

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”
AGENCIA NAȚIONALĂ PENTRU SĂNĂTATE PUBLICĂ

**DELEU Raisa, CEBANU Serghei, PÎNZARU Iurie, CHEPTEA Dumitru,
MEȘINA Victor, GHERCIU-TUTUESCU Svetlana, BUCATA Elena**

SĂNĂTATEA ÎN RELAȚIE CU MUNCA

Chișinău, 2024

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
” NICOLAE TESTEMIȚANU”
AGENȚIA NAȚIONALĂ PENTRU SĂNĂTATE PUBLICĂ

**DELEU Raisa, CEBANU Serghei, PÎNZARU Iurie,
CHEPTEA Dumitru, MEȘINA Victor,
GHERCIU-TUTUESCU Svetlana, BUCATA Elena**

SĂNĂTATEA ÎN RELAȚIE CU MUNCA

Monografie colectivă

PRINT
CARO

Chișinău, 2024

CZU: 613/614:331

S 19

Aprobat la ședința Consiliului de Management al Calității a USMF ”Nicolae Testemițanu” (proces verbal nr. 2 din 29 noiembrie 2023).

Colectivul de autori:

Deleu Raisa, dr. șt. med., conf. univ, Disciplina de igienă, Departamentul Medicină Preventivă, USMF ”Nicolae Testemițanu”.

Cebanu Serghei, dr. hab. șt. med., conf. univ, șef Departament Medicină Preventivă, USMF „Nicolae Testemițanu”

Pînzaru Iurie, dr. șt. med., conf. univ, șef secție Sănătatea ocupațională, siguranță chimică și toxicologie, Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

Cheptea Dumitru, asist. univ., Disciplina de igienă, Departamentul Medicină Preventivă, USMF „Nicolae Testemițanu”.

Meșina Victor, dr. șt. med., conf. univ, Disciplina de igienă, Departamentul Medicină Preventivă, USMF „Nicolae Testemițanu”.

Gherciu-Tutuescu Svetlana, medic igienist, secția Sănătatea ocupațională, siguranță chimică și toxicologie, Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

Bucata Elena, medic igienist, secția Sănătatea ocupațională, siguranță chimică și toxicologie, Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

Recenzenți:

Friptuleac Grigore, dr. hab. șt. med., profesor universitar, Disciplina de igienă, Departamentul Medicină Preventivă a USMF „Nicolae Testemițanu”

Bernic Vladimir, dr. șt. med., conferențiar cercetător, șef Laborator științific Pericole Chimice și Toxicologie, Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

Monografia reprezintă rezultatele analizei stării de sănătate a populației Republicii Moldova în relație cu munca, care cuprinde perioada anilor 1990-2022. Sunt identificate principalele tendințe ale stării de sănătate a populației generale, populației în vârstă aptă de muncă, populației ocupate și angajaților expuși factorilor de risc profesional la locul de muncă. O atenție deosebită s-a acordat evaluării factorilor determinanți ai sănătății. Sugestiile privind calitatea monitorizării și evaluării stării de sănătate a angajaților, activităților de prevenție și promovare a sănătății la locul de muncă a lucrătorilor sunt argumentate prin referințele bibliografice, disponibile în bazele de date internaționale și naționale.

Monografia a fost editată și publicată din sursele financiare ale proiectului bilateral modo-turc *„Cercetarea colaborativă și consolidarea capacităților în sănătatea și securitatea în muncă”*, cifrul 22.80013.8007.1TR

