

- reglementarea timpului de vizionare a emisiunilor TV, de lucru/joc la calculator, al ocupațiilor extrașcolare etc.;

- determinarea anuală a acuității vizuale la elevi și, în cazul determinării miopiei, efectuarea măsurilor de corecție a văzului cu lentile (ochelari), limitarea eforturilor fizice sporite și a participărilor la competiții sportive, a lucrului ce necesită înclinarea capului și încordarea ochilor etc.

Fiecare elev trebuie să respecte reguli simple pentru a evita dereglările de văz:

- lumina să cadă pe suprafața de lucru din partea stângă și să fie o iluminare suficientă pentru citit, scris;

- cartea, caietul etc. să fie situate la distanța de 30-35 cm de la ochi;

- în timpul cititului, cartea va fi așezată pe un suport înclinat;

- este interzis cititul culcat pe spate sau pe abdomen;

- se vor face pauze în timpul cititului sau scrișului – la fiecare 30 min. de lucru de făcut pauze de odihnă pentru ochi;

- se va respecta distanța de la ochi până la ecranul calculatorului – nu mai mică de 0,5 m.

Aceste metode simple vor preveni sau vor stopa progresarea miopiei la elevi.

Pentru profilaxia surmenajului analizatorului vizual este necesar să se efectueze un complex de exerciții pentru ochi și pentru corp, ce ameliorează starea funcțională a sistemelor nervos, circulator și respirator, înlătură oboseala mușchilor zonei gâtului, trunchiului, a membrelor superioare și inferioare. Se recomandă de a alterna diferite complexe de exerciții.

O generație sănătoasă se poate dezvolta într-un mediu favorabil și într-o societate sănătoasă.

Bibliografie

1. Лавриненко В.В. *Гигиенические проблемы охраны здоровья детей и подростков*. Москва, 2007. <http://minzdrav.by/med/docs/journal>
2. Десятерик О.Н. *Современные проблемы организации режима для школьников*. В: Материалы XI вс. съезда гигиенистов и санитарных врачей. Москва, 2012, с. 230-232.
3. Майданик В.Г., Хайтович Н.В., Досенко В.Е. и др. *Особенности возрастной физиологии*. В: Педиатрия, 2007, № 86, с. 25-27.
4. Ласкова А.В., Донника М.М. *О влиянии продолжительности учебного времени и некоторых режимных моментов на умственную работоспособность и успеваемость учащихся*. În: Materialele Congresului V al igieniştilor, epidemiologilor și microbiologilor din RM, 2005, p.175-184.
5. Сетко А.Г., Тришина С.П. *Сравнительная характеристика алиментарного статуса школьников и гимназистов в условиях современного образовательного процесса*. В: Материалы XI вс. съезда

гигиенистов и санитарных врачей. Москва, 2012, с. 491-493.

6. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. *Здоровье подростков в формировании их гармоничного развития*. В: Гигиена и санитария, Издательство «Медицина», 2015, том 94, № 6, с. 58-62.
7. Кучма В.Р., Уланова С.А. *Школа как территориальный центр здоровьесбережения в условиях Крайнего севера*. В: Гигиена и санитария, Издательство «Медицина», 2015, том 94, № 7, с. 58-63.
8. Zhou R., Zhong W.F., Yang Y. et al. *Analysis of myopia prevalence and influencing factors among primary school students in the urban area of Lanzhou*. In: International eye Science, 2014, № 14(5), p. 903.
9. *Supravegherea de stat a sănătății publice în Republica Moldova*. Raport național, 2015. Chișinău, 2015, p. 38-42.
10. Клыгина И.А., Даниленко Г.М. *Школа как ядро системы формирования здорового образа жизни учащихся*. В: Материалы Вс. научно-практ. конф. с международным участием «Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодежи». Москва, 2007, с. 56-58.
11. Cranz G. *The Alexander technique in the world of design: posture and the common chair*. In: J. of Bodywork Movement Ther, 2008, nr. 4(2), p. 90-98.
12. Кучма К. *Как сохранить здоровье детей в процессе обучения*. Москва, 2007. <http://zdd.1september.ru/article.php>.

PROBLEMELE COLABORĂRII INTERSECTORIALE ÎN MANAGEMENTUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Victoria BUCOV¹, Valeriu PANTEA¹,
Constantin EȚCO², Ala OVERCENCO¹,

¹Centrul Național de Sănătate Publică,

²Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu

Summary

Problems of intersectorial collaboration in public health management

In the scientific literature are reflected conflicting views on the forms and methods of cooperation of different structures in order to ensure quality management of public health. All this require to perform a thorough analysis of different elements in monitoring public health, the parts involved in public health management, starting with the analysis of scientific literature. As sources of information on the issue researched served 153 publications and materials collected from Internet (Pub.Med., www.who.int), and the libraries of Medical University „N. Testemițanu” and NCPH. The literature data included the following: integration of different sectors of the health system and social security, ecology, agriculture, nutrition, animal health, globalization processes, forms of collaboration.

Keywords: public health, intersectorial cooperation

Резюме

Проблемы межведомственного сотрудничества в области общественного здоровья

В научной литературе отражены противоречивые взгляды на формы и методы сотрудничества различных структур в целях обеспечения качественного управления здравоохранением. Данное обстоятельство требует тщательного анализа различных элементов мониторинга здоровья населения, структур, участвующих в управлении здравоохранением, начиная с анализа специальной литературы. В качестве источников информации послужили 153 публикации, материалы, собранные из Интернета (Pub.Med., www.who.int) и библиотечных фондов Медицинского университета «Н. Тестемищану» и НЦОЗ. Были затронуты следующие направления: интеграция различных секторов системы здравоохранения и социального обеспечения, экология, сельское хозяйство, питание, здоровье животных, процессы глобализации, формы сотрудничества.

Ключевые слова: общественное здоровье, межведомственное сотрудничество

Introducere

Conform definiției OMS, sănătatea publică este „știința și arta prevenirii bolilor, prelungirii vieții și promovării sănătății prin eforturile organizate ale societății”, având ca obiect de studiu starea de sănătate a populației, corelată cu factorii care o influențează. În acest context, trebuie de luat în considerare minim patru factori majori, și anume: sănătatea umană, sănătatea animală, starea mediului ambiant și nutriția, inclusiv produsele agricole. Este evident că caracteristica integrală a acestor factori este posibilă numai în baza colaborărilor multidisciplinare, cu implicarea specialiștilor din diferite sectoare ale societății.

Ratingurile de sănătate publică pot fi utilizate de către diferite entități pentru diferite scopuri, de exemplu, pentru a ridica gradul de conștientizare, motivare și dezvoltare a mijloacelor de îmbunătățire a stării de sănătate, totodată, de a contribui la crearea unei responsabilități pentru sănătatea publică și cooperarea multisectorială. De asemenea, acestea pot servi drept bază pentru elaborarea diferitor politici [1]. În aceasta colaborare permanent apar aspecte noi. De exemplu, pe măsură ce populația de pe tot glob se confruntă cu creșterea obezității, a diabetului și a altor boli legate de stilul de viață, profesioniștii din domeniul sănătății colaborează cu urbanii, pentru a influența designul orașelor și a întări stilul sănătos de viață. Aceasta include înființarea și funcționarea unei colaborări inovatoare, interdisciplinare, ce reunește planificarea și sănătatea urbană [2].

Trebuie de luat în seamă și procesele intensive de globalizare în toate domeniile vieții contempora-

ne. Colaborarea internațională în sectorul sănătății publice este importantă pentru diferite domenii, inclusiv maladiile transmisibile, realizarea programelor de vaccinare, cercetările științifice [3-5]. În literatura științifică sunt reflectate păreri contradictorii privind formele și modalitățile de conlucrare a diferitor structuri în scopul de a asigura managementul calitativ al sănătății publice [6]. Toate acestea impun realizarea unei analize minuțioase a diferitor elemente ale monitoringului sănătății publice, a părților componente care participă în managementul sănătății, începând cu analiza literaturii de specialitate.

Materiale și metode

Drept surse de informație privind problema cercetată au servit 153 de publicații și materiale colectate din Internet (Pub.Med., www.who.int) și din fondurile bibliotecilor USMF N. Testeмищану și CNSP.

Rezultate și discuții

Există diferite organizații implicate în domeniul sănătății publice. Acestea sunt organizații nu numai din sectorul sanitar, ci și din alte sectoare ale societății. Una dintre principalele provocări este de a aduce toate aceste organizații din diferite sectoare împreună într-o supraveghere comună a sănătății publice. În literatura privind problemele de sănătate publică, precum și în literatura de specialitate cu privire la serviciile de asistență socială, în general, se pare că există o confuzie conceptuală legată de problemele de integrare interorganizațională. Se atestă definiții diferite și uneori contradictorii ale conceptelor, cum ar fi *coordonare, cooperare și colaborare* [7].

Este de menționat faptul că în domeniul interorganizațional al sănătății publice există o diferențiere funcțională a rolurilor și a sarcinilor în legătură cu prevenirea bolilor, promovarea sănătății, tratamentul medical, reabilitarea etc. Există de asemenea o diferențiere structurală a organizațiilor care se ocupă cu sănătatea publică. Acestea sunt instituții din sectorul sănătății, dar și din alte sectoare guvernamentale, cum ar fi educația, servicii sociale, protecția mediului, servicii de ocupare a forței de muncă etc. Totodată, există organizații de voluntari și companii private implicate în domeniul sănătății publice. Toate aceste entități au diferite structuri formale și diferite culturi organizaționale, ceea ce uneori complică realizarea activităților intersectoriale comune [8].

Trebuie de luat în considerare că integrarea intersectorială a diferitelor sectoare ale societății este unul dintre cei mai eficienți factori ce contribuie la realizarea declarației “Sănătate pentru toți”. Totodată,

punctele slabe includ lipsa de planificare și executare în sectoarele legate de managementul deșeurilor, aprovizionarea cu apă și canalizare, utilizarea serviciilor de sănătate, pesticidele și sănătatea umană, agricultura și nutriție, poluarea aerului. Integrarea intersectorială ar trebui să fie inițiată de la nivel central și pus în aplicare la toate nivelurile structurale [9].

Integrarea diferitelor sectoare ale sistemului de sănătate și de asistență socială

Sănătatea publică este un sector social multidisciplinar, activitatea eficace a căruia necesită integrarea mai multor organizații, în primul rând a celor care se ocupă direct de sănătatea populației. Totodată, în prezent opiniile privind această integrare sunt diferite. De exemplu, în SUA s-au constatat viziuni diferite ale specialiștilor în domeniu de la nivelele local și național [10].

Una dintre formele de colaborare a diferitor structuri de sănătate combină servicii medicale și comportamentale de sănătate în sistemul de medicină primară, demonstrând eficiența acestei integrări [11].

În SUA a fost realizat un studiu pentru o mai bună înțelegere a parteneriatului în sănătatea publică. A fost stabilit nivelul redus de implicare a diferitor organizații în discuții și luare a deciziilor, precum și în realizarea activităților respective. Acest studiu a analizat relația dintre percepțiile membrilor de parteneriat, și anume: cât de bine conducătorii și managerii au facilitat implicarea în procesul de integrare și satisfacția de rol și influența pe care o au în cadrul parteneriatului. Datele să refereau la organizarea activităților comune în prevenirea cancerului de col uterin și sân. Rezultatele au indicat că nicio structură luată separat nu este în stare să realizeze programe complexe și deci este necesară integrarea diferitor structuri în cadrul sistemului de sănătate [12].

Lucrătorii de laborator trebuie să consolideze colaborarea cu industria și cu experții în medicina bazată pe dovezi, cu organismele de reglementare și cu factorii de decizie politică pentru decizii mai bune cu privire la utilizarea testelor medicale noi și celor existente [13]. Este importantă colaborarea medicilor cu farmaciștii. [2].

Diferite structuri de asistență socială au devenit tot mai specializate și aceste servicii sunt furnizate de către un număr tot mai mare de organizații; nu numai de agențiile guvernamentale, ci și de organizațiile neguvernamentale, grupuri comunitare și întreprinderi, inclusiv din sectorul privat. Această diferențiere impune necesitatea de integrare a serviciilor de asistență socială, inclusiv cu asistența medicală. În

ultimii 25 de ani, au existat inițiative de integrare a serviciilor în multe diferite domenii ale asistenței sociale, de exemplu, în reabilitarea profesională, îngrijirea persoanelor în vârstă, îngrijirea psihiatrică, precum și în alte forme de îngrijire comunitară, care au nevoie de un sprijin puternic în management, cu scopul de a supraviețui.

Există o serie de probleme legate de integrarea în sănătatea publică a serviciilor de asistență socială, de exemplu, dublarea funcțiilor, lacune de activitate, neconcordanța sau incontinuitatea în prestarea serviciilor [14]

Ecologie

Un domeniu separat și important pentru colaborare în sectorul de sănătate publică este ecologia. În scopul optimizării acțiunii preventive, este necesar nu numai de aplicat rezultatele studiilor privind ecologia și de realizat un schimb de experiență cu specialiștii (de exemplu, în cadrul proiectelor europene), ci de asemenea de efectuat o mai bună integrare a activităților experților, comunității locale și administrației regionale.

Ecologia umană necesită o bază științifică pentru prevenirea mai eficientă a contaminării aerului, apei și a produselor alimentare, precum și a altor factori de mediu care fac parte din factorii de risc comuni pentru sănătatea umană. Este necesară cooperarea interdisciplinară a specialiștilor din domeniul științelor naturale, tehnologice, socioeconomice și de altă natură. Sunt necesare studii complexe, pentru o mai bună estimare a factorilor de risc la nivel de individ. Acest risc este legat de expunerea oamenilor la poluanți la locurile de muncă, în mediul de trai, zonele de recreere și de alimentare (inclusiv efecte sinergice). UE consideră studiile în ecologia umană drept bază pentru o dezvoltare durabilă [15-17].

Agricultura și nutriția

Este un fapt cert că există o necesitate permanentă de a îmbunătăți securitatea alimentară și nutriția, mai cu seamă în țările în curs de dezvoltare, această problemă rămânând printre cele mai dificile provocări ale comunității globale și care necesită o mare varietate de investiții și activități. Eforturile de a iniția o colaborare au avut un succes modest, în parte din cauza că sectorul privat și cel de dezvoltare preferă să-și mențină independența. Este necesar de elaborat un șir de strategii de colaborare, bazate pe interdependență, prin care se poate de obținut rezultate mai durabile și scalabile [18].

În Suedia există o abordare comună privind prevenirea prejudiciului în agricultură și acest lucru este coordonat prin intermediul unui Comitet

național (LAMK), care este o rețea de lucrători din diferite domenii [19].

Interesul global în politica alimentară se află permanent în dezvoltare, în paralel cu provocările privind aprovizionarea cu alimente și prevalența în creștere a maladiilor cronice legate de alimentație. Unele dintre elementele fundamentale ale politicilor în alimentație sunt: practicile agricole, resursele finite, poverile economice, asociate cu o populație în creștere și în curs de îmbătrânire. La intersecția mai multor interese legate de alimentație este nevoie de o sincronizare a politicilor și o mai bună înțelegere a dinamicii la nivel de administrație locală, regională și națională, luarea comună a deciziilor, care influențează în cele din urmă bunăstarea populației și siguranța, calitatea, accesibilitatea și cantitatea de aprovizionare cu alimente. Politicile, sincronizate sau nu, trebuie să fie puse în aplicare și pentru industria alimentară [20].

Malnutriția și boala sunt provocările globale răspândite și persistente. Agricultură este esențială pentru ambele, dar numai creșterea produselor agricole este insuficientă pentru a atinge obiectivele de reducere a malnutriției și de îmbunătățire a sănătății, cum ar fi Obiectivele de Dezvoltare al Mileniului (Organizația Națiunilor Unite) nr. 1 privind copiii subponderali și nr. 4 privind mortalitatea infantilă. Pentru a spori contribuția agriculturii, Grupul consultativ internațional pentru cercetări în agricultură (CGIAR) a elaborat un program de cercetare, pentru a îmbunătăți nutriția și sănătatea umană. Pentru o viziune mai integratoare, sunt realizate activități comune ale specialiștilor din agricultură, sănătate umană și animală, precum și din sectoarele de dezvoltare socială, prin utilizarea noilor abordări și instrumente de planificare și evaluare comună [21, 22].

La începutul anului 2011, aproximativ 1.000 de lideri și practicieni din sectoarele legate de agricultură, nutriție, sănătate s-au reunit la o conferință internațională *Leveraging Agriculture for Improving Nutrition and Health (Utilizarea agriculturii pentru îmbunătățirea nutriției și sănătății)* la New Delhi, India (10-12 februarie, 2011), organizată de IFPRI și Inițiativa *Viziunea 2020* din New Delhi (<http://2020conference.ifpri.info/>). La această conferință, participanții au discutat chestiunile privind interacțiunea dintre agricultură, nutriție și sănătate; oportunitățile explorate pentru îmbunătățirea nutriției și reducerea riscurilor de sănătate; identificarea pârghiilor-cheie și stimulentele pentru valorificarea agricolă; au fost evaluate lacunele de cercetare și de acțiune. În consecință, s-a inițiat un proces de revedere a modului de a face aceste legături să funcționeze mai bine, pentru a realiza o colaborare intersectorială mai eficace [21].

Această conferință din New Delhi a inspirat și a sprijinit o serie de inițiative importante, inclusiv întâlniri și consultări; contactarea factorilor de decizie guvernamentali privind agricultura, nutriția, precum și problemele de sănătate; noi inițiative de donatori și chiar unele schimbări programatice și instituționale.

Agricultura poate aduce contribuții directe pentru sănătate, prin intermediul produselor agricole îmbunătățite și indirect, de exemplu, prin creșterea veniturilor din mediul rural. În general, îmbunătățirea calității produselor agricole reduce povara bolilor cronice. Integrarea structurilor din domeniile agriculturii și sănătății sporește siguranța produselor alimentare prin crearea sistemelor de supraveghere.

Colaborările dintre sectoarele agricole și cele de sănătate pot duce la îmbunătățirea substanțială a calității nutriției, dar cu condiția că anumite provocări umane și instituționale vor fi depășite. Reprezentanții din ambele sectoare trebuie să:

- ia măsuri intersectoriale la nivel de comunitate;
- majoreze finanțarea în unitățile din sectorul sanitar care colaborează cu sectorul agricol;
- creeze aranjamente formale, atribuind responsabilități și dezvoltând abilități de negocieri intersectoriale și de luare a deciziilor;
- stabilească comunicări și legături între cercetători, politicieni și practicieni din ambele sectoare;
- asigure consultarea reciprocă în stabilirea priorităților și a activităților, cum ar fi, de exemplu, colectarea de date;
- consolideze capitalul uman în ambele sectoare, prin revizuirea curriculumului sau prin schimbul de personal și schimbul de experiență [6].

Sănătatea animală

La nivel național, colaborarea dintre instituțiile de sănătate animală, sănătate publică și a mediului și alte autorități este crucială pentru realizarea măsurilor preventive, cercetarea și stabilirea priorităților, aplicarea măsurilor comune în focarele de maladii infecțioase. În literatura de specialitate sunt discutate abordări comune sub sloganul *Sănătate unică (One Health)* pentru controlul maladiilor, inclusiv a celor reemergente.

Colaborarea serviciului veterinar cu managerii de sănătate publică, sectorul social, departamentul de ecologie și multe alte părți interesate este importantă pentru reducerea riscurilor de răspândire a maladiilor comune pentru om și animale [23]. Două studii speciale au fost realizate pentru a ilustra acest lucru – analiza cazurilor de boală Hendra

în Australia și de rabie pe continentul african. Plus la aceasta, autorii discută schimbările de mediu sub influența factorilor antropogeni, în funcție de creșterea populației mondiale, ceea ce subliniază necesitatea eforturilor comune [24].

Procesele de globalizare

Creșterea fluxurilor transfrontaliere stimulează dezvoltarea unor reguli și formarea unor instituții globale, care promovează relații economice, cresc amploarea și sfera de aplicare a relațiilor dintre diferite țări. Globalizarea este o provocare majoră pentru sănătatea publică, în special în țările în curs de dezvoltare, iar legăturile dintre globalizare și sănătate sunt complexe. Apare un număr tot mai mare de publicații pe această temă, în care sunt evaluate efectele directe și indirecte ale diferitelor aspecte ale globalizării asupra sănătății. Aceste informații pot servi drept bază pentru identificarea lacunelor în cunoașterea problemei și pentru dezvoltarea politicilor naționale și internaționale mai favorabile pentru sănătate [25].

Globalizarea are efecte indirecte asupra sănătății prin modificările economiei naționale, economiei gospodăriilor, sectoarelor legate de sănătate, cum ar fi apa, salubritatea și educația, precum și multe efecte directe asupra numărului populației și a factorilor de risc individual, factorilor de sănătate și sistemului de sănătate. Este necesară elaborarea unui program de acțiuni pentru a reduce efectele negative ale globalizării asupra sănătății, cu respectarea principiilor de abordare *Sănătate unică (One Health)*, care include mai multe mesaje-cheie, vitale pentru buna guvernare la nivel național și la nivel mondial:

- integrare intersectorială;
- implicarea conducerii de cel mai înalt nivel;
- angajament pe termen lung;
- demonstrarea succesului în utilizarea banilor publici;
- responsabilitate (la nivel de individ, comunitate, țară).

La nivel internațional, există o necesitate pentru o mai bună guvernare globală, iar colaborarea OIE–FAO–OMS este un pas important în această direcție. Amenințarea din partea fluxului transfrontalier de animale și zoonozelor, a altor maladii infecțioase, agravate de factori precum globalizarea și modificările de mediu, creșterea exigențelor sociale pentru disponibilitatea și securitatea alimentară, sănătatea publică și bunăstarea animalelor subliniază importanța crucială a colaborării dintre organizațiile internaționale. Buna guvernare la nivelele național și internațional, pentru a preveni apariția și răspân-

direa bolilor infecțioase, este stringentă în condițiile actuale [24].

Un exemplu de cooperare globală este AGRICOH – un consorțiu format recent de studii de cohortă în agricultură, care implică 22 de unități din nouă țări de pe cinci continente: Africa de Sud (1), Canada (3), Costa Rica (2), Statele Unite ale Americii (6), Republica Coreea (1), Noua Zeelandă (2), Danemarca (1), Franța (3) și Norvegia (3). Scopul AGRICOH, inițiat de Institutul Național de Cancer din SUA (NCI) și coordonat de Agenția Internațională pentru Cercetarea Cancerului (IARC), este de a promova și a susține colaborarea și coordonarea datelor, pentru a investiga asocierea dintre o gamă largă de produse agricole și o gamă largă de rezultate în domeniul sănătății, cu un accent special pe asociațiile care nu pot fi ușor abordate în studii particulare, din cauza expunerilor rare. Așadar, AGRICOH oferă oportunități excelente pentru a studia cancerul, maladiile respiratorii, neurologice, autoimune, dereglările de reproducere și alergice, morbiditatea și mortalitatea generale în asociere cu o gamă largă de expuneri [26, 27].

În 1985, Fundația *Rockefeller* a inițiat programul *Sănătate bună cu resurse reduse* în Bangladesh, Etiopia, Kirgîzstan, Thailanda și alte țări. Experiența de 25 de ani a arătat că atributele de succes au inclus o bună guvernare și angajament politic, o administrare eficientă, bazată pe experiența dobândită, și o capacitate de a inova și de a se adapta la resursele limitate. Infrastructura de transport, emanciparea femeii, precum și educația, au jucat un rol important. Sistemele de sănătate sunt complexe și nu există o rețetă simplă pentru succes [28].

Un domeniu special este biosecuritatea și securitatea cibernetică. Tendințele actuale în acest domeniu includ: (1) disponibilitatea largă de tehnologii și cunoștințe de specialitate, care anterior au fost disponibile doar pentru guverne; (2) recesiunea economică globală, care poate crește numărul actorilor nestatali; (3) recente rapoarte ale Comisiei SUA și UE, ce reflectă preocupările legate de actorii nestatali în amenințările asimetrice.

Natura intersectorială și internațională a bioterorismului și agroterorismului necesită o colaborare în mai multe sectoare, inclusiv informații, poliție, criminalistică, vamă, precum și alte organizații de aplicare a legii, care trebuie să lucreze împreună cu organizațiile de sănătate publică și animală, precum și cu cele științifice, sociale și de mediu. Acest lucru necesită luarea unor decizii coordonate între aceste organizații, pe baza cunoștințelor și schimbului de informații. În proiectul UE AniBioThreat, avertizarea timpurie este subiectul principal în Pachetul de lucru 3 (WP 3). O strategie unică a fost generată pe baza abordării interactive, pentru a aduce împreună

agențiile de aplicare a legii și cele civile, instituțiile de sănătate publică și animală [29].

Forme de colaborare

Odată cu diferențierea tot mai mare a organizațiilor implicate în supravegherea sănătății publice, apare necesitatea stringentă de integrare interorganizațională. Diferite forme de integrare sunt definite și legate între ele într-un cadru conceptual, care este nu altceva decât o integrare a diverselor perspective teoretice. Conform acestui cadru, integrarea în domeniul sănătății publice impune colaborare interorganizațională a diferitelor sectoare ale societății. O astfel de colaborare intersectorială poate fi realizată în principal sub formă de echipe multidisciplinare peste limitele diferitor organizații și sectoare.

Integrarea interorganizațională poate lua forme variate și poate fi realizată fie prin "mâna vizibilă" a unei ierarhii de conducere, fie prin "mâna invizibilă" a pieței de concurență. Ierarhia de management înseamnă o coordonare de sus în jos a organizațiilor implicate, pe când regulile pieței duc la relații contractuale între organizații. Există de asemenea a treia opțiune, care a fost explorată în literatura de specialitate privind organizarea și managementul, și anume *rețeaua* [30, 31].

Coordonarea, cooperarea și colaborarea ca forme de relații ale diferitor organizații în managementul sănătății publice sunt, de obicei, plasate undeva la mijlocul acestui continuum, între consultare și consolidare, deși există multe diferite și uneori chiar contradictorii definiții ale acestor forme de integrare. Pentru a sorta diferite forme de integrare, se poate face o distincție între două dimensiuni principale – integrarea pe verticală și cea pe orizontală, unde diferite forme de integrare au accent diferit.

Cooperarea poate fi definită ca o formă de integrare cu un grad ridicat al ambelor interacțiuni – pe verticală și pe orizontală. Această formă de integrare este, de obicei, bazată pe un management ierarhic, dar este și combinată cu acorduri voluntare și "ajustări reciproce" între organizațiile implicate.

Colaborarea poate fi definită ca o formă de integrare cu un grad ridicat de integrare pe orizontală și un grad scăzut de integrare pe verticală. Aceasta înseamnă că majoritatea activităților sunt realizate prin acorduri voluntare și "ajustări reciproce" între organizațiile implicate.

Coordonarea poate fi o formă eficientă de integrare atunci când există un grad scăzut de diferențiere, iar cooperarea și colaborarea pot fi mai eficiente atunci când există un grad înalt de diferențiere. După cum am menționat mai sus, integrarea interorganizațională în domeniul sănătății

publice este, în primul rând, o chestiune de cooperare și colaborare. Acest lucru poate fi explicat prin gradul înalt de diferențiere în domeniul sănătății publice [6].

Una dintre formele de colaborare este rețeaua, ceea ce înseamnă o cooperare mai mult sau mai puțin voluntară, colaborare între organizații care nu fac parte dintr-o ierarhie sau o piață comună. În rețea există totuși elemente de coordonare, deoarece unele dintre organizații pot aparține aceleiași ierarhii guvernamentale.

Autori din Canada subliniază că, pentru rețele, componente-cheie ale succesului sunt permanenta mobilizare a multiplelor conexiuni și pregătirea profesională a participanților [32].

Prin combinarea acestor forme este posibil de construit un sistem conceptual simplu al principalelor forme de integrare [33].

Formele cele mai de succes în colaborarea interorganizațională în sănătatea publică par a fi echipele multidisciplinare stabile, menținute pe o perioadă lungă de timp.

Informațiile privind tendințele de sănătate pot fi obținute din diferite surse și este important de creat un sistem integral pentru analiza diferitor modele de date disparate. Înțelegerea tendințelor de sănătate la nivel de populație este esențială pentru a monitoriza eficient și de a îmbunătăți sănătatea publică [34].

În SUA, Canada și Anglia au fost evaluate sistemele informaționale legate de sănătate. S-a constatat că, în toate cele trei țări, problema erorilor sistemului a fost recunoscută ca fiind de importanță critică. S-a ajuns la concluzia că abordările îmbunătățite de proiectare a sistemului, de testare, reglare, de raportare a erorilor, educația în domeniul siguranței și colaborarea între țări vor fi necesare pentru a promova în continuare tehnologii informaționale mai sigure [35].

Concluzie

Așadar, există o multitudine de diferite organizații implicate în monitorizarea sănătății publice, ceea ce impune organizarea activității respective în comun, adică sănătatea publică este un domeniu interorganizațional, cu un grad ridicat de diferențiere.

Bibliografie

1. Oliver T.R. *Population health rankings as policy indicators and performance measures*. In: Prev. Chronic Dis., 2010, Sep; nr. 7(5), p. A101.
2. Thompson S., Kent J., Lyons C. *Building partnerships for healthy environments: research, leadership and education*. In: Health Promot. J. Austr., 2014, nr. 25(3), p. 202-208.
3. Le Q.T., Zhang Q., Cao H. et al. *An international collaboration to harmonize the quantitative plasma Epstein-*

- Barr virus DNA assay for future biomarker-guided trials in nasopharyngeal carcinoma.* In: Clin. Cancer Res., 2013, nr. 19(8), p. 2208-2215.
4. Priebe S., Matanov A., Schor R. et al. *Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries.* In: BMC Public Health, 2012, Mar 28; nr. 12, p. 248.
 5. Monday B., Gitta S.N., Wasswa P. et al. *Paradigm shift: contribution of field epidemiology training in advancing the "One Health" approach to strengthen disease surveillance and outbreak investigations in Africa.* In: Pan Afr. Med. J., 2011; nr. 10, Suppl 1, p. 13.
 6. Axelsson R., Axelsson S.B. *Integration and collaboration in public health – a conceptual framework.* In: Int. J. Health Plann. Mgmt., 2006; nr. 21, p. 75-88.
 7. Grone O., Garcia-Barbero M. *Trends in Integrated Care – Reflections on Conceptual Issues.* Barcelona: European Office for Integrated Health Services; 2002.
 8. Bate P. *Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community.* In: Pub. Adm. Rev., 2000, nr. 78, p. 485-512.
 9. Bhusal C.L., Singh S.P., Aryal K.K.J. et al. *Assessment of district health system within inter-sectoral context in Nepal.* In: Nepal Health Res. Council., 2013 May; nr. 11(24), p. 163-176.
 10. Weinberg D.B., Cooney-Miner D., Perloff J.N. et al. *Building collaborative capacity: promoting interdisciplinary teamwork in the absence of formal teams.* In: Med. Care, 2011, Aug; nr. 49(8), p. 716-723.
 11. Forsman A., Hrelja R., Henriksson P., Wiklund M. *Cooperation between police and social treatment services offering treatment to drink and drug drivers – experience in Sweden.* In: Traffic Inj. Prev., 2011, Feb; nr. 12(1), p. 9-17.
 12. Brown M.J., Ammon M., Grevatt P. *Federal agency support for healthy homes.* In: J. Public Health Manag. Pract., 2010, Sep-Oct; nr. 16(5 Suppl), p. S90-93.
 13. Hvath A.R., Lord S.J., StJohn A. et al. *From biomarkers to medical tests: the changing landscape of test evaluation.* In: Clin. Chim. Acta, 2014, Jan 1; nr. 427, p. 49-57.
 14. Glendinning C. *Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England.* In: Health Policy, 2003, nr. 65, p. 139-151.
 15. Dobrowolski J.W. *Human ecology and interdisciplinary cooperation for primary prevention of environmental risk factors for public health.* In: Przegl. Lek., 2007; nr. 64, Suppl 4, p. 35-41.
 16. Rodriguez-Manzano J., Alonso J.L. et al. *Standard and new faecal indicators and pathogens in sewage treatment plants, microbiological parameters for improving the control of reclaimed water.* In: Ferrús M.A. Water Sci. Technol., 2012; nr. 66(12), p. 2517-2523.
 17. Van Olphen J., Ottoson J., Green L. et al. *Evaluation of a partnership approach to translating research on breast cancer and the environment.* In: Prog. Community Health Partnersh., 2009, Fall; nr. 3(3), p. 213-226.
 18. London T., Anupindi R. *Using the base-of-the-pyramid perspective to catalyze interdependence-based collaborations.* In: Proc. Natl. Acad. Sci USA, 2012, Joul. 31; nr. 109(31), p. 12338-12343.
 19. Lundqvist P., Svennefelt C.A. *Health and safety strategy in Swedish agriculture.* In: Work, 2012; nr. 41(Suppl 1), p. 5304-5307.
 20. Stewart D., Kennedy A., Pavel A. *Beyond nutrition and agriculture policy: collaborating for a food policy.* In: Br. J. Nutr., 2014, Oct; nr. 112(Suppl 2), p. S65-74.
 21. *2011 Global Food Policy Report.* International Food Policy Research Institute, Washington, 2012, 126 p.
 22. *2013 Global Food Policy Report.* International Food Policy Research Institute, 154 p.
 23. Chen J.H., Wang H., Chen J.X. et al. *Frontiers of parasitology research in the People's Republic of China: infection, diagnosis, protection and surveillance.* In: Parasit Vectors, 2012, Oct. 4; nr. 5, p. 221.
 24. Landford J., Nunn M. *Good governance in 'One Health' approaches.* In: Rev. Sci. Tech. Off. Int. Epiz., 2012, nr. 31(2), p. 561-575.
 25. Woodward D., Drager N., Beaglehole R., Lipson D. *Globalization and health: a framework for analysis and action V.* In: Bulletin of the World Health Organization, 2001, nr. 79, p. 875-881.
 26. Leon M.E., Beane Freeman L.E., Douwes J. et al. *AGRI-COH: a consortium of agricultural cohorts.* In: Int. J. Environ. Res. Public Health, 2011, May, nr. 8(5), p. 1341-1357.
 27. Balabanova D., Mills A., Conteh L. et al. *Good Health at Low Cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening.* In: Lancet, 2013, Jun. 15; nr. 381(9883), p. 2118-2133.
 28. Ducrot C., Bed'hom B., Béringue V. et al. *Issues and special features of animal health research.* In: Vet. Res., 2011, Aug. 24; nr. 42, p. 96.
 29. Martensson P.A., Hedström L., Sundelius B. et al. *Actionable knowledge and strategic decision making for bio- and agroterrorism threats: building a collaborative early warning culture.* In: Biosecur. Bioterror., 2013, Sep., nr. 11(Suppl 1), p. S46-54.
 30. Harris J.K., Provan K.G., Johnson K.J., Leischow S.J. *Drawbacks and benefits associated with inter-organizational collaboration along the discovery-development-delivery continuum: a cancer research network case study.* In: Implement. Sci., 2012, Joul. 25; nr. 7, p. 69.
 31. Cusack T., O'Donoghue G. *The introduction of an inter-professional education module: students' perceptions.* In: Qual. Prim. Care, 2012; nr. 20(3), p. 231-238.
 32. Casebeer A., Popp J., Scott C. *Positively deviant networks: what are they and why do we need them?* In: J. Health Organ. Manag., 2009; nr. 23(6), p. 610-626.
 33. Klann J.G., Buck M.D., Brown J. et al. *Query Health: standards-based, cross-platform population health surveillance.* In: J. Am. Med. Inform. Assoc., 2014, Jul-Aug; nr. 21(4), p. 650-656.
 34. Axelsson R. *Institutional developments in the Russian system of social security: organizational and interorganizational aspects.* In: Soc. Policy Adm., 2002, nr. 36, p. 142-155.
 35. Kushniruk A.W., Bates D.W., Bainbridge M. et al. *National efforts to improve health information system safety in Canada, the United States of America and England.* In: Int. J. Med. Inform., 2013, May; nr. 82(5), p. e149-160.