției sănătății.

Exercitarea muncii în condiții de depășire a standardelor igienice este o încălcare a legislației Republicii Moldova și constituie argument pentru a utiliza drepturile acordate de lege de către organele de control în scopul aplicării sancțiunilor pentru condiții de muncă nocive (dăunătoare) și periculoase.

Factorii mediului de lucru sunt, de obicei, împărțiți în *periculoși* și *nocivi*. Expunerea la un factor de producție nociv poate duce la îmbolnăvirea unui angajat. Factorul de producție periculos poate duce la rănirea lucrătorului.

*Factorii de producție periculoși* sunt factorii mediului sau ai procesului de muncă care pot provoca o boală acută sau o înrăutățire bruscă a sănătății sau pot duce chiar la deces. În funcție de caracteristicile cantitative și durata acțiunii, anumiți factori nocivi de producție pot deveni periculoși.

În cazurile în care, din motive tehnologice justificate, angajatorul nu poate

asigura pe deplin conformitatea cu standardele igienice la locul de muncă, organele Serviciului de Supraveghere a Sănătății Publice poate permite munca în aceste condiții, cu condiția utilizării echipamentului individual de protecție și reducerea timpului de expunere la factori nocivi de producție (protecție în timp).

În același timp, fiecare angajat ar trebui să primească informații complexe despre condițiile de muncă, gradul de nocivitate a acestora, posibilele consecințe negative asupra sănătății, echipamentele personale de protecție necesare, regimurile de muncă și odihnă, măsurile medicale și preventive, măsurile de reducere a contactului cu un factor dăunător.

Depășirea standardelor de igienă, determinată de caracteristicile activității profesionale a angajatului și reglementată de acte de reglementare industriale, acte naționale sau internaționale (de exemplu, munca piloților, scafandrilor, șoferilor de cale ferată etc.), stă la baza utilizării regimurilor raționale de muncă și odihnă și a măsurilor de protecție socială pentru unele profesii concrete.

Munca în condiții de muncă periculoase (clasa a IV-a) nu este permisă, cu excepția cazului în care accidentele și lucrările de urgență sunt eliminate pentru a preveni situațiile de urgență. În acest caz, lucrările trebuie efectuate cu utilizarea echipamentului de protecție individuală și cu respectarea strictă a regimurilor de timp reglementate pentru o astfel de muncă.

*Noxele sau nocivitățile profesionale* sunt acei factori ai mediului și ai procesului de muncă care au o influență negativă asupra stării de sănătate, în anumite condiții (intensitate, durată etc.), manifestată prin fenomene patologice (provoacă o boală profesională, creșterea frecvenței bolilor somatice sau infecțioase), prin stare de oboseală sau reducere temporară sau permanentă a capacității de muncă fizică sau intelectuală, care poate duce la dereglarea sănătății descendenților (urmașilor).

Factorii de producție periculoși și nocivi sunt clasificați în:

#### 1. Factori de natură fizică:

- temperatura, umiditatea, viteza aerului, radiația termică;
- radiații și câmpuri electromagnetice neionizante, câmpuri electrostatice, câmpuri magnetice permanente (inclusiv geomagnetice), câmpuri electrice și magnetice de frecvență industrială (50 Hz), radiații electromagnetice în gama de frecvențe radio, radiații electromagnetice în domeniul optic (inclusiv laser și ultraviolete);
- zgomot, ultrasunete, infrasunete;
- vibrații (locale, generale);
- aerosoli (praf) cu acțiune predominant fibrogenă;
- iluminare: naturală (absentă sau insuficientă), artificială (iluminare insuficientă, orbire directă și reflectată, pulsație de iluminare);
- particule de aer încărcate electric – aeroioni;

- mașini și mecanisme de mișcare;
- margini ascuțite, rugozitate pe suprafețele uneltelor și ale echipamentelor;
- radiațiile ionizante.

2. *Factorii de natură chimică*, inclusiv unele substanțe de natură biologică (antibiotice, vitamine, hormoni, enzime, preparate proteice), sunt obținuți prin sinteză chimică și/sau pentru controlul cărora sunt utilizate metode de analiză chimică. În funcție de natura impactului asupra organismului uman substanțele se clasifică în:

- toxice;
- iritante;
- sensibilizante;
- cancerigene;
- mutagene.

3. *Factorii de natură biologică* presupun microorganisme producătoare, celule vii și spori care se conțin în preparate, microorganisme patogene, ciuperci și paraziți.

4. *Factorii psihofiziologici* provin din procesul de muncă, circumstanțe, condiții care determină procesul muncii: greutatea muncii și intensitatea muncii. Suprasolicitarea neuropsihică se poate manifesta prin suprasolicitare intelectuală, monotonie a muncii și suprasolicitarea emoțională. Suprasolicitarea fizică este statică și dinamică.

*Greutatea muncii* este o caracteristică a procesului de muncă care reflectă sarcina predominantă asupra sistemului musculo-scheletic și a sistemelor funcționale ale corpului (cardiovascular, respirator etc.), asigurând activitatea sa vitală. Greutatea muncii este determinată de sarcina fizică dinamică, de masa greutăților ridicate și deplasate manual, de numărul de mișcări de lucru stereotipe pe schimb, de poziția de lucru, de gradul de înclinație a corpului, de mișcarea în spațiu datorită procesului tehnologic.

*Intensitatea muncii* este o caracteristică a procesului de muncă care reflectă sarcina predominantă asupra sistemului nervos central, a organelor senzoriale și a sferei emoționale a angajatului. Indicatorii care caracterizează intensitatea muncii sunt solicitările intelectuale, senzoriale, emoționale, gradul de monotonie a muncii și regimul de lucru.

O persoană este capabilă să suporte impactul factorilor de producție periculoși și nocivi în anumite limite, fără a dăuna sănătății. Nivelul de influență a factorului, care nu are efecte negative, se numește nivel de prag. Nivelul de prag depinde atât de mărimea dozei, cât și de durata influenței factorului (expunerea). În cadrul unei expuneri scurte, o persoană poate tolera doze mai mari de expunere la factori negativi.

*Boala profesională* este o boală care s-a dezvoltat ca urmare a expunerii la factorii de risc asociați cu activitățile de muncă (definiția OIM).

Pericolul factorilor mediului ocupațional de diferite tipuri (fizici, chimici, biologici) în combinație cu natura nefavorabilă (conținutul muncii) a activității de muncă poate fi agravat de rolul factorilor genetici, de mediu și sociali.

Pentru prima dată, lista bolilor profesionale a fost stabilită prin convenția OIM în anul 1964. Aceasta a inclus cele mai renumite boli profesionale care apar sub influența factorilor mediului de lucru. În 1990, Comisia Europeană a OIM a aprobat lista europeană a bolilor profesionale.

În prezent, nu există o clasificare generală acceptată a bolilor profesionale. Fiecare țară membră a OIM își stabilește propria listă a bolilor profesionale și stabilește măsuri de prevenire și protecție socială a victimelor. Principalele criterii pentru determinarea originii profesionale a bolilor sunt următoarele: prezența unei conexiuni cu un factor de producție specific (de exemplu, praf care provoacă pneumoconioză), prezența unor relații cauzale cu mediul de lucru și profesia, excesul nivelului mediului de morbiditate într-un anumit grup profesional de persoane, în comparație cu întreaga cohortă a populației.

Clasificarea bolilor profesionale se bazează pe un principiu sistemic sau etiologic. *Principiul sistemic* se bazează pe efectul predominant al riscurilor profesionale asupra unui anumit sistem al corpului (de exemplu, boli cu leziuni predominante ale sistemului respirator, sistemului sanguin etc.). *Principiul etiologic* se bazează pe influența diferitelor grupuri de factori nocivi, chimici, fizico-chimici (aerosoli industriali), fizici, asociați cu suprasolicitarea organelor și sistemelor de organe. În plus, bolile alergice și neoplasmale se disting separat.

Lista bolilor profesionale în vigoare în Republica Moldova (Hotărârea Guvernului nr. 1282/2016 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind modul de cercetare și stabilire a diagnosticului de boală (intoxicație) profesională) se bazează pe principiul etiologic și cuprinde 150 de boli.

Lista are trei secțiuni. Prima secțiune a listei specifică substanțele periculoase și factorii de producție nocivi și dăunători al căror impact poate provoca boli specifice, cea de-a 2-a – numele bolii în conformitate cu revizuirea a 10-a a OMS a Clasificării Internaționale a Bolilor (ICD), secțiunea 3 a Codului bolii.

Bolile profesionale sunt clasificate în 7 grupuri principale:

- I.** Boli cauzate de agenți chimici
- II.** Boli cauzate de agenți fizici
- III.** Maladii provocate de agenți biologici
- IV.** Boli ale aparatului respirator, asociate cu acțiunea aerosolilor
- V.** Maladii cutanate
- VI.** Boli cauzate de suprasolicitări
- VII.** Tumori profesionale.

Lista bolilor profesionale este principalul document care este utilizat în stabilirea diagnosticului unei boli/intoxicații profesionale, la rezolvarea problemelor legate de examinarea capacității de muncă, la reabilitarea medicală, socială și de muncă, precum și la unele dintre problemele legate de despăgubirea pentru daunele cauzate angajatului în legătură cu daunele aduse sănătății.

În funcție de momentul formării bolilor profesionale, acestea se clasifică în boli acute și cronice. Prezența unei boli profesionale nu înseamnă întotdeauna dereglarea capacității de muncă generale. În formele inițiale, ușoare de boli profesionale, poate fi recomandată doar stoparea expunerii la factorii de risc specifici și necesitatea de angajare rațională (transfer) la un alt loc de muncă. OIM recunoaște 3 sisteme de notificare a conexiunii cu munca, și anume conform listei bolilor profesionale, conform definiției generale a conceptului de „boală profesională” și conform listei bolilor profesionale completate de o definiție generală.

În Republica Moldova funcționează primul sistem, în SUA și Finlanda – al 2-lea, în Germania și Franța – al 3-lea. Recomandarea OIM propune cel de-al 3-lea sistem, deoarece oferă cea mai bună protecție socială lucrătorilor afectați. Sistemul actual de evidență din Republica Moldova (primul) oferă, în comparație cu alte sisteme, statistici subestimate cu un ordin ale bolilor profesionale.

*Bolile legate de profesiune* este un grup de afecțiuni, de natură poli etiologică, la a căror apariție factorii nocivi profesionali au o anumită contribuție. Aceste boli se caracterizează prin prevalența ridicată, prin cunoașterea insuficientă a indicatorilor cantitativi ai condițiilor de muncă care determină dezvoltarea lor, prin consecințe sociale semnificative, generate de impactul negativ asupra indicatorilor demografici (mortalitate, speranță de viață, boli frecvente și de lungă durată cu incapacitate temporară).

Bolile legate de profesiune includ boli ale sistemului cardiovascular (hipertensiune arterială, boala ischemică a cordului), boli neuropsihiatrice (nevroze), boli ale aparatului locomotor (radiculita lombosacrală, boli dorsale) și o serie de boli respiratorii.

*Morbiditatea prin boli legate de profesiune* – incidența bolilor generale (care nu au legătură cu bolile profesionale) de diferită etiologie (în principal poli etiologice), care tinde să crească odată cu creșterea vechimii în muncă în condiții nefavorabile și o depășește pe cea din grupurile profesionale care nu sunt expuse factorilor nocivi.

Prevenirea bolilor profesionale și a celor legate de profesiune constă într-un sistem de măsuri care vizează reducerea riscului de dezvoltare a dereglării stării de sănătate și a bolilor lucrătorilor, prevenirea sau încetinirea progresului acestora și reducerea consecințelor adverse. Aceasta presupune măsuri de natură medicală (sanitară și igienică, terapeutică și profilactică), economică și juridică (de stat).

În general, prevenirea acestor boli se realizează prin reglementarea legislativă a factorilor de risc (de exemplu, NMA și CMA) și implementarea unor programe

specifice pentru formarea condițiilor de muncă și de viață sigure la locul de muncă, a unui sistem adecvat de asistență medicală și de securitate socială pentru lucrători.

Prevenirea medicală este un sistem de măsuri implementat prin sistemul de îngrijire a sănătății. Aceasta include următoarele elemente:

- reglementarea sanitară și epidemiologică a factorilor de producție dăunători și periculoși, elaborarea listelor de contraindicații pentru angajare;
- monitorizarea igienică a condițiilor de muncă și a stării de sănătate a lucrătorilor la nivel național, regional, de grup și individual, urmată de decizii de gestionare și elaborarea de programe de prevenire la locul de muncă;
- implementarea supravegherii clinice și îmbunătățirea sănătății, ținând seama de caracteristicile patogenetice ale formării bolilor profesionale și a celor determinate de profesie;
- tratamentul practic și îmbunătățirea sănătății, inclusiv prin nutriție curativ-profilactică, exerciții de fizioterapie, adaptare medicală și psihologică, tratament sanatorial-balnear;
- păstrarea capacității de muncă reziduale și posibilitatea adaptării în mediul profesional și social, crearea condițiilor pentru asigurarea optimă a vieții victimelor accidentelor și a bolilor la locul de muncă;
- instruirea igienică direcționată, promovarea sănătății și formarea unui stil de viață sănătos.

## Referințe:

1. Cocârlă A. Medicina ocupațională. (2009). EMU „Iuliu Hațieganu„. Cluj Napoca, vol. I, 868 p.
2. Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment (2021). Geneva: World Health Organization; (WHO/HEP/ECH/EHD/21.02).
3. Prüss-Ustün A., Wolf J., Corvalán C., Bos R., Neira M. (2016) Preventing disease through healthy environments. A global assessment of the burden of disease from environmental risks. WHO.
4. FACTS 74 – Previziunile experților privind riscurile psihosociale emergente legate de securitatea și sănătatea în muncă, Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă <http://www.inspectmun.ro/Ziua%20SSM%20index%202010/Ziua%20SSM.html>.
5. FACTS 68 – Previziunea experților privind riscurile biologice emergente legate de securitatea și sănătatea în muncă, Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă. <http://www.inspectmun.ro/Ziua%20SSM%20index%202010/Ziua%20SSM.html>.

6. Friptuleac Gr., Meșina V., Moraru M. (2009) Igiiena muncii. Chișinău: CEP Medicina, Vol.1, 386 p.
7. Friptuleac Gr. (2006). Ecologie umană. Chișinău, CEP Medicina, 296 p.
8. Friptuleac Gr. (2012). Igiiena mediului. Chișinău, CEP Medicina, 242 p.
9. Friptuleac Gr. și coaut. (2008). Ecologie umană (lucrări practice). Chișinău, CEP, Medicina, 320 p.
10. Friptuleac Gr. (2016). Promovarea sănătății. Chișinău, 230 p.
11. Gavăt V. (2007). Sănătatea mediului și implicațiile sale în medicină. Iași, Editura Gr. T. Popa, 332 p.
12. Jacobs K. H. (2018). Introduction to Global Health. Jones & Bartlett Learning; 3rd edition, 486 p.
13. Opopol N., Russu R. (2006). Sănătatea mediului. Chișinău.
14. OIM/OMS Planul Global de Acțiuni cu privire la sănătatea lucrătorilor pe anii 2008–2017.
15. Programul național pentru implementarea Protocolului privind Apa și Sănătatea în Republica Moldova pentru anii 2016–2025.
16. Risques émergents et nouvelles formes de prévention dans un monde du travail en mutation. [http://www.ilo.org/safework/info/publications/lang-en/contLang-fr/docName--WCMS\\_124340/index.htm](http://www.ilo.org/safework/info/publications/lang-en/contLang-fr/docName--WCMS_124340/index.htm).
17. Ševčíková L.(2015). Environmental Health – Hygiene. Comenius University, Bratislava, Slovakia, 253 p.



# VIII.

## POLITICI DE CONTROL AL BOLILOR NETRANSMISIBILE

- 8.1. Prezentare generală
- 8.2. Populația afectată
- 8.3. Bolile netransmisibile în Republica Moldova
- 8.4. Determinanții principali ai stării de sănătate în Republica Moldova
- 8.5. Factorii de risc ai bolilor netransmisibile
- 8.6. Impactul socioeconomic
- 8.7. Prevenirea și controlul
- 8.8. Bolile netransmisibile în Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă
- 8.9. 15 provocări ale sistemului de sănătate și oportunități de extindere a intervențiilor și serviciilor de bază pentru bolile netransmisibile
- 8.10 Strategii globale pentru combaterea bolilor netransmisibile

*„Este imposibil să exagerăm importanța acțiunii coordonate împotriva bolilor netransmisibile, care reprezintă 85% din totalul mortalității premature în țările cu venituri mici și medii.”*

Directorul General al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS),  
27/05/2022 World Health Assembly 75

### 8.1. Prezentare generală

Bolile netransmisibile (în continuare – BNT), cunoscute și sub numele de boli cronice, tind să fie de lungă durată și sunt rezultatul unei combinații de factori genetici, fiziologici, de mediu și comportamentali. Răspândirea BNT reprezintă o problemă de sănătate publică la nivel global, afectând aproape toate țările din lume și toate grupurile de populație, cu diferit nivel de venituri. Bărbații, femeile și copiii sunt expuși riscului de apariția a BNT. La nivel mondial, în secolul trecut, au fost realizate progrese substanțiale în creșterea economică, în sănătate și în standardele de viață. Acest progres este acum amenințat de crizele propriei noastre creații, și anume de schimbări climatice, finanțe și insecuritatea alimentară și de criza asociată cu sporirea poverii BNT.

Principalele tipuri de boli netransmisibile sunt bolile cardiovasculare (atacurile de cord și accidentul vascular cerebral), cancerelor, bolile respiratorii cronice (bolile pulmonare obstructive cronică și astmul) și diabetul.

Bolile netransmisibile afectează, în mod disproporționat, oamenii din țările cu venituri mici și medii, unde au loc mai mult de trei sferturi din decesele globale cu BNT (31,4 milioane). Povara tot mai mare a bolilor netransmisibile evidențiază

numeroasele amenințări la adresa sănătății generate de consumul de alimente și apă necalitative, de aerul poluat pe care îl respiră și de condițiile defavorabile în care trăiesc și lucrează. Marea tragedie a BNT este că multe dintre aceste boli pot fi prevenite și tratate atunci când oamenii au acces la servicii medicale de calitate. De aceea, este atât de crucial ca toate statele lumii să acorde prioritate resurselor pentru a integra serviciile pentru BNT și factorii lor de risc în serviciile de îngrijire a sănătății, ca parte a acoperirii medicale universale.

Multe țări consideră că este dificil să extindă intervențiile și serviciile de bază pentru bolile netransmisibile, în ciuda dovezilor incontestabile ale eficienței costurilor și ale impactului semnificativ asupra sănătății populației. În același timp, în lume apar tot mai multe experiențe inspiratoare, oferind oportunități de învățare pentru noi.

Bolile netransmisibile omoară, anual, circa 41 de milioane de oameni, echivalentul a 74% din toate decesele la nivel global. În fiecare an, 17 milioane de oameni mor din cauza unei boli netransmisibile înainte de vârsta de 70 de ani, 86% dintre aceste decese premature au loc în țările cu venituri mici și medii. Dintre toate decesele rezultate din boli netransmisibile, 77% au loc în țările cu venituri mici și medii.

Bolile cardiovasculare, dintre toate bolile netransmisibile, reprezintă cauza a celor mai multe decese, și anume 17,9 milioane de persoane mor, anual din cauza acestor boli. Apoi urmează cancerul care omoară 9,3 milioane de oameni, bolile respiratorii cronice – 4,1 milioane și diabetul, inclusiv bolile renale cauzate de diabet) – 2 milioane. Aceste 4 grupe de boli reprezintă peste 80% din toate decesele premature rezultate din bolile netransmisibile.

Consumul de tutun, inactivitatea fizică, consumul dăunător de alcool și dietele nesănătoase cresc riscul decesului din cauza unei boli netransmisibile. Detectarea, screening-ul și tratamentul bolilor netransmisibile, precum și îngrijirea paliativă sunt componente-cheie ale răspunsului la bolile netransmisibile.

## 8.2. Populația afectată

Toate țările lumii sunt afectate de bolile netransmisibile. Aceste afecțiuni sunt, adesea, asociate cu grupele de vârstă mai înaintate, dar dovezile arată că 17 milioane de decese cauzate de bolile netransmisibile apar înainte de vârsta de 70 de ani. Dintre aceste decese premature, se estimează că 86% apar în țările cu venituri mici și medii. Copiii, adulții și vârstnicii sunt cei mai vulnerabili la factorii de risc care contribuie la boli netransmisibile, precum diete nesănătoase, inactivitate fizică, expunerea la fumul de tutun sau consumul dăunător de alcool.

În ultimii 20 de ani, BNT au schimbat lumea. Acestea au devenit principala cauză de deces în majoritatea țărilor, ducând la 200 de milioane de decese premature în rândul femeilor și al bărbaților cu vârsta cuprinsă între 30 și 70 de ani, majoritatea trăind în țări cu venituri mici și medii.

În următorii 10 ani, alte 150 de milioane de oameni vor deceda din cauza bolilor netransmisibile cu vârste cuprinse între 30 și 70 de ani. Majoritatea acestor decese pot fi evitate sau amânate.

Aceste boli sunt amplificate și prin fenomene care includ urbanizarea rapidă, globalizarea stilului de viață nesănătoasă și îmbătrânirea populației. Dietele nesănătoase și lipsa activității fizice cauzează tensiune arterială crescută, creșterea glicemiei, creșterea lipidelor din sânge și obezitate. Aceștia se numesc factori de risc metabolici și pot duce la boli cardiovasculare, principala boală netransmisibilă, în ceea ce privește decesele premature.

### **8.3. Bolile netransmisibile în Republica Moldova**

Republica Moldova are una dintre cele mai scăzute speranțe de viață la naștere din Regiunea Europeană a OMS. Speranța de viață la naștere, conform datelor raportate la nivel internațional, a fost de 73,4 ani în 2018 și a scăzut la 69,1 în 2021.

Există o diferență considerabilă de gen în ceea ce privește speranța de viață la naștere, femeile trăind în medie cu 8 ani mai mult decât bărbații (73,1 ani și, respectiv, 65,2 ani), iar populația rurală trăind mai puțin în comparație cu populația urbană (68,5 ani și, respectiv, 69,8 ani). Diferența de gen a fost considerabil mai mare decât media Regiunii Europene a OMS (6,3 ani).

Republica Moldova se clasează printre țările cu cea mai înaltă rată a mortalității generale în regiunea europeană, determinată de bolile netransmisibile. Pe parcursul a mai multor ani, BNT precum sunt bolile cardiovasculare, cancerul, diabet zaharat, hepatitele cronice și cirozele, tulburările, mintale, constituie principala cauză a deceselor în rândul populației, inclusiv în rândul celei de vârstă aptă de muncă.

În Republica Moldova, principale cauze de deces al populației sunt bolile aparatului circulator, tumorile maligne, bolile aparatului digestiv și ale celui respirator. Astfel, în anul 2021, 53,2% din decese au fost cauzate de bolile aparatului circulator, urmate de 12,6% de decese produse de tumorile maligne, 6,3% decese cauzate de bolile aparatului digestiv, 4,4% decese cauzate de bolile aparatului respirator.

Mortalitatea masculină, după cauze de deces, diferă de cea feminină. Supramortalitatea feminină este înregistrată numai în cazul bolilor aparatului circulator. În structura mortalității femeilor, ponderea deceselor din această cauză este cu 10,7 p.p. mai înaltă decât cea înregistrată pentru bărbați. Însă, mortalitatea masculină a înscris valori mai înalte comparativ cu mortalitatea femeilor (supramortalitate masculină) în cazul accidentelor, intoxicațiilor și traumelor, fiind de 4,0 ori mai mare, de 1,7 ori, în cazul bolilor aparatului respirator și de 1,5 ori, în cel al tumorilor maligne, comparativ cu valorile înregistrate de mortalitatea feminină.

La nivel de populație generală, prevalența BNT rămâne a fi înaltă. Datele studiului *Accesul populației la serviciile de sănătate din 2021* indică că fiecare a 3-a persoană (31,1%) suferă de cel puțin o boală cronică, iar fiecare a doua persoană dintre aceștia suferă de cel puțin 2 boli cronice.

Cu referire la tendințele în timp, evidențele demonstrează creșterea îngrijorătoare a incidenței pentru cancer și diabet zaharat, care au sporit de peste 2 ori în ultimii 20 de ani, ceea ce denotă că există prevalența înaltă a factorilor de risc în cadrul populației care contribuie la această creștere. Incidența bolilor sistemului circulator este cea mai mare (1084 de cazuri la 100000 de locuitori în anul 2020), dar a fost stabilizată în ultimii 10 ani, cu o tendință generală de scădere. Incidența bolilor hepatice cronice și a cirozei, deși mai înaltă comparativ cu media europeană, are tendința de scădere în ultimii 10 ani.

Totodată, probleme de sănătate mintală se evidențiază tot mai pregnant în rândul populației din Republica Moldova. Conform datelor Ministerului Sănătății, 1 din 12 adulți prezintă semne caracteristice pentru depresie, cu o frecvență de 2 ori mai mare în rândul femeilor (10,8%) decât în rândul bărbaților (5,8%), iar efectele psihologice ale pandemiei COVID-19 au determinat creșterea considerabilă a incidenței anxietății și a depresiei.

## **8.4. Determinanții principali ai stării de sănătate în Republica Moldova**

Sănătatea populației este determinată în mare parte de răspândirea și distribuția factorilor determinanți ai sănătății, și anume cei de ordin socioeconomic, comportamental și de mediu. Stabilitate economică și contextul social are un impact considerabil asupra stării de sănătate. În pofida unor tendințe ale diminuării ratei sărăciei în 2014–2019, nivelul veniturilor populației în Republica Moldova rămâne cel mai scăzut comparativ cu țările din regiune. În anul 2020, rata sărăciei absolute a crescut la 26,8% față de 2019, când era 25,2%, iar rata sărăciei extreme a constituit 10,8% față de 10,7% în 2019, adică fiecare al 9-lea locuitor al țării se află în sărăcie extremă. Criza pandemică COVID-19, urmată de criza economică și cea energetică, a aprofundat și mai tare nivelul sărăciei, cei mai vulnerabili fiind familiile cu mulți copii, vârstnicii, persoanele cu dizabilități, precum și persoanele din mediul rural.

Factorii comportamentali, cum ar fi: consumul de tutun, consumul de alcool, alimentație nesănătoasă și inactivitate fizică, și condițiile patologice determinate de aceștia, precum obezitate, tensiune arterială, nivelul ridicat de glucoză în sânge, comportă riscuri majore pentru sănătate. Datele Studiului STEPS 2021 indică faptul că fiecare al 3-lea adult (31,8%) din Republica Moldova este supus la 3 sau mai mulți factori de risc legați de stilul de viață, proporția acestora în rândul bărbaților fiind de 2 ori mai mare comparativ cu femeile.

Datele privind consumul tutunului indică că aproape 1/3 din populația adultă (29,9%) este constituită din consumatorii curenți ai produselor din tutun, cu o prevalență a fumatului de 7 ori mai mare în rândul bărbaților (52,0%) comparativ cu femeile (7,7%) (OMS, Studiul STEPS, 2021). În cazul adolescenților, fumatul a fost experimentat în decursul vieții de către 16% de tineri, prevalența consumului tutunului este cea mai mare în rândul băieților de 15 și 17 ani (12% și 26%) (OMS (2020), Comportamente și percepții legate de sănătate ale adolescenților (HBSC) 2017-2018 pentru Europa și Canada). O popularitate mare obțin produsele noi din tutun – tutun încălzit, țigări electronice, narghilea, în special în rândul populației tinere. Acest fapt a dus, în mare parte, la creșterea consumului de tutun în rândul populației (cu cca 18% în perioada 2013–2021), cauzată de politicile naționale de control al tutunului permissive sub mai multe aspecte, prin admiterea excepțiilor pentru anumite categorii de produse din tutun.

Consumul de alcool în rândul adulților moldoveni, în pofida faptului că a înregistrat o reducere semnificativă de la 16,3 l/adult în anul 2014 la 11,4 l/adult în 2018, rămâne unul dintre cele mai înalte la nivel global, depășind cu 17% media pentru regiunea europeană a OMS și cu peste 80% media globală (Republica Moldova: 11,4 l/adult, Regiunea Europeană OMS: 9,7 l/adult, nivel mondial: 6,2 l/adult în 2018). Consumul printre bărbați este considerabil mai înalt decât în rândul femeilor (18,3 l versus 5,3 l) (WHO Global Health Observatory data, 2020). Se estimează că 1 din 11 decese (9,26%) sunt legate de consumul alcoolului (HME, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Aproape jumătate din populație (47,2%) consumă alcool neînregistrat. Totodată, se evidențiază o tendință pozitivă urmărită de reducerea moderată a ponderii băutorilor înrăiți (13,8% din adulți în 2021 comparativ cu 19,5% în 2013). Cu toate acestea, fiecare al patrulea bărbat din cadrul populației adulte (24,5%) este un băutor înrăit (OMS, Studiul STEPS, 2021). În cazul tinerilor, 1 din 10 adolescenți a fost în stare de ebrietate de 2 ori și mai frecvent în decursul vieții (OMS (2020), Comportamente și percepții legate de sănătate ale adolescenților (HBSC) 2017-2018 pentru Europa și Canada). Pe lângă spectrul larg de probleme de sănătate, consumul de alcool asociat cu multitudinea aspectelor sociale negative, precum violența în familie și în comunitate, tulburarea ordinii publice, performanța redusă la muncă, necesită o abordare complexă și intervenții multisectoriale.

Alimentația nesănătoasă este caracterizată de obiceiuri comportamentale, precum ar fi consumul în exces a sării de bucătărie, consumul mediu în rândul populației din Republica Moldova (10,8 g pe zi) depășind de 2 ori cantitatea recomandată de OMS de 5 g pe zi (OMS (2018), Studiu privind consumul alimentar de sare în Republica Moldova, 2016). În același timp, disponibilitatea produselor cu conținut sporit de acizi grași trans este foarte înaltă, peste 60% dintre toate produsele alimentare comercializate în unitățile de comerț ambulant, fast-food și supermarketuri au un conținut de acizi grași trans în cantități care depășesc limita recomandată de OMS și legiferată recent în majoritatea țărilor Europene

(OMS (2017), The food environment description in cities in Eastern Europe and Central Asia – Republic of Moldova). Referitor la consumul de fructe și legume, 6 din 10 adulți (63,4%) consumă mai puțin decât cele 5 porții pe zi, fără diferențe între bărbați și femei (OMS, Studiul STEPS, 2021). În cazul tinerilor, mai puțin de jumătate dintre adolescenți (46%) mănâncă zilnic fructe, iar 3 din 10 continuă să consume zilnic dulciuri (OMS (2020), Comportamente și percepții legate de sănătate ale adolescenților (HBSC) 2017-2018 pentru Europa și Canada).

Inactivitate fizică este un alt factor major care cauzează supraponderalitate și obezitate, boli cardiovasculare și diabet, în condiții în care 1 din 10 adulți moldoveni (9,1%) nu țin cont de recomandările OMS privind activitate fizică pentru sănătate, astfel înregistrându-se o tendință de scădere, la ambele sexe și la toate vârstele, a timpului alocat pentru activitatea fizică. Starea mediului este esențială pentru sănătatea și bunăstarea oamenilor, iar apa și aerul poluat, expunerea la zgomot și la substanțele chimice periculoase prezintă riscuri majore pentru sănătatea populației.

În Republica Moldova principalele surse de poluare ale aerului atmosferic sunt emisiile de la transportul auto și sursele staționare ale agenților economici. În anul 2020, ponderea depășirii concentrației maximal admisibile a poluanților în aerul atmosferic a constituit 17,7% din numărul total de probe de aer investigate. Conform datelor ANSP, ponderea probelor de apă neconforme cu normele sanitare stabilite prin lege constituie 71% din sursele subterane și 74% din fântâni, la parametrii microbiologici – 26,5% din sursele subterane, circa 9,2% din apeductele comunale urbane, 37% din apeductele rurale și 55% din fântâni. Totodată, schimbările climatice și modificarea tiparelor bolilor transmisibile și ale alergenilor comportă amenințări tot mai mari pentru sănătate.

În anul 2020, Moldova a fost lovită de unul dintre cele mai severe episoade de secetă din ultimele 2 decenii și continuă să fie expusă unui risc sporit de evenimente climatice extreme. Estimările efectuate de Institutul pentru Măsurarea și Evaluarea Sănătății (GBD Compare [online database]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, <http://www.healthdata.org/moldova>)), privind principalii factori de risc care determină povara bolilor, măsurată în ani potențiali de viață sănătoasă pierduți prin dizabilitate sau deces prematur (DALYs), denotă că cea mai mare povară a bolilor din Republica Moldova este cauzată de tensiunea arterială ridicată, de factorii alimentari și de consumul de tutun, urmata de obezitate, consumul de alcool și de nivelul ridicat de glucoză plasmatică.

## 8.5. Factorii de risc ai bolilor netransmisibile

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) clasifică factorii de risc ai BNT, în conformitate cu principalele lor surse de proveniență, în factori nemodificabili și factori modificabili.

Factorii de risc nemodificabili ai bolilor netransmisibile se clasifică în mai multe categorii:

✓ **vârsta** – riscul apariției BNT crește odată cu înaintarea în vârstă. Multe dintre boli, precum sunt: bolile cardiovasculare, diabetul de tip 2, cancerul și bolile respiratorii cronice, sunt mai frecvente în rândul persoanelor cu vârstă înaintată.

✓ **sexul** – există diferențe între sexe în ceea ce privește riscul apariției anumitor boli. De exemplu, bărbații au un risc mai mare de a dezvolta boli cardiovasculare în comparație cu femeile.

✓ **genetica** – factorii genetici pot influența susceptibilitatea unei persoane la anumite boli. Dacă unul sau ambii părinți au suferit de o anumită boală, riscul de a dezvolta acea boală poate fi crescut.

✓ **rasa și etnia** – anumite boli sunt mai frecvente în rândul anumitor grupuri etnice sau rase. De exemplu, afro-americanii au un risc mai mare de a dezvolta hipertensiune arterială și diabet de tip 2.

Factorii de risc comportamentali modificabili se clasifică în factori *comportamentali, de mediu și metabolici*.

*Factori comportamentali.* Comportamentele modificabile, cum ar fi: consumul de tutun, inactivitatea fizică, alimentația nesănătoasă și consumul de alcool, cresc riscul de BNT.

Fumatul este cauza a multor afecțiuni, cum ar fi: cancerul, bolile cardiovasculare și afecțiunile respiratorii cronice (OMS, 2017). Tutunul cauzează peste 8 milioane de decese în fiecare an (inclusiv din cauza efectelor expunerii la fumatul pasiv).

Consumul de alcool poate duce la boli hepatice, afecțiuni cardiovasculare și cancer (OMS, 2018). Mai mult de jumătate din cele 3 milioane de decese anuale, atribuite consumului de alcool, sunt cauzate de BNT, inclusiv de cancer.

Alimentația necorespunzătoare este un regim alimentar dezechilibrat care poate contribui la apariția bolilor cardiovasculare și a diabetului și obezității. 1,8 milioane de decese anuale au fost atribuite aportului excesiv de sare/sodiu.

Lipsa activității fizice și sedentarismul cresc riscul dezvoltării bolilor cardiovasculare, a obezității și a diabetului. 830000 de decese anual pot fi atribuite activității fizice insuficiente.

*Factori de mediu.* Conform Organizației Mondiale a Sănătății, factorii de risc modificabili de mediu, precum sunt: poluarea aerului și a solului, expunerea la substanțe chimice, condițiile climaterice etc. pot cauza, într-o măsură foarte mare, apariția BNT.

Poluarea aerului, precum și expunerea la acest aer, inclusiv la particulele fine și la nivelurile ridicate de ozon, poate cauza boli respiratorii, cardiace și chiar cancer.

Poluarea apei și consumul apei contaminate sau a apei cu diverse substanțe chimice poate crește riscul anumitor afecțiuni, cum ar fi intoxicația cu metale grele.

Expunerea la substanțe chimice periculoase sau lucrul într-un mediu expus la substanțe chimice nocive, cum ar fi pesticidele, poate crește riscul de afecțiuni, și anume cancer, tulburări hormonale și boli respiratorii.

Acești factori de risc pot fi evitați prin implementarea politicilor și a intervențiilor publice.

*Factori de risc metabolici* cauzează modificări metabolice care cresc riscul de BNT:

- ✓ creșterea tensiunii arteriale;
- ✓ supraponderalitate/obezitate;
- ✓ hiperglicemie (nivel ridicat de glucoză din sânge);
- ✓ hiperlipidemie (nivel ridicat de grăsimi în sânge).

În ceea ce privește decesele atribuite, principalul factor de risc metabolic la nivel global este tensiunea arterială crescută (căreia i se atribuie 19% din decesele globale), urmată de creșterea glicemiei, de excesul de greutate și obezitate.

Datele, inclusiv nivelurile principalilor factori de risc modificabili, sunt esențiale pentru a urmări progresul, pentru a susține resursele pentru intervenții bazate pe dovezi și pentru a face populația să fie responsabilă pentru acțiunile ei.

## 8.6. Impactul socioeconomic

BNT amenință progresul către Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă, care include un obiectiv de reducere cu 1/3 până în 2030 a probabilității de deces din cauza BNT principale în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 30 și 70 de ani.

Sărăcia este strâns legată de BNT. Se preconizează că, creșterea rapidă a bolilor netransmisibile va împiedica inițiativele de reducere a sărăciei în țările cu venituri mici, în special prin creșterea costurilor casnice asociate cu îngrijirea sănătății. Persoanele vulnerabile și dezavantajate din punct de vedere social se îmbolnăvesc și mor mai devreme decât persoanele cu poziții sociale mai înalte, mai ales pentru că sunt expuse unui risc mai mare de a fi expuse la produse dăunătoare, cum ar fi tutunul, sau la practici alimentare nesănătoase și au acces limitat la serviciile de sănătate.

În mediile cu resurse reduse, costurile de îngrijire a sănătății pentru BNT epuizează rapid resursele gospodăriei. Costurile exorbitante pentru tratamentul BNT, care este, adesea, lung și costisitor, cauzează pierderea veniturilor, crește gradul de sărăcie în rândul a milioane de oameni și împiedică dezvoltarea acestora.



## 8.7. Prevenirea și controlul

O modalitate importantă de a controla BNT este concentrarea pe reducerea factorilor de risc asociați cu aceste boli. Există soluții cu costuri reduse pentru guverne și alte părți interesate pentru a reduce factorii de risc modificabili comuni. Monitorizarea progresului și a tendințelor BNT și a riscului acestora este importantă pentru orientarea politicilor și a priorităților.

Pentru a reduce impactul BNT asupra populației și a societății în general, este necesară o abordare cuprinzătoare, care să includă toate sectoarele, inclusiv sănătatea, finanțele, transporturile, educația, agricultura, planificarea și altele, și să colaboreze pentru a reduce riscurile asociate cu BNT și pentru a promova intervenții pentru prevenirea și controlul acestora.

Investiția într-un management mai bun al BNT este esențială. Managementul BNT include detectarea, screening-ul și tratarea acestor boli și asigurarea accesului la îngrijiri paliative pentru persoanele cu anumite necesități. Intervențiile esențiale pentru BNT, cu impact ridicat, pot fi furnizate printr-o abordare a asistenței medicale primare pentru a consolida detectarea precoce și tratamentul în timp util. Dovezile arată că astfel de intervenții sunt investiții economice excelente, deoarece, dacă sunt furnizate la timp pacienților, pot reduce nevoia unui tratament mai costisitor. Este puțin probabil ca țările cu acoperire inadecvată a asistenței medicale să ofere acces universal la intervențiile esențiale pentru BNT. Intervențiile de gestionare a BNT sunt esențiale pentru atingerea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă privind BNT.

## 8.8. Bolile netransmisibile în Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă

Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă recunoaște BNT ca o provocare majoră pentru dezvoltarea durabilă. Ca parte a Agendei, șefii de stat și de guvern s-au angajat să dezvolte răspunsuri naționale ambițioase, până în 2030, pentru a reduce cu o treime mortalitatea prematură cauzată de BNT prin prevenire și tratament (ținta ODD 3.4). OMS joacă un rol-cheie de conducere în coordonarea și promovarea luptei globale împotriva BNT și în atingerea obiectivului 3.4 al Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă.

Obiectivul de dezvoltare durabilă 3.4 constă în reducerea mortalității premature cauzate de BNT cu 1/3 până în 2030 față de nivelurile din 2015. Doar câteva țări sunt pe cale să atingă acest obiectiv.

Obiectivul ODD 3.5 constă în consolidarea prevenirii și a tratamentului abuzului de substanțe, inclusiv al consumului dăunător de alcool. Din 2010, s-au înregistrat puține progrese în ceea ce privește reducerea consumului dăunător de alcool, iar

dezvoltarea și punerea în aplicare a măsurilor eficiente de control al consumului de alcool au fost inegale între țări.

Ținta ODD 3.8 are drept scop realizarea unei acoperiri universale de sănătate. Grupurile de țări cu venituri mari, medii și mici nu au demonstrat aproape niciun progres din anul 2000 în ceea ce privește extinderea capacității de servicii UHC și a accesului pentru prevenirea, screening-ul, diagnosticarea precoce și tratamentul adecvat al BNT.

Ținta ODD 3.a se referă la consolidarea implementării Convenției-cadru a OMS pentru controlul tutunului (WHO FCTC). Prevalența consumului actual de tutun în rândul persoanelor cu vârsta de 15 ani și peste a scăzut la nivel global de la 24,9% în 2015 la 23,6% în 2018. Cu toate acestea, doar 32 de state membre sunt în prezent pe cale să atingă ținta voluntară a OMS privind bolile netransparente, de reducere relativă a prevalenței consumului de tutun de 30% între 2010 și 2025.

Obiectivul SDG 11.6 are drept țintă îmbunătățirea calității aerului. În 2016, 9 din 10 persoane au respirat aer neconform recomandărilor OMS privind calitatea aerului și mai mult de jumătate din populația lumii a fost expusă la niveluri de poluare a aerului de cel puțin 2,5 ori peste standardul de siguranță stabilit de OMS.

Cadrul de politici la nivel mondial și regional pentru prevenirea și controlul BNT cuprinde:

- ✓ Convenția-cadru a OMS privind controlul tutunului
- ✓ Strategia globală privind dieta, activitatea fizică și sănătatea
- ✓ Cadrul global de monitorizare a bolilor netransmisibile
- ✓ Strategia globală de reducere a consumului nociv de alcool
- ✓ Structurile de finanțare durabilă în sănătate și acoperirea universală
- ✓ Strategia globală și planul de acțiuni privind sănătatea publică, inovația și proprietatea intelectuală
- ✓ Declarația de la Moscova privind stilul de viață sănătos și bolile netransmisibile
- ✓ Rezultatele Conferinței Mondiale privind Determinantele Sociale ale Sănătății
- ✓ Declarația Politică a Întrunirii la Nivel Înalt a Adunării Generale a Națiunilor Unite privind prevenirea și controlul bolilor netransmisibile
- ✓ Planul global de prevenire și control al bolilor netransmisibile.

În 2019, Adunarea Mondială a Sănătății a extins Planul de acțiune global al OMS pentru prevenirea și controlul BNT 2013–2020 până în 2030 și a cerut elaborarea unei foi de parcurs de implementare 2023 până în 2030 pentru a accelera progresul în prevenirea și controlul BNT. Foaia de parcurs sprijină acțiuni pentru atingerea unui set de 9 ținte globale cu cel mai mare impact asupra prevenirii și gestionării BNT.

## **8.9. 15 provocări ale sistemului de sănătate și oportunități de extindere a intervențiilor și serviciilor de bază pentru bolile netransmisibile**

Pachetul de strategii, foi de parcurs, planuri de acțiuni, planuri de lucru și recomandări oferă instrumente importante, bazate pe dovezi, care ar putea salva multe vieți. Or, ceea ce contează nu este doar adoptarea lor, ci și implementarea acestora. De asemenea, aceste acte vor fi important doar în măsura în care vor duce la o schimbare concretă.

Astăzi, sunt disponibile intervenții eficiente din punct de vedere al costurilor și la prețuri accesibile, bazate pe dovezi, care pot fi implementate în aproape toate setările pentru a preveni, detecta, depista, trata și îngriji persoanele cu risc sau cu BNT, ratele majorității BNT fiind acum în scădere în majoritatea țărilor, mai rapid în țările cu venituri ridicate față de țările cu venituri mici.

Intervenția pentru prevenirea BNT se află, în mare parte, în afara sectorului sănătății și, prin urmare, necesită conducere și angajament politic pentru a acționa la nivelul întregului guvern. Însă este nevoie de politici care să acorde prioritate sănătății publice în mai multe sectoare.

În timp ce sistemele de sănătate trebuie să fie capabile să asigure detectarea, screening-ul, tratarea și îngrijirea persoanelor bolnave sau expuse riscurilor BNT, guvernul trebuie să asigure ca toată lumea să aibă acces la servicii de sănătate la prețuri accesibile pentru BNT, ca parte a acoperirii universale de sănătate.

Responsabilitatea pentru reducerea poverii BNT nu revine numai guvernului, ci și societății în ansamblu, sectorului privat, societății civile, mass-mediei, celor care efectuează cercetări pentru a dezvolta noi acțiuni și pentru a evalua intervențiile existente.

Evaluarea adecvată a situației scoate în evidență provocările sistemului de sănătate la nivel central și local, care pot submina furnizarea de intervenții și servicii de bază și pot împiedica progresul către „25 de ținte până în 2025”. Simultan, acest lucru va evidenția și oportunitățile de extindere a intervențiilor și serviciilor selectate.

Experții Organizației Mondiale a Sănătății au sistematizat 15 caracteristici ale sistemului de sănătate care pot reprezenta provocări și, în același timp, oportunități pentru extinderea intervențiilor și serviciilor de bază pentru BNT, după cum urmează:

1. ANGAJAMENTUL POLITIC	2. STABILIREA CLARĂ A PRIORITĂȚILOR ȘI LIMITELOR	3. CONSOLIDAREA COOPERĂRII INTER SECTORIALE	4. SPORIREA RESPONSABILITĂȚII POPULAȚIEI	5. STABILIREA UNOR MODELE EFICIENTE DE FURNIZARE A SERVICIILOR
6. ÎMBUNĂȚĂȚIREA COORDONĂRII ÎNȚRE FURNIZORI DE SERVICII MEDICALE	7. ECONOMII DIN FOLOSIREA ADECVATĂ A NIVELULUI ȘI SPECIALIZĂRII SERVICIILOR	8. CREAREA SISTEMELOR DE STIMULENTE ADECVATE	9. INTEGRAREA DOVEZILOR ÎN PRACTICĂ	10. PROVOCĂRI LEGATE DE RESURSELE UMANE
11. ÎMBUNĂȚĂȚIREA ACCESULUI LA MEDICAMENTE DE CALITATE PENTRU BNT	12. CONSOLIDAREA MANAGEMENTULUI SISTEMELOR DE SĂNĂȚATE	13. CREAREA DE SOLUȚII INFORMAȚIONALE ADECVATE	14. DEPĂȘIREA REZISTENȚEI LA SCHIMBARE	15. ASIGURAREA ACCESULUI ȘI REDUCEREA POVERII FINANCIARE

**Fig 8.1. 15 caracteristici ale sistemului de sănătate: provocări și oportunități pentru extinderea intervențiilor și serviciilor de bază pentru bolile netransmisibile**

## 1. ANGAJAMENTUL POLITIC

Angajamentul politic și sprijinul pentru controlul BNT sunt foarte importante. Majoritatea întrebărilor legate de angajamentul politic de a îmbunătăți îngrijirea BNT se concentrează asupra guvernului național, dar, acolo unde este cazul, ar trebui să se ia în considerare și procesele administrației locale.

Principalele întrebări la care trebuie de răspuns pentru a evalua angajamentul politic pentru BNT sunt:

1. În ce măsură îmbunătățirea performanței sistemului de sănătate, în general, este o prioritate pentru guvern/autoritatea locală?
2. Există referire la prevenirea și tratamentul BNT în planurile naționale/locale de dezvoltare, prin corelarea poverii bolii cu creșterea economică și agenda de dezvoltare socială?
3. Câtă atenție este acordată BNT în discuțiile despre performanța sistemului de sănătate de către grupurile societății civile, pacienți, activiști, intelectuali etc.?
4. Reformele sistemului de sănătate, inclusiv locale, s-au concentrat pe îmbunătățirea rezultatelor BNT? Acțiunile întreprinse sau, cel puțin propuse, sunt realiste și relevante?
5. Intervențiile în rândul populației primesc finanțare stabilă de la bugetul de stat/local? Care e nivelul de finanțare? Sunt eforturi de creștere a finanțării publice pentru serviciile preventive în BNT?

## **2. STABILIREA CLARĂ A PRIORITĂȚILOR ȘI LIMITELOR**

Odată cu creșterea poverii BNT, un sistem de sănătate accesibil și eficient din punct de vedere al costurilor trebuie să ia decizii dificile nu numai cu privire la intervențiile și serviciile ce urmează să fie furnizate, ci și la cele care nu sunt furnizate. Astfel, întrebările legate de acest aspect sunt:

1. Există eforturi pentru a utiliza eficiența costurilor ca și criteriu de alocare a fondurilor, inclusiv dovezi privind rentabilitatea serviciilor BNT? Există procese clare pentru a decide finanțarea serviciilor oferite populației versus serviciile individuale sau pentru asistența medicală primară față de îngrijirea secundară și terțiară? Au existat studii, rapoarte sau analize de acest fel?
2. Există mecanisme pentru a evalua distribuția factorilor de risc și BNT între grupurile socioeconomice, inclusiv în funcție de venit, loc de reședință, sex și etnie? Este luată în considerare echitatea la stabilirea priorităților?
3. A luat guvernul sau APL-urile vreo decizie de a nu oferi anumite servicii sau de a nu oferi anumite medicamente ca parte a programelor de medicamente esențiale din sectorul public? Dacă da, cum au fost luate aceste decizii? Au fost anunțate și explicate public?
4. La nivelul IMSP, cum evaluează specialiștii capacitatea instituției de a trata diverse afecțiuni din sfera BNT? Există anumite medicamente sau echipamente pe care și-ar dori să le aibă, dar pentru care nu pot obține finanțare?
5. Ce se întâmplă cu pacienții care nu primesc îngrijire pentru anumite afecțiuni din cauza limitei finanțării publice? Finanțează Guvernul pacienții să caute îngrijire în străinătate și, dacă da, cum se determină eligibilitatea pentru un astfel de sprijin?

## **3. CONSOLIDAREA COOPERĂRII INTERSECTORIALE**

Intervențiile și serviciile de bază care au cel mai mare impact asupra rezultatelor BNT necesită o acțiune comună din partea mai multor sectoare.

Întrebările pentru mecanismele de cooperare între sectoare și eficacitatea acestora sunt:

1. Ce pași au fost întreprinși de guvern sau autoritățile locale pentru a mobiliza acțiuni multisectoriale privind prevenirea și controlul BNT? Sunt suficienți și/sau corecți acești pași?
2. Ce măsuri concrete au fost întreprinse? Dacă aceste eforturi nu au avut succes, de unde a venit opoziția (guvern, autorități locale, anumite sectoare sau grupuri profesionale)?
3. Există procese intersectoriale comune pentru stabilirea obiectivelor, dezvoltarea politicilor, implementarea, monitorizarea și raportarea legate de BNT? Există comitete formale comune sau entități de coordonare la

nivel local, axate pe politica de sănătate, în general, sau pe controlul BNT, în special? Cât de reușite sunt acestea în promovarea politicilor?

4. Există mecanisme intersectoriale pentru soluționarea altor probleme de sănătate sau factori determinanți ai sănătății (de exemplu, TB, HIV/SIDA, consum de alcool etc.)? Au aceste mecanisme potențialul de a extinde acțiunile privind prevenirea BNT, inclusiv abordarea factorilor determinanți sociali ai BNT?
5. Care sunt stimulentele financiare sau descurajările în ceea ce privește lucrul cu diferite sectoare? Există vreo dovadă de bugetare comună? Cum a fost împărțită responsabilitatea?

#### **4. SPORIREA RESPONSABILITĂȚII POPULAȚIEI**

Populația trebuie considerată partenerul principal, de primă linie, în lupta cu BNT. Aceasta trebuie să fie conștientă de potențialele afecțiuni, să participe la teste de screening, să schimbe practicile nesănătoase și să adere la tratamente și la instrucțiunile medicale. Acest lucru necesită cunoștințe, abilități și motivație.

Următoarele întrebări explorează mecanismele de a împuternici oamenii să fie parteneri de primă linie în lupta cu BNT, existente sau viitoare:

1. Există programe de alfabetizare în domeniul sănătății, în general, pentru ca populația să-și asume responsabilitatea pentru propria sănătate, să-și revendice drepturile în cadrul sistemului de sănătate și să știe cu ce este eligibilă și unde și cum să caute servicii?
2. Există politici și/sau programe privind educarea pacienților cu BNT? Finanțarea este desemnată în mod clar pentru a sprijini aceste activități și există un responsabil la nivel central/local pentru dezvoltarea și implementarea unor astfel de programe? Există un sistem de colectare a datelor pentru a înregistra amploarea unor astfel de programe și a existat vreun efort pentru a evalua eficacitatea acestor programe?
3. Există vreun efort organizat pentru a stabili grupuri de sprijin pentru pacienți de la egal la egal? În ce măsură funcționează acestea de fapt? Au existat evaluări ale impactului lor?
4. În ce măsură au pacienții acces la informațiile de care au nevoie pentru a fi mai împuterniciți? Există grupuri de pacienților cu anumite boli, care oferă informații și sprijin și cât de bine funcționează acestea, în special în zonele îndepărtate?
5. Există bariere culturale, lingvistice și de gen în calea împuternicirii pacienților în cadrul sistemului de sănătate? Care este tradiția relațiilor medic-pacient în țară/raion?
6. Există viziuni la nivelul Ministerului Sănătății, al cercurilor academice sau al societăților medicale centrale și locale despre necesitatea unor noi modele de îngrijire centrată pe pacient în condițiile creșterii BNT?

## **5. STABILIREA UNOR MODELE EFICIENTE DE FURNIZARE A SERVICIILOR**

Un sistem de sănătate public activ, axat pe prioritățile de sănătate, cu asistență medicală primară, care acționează ca un centru pentru alte niveluri și servicii, este piatra de temelie a unui răspuns rentabil al sistemului de sănătate la BNT.

Asistența primară proactivă, continuă, regulată poate gestiona afecțiunile cronice înainte și după evenimentele acute. Însă apar întrebări privind mecanismele de predare, fără probleme, a pacienților dintr-un sistem de îngrijire în altul, cu un flux de informații corecte, și anume.

1. Este sistemul de sănătate suficient de concentrat pe BNT? Structurile sale sunt finanțate adecvat pentru a îndeplini funcțiile de bază? SSSP conlucrează suficient cu rețeaua de AMP pentru a asigura depistarea precoce a bolii și pentru a crește alfabetizarea în domeniul sănătății?
2. Este AMP suficient de bine dezvoltată pentru a fi centrul de îngrijire pentru pacienții cu boli cronice? Există o politică clară pentru consolidarea AMP și restructurarea sau reducerea sectorului spitalicesc? Este adecvat echilibrul dintre AMP și AMS în ceea ce privește BNT?
3. Cum sunt asigurate cu personal majoritatea centrelor AMP? Ce calificări au medicii și personalul nemedical în prevenirea, educația sau îngrijirea BNT? Există exemple inovatoare de colaborare orizontală în furnizarea de servicii pentru combaterea BNT?
4. Pacienții au o relație continuă cu un lucrător AMP identificat, care trebuie să le ofere cea mai mare parte a îngrijirii? În general, relația este continuă sau episodică? Pacienții pot alege furnizorul de AMP? Sunt afecțiunile BNT înregistrate într-un registru și pacienților li se amintește prin telefon sau prin poștă să participe la controale?
5. Corespund orele de funcționare a majorității unităților de AMP cu practica? Există vreun sistem de programare? Cât de adecvați sunt timpii de așteptare la unități? Cât durează consultațiile tipice și permit acestea abordarea nevoilor de promovare a sănătății, prevenire, managementul bolii și abilitarea pacientului? Cum afectează acești factori percepțiile privind calitatea serviciilor pentru BNT? Există vreun sistem de rotație a specialiștilor pentru locații îndepărtate? Există vreun sistem organizat de sprijin în telemedicină pentru practicienii din mediul rural?

## **6. ÎMBUNĂTĂȚIREA COORDONĂRII ÎNTRE FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE**

Pacienții cu BNT au, adesea, mai multe afecțiuni, iar în tratarea, îngrijirea și gestionarea unei singure persoane pot fi implicate mai multe tipuri de personal medical. Adesea, personalul nonmedical, de asemenea, este nevoie să se implice.

Întrebările de mai jos explorează mecanismele și eficacitatea acestora pentru

coordonarea îngrijirii pacienților pe spectrul de îngrijire, inclusiv la diferitele niveluri din sistemul de sănătate și nu numai, până la asistență medicală și asistență socială:

1. Cât de eficientă este coordonarea între furnizori în îngrijirea pacienților cronici cu BNT? Cât de dificil este pentru furnizorii de AMP să trimită pacienții către specialiști? Cât de eficientă este cooperarea multidisciplinară (între medici, asistente, educatori sanitari etc.) în ambulatoriu?
2. Evaluați seria transmiterii în îngrijire a evenimentelor acute la pacienții cu BNT cronice de la AMP, la spital, la echipa de reabilitare. Există acces facil, la fiecare etapă, la fișele pacienților și la informații despre medicamente?
3. După un eveniment acut, există un sistem pentru transferul pacientului înapoi la AMP, împreună cu fișele pacientului și alte informații de care furnizorul de AMP are nevoie pentru a gestiona eficient cazul?
4. Cât de bine conlucrează serviciile de sănătate cu serviciile sociale, în special în furnizarea de îngrijire a pacienților cu nevoi complexe sau dezavantajate socioeconomic?
5. Care este rata de pierdere a urmăririi pentru BNT și cum variază aceasta între diferitele grupuri sociale și etnice?

## **7. ECONOMII DIN FOLOSIREA ADECVATĂ A NIVELULUI ȘI SPECIALIZĂRII SERVICIILOR**

Întrebări principale care explorează rolurile și responsabilitățile nivelurilor succesive de îngrijire în tratamentul cazurilor complexe sunt:

1. Există un document clar care subliniază rolurile nivelurilor succesive de îngrijire (de exemplu, localitate, raion, republică)? Cum este monitorizată conformitatea cu acel document? Este o anumită persoană sau unitate din Ministerul Sănătății sau la nivel local responsabilă de respectarea lui?
2. Există date, timpii de răspuns, cu privire la eficacitatea serviciului de urgență?
3. Există un protocol clar despre întreruperea sau nu a tratamentului? Există un program organizat de îngrijiri paliative care să fie oferit pacienților în astfel de cazuri?

## **8. CREAREA SISTEMELOR DE STIMULENTE ADECVATE**

Pentru a asigura furnizarea de intervenții și servicii de bază, sistemele de stimulente trebuie să fie aliniate și la nivelurile din sistemul de sănătate, dar și la cele în afara lui, și pentru beneficiarii de servicii.

Următoarele întrebări explorează aranjamentele actuale de stimulare, modul în care acestea influențează comportamentul actorilor din sistem și ce impact poate avea acest lucru asupra furnizării sau consumului de servicii.

1. Metoda de finanțare a sistemului de sănătate încurajează sau descurajează măsurile de prevenire a BNT bazate pe populație (de exemplu, controlul



tutunului și alcoolului, al alimentției sănătoase)?

2. Metoda de finanțare a sistemului de sănătate încurajează investițiile în AMP? Mecanismele de plată ale furnizorilor oferă stimulente pentru furnizarea de servicii de bază BNT? În special, există mecanisme selective de taxă pentru serviciu sau de plată pentru performanță pentru a recompensa screening-ul și/sau gestionarea BNT?
3. Are sistemul de plăți stimulente care subminează buna îngrijire a BNT (de exemplu, stimulente care încurajează supraspitalizarea sau perioade scurte de consultare ori descurajează screening-ul)?
4. Există mecanisme financiare care să încurajeze legătura dintre furnizarea de servicii de sănătate cu activități de sensibilizare și asistență socială pentru cei cu boli cronice, în special cu dizabilități legate de BNT?
5. Există stimulente (sau beneficii nefinanciare) pentru ca pacienții să urmeze tratamentul prescris?

## **9. INTEGRAREA DOVEZILOR ÎN PRACTICĂ**

Multe studii din ultimii ani au arătat că medicii au modele foarte diferite de practică și mulți nu respectă liniile directoare bazate pe dovezi.

Următoarele întrebări explorează mecanismele de integrare a dovezilor în practica medicală:

1. Există un proces structurat în țară pentru a dezvolta ghiduri și protocoale clinice care să se bazeze pe cele mai bune dovezi internaționale?
2. Care este procesul de diseminare a noilor ghiduri, de formare a furnizorilor și de monitorizare a respectării ghidurilor de către furnizori? Cum, dacă este cazul, noile ghiduri sunt integrate în educația profesională medicală și în educația continuă?
3. Există procese de îmbunătățire a calității la nivel de unitate care permit consolidarea impactului ghidurilor? Există procese de asigurare a calității peste nivelul unității care monitorizează respectarea ghidurilor?
4. Există bariere în calea accesului la baza internațională de dovezi, cum ar fi problemele lingvistice sau atitudinile profesionale?

## **10. PROVOCĂRI LEGATE DE RESURSELE UMANE**

Cantitatea, distribuția și formarea resurselor umane afectează semnificativ capacitatea sistemului de sănătate de a răspunde eficient la BNT. BNT necesită o abordare diferită față de alte boli, cu relații continue între pacienți și furnizori și motivarea oamenilor de a-și schimba comportamentul.

Următoarele întrebări explorează distribuția și combinația de resurse umane, precum și capacitatea de a planifica și îmbunătăți, în mod eficient, modelele de personal.

1. Care este capacitatea APC-urilor/APL-urilor pentru evaluarea necesităților de sănătate a populației, monitorizarea și stabilirea priorităților pentru BNT?
2. Există la nivel de APC/APL un responsabil de urmărirea problemelor legate de resursele umane pentru sănătate? Se fac estimări ale resurselor umane disponibile și ale fluxurilor anuale de intrare și de ieșire? Producția limitată de personal calificat? Emigrarea personalului instruit, trecerea în sectorul privat, abandonul profesiei etc.?
3. Forța de muncă din domeniul sănătății corespunde cu necesarul pentru prevenirea și controlul BNT (prevenire vs tratament, medici vs asistente, medici de îngrijire vs specialiști etc.)?
4. În ce măsură lucrătorii din domeniul sănătății sunt instruiți în ceea ce privește aspectele bazate pe populație ale BNT, inechitățile în materie de sănătate și determinanții sociali ai BNT? Ce măsuri sunt luate pentru a se asigura că lucrătorii din domeniul sănătății au abilități de receptivitate interculturală și de gen?

## **11. ÎMBUNĂTĂȚIREA ACCESULUI LA MEDICAMENTE DE CALITATE PENTRU BNT**

Gestionarea BNT cronice necesită ca pacienții să-și ia medicamentele, în mod regulat, pe o perioadă lungă de timp. Cu toate acestea, limitele și imperfecțiunile sistemului de furnizare și finanțare a medicamentelor pot perturba accesul la medicamente de calitate.

Următoarele întrebări au ca scop explorarea mecanismelor de asigurare a accesului la medicamente de calitate:

1. Cum achiziționează pacienții medicamente pentru BNT?
2. În ce măsură furnizarea și prescrierea de medicamente pentru BNT reflectă standarde adecvate bazate pe dovezi?
3. Sunt disponibile date despre procentul din costul medicamentelor plătit din buzunar?
4. Există probleme în ceea ce privește disponibilitatea medicamentelor pentru afecțiunile BNT, în special în zonele rurale?
5. Au existat studii privind prevalența medicamentelor substandard și contrafăcute și, dacă da, ce au arătat acestea?

## **12. CONSOLIDAREA MANAGEMENTULUI SISTEMELOR DE SĂNĂTATE**

Un management puternic este esențial pentru ca intervențiile și serviciile de înaltă calitate să fie implementate eficient la toate nivelurile sistemului de sănătate. Următoarele întrebări explorează mecanismele de consolidare a managementului

la toate nivelurile în vederea îmbunătățirii eficienței și a calității intervențiilor și serviciilor:

1. Care este procesul de numire pentru managerii unităților sanitare?
2. A fost profesionalizat managementul sănătății, în special, care sunt nivelurile lor tipice de pregătire și experiență managerială? Există cerințe formale de formare managerială pentru astfel de poziții?
3. Ce stimulente economice și noneconomice au managerii? Există recompense financiare bazate pe performanță? Există sisteme de apreciere ale activității manageriale bazate pe performanță?
4. În ce măsură managerii sunt trași la răspundere pentru performanța unei unități în îngrijirea BNT? Ce stimulente, dacă există, au managerii pentru a face eforturi pentru o mai bună furnizare a asistenței medicale în BNT?
5. Ce rapoarte, dacă există, primesc, în mod obișnuit, APC-urile/APL-urile despre performanța unității și la ce intervale? De ce fel de personal dispun autoritățile respective pentru a-i sprijini în analiza rapoartelor?

### **13. CREAREA DE SOLUȚII INFORMAȚIONALE ADECVATE**

Informațiile privind performanța la toate nivelurile sistemului de sănătate sunt esențiale pentru ca răspunsul la povara BNT să fie adecvat, în timp util și rentabil.

Următoarele întrebări explorează utilitatea sistemului informațional pentru planificarea, implementarea și monitorizarea unui astfel de răspuns:

1. Care este sursa datelor privind BNT? Există anchete naționale standardizate la nivel de populație despre factorii de risc BNT, utilizarea serviciilor de sănătate etc.?
2. Sunt analizate, în mod obișnuit, datele privind factorii de risc BNT, utilizarea serviciilor de sănătate etc.? Există un mecanism pentru încorporarea informațiilor privind sănătatea în revizuirea finanțării, politicilor și a strategiilor de sănătate?
3. Există sisteme informaționale pentru ajutorul personalului din AMP în gestionarea BNT, cum ar fi: sisteme de programare, apelare și rechemare a pacienților cu memento-uri automate pentru controale, screening etc. Ce sisteme informatice au diferite niveluri de unități și cât de calificat este personalul în utilizarea lor?
4. Există soluții de informare care facilitează coordonarea îngrijirii între diferite niveluri de asistență medicală (AMU/AMP/AMS, etc) și asigură portabilitatea datelor, protejând, în același timp, confidențialitatea pacienților?
5. Există soluții de informare care permit pacienților să-și asume un rol mai important în gestionarea propriei îngrijiri, cum ar fi accesul acestora la dosarele medicale sau utilizarea e-mailului sau a altor mijloace electronice pentru ca să comunice cu prestatorii de servicii medicale?

## **14. DEPĂȘIREA REZISTENȚEI LA SCHIMBARE**

Toate organizațiile sunt rezistente la schimbare, statu-quo-ul este confortabil. Pentru a transforma sistemele de sănătate pentru a oferi un răspuns eficient la BNT, schimbarea trebuie gestionată.

Următoarele întrebări analizează dacă există mecanisme pentru a gestiona eficient schimbarea menționată:

1. În ce măsură liderii naționali/raionali ai sistemului de sănătate au identificat, în mod explicit, schimbări în sistemul de sănătate, inclusiv în organizarea și furnizarea de îngrijiri, pe care le consideră necesare pentru a obține rezultate mai bune pentru BNT? În ce măsură au dezvoltat programe la nivel de sistem, raion, localitate sau unitate pentru a implementa aceste schimbări? Ce bariere în și din afara sistemului de sănătate limitează capacitatea de schimbare?
2. Cum, dacă este cazul, au fost instruiți managerii de unități pentru a implementa schimbarea și ce sistem de monitorizare și sprijin este în vigoare pentru a facilita acest lucru?
3. A întreprins Ministerul Sănătății sau APL-urile vreo campanie de informare publică sau eforturi de marketing social pentru a obține sprijinul pacienților și cetățenilor pentru agenda lor de schimbare.

## **15. ASIGURAREA ACCESULUI ȘI REDUCEREA POVERII FINANCIARE**

Barierile financiare și nefinanciare în domeniul serviciilor de sănătate împiedică furnizarea eficientă a intervențiilor și serviciilor de bază.

Următoarele întrebări explorează prezența barierelor financiare și nonfinanciare în calea îngrijirii și măsura în care acestea afectează nivelurile de acoperire ale intervențiilor și serviciilor de bază:

1. Există anchete periodice care să permită identificarea barierelor în accesul la îngrijire și a poverii financiare pentru pacient?
2. Cât de mare este nivelul plăților din buzunar în țară/raion? Care este incidența cheltuielilor catastrofale și sărăcitoare și cauzele acestora? Care este ponderea asistenței medicale primare, a spitalelor și a medicamentelor în structura plăților din buzunar?
3. Care este legătura dintre plăți și utilizarea serviciilor de bază pentru BNT? Există plăți formale sau informale care descurajează utilizarea serviciilor de bază BNT?
4. Cum afectează accesibilitatea medicamentelor asupra aderenței la medicamentele prescrise?

## 8.10. Strategiile globale pentru combaterea bolilor netransmisibile

La nivel mondial, Organizația Mondială a Sănătății a extins lista celor mai bune strategii pentru combaterea BNT.

Lista actualizată a fost aprobată la cea de-a 76-a Adunare Mondială a Sănătății, o mișcare care va sprijini guvernele să selecteze intervenții și politici care salvează vieți pentru cei mai mari ucigași din lume, BNT. Acest lucru oferă țărilor, cu orice nivel de venit, sprijin pentru îmbunătățirea sănătății cetățenilor lor.

Intervențiile oferite includ taxe și interdicții privind publicitatea pentru tutun și alcool, politici de reformulare pentru alimente și băuturi mai sănătoase și promovarea și sprijinirea practicilor optime de alăptare.

Noua listă include, de asemenea, prevenirea secundară a febrei reumatice, managementul acut și pe termen lung al astmului bronșic și al bolii pulmonare obstructive cronice, precum și mai multe intervenții de control al cancerului legate de cancerul de col uterin, de sân, colorectal, hepatic și la copii, precum și tratamentul cuprinzător al cancerului pentru cei care trăiesc cu HIV.

Cele mai bune strategii actualizate vin cu un set întreg de opțiuni de politici și intervenții rentabile, care vor ajuta guvernele să prioritizeze investițiile în funcție de contextul specific fiecărei țări. Investiția în politici bazate pe dovezi este o investiție într-un viitor sănătos.

Cea mai recentă revizuire a fost actualizată pentru a reflecta recomandările și îndrumările OMS și cele mai recente dovezi științifice privind impactul. Raportul face parte din Planul de acțiune global pentru BNT 2023–2030 și este o actualizare din 2017. Acesta este esențial pentru Foaia de parcurs de implementare a combaterii BNT. Fiecare revizuire se bazează pe noi produse normative și de stabilire a standardelor OMS, noi dovezi și date pentru extinderea și actualizarea intervențiilor.

Lista actualizată continuă să susțină faptul că prevenirea și controlul BNT este o afacere remarcabilă care poate salva milioane de vieți și poate adăuga milioane de ani sănătoși de viață.

Aceste intervenții pot ajuta țările să atingă obiectivul de dezvoltare durabilă de reducere cu 1/3 a mortalității premature cauzate de BNT prin prevenire și tratament și promovarea sănătății mintale și a bunăstării la nivel mondial până în 2030.

Aceste intervenții oferă, de asemenea, o oportunitate de a accelera acțiunile naționale în scopul prevenirii și a controlului BNT pentru a reduce suferința și a preveni decesele și în scopul deschiderii unei căi pentru angajamentul politic la cea de-a 4-a reuniune la nivel înalt a Adunării Generale a Națiunilor Unite privind prevenirea și controlul BNT din 2025.

# Lista extinsă a celor mai bune strategii de combatere a BNT

## Tutun

1. Creșterea accizelor și a prețurilor la produsele din tutun.
2. Implementarea avertismentelor grafice mari de sănătate pe toate pachetele de tutun, însoțite de ambalaje simple/standardizate.
3. Adoptarea și aplicarea interdicțiilor cuprinzătoare privind publicitatea, promovarea și sponsorizarea pentru tutun.
4. Eliminarea expunerii la fumul pasiv de tutun în toate locurile de muncă interioare, locurile publice, transportul public.
5. Implementarea campaniilor mass-media eficiente, care educă publicul cu privire la efectele nocive ale fumatului/consumului de tutun și ale fumatului pasiv și încurajează schimbarea comportamentului.
6. Furnizarea sprijinului efectiv acoperit de costuri la nivelul întregii populații (inclusiv consiliere, servicii naționale gratuite de renunțare și mCessation) pentru renunțarea la tutun a tuturor utilizatorilor de tutun.

## Alcool

1. Creșterea accizelor la băuturile alcoolice.
2. Adoptarea și aplicarea interdicțiilor sau a restricțiilor cuprinzătoare privind expunerea la publicitatea pentru alcool (în mai multe tipuri de media).
3. Adoptarea și aplicarea restricțiilor privind disponibilitatea fizică a alcoolului vândut cu amănuntul (prin orele reduce de vânzare).

## Dieta nesănătoasă

1. Politici de reformulare pentru produse alimentare și băuturi mai sănătoase (de exemplu, eliminarea acizilor grași trans și/sau reducerea grăsimilor saturate, a zaharurilor libere și/sau a sodiului).
2. Etichetarea frontală a ambalajului ca parte a politicilor cuprinzătoare de etichetare nutrițională pentru a facilita înțelegerea și alegerea de către consumatori a alimentelor pentru diete sănătoase.
3. Achiziții publice de alimente și politici de servicii pentru diete sănătoase (de exemplu, pentru a reduce aportul de zaharuri libere, sodiu, grăsimi nesănătoase și pentru a crește consumul de leguminoase, cereale integrale, fructe și legume).
4. Campanie de comunicare pentru schimbarea comportamentului și mass-media pentru diete sănătoase (de exemplu, pentru a reduce aportul de energie, zaharuri libere, sodiu, grăsimi nesănătoase și pentru a crește consumul de leguminoase, cereale integrale, fructe și legume).

5. Politici pentru protejarea copiilor de impactul nociv al marketingului alimentar asupra dietei.
6. Protecția, promovarea și sprijinirea practicilor optime de alăptare.

## **Inactivitate fizica**

1. Implementarea campaniilor de comunicare susținute la nivelul populației, cu cele mai bune practici pentru a promova activitatea fizică, cu recomandarea programelor comunitare și a îmbunătățirii mediului pentru a permite și a sprijini schimbarea comportamentului.

## **Boli cardiovasculare**

1. Prevenirea secundară a febrei reumatice și a bolii reumatismale cardiace prin dezvoltarea unui registru de pacienți care primesc penicilină profilactică regulată.

## **Boli respiratorii cronice**

1. Tratamentul acut al exacerbărilor astmului bronșic cu bronhodilatatoare inhalatorii și steroizi orali.
2. Tratamentul acut al exacerbărilor BPOC cu bronhodilatatoare inhalatorii și steroizi orali.
3. Managementul pe termen lung al BPOC cu bronhodilatator inhalator.

## **Cancer**

1. Vaccinarea împotriva papilomavirusului uman (1-2 doze) la fetele de 9–14 ani;
2. Cancer de col uterin: screening ADN HPV, începând cu vârsta de 30 de ani, cu screening regulat la fiecare 5 până la 10 ani (folosind o abordare screen-and-treat sau screen, triage and treat).
3. Cancer de col uterin: programe de diagnostic precoce legate de diagnosticare în timp util și de un tratament cuprinzător al cancerului.
4. Cancerul de sân: programe de diagnostic precoce legate de diagnosticare în timp util și de un tratament cuprinzător al cancerului.
5. Cancer colorectal: programe de diagnostic precoce legate de diagnosticare în timp util și de un tratament cuprinzător al cancerului.
6. Prevenirea cancerului hepatic prin imunizarea împotriva hepatitei B.
7. Cancer în copilărie: programe de diagnostic precoce legate de diagnosticarea în timp util și de un tratament cuprinzător al cancerului, concentrându-se pe 6 tipuri de cancer index ale Inițiativei Globale a OMS pentru Cancerul la Copii.
8. Detectarea precoce și tratamentul cuprinzător al cancerului pentru cei care trăiesc cu HIV.
9. Rezoluția Adunării Mondiale a Sănătății impune ca lista de intervenții să fie actualizată continuu, atunci când datele sunt disponibile.

## Referințe:

1. Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results (2020, Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
2. Noncommunicable Diseases Progress Monitor. WHO, 2020.
3. Croome A., Mager F. Doing research with enumerators. Nairobi: Oxfam, 2018.
4. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392:1736–88.
5. Ahmad OB et al. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No.31.WHO, 2001.
6. Carstensen B. et al. Components of diabetes prevalence in Denmark 1996–2016 and future trends until 2030. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2020;8:e001064.
7. Assessing national capacity for the prevention and control of NCDs: report of the 2019 global survey.WHO, 2020.
8. Source: Roberts M.J., Stevenson M.A. Better Noncommunicable Disease Outcomes: Fifteen Challenges and Opportunities for Health Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014
9. WHO. Noncommunicable diseases. Key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. April 2021.
10. Lancet NCDI Poverty Commission. National commission reports. <http://www.ncdi-poverty.org/national-commission-reports>.
11. Bukhman G. et al. Reframing NCDs and injuries for the poorest billion: a Lancet Commission. *Lancet* 2015;386:1221–22.
12. Transforming our world:the 2030Agenda for Sustainable Development. United Nations, A/RES/70/1, 2015.
13. UNDP. Future investment: a toolkit for a fair energy pricing reform. <https://dontchooseextinction.com/en/policies/>.
14. The Sustainable Development Goals Report 2020. New York: United Nations, 2020.
15. Nikoloski Z. et al. Covid-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review. *BMC Public Health* 2021;21:1068.
16. WHO supports people quitting tobacco to reduce their risk of severe COVID-19, 2021.
17. <https://www.who.int/news/item/28-05-2021-who-supports-people-quitting-tobacco-to-reduce-their-risk-of-severe-covid-19>.
18. Economist Intelligence Unit. Examining the intersection between NCDs and COVID-19: lessons and opportunities from emerging data. Defeat-NCD Partnership, 2021.
19. Responding to non-communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic.WHO and UNDP, 2020.



# IX.

## ACTUALITĂȚI ÎN EPIDEMIOLOGIE.

### POLITICI DE CONTROL AL BOLILOR TRANSMISIBILE

- 9.1. Definiția, scopurile și domeniile de aplicare ale epidemiologiei
- 9.2. Definiții și concepte în prevenirea și controlul bolilor transmisibile
- 9.3. Supravegherea sănătății publice

#### 9.1. Definiția, scopurile și domeniile de aplicare ale epidemiologiei

Epidemiologia este o știință care se ocupă cu studierea cauzelor, a condițiilor și a mecanismului de formare a morbidității în rândul populației, precum și de elaborarea și perfecționarea metodelor și a mijloacelor de studiere, de prevenire și de combatere a problemelor legate de sănătatea populației.

Termenul epidemiologie este origine greacă: epi (peste, deasupra) + demos (popor) + logos (știință), adică știința despre epidemii și despre cauzele care le provoacă sau, cu alte cuvinte, știința despre ceea ce se întâmplă cu sănătatea poporului. Termenul „epidemie” a fost folosit pentru prima dată în lucrările lui Hipocrate, care, în principiu, erau niște descrieri despre cazuri de îmbolnăvire a persoanelor afectate de anumite boli și nu studii despre cauzele sau patternul epidemiilor în rândul populației. Cu toate acestea, Hipocrate a fost primul care a presupus că factorii ambientali pot influența apariția anumitor boli.

Deși, de origine antică, până la începutul sec. XX, epidemiologia a făcut progrese lente de dezvoltare, evoluând rapid doar în ultimii 60-70 de ani. Etapele de evoluție a epidemiologiei ca știință au fost condiționate de nivelul de dezvoltare a societății, a altor științe, cum ar fi medicina, biologia, matematica etc. și de dezvoltare a metodei epidemiologice de studiere a esenței epidemiilor.

Astăzi, ramificațiile sale acoperă nu numai studiul distribuției și a cauzelor apariției diferitor boli în rândul populației, dar și a altor evenimente legate de sănătate – motiv pentru care se consideră că epidemiologia modernă a intrat în faza cea mai interesantă a evoluției sale, oferind noi oportunități pentru prevenirea, tratamentul, planificarea și îmbunătățirea eficacității și eficienței serviciilor de sănătate. Interesul sporit către epidemiologie din partea altor științe medicale a dat naștere la unele ramuri noi, cum ar fi: epidemiologia bolilor cronice, epidemiologia clinică, seroepidemiologia, epidemiologia cancerului, epidemiologia geografică, epidemiologia biomoleculară și genetică, epidemiologia ocupațională, ecoepidemiologia, ecosocioepidemiologia etc.

Numărul acestor ramuri este în creștere, așa cum și importanța lor din ce în ce mai mult este acordată studiilor epidemiologice, care contribuie, în mod substanțial, la progresul cunoștințelor, în general.

În realitate, conținutul studiului și al intervenției epidemiologiei este cu mult mai amplu și cuprinde cele mai diverse aspecte ale medicinei, cum ar fi: supravegherea și controlul sănătății publice, sistemul de organizare și implementare a măsurilor de prevenire și control al bolilor, evaluarea eficacității măsurilor de prevenire, diagnostic și tratament. Astăzi, epidemiologia se ocupă nu numai de studierea epidemiilor cu determinarea legităților de apariție și răspândire a maladiilor în rândul populației, dar și de elaborarea, implementarea și monitorizarea eficacității măsurilor de protecție întreprinse.

Pe parcursul evoluției sale, au fost propuse mai multe definiții, care oglindeau un statu-quo al cunoștințelor în domeniu din perioada respectivă. Printre definițiile moderne, una dintre cele mai complete și mai adaptate din punct de vedere didactic este definiția lui J.M. Last (1983):

*„Epidemiologia este studiul despre distribuția și determinanții stărilor sau ai evenimentelor legate de sănătate, în rândul anumitor populații, și aplicarea rezultatelor acestui studiu în controlul problemelor de sănătate.”*

Definiție epidemiologiei reflectă unele principii importante:

**Studiu.** Epidemiologia este o disciplină științifică fundamentată pe metode solide de cercetare. Această știință se bazează pe date, abordând, în mod sistematic și imparțial, colectarea, analiza și interpretarea acestora. Metodele epidemiologice de bază necesită o observare atentă și utilizează grupuri de comparație valide pentru a evalua dacă ceea ce a fost observat, cum ar fi numărul de cazuri de boală într-o anumită zonă într-o anumită perioadă de timp sau frecvența unei expuneri în rândul persoanelor cu boală, diferă de ceea ce se poate aștepta. De asemenea, epidemiologia folosește metode din alte domenii, cum ar fi: biostatistica, informatica, științele biologice, economice, sociale și comportamentale.

De fapt, din motive întemeiate (vezi mai jos), epidemiologia este considerată știința de bază a sănătății publice, care conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății (OMS, 1952) este „știința și arta de prevenire a bolilor, prelungirea vieții și îmbunătățirea sănătății fizice și mentale la nivel individual și colectiv”, fiind aplicată în „toate sistemele de promovare a sănătății, de prevenire a bolilor, de luptă împotriva bolii (medicină și îngrijiri medicale) și de readaptare”.

În primul rând, epidemiologia este o disciplină cantitativă care, pentru a explica comportamentele, stările și evenimentele legate de sănătate, se bazează pe cunoașterea și aplicarea practică a probabilităților, a statisticilor și a metodelor de cercetare valabile. În al doilea rând, epidemiologia este o metodă de raționament cauzal, bazată pe elaborarea și testarea ipotezelor fundamentate în mai multe domenii științifice (biologie, științe comportamentale, fizică și ergonomie etc.) pentru a explica comportamente, stări și evenimente legate de sănătate.

Cu toate acestea, epidemiologia nu este doar o activitate de cercetare, ci este o componentă integrală a sănătății publice, oferindu-i baze teoretice pentru direcționarea acțiunilor practice adecvate, bazate pe cunoștințe și raționament causal.

**Distribuție.** Epidemiologia se referă la frecvența și patternul evenimentelor de sănătate în cadrul unei populații (DEX: pattern – model specific, schemă). Frecvența poate fi exprimată prin numărul absolut de evenimente de sănătate (de ex: numărul de cazuri de meningită sau diabet înregistrate în rândul populației) sau prin raportul acestui număr la dimensiunea populației. Calcularea ratelor permite compararea evenimentelor apărute în cadrul diferitor populații. Patternul reprezintă modul de apariție a unor evenimente legate de sănătate, în funcție de timp, loc și persoană. Patternurile de timp pot fi anuale, sezoniere, săptămânale, zilnice, în timpul săptămânii comparativ cu weekend-ul sau orice altă defalcare a timpului care poate influența apariția bolii sau a vătămării. Patternurile de loc includ variațiile dintre zonele geografice, dintre mediile urban vs. rural, în diferite locuri de muncă sau de studii etc. Patternurile în funcție de persoană includ factori demografici care pot influența riscul de boală, traumatisme sau dezabilitate, cum ar fi: vârsta, sexul, starea civilă și starea socioeconomică, precum și unele comportamente și expunerea la factorii ambientali.

Caracterizarea evenimentelor de sănătate în funcție de timp, loc și persoană sau răspunsul la întrebările *Ce? Cine? Când? și Unde?* este de competența *epidemiologiei descriptive*.

**Determinanții stării sau ai evenimentelor legate de sănătate** sunt orice factor, indiferent dacă este un eveniment, o caracteristică sau o altă entitate definibilă, care determină o schimbare a stării de sănătate sau a unei alte caracteristici definite. O premisă fundamentală este că aceste schimbări nu au loc întâmplător, fiecare membru al societății posedă un set de caracteristici care predispun la îmbolnăvire sau îl protejează împotriva acesteia. Se presupune că, la nivel individual, boala apare doar atunci când se acumulează o anumită combinație de determinanți. Evaluarea acestora se face prin intermediul *epidemiologiei analitice*, care oferă răspunsuri la întrebările *De ce?* și *Cum?*. În mod ideal, concluziile formulate în urma comparării ratelor de apariție a bolii în diferite grupuri de populație (cu anumite caracteristici demografice, genetice sau imunologice, comportamentale, de expunere la factori ambientali sau alți factori de risc potențiali) oferă dovezi suficiente pentru elaborarea și direcționarea unor măsuri de control și prevenție, prompte și eficiente, pentru soluționarea unei probleme de sănătate publică.

**Stări sau evenimente legate de sănătate.** Inițial, epidemiologia a fost axată exclusiv pe boli transmisibile care provocau marile epidemii (pestă, holeră, boli exantematice etc.), dar, ulterior, interesele ei s-au extins spre abordarea altor boli de origine infecțioasă (transmisibile și nontransmisibile). Începând cu mijlocul sec. al XX-lea, au fost dezvoltate și aplicate metode epidemiologice suplimentare pentru studierea bolilor cronice, traumelor, malformațiilor congenitale, problemelor de sănătate a mamei și a copilului, de sănătate ocupațională și

ambientală, a comportamentelor legate de sănătatea și bunăstarea populației, cum ar fi: cantitatea de exercițiu fizic și utilizarea centurii de siguranță și multe altele. Totuși, termenul „boală” continuă să fie utilizat, uneori, în mod inadecvat, pentru o gamă largă de stări și evenimente legate de sănătatea subiecților care fac parte din cadrul unei populații.

**Populații specifice.** O populație poate fi definită ca o totalitate de indivizi care au în comun una sau mai multe trăsături distinctive (sunt prezenți în aceeași zonă geografică sau au aceeași vârstă sau au fost supuși aceluiași tip de expunere etc.).

Există diferențe fundamentale dintre abordarea clinică și epidemiologică a unei probleme de sănătate. Cu toate că clinicienii și epidemiologii sunt preocupați de apariția acesteia și încearcă să întreprindă unele măsuri pentru a o controla, modul în care ei văd „pacientul” este diferit: un clinician se orientează spre sănătatea unei persoane, pe când epidemiologul – spre sănătatea întregii comunități. De consecvență, diferă și responsabilitățile acestora: deși ambii sunt interesați în stabilirea diagnosticului corect, clinicianul se concentrează, de obicei, pe tratarea și îngrijirea individului, pe când epidemiologul – pe determinarea expunerii, a acțiunii sau a sursei care a cauzat boala, pe alte persoane care ar fi putut să fie expuse în aceleași împrejurări, pe potențialul de extindere a problemei date în comunitate, pe intervenții pentru prevenirea unor cazuri sau recurențe suplimentare etc. Astfel, observațiile clinice determină decizii orientate spre un individ, pe când observațiile epidemiologice pot ghida deciziile individuale, dar se referă în primul rând la grupuri de persoane.

**Aplicarea rezultatelor.** Epidemiologia nu este doar „studiul” sănătății unei populații, dar include și aplicarea în practică a cunoștințelor dobândite pentru direcționarea acțiunilor de sănătate publică. Analogic cu medicina clinică, aceasta este și știință, și artă. De exemplu, pentru a stabili o diagnoză și a prescrie un tratament adecvat un clinician apelează nu numai la bagajul de cunoștințe obținute la facultate, dar și la experiența personală și la creativitatea în aplicarea acestor cunoștințe (judecata clinică și înțelegerea pacientului). În mod similar, un epidemiolog nu numai că folosește metodele științifice ale epidemiologiei descriptive și analitice în „diagnosticarea” stării de sănătate a unei comunități, dar și apelează la experiență și creativitate (judecata epidemiologică și înțelegerea condițiilor locale), propunând măsuri adecvate, practice și acceptabile de control și prevenire a bolilor în comunitate.

### 9.1.1. Obiectivele epidemiologiei

Epidemiologia are ca scop final obținerea datelor necesare pentru luarea deciziilor raționale în domeniul prevenirii și controlului bolilor, urmată de optimizarea stării de sănătate a populației. Pentru atingerea acestui scop, Societatea Internațională de Epidemiologie (International Epidemiological Association – IEA) deliniează o serie de obiective *specifice* și *practice* (Fig. 9.1.).

## Asociația Internațională de Epidemiologie (AIE)

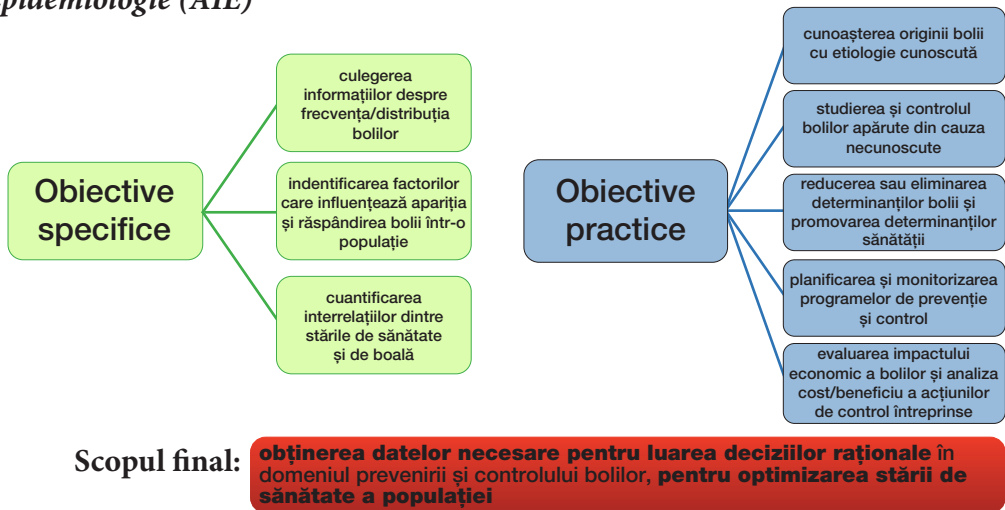


Figura 9.1. Obiectivele epidemiologiei ca instrument de bază a sănătății publice

### Obiective specifice:

- Culegerea informațiilor despre frecvența și distribuția stărilor și a evenimentelor legate de sănătate în cadrul unei populații.** Aceste informații (*date*) sunt esențiale pentru stabilirea prezenței în rândul populației și a poverii (economice, de sănătate etc.) diferitor stări și evenimente legate de sănătate și sunt utile pentru stabilirea priorităților în planificarea intervențiilor.
- Identificarea factorilor care influențează apariția și răspândirea bolilor în rândul populației.** Aceste date sunt utilizate, în principal, pentru stabilirea acțiunilor de prevenire și control.
- Cuantificarea relațiilor dintre sănătate și boală**, adică verificarea și studierea factorilor determinanți ai stărilor și evenimentelor legate de sănătate.

### Obiective practice:

- Determinarea originii unei boli a cărei cauză este cunoscută:**
  - de ce a apărut epidemia?
  - de unde provine?
  - de ce a crescut numărul de cazuri de o anumită boală?
  - de ce boala s-a răspândit în teritorii noi?
  - de ce boala a început să afecteze specii noi?

- 2. Studiarea și controlul bolilor apărute din cauze necunoscute prin obținerea informațiilor despre ecologia și istoria naturală a boli:**
  - care este evoluția naturală (i.e., în absența unei intervenții) a bolii în rândul populației?
- 3. Reducerea/eliminarea determinantilor bolii și promovarea determinantilor sănătății:**
  - care sunt circumstanțele care favorizează răspândirea bolii?
  - de ce unele persoane se îmbolnăvesc și altele nu?
- 4. Planificarea și monitorizarea programelor de prevenție și control al bolilor:**
  - care sunt bolile cu prioritate care necesită un control?
  - care este cea mai bună strategie de control al bolii?
  - strategiile de control deja efectuate sunt eficiente/eficiente?
- 5. Evaluarea impactului economic al bolilor și analiza raportului cost/beneficiu al programelor de control:**
  - cât de multe daune produce o boală pentru întreaga societate (burden of disease)?
  - cât se va economisi la realizarea unui program de control?
  - resursele cheltuite pentru programele de control au dus la rezultatele așteptate?

## **Domeniile de aplicare ale epidemiologiei**

În practica sănătății publice epidemiologia este un instrument esențial în următoarele acțiuni:

- Clasificarea bolilor conform unui standard internațional (ICD-10/11)
- Descrierea tabloului real al bolii la nivel de populație
- Determinarea frecvenței factorilor de risc
- Descrierea și explicarea patternurilor de morbiditate și mortalitate
- Depistarea și supravegherea bolilor prezente în comunitate
- Prevenirea și controlul bolilor la nivel comunitar
- Planificarea serviciilor și promovarea acțiunilor pentru sănătate
- Evaluarea acțiunilor, procedeele și serviciilor de sănătate etc.

În ceea ce privește medicina clinică, epidemiologia este foarte utilă pentru:

- Descrierea istoriei naturale a bolii
- Determinarea valorilor „normale”
- Completarea tabloului clinic și identificarea sindroamelor noi
- Studiarea etiologiei bolii

- Ameliorarea eficacității intervenției prin evaluarea procedeeleor diagnostice și terapeutice
- Evaluarea tehnologiilor medicale vechi și noi
- Studiarea prognosticului bolii.

### 9.1.2. Funcțiile fundamentale ale epidemiologiei

**Supravegherea sănătății publice** – este sistemul de culegere activă sistematică, de analiză și de interpretare a datelor esențiale pentru planificarea, aplicarea și evaluarea măsurilor de sănătate publică, cât și difuzarea periodică a acestor date părților interesate (*stakeholders*), reprezentate de către decizorii politiciilor de sănătate, dar și de personalul medico-sanitar de la care au fost obținute datele inițiale. Obiectivul supravegherii în sănătatea publică, uneori, numită „informarea pentru acțiune”, este de a reda patternurile apariției și potențialul bolii, astfel încât măsurile de investigare, control și prevenire aplicate să fie eficiente și adecvate.

**Investigarea epidemiologică.** Investigarea epidemiologică este una dintre primele acțiuni întreprinse de către departamentul de sănătate publică după semnalarea unui caz sau a unui cluster de boală. Volumul investigației poate varia, după caz, de la un simplu apel telefonic către furnizorul de servicii medicale pentru a confirma sau clarifica circumstanțele cazului raportat până la o complexă investigație în teren, care necesită eforturi coordonate a zeci de persoane pentru a caracteriza amploarea și pentru a identifica cauzele unei epidemii. Diferă, de asemenea, și obiectivele acestor investigații. Uneori, în urma acestora sunt identificate cazuri suplimentare, care nu au fost raportate sau care, inițial, nu au fost depistate (bolnavi cu forme ușoare sau asimptomatice ale bolii), dar care prezintă pericol în calitate de sursă de infecție. Identificarea și tratarea acestor contacte împiedică răspândirea suplimentară a bolii. În alte cazuri, pot fi identificate unele surse sau factori de transmitere care pot fi controlați sau eliminați (persoane care au folosit sau vor folosi unele produse alimentare contaminate). Ocazional, obiectivul unei investigații poate fi, pur și simplu, achiziționarea cunoștințelor despre istoria naturală, spectrul clinic, epidemiologia descriptivă și factorii de risc ai bolii înainte de a determina metodele de intervenție adecvate.

**Analiza epidemiologică (studiile analitice).** Cercetările de supraveghere și cele efectuate în teren sunt, de obicei, suficiente pentru a identifica cauzele, modul de transmitere și măsurile de control și prevenire adecvate. Totuși, uneori, sunt necesare tehnici analitice mai riguroase. În aceste cazuri, supravegherea și investigările realizate în teren, care oferă indicii sau ipoteze despre cauzele și modul de transmitere a bolii, se combină cu efectuarea unor studii analitice care, la rândul lor, evaluează credibilitatea acestor ipoteze. Investigarea erupțiilor epidemice și a epidemiilor, deseori, începe cu aplicarea epidemiologiei descriptive, examinând incidența bolii și distribuția acesteia în funcție de timp, loc și persoană,

calculând ratele corespunzătoare și identificând grupurile populației cu un risc major de îmbolnăvire. Ocazional, atunci când datele descriptive sunt suficiente pentru determinarea unei asocieri puternice între expunere și boală, investigarea poate fi oprită, aplicând, imediat, măsuri adecvate de control. Dar mai frecvent, studiile descriptive (investigările epidemiologice în focar) conduc la generarea unor ipoteze, care necesită o testare prin studii analitice cu folosirea grupurilor de comparație valide. În realizarea studiilor epidemiologice este fundamentală nu numai cunoașterea tuturor aspectelor ce țin de proiectarea și desfășurarea studiului, de analiza datelor și interpretarea rezultatelor, dar și abilitatea de comunicare, cu succes, a rezultatelor obținute.

**Evaluarea epidemiologică** este procesul de determinare, în mod sistematic și cât mai obiectiv, a relevanței, eficacității practice (*effectiveness*), eficienței (*efficiency*) și a impactului activităților realizate în raport cu obiectivele stabilite. Eficacitatea practică este capacitatea unei măsuri sau a unui program de a produce rezultate dorite sau așteptate în condiții reale. Eficacitatea practică diferă de eficacitatea teoretică (*efficacy*), care este capacitatea de a produce rezultate în condiții ideale. Eficiența (*efficiency*) este capacitatea programului de a produce rezultatele prevăzute, cu cheltuieli minime de timp și resurse. O evaluare poate fi axată pe un program (evaluare formativă), pe operațiuni (evaluare de proces), pe impact (evaluare cumulativă) sau pe rezultate (sau pe orice combinație a acestora). De exemplu, evaluarea unui program de imunizare se poate axa pe eficiența operațiunilor, pe proporția populației-țintă imunizate și pe impactul aparent al programului asupra incidenței bolilor prevenibile prin vaccinare. În mod similar, evaluarea unui sistem de supraveghere ar putea aborda operațiunile și atributele sistemului, capacitatea acestuia de a detecta cazuri sau focare și utilitatea acestuia.

**Relații cu alți specialiști din domeniul sănătății publice (sau *linkages*).** Activitățile de sănătate publică sunt rezultatul unui lucru de echipă. În timpul unei investigații, de obicei, un epidemiolog participă fie ca membru, fie ca lider al unei echipe multidisciplinare. Alți membri ai echipei pot fi medici și asistente medicale, specialiști din domeniul biostatisticii (compararea, eșantionarea, analiza, interpretarea datelor etc.), de laborator (identificarea agenților cauzali sau a unor factori de risc, etc.), al politicilor de sănătate și al managementului serviciilor de sănătate (alcătuirea unor standarde, a unor scheme de aplicare etc.), al informaticii etc. Colaborarea poate fi la nivel local, național sau internațional, între instituții academice, clinice, cu sectorul privat etc. Mecanismele de susținere a acestor legături includ conferințe de consens, partajarea informațiilor publicate sau online pentru audiențe de sănătate publică și parteneri externi, *networking-ul* informal care reunește figuri profesionale și laice etc.



## 9.2. Definiții și concepte în prevenirea și controlul bolilor

Una dintre sarcinile de bază ale epidemiologie este identificarea factorilor ce influențează apariția și răspândirea bolilor în rândul populației. Această sarcină este transpusă în practică prin dobândirea cunoștințelor despre ecologia și istoria naturală a diferitor boli, prin planificarea și monitorizarea programelor de control etc. Colectarea și cunoașterea acestor informații poate fi utilă, în special în cazul bolilor transmisibile, pentru stabilirea acțiunilor de profilaxie, prevenție, control și eradicare.

**Profilaxia** este un complex de măsuri utile pentru prevenirea apariției și a răspândirii bolilor (în special celor transmisibile), care poate fi aplicat la nivel individual și/sau comunitar și cuprinde măsuri medicale (vaccinare sau tratament) și sanitare (carantină sau dezinfecție). Însă nu trebuie de neglijat faptul că măsurile profilactice sunt importante și utile și în ceea ce privește bolile netransmisibile. Spre exemplu, dieta echilibrată este o formă de profilaxie a bolilor metabolice, nutriționale și carentiale. Cu alte cuvinte, profilaxia înseamnă prevenirea apariției sau încetinirea răspândirii sau reducerea importanței bolii.

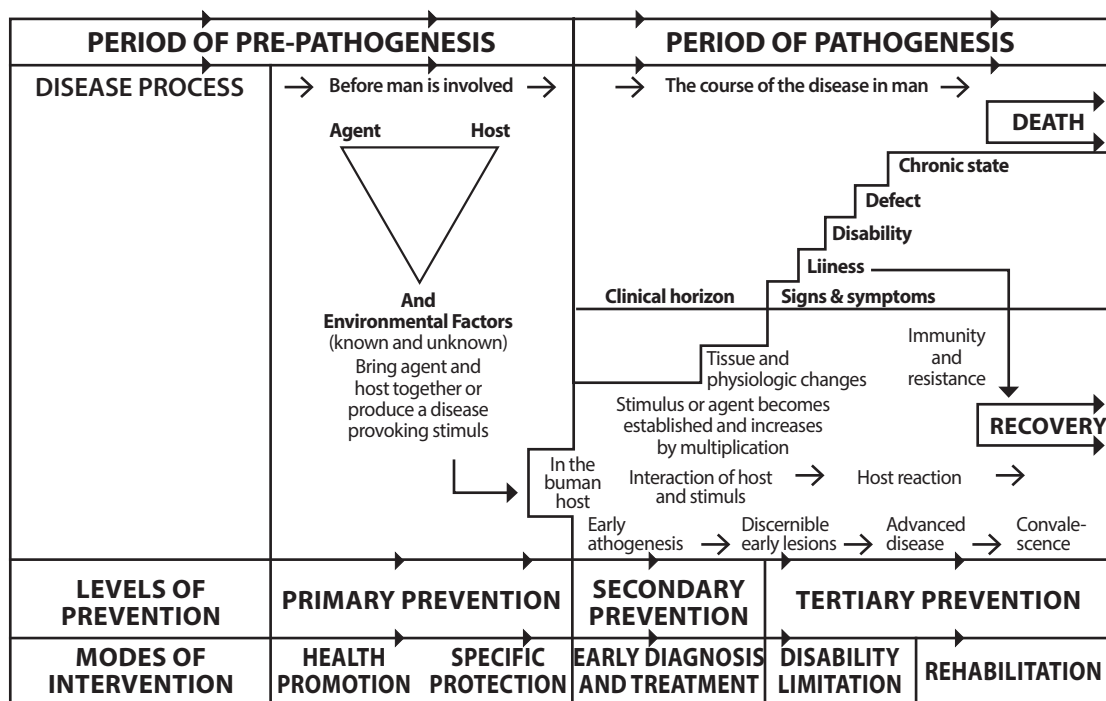
**Prevenția** este totalitatea măsurilor profilactice (nu doar medico-sanitare, dar și de tip economic sau social) orientate spre evitarea apariției unei boli în rândul populației „sănătoase”. Succesul măsurilor preventive depinde de mai mulți factori, cum ar fi: cunoașterea cauzalității și a dinamicilor de transmitere a bolii, identificarea factorilor de risc și a grupurilor de populație amenințate de risc, disponibilitatea măsurilor profilactice sau de depistare și tratament precoce, organizarea aplicării acestor măsuri la persoane sau grupuri adecvate, evaluarea continuă și dezvoltarea procedurilor aplicate etc.

Istoria naturală a bolii este unul dintre conceptele-cheie în epidemiologie și se referă la parcursul evolutiv (progresul) al unei patologii în absența unei intervenții preventive sau de tratament. O boală rezultă dintr-o interacțiune complexă între om, agent și mediu, care începe din momentul expunerii sau acumulării factorilor capabili să provoace boala și se încheie cu o recuperare, un handicap sau un deces. Fiecare boală se caracterizează printr-o istorie naturală specifică și care nu este, în mod necesar, aceeași pentru diferite persoane. Orice tablou clinic observat la un pacient este doar un episod unic al acesteia. Epidemiologia studiază istoria naturală a bolii în mediul comunitar, unind toate episoadele unice cunoscute și descrise și completând, astfel, lacunele în cunoștințele existente.

Reprezentarea schematică a istoriei naturale a bolii este un cadru conceptual al evenimentelor patogenetice succesive (Fig. 9.2.), fiecărui eveniment corespunzându-i un nivel și un mod de aplicare a intervențiilor preventive prin care cursul obișnuit al unei boli poate fi oprit sau deviat în orice moment al progresiei sale, indiferent dacă se află în faza pre-patogenetică și patogenetică.

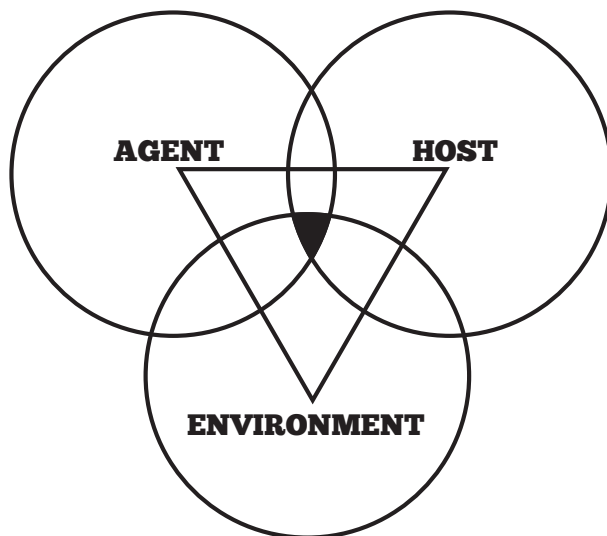
**Faza pre-patogenetică** se referă la perioada antecedentă debutului bolii. Agentul încă nu a intrat în contact cu gazda, dar factorii care favorizează

interacțiunea lor deja există în mediu. O astfel de situație se numește expunere la risc. Teoretic, oricine dintre noi se află în faza de pre-patogeneză a multor boli (transmisibile și nontransmisibile). Cu toate acestea, pentru inițierea bolii este necesară nu doar prezența, dar și o interacțiune dintre factorii triadei epidemiologice (profilul genetic, caracteristici demografice (mai ales vârsta), expunerea la factori ambientali, obiceiuri nutriționale și comportamentale, factori imunologici etc.), a căror combinație (Fig. 9.3.) va determina atât debutul bolii la nivel individual, cât și distribuția bolii în comunitate.



**Figura 9.2. Istoria naturală a bolii**  
(Preventive Medicine for the Doctor in His Community, by Leavell & Clark)

**Faza patogenetică.** Pentru bolile transmisibile scenariul va începe cu intrarea „agentului” bolii în contact cu gazda sensibilă, după care vor urma evenimente tipice acestor boli, cum ar fi: înmulțirea și diseminarea microorganismului, cu inducerea unor schimbări la nivel de țesut și organe, reflectând progresarea bolii prin perioada de incubație, prodromală, de manifestări clinice imediate sau tardive, care se pot concluda cu însănătoșire, handicap sau decesul persoanei. Caracteristicile gazdei și a agentului patogen vor influența decurgerea bolii într-o formă clinică gravă, medie, ușoară sau subclinică, tipică sau atipică, cu sau fără dezvoltarea stării de purtător.



**Figura 9.3. Triada epidemiologică.**  
**Conceptul interacțiunilor dintre agent, gazdă și mediu**

Pentru bolile cronice, faza de patogeneză timpurie, numită perioadă de latență, este, de obicei, mai puțin dramatică și poate să dureze de la câteva secunde până la zeci de ani. În această fază modificările patologice sunt frecvent sub nivelul „orizontului clinic”, manifestându-se, deseori, atunci când boala se găsește deja într-un stadiu avansat. Uneori, modificările patologice precoce pot fi detectate prin metode de laborator, radiografie sau alte metode de screening, ceea ce permite o intervenție timpurie, cu scopul limitării daunelor provocate, și încetinirea sau regresarea decursului bolii. În acest sens, perioada de latență reprezintă o „fereastră de oportunitate”, pe al cărei parcurs diagnoza, urmată de un tratament, oferă posibilități majore de însănătoșire sau, cel puțin, de un tratament mai eficace. Cu părere de rău, pentru unele patologii această oportunitate nu există, deoarece încă nu există o tehnică de screening adecvată sau „fereastra” este prea mică pentru a fi posibilă actualizarea unui program de screening util.

Cu avansarea procesului patologic, se produc manifestările clinice, boala intrând în stadiul său simptomatic în care, de asemenea, cu cât mai devreme afecțiunea va fi diagnosticată și tratată, cu atât este mai probabil ca terapia să retardeze moartea sau complicațiile grave sau va oferi, cel puțin, o oportunitate de reabilitare eficientă.

### **Nivelurile prevenției:**

- **prevenția primordială** vizează reducerea riscului de apariție a bolii și include crearea condițiilor optimale de trai, asigurarea unui regim alimentar adecvat, creșterea nivelului de activitate fizică, combaterea fumatului și a dependenței de alte substanțe, referindu-se, preponderent, la etapa pre-patogenetică a bolii (promovarea sănătății);

- **prevenția primară** vizează reducerea incidenței bolii (sau cel puțin amânarea debutului) prin eliminarea sau reducerea acțiunii factorilor de risc și creșterea factorilor de protecție (imunoprofilaxia activă);

- **prevenția secundară** vizează reducerea prevalenței bolii și se referă mai mult la depistarea modificărilor patologice precoce (Pap-test, mamografia, alte tipuri de screening, controlul glicemic sau al HTA, instruirea populației privind semnele timpurii ale unor boli și modalitatea de urmărire a apariției acestora);

- **prevenția terțiară** vizează reducerea gravității și a complicațiilor bolilor incurabile, creșterea longevității și a calității vieții (tratamentul bolii pentru prevenirea complicațiilor, reabilitarea medicală, socială, profesională și psihologică și îngrijirile paliative).

Pentru a iniția măsurile preventive nu este necesară cunoașterea amănunțită a istoriei naturale a bolii. Deseori, pentru a preveni o boală poate fi suficientă îndepărtarea sau eliminarea unei singure cauze esențiale. Obiectivul prevenției este de a intercepta și a contrasta „cauzele” și, prin urmare, dezvoltarea bolii, prin aplicarea anumitor măsuri la orice etapă pe parcursul istoriei naturale a bolii. Acest concept permite ca tratamentul bolii să fie considerat drept o intervenție preventivă.

**Controlul bolii.** Termenul de „control al bolii” se referă la realizarea unui complex de măsuri orientate spre reducerea incidenței bolii, duratei bolii și a riscului de transmitere sau de răspândire al acesteia, a efectelor bolii, inclusiv a complicațiilor fizice și psihosociale, a poverii financiare a bolii asupra comunității etc. Activitățile de control se concentrează, de regulă, asupra prevenției primare sau secundare (în majoritatea programelor de control acestea sunt combinate) și, mai puțin, pe prevenția terțiară. W. R. Dowdle (□1998)□ în „The principles of diseaseeliminationanderadication” a propus următoarea definiție: „control al bolii – reducerea incidenței, prevalenței și a mortalității unei boli până la un nivel în care încetează să fie o problemă de sănătate publică, în funcție de toleranța populației locale.”

Noțiunea de control este compatibilă cu existența într-un teritoriu delimitat a unui număr limitat de cazuri de boală sau focare epidemice. Nivelul de frecvență acceptabil pentru ca o boala să fie declarată ca fiind „sub control” variază în funcție de caracteristicile acesteia. Spre deosebire de eradicare, controlul nu implică eliminarea completă a bolii și a agentului său cauzal. O realizare excelentă a acestui concept este controlul malariei.

**Eradicarea bolilor.** Eradicarea unei boli presupune încetarea transmiterii unei infecției prin exterminarea agentului infecțios sau eliminarea unei boli dintr-o zonă geografică sau din rândul populației, prin extincția agentului său cauzal. Eradicarea trebuie diferențiată de simpla „eliminare” a unei boli, aceasta din urmă corespunzând, de fapt, dispariției tuturor cazurilor clinice din rândul populației, ceea ce nu implică neapărat dispariția agentului cauzal. Literalmente, termenul „eradicare” înseamnă „a smulge din rădăcini” și presupune încetarea absolută a

transmiterii infecției prin exterminarea agentului infecțios ca specie biologică sau un proces absolut și nu un obiectiv relativ.

Astăzi, au fost eradicate la nivel global variola și pesta bovină (o zoonoză provocată de un virus similar cu virusul rujeolic, dar care nu se transmite la om). După marele succes cu variola, alte 3 boli umane au fost candidate ca potențial eradicabile – poliomielita, rujeola și dracunculoza. Cu toate acestea, experiențele obținute din unele programe de eradicare (malaria, framboesia) au arătat că odată ce morbiditatea unei boli atinge un nivel foarte scăzut, o infecție „reziduală” poate să persiste în rândul populației, ducând la o stare de echilibru între agent, gazdă și de mediu. Atunci când acest echilibru este perturbat, devine posibilă reactivarea focarelor și a căilor de transmitere necunoscute. Neînțelegerea acestui concept a dus la eșecul mai multor programe de eradicare, cum ar fi al malariei, framboesiei, pestei, febrei galbene etc.

**Eliminarea regională a bolilor.** Între control și eradicare, a fost descris un obiectiv intermediar, numit „eliminare regională”. Termenul „eliminare” este folosit pentru a descrie întreruperea transmiterii bolii, de exemplu, eliminarea rujeolei, poliomielitei și difteriei din regiuni sau zone geografice mari. Eliminarea regională este considerată actualmente ca un precursor important al eradicării. Eliminarea este un obiectiv folosit și în raport cu anumite probleme de origine noninfecțioasă, caracterizând situația în care aceste probleme sunt eliminate prin intervenții de prevenție durabile.

### 9.3. Supravegherea sănătății publice

Din ultimele decenii ale secolului trecut, organizarea și realizarea măsurilor de combatere și profilaxie a bolilor transmisibile a început treptat să se bazeze pe supravegherea și controlul epidemiologic, dar nu pe observarea epidemiologică, care este o formă de organizare a măsurilor de combatere și profilaxie bazată pe măsurile antiepidemice în focare (identificarea și observarea persoanelor care au fost în contact cu sursa de infecție pentru depistarea precoce a semnelor de boală și realizarea măsurilor de întrerupere a mecanismului de transmitere al maladiei). Conceptul de supraveghere prevede crearea unui sistem de colectare continuă și sistematică, de analiză și de interpretare a informațiilor despre sănătatea populației (supravegherea sănătății publice), care sunt esențiale atât pentru planificarea, aplicarea și evaluarea eficacității măsurilor de sănătate publică, cât și pentru difuzarea periodică a acestor informații către responsabilii implicați în procesul de prevenire și control (de la decizorii politiciilor de sănătate până la personalul medico-sanitar de la care au fost obținute informațiile inițiale).

Prima încercare de aplicare a conceptului de supraveghere a fost făcută de A. Langmuir în 1963, care a ilustrat acest model pentru 4 boli transmisibile: malaria, poliomielita, gripa și hepatita virală cu transmitere parenterală (pe atunci încă nu se cunoștea despre hepatita B și C). Unul din primele programe de combatere

a unei maladii infecțioase elaborat în baza supravegherii epidemiologice a fost Programul Global de eradicare a variolei (1966–1976). Realizarea cu succes a acestuia a confirmat posibilitatea dirijării procesului epidemic, folosind sistemul de supraveghere și control al maladii.

Există multe definiții ale supravegherii sănătății publice. Una dintre definiții, formulată de OMS în 1969, relevă următoarele: „*sistem care asigură colectarea continuă a datelor privind morbiditatea din cauza bolilor infecțioase, analiza și generalizarea materialelor primite și diseminarea informației sistematizate*”. Referitor la o boală infecțioasă concretă, supravegherea epidemiologică poate fi definită ca un sistem dinamic și complex de urmărire a manifestării procesului epidemic, într-un anumit teritoriu, în scopul raționalizării și sporirii eficacității măsurilor profilactice și antiepidemice. Controlul epidemiologic poate fi definit ca un sistem de măsuri antiepidemice și profilactice elaborate în urma supravegherii, al cărei proces reprezintă un sistem informațional care are drept scop asigurarea informației necesare și suficiente pentru adoptarea unor decizii optime de combatere a bolilor infecțioase.

Actualmente, sistemele naționale de supraveghere din diferite țări folosesc pe larg următoarea definiție aplicativă a supravegherii: „*proces continuu de colectare, verificare, analiză și interpretare a datelor și de diseminare a informațiilor în adresa specialiștilor, instituțiilor, organizațiilor pentru a elabora și implementa acțiunile necesare (informație pentru acțiune)*”.

În Republica Moldova implementarea în practică a supravegherii și controlului bolilor infecțioase a început în anii 1990, fiind orientată spre instruirea specialiștilor responsabili de organizarea și funcționarea acestui sistem și, în paralel, spre efectuarea unor modificări necesare în sistemul practic de sănătate publică pentru adaptarea lui la funcționarea bazată pe supravegherea epidemiologică a bolilor infecțioase. Aceste modificări au inclus:

- elaborarea și adoptarea Programelor naționale de combatere și profilaxie a bolilor infecțioase prioritare pentru sistemul de sănătate publică;
- evaluarea funcționalității sistemului național de supraveghere a maladiilor infecțioase la diferite niveluri cu determinarea realizărilor, punctelor slabe și a acțiunilor de fortificare;
- digitalizarea sistemului de supraveghere.
- Aceste activități au condus la dezvoltarea bazei normative și legislative pentru implementarea supravegherii și controlului bolilor infecțioase, în conformitate cu cerințele actuale.

**Scopul supravegherii** constă în detectarea și descrierea focarelor, descrierea maladii (importanța și tendințele acesteia), generarea ipotezelor și stimularea cercetării în domeniul sănătății publice și identificarea factorilor comuni pentru implementarea măsurilor de control (răspuns rapid), acordarea priorităților și

identificarea necesităților și resurselor pentru intervenție, verificarea eficacității intervențiilor în ceea ce privește reducerea bolilor și furnizarea unei baze de date pentru orientarea și formularea politicilor de sănătate. Supravegherea sănătății publice are mai multe obiective, prin a căror realizare autoritățile din domeniul sănătății au posibilitatea:

- să stabilească tendințele și să evalueze manifestările procesului epidemic în funcție de timp, în spațiu și în diferite grupuri de populație (când?, unde? și cine?);
- să stabilească cauzele și condițiile care determină manifestările morbidității prin anumite boli (de ce? și cum?);
- să estimeze povara și impactul potențial al maladiilor;
- să elaboreze prognoze a situațiilor epidemiologice privind problemele de sănătate prioritare;
- să depisteze erupțiile epidemice și să elaboreze o prognoză pentru ele;
- să elaboreze planuri de măsuri adecvate de intervenții;
- să evalueze eficacitatea măsurilor antiepidemice și profilactice întreprinse;
- să monitorizeze realizarea programelor naționale de combatere și prevenire a bolilor (transmisibile și nontransmisibile).

**Planificarea sistemului de supraveghere.** În cadrul planificării unui sistem de supraveghere trebuie să fie parcurse următoarele etape:

- determinarea obiectelor supravegherii;
- prioritizarea bolilor infecțioase;
- aprobarea definițiilor de caz;
- determinarea surselor și mecanismului de colectare a datelor;
- testarea în teren a metodelor, mecanismelor și instrumentelor de colectare a datelor;
- elaborarea și testarea mecanismelor de analiză a datelor;
- dezvoltarea unui mecanism eficace de diseminare a informației obținute în urma colectării și analizei datelor.

De asemenea, funcționarea sistemului de supraveghere trebuie să fie monitorizată și evaluată periodic cu scopul de a optimiza utilizarea resurselor sănătății publice, garantând funcționarea corectă a sistemului, eficacitatea lui operațională și utilitatea practică a datelor obținute. Astfel, pentru îmbunătățirea sistemului de supraveghere, evaluările periodice trebuie să cuprindă descrierea următoarelor atribute (caracteristici):

**Simplitatea** – sistemele de supraveghere trebuie să fie cât mai simple, asigurând realizarea obiectivelor sale. În evaluarea simplității trebuie să fie luați în considerație următorii indici:

- tipul și volumul datelor colectate de sistemul de supraveghere;
- organizațiile implicate în fluxul de date;

- nivelul de supraveghere (periferic, central/național, regional/ internațional);
- nivelul de integrare cu alte sisteme;
- metoda de colectare a datelor, inclusiv tipul și numărul surselor de raportare și timpul necesar pentru colectare;
- metodele de management al datelor, inclusiv timpul necesar pentru transferul, includerea, editarea și păstrarea datelor;
- metodele de analiză și de raportare a datelor, inclusiv timpul necesar pentru elaborarea rapoartelor;
- necesitățile de instruire suplimentară a personalului implicat etc.

**Flexibilitatea** – sistemele de supraveghere trebuie să fie capabile să se adapteze la unele schimbări în ceea ce privește apariția unor necesități informaționale sau a unor condiții de operare noi, cum ar fi reducerea resurselor necesare pentru menținerea funcționalității sistemului (de timp, de personal sau financiare). Evaluarea flexibilității se face retrospectiv, prin observarea capacității de răspuns la solicitările noi.

**Calitatea datelor** – datele înregistrate de sistemul de supraveghere trebuie complexe și valide. O modalitate directă și facilă de evaluare a calității datelor este determinarea ponderii datelor-lipsă în formularele completate. De asemenea, datele înregistrate pot fi comparate cu date obținute în condiții speciale, cu o respectare mai riguroasă a modului de colectare, sau poate fi efectuată o analiză ad-hoc, cu calcularea sensibilității și valorii predictive pozitive a datelor. Calitatea datelor este, deseori, influențată de performanța testelor diagnostice și de screening, de gradul de pregătire și de controlul insuficient asupra personalului implicat în completarea formularelor și operarea cu datele colectate. Toate acestea sunt modalități indirecte de evaluare a calității datelor.

**Acceptabilitatea** – reflectă dorința personalului implicat și a organizatorilor de a participa la sistemul de supraveghere. Pentru evaluarea acceptabilității trebuie să fie luate în considerație momentele de interacțiune între sistem și actorii acestuia, inclusiv persoanele afectate de o problemă de sănătate și personalul care raportează cazurile depistate.

**Sensibilitatea** – se referă la capacitatea sistemului de a detecta cazurile unice de boală sau la capacitatea de a detecta o creștere neașteptată a nivelului morbidității și de a monitoriza modificările acesteia în dinamică.

**Valoarea predictivă pozitivă (VPP)** – reprezintă proporția cazurilor într-adevăr afectate de boala supravegheată din numărul total de cazuri de boală detectate de sistem. Un sistem de supraveghere cu o VPP înaltă va conduce la o cantitate minoră de resurse direcționate incorect.

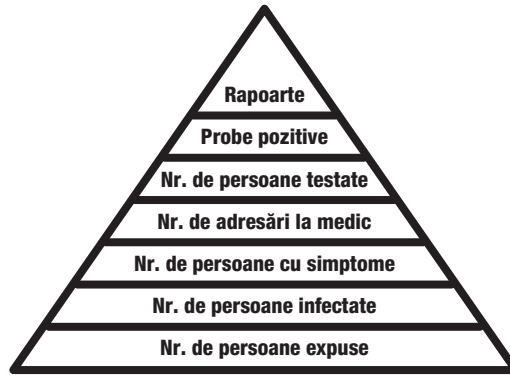
**Reprezentativitatea** – sistemele de supraveghere reprezentative reflectă cu o precizie mai înaltă evoluția în dinamică și distribuția morbidității în funcție de timp, loc și persoană.

**Oportunitatea** – reflectă rapiditatea desfășurării etapelor în sistemul de



supraveghere (Fig. 9.4.), de la declanșarea bolii, recunoașterea cazului de către sursele de raportare și raportarea cazului la agenția responsabilă de colectare a datelor până la elaborarea activităților de prevenire și control și recepționarea răspunsului de către factorii de decizie.

**Stabilitatea** – se referă la capacitatea sistemului de a colecta, a procesa și a furniza date de o calitate înaltă, dar și capacitatea sa de a rămâne disponibil și operațional în caz de necesitate.



**Figura 9.4. Schema funcționării sistemului de raportare a bolilor infecțioase**

**Sursele de date.** Datele colectate de un sistem de supraveghere pot să provină din mai multe tipuri de surse. Organizația Mondială a Sănătății recomandă următoarele surse de date:

- rapoarte periodice cu privire la bolile infecțioase (incidența, prevalența, letalitatea, rapoarte de investigare în focar, anchete epidemiologice pentru cazurile unice etc.);
- spitale;
- laboratoare;
- investigații speciale organizate de specialiști în domeniu;
- populația;
- mass-media;
- alte surse de date (demografice, despre animale, despre mediul ambiant, despre accesul populației la apă potabilă și nutriție etc.).

**Tipurile și formele de supraveghere** diferă în funcție de boala concretă, de scopul și sarcinile supravegherii, de sursele de date folosite etc. În funcție de volumul informației colectate, sistemele de supraveghere pot fi clasificate în *sisteme cu raportare complexă și de tip „santină”*. De asemenea, sistemele de raportare pot să difere în funcție de faptul dacă datele sunt colectate de la toată populația prezentă într-un anumit teritoriu (*population-based*) sau doar de la persoanele deservite de o anumită instituție medicală (*hospital-based*). Datele colectate nemijlocit în scopul supravegherii sunt considerate *date primare*, pe când cele acumulate din alte motive, cum ar fi înregistrarea financiară sau administrativă, se consideră

*date secundare*. Sistemele de colectare a datelor primare sunt clasificate în *pasive* (inițiate de prestator) și *active* (inițiate de departamentul de sănătate).

**Supravegherea pasivă** este bazată pe raportarea cazurilor de boli infecțioase depistate în urma adresării pacienților la instituțiile medicale. Una dintre funcțiile obligatorii ale instituțiilor medicale, în caz de depistare a unui caz de boală infecțioasă, este raportarea obligatorie prin completarea și trimiterea formularului statistic corespunzător. Majoritatea sistemelor de supraveghere din întreaga lume sunt pasive, deoarece sunt mai ieftine și mai ușor de gestionat de către departamentele de sănătate. În același timp, acest tip de supraveghere are un șir de neajunsuri determinate de accesul redus al populației la serviciile de sănătate, de probleme de diagnosticare (boli emergente sau forme de boală nespecifice), de imposibilitatea confirmării de laborator în urma subdezvoltării rețelei de laborator, de motivarea redusă și gradul de pregătire insuficient al personalului medical, de situația socioeconomică și de nivelul de dezvoltare a sistemului de sănătate publică etc.

**Supravegherea activă** este bazată pe acțiuni de căutare activă a datelor conform unor programe stabilite, adică realizate în anumite grupuri-țintă ale populației sau în rețele de instituții, selectate în acest scop. Acest tip de supraveghere poate asigura o informație precoce, promptă și completă și este mai puțin expusă la neajunsurile caracteristice pentru supravegherea pasivă, însă, același timp, presupune unele riscuri care pot fi depășite prin elaborarea unei metodologii bine argumentate și prin interpretarea cu precauție a rezultatelor obținute. Supravegherea activă are mai multe forme:

- **supravegherea sindromică** – aceasta reprezintă baza sistemului de alertă timpurie și este inclusă în Regulile Sanitare Internaționale adoptate de OMS în 2005 ca formă de supraveghere timpurie a bolilor infecțioase. Colectarea datelor este orientată spre detectarea și raportarea anumitor sindroame (grupuri de semne clinice caracteristice unei boli) care se manifestă până la stabilirea diagnosticului de boală, motiv pentru care pot fi considerate indicatori timpurii pentru unele boli infecțioase.

Scopul *supravegherii sindromice* este de a furniza date despre o creștere neobișnuită a bolilor mai înainte de supravegherea tradițională și este considerată cea mai sensibilă metodă de supraveghere. Totuși, ținând cont de specificitatea joasă, deoarece se pune accent pe sindroame și nu pe o diagnoză stabilită sau suspectă, supravegherea sindromică nu este destinată să înlocuiască supravegherea tradițională, ci mai degrabă să o completeze. Un exemplu de *supraveghere sindromică* implementată în Republica Moldova este supravegherea epidemiologică a poliomielitei, bazată pe supravegherea activă a cazurilor de Paralizie Acută Flască (PAF), care are ca scop depistarea poliovirusurilor sălbatice și confirmarea eficacității sistemului național de înregistrare și raportare a maladiilor. Populația selectată pentru acest tip de supraveghere este reprezentată de copiii de până la 15 ani.

- **supravegherea de tip „santinelă”** – acest de supraveghere reprezintă colectarea datelor conform unor programe prestabilite și este asigurată de o rețea informațională compusă din un anumit grup de populație (femei gravide) și instituțiile medicale sau personalul medical care activează în aceste instituții care prestează servicii acestui grup de populație. Un exemplu tipic de *supraveghere de tip „santinelă”* este sistemul de supraveghere a gripei și infecțiilor respiratorii acute, care se desfășoară pe tot parcursul anului în 9 teritorii administrative, cu raportare săptămânală. Fiecare punct de sentinelă include 2 medici de familie din centrele de sănătate raionale, o secție sau un spital de boli infecțioase, o stație de asistență medicală urgentă, 6 farmacii, 2 grădinițe, 2 școli, o companie industrială și o unitate a Ministerului Apărării.

- **supravegherea populațiilor de microorganisme patogene** – aceasta este orientată spre determinarea modificărilor care au loc în populația agenților patogeni. Un exemplu tipic este monitorizarea apariției și a răspândirii circulației noilor tulpini de coronavirus. De asemenea, acest tip de supraveghere este foarte important pentru gripa umană și cea aviară, pentru tuberculoză, infecții nosocomiale etc.
- **supravegherea comunitară** – această formă este realizată cu participarea unor membri ai comunității (de obicei voluntari) care după o instruire generală sunt implicați în colectarea datelor cu privire la anumite probleme de sănătate publică. Astfel, aceste persoane pot participa la detectarea cazurilor de diaree în sezonul de răspândire a bolilor diareice acute, la colectarea datelor despre asigurarea cu apă potabilă în comunitate, la organizarea unor campanii de imunizare (zile naționale de imunizare, campania de eliminare a rujeolei, imunizarea unor grupuri de populație conform indicațiilor epidemiologice etc.
- **supravegherea comportamentală** – aceasta este considerată ca un sistem de alertă timpurie, fiind un instrument eficace în depistarea și evaluarea unor comportamente noi sau a modificărilor comportamentale existente care duc la creșterea vulnerabilității populației către unele boli infecțioase pentru determinarea riscului de răspândire a unor maladii (HIV/SIDA, bolile cu transmitere sexuală, hepatitele virale etc.).
- **alte forme de supraveghere** – în această categorie pot fi plasate formele de supraveghere care sunt orientate spre colectarea indirectă a datelor despre bolile infecțioase sau comportamentele cu risc sporit, adică doar cu privire la unii indicatori ai acestor boli.

Spre exemplu, *supravegherea grupurilor de animale* este o parte componentă a supravegherii zooantroponozelor și include colectarea datelor despre morbiditatea și mortalitatea animalelor de rabie, antrax, salmoneloze, echinococoză, gripă aviară etc.

**Supravegherea mediului ambiant** include supravegherea circulației agentului

cauzal al holerei în bazinele acvatice și în apele reziduale în sezonul cu risc sporit de răspândire (ca parte componentă a supravegherii holerei); supravegherea locurilor de înmulțire a vectorilor agenților patogeni (ca parte componentă a supravegherii bolilor intestinale sau a malariei); colectarea datelor cu privire la contaminarea aerului în instituțiile medicale (ca parte componentă a sistemului de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale) sau a aerului atmosferic (ca parte componentă a sistemului de depistare a actelor de bioterorism) etc.

**Supravegherea folosirii medicamentelor** presupune creșterea bruscă a vânzărilor de antibiotice și preparate antivirale, care este un indicator timpuriu al creșterii sezoniere a incidenței prin gripă și IRVA.

**Supravegherea absenteismului** include analiza dinamicii absențelor copiilor în instituțiile preșcolare și școlare, care permite evaluarea răspândirii gripei și IRVA nu numai printre copii, dar și în rândul populației adulte, iar analiza datelor despre absenteism, în baza certificatelor de incapacitate de muncă, este folosită în supravegherea bolilor profesionale și a traumatismelor.

**Asigurarea feedback-ului** relevă faptul că pentru o funcționare cu succes, sistemul de supraveghere a bolilor trebuie să fie bine organizat și să se bazeze pe un proces continuu de colectare a datelor necesare pentru elaborarea acțiunilor prompte de control. Fluxul de informație poate fi de tip ascendent (despre cazuri de boală, factorii de risc etc.), de la nivelul periferic la cel central, și de tip descendent (*feedback*), de la nivel central la cel periferic. Totuși, datele analizate și feedbackul nu ajung întotdeauna cu regularitate la nivelurile inferioare, ceea ce poate conduce la compromiterea funcționării întregului sistem. Un feedback eficace poate fi asigurat prin mai multe metode, care pot fi alese în funcție de particularitățile problemei de sănătate supuse supravegherii.

*Feedback-ul verbal* – diseminarea informației în timpul vizitelor de monitorizare, la conferințe medicale periodice, la adunări festive ale membrilor comunității, prin convorbiri telefonice etc.

*Feedback-ul în scris* – rapoarte despre răspunsul la o erupție epidemică, informații analitice, buletine de sănătate publică, scrisori informaționale, foi volante etc.

*Alte metode de feedback* – rapoarte electronice, ghiduri și manuale, emisiuni/discuții în cadrul programelor radio sau TV etc.

## Referințe:

1. Chicu V. Supravegherea și controlul bolilor infecțioase, Chișinău, Școala de Management în Sănătatea Publică, 2007.
2. Chicu V., Gavril Obreja, Prisacari V. Epidemiologie de intervenție, Chișinău: CEP Medicina, 2008.
3. Spinei L., Ștefanuț S., Moraru C., Capcelea A., Boderscova L. Epidemiologie și metode de cercetare, Chișinău, Școala de Management în Sănătatea Publică, 2006.
4. Beaglehole R., Bonita R., Yjellstrom T. Bazele Epidemiologiei. Published by the World Health Organization, București, 1993, 208 p
5. Last J.M., ed. A dictionary of epidemiology. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2000.
6. Gregg M.B., ed. Field epidemiology. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
7. Brownson R.C., Petitti DB. Applied epidemiology: theory to practice. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
8. Epidemiologic Surveillance after Natural Disaster. PAHO, 1982.
9. Langmuir A. D. (1963). The Surveillance of Communicable Diseases of National Importance. New England Journal of Medicine, 268(4), 182–192. doi:10.1056/nejm196301242680405.
10. Watson J.T., Gayer M., Connolly M.A. Epidemics after natural disasters. Emerging Infectious Diseases, 2007, 13:1–5.

# X.

## VACCINAREA

- 10.1. Importanța vaccinării
- 10.2. Supravegherea și controlul bolilor prevenibile prin vaccinare
- 10.3. Strategii pentru creșterea nivelului de acceptare și implementare a vaccinării

Vaccinarea este considerată una dintre cele mai mari descoperiri în istoria umanității, contribuind, în mod incisiv, la creșterea speranței de viață în multe țări ale lumii. Există nenumărate exemple documentate de succese obținute în special la copii, care, de obicei, erau mai frecvent afectați de bolile prevenibile prin vaccinare. Impactul acestora asupra reducerii mortalității în rândul populației umane este considerat inferior doar celei mai importante măsuri preventive existente – furnizarea de apă potabilă sigură. De asemenea, să nu uităm și de complicațiile grave legate de aceste boli, cum ar fi: otitele, care pot duce la surditate, pneumoniile și afecțiunile căilor respiratorii superioare, encefalomielita, cheratitele care pot duce până la orbire (toate fiind complicații ale rujeolei); encefalita, surditate, cataracta, retardul intelectual sau rubeola congenitală, care se manifestă prin avort spontan, malformații (cardiace, la nivelul ochilor și a urechilor), boală congenitală cronică evolutivă în cazul în care femeile gravide se îmbolnăvesc în primele 12 săptămâni de sarcină; paralizii și dizabilitățile cauzate de poliomielită sau alte probleme de sănătate.

### 10.1. Importanța vaccinării

**Importanța clinico-epidemiologică a vaccinării.** Se consideră că după înființarea Programului Extins de Imunizare (EPI) în 1974, la nivel global a fost posibilă prevenirea a circa 65 de milioane de decese și dizabilități provocate de 6 boli: difteria, rujeola, tusea convulsivă, poliomielită, tetanosul și tuberculoza. Numărul de cazuri de poliomielită s-a redus de la aproximativ 300000 de cazuri/an până la câteva sute de cazuri în 2014 și doar 2 cazuri în 2021, astfel, fiind evitate circa 5 milioane de paralizii.

**Tabelul 10.1. Numărul mediu anual al cazurilor de boală și decese prevenite prin imunizări în Republica Moldova**

Maladia	Cazuri prevenite	Decese prevenite
Poliomielită	148	15
Tetanos	142	70
Difterie	588	30
Tuse convulsivă	7 776	34
Rujeolă	22 700	22
Hepatită virală B acută	2 547	25
Rubeolă	5 527	-
Forme invazive ale infecției cu H. Influenzae tip b	1 300	49
Forme invazive ale infecției pneumococice	1 997	102
<b>Total</b>	<b>42 725</b>	<b>347</b>

Numărul anual de decese din cauza rujeolei a scăzut de la 6 milioane până la zeci de cazuri, astfel, în ultimele două decenii au fost prevenite circa 32 de milioane de decese. În general, se consideră că vaccinarea profilactică previne circa 2-3 milioane de decese în fiecare an. Conform unor estimări, datorită vaccinării, în Republica Moldova, anual, sunt prevenite circa 43000 de cazuri de boli infecțioase și circa 350 de decese (Tabelul 10.1.).

**Importanța economică a vaccinărilor.** Beneficiile vaccinării nu se limitează doar la îmbunătățirea tabloului clinic sau epidemiologic al bolilor. Prevenirea îmbolnăvirilor și a complicațiilor acestora nu numai că are beneficii economice importante în diferite țări, dar și promovează creșterea lor economică și reducerea sărăciei.

Vaccinarea ocupă unul dintre cele mai importante locuri în clasamentul tehnologiilor medicale pe baza costului pe an de viață câștigat și a cazurilor de boli evitate: cheltuielile pentru vaccinuri reprezintă una dintre cele mai bune și mai profitabile modalități pentru societate și pentru serviciul de sănătate de a investi resursele limitate disponibile. Spre exemplu, în SUA pentru fiecare dolar investit în vaccinarea copiilor, sunt economisiți 3 dolari în costuri directe și alți 10 dolari în costuri sociale. Conform datelor Institutului de Sănătate Publică din Marea Britanie, datorită Programului de imunizări anual sunt economisite circa 375 milioane de lire sterline. Recent, în Italia s-a estimat că povara economică comportată de varicelă constituie circa 97 milioane de euro în fiecare an și, de asemenea, s-a estimat că, datorită unei strategii de vaccinare, aceste cheltuieli ar putea fi reduse în jumătate, iar o acoperire vaccinală împotriva varicellei de 90% ar putea preveni 57% din cazurile de deces și 68% din spitalizări. La nivel european, datorită vaccinării antigripale, în fiecare an sunt economisite circa 248 milioane de euro, iar în caz că acoperirea vaccinală ar fi de 75%, cifra respectivă ar putea să atingă cifra de 438 milioane de

euro. Din această perspectivă, vaccinările reprezintă o investiție importantă pentru sistemele de sănătate, care derivă din reducerea impactului bolilor prevenibile prin vaccinare, o economie în ce privește costurile directe și indirecte, care, într-o viziune pe termen mediu și lung, favorizează sustenabilitatea sistemelor de sănătate și economice ale unei țări.

**Importanța socială a vaccinărilor.** Pe lângă importanța clinico-epidemiologică și economică a vaccinării, trebuie luată în considerație și importanța lor socială. O protecție la nivel comunitar, obținută ca urmare a unei acoperiri imune optimale în rândul populației-țintă pentru multe vaccinuri, este cunoscută sub numele de imunitate colectivă sau de grup (*herdimmunity*) și se referă la conceptul conform căruia o parte importantă din populația unei comunități, devenind imună împotriva unei boli contagioase, protejează întreaga comunitate împotriva bolii respective. Astfel, chiar și cei care nu sunt eligibili pentru anumite vaccinuri, cum ar fi: sugarii, femeile însărcinate, persoanele în vârstă și imunocompromise (HIV pozitive), beneficiază de o protecție, deoarece răspândirea bolii contagioase este întreruptă prin imunitate colectivă, probabilitatea apariției unui focar de boală fiind mult mai mică. Acest fenomen reprezintă o valoare adăugată a vaccinării și se reflectă prin efecte pozitive atât asupra individului, cât și asupra întregii comunități. Impactul asupra sănătății populației este, prin urmare, considerabil în ceea ce privește limitarea daunelor cauzate de boală sau a complicațiilor acesteia (morbiditate, mortalitate, recurgerea la tratament medical, spitalizări) și reducerea costurilor directe și indirecte, ocolind, astfel, obstacole enorme în calea dezvoltării și bunăstării întregii societăți.

Bolile infecțioase care pot fi prevenite prin vaccinare necesită o abordare cât mai cuprinzătoare în ceea ce privește prevenirea și controlul acestora. Eforturile depuse de către OMS pentru eliminarea sau eradicarea unor boli infecțioase sunt, adesea, bazate pe strategii globale de vaccinare, care necesită excluderea tuturor formelor de bariere ideologice și politice și a obstacolelor economice și culturale, în favoarea unei abordări colective și globale, pentru a proteja sănătatea populației.

Prevenirea bolilor este unul dintre cele mai adecvate răspunsuri la provocările cu care se confruntă sănătatea și dezvoltarea unei societăți, contribuind la o îmbunătățire considerabilă a acestora. În prezent, în țările UE, cum ar fi Franța și Italia, pentru vaccinări sunt alocate 0,3% din cheltuielile suportate pentru ocrotirea sănătății. Pentru comparație, în Republica Moldova pentru achiziționarea vaccinurilor incluse în PNI, în 2022, din resursele bugetului de stat au fost alocate circa 16 milioane de lei, ceea ce reprezintă 0,1% din cheltuielile pentru sănătate în acest an (13 527,8 milioane de lei). Astfel, deși doar o mică parte din bugetul sănătății este alocat programelor de vaccinare, acestea joacă un rol central în politicile de prevenire și sunt recunoscute la nivel global ca fiind una dintre cele mai virtuozose intervenții în domeniul sănătății publice în favoarea eficienței sistemului de sănătate.

**Programului Național de Imunizări.** Guvernul Republicii Moldova prevede



imunizarea ca o intervenție-cheie în domeniul sănătății publice pentru a preveni bolile infecțioase prevenibile prin vaccinare și pentru a reduce povara financiară și socială determinată de aceasta. Astfel, imunizarea este recunoscută ca fiind cea mai optimală investiție în sănătatea publică ce contribuie la stabilirea echității sociale, consolidarea socioeconomică a familiei și societății.

Imunizările sistemice în Republica Moldova au fost inițiate la sfârșitul anilor 1950 împotriva variolei, poliomielitei, difteriei, tetanosului și rujeolei. Datorită atingerii unei acoperiri vaccinale înalte, variola a fost eradicată, poliomielita a fost eliminată, iar pentru celelalte maladii a fost înregistrată o scădere semnificativă a cazurilor de boală.

Primul Program Național de Imunizări (PNI) a fost aprobat în anul 1994, iar până în prezent au fost implementate o serie de planuri pe termen mediu, care se aliniază cu Politica Națională de Sănătate, cu legislația națională, cu recomandările globale și regionale și cu planurile de acțiuni în domeniul protecției sănătății. PNI pentru anii 2023–2027 este al 7-lea de acest gen și reflectă angajamentele prioritare ale statului de a asigura procesul de vaccinare contra maladiilor, care pot fi prevenite prin vaccinare, în vederea diminuării poverii financiare și sociale determinate de acestea. Eforturile statului în domeniul imunizărilor au fost susținute de asistența externă oferită de Alianța Globală pentru Vaccinuri și Imunizări (GAVI), UNICEF, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și organizațiile societății civile, care continuă să acorde suport pentru consolidarea programelor de imunizare din Republica Moldova. Scopul este de a atinge și susține o acoperire vaccinală de 95% la nivel național, în vederea asigurării protecției universale a grupurilor-țintă contra bolilor prevenibile prin vaccinare, pentru realizarea căruia PNI își propune să îndeplinească 3 obiective specifice:

- 1. Comunicare pentru schimbarea comportamentală** – sensibilizarea publicului cu privire la importanța imunizării și promovarea imunizării la toate nivelurile, ca un drept și o obligație a oricărei persoane.
- 2. Acces echitabil și universal la imunizare** – asigurarea accesului echitabil și universal la serviciile de imunizare garantate de stat pentru toate persoanele, prin intermediul unor strategii inovatoare, adaptate la condițiile locale.
- 3. Servicii de supraveghere și control al bolilor ce pot fi prevenite prin vaccinare** – fortificarea serviciilor de imunizare, supraveghere epidemiologică și control al infecțiilor ce pot fi prevenite prin vaccinare, ca parte integrantă a sistemului de sănătate.

La baza elaborării programului au stat Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, Legea nr. 10/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice, Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Acesta transpune prioritățile statului în domeniul de prevenire și control al bolilor transmisibile stabilite în Strategia Națională de Dezvoltare „Moldova Europeană 2030” și în Strategia Națională de Sănătate *Sănătatea 2030*. De asemenea, au fost luate în considerație și componentele prevăzute în strategiile Organizației Mondiale

a Sănătății (OMS), precum: Agenda Globală de imunizare 2030, aprobată de Adunarea Mondială a Sănătății (AMS), document A73/7/2020, Strategia etapei finale de lichidare a poliomielitei, aprobată de Adunarea Mondială a Sănătății, document A72/9/2019, rezoluția EUR/RC60/R12 privind eliminarea rujeolei și rubeolei indigene din regiunea Europeană OMS.

Conform Agendei Globale de Imunizare 2030, realizarea programului va contribui la atingerea Obiectivelor Globale de Dezvoltare Durabilă prin acțiune directă la Obiectivul nr. 3: „Asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor la orice vârstă” și va contribui direct sau indirect la alte 13 obiective, bazându-se pe principiul de a nu lăsa pe nimeni în urmă și de a asigura protecția și respectarea drepturilor omului.

De asemenea, elaborarea programului se bazează pe realizările programului anterior (PNI pentru anii 2016–2020), reflectate într-o serie de rapoarte și studii realizate recent. Acesta este conceput ca un cadru complex, intersectorial, care să ghideze activitățile instituțiilor implicate în asigurarea accesului universal și echitabil la servicii sigure și acceptabile de imunizare, cu creșterea gradului de conștientizare a importanței imunizării pentru reducerea impactului negativ al bolilor ce pot fi prevenite prin vaccinare. Amploarea provocărilor în materie de imunizări necesită o cooperare strânsă între toate părțile interesate. Coordonarea este asigurată de Consiliul de Coordonare a Programului Național de Imunizări, care este prezidat de Ministerul Sănătății și include autorități centrale, organizații internaționale și societatea civilă. Suportul consultativ este efectuat de către Comitetul național consultativ de experți în domeniul imunizărilor (NITAG).

**Realizările programelor de imunizare.** Progresele semnificative obținute datorită vaccinării au contribuit la fortificarea și menținerea unei acoperiri vaccinale optime, cu extinderea ulterioară a listei vaccinurilor garantate de stat și a contingentelor de populație beneficiare, prin îmbunătățirea calității serviciilor de imunizare. Începând cu anul 2000, Republica Moldova a obținut și menține constant statutul de țară liberă de poliomielită, a atins stadiul de eliminare a cazurilor indigene de rujeolă, rubeolă, difterie și, în același timp, a redus semnificativ morbiditatea din cauza hepatitei B, a tetanosului și a tusei convulsive, oreionul, formele invazive a infecției cu *Haemophilus influenzae* (HiB), infecția rotavirală și pneumococică.

În cadrul Programului Național de Imunizări sunt utilizate vaccinuri de rutină împotriva a 13 boli, și anume: hepatita virală B, tuberculoza, poliomielita, difteria, tetanosul, tusea convulsivă, infecția cu *Haemophilus influenzae* (HiB), infecția rotavirală, infecția pneumococică, rujeola, oreionul, rubeola și infecția cu Papilomavirusului uman. Administrarea acestor vaccinuri variază în funcție de vârstă și de tipul de vaccin (Tabelul 10.2.). Astfel, ținând cont de numărul de antigene care intră în componența vaccinurilor, acestea pot fi împărțite în două grupe principale:

a) vaccinuri *monovalente* (împotriva unei singure boli), cum ar fi: vaccinurile BCG, HepB, VPO/VPI, RV, PCV și HPV;

b) vaccinuri *polivalente* (împotriva mai multor boli), cum ar fi: vaccinul pentavalent (DTP-HepB-HiB; vaccinurile DTP și DT (pentru copii) sau Td (pentru adulți); vaccinurile împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei – ROR).

**Tabelul 10.2. Vaccinările prevăzute în Programul Național de Imunizări (PNI pentru anii 2023–2027)**

<b>Vârsta</b>	<b>Vaccinuri administrate</b>
<b>Vaccinarea copiilor:</b> în primele 24 ore de la naștere la a 2-5 zi de la naștere la 2 luni la 4 luni la 6 luni la 12 luni la 22–24d de luni la 6-7 ani	HepB-0 BCG DTP-HepB-HiB-1, VPO-1, RV-1 și PCV-1 DTP-HepB-HiB-2, VPO-2, RV-2 și PCV-2 DTP-HepB-HiB-3, VPO-3 și VPI-1 ROR-1 și PCV-3 DTP-4, VPI-2 și VPO-4 DT, ROR-2 și VPO-5
<b>Vaccinarea adolescenților:</b> la 9–14 ani la 15-16 ani	HPV-1 și HPV-2 (peste 6 luni de la prima doză) Td și ROR-3
<b>Vaccinarea adulților:</b> la 20, 30, 40, 50 și 60 de ani	Td

În același timp, vaccinarea se efectuează, la indicații epidemiologice și la decizia Ministerului Sănătății, împotriva gripei, COVID-19, rabiei, hepatitei virale B la adulți, hepatitei virale A, holerei, tularemiei, febrei tifoide și bruceloziei.

Furnizarea serviciilor de imunizare este efectuată pe tot parcursul vieții, inclusiv în cazul vaccinării întârziată și a dozelor de rapel, iar prestarea serviciilor de imunizare se realizează în cabinetele de vaccinare din cadrul maternităților și a instituțiilor medico-sanitare publice prestatoare de asistență medicală primară.

Asigurarea că orice persoană beneficiază pe deplin de vaccinuri prin sporirea accesului echitabil și utilizării de vaccinuri noi este o prioritate pentru Programul Național de Imunizări. Ultimul vaccin implementat în Republica Moldova a fost vaccinul împotriva infecțiilor provocate de Papilomavirusul uman (HPV) în anul 2017. Implementarea vaccinurilor împotriva varicelei și infecției meningococice sunt în proces de studiu. Decizia de implementare a unui nou vaccin într-un program național de imunizare este influențată de mai mulți factori, cum ar fi: accesibilitatea, siguranța și eficiența relativă a costurilor, precum și povara bolii, disponibilitatea și prețul vaccinurilor. Implementarea vaccinurilor se va face la recomandarea Comitetului național consultativ de experți în domeniul imunizărilor (NITAG), cu aprobarea de către Consiliul de Coordonare a Programului Național de Imunizări.

## 10.2. Supravegherea și controlul bolilor prevenibile prin vaccinare

**Tipurile de supraveghere.** Supravegherea epidemiologică a bolilor transmisibile se bazează, în primul rând, pe un sistem de supraveghere pasiv național, cu un cadru legislativ și de reglementare clar și cuprinzător. Adicional sunt implementate sistemele de supraveghere „santinela” (infecția rotavirală, gripă), sindromică (paraliza acută flască, rujeolă și rubeolă) și de mediu (poliovirus). Sistemul de supraveghere are un sistem de clasificare a cazurilor care este coerent cu cerințele de raportare ale OMS și UE și este aplicat cazurilor raportate la nivel local.

**Sisteme informaționale.** Pandemia COVID-19 a demonstrat necesitatea datelor în timp real, iar, în acest sens, a fost dezvoltat Sistemul informațional automatizat „Registrul de evidență a vaccinării împotriva COVID-19” (SIA RVC-19), modul integrat, ulterior, în Sistemul Informațional de Supraveghere a Bolilor Transmisibile și Evenimentelor de Sănătate Publică. Sistemul permite monitorizarea procesului cu date de calitate înaltă pentru optimizarea procesului de imunizare. În același timp, toți cetățenii pot descărca certificatul de vaccinare, în regim online, oriunde s-ar afla. Sistemele informaționale sunt indispensabile, iar, la moment, se dovedesc a fi un instrument de bază pentru lucrătorii medicali, dar și pentru autorități. Elaborarea sistemelor informaționale în imunizări, integrate în sistemele naționale existente, cu asigurarea interoperabilității, este o prioritate a programului în digitalizarea datelor și sporirea eficienței. Menținerea și optimizarea continuă a acestora, la necesitatea lucrătorilor medicali și a cetățenilor, trebuie inclusă în planurile de acțiune ale agențiilor și instituțiilor din domeniul sănătății și al tehnologiilor informaționale. Un sistem informațional de supraveghere epidemiologică a bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică a fost instituit în anul 2022 și urmează să fie implementat la nivel național.

**Studii de serosupraveghere.** Studiile de serosupraveghere a bolilor ce pot fi prevenite prin imunizări sunt cele mai informative în demonstrarea păturii imune reale la nivel de populație, furnizând date valoroase privind impactul vaccinării.

În anul 2020, a fost efectuat un studiu de serosupraveghere impactului vaccinării împotriva hepatitei virale B a copiilor născuți în 2013 din Republica Moldova. În urma analizei datelor, a fost obținut un rezultat de seroprevalență a HBsAg de 0,21% (CI<sub>95</sub> 0,08–0,53%), indicatorul global OMS pentru eliminarea hepatitei virale B fiind de ≤0,5% din prevalența antigenului de suprafață al hepatitei B (HBsAg) în cohortele vaccinate. Acest studiu documentează impactul eficacității vaccinării asupra reducerii transmiterii hepatitei virale B și atingerea țintei de eliminare a OMS. Studiile de serosupraveghere sunt recomandate și pentru alte maladii ce pot fi prevenite prin vaccinare, cu scopul de a crește calitatea datelor de supraveghere și luarea deciziilor bazate pe dovezi. Organizarea și efectuarea cercetărilor de impact al bolilor prevenibile prin vaccinare și a studiilor de cost-

eficiență, în urma implementării vaccinării, aduc rezultate și argumente ce stau la baza implementării vaccinurilor noi sau a optimizării programelor de imunizare.

**Studii de cost-eficiență.** Organizarea și efectuarea cercetărilor de impact al bolilor prevenibile prin vaccinare și a studiilor de cost-eficiență, în urma implementării vaccinării, aduc rezultate și argumente ce stau la baza implementării vaccinurilor noi sau a optimizării programelor de imunizare existente. Spre exemplu, primii pași în inițierea vaccinării anti-HPV au fost efectuați în anul 2010, când țara a beneficiat de un lot de vaccin împotriva HPV în cantitate de 20790 de doze pentru 6930 de fete, ceea ce a reprezentat 2,5 % din grupul-țintă de fete cu vârsta cuprinsă între 10–18 ani, nefiind înregistrat nici un eveniment advers postimunizare. Ulterior, în anul 2017 vaccinarea contra Papilomavirus uman a fost implementată în Republica Moldova pentru fetițe cu vârsta de 9–14 ani, fapt ce a constituit obiectul studiului de cost-eficiență a vaccinării împotriva infecției cu Papilomavirusul uman (HPV), utilizându-se instrumentul OMS. S-a determinat că, din numărul total al copiilor care au beneficiat de vaccin (de peste 50000), s-a înregistrat doar un eveniment advers postimunizare, demonstrându-se, astfel, că vaccinurile anti-HPV sunt sigure. Astfel, începând cu anul 2021, în Republica Moldova, a fost implementată și vaccinarea băieților de 9–14 ani, recomandarea implementării fiind susținută și de membrii Comitetului Național de Experți în Domeniul Imunizării. În plus, pe baza datelor disponibile privind incidența cancerului de col uterin, mortalitatea generală, costurile de tratament pentru cazurile de cancer de col uterin, precum și costurile pentru introducerea vaccinului HPV, s-a prevăzut că introducerea vaccinului pentru fetele de 12 ani ar preveni, anual, 127 de cazuri de cancer de col uterin și 98 de decese din cauza acestuia. Costurile de tratament economisite anual datorită vaccinării împotriva Papilomavirusul uman (HPV) și evitării cazurilor de cancer de col uterin, au fost estimate la 263965 USD.

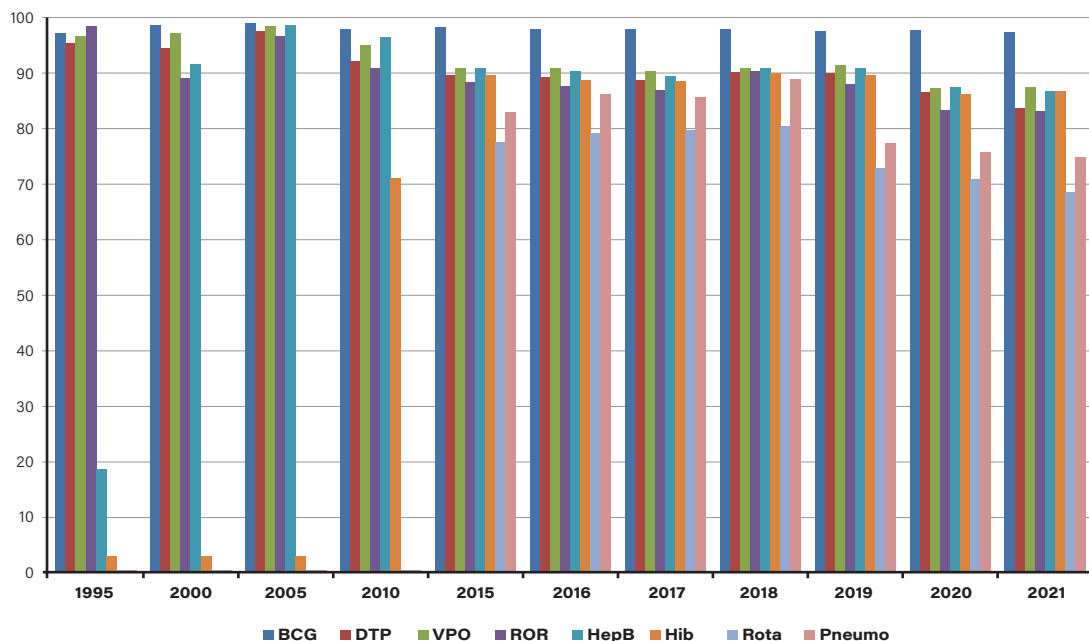
**Situația epidemiologică cu privire la bolile prevenibile prin vaccinare.** Ca obiectiv al Programului Național de Imunizări, supravegherea epidemiologică și controlul bolilor prevenibile prin vaccinare prevede reducerea/eliminarea morbidității cauzate de infecțiile prevenibile prin vaccinare în urma asigurării unei cuprinderi vaste (peste 95%) cu vaccinare a grupurilor-țintă, inclusiv și la indicații epidemice în situații de risc sporit privind îmbolnăvirea și răspândirea infecțiilor.

Atunci când acoperirea vaccinală este menținută la nivel optim (peste 95%), incidența cazurilor de boli contagioase prevenibile prin vaccinare se reduce și, în același timp, se diminuează prejudiciile sociale și economice determinate de acestea. În lipsa vaccinării sau a tendinței continue de scădere a ratei acoperirii cu vaccinare, sub 90%, este probabilă înregistrarea unei creșteri ascendente a numărului de cazuri de boli contagioase prevenibile prin vaccinare sau reapariția bolilor și manifestărilor epidemice.

În rezultatul scăderii ratei de acoperire vaccinală, în țară, în ultimii ani, s-a înregistrat o creștere a numărului de cazuri de anumite boli infecțioase. Astfel, în 2012 și 2013, autoritățile au înregistrat 10, respectiv, 21 de cazuri de rujeolă, cu

transmitere locală în rândul populației-țintă neimunizate. În perioada anilor 2018–2020, situația epidemică nefavorabilă privind rujeola în mai multe țări din Europa, inclusiv în România și Ucraina, a favorizat importul infecției în țară. Ca urmare, în total, au fost înregistrate 447 de cazuri de rujeolă (în 2018 – 340 de cazuri, în 2019 – 90 de cazuri și în 2020 – 17 cazuri). De asemenea, numărul cazurilor de tuse convulsivă a crescut de șase ori, de la 31 de cazuri în 2010 la 188 de cazuri în 2014, dintre care 80% au fost înregistrate în rândul copiilor nevaccinați, cu o descreștere ulterioară în urma intensificării eforturilor depuse pentru o acoperire vaccinală mai vastă.

Conform Raportului național cu privire la Supravegherea de Stat a Sănătății Publice în Republica Moldova (ediția 2022), cuprinderea cu vaccinări, observată pe parcursul anilor 2020–2021, a continuat să scadă, o acoperire vaccinală insuficientă fiind înregistrată în teritoriile de Est ale țării, dar și într-o bună parte din teritoriile de pe malul drept al Nistrului. În pofida realizărilor obținute în trecut, în Republica Moldova, în ultimii ani, se atestă o tendință de scădere a acoperirii vaccinale împotriva tuturor antigenilor (Figura 10.1.). Obiectivele PNI de 95% de acoperire cu imunizări au fost atinse numai la vaccinarea primară BCG. Spre exemplu, acoperirea vaccinală împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei (ROR-1), la vârsta-țintă de 12 luni, a scăzut de la 95% în 2008 la 83% în 2021.



**Figura 10.1. Cuprinderea cu vaccinări a copiilor cu vârsta de 1 an în Republica Moldova, anii 1995–2021**

Tendința semnificativă de scădere a numărului de persoane vaccinate în perioada anilor 2016–2021, în unele grupuri ale populației, este cauzată de informații false, mituri, contraindicații false la vaccinare, apartenența la confesiuni religioase sau convingeri personale. Totodată, o scădere mai pronunțată a acoperirii vaccinale pentru anii 2020 și 2021 a fost inclusiv cauzată de condițiile de restricții impuse în pandemia COVID-19.

Totuși, în pofida faptului acoperirii vaccinale nesatisfăcătoare la vârsta-țintă de 1 an, măsurile continue de imunizare prin campanii de intensificare au dus la atingerea unor rate mai înalte la vârste mai mari. Spre exemplu, în 2021 rata de vaccinare cu ROR la vârsta de 1 an a fost de 83%, la vârsta de 7 ani aceasta a fost de 91%, iar la vârsta de 15 ani – 92,5% (Tabelul 10.3.).

**Tabelul 10.3. Indicatorii cuprinderii cu vaccinări a copiilor la vârstele țintă în anul 2021**

Nr. d/o	Vaccinările	Cuprinderea cu vaccinări, %		
		Republica Moldova total	Malul drept	Teritoriile de Est
<b>A</b>	<b>Vaccinarea primară a copiilor cu vârsta 1 an</b>			
1	Tuberculozei (BCG)	97,5	97,9	94,6
2	Poliomielitei (VPO)	87,6	89,1	74,7
3	Hepatitei virale B (HepB)	86,8	89,1	68,1
4	Difteriei, tetanosului și tusei convulsive (DTP)	86,7	88,5	72,5
5	Infecției cu Hib	86,8	88,5	72,7
6	Infecției cu rotavirusuri	68,6	76,9	0,1
7	Infecției cu pneumococi	74,7	83,7	0,1
8	Rujeolei, oreionului rubeolei (ROR)	83,2	84,3	74,3
<b>B</b>	<b>Revaccinarea copiilor la vârsta de 3 ani</b>			
9	Poliomielitei (VPO)	86,4	89,4	61,9
10	Difteriei, tetanosului și tusei convulsive (DTP)	85,6	88,9	59,7
<b>C</b>	<b>Revaccinarea copiilor la vârsta de 7 ani</b>			
11	Poliomielitei (VPO)	92,4	94,4	76,7
12	Difteriei și tetanosului	92,2	94,2	76,7
13	ROP	91,6	93,1	79,5
<b>D</b>	<b>Revaccinarea copiilor la vârsta de 15 ani</b>			
14	Difteriei și tetanosului	92,3	93,6	80,0
15	ROP	92,5	93,73	82,2

Cu privire la imunizările în rândul populației adulte, în 2021 au fost revaccinați contra difteriei și a tetanosului 74,8% din persoanele care au împlinit vârsta respectivă, iar contra gripei sezoniere, în sezonul gripal 2021–2022, au fost vaccinate 85,5% din contingentele de persoane cu risc sporit de îmbolnăvire, vaccinul fiind procurat din fondul de profilaxie CNAM.

În scopul menținerii acoperirii vaccinale, instituțiile medicale se asigură cu cantități necesare de vaccinuri și consumabile pentru administrarea lor, toate vaccinurile fiind procurate prin secția de procurări UNICEF. De asemenea, se asigură monitorizarea lunară a realizării vaccinărilor prin intermediul vizitelor în teren, al rapoartelor statistice privind vaccinările efectuate, al transferului datelor generalizate și analizate în format electronic. Activitatea pozitivă a majorității instituțiilor medico-sanitare din țară și asigurarea suficientă cu vaccinuri și seringi s-a scontat cu menținerea unei ponderi relativ înalte a cuprinderii cu vaccinări a copiilor. Acțiunile întreprinse de către sistemul de sănătate, precum vaccinarea conform calendarului, monitorizarea permanentă a morbidității, măsurile profilactice și antiepidemice întreprinse, au permis menținerea, în anii 2016–2021, a situației epidemiologice favorabile pentru maladiile prevenibile prin vaccinare. Ca urmare, în această perioadă nu au fost înregistrate boli ca poliomielita provocată de virusul sălbatic sau vaccinuri asociate, tetanosul neonatal, difteria, rubeola și rubeola congenitală, forme invazive a infecției cu *Haemophilus influenzae* (Hib), pneumococi, fiind înregistrate progrese în diminuarea cazurilor de boli ca tusea convulsivă, infecția cu rotavirus, hepatita virală B.

Conform rezultatelor implementării Programului Național de Imunizări pentru anii 2016–2020 au fost îndepliniți următorii indicatori:

1. menținerea statutului Republicii Moldova ca țară liberă de poliomielită (zero cazuri) și contribuția țării la eradicarea globală a poliomielitei;
2. eliminarea durabilă a cazurilor indigene de rubeolă, rubeolă congenitală, difterie și neînregistrarea niciunui caz din cele enumerate;
3. menținerea la nivel de unități a cazurilor de tetanos (1 caz în 2019) în populația generală și de tuberculoză generalizată la copii (zero cazuri);
4. menținerea incidenței prin hepatita virală B în rândul populației generale, sub 1 caz la 100000 de populație, și al copiilor, sub 0,5 cazuri la 100000;
5. reducerea incidenței prin tuse convulsivă și prin oreion, în anii 2020 și 2021, sub 2 cazuri la 100000 populație;
6. reducerea semnificativă a morbidității și mortalității prin infecția cu rotavirus, meningite septice și pneumonii, cauzate de infecțiile cu *Haemophilus influenzae* tip b și *Streptococcus pneumoniae* la copii cu vârsta sub 5 ani.

Pandemia COVID-19 și criza refugiaților din regiune au demonstrat riscuri iminente de declanșare a urgențelor de sănătate publică în Republica Moldova. Deficiențele persistente, în ceea ce privește ratele de vaccinare, și sistemul de supraveghere și furnizare a serviciilor de imunizare sunt cele mai presante



provocări pentru sănătatea publică care intensifică considerabil riscul apariției focarelor de boli contagioase prevenibile prin vaccinare.

Imunizarea în situații de urgență, precum și orice lacune a păturii imune în rândul populației țării, al refugiaților și migrantilor a scos în evidență necesitatea asigurării accesului la serviciile de imunizare cu acțiuni de promovare intense prin mobilizarea socială în zone și grupuri de risc care au o acoperire vaccinală suboptimă. Responsabilitatea comună, prin schimbarea comportamentală de conștientizare a importanței vaccinării, poate ajuta la atingerea obiectivelor de eradicare globală a poliomielitei, de eliminare regională a rujeolei și rubeolei și de scădere semnificativă a bolilor ce pot fi prevenite prin vaccinare.

Accesul universal la vaccinuri este garantat prin livrarea serviciilor de imunizare în toate teritoriile administrative ale Republicii Moldova, prin intermediul instituțiilor medico-sanitare publice din cadrul asistenței medicale primare sau maternității, iar în situațiile în care persoanele din grupurile de risc nu au disponibilitatea de a se vaccina, echipele mobile de vaccinare asigură acest proces în condiții sigure a lanțului frig. În cazul campaniilor de vaccinare a populației, în situații de risc epidemiologic, pentru sporirea accesibilității, vaccinarea poate fi organizată în locuri publice special amenajate, cu respectarea condițiilor de siguranță și lanț frig.

Guvernul Republicii Moldova finanțează integral procurarea vaccinurilor și consumabilelor, precum și a serviciilor oferite în cadrul Programului Național de Imunizări, iar implementarea acestora se realizează de către sistemul de sănătate, cu implicarea autorităților centrale, a administrației publice locale și cu implicarea societății în întregime și a fiecărui individ în parte. În perioada anilor 2016–2021, procurarea și livrarea vaccinurilor a fost realizată conform planului, astfel, neînregistrându-se întreruperi în lanțul de aprovizionare a vaccinurilor și consumabilelor. Angajamentul Guvernului de a oferi finanțare Programului Național de Imunizări reflectă recunoașterea acestuia ca program prioritar de sănătate publică în Republica Moldova. Asigurarea sustenabilității financiare a programului de vaccinare scade considerabil riscurile de deficit de vaccinuri și este esențială pentru a combate reticența față de vaccinare și impactul acesteia asupra programului de imunizare.

Fiind preparate biologice active, vaccinurile necesită condiții de păstrare și transportare la temperaturi speciale, care sunt asigurate de un sistem format din personal instruit și echipamente speciale, denumit „lanțul frig”. Pentru o bună desfășurare a activităților din domeniul imunizărilor sunt necesare următoarele resurse: vaccinuri și consumabile, echipament frigorific, echipamente de monitorizare a temperaturii lanțului frig, formulare statistice și resurse pentru managementul deșeurilor rezultate în urma imunizării.

Aprovizionarea cu vaccinuri se face de la nivelul național de către Agenția Națională pentru Sănătate Publică (ANSP) și de către subdiviziunile teritoriale ale acesteia, de către Centrele de Sănătate Publică (o dată la 3 luni), care la rândul lor le distribuie în instituțiile medico-sanitară (o dată în lună). Aprovizionarea

de la nivelul național se face cu refrigeratorul auto care dispune de frigider și monitorizare electronică a temperaturii, astfel fiind asigurată temperatura necesară pentru menținerea lanțului frig (+2 +8 °C). Distribuirea vaccinurilor de la nivelul municipal sau raional către cel local se realizează în containere-termos, cu pungi reci și indicatori de monitorizare a temperaturii.

Asigurarea calității vaccinurilor necesită condiții izotermice și monitorizarea lanțului frig. Pentru a evita pierderi de vaccinuri din cauza faptului că au fost supuse înghețului sau expunerii la căldură, este necesară o aprovizionare adecvată cu frigidere, congelatoare, echipamente de monitorizare a temperaturii, containere-termos. Astfel, pentru păstrarea vaccinurilor sunt recomandate frigiderile cu brâu de gheață (ice-line) și precalificate de OMS, iar mentenanța echipamentelor frigorifice trebuie efectuată regulat de către fiecare instituție în parte.

Accesul universal la vaccinare în Republica Moldova este asigurat prin intermediul a 1158 de instituții care prestează servicii de imunizare. Totuși, chiar dacă avem o rețea destul de complexă, cu accesibilitate înaltă, acoperirea vaccinală rămâne a fi sub nivelul optim (95%) pentru majoritatea indicatorilor la vârsta țintă.

Ezitatea privind vaccinarea, definită ca acceptarea cu întârziere sau refuzarea vaccinurilor, în pofida disponibilității acestora, necesită o nouă abordare și impune luarea de măsuri politice și în domeniul sănătății publice. Autoritățile publice centrale și locale în comun cu alte instituții și organizații trebuie să realizeze intervenții axate pe îmbunătățirea dialogului cu cetățenii și înțelegerea îngrijorărilor acestora legate de vaccinare, campanii de informare pentru creșterea nivelului de încredere a populației în vaccinuri și, astfel, pentru creșterea cererii de imunizare.

Lucrătorii medicali sunt factorul cel mai important în realizarea programelor de imunizare, fiind și sursa de informații cea mai credibilă pentru pacienți. Lacunele din cadrul asigurării cu resurse umane a sistemului de sănătate, migrația externă și internă a personalului contribuie la lărgirea decalajelor în rețeaua de asistență medicală, care afectează performanța Programului Național de Imunizare. Drept urmare, Republica Moldova se confruntă cu o carență de profesioniști din cadrul ANSP și al instituțiilor medicale, astfel, fiind necesare intervenții sustenabile pentru a atrage specialiști tineri și calificați, inclusiv în domeniul imunizării.

Instruirea personalului, în special a epidemiologilor, medicilor de familie și asistenților medicali este insuficientă pentru mai multe componente ale programului de imunizări, inclusiv pentru modul de comunicare eficientă cu părinții. Astfel de programe de instruire în materie de vaccinare reprezintă o prioritate pentru formarea unui personal medical cu un nivel înalt de cunoștințe și abilități practice în consilierea populației referitor la necesitatea vaccinării și obținerea imunizărilor recomandate.

**Ezitatea privind vaccinarea.** După cum s-a menționat, în ultimele decenii, se înregistrează o scădere progresivă a acoperirii vaccinale atât la nivel național,

cât și la cel regional, pentru majoritatea vaccinurilor disponibile. Argumentările expuse în favoarea vaccinării nu mai sunt suficiente pentru a menține acoperirea vaccinală la niveluri înalte. Mai mult, progresul societății comportă schimbări radicale în ceea ce privește scenariul epidemiologic și demografic în diferite țări ale lumii. Per total, se estimează că în lume aproximativ 18,7 milioane de copii nu au primit ciclul de vaccinare de bază.

Vaccinările au devenit victime ale propriului succes: nu se mai recunoaște, de fapt, că starea de sănătate a populației s-a îmbunătățit foarte mult, că mortalitatea, în special în rândul copiilor de vârstă fragedă, și complicațiile invalidante ale multor boli au fost reduse drastic prin aplicarea anume a acestor măsuri preventive. Lipsa de conștientizare, deseori, generează confuzie până la punctul de a considera că anume vaccinurile sunt cauza anumitor boli.

Unul dintre motivele principale care conduce la scăderea acoperirii vaccinale în rândul populației este *ezitarea privind vaccinarea*, fenomen comportamental complex, care se referă la întârzierea în obținerea sau refuzul vaccinării, în pofida disponibilității serviciilor de vaccinare. Acest termen include elemente precum incertitudinea și indecizia, întârzierea și reticența persoanelor în luarea deciziei cu privire la vaccinare.

Din punct de vedere istoric, ezitarea privind vaccinarea este un fenomen care datează de la primele vaccinuri efectuate în sec. XVIII. Primele scutiri de la vaccinare (împotriva variolei) din motive de credințe și convingeri personale au fost legitimate la sfârșitul sec. XIX, devenind o monedă de schimb în cadrul campaniilor electorale. Totuși, punctul culminant a fost atins în 1998, când Andrew Wakefield, medic britanic, a susținut cu infamă că vaccinul împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei (ROR) a provocat boli inflamatorii intestinale și autism. Publicația a fost retrasă prompt de revistă după o critică rapidă la adresa lucrării, iar autorul ei s-a dovedit a fi un mincinos și un fraudator. Cu toate acestea, în pofida faptului că o serie enormă de studii realizate în următorii 20 de ani nu au arătat nicio legătură între dezvoltarea autismului și vaccinare, multe persoane încă mai cred în acest mit, iar efectul nociv provocat de această publicație se resimte cu putere până în zilele de astăzi.

Astfel, în 2019, în urma unei creșteri de 5 ori la nivel mondial a rujeolei, ezitarea privind vaccinarea a fost numită de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) drept una dintre primele 10 amenințări la adresa sănătății globale. O creștere mai pronunțată a morbidității, mortalității și costurilor susținute în legătură cu această problemă a fost raportată în regiunile Europene și Americane ale OMS. Studiile din domeniu, realizate în mai multe țări, au demonstrat că intensificarea procesului epidemic prin rujeolă și alte boli prevenibile prin vaccinare a fost eșecul în atingerea ratelor adecvate de acoperire cu imunizări. La rândul său, ezitarea privind vaccinarea a fost identificată ca barieră principală în crearea unei protecții la nivel comunitar, suficientă pentru a garanta încetinirea transmiterii acestor boli în rândul populației.

În ultimul deceniu, ezitarea privind vaccinarea a devenit un subiect-cheie de cercetare în diverse domenii, ca urmare a creșterii numărului de boli prevenibile prin vaccinare, a introducerea de noi vaccinuri, a răspândirii dezinformării și a descreșterii acoperirii vaccinale. Mai mult, pandemia de COVID-19 a atras mai multă atenție asupra rolului ezitării privind vaccinarea în limitarea implementării vaccinurilor și în eșecul obținerii imunității colective postvaccinale. Acest lucru a condus la proliferarea literaturii științifice despre ezitarea privind vaccinarea în domeniul sănătății publice, al cercetării biomedicale și al științelor sociale.

Deja în 2012, OMS a creat un grup de lucru pe lângă Grupul Consultativ Strategic de Experți în imunizări (SAGE), oferindu-i mandatul de a defini ezitarea privind vaccinarea și de a sugera modul de monitorizare și abordare a acesteia. Grupul de lucru a propus o definiție largă, descriind ezitarea privind vaccinarea ca un continuum de la acceptare până la refuz al vaccinării sau ca o întârziere în acceptarea acesteia, în pofida disponibilității vaccinurilor. Grupul de lucru a descris ezitarea privind vaccinarea ca fiind „*un fenomen comportamental complex specific vaccinurilor, contextului, timpului și locului, influențat de factori precum confortul (Complacency), conveniența (Convenience) și convingerea (Confidence)*”, aceste componente ale modelului 3C considerându-se baza conceptuală a fenomenului studiat. Această definiție largă subliniază variabilitatea prin descrierea faptului că ezitarea privind vaccinarea poate varia în funcție de tipul de vaccin și de contexte diferite, se poate schimba în timp sau între diferite locații geografice și este influențată de diverși factori determinanți.

**Convingerea** în vaccinare este definită ca încredere în: a) eficacitatea și siguranța vaccinurilor; b) sistemul care le furnizează, inclusiv fiabilitatea și competența serviciilor de sănătate și a profesioniștilor din domeniul sănătății; c) motivațiile factorilor de decizie care decid cu privire la vaccinurile necesare.

**Confortul** (sau nepăsarea) față de vaccinare există acolo unde riscurile percepute de bolile prevenibile prin vaccinare sunt scăzute și vaccinarea nu este considerată o acțiune preventivă necesară. Confortul față de un anumit vaccin sau față de vaccinare, în general, este influențată de mulți factori, inclusiv de unele responsabilități cotidiene pe care le au persoanele și care pot fi considerate a fi mai importante în acel moment. Succesul programului de imunizare poate duce, în mod paradoxal, la confort și, în cele din urmă, la ezitare, deoarece indivizii cântăresc și confruntă riscurile vaccinării față de riscurile bolii pe care vaccinul o previne. Autoeficacitatea (capacitatea percepută de sine sau reală a unui individ de a întreprinde unele acțiuni pentru a fi vaccinat) influențează, de asemenea, gradul în care confortul determină ezitarea.

**Conveniența** (sau comoditatea) vaccinării este un factor semnificativ atunci când disponibilitatea fizică, accesibilitatea și disponibilitatea de a plăti pentru a obține vaccinul, accesibilitatea geografică, capacitatea de înțelegere (limbajul și cunoștințele în materie de sănătate) și atractivitatea serviciilor de imunizare afectează acceptarea vaccinării. Calitatea serviciului (reală și/sau percepută) și gradul în care serviciile de vaccinare sunt furnizate într-un anumit moment sau

locul și contextul cultural convenabil și confortabil pot să afecteze, de asemenea, decizia de a fi vaccinat și pot duce la ezitarea privind vaccinarea.

Or, fără a ne limita la cele 3 componente de mai sus, există și alte C-uri care variază în funcție de context, dintre care:

**Calcululele** care se referă la măsura în care cineva caută informații despre un vaccin și/sau despre o boală anume și apoi își efectuează propria analiză de risc-beneficiu pentru a se hotărî dacă se vaccinează sau nu. Este posibil ca persoanele care fac multe calculule să aibă o aversiune mai mare la risc decât cele care nu fac calculule, deci este mai puțin probabil ca primele să se vaccineze, având în vedere disponibilitatea ridicată a surselor de pe internet împotriva vaccinării.

**Responsabilitatea colectivă** se referă la disponibilitatea persoanelor de a le proteja pe altele vaccinându-se, în cadrul efortului colectiv de a dobândi imunitatea colectivă. Aceasta ar trebui să se coreleze, în sens pozitiv, cu colectivismul (în opoziție cu individualismul), cu orientarea comună și cu empatia, indicând dorința populației de a se vaccina spre beneficiul altora.

Aceste cinci antecedente se combină pentru a crea o stare psihologică care poate determina o persoană să se vaccineze sau nu. Totuși, este important de reținut că fiecare dintre aceste antecedente se poate schimba în timp, ceea ce înseamnă că o persoană poate oscila mai mult timp între a vrea și a nu vrea să se vaccineze. Mai mulți factori favorizanți și mai multe obstacole în calea vaccinării pot influența aceste oscilații în ceea ce privește opțiunea personală. Factorii se pot manifesta la nivel individual și comunitar (convingerile în ceea ce privește promovarea sănătății sau experiența cu sistemele de sănătate și cu personalul medical), într-un context național sau regional (percepțiile asupra liderilor, asupra evenimentelor istorice, a mesajelor și a comunicării) sau în ceea ce privește vaccinul în sine (riscul perceput comparativ cu beneficiile, noutatea vaccinului, programul, metoda de administrare etc.).

În scenariul actual al COVID-19, unii autori pun accentul pe următoarele C-uri suplimentare:

**Comunicarea vaccinării** – comunicarea repetată a riscurilor este considerată crucială pentru a facilita luarea deciziilor ce țin de ezitarea privind vaccinarea. Astfel, este importantă comunicarea destinată familiilor și prietenilor despre importanța beneficiilor imunității colective și protecția pe care aceasta o oferă celor care sunt vulnerabili.

**Contextul vaccinării** – comunicarea trebuie să ia în considerație contextul în care are loc vaccinarea, inclusiv etnia, religia, ocupația și statutul socioeconomic.

Totuși, în timp ce nivelurile ridicate de ezitarea privind vaccinarea conduc la o cerere scăzută de vaccin, nivelurile scăzute de ezitare nu înseamnă neapărat o cerere mare a vaccinului. Matricea determinantilor ezitării privind vaccinarea, propusă de grupul de lucru SAGE, afișează factorii care influențează decizia comportamentală de a accepta, amâna sau respinge unele sau toate vaccinurile în trei categorii: influențe contextuale, individuale și de grup și specifice vaccinului sau vaccinării (Tabelul 10.4.).

**Tabelul 10.4. Matricea determinanților ezitării privind vaccinarea (SAGE WG)**

<p><b>Influențe contextuale:</b></p> <p>Influențe care apar din cauza factorilor istorici, socio-culturali, de mediu, sistemului de sănătate/instituționali, economici sau politici</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mediu de comunicare și media</b></li> <li>• <b>Lideri influenți, paznici ai programului de imunizare și lobby-uri împotriva sau pro-vaccinării</b></li> <li>• <b>Influențe istorice</b></li> <li>• <b>Religie/cultură/gen/factori socio-economici</b></li> <li>• <b>Politică/politici</b></li> <li>• <b>Bariere geografice</b></li> <li>• Percepția industriei farmaceutice</li> </ul>
<p><b>Influențe individuale și de grup:</b></p> <p>Influențe care apar din percepția personală a vaccinului sau influențe ale mediului social/de la egal la egal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiența personală, a familiei și/ sau a membrilor comunității cu vaccinarea, inclusiv durerea</li> <li>• Credințe, atitudini despre sănătate și prevenire</li> <li>• Cunoaștere/conștientizare</li> <li>• Sistemul de sănătate și furnizorii – încredere și experiență personală</li> <li>• Risc/beneficiu (perceput, euristic)</li> <li>• Imunizarea ca normă socială vs. nenenecesară/dăunătoare</li> </ul>
<p><b>Probleme specifice vaccinului/ vaccinării:</b></p> <p>Direct legate de vaccin sau vaccinare</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risc/beneficiu (dovezi epidemiologice și științifice)</li> <li>• Introducerea unui nou vaccin sau a unei noi formulări sau a unei noi recomandări pentru un vaccin existent</li> <li>• Mod de administrare</li> <li>• Proiectarea programului de vaccinare/ modului de livrare (e.g. program de rutină sau campanie de vaccinare în masă)</li> <li>• Fiabilitatea și/sau sursa de aprovizionare cu vaccin și/sau echipament de vaccinare</li> <li>• Programul de vaccinare</li> <li>• Cheltuieli</li> <li>• Puterea recomandării și/sau a bazei de cunoștințe și/sau a atitudinii profesioniștilor din domeniul sănătății</li> </ul>

**Dimensiunea fenomenului la nivel global.** Multe studii realizate în ultimul deceniu cu privire la ezitarea privind vaccinarea în țările cu venituri mici și mari au arătat rezultate inconsistente, dar, în același timp, perspicace. În 2018, un sondaj realizat de Wellcome Global Monitor pe 140000 de persoane din 140 de țări cu privire la atitudinile publice față de sănătate și știință a arătat că peste 90% dintre participanții din Asia de Sud și Africa de Est au avut o părere că vaccinările sunt utile și eficiente. În mod similar, peste 92% dintre băștinașii din Asia de Sud și Africa de Est au perceput vaccinurile ca fiind sigure, pe când în Europa de Vest, doar 59% dintre participanți au crezut în siguranța acestora. Conform acestui studiu, în general, vaccinările au fost relativ bine acceptate în țările cu venituri mici. Un studiu realizat în 2019, utilizând chestionarul standardizat OMS în țările cu venituri mici (Bangladesh, China, Etiopia, Guatemala și India), a constatat că, chiar și în rândul populației cu atitudini provaccinare, mai mult de 50% au fost de acord sau au fost neutri la întrebarea dacă noul vaccin a fost mai riscant decât precedentul. Studiile din țările cu venituri mari sugerează că este mai acceptabil ca indivizii să fie dispuși să își asume mai multe riscuri privind acceptarea noilor vaccinuri pentru sugari atunci când beneficiile directe sunt mai mari, dar acest lucru poate să nu fie adevărat în cazul vaccinurilor COVID-19 la copii.

În ceea ce privește acceptarea vaccinului COVID-19, un studiu realizat pe 44260 de persoane din 10 țări cu venituri mici, Rusia și SUA, a arătat o dorință considerabil mai mare de obținere a vaccinului COVID-19 în țările cu venituri mici, în comparație cu SUA și Rusia.

De asemenea, este important de remarcat faptul că în timpul pandemiei COVID-19, disparitățile majore între țările cu venituri mari și cele cu venituri mici, în ceea ce privește accesul la vaccin, au contribuit și mai mult la creșterea ezitării privind vaccinarea. În 2021, OMS a stabilit ținta pentru o acoperire globală de vaccinare de 70% până la jumătatea anului 2022. În iunie 2022, doar 58 dintre cele 194 de state membre ale OMS au atins această țintă, iar în țările cu venituri mici doar 37% dintre lucrătorii din domeniul sănătății au primit un curs complet de vaccinare primară.

În acest context, toate țările ar trebui să depună eforturi constante pentru a-i vaccina pe toți cetățenii eligibili, mai ales în țările cu o acoperire generală scăzută a vaccinării împotriva COVID-19, unde rămâne o prioritate vaccinarea persoanelor vârstnice și a celor cu probleme de sănătate preexistente. În țările în care s-a atins o acoperire vaccinală generală bună, dar unde încă există subpopulații în care acoperirea rămâne inferioară nivelului dorit, aceste grupuri-cheie pot fi discutate ca entități unice, ele fiind extrem de eterogene, iar acest fapt trebuie luat în considerare atunci când se concep strategii de promovare, acceptarea și implementare a vaccinului. Dintre populațiile-țintă care merită o atenție deosebită pot fi evidențiate următoarele:

*Grupurile vulnerabile din punct de vedere social și la care este greu de ajuns.* Din cadrul acestui grup fac parte persoanele din rândul minorităților etnice

marginalizate, migranții în situație neregulamentară, persoanele fără adăpost și persoanele cu handicap care se confruntă cu o serie de provocări în ceea ce privește vaccinarea împotriva COVID-19. Printre principalele motive de îngrijorare ale acestor grupuri de populație se numără neîncrederea generală în autorități, barierele lingvistice, provocările care țin de accesul fizic la centrele de vaccinare și teama de stigmatizare. În plus, aceste comunități prezintă, deseori, un risc ridicat de infectare, având în vedere condițiile lor de viață în medii aglomerate și, uneori, precare, ceea ce înseamnă că aceste comunități cu atât mai mult trebuie să se vaccineze. În pofida acestui risc ridicat, datele defalcate privind statutul de migrant, de minoritate etnică etc. nu sunt disponibile pe scară largă, ceea ce înseamnă că provocările specifice cu care se pot confrunta aceste persoane rămân necunoscute pentru factorii de decizie.

*Copiii și adolescenții eligibili pentru vaccinare și părinții acestora.* Mai multe state membre ale UE/SEE au început să pună la dispoziție vaccinarea împotriva COVID-19 pentru copii și adolescenți cu vârsta de peste 12 ani. Deși, cel mai frecvent, aceștia se confruntă doar cu forme ușoare ale bolii, membrii acestei categorii de vârstă tot prezintă riscul de a dezvolta complicații în urma infecției cu COVID-19 și pot fi și purtători ai virusului. Vaccinarea copiilor împotriva COVID-19 antrenează o serie de provocări specifice, în special ca urmare a faptului că, întrucât aceștia sunt dependenți din punct de vedere juridic în decizia de a se vaccina, ar putea fi implicați părinții sau tutorii, mai ales în cazul copiilor mai mici. Astfel, opiniile și preocupările părinților vor juca un rol esențial în orice efort de vaccinare a copiilor și a adolescenților împotriva COVID-19. Totuși, este esențial să fie luate în considerare și opiniile și experiențele tinerilor, să le fie respectată autonomia, iar aceștia să fie incluși în discuțiile privind vaccinarea, într-o manieră adecvată vârstei.

Deși personalul medical nu este considerat o categorie care, per ansamblu, înregistrează rate scăzute de vaccinare, acesta reprezintă un grup prioritar suplimentar pentru vaccinarea împotriva COVID-19 în întreaga lume, inclusiv în UE/SEE. Acest lucru este determinat de nivelul ridicat de expunere la COVID-19 și la alte boli contagioase cu care intră în contact cadrele medicale și de faptul că acestea pot răspândi destul de ușor virusul la pacienți sau la colegi. În plus, încrederea pe care o au oamenii în cadrele medicale le oferă acestora un rol esențial în influențarea percepțiilor pacienților lor cu privire la un vaccin și la a boala asociată acestuia. Prin urmare, aceste persoane pot avea un impact semnificativ asupra deciziilor oamenilor de a se vaccina. Întrucât se știe că unele cadre medicale au întrebări și preocupări în ceea ce privește vaccinarea împotriva COVID-19, este important ca acestea să fie sprijinite ca să accepte și să primească vaccinul împotriva COVID-19. Acest lucru va proteja direct personalul medical și va evita eventuala transmitere a virusului în cadrul unităților medicale, contribuind, în același timp, la luarea deciziei de către pacienți de a se vaccina, ceea ce va asigura protecția întregii societăți.



### 10.3. Strategii pentru creșterea nivelului de acceptare și implementare a vaccinării

Strategiile pentru creșterea nivelului de acceptare și implementare a vaccinării au fost puse în aplicare în diferite state ale UE/SEE, vizând fiecare dintre cei 5 „C”. Deși fiecare strategie prezentată a fost clasificată în cadrul unui anumit „C”, numeroase strategii vizează 2 sau mai mulți „C” simultan. Având în vedere această suprapunere, strategiile potențiale identificate din experiențele externe ar trebui să fie considerate o sursă de inspirație și adaptate la contextul respectiv, și nicidecum preluate și aplicate ca o abordare prescriptivă care trebuie urmată cu strictețe. Identificarea strategiilor trebuie să fie făcută printr-o analiză de ansamblu care include o gamă variată de materiale și de surse selectate astfel încât să reflecte diversitatea populațiilor deservite și regiunile geografice reprezentate. Includerea unei anumite strategii într-o anumită țară nu ar trebui considerată o indicație a faptului că aceasta, pusă în aplicare în altă țară, este „mai bună” decât alta. În mod similar, excluderea unei anumite strategii într-o anumită țară nu înseamnă sub nicio formă că aceasta a fost „mai puțin adecvată” decât una care a fost inclusă.

**Convingerea.** Strategiile se referă la consolidarea încrederii – încrederea în sistemul medical care oferă vaccinul, încrederea în responsabilii de elaborare a politicilor care iau hotărâri privind vaccinul și încrederea în siguranța și eficacitatea vaccinului în sine.

**Constrângerile.** Strategiile care vizează constrângerile se axează, în general, pe creșterea accesibilității, a capacității persoanelor de a înțelege informațiile (cunoștințele în materie de sănătate, limbajul), a atractivității serviciilor de imunizare, precum și pe abordarea obstacolelor percepute sau reale în calea accesibilității din punct de vedere financiar.

**Confortul.** Starea de confort se referă la perceperea unui risc scăzut în ceea ce privește boala, care poate reduce motivația unei persoane de a se vaccina. De exemplu, la începutul pandemiei, se preciza. Deseori, că tinerii și copiii prezintă un risc foarte scăzut de a contracta COVID-19 comparativ cu persoanele mai în vârstă. Prin urmare, ar putea fi necesar ca strategiile care vizează abordarea problemei confortului să se bazeze pe explicarea riscului pe care îl prezintă COVID-19 pentru tineri și pe o mai bună înțelegere în rândul acestora cu privire la importanța vaccinării în sens general.

**Calcululele.** În modelul 5C, calcululele se referă la analizele efectuate de o persoană cu privire la riscurile și beneficiile percepute ale vaccinării. Prin urmare, strategiile care vizează calcululele își pot propune să furnizeze informații corecte pentru a contracara sursele critice la adresa vaccinurilor, inclusiv dezinformarea și informarea eronată, și pentru a evidenția motivele și importanța vaccinării.

**Responsabilitatea colectivă.** Strategiile care vizează responsabilitatea colectivă ar putea implica campanii de comunicare privind vaccinarea împotriva

COVID-19, care abordează factori psihosociali asociați intenției de vaccinare, precum convingerea că vaccinarea personală îi va proteja pe alții (promovând astfel simțul datoriei morale) și că vaccinarea este esențială pentru repornirea activității în societate.

Comunicarea beneficiului social al vaccinării poate conduce la creșterea intenției de vaccinare. Totuși, cercetările pe această temă evidențiază mai mulți factori care pot afecta eficacitatea mesajelor contextele culturale și sociale (în unele societăți vaccinarea este percepută deja ca o responsabilitate colectivă), valorile prosoziale ale celor care primesc mesajele, formatele și canalele de comunicare folosite (de exemplu, poate fi mai eficient să se arate cum funcționează protecția comunitară printr-o simulare interactivă decât printr-un scurt text) și nivelul de ezitare al persoanelor. În ceea ce privește ultimul aspect, persoanele care au mari ezitări prezintă mai puține șanse să vadă beneficiile colective ale vaccinării și, astfel, ar putea fi mai eficient să se evidențieze beneficiile personale în cazul acestor persoane.

**Alte strategii de creștere a ratei de vaccinare.** În unele țări, atunci când s-a considerat că alte tipuri de intervenții sunt insuficiente pentru a obține o acoperire vaccinală ridicată, s-au introdus măsuri bazate pe stimulente, obligativitatea certificatelor și obligativitatea vaccinării. Totuși, este important să se rețină că, deși aceste inițiative s-ar putea dovedi eficiente, acționând ca mecanism declanșator pentru persoanele care sunt ambivalente sau împotriva vaccinării, ele încearcă să modeleze comportamentul, nu să schimbe opiniile și sentimentele persoanelor față de vaccinare. În plus, stimulentele sau sancțiunile pot reduce la minimum posibilitatea de întârziere a vaccinării, impunând obligativitatea acesteia pentru ca o persoană să obțină un rezultat dorit (de exemplu, accesul la educație, la muncă, la divertisment sau la călătorii).

## Referințe:

1. Chicu V. Supravegherea și controlul bolilor infecțioase. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Școala de Management în Sănătate Publică. Chișinău, Î.S. F.E.-P. „Tipografia centrală”, 2007. 176 p.
2. Lozan O., Cotelea S., Gramma R. (et al.). Promovarea sănătății (Manual). Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Școala de Management în Sănătate Publică. Chișinău: S. n. 2017. 208 p.
3. World Health Organization. 10 facts on immunization; 2019. Disponibil la: <https://www.who.int/features/factfiles/immunization/en/>.
4. MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015;33(34):4161-4164.
5. Report of the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE). Geneva, 14–15 June 2002.
6. Dubé E., Gagnon D., Nickels E., Jeram S., Schuster M. Mapping vaccine

hesitancy--country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*. 2014 Nov 20;32(49):6649-54.

7. Betsch C., Schmid P., Heinemeier D., Korn L., Holtmann C., Bohm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS ONE* 13(12): e0208601.
8. Supravegherea de stat a sănătății publice în Republica Moldova (Raport național, 2021). Chișinău, Agenția Națională pentru Sănătate Publică (ANSP), 2022. 179 p.
9. Programul Național de Imunizări pentru anii 2023–2027.
10. Strategia de comunicare și planul de acțiune pentru implementarea strategiei de comunicare 2021–2023.
11. Facilitating COVID-19 vaccination acceptance and uptake in the EU/EEA. 15 October 2021. Stockholm: ECDC. 2021.

# XI.

## MANAGEMENTUL URGENȚELOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

- 11.1. Situații excepționale, dezastre și urgențe de sănătate publică
- 11.2. Managementul riscurilor și al urgențelor de sănătate publică
- 11.3. Cadrul legal internațional și național privind măsurile de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică
- 11.4. Sistemul național de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică
- 11.5. Planificarea măsurilor de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică
- 11.6. Siguranța instituțiilor medico-sanitare oferită în timpul situațiilor de urgență și dezastre
- 11.7. Regulamentul Sanitar Internațional (2005)
- 11.8. Comunicarea în situații de urgență
- 11.9. Asigurarea financiară a pregătirii și a răspunsului la urgențele de sănătate publică
- 11.10. Planificarea, crearea și gestionarea rezervelor destinate pentru gestionarea urgențelor de sănătate publică
- 11.11. Organizarea asistenței medicale și a evacuării în cazul urgențelor de sănătate publică soldate cu victime multiple. Triajul medical
- 11.12. Managementul cadavrelor în timpul gestionării urgențelor de sănătate publică

### **11.1. Situații excepționale, dezastre și urgențe de sănătate publică**

#### **11.1.1. Terminologia și abordările internaționale**

La nivel internațional cel mai frecvent se operează cu termenii „dezastru” și „urgență”. Conform „Terminologiei privind reducerea riscului dezastrelor”, aprobate de ONU, dezastru reprezintă „o perturbare gravă a funcționării unei comunități sau a unei societăți ce cauzează pe scară largă pierderi umane, materiale, economice sau ale mediului înconjurător, care depășesc capacitățile comunității sau societății afectate de a face față situației, folosind propriile lor resurse”.

Conform clasificării Centrului de Cercetări în domeniul Epidemiologiei Dezastrelor (Brussels, Belgia), care gestionează una dintre cele mai largi baze de date privind dezastrele ce se produc în întreaga lume, dezastrele se încadrează

în 2 grupe: dezastre naturale și dezastre tehnologice. La rândul lor, dezastrele naturale se divizează în următoarele subgrupe: dezastre geofizice, climaterice, hidrologice, meteorologice și biologice, iar dezastrele tehnologice, în accidente industriale, accidente de transport și accidente diverse.

Pe lângă termenul „dezastru”, în literatura internațională de specialitate, la fel de mult, se utilizează și termenul „urgență”, care este tratat ca un termen interschimbabil cu termenul „dezastru”, însă se subînțelege că gravitatea și amploarea acestuia este mai mică, fapt care permite comunității/societății să facă față situației utilizând preponderent capacitățile și resursele proprii.

În Glosarul OMS „Managementul urgențelor în sănătate și al dezastrelor” este dată definiția termenului „urgență de sănătate publică” care reprezintă „un tip de eveniment sau amenințare iminentă care produce sau are potențialul de a produce o serie de consecințe asupra sănătății și care necesită acțiuni coordonate, de obicei, urgente și, adesea, neordinare”.

### **11.1.2. Terminologia și abordările naționale**

În Republica Moldova se operează cu doi termeni: „situație excepțională” și „urgență de sănătate publică”.

Termenul „situație excepțională” este definit în Hotărârea Guvernului nr. 1076/2010 cu privire la clasificarea situațiilor excepționale și la modul de acumulare și prezentare a informațiilor în domeniul protecției populației și teritoriului în caz de situații excepționale. Astfel, prin situație excepțională se subînțelege o situație pe un anumit teritoriu, ca rezultat al unei avarii, fenomen natural periculos, catastrofe, calamități naturale sau de alt caracter, care pot provoca sau au provocat victime umane, prejudiciu sănătății oamenilor sau mediului ambiant, pierderi materiale considerabile și au afectat condițiile activității vitale a oamenilor.

Conform respectivei hotărâri, situațiile excepționale se clasifică în funcție de factorul provocator și în funcție de proporțiile extinderii și de gravitatea consecințelor.

În funcție de factorul provocator, situațiile excepționale se divizează în următoarele tipuri: situații excepționale cu caracter natural, situații excepționale cu caracter tehnogen și situații excepționale cu caracter biologic-social.

În funcție de proporțiile extinderii și de gravitatea consecințelor, situațiile excepționale se împart în următoarele tipuri: de obiect, locale, teritoriale, naționale și transfrontaliere. Criteriile de atribuire la tipurile enumerate sunt numărul de persoane care au avut de suferit, inclusiv au decedat, numărul persoanelor cărora le-au fost afectate condițiile de activitate vitală, prejudiciul material și hotarele zonelor de răspândire a factorilor distructivi ai situațiilor excepționale (Tabelul 11.1.).

**Tabelul 11.1. Clasificarea situațiilor excepționale în funcție de proporțiile extinderii și de gravitatea consecințelor (în conformitate cu Hotărârea Guvernului nr. 1076/2010)**

Tipul situațiilor excepționale	Au avut de suferit (pers.)	inclusiv	Au fost afectate condițiile de activitate vitală (pers.)	Mărimea prejudiciului (unit. conv.)	Hotarele extinderii situației excepționale	Cine lichidează consecințele situației excepționale
		au decedat (pers.)				
<b>de obiect</b>	până la 10	2-5	până la 100	până la 1000	Raza teritoriului obiectului	Forțele și mijloacele obiectului
<b>locale</b>	10-50	6-10	100-300	1000-5000	Hotarele localității: sat, oraș, municipiu (cu excepția mun. Chișinău)	Forțele și mijloacele autorităților publice locale (comunelor, orașelor, municipiilor)
<b>teritoriale</b>	50-100	11-25	300-500	5000-100000	Hotarele raionului, mun. Chișinău	Forțele și mijloacele autorităților publice locale ale raionului, ale mun. Chișinău
<b>naționale</b>	mai mult de 100	mai mult de 26	mai mult de 500	mai mult de 100000	Hotarele a două și mai multe raioane vecine	Forțele și mijloacele autorităților publice locale de nivelul II, al căror teritoriu a intrat în zona SE
<b>transfrontaliere</b>	Factorii distructivi depășesc hotarele Republicii Moldova sau situația excepțională sa produs peste hotare și afectează teritoriul Republicii Moldova.					În conformitate cu prevederile dreptului internațional și ale acordurilor internaționale ale Republicii Moldova

În practica managementului situațiilor excepționale, care afectează preponderent sănătatea populației, se operează cu termenul „urgență de sănătate publică”, care este definit în Legea nr. 10/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice. Conform legii respective „urgența de sănătate publică reprezintă apariția sau riscul iminent de răspândire a unei boli sau a unui eveniment de sănătate care determină probabilitatea înaltă a unui număr mare de decese și/sau a unui număr mare de dizabilități în rândul populației afectate ori care determină expunerea largă la acțiunea unui agent biologic, chimic sau fizic ce poate cauza în viitor riscuri semnificative pentru un număr substanțial de persoane în mijlocul populației afectate”.

## 11.2. Managementul riscurilor și al urgențelor de sănătate publică

### 11.2.1. Managementul riscurilor

Esența și scopul managementului riscului, care reprezintă probabilitatea cu care se poate produce o urgență, constă în excluderea sau reducerea la maximum a acestuia.

Conceptul de management al riscului se bazează pe definirea acestuia drept o funcție a pericolului, expunerii, vulnerabilității și capacității de răspuns, care își găsește reflectarea în următoarea ecuație:

$$\text{Risc} = \frac{\text{Pericol} \times \text{Vulnerabilitate}}{\text{Expunere} \times \text{Capacitatea de răspuns}}$$

Pornind de la formula menționată, reducerea riscului poate fi obținută prin realizarea unor activități complexe și orientate spre reducerea pericolului, expunerii la pericol, a vulnerabilității și a majorării capacității de răspuns.

Totodată, din perspectiva abordării complexe a problemei, managementul riscului cuprinde un spectru mult mai vast de acțiuni, cele mai importante fiind identificarea riscului, analiza și evaluarea riscului, reducerea riscului, monitorizarea și reevaluarea riscului.

Analiza și evaluarea riscului constă în determinarea naturii, mărimii și extinderii riscului. Este important că riscurile pot fi cuantificate și li se poate da o valoare cantitativă (unități de măsură) sau calitativă (jos, mediu, înalt). Una dintre cele mai răspândite metodologii de evaluare a riscurilor este utilizarea Matricei evoluării riscurilor (Figura 11.1.), care permite evaluarea nivelului de risc (jos, moderat, înalt și foarte înalt) în baza datelor ce țin de probabilitatea producerii urgențelor și eventualele consecințe ale acestora.

		CONSECINȚE				
		Minimale	Minore	Moderate	Majore	Severe
PROBABILITATE	Probabilitate foarte înaltă	Risc jos	Risc moderat	Risc înalt	Risc foarte înalt	Risc foarte înalt
	Probabilitate înaltă	Risc jos	Risc moderat	Risc înalt	Risc foarte înalt	Risc foarte înalt
	Probabilitate medie	Risc jos	Risc moderat	Risc înalt	Risc înalt	Risc foarte înalt
	Probabilitate scăzută	Risc jos	Risc jos	Risc moderat	Risc înalt	Risc înalt
	Probabilitate minimă	Risc jos	Risc jos	Risc moderat	Risc înalt	Risc înalt

Figura 11.1. Matricea evaluării riscurilor

În practica managementului riscurilor este larg utilizată și codificarea color a nivelurilor riscurilor, și anume: cod verde – Risc jos; cod galben – Risc moderat; cod portocaliu – Risc înalt și cod roșu – Risc foarte înalt.

În conformitate cu Legea nr. 10/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice, riscurile de declanșare a urgenței de sănătate publică se clasifică pe niveluri de alertă, cu atribuirea acestora codurilor color, după cum urmează: risc posibil de declanșare a unei urgențe de sănătate publică – alertă cu cod galben; risc probabil de declanșare a unei urgențe de sănătate publică – alertă cu cod portocaliu și risc iminent de declanșare a unei urgențe de sănătate publică – alertă cu cod roșu.

Reducerea riscului constă în realizarea măsurilor orientate spre reducerea pericolului, expunerii la pericol, a vulnerabilității și a sporirii capacităților de răspuns. Astfel:

- reducerea pericolului în multe cazuri este destul de problematică, iar, uneori, imposibilă (de exemplu, este foarte complicat de a diminua pericolul producerii unui cutremur sau a temperaturilor extreme);

- reducerea expunerii la pericol constă în realizarea măsurilor de reducere a perioadei de timp în care populația se află sub pericol;

- reducerea vulnerabilității poate fi obținută în urma reducerii influenței factorilor care contribuie la creșterea gradului de vulnerabilitate la urgențe;

- fortificarea capacității de răspuns (a gradului de pregătire) trebuie să fie complexă (sectorială și intersectorială), atotcuprinzătoare (să acopere toate genurile de activitate) și să se realizeze la nivel local, teritorial, național și internațional.

### **11.2.2. Managementul urgențelor și al dezastrelor**

Multiplele studii ale urgențelor și ale dezastrelor (în continuare – *dezastre*) au demonstrat că, indiferent de tipul sau amploarea acestora, pentru toate este comun un anumit ciclu de evoluare, care include următoarele faze: faza predezastru, faza dezastru, faza de răspuns, faza postdezastru, faza de restabilire și faza de pregătire. Totodată, este de menționat că divizarea ciclului de evoluare a dezastrului conform fazelor nominalizate este, în mare măsură, convențională, iar fazele dezastrului nu au o durată clar definită și, de regulă, se suprapun.

Măsurile care se realizează în cadrul managementului unei urgențe sau a unui dezastru în cea mai mare măsură depind de tipul și de amploarea acestora, precum și de faza ciclului lor de evoluare.

*Faza predezastru* este precedată de declanșarea dezastrului. Este caracteristică în special pentru dezastrele cu debut lent (de exemplu secetă). În cazul dezastrelor cu debut brusc (de exemplu, cutremure de pământ) poate să nu existe. Activitățile în faza de predezastru reprezintă un ansamblu de



măsuri care au ca scop prevenirea și/sau diminuarea eventualului impact al dezastrului.

Faza dezastru este perioada în care se produce evenimentul dezastruos și care urmează îndată după acesta. În funcție de factorul provocator (cutremur sau epidemie), aceasta poate să se manifeste diferit. În mare măsură, activitățile care se efectuează în această fază depind de debutul (brusc sau lent) și de durata (scurtă, lungă) a impactului, precum și de gradul de pregătire și reacție rapidă a serviciilor de intervenție urgentă (salvatori, pompieri, ambulanțe etc.).

Faza de răspuns este faza care începe în timpul evenimentului, durează o perioadă relativ scurtă după producerea dezastrului și reprezintă ansamblul de acțiuni întreprinse urgent pentru a salva vieți, a reduce impactul asupra sănătății, a asigura securitatea public și a asigura nevoile esențiale ale populației afectate.

Faza de postdezastru urmează după faza de răspuns și constă în lichidarea consecințelor impactului dezastrului asupra populației afectate, a infrastructurilor, a serviciilor și a economiei. Activitățile care se realizează în această fază reprezintă o continuare a activităților efectuate în faza de răspuns și un început al activităților care urmează a fi efectuate în faza de restabilire.

Faza de restabilire este, de fapt, o continuare a fazei de postdezastru și constă în lichidarea, în termen mediu și lung, a consecințelor dezastrului. Activitățile realizate în această fază au ca scop finalizarea lichidării tuturor consecințelor dezastrului, inclusiv ale celor îndepărtate, și restabilirea totală a vieții social-economice a societății.

Faza de pregătire se caracterizează printr-un proces programat de activități pe termen lung ale căror obiective sunt fortificarea capacității generale și a capacităților societății (comunității) de a gestiona eficient toate tipurile de urgențe și dezastre.

În pofida faptului că abordările, precum și algoritmul acțiunilor pe care se bazează managementul riscului și managementul dezastrului, aparent diferă, ambele, în aspect conceptual, trebuie tratate ca părți componente ale unui proces unic, care are un scop comun de a fortifica gradul de securitate al societății la urgențe și dezastre, precum și de a asigura un răspuns adecvat în cazul declanșării acestora (Figura 11.2.).

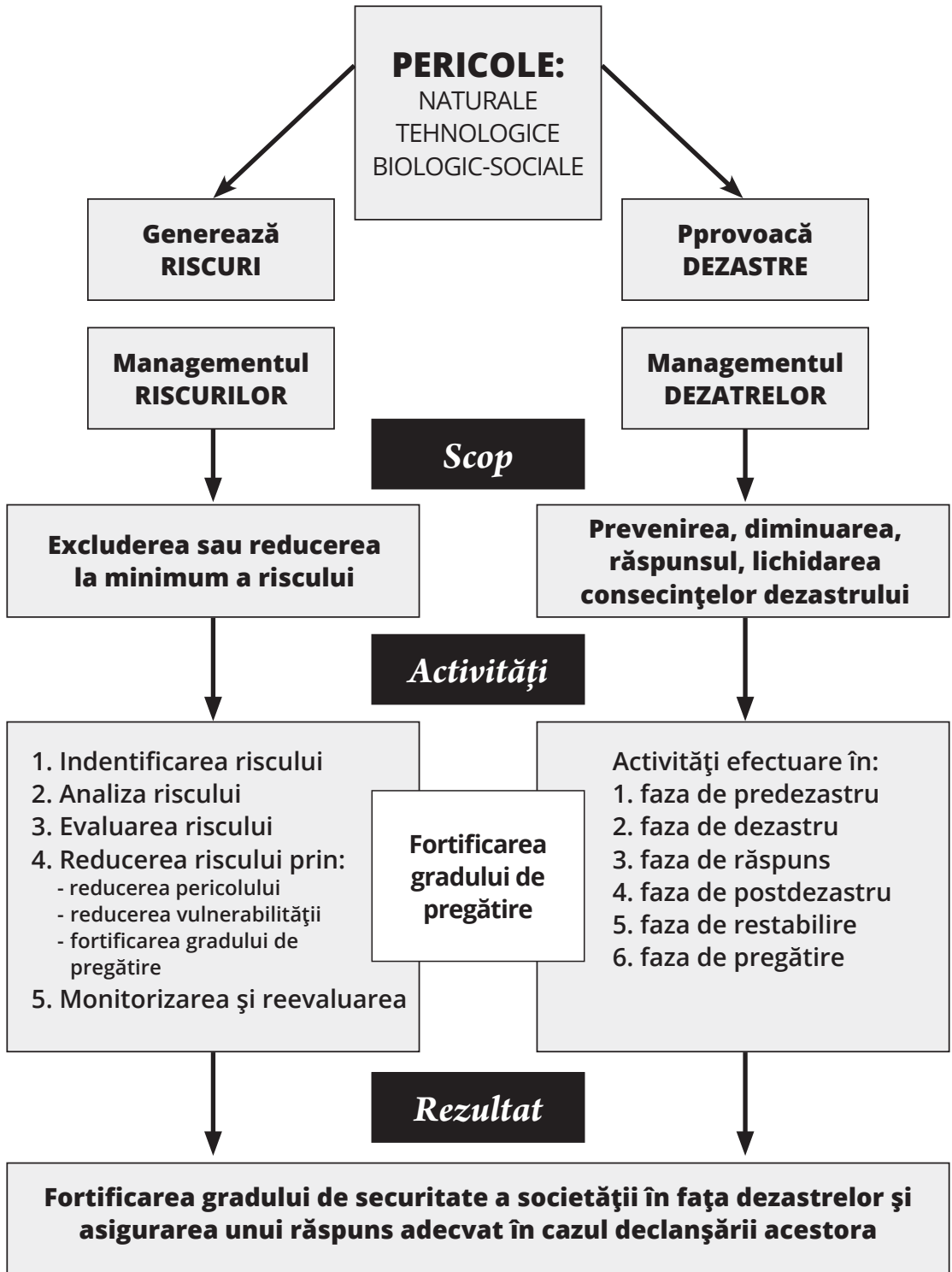


Figura 11.2. Aspectele conceptuale ale managementului riscului și al dezastrului

## **11.3. Cadrul legal internațional și național privind măsurile de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică**

### **11.3.1. Cadrul legal internațional**

1. Agenda 2030 și 17 Obiective de Dezvoltare Durabilă – a fost adoptată la 25 septembrie 2015 de 192 state în cadrul Summitului Națiunilor Unite privind Dezvoltarea Durabilă.

2. Declarația și Cadrul de la Sendai pentru Reducerea Riscului Dezastrelor pentru perioada 2015–2030.

3. Regulamentul Sanitar Internațional (2005).

### **11.3.2. Cadrul legal național**

#### **A. Legile Republicii Moldova**

Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995.

Legea nr. 10/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice.

Legea nr. 271/1994 cu privire la protecția civilă.

Legea nr. 267/1994 privind apărarea împotriva incendiilor.

Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

Legea nr. 212/2004 privind regimul stării de urgență, de asediu și de război.

Legea nr. 104/2020 cu privire la rezervele de stat și de mobilizare.

#### **B. Hotărârile Guvernului Republicii Moldova**

Hotărârea nr. 1340/2001 cu privire la Comisia pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova.

Hotărârea nr. 1048/2005 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea sistemului de înștiințare și transmisiuni în caz de pericol sau de apariție a situațiilor excepționale (n.r. Abrogat prin HG405 din 08.12.21).

Hotărârea nr. 820/2009 cu privire la Comisia națională extraordinară de sănătate publică.

Hotărârea nr. 1076/2010 cu privire la clasificarea situațiilor excepționale și la modul de acumulare și prezentare a informațiilor în domeniul protecției populației și teritoriului în caz de situații excepționale.

Hotărârea nr. 951/2013 pentru aprobarea Regulamentului privind sistemul național de supraveghere epidemiologică și control al bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică.

Hotărârea nr. 531/2014 cu privire la acțiunile de implementare a Regulamentului Sanitar Internațional în prevenirea transmiterii transfrontaliere a pericolelor pentru sănătatea publică.

Hotărârea nr. 862/2015 pentru aprobarea Regulamentului privind gestionarea fondurilor de urgență ale Guvernului.

Hotărârea nr. 1431/2016 pentru aprobarea Regulamentului privind sistemul de alertă precoce și răspuns rapid pentru prevenirea, controlul bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică.

Hotărârea nr. 847/2022 pentru aprobarea Regulilor generale de apărare împotriva incendiilor în Republica Moldova.

### **C. Ordinele Ministerului Sănătății/Ministerului Sănătății, Muncii și Protecție Sociale**

Ordinul MS nr. 317 din 02.08.2007 cu privire la reorganizarea Serviciului Asistență Medicală Urgentă a Ministerului Sănătății pentru situații excepționale în Serviciul Republican Medicina Calamităților.

Ordinul MS nr. 443 din 03.12.07 cu privire la instituirea Serviciului Operativ al Ministerului Sănătății.

Ordinul MS nr. 201 din 24.05.2007 cu privire la punerea în aplicare a Normelor de calcul al necesităților de medicamente și consumabile parafarmaceutice pentru acordarea ajutorului medical în caz de situații excepționale.

Ordinul MS nr. 382 din 08.11.2009 cu privire la modificarea modului de recepționare a informației urgente de către instituțiile medicale și de învățământ medical, amplasate în unitățile administrativ-teritoriale de nivelul II.

Ordinul MS nr. 249 din 15.04.2010 cu privire la aprobarea Ghidului național privind triajul medical în incidente soldate cu victime multiple și dezastre.

Ordinul MS nr. 928 din 05.12.2011 cu privire la coordonarea măsurilor de pregătire, răspuns și lichidare a consecințelor medicale ale situațiilor excepționale și urgențelor de sănătate publică.

Ordinul MS nr. 556 din 11.06.2012 cu privire la categorisirea spitalelor în funcție de gradul de implicare al acestora în acțiunile de răspuns la urgențe de sănătate publică.

Ordinul MS nr. 528 din 04.06.2012 cu privire la aprobarea Ghidului privind elaborarea Planului de pregătire și răspuns al spitalului la situații excepționale.

Ordinul MS nr. 1351 din 27.11.2013 cu privire la aprobarea Ghidului privind planificarea, organizarea și desfășurarea exercițiilor de simulare a acțiunilor de răspuns ale instituțiilor medico-sanitare la situații excepționale și urgențe de sănătate publică.

Ordinul MS nr. 1505 din 31.12.2014 cu privire la aprobarea Ghidului privind formațiunile (echipele) medico-sanitare de intervenție la urgențe de sănătate publică.

Ordinul MSMP n. 371 din 05.03.18 cu privire la Comisia pentru Situații Excepționale și Urgențe de Sănătate Publică a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Ordinul MS nr. 1095 din 25.11.2020 cu privire la aprobarea Regulilor de apărare împotriva incendiilor pentru instituțiile medico-sanitare, sociale și de învățământ medical din Republica Moldova.

## **11.4. Sistemul național de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică**

*Notă:* Actualmente sistemul de sănătate din Republica Moldova nu dispune de un document-cadru care ar institui oficial un Sistem național integrat de pregătire și răspuns medical la situații excepționale și urgențe de sănătate publică. Totodată, de facto, acest sistem există, iar lipsa unui act normativ unic care ar reglementa activitatea acestuia este compensată de mai multe acte legislative și normative care reglementează activitatea componentelor acestui sistem.

### **11.4.1. Definiția și sarcinile de bază ale Sistemului național de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică**

Sistemul național de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică (în continuare – Sistem) reprezintă un complex de structuri, forțe, mecanisme și relații, integrate într-un sistem unic și destinate pentru organizarea și asigurarea realizării măsurilor de pregătire, prevenire, diminuare și răspuns la situații excepționale și la urgențele de sănătate publică, precum și de lichidare a consecințelor medicale ale acestora.

Sarcinile de bază ale Sistemului sunt următoarele:

1. Reducerea riscurilor urgențelor de sănătate publică;
2. Gestionarea eficientă a urgențelor de sănătate publică;
3. Lichidarea consecințelor urgențelor de sănătate publică.

### **11.4.2. Structura și componentele Sistemului național de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică**

Sistemul este constituit din următoarele componente de bază: organe de dirijare și coordonare; capacități de răspuns la USP; sisteme de monitorizare, alertă și comunicare; rezerve și sistem de instruire. Convențional, sistemul este structurat în 4 niveluri: național, central, teritorial și local.

#### *Organele de dirijare și coordonare*

Dirijarea și coordonarea măsurilor de pregătire și răspuns la urgențele de sănătate publică se realizează la *nivel național*, teritorial, sectorial și instituțional.

Dirijarea și coordonarea generală la nivel național este exercitată de către Guvernul Republicii Moldova prin intermediul Comisiei naționale extraordinare de sănătate publică (CNESP), care este un organ coordonator, destinat pentru coordonarea activității autorităților administrației publice centrale și locale, persoanelor fizice și juridice în scopul prevenirii, diminuării, răspunsului și lichidării consecințelor urgențelor de sănătate publică (USP). CNESP este abilitată cu dreptul de a declara/anula starea de urgență în sănătatea publică la nivel republican.

Președinte al CNESP este Prim-ministrul Republicii Moldova, iar vicepreședinte este Ministrul Sănătății. 50% din componența CNESP sunt reprezentanți ai sectorului sănătății.

După caz, în funcție de amploarea și gravitatea situației, la decizia Parlamentului sau a Guvernului, dirijarea și coordonarea pregătirii și a răspunsului la USP poate fi asumată/preluată de către Comisia pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova (CSE RM). Comisia este un organ coordonator, creat în scopul reducerii riscului situațiilor excepționale de nivel național și transfrontalier, precum și pentru organizarea și realizarea măsurilor de răspuns și lichidare a consecințelor acestora. Președinte al CSE RM este Prim-ministrul Republicii Moldova, iar Ministrul Sănătății este membru al acestei comisii.

Dirijarea și coordonarea, cu pregătirea și răspunsul la USP *la nivelul sectorial*, este exercitată de Ministerul Sănătății și de Comisia pentru Situații Excepționale și Urgențe de Sănătate Publică a acestuia (CSE și USP). CSE și USP sunt organele coordonatoare, create pentru asigurarea unui grad adecvat de pregătire pentru eventualele USP, precum și pentru exercitarea dirijării generale cu acțiunile sistemului sănătății de prevenire, de diminuare, de răspuns și de lichidare a consecințelor acestora. Președintele CSE și USP este Ministrul Sănătății. În componența comisiei intră secretarii de stat, șefii direcțiilor Ministerului Sănătății și conducătorii agențiilor și instituțiilor medico-sanitare relevante.

Dirijarea și coordonarea, cu pregătirea și răspunsul la USP *la nivelul teritorial* (raion, municipiu), este efectuată de autoritățile administrației publice locale de nivelul II prin intermediul comisiilor teritoriale extraordinare de sănătate publică (CTESP). Președinții CTESP sunt președinții raioanelor (primarii municipiilor și ai orașelor). După caz, în funcție de amploarea și gravitatea situației, la decizia conducerii organelor administrației publice locale de nivelul II, dirijarea și coordonarea pregătirii și răspunsului la USP poate fi asumată/preluată de către Comisia teritorială pentru Situații Excepționale (raională, municipală sau, după caz, locală).

Dirijarea și coordonarea pregătirii și răspunsului la situații excepționale și USP la nivelul autorităților și instituțiilor medico-sanitare este exercitată de către administrația și comisiile pentru situații excepționale (CSE) ale acestora. CSE instituționale sunt organe colegiale, create prin ordinul conducătorului instituției în scopul asigurării unei dirijări eficiente și coordonate a acțiunilor de pregătire și răspuns la SE și USP. Președintele CSE este conducătorul instituției. Activitatea CSE este reglementată de un regulament intern.

#### *Capacitățile de răspuns la USP*

Pregătirea și răspunsul la USP este realizat de către un ansamblu de autorități publice, instituții și formațiuni medico-sanitare, precum și de instituții cu care sistemul sănătății cooperează.

*A. Autoritățile și instituțiile din cadrul sistemului de sănătate:*

Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească (6 substații municipale AMU, 35 de substații raionale AMU și 96 de puncte AMU).

Agenția Națională de Sănătate Publică (oficiul central și 10 centre teritoriale de sănătate publică).

Instituțiile medico-sanitare spitalicești (86 de spitale, inclusiv 61 publice, 8 departamentale și 17 private).

Instituțiile medico-sanitare de asistență medicală primară (5 asociații medicale teritoriale în mun. Chișinău, 241 de centre de sănătate autonome, 589 de oficii ale medicilor de familie și 373 de oficii de sănătate).

Centrul Național de Transfuzie a Sângelui (CNTS) cu 2 filiale ale acestuia amplasate în mun. Bălți și mun. Cahul.

Centrul de Medicină Legală (oficiul central și 25 de secții teritoriale de medicină legală).

Instituțiile de învățământ medical mediu și superior (USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul de Excelență „Raisa Pacalo” și 4 colegii medicale).

*B. Autoritățile și instituțiile cu care sistemul de sănătate interacționează și cooperează în cadrul realizării măsurilor de pregătire și răspuns la USP*

Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM).

Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale (AMDM).

Agenția Națională pentru Siguranța Alimentelor (ANSA).

Agenția Națională de Reglementare a Activităților Nucleare și Radiologice (ANRANR).

Inspectoratul General pentru Situații de Urgență al MAI (IGSU).

Agenția Rezerve Materiale a MAI.

Serviciul național unic pentru apelurile de urgență 112.

*C. Formațiunile medico-sanitare de intervenție la USP (FMS)*

FMS reprezintă subdiviziuni netitulare, create prin ordinul conducătorului instituției, cu componența, sarcinile, dotarea și modul de activitate stabilite din timp, care se operaționalizează în cazul pericolului sau declanșării USP în scopul acordării ajutorului solicitat structurilor medico-sanitare, care oferă asistența medicală la etapa de prespital, sau spitalelor de un nivel inferior, care necesită organizarea și acordarea asistenței medicale specializate.

Numărul și tipul FMS, precum și instituțiile medico-sanitare responsabile de crearea, dotarea, pregătirea, instruirea, menținerea, operaționalizarea și direcționarea, în caz de necesitate, în zonele afectate se stabilește de Ministerul Sănătății.

FMS sunt de următoarele tipuri: echipe de asistență premedicală și medicală, asistență medicală specializată și sănătate publică.

*Sistemele de monitorizare, alertă și comunicare.* Sistemul sănătății dispune de 2

sisteme de monitorizare și alertă în caz de pericol sau declanșare a USP. Acestea sunt Sistemul național de supraveghere epidemiologică și control al bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică și Sistemul de alertă precoce și răspuns rapid pentru prevenirea, controlul bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică. Ambele sisteme sunt gestionate de către ANSP. Regulamentele sistemelor sunt aprobate prin hotărâri ale Guvernului.

*Rezerve.* În funcție de nivelul de gestionare rezervele medicale sunt divizate în 3 categorii (vezi cap.10): rezerve medicale instituționale – se gestionează de către instituțiile medico-sanitare; rezerve medicale departamentale – se gestionează de către Ministerul Sănătății; rezerve medicale de stat și de mobilizare – se gestionează de către Agenția Rezerve Materiale a MAI.

*Sistemul de instruire.* Sistemul de instruire în domeniul pregătirii și răspunsului la USP este reprezentat de cursurile și modulele de instruire la catedrele relevante ale USMF „Nicolae Testemițanu”, la Școala de Management în Sănătatea Publică, la Centrul de Excelență „Raisa Pacalo” și la colegiile medicale și Centrul de instruire în domeniul medicinei de urgență și calamităților din cadrul CNAMUP.

## **11.5. Planificarea măsurilor de pregătire și răspuns la urgențe de sănătate publică**

Planul pentru situații de urgență (în continuare – Plan) reprezintă un document managerial, elaborat și aprobat din timp în scopul asigurării unei gestionări eficiente a eventualelor situații de urgență. Cerințele pentru elaborarea Planului sunt următoarele:

- să fie elaborat în baza rezultatelor evaluării riscurilor și pericolelor actuale și caracteristice pentru teritoriul (instituția, serviciul) respectiv;
- să fie bazat pe resursele existente, totodată să țină cont de resursele care pot fi obținute din exteriorul sistemului (instituția);
- să prevadă întreaga gamă de acțiuni ce urmează a fi întreprinse în caz de pericol sau declanșare a tuturor tipurilor de urgențe;
- să poarte un caracter generic cu o abordare unică a tuturor pericolelor, să fie aplicabile pentru toate tipurile de urgențe, fiind, totodată, suficient de flexibil pentru a rezolva probleme și situații specifice în funcție de particularitățile unor anumite situații de urgență;
- să stabilească clar și univoc rolurile și responsabilitățile tuturor executorilor, precum și modalitatea și procedeele de realizare a sarcinilor stabilite;
- să fie integrat și coordonat cu alte planuri (locale, teritoriale, departamentale, național) de pregătire și răspuns la urgențe;
- să fie actualizat și testat, regulat, în cadrul antrenamentelor practice și exercițiilor de simulare a urgențelor;



- să fie transparent și accesibil tuturor executorilor;
- să fie expus într-un limbaj clar, laconic, explicit și fără echivocuri;
- să fie suplimentat cu anexe, calcule și materiale informative.

După aprobare, Planul devine obligatoriu spre executare pentru toate persoanele și structurile implicate în realizarea măsurilor de pregătire, răspuns și lichidare a consecințelor situațiilor de urgență .

Planul se elaborează pe o perioadă determinată (de obicei, nu mai puțin de 5 ani), cu actualizarea acestuia în măsura necesităților, dar nu mai rar de o dată pe an.

În cadrul sectorului de sănătate din Republica Moldova se elaborează următoarele planuri pentru situații de urgență:

- Planul de pregătire și răspuns al Sistemului Sănătății în urgențe de sănătate publică;
- planurile de pregătire, răspuns și lichidare a consecințelor medicale ale situațiilor excepționale și urgențelor de sănătate publică a populației unității administrativ-teritoriale de nivelul II (raion, municipiu);
- planurile de pregătire și răspuns ale instituțiilor medico-sanitare la situații excepționale și urgențe de sănătate publică.

Structural planurile pentru situații de urgență, indiferent de tipul acestora, constau din 2 componente de bază: partea textuală și anexe.

În partea textuală se prezintă, în mod descriptiv, informația relevantă care se structurează în mai multe compartimente-cheie (capitole), cele mai importante fiind următoarele: noțiuni generale, caracteristica teritoriului, pericolele și riscurile relevante, disponibilitatea și capacitatea resurselor, alarmarea (înștiințarea), activarea planului, dirijarea și coordonarea, realizarea măsurilor de răspuns, sporirea capacităților de răspuns, asigurarea farmaceutică, logistică și financiară, managementul cadavrelor, comunicarea cu societatea, asistența psihologică, paza și securitatea, dispoziții finale.

Anexele planului reprezintă un ansamblu de documente (tabele analitice, calcule, materiale informative etc.), care justifică sau completează informațiile din textul planului.

## **11.6. Siguranța instituțiilor medico-sanitare oferită în timpul situațiilor de urgență și dezastre**

Conform prevederilor OMS o instituție medicală sigură se consideră cea instituție care este capabilă să reziste la impactul factorilor urgenței (dezastrului) și, concomitent, să-și mențină la maximum funcționalitatea, acordând servicii medicale esențiale, conform destinației atât în timpul urgenței, cât și în perioada după producerea acesteia.

Siguranța instituțiilor medico-sanitare constă din 4 componente de bază: siguranța structurală (siguranța clădirilor), siguranța nestructurală (siguranța rețelelor ingineresti), siguranța antiincendiară și capacitatea funcțională (pregătirea pentru a gestiona urgențele).

Siguranța instituțiilor medico-sanitare se obține prin planificarea și realizarea unui set de activități administrativ-organizatorice, ingineresti, tehnice, economice, de asigurare materială, antiincendiară, antiepidemice, curativ-diagnostice, de instruire etc., care au ca scop reducerea riscului de afectare a instituției de acțiunea factorilor adversi și asigurarea funcționării stabile a acestora în situații de urgență.

Pentru obținerea unui nivel înalt de siguranță structurală a clădirilor instituțiilor medico-sanitare, acestea trebuie proiectate pentru a fi amplasate pe terenuri minimal expuse pericolelor (alunecări de teren, ape subterane, obiective cu pericol sporit de incendiu etc.). Executarea tuturor lucrărilor de construcție, reconstrucție, reparație, consolidare, transformare sau extindere trebuie efectuată numai în baza proiectelor elaborate și verificate potrivit legislației în vigoare. Starea tehnică și comportarea clădirilor în procesul de exploatare trebuie să fie monitorizate permanent cu înlăturarea operativă a deficiențelor depistate.

Un rol extrem de important în asigurarea siguranței instituțiilor medico-sanitare revine sistemelor și rețelelor ingineresti (electrice, termice, de apeduct și canalizare, de ventilare și condiționare a aerului, de asigurare cu gaze medicale etc.). În scopul asigurării neîntrerupte cu energie electrică, instituțiile medico-sanitare trebuie să fie conectate la sursele de energie prin intermediul a cel puțin două intrări separate. Concomitent, instituțiile medico-sanitare trebuie să fie dotate cu generatoare electrice. Reconnectarea de la o sursă de energie electrică la alta trebuie să fie automată. Pentru excluderea riscurilor legate de întreruperea livrării apei potabile, instituțiile medico-sanitare trebuie să dispună de rezerve de apă, care ar asigura activitatea instituției pe un termen de cel puțin 24 de ore. Pentru asigurarea cu căldură, în cazul întreruperii livrării agentului termic, instituțiile medico-sanitare trebuie să dispună de mijloace alternative de încălzire (sobe, încălzitoare electrice etc.) și de posibilități de utilizare a acestora (rezervă de combustibil, rezistența suficientă a rețelelor electrice etc.). Recipientele cu gaze medicale trebuie păstrate în locuri special amenajate, fiind fixate pentru a evita căderea acestora, iar rețelele de distribuție a gazelor trebuie să fie etanșe.

În toate instituțiile medico-sanitare, în mod obligatoriu, trebuie să se respecte regulile de protecție împotriva incendiilor. Instituțiile trebuie să fie dotate în cantități suficiente cu mijloace de stingere a incendiilor. Hidranții antiincendiară (externi și interni) trebuie să fie funcționali. Căile de evacuare și ieșirile (de bază și de rezervă) din subdiviziuni și clădiri trebuie să fie marcate cu indicatoare, iluminate, suficient de largi și fără de obstacole. Secțiile spitalicești trebuie să fie asigurate cu un număr suficient de cărucioare și brancarde cu rotile. Toate instituțiile medico-sanitare trebuie să fie dotate cu sisteme de avertizare și alarmare rapidă.

Un rol important în asigurarea siguranței instituțiilor medico-sanitare

joacă planificarea precoce a măsurilor ce urmează a fi întreprinse. Din aceste considerente, toate instituțiile medico-sanitare trebuie să dispună de un plan bine chibzuit, realist, concret și complex de pregătire și răspuns la toate tipurile de urgențe. La fel, un rol-cheie în asigurarea siguranței instituțiilor medico-sanitare îl are gradul de pregătire a personalului, care trebuie să fie bine instruit privind acțiunile care urmează a fi întreprinse în cazul pericolului sau declanșării situațiilor excepționale.

## 11.7. Regulamentul Sanitar Internațional (2005)

Regulamentul Sanitar Internațional (în continuare – *RSI (2005)*) este un acord internațional, adoptat în mai 2005 de către a 58-a Adunarea Mondială a Sănătății, prin care toate statele membre ale OMS se obligă să acționeze conform aceluiași reguli, având aceleași drepturi și obligațiuni, pentru a asigura siguranța sănătății internaționale.

*Scopul RSI (2005)* este de a preveni, a proteja, a controla și a acționa printr-un răspuns de sănătate publică, coordonat împotriva răspândirii internaționale a bolilor.

*Prevederile cheie ale RSI (2005)* sunt următoarele: notificarea privind urgențele de sănătate publică de importanță internațională; Punctele Focale Naționale pentru RSI și Punctele de Contact RSI ale OMS; capacitățile de baza ale statelor; măsuri recomandate statelor; responsabilitatea pentru implementarea RSI (2005).

*Notificarea privind urgențele de sănătate publică de importanță internațională.* În conformitate cu RSI (2005), statele membre ale OMS sunt obligate să notifice (informeze) OMS cu privire la toate evenimentele ce pot constitui o urgență de sănătate publică de importanță internațională și să răspundă la cererile de verificare a informațiilor referitoare la astfel de evenimente. În acest context RSI (2005) definește noțiunea de urgență de sănătate publică de importanță internațională ca „un eveniment de sănătate publică extraordinar despre care se stabilește că poate constitui un risc de sănătate publică pentru alte state prin răspândirea internațională a bolii și cere un răspuns internațional coordonat”.

*Punctele Focale Naționale pentru RSI și Punctele de Contact RSI ale OMS.* RSI (2005) cere ca fiecare stat să aibă un Punct Focal Național pentru RSI (PFN), capabil să asigure legătura 24/24 ore cu Punctele de Contact RSI ale OMS. Concomitent una dintre sarcinile PFN este coordonarea măsurilor de implementare a RSI (2005). În conformitate cu Ordinul MS nr. 268 din 06.08.09, în calitate de PFN este desemnat Centrul Național de Sănătate Publică (actualmente Agenția Națională de Sănătate Publică).

*Capacitățile de bază ale statelor.* RSI (2005) stabilește capacitățile de bază pe care un stat trebuie să le dezvolte, să le întărească și să le mențină pentru a detecta, raporta și răspunde unor riscuri și a unor potențiale urgențe de sănătate publică

de importanță internațională. În plus, este solicitată a se forma capacitați specifice pentru implementarea de măsuri în punctele desemnate de trecere a frontierei.

*Măsuri recomandate statelor.* Suportul OMS pentru statul afectat de urgență de sănătate publică poate include măsuri recomandate spre aplicare de către statul afectat, de către alte state și de către operatorii de transport internațional. Recomandările pot fi permanente sau temporare și se aplică asupra persoanelor, bagajelor, mărfurilor, containerelor, navelor (aero, maritime, fluviale), vehiculelor terestre, bunurilor sau coletelor poștale.

*Responsabilitatea pentru implementarea RSI (2005).* Responsabilitatea implementării RSI (2005) revine OMS și tuturor statelor legate prin acest regulament. În fiecare țară, autoritățile naționale de sănătate sunt responsabile de implementarea RSI (2005), OMS asistând statele în realizarea acestei sarcini.

## 11.8. Comunicarea în situații de urgență

*Comunicarea în situații de urgență* (comunicarea riscurilor) este o parte integrantă a procesului de pregătire și răspuns la urgențe și reprezintă schimbul, în timp real, de informații, recomandări și opinii între experți, lideri comunitari, oficiali și persoane expuse riscului.

*Scopul comunicării în situații de urgență* este asigurarea suportului informațional persoanelor expuse riscului sau deja afectate, cu scopul ca acestea să ia decizii corecte și în cunoștință de cauză pentru a se proteja pe ele însele, pe familiile lor și pe comunitățile în care locuiesc de pericolele ce țințesc viața, sănătatea și bunăstarea lor.

Comunicarea trebuie să fie efectuată atât în timpul, cât și înainte (parte a pregătirii) și după (parte a recuperării) producerea urgenței.

Pentru a-și atinge scopul, comunicarea în situații de urgență trebuie să fie *accesibilă, eficientă, credibilă, relevantă, promptă, pe înțelesul tuturor.*

*Obiectivele comunicării în situații de urgență:*

- transmiterea oportună către populație și mass-media a informațiilor necesare realizării unui management eficient al urgențelor și dezastrelor;
- oferirea de răspunsuri complete întrebărilor puse de reprezentanții mass-media sau de alte categorii publice, pe măsură ce informațiile transmise pot fi verificate;
- asigurarea mesajelor unice la toate nivelele implicate și în structura strategiilor de comunicare (principiul „o singură voce”);
- difuzarea mesajelor de apel la calm și de control al situației în cadrul unei strategii de neadmitere și diminuare a panicii;
- difuzarea instrucțiunilor și recomandărilor corespunzătoare tipului situației de urgență către fiecare categorie de public-țintă;
- informarea corectă și în timp real privind datele cunoscute ale situației de urgență, ale consecințelor și ale măsurilor luate;

- realizarea comunicării și informării interne în cadrul echipei de management al urgenței și al echipelor coordonate de aceasta.

Comunicarea trebuie să țină cont de categoriile publicului, care sunt următoarele: victimele urgenței și rudele acestora; persoanele aflate în zonele afectate sau aflate sub risc; mass-media din țară și din străinătate; autoritățile implicate în gestionarea situației de urgență; organizațiile umanitare, organizațiile internaționale, ONG-urile; reprezentanții cultelor religioase; instituțiile din domeniul protecției sociale; întreprinderile economice etc.

## **11.9. Asigurarea financiară a pregătirii și răspunsului la urgențele de sănătate publică**

Finanțarea acțiunilor de pregătire și răspuns la USP se efectuează din contul și în limita bugetului de stat, a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM), a bugetelor IMSA, a bugetelor locale, precum și, după caz, din contul altor surse (granturi, donații, etc.). În cazul unor USP majore și de mare amploare, sunt utilizate fondurile de urgență ale Guvernului, FAOA sau ale autorităților administrației publice locale.

### *Finanțarea din contul fondurilor de urgență ale Guvernului*

Guvernul Republicii Moldova administrează 2 fonduri de urgență care sunt prevăzute, anual, în cadrul bugetului de stat: fondul de intervenție și fondul de rezervă. Pentru răspunsul la USP, pot fi utilizate mijloacele financiare din ambele fonduri. Însă, mai relevant este fondul de intervenție, care, conform legislației, este destinat pentru finanțarea cheltuielilor urgente legate de înlăturarea consecințelor calamităților naturale, în caz de epidemii, precum și în alte situații excepționale. La rândul său, fondul de rezervă este destinat pentru finanțarea cheltuielilor urgente care survin pe parcursul anului bugetar și care nu au fost posibil de anticipat și, respectiv, de prevăzut în bugetul aprobat. Alocarea mijloacelor din fondurile de urgență se efectuează în temeiul hotărârilor Guvernului, în limita alocațiilor prevăzute în bugetul de stat pentru fondurile respective și doar prin intermediul autorităților publice centrale și locale, corespunzător domeniului de competență.

### *Finanțarea din contul fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM)*

Conform legislației în vigoare FAOAM sunt constituite din Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente; Fondul măsurilor de profilaxie; Fondul de rezervă; Fondul de dezvoltare și modernizare și Fondul de administrare.

Pentru finanțarea acțiunilor de pregătire și răspuns la urgențe pot fi utilizate mijloacele financiare prevăzute în 2 fonduri: fondul măsurilor de profilaxie și fondul de rezervă. Fondul măsurilor de profilaxie poate fi utilizat pentru acoperirea cheltuielilor pentru realizarea măsurilor profilactice și de promovare a sănătății,

inclusiv pentru imunizări și pentru achiziționarea bunurilor materiale necesare în caz de urgențe de sănătate publică. Fondul de rezervă poate fi utilizat pentru acoperirea cheltuielilor suplimentare, legate de îmbolnăviri și afecțiuni urgente, a căror rată anuală depășește media calculată pentru anul respectiv.

#### *Finanțarea din contul bugetelor locale*

Prin decizia bugetară anuală, în cadrul bugetului local al unităților administrativ-teritoriale este creat fondul de rezervă pentru finanțarea cheltuielilor urgente care survin pe parcursul anului bugetar și care nu au fost posibil de anticipat și, respectiv, de prevăzut în bugetul aprobat. Fondul de rezervă al autorității administrației publice locale se administrează în baza unui regulament aprobat de consiliul local.

#### *Finanțarea din contul bugetelor instituționale*

Conform actelor normative în vigoare, bugetul de bază al instituțiilor medico-sanitare publice nu prevede articole speciale, destinate pentru utilizare, în cazul eventualelor situații de urgență. Pentru aceste scopuri pot fi utilizate mijloacele speciale acumulate în urma prestării serviciilor medicale, contra plată sau din alte surse extrabugetare.

## **11.10. Planificarea, crearea și gestionarea rezervelor destinate pentru gestionarea urgențelor de sănătate publică**

Rezervele materiale, destinate pentru răspunsul la urgențe, reprezintă un set de stocuri de bunuri materiale, care sunt create, în prealabil, și menținute în stare de utilizare permanentă pentru a fi eliberate și utilizate în caz de pericol sau de declanșare a situațiilor de urgență.

Managementul rezervelor include în sine următoarele activități de bază: evaluarea necesităților; planificarea rezervelor; crearea rezervelor; acumularea rezervelor; păstrarea și administrarea rezervelor; completarea și împrăștierea rezervelor; eliberarea rezervelor; controlul rezervelor.

Conform actelor normative în vigoare în Republica Moldova există următoarele tipuri de rezerve: *rezerve de stat și de mobilizare; rezerve departamentale; rezerve instituționale.*

*Rezervele de stat și de mobilizare* reprezintă un fond special de bunuri materiale ale statului, create și menținute în scopul asigurării mobilizării și apărării țării, intervenirii operative în situațiile de urgență, acordării ajutoarelor umanitare, precum și contribuției la stabilitate în sectoarele economiei naționale în cazul apariției unor disfuncționalități. Rezervele respective se mențin la depozitele Agenției Rezerve Materiale a MAI și ale instituțiilor publice desemnate de

Guvern. Rezervele cu destinație medicală se mențin la depozitele bazei speciale de aprovizionare medicală a Agenției Rezerve Materiale. Rezervele de sânge și produse sangvine se mențin la Centrul Național de Transfuzie a Sângelui.

*Rezervele departamentale* reprezintă un fond special de bunuri materiale. Aceste rezerve se creează și se mențin de autoritățile administrației publice centrale în scopul asigurării funcționării stabile a sectoarelor respective ale economiei naționale. La rezervele departamentale ale sectorului sănătății se atribuie Rezerva medicală a Ministerului Sănătății, a cărei gestionare este reglementată prin Ordinul MS nr. 1487 din 29.12.2014 cu privire la Rezerva medicală a Ministerului Sănătății. În acest ordin este stabilit nomenclatorul și volumul mijloacelor materiale, care urmează a fi menținute în Rezerva medicală, precum și modul de administrare a acesteia.

*Rezervele medicale instituționale* (medicamente, consumabile, echipament personal de protecție, materiale medico-sanitare și sanitar-gospodărești) sunt destinate pentru asigurarea acordării stabile și neîntrerupte a asistenței medicale în primele zile după declanșarea unei urgențe. Rezervele instituționale se creează și se mențin din contul și în cadrul stocurilor de uz curent ale instituțiilor medico-sanitare.

## **11.11. Organizarea asistenței medicale și a evacuării în cazul urgențelor de sănătate publică soldate cu victime multiple. Triajul medical**

*Urgență de sănătate publică soldată cu victime multiple* reprezintă apariția într-o perioadă scurtă și pe un teritoriu limitat a unui număr mare de persoane a căror sănătate a fost afectată (sau este expusă unui risc iminent) și care necesită acordarea, în mod urgent, a asistenței medicale și a evacuării în instituțiile medico-sanitare.

Procesul de acordare a asistenței medicale populației în cazul producerii urgențelor cu victime multiple se divizează convențional în 2 etape: etapa prespitalicească și etapa spitalicească.

### *Asistența medicală la etapa prespitalicească*

În focarele dezastrului, asistența medicală se acordă în formă de prim ajutor de către victime sub formă de autoajutor sau ajutor reciproc, precum și de către echipele de intervenție urgentă (salvatori, pompieri, militari etc.). Concomitent, se efectuează evacuarea victimelor în afara zonei focarului și concentrarea acestora în *punctele de concentrare a lezaților* (PCL), unde acestora li se acordă primul ajutor medical și sunt pregătiți pentru evacuare. Evacuarea victimelor din focare și din PCL se efectuează în instituțiile medico-sanitare (de regulă, în spitale) din apropiere, atât cu transportul sanitar, cât și cu transportul disponibil de altă

destinație (autovehicule, microbuze, autobuze, autocamioane etc.). În funcție de situație, evacuarea poate fi efectuată într-o singură instituție medico-sanitară sau concomitent în câteva instituții.

#### *Asistența medicală la etapa spitalicească*

În spitalele în care sunt evacuate victimele se asigură primirea, triajul medical, acordarea asistenței medicale urgente, spitalizarea și tratamentul staționar al acestora. Fluxul de victime evacuate din focare în spital se divizează în următoarele grupe: victimele care au un grad înalt de probabilitate vor rămâne pentru continuarea tratamentului în instituția dată; victimele care necesită un tratament ce nu poate fi acordat în condițiile instituției date, urmând a fi evacuate într-un spital specializat; victimele care nu necesită asistență medicală în condiții de staționar și urmează a fi tratate ambulatoriu.

#### *Triajul medical în urgențele soldate cu victime multiple*

În cazul urgențelor soldate cu victime multiple acordarea concomitentă și în volum deplin a asistenței medicale tuturor persoanelor afectate este practic imposibilă. Acest fapt impune necesitatea de a acorda prioritate acelor victime care necesită asistență medicală în modul cel mai stringent, iar procesul de categorisire a victimelor în funcție de prioritatea acordării asistenței medicale și evacuării se numește *triaj medical*.

În conformitate cu Ghidul național privind triajul medical în incidente soldate cu victime multiple și dezastre, pus în aplicare prin Ordinul MS nr. 249 din 15.04.2010, triajul medical în cazul urgențelor soldate cu victime multiple este definit ca un proces complex de evidențiere și categorisire a victimelor în grupe omogene în funcție de: gravitatea și caracterul leziunilor; gradul de urgență în acordarea asistenței medicale; succesiunea, modul și destinația evacuării; pericolul pentru sănătatea persoanelor din jur; capacitatea și resursele medico-sanitare disponibile; circumstanțele specific impuse de impact. La fel, în funcție de locul unde se efectuează, triajul medical se divizează în triaj prespitalicesc și triajul spitalicesc.

În Republica Moldova, în conformitate cu Ghidul național, sunt stabilite 5 grupe de triaj:

Grupa I: „Urgență absolută”, cod roșu. Include victimele care necesită asistență medicală imediat sau în mod prioritar, în doar câteva ore, precum și evacuarea prioritară în condiții de transport medical asistat.

Grupa II: „Urgență relativă”, cod galben. Include victimele care necesită asistență medicală urgentă, dar nu imediată. În unele cazuri asistența medicală poate fi amânată. Evacuarea se efectuează în rândul doi cu transport sanitar asistat.

Grupa III: „Urgență minoră”, cod verde. Include victimele cu leziuni care nu prezintă pericol pentru sănătate. De regulă, acestea necesită tratament în condiții de ambulatoriu. Pot fi evacuate cu transport nespecializat sau de sine stătător.



Grupa IV: „Muribunzi”, cod gri. Include victimele cu leziuni deosebit de grave, incompatibile cu funcțiile vitale ale organismului. Nu pot fi salvate în circumstanțele specifice de timp și loc, iar menținerea lor în viață va consuma mult timp și resurse medicale. Necesită doar terapie simptomatică și de alinare a suferințelor. Evacuarea se efectuează în rândul doi sau, dacă permite situația, în primul rând cu transport sanitar asistat.

Grupa V: „Decedați”, cod negru. Include victimele care au decedat.

## **11.12. Managementul cadavrelor în cadrul gestionării urgențelor de sănătate publică**

Managementul cadavrelor include următoarele activități: căutarea, recuperarea și colectarea cadavrelor persoanelor care și-au pierdut viața în rezultatul USP; reducerea potențialului risc provocat rămășițele umane, în scopul protejării sănătății populației și a mediului înconjurător; concentrarea, depozitarea, păstrarea (inclusiv pe termen îndelungat); identificarea cadavrelor persoanelor decedate neidentificate și/sau a fragmentelor de corp; informarea populației și transmiterea cadavrelor rudelor; oferirea asistenței pentru înhumarea decedaților cu respectarea doleanțelor rudelor, precum și a cutumelor religioase și culturale; acordarea asistenței juridice, medicale și a suportului moral-psihologic familiilor decedaților; repatrierea cadavrelor cetățenilor străini în țara lor de origine.

Managementul cadavrelor este un proces complex, multidisciplinar, care cere implicarea diferitor structuri, cum ar fi: administrația publică locală și centrală; subdiviziunile de salvatori și pompieri; subdiviziunile militare; efectivul echipelor de colectare a cadavrelor; organele de drept (poliția, procuratura etc.); lucrătorii medicali; specialiștii în medicina legală; serviciile funerare; psihologii; slujitorii cultelor religioase; reprezentanții misiunilor diplomatice; reprezentanții organismelor internaționale etc.

### *Responsabilitățile instituțiilor/subdiviziunilor medicale ce țin de managementul cadavrelor*

Printre responsabilitățile echipelor AMU și formațiunilor medico-sanitare se enumeră identificarea persoanelor decedate și constatarea decesului și acordarea asistenței consultative în evacuarea cadavrelor. În acest caz, este important de menționat că ambulanțele nu trebuie să fie folosite pentru evacuarea cadavrelor.

Centrul de Medicină Legală și secțiile medico-legale teritoriale au următoarele responsabilități: participarea, în conlucrare cu organele de drept, la identificarea cadavrelor și a rămășițelor umane, la determinarea cauzelor și circumstanțelor decesului și la informarea populației privind cadavrele identificate; acordarea, în comun cu ANSP și subdiviziunile teritoriale ale acestea, a suportului informațional

și instructiv metodic autorităților publice privind regulile de colectare, depozitare și păstrare a cadavrelor și a rămășițelor umane.

ANSP și subdiviziunile teritoriale ale acestora au drept responsabilități: supravegherea respectării regulilor sanitar-igienice și antiepidemice în procesul de gestionare a cadavrelor umane; organizarea și efectuarea, în caz de necesitate, a măsurilor de dezinfecție a surselor de apă, a cadavrelor și a locurilor de înmormântare. În acest caz, cadavrele nu prezintă un pericol iminent epidemiologic

Responsabilitățile spitalelor constau în depozitarea temporară, identificarea, determinarea cauzei decesului și transmiterea rudelor a cadavrelor persoanelor care au fost evacuate în spital, unde, ulterior, au decedat. Spitalele nu trebuie folosite ca puncte de colectare sau spații de depozitare a tuturor cadavrelor din zonele afectate.

## Referințe:

1. Legea nr. 10/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice.
2. Hotărârea Guvernului nr. 1340/2001 cu privire la Comisia pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova.
3. Hotărârea Guvernului nr. 820/2009 cu privire la Comisia națională extraordinară de sănătate publică.
4. Hotărârea Guvernului nr. 1076/2010 cu privire la clasificarea situațiilor excepționale și la modul de acumulare și prezentare a informațiilor în domeniul protecției populației și teritoriului în caz de situații excepționale.
5. Hotărârea Guvernului nr. 951/2013 pentru aprobarea Regulamentului privind sistemul național de supraveghere epidemiologică și control al bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică.
6. Hotărârea Guvernului nr. 1431/2016 pentru aprobarea Regulamentului privind sistemul de alertă precoce și răspuns rapid pentru prevenirea, controlul bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică.
7. Ordinul MS nr. 249 din 15.04.2010 cu privire la aprobarea Ghidului național privind triajul medical în incidente soldate cu victime multiple și dezastre.
8. Ordinul MS nr. 928 din 05.12.2011 cu privire la coordonarea măsurilor de pregătire, răspuns și lichidare a consecințelor medicale ale situațiilor excepționale și urgențelor de sănătate publică.
9. Ordinul MS nr. 528 din 04.06.2012 cu privire la aprobarea Ghidului privind elaborarea Planului de pregătire și răspuns al spitalului la situații excepționale.
10. Ordinul MSMPS nr. 371 din 05.03.18 cu privire la Comisia pentru Situații Excepționale și Urgențe de Sănătate Publică a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.
11. Chicu V., Curocichin G., Nemerenco A. Comunicarea în promovarea sănătății,

În situații de risc și de criză, Ghid pentru medicii de familie, UNICEF Chișinău, 2009, 135 p.

12. Pîsla M., Gheorghîța S., Caterinciuc N. (et al.), Managementul riscurilor și urgențelor de sănătate publică (Compendiu), Univiversitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Chișinău: BonsOffices, 2013, 276 p.
13. Pîsla M., Ursu P., Securitatea instituțiilor medico-sanitare în dezastre – un imperativ al timpului, Curierul medical, Chișinău, 2009, nr. 2 (308), p. 3–5.
14. Pîsla M., Aspecte privind reducerea riscurilor și dezastrelor, Sănătate publică, economie și management în medicină, Chișinău, 2012, nr. 2 (41), p. 22–25.
15. UN/ISDR. 2009. UNISDR terminology on Disaster Risk Reduction. Geneva. Switzerland: UNISDR.
16. WHO Glossary of Health Emergency and Disaster Risk Management Terminology, Geneva: World Health Organization, 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.