CUPRINS

ABREVIERI	5
PREFAȚĂ	7
PREFACE	9
ПРЕДИСЛОВИЕ	11
INTRODUCERE	13
1. ABORDĂRI TEORETICE ALE SĂNĂTĂȚII OCUPAȚIONALE	16
2. PREVIZIUNE ISTORICĂ ÎN DEZVOLTAREA SĂNĂTĂȚII OCUPAȚIONALE	55
2.1. Cooperarea Internațională în domeniul sănătății ocupationale.	63
2.2. Sănătatea ocupațională în Uniunea Europeană	89
3. STANDARDE, PRINCIPII ȘI ABORDĂRI ALE SERVICIILOR DE SĂNĂTATE OCUPAȚIONALĂ	102
3.1. Obiectivele practicii sănătății ocupaționale.....	106
3.2. Modele de servicii de sănătate în muncă.....	117
3.3. Etica și sănătatea ocupațională în lumea contemporană a muncii	124
4. SĂNĂTATEA OCUPAȚIONALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA	133
4.1. Analiza cadrului legal și de reglementare în domeniul sănătății ocupaționale	133
4.2. Gestionarea domeniului sănătății ocupaționale	173

5. PROFILUL REPUBLICII MOLDOVA DIN PERSPECTIVA RISCURILOR PROFESIONALE PENTRU SĂNĂTATE	177
5.1. Starea de sănătate a angajaților	189
5.2. Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă.....	189
5.3. Evaluarea stării de sănătate a angajaților expuși factorilor de risc profesional după rezultatele examenelor medicale periodice.....	193
5.4. Sănătatea ocupațională în situații de urgență de sănătate publică	206
6. IDENTIFICAREA PRIORITĂȚILOR ȘI NEVOILOR DE FORMARE A SPECIALIȘTILOR ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII OCUPAȚIONALE	225
BIBLIOGRAFIE	252

ABREVIERI

AIAS	– Asociația Internațională de Asigurări Sociale
ALM	– Atestarea locurilor de Muncă
ANSP	– Agenția Națională Pentru Sănătate Publică
BNS	– Biroul Național de Statistică
BP	– Boală profesională
CECA	– Comunitatea Europeană a cărbunelui și oțelului
CISO	– Comisia Internațională de Sănătate Ocupațională (ICOH - International Commission on Occupational Health)
CMA	– Concentrația Maximal Admisibil
CNAM	– Casa Națională de Asigurări Medicale
CNAS	– Casa Națională de Asigurări Sociale
CNȘPIE	– Centrul Național Științifico-Practic de Igeină și Epidemiologie
CNȘPMP	– Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă
CSI	– Comunitatea Statelor Independente
EMP	– examenul medical periodic
EOHS	– Eficacitatea Serviciilor de Sănătate în Muncă
EUROATOM	– Comunitatea Europeană de Energie Atomică
EU-OSHA	– Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă
FAO	– Organizația Națiunilor pentru Alimentație și Agricultură (Food and Agriculture Organization of the United Nations)
HG	– Hotărîre de Guvern
ICD	– Clasificatorul Internațional a Bolilor
IDM	– Indeele de Dutată Medie a Concediilor Medicale
IEC	– Comisia Internațională Electronică
ISO	– Organizația Națională de Standardizare
ITM	– incapacitatea temporară de muncă
IM	– Inspecția Muncii
NMA	– Nivelul Maxim Admisibil
OECD	– Organizația pentru Cooperare Economică și Dezvoltare

OIM	– Organizația Internațională a Muncii
OMS	– Organizația Mondială a Sănătății
OSCE	– Organizația pentru Securitate și Cooperare în Europa
PIB	– Produsul Intern Brut
PSLM	– Promovarea sănătății la locul de muncă
SrSM	– Serviciul de Sănătatea Muncii
SSM	– Securitate și Sănătate în Muncă
SSER	– Stația Sanitaro-Epidemiologică Republicană
SSES	– Serviciul de Sănătate Publică și Epidemiologie
SM	– Sănătate în muncă
STSM	– Short-term Scientific Missions (misiunile științifice pe termen scurt)
UNESCO	– Organizația Națiunilor Unite pentru Învățământ, Știință și Cultură
VNB	– Venitul Național Brut

PREFAȚĂ

Sănătatea angajaților este una din problemele prioritare în țările dezvoltate și o componentă importantă a potențialului forței de muncă. Ea determină în mare măsură dezvoltarea economică și socială a oricărei societăți și se consideră, ca un factor, care afectează în mod direct procesul de producție și calitatea mărfurilor finite produse.

Supravegherea sănătății lucrătorilor reprezintă totalitatea serviciilor medicale care asigură prevenția, depistarea, dispensarizarea bolilor profesionale și a bolilor legate de profesiune, precum și menținerea sănătății și a capacității de muncă a angajaților.

Prezenta monografie este dedicată sănătății angajaților în raport cu munca prestată și include rezultatele originale ale datelor privind aplicabilitatea cadrului legal național în raport cu legislația comunitară și cea a OIM/OMS. Deasemeni sunt prezentate date incontestabile privind starea de sănătate a diferitor grupuri de populație încadrate în câmpul muncii, particularitățile morbidității profesionale și cu incapacitate temporară de muncă. Lucrarea include o direcție nouă, care până în prezent nu a acoperit integral paradigma relației cu munca.

Rezultatele cercetării se înscriu perfect în principiile abordării contemporane a sănătății ocupaționale și corelează cu tendințele morbidității și mortalității populației generale sau a unor segmente ale ei, pentru a identifica legăturile de formare a stării de sănătate, a apariției și răspândirii patologieilor, în raport cu factorii lor determinanți și permit elaborarea măsurilor pentru îmbunătățirea sănătății publice în rândurile angajaților economiei naționale.

Indicatorii stării de sănătate stau la baza creării de noi oportunități pentru creșterea calității programelor naționale de prevenție, control și răspuns la bolile cu răspândire largă în mediul de muncă și de promovare a sănătății la locul de muncă, menite să îmbunătățească în mod constant mediul ocupațional. Eficiența activităților de promovare a sănătății la locul de muncă formează atitudinea și responsabilitatea angajatorului și angajatului față de sănătate.

În monografie autorii pun un accent deosebit pe standardele, principiile și modelele de sănătate ocupațională, care în anumite condiții pot fi aplicabile și în Republica Moldova.

Prezenta monografie se înscrie perfect în cele 10 operațiuni esențiale în domeniul sănătății publice recomandate de OMS și reprezintă o sursă importantă de informare pentru specialiștii din sistemul sanitar, rezidenții și studenții Universității de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, cercetători, angajatori, Confederația Națională a Sindicatelor și Confederația Națională a Patronatului și va aduce o contribuție semnificativă în domeniul Sănătății ocupaționale la locul de muncă.

Autorii monografiei exprimă recunoștință colegilor din Laboratorul pericole chimice și toxicologie din cadrul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, care au contribuit la evaluarea nivelului de conștientizare a principiilor sănătății ocupaționale, determinarea necesităților de îmbunătățire a tehnicilor inovatoare integrate de cercetare și a practicilor bazate pe dovezi în domeniul vizat prin consolidarea capacităților specialiștilor din Republica Moldova și Turcia, comunicării rezultatelor obținute în proiectul bilateral „***Cercetarea colaborativă și consolidarea capacităților în sănătatea și securitatea în muncă***”, cifrul 22.80013.8007.1TR.

PREFACE

One of the top concerns in developed countries is employee health, which also plays a significant role in the potential of the workforce. It is regarded as a factor that directly influences the production process and the quality of finished goods, and it has an essential part in determining the economic and social growth of any society.

The entirety of medical services that guarantee the prevention, identification, and treatment of occupational diseases and work-related diseases, as well as the preservation of workers' health and capacity to work, is referred to as workers' health surveillance.

This monograph is dedicated to the employees' health in relation to the work performed and includes the original results of the data on the applicability of the national legal framework with regard to the Community and ILO/WHO legislation. Indisputable data are also presented regarding the health status of different working population groups, as well as the particularities of occupational morbidity and temporary work incapacity. The book includes a new direction, which until now has not fully covered the paradigm of the relationship with work.

The study's findings are perfectly in line with the principles of the contemporary approach to occupational health and correspond with trends in morbidity and mortality within the overall population or specific segments of it. This allowed to pinpoint the appearance and spread of illnesses in relation to determinant factors and facilitates the creation of policies aimed at enhancing public health among the nation's workforce.

The health status indicators are the foundation for improving the quality of national programs for the promotion of workplace health and the prevention, control, and response to diseases that are widespread in the workplace. Workplace health promotion initiatives shape both the employer's and the employee's perceptions and responsibilities about health.

The criteria, tenets, and models of occupational health are highlighted in the book by the writers, who note that they may also be applicable in the Republic of Moldova under specific circumstances.

This monograph aligns perfectly with the 10 essential operations in the field of public health that the World Health Organization recommends. Also, it will significantly contribute to the occupational health field and will be a valuable resource for health system specialists, residents and students at Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, researchers, employers, the National Confederation of Trade Unions, and the National Confederation of Employers.

The authors of the monograph extend their gratitude to their colleagues in the Laboratory of Chemical Hazards and Toxicology from the National Agency for Public Health for their contributions to the assessment of occupational health awareness, identification of subjects in need of improvement through the use of innovative integrated research techniques and evidence-based practices, and communication of the results of the bilateral project ***“Collaborative research and capacity building in occupational health and safety”***, number 22.80013.8007.1TR.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Здоровье рабочих является одним из приоритетных вопросов в развитых странах и важной составляющей кадрового потенциала. Оно во многом определяет экономическое и социальное развитие любого общества и рассматривается как фактор, непосредственно влияющий на процесс производства и качество готовой продукции. Наблюдение за здоровьем работников представляет собой совокупность медицинских услуг, обеспечивающих профилактику, выявление, диспансеризацию профессиональных заболеваний и заболеваний, связанных с профессией, а также поддержание здоровья и трудоспособности работников.

Это монография посвящена здоровью работников в связи с выполняемой работой и включает оригинальные результаты данных о применимости национальной правовой базы по отношению к законодательству Сообщества и МОТ/ВОЗ. Приведены также неоспоримые данные о состоянии здоровья различных групп населения, занятого в сфере труда, особенностях профессиональной заболеваемости и временной нетрудоспособности. Работа включает в себя новое направление, которое до сих пор не полностью охватило парадигму взаимоотношений с трудом.

Результаты исследования полностью соответствуют принципам современного подхода к гигиене труда и коррелируют с тенденциями заболеваемости и смертности населения в целом или отдельных его слоев, с целью выявления закономерностей формирования состояния здоровья, возникновения и распространения патологий в связи с их факторами-детерминантами и позволяют разработать мероприятия по улучшению здоровья населения среди работников народного хозяйства.

Показатели состояния здоровья являются основой для создания новых возможностей повышения качества национальных программ профилактики, борьбы и реагирования на широко распространенные в производственной среде заболевания и укрепления здоровья на рабочих местах, направленных на постоянное улучшение производственной среды. Эффективность оздоровительной деятельности на

рабочем месте формирует отношение и ответственность работодателя и работника к здоровью.

В монографии авторы уделяют особое внимание стандартам, принципам и моделям гигиены труда, которые при определенных условиях могут быть применимы и в Республике Молдова. Эта монография прекрасно вписывается в 10 основных операций в области здравоохранения, рекомендованных ВОЗ, и является важным источником информации для медицинских работников, жителей и студентов Государственный медико-фармацевтический университет имени Николае Тестемицану, исследователи, работодатели, Национальная конфедерация профсоюзов и Национальная конфедерация патронажа внесут значительный вклад в обеспечение гигиены труда на рабочем месте.

Авторы монографии выражают благодарность коллегам из Лаборатории Химической Безопасности и Токсикологии Национального Агентства Общественного Здоровья, внёсшим вклад в оценку уровня осведомленности о принципах гигиены труда, определение необходимости совершенствования инновационных комплексных методов исследования и доказательной практики в целевой области путем укрепления потенциала специалистов Республики Молдова и Турции, информирования о результатах, полученных в рамках молдавско-турецкого двустороннего проекта **«Совместные исследования и наращивание потенциала в охрана труда и безопасность»**, кодекс 22.80013.8007.1TR.

INTRODUCERE

Sănătatea 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, astfel permite 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.

Sănătatea ocupațională - știință medicală independentă care studiază condițiile igienice ale mediului și procesului de muncă și impactul lor asupra sănătății și capacității de muncă a lucrătorilor pentru a dezvolta baza științifică a măsurilor practice de prevenire a influenței negative ale muncii. Principalul conținut al igienei muncii este argumentarea științifică a standardelor și mijloacelor de prevenire a bolilor profesionale, a progresului bolilor cronice non-profesionale și complicațiilor acestora în rândul muncitorilor. Sănătatea ocupațională este și un domeniu de activitate practică care rezolvă problemele supravegherii sănătății publice la întreprinderile industriale și agricole în funcțiune sau la etape de construcție și/sau reconstrucție.

În ultimele decenii au apărut numeroase probleme noi, care reflectă schimbările din lumea muncii, fragmentarea, dificultățile (crizele) economice, schimbările demografice, noile tehnologii și, mai general, impactul globalizării. Forța de muncă în sine se diversifică, de asemenea, cu o participare crescândă a femeilor, migranților și lucrătorilor în vârstă.

O serie de surse bibliografice cu privire la impactul noilor forme de organizare a muncii (de exemplu, modificări ale metodelor de management, utilizarea contractanților și a personalului temporar, modificări ale programului de lucru și capacitate sporită de a lucra departe de un loc de muncă fix sau de acasă etc.) a evidențiat efectele negative asupra sănătății și siguranței lucrătorilor. Organizarea muncii în sine poate influența nivelul de stres psihologic pe care îl întâmpină lucrătorii și poate crește problemele de sănătate (de exemplu, tulburări musculo-scheletice, boli cardiovasculare și sindrom metabolic și diabet) legate de expunerea la pericolele profesionale, care pot duce la traumatisme industriale și boli profesionale sau legate de profesiune.

Noile tendințe din lumea muncii solicită schimbări radicale în sănătatea ocupațională, considerate un element important în dimensiunea socială a vieții profesionale, în conformitate cu un concept mai larg de promovare globală și integrată a bunăstării la locul de muncă, dând naștere la numeroase noi provocări pentru lucrători și reprezentanții acestora, angajatori, manageri, furnizori de servicii de sănătate, autorități guvernamentale, asociații profesionale și parteneri sociali deopotrivă.

A apărut o nouă paradigmă pentru sănătatea ocupațională, extinzând accentul clasic de pe „*managementul riscurilor pentru sănătate*” pentru a include și aspectele medicale ale absenteismului la locul de muncă și reabilitării bolii, sprijinirea și gestionarea bolilor cronice netransmisibile și promovarea sănătății la locul de muncă. În ultimele decenii, suprapunerea dintre cele două domenii „prevenirea” (riscurilor) și „promovarea” (sănătății) a devenit mai mare. În prezent, „sănătatea la locul de muncă” este menită să includă nu numai protecția sănătății, ci și promovarea sănătății la locul de muncă.

Un rol central în acest scenariu îl joacă profesioniștii din domeniul sănătății ocupaționale datorită responsabilităților din ce în ce mai complexe și uneori concurente față de lucrători, angajatori, comunitate, sănătate publică și autoritățile muncii și alte organisme

precum protecția socială, justiția, și guvernarea. În viitor, specialiștii în sănătatea ocupațională ar trebui să îndeplinească multiple roluri, de la furnizori de servicii de îngrijire și experți, la factori de decizie, comunicatori și consilieri, până la lideri și manageri. Noile provocări și modalități de lucru vor necesita o revizuire a competenței și capacității profesioniștilor în sănătatea muncii, cu implicații pentru sănătatea și securitatea viitorilor lucrători.

Monografia colectivă este publicată în perioada de preaderare a Republicii Moldova la Uniunea Europeană, care impune alinierea la *acquis-ul comunitar*, care presupune armonizarea cadrului legislativ și de reglementare național, însă cu considerarea contextului național în ceea ce privește instituționalizarea serviciilor de securitate și sănătate în muncă.

Aceste circumstanțe i-au determinat pe autori să încerce să pregătească această lucrare, pentru a evalua situația la moment, pentru a înțelege mai bine calea de parcurs pentru a îmbunătăți starea de sănătate a populației active, condiție indispensabilă dezvoltării durabile a țării.

Această lucrare conține informații obținute din surse autentice și foarte apreciate. S-au făcut eforturi rezonabile pentru a publica date și informații fiabile.

Autorii vor accepta comentarii și sugestii care vizează îmbunătățirea monografiei cu recunoștință și apreciere sinceră.

1. ABORDĂRI TEORETICE ALE SĂNĂTĂȚII OCUPAȚIONALE

Sănătatea ocupațională sau sănătatea muncii se ocupă de toate aspectele sănătății și securității la locul de muncă și se concentrează pe prevenirea primară a pericolelor rezultate de activitatea profesională.

Sănătatea lucrătorilor este determinată mai mulți factori, inclusiv factori de risc la locul de muncă care duc la cancer, accidente, boli musculo-scheletice, boli respiratorii, pierderea auzului, boli circulatorii, tulburări legate de stres, boli transmisibile și altele.

Condițiile de muncă și procesul de muncă în economia formală sau informală cuprinde și alți factori determinanți importanți, inclusiv programul de lucru, salariul, politicile la locul de muncă privind concediul de maternitate, promovarea sănătății și echipamentele (mijloacele) de protecție etc.

Scopul final al sănătății ocupaționale este prevenirea bolilor și accidentelor legate de locul de muncă printr-o varietate de acțiuni, inclusiv:

- încurajarea siguranței la locul de muncă prin practici de lucru mai sigure;
- asigurarea că angajații folosesc metode și procedee de muncă adecvate din punct de vedere ergonomic;
- monitorizarea stării generale de sănătate la locul de muncă și căutarea de oportunități de îmbunătățire;
- sprijinirea angajaților care se confruntă cu boli sau absenteism legate de boală;
- acordarea de suport angajatorilor în evaluarea mediului lor actual și implementarea măsurilor pentru reducerea riscurilor pentru sănătate, astfel încât să rămână conforme cu cadrul legal și de reglementare în evoluție.

➤ Definiția sănătății ocupaționale

Din 1950, Organizația Internațională a Muncii (OIM) și Organi-

zația Mondială a Sănătății (OMS) au împărtășit o definiție comună a sănătății ocupaționale (sănătății la locul de muncă). Aceasta a fost adoptată de comitetul mixt OIM / OMS pentru sănătatea ocupațională la prima sesiune din 1950 și revizuită la cea de-a 12-a sesiune din 1995. Definiția spune: „sănătatea ocupațională ar trebui să vizeze: promovarea și menținerea celui mai înalt grad de bunăstare fizică, mentală și socială a lucrătorilor din toate profesiile; prevenirea în rândul lucrătorilor a dereglărilor de sănătate cauzate de condițiile lor de muncă; protecția lucrătorilor la locul de muncă împotriva riscurilor rezultate din factori nocivi pentru sănătate; plasarea și întreținerea lucrătorului într-un mediu profesional adaptat capacităților sale fiziologice și psihologice; și, pentru a rezuma, adaptarea muncii la om și a fiecărui om la locul său de muncă.”

➤ **Obiectul și sarcinile sănătății ocupaționale**

Comitetul comun (mixt) OIM/OMS pentru Sănătatea ocupațională la prima sesiune (1950) a adoptat și la cea de-a 12-a sesiune (1995) a revizuit nu doar definiția *sănătății ocupaționale*, dar și scopurile acesteia, și anume:

- consolidarea (fortificarea) și menținerea la cel mai înalt nivel a bunăstării fizice, mentale și sociale a lucrătorilor din toate profesiile;
- prevenirea modificărilor nefavorabile în starea de sănătate a lucrătorilor cauzate de condițiile de muncă ale acestora;
- protecția lucrătorilor împotriva riscurilor determinate de factori de producere nefavorabili pentru sănătate;
- amplasarea și păstrarea locurilor de muncă în mediul ocupațional adaptat la capacitățile fiziologice și psihologice ale muncitorilor; și ca rezultat – adaptarea muncii la muncitor și a fiecărui muncitor la munca sa.
- Sănătatea ocupațională are trei obiective principalele:
- conservarea și fortificarea stării de sănătate și a capacității de muncă a lucrătorilor,
- îmbunătățirea mediului ocupațional și a procesului de muncă,

- astfel încât acestea să devină favorabile pentru sănătate și siguranță,
- organizarea muncii și a culturii de producție în direcția promovării sănătății și siguranței la locul de muncă, creării unui climat social pozitiv și relații de muncă armonioase, care ar induce creșterea productivității muncii.

➤ **Conceptul și conținutul sănătății ocupaționale /igienii muncii**

Igiena muncii este știința medicală care studiază impactul muncii și al mediului de producere (ocupațional) asupra organismului lucrătorilor pentru a elabora standarde igienice și sanitare precum și a măsurilor practice care vizează crearea celor mai favorabile condiții de muncă și asigurarea unui nivel ridicat de sănătate și capacitate de muncă.

Sănătatea ocupațională este un sistem de măsuri organizatorice, sanitare și igienice, mijloace tehnice și metode care previn sau reduc impactul asupra lucrătorilor a factorilor nocivi de producție la valori care nu depășesc valorile limite permise. Un factor de producție dăunător este un factor al mediului și al procesului de muncă, al cărui impact, în anumite condiții (intensitate, durată), poate provoca o boală profesională sau alte tulburări de sănătate și poate duce la dereglarea sănătății urmașilor.

Igiena muncii și sănătatea ocupațională stau la baza studierii organizării muncii și a activităților practice în domeniul securității și sănătății muncii. Ele studiază:

- formele și metodele de organizare a proceselor de muncă, studierea funcțiilor fiziologice și a capacității de muncă a lucrătorilor în procesul muncii, regimurile de muncă și odihnă;
- caracteristicile proceselor de producție (tehnologice), echipamentelor și materialelor cu care lucrătorii intră în contact din punctul de vedere a impactului asupra sănătății lor;
- condițiile igienice de muncă, starea de sănătate și morbiditatea colectivelor de muncă și a grupurilor profesionale individuale

- expuse diferiților factori nefavorabili ai mediului ocupațional;
- starea și eficiența igienică a dispozitivelor și instalațiilor sanitare-tehnice (ventilație, iluminat, instalațiilor (dotărilor) social-sanitare);
 - starea și eficacitatea echipamentului individual de protecție.
 - Pe baza cercetărilor efectuate, sunt dezvoltate:
 - cerințe igienice pentru proiectarea și raționalizarea proceselor tehnologice și echipamentelor tehnice, creșterea eficienței instalațiilor sanitare, standardizarea materiilor prime și a produselor finite etc.
 - argumentarea cadrului legal și de reglementare igienică a condițiilor de muncă, amenajarea și întreținerea întreprinderilor industriale și agricole;
 - măsuri pentru raționalizarea fiziologică a procesului de muncă și organizarea locurilor de muncă (regim de muncă și odihnă, mobilier de lucru, postură de lucru, raționalizarea mișcărilor de lucru etc.);
 - măsuri de igienă personală.

➤ **Bolile profesionale**

Boala profesională este o boală care s-a dezvoltat ca urmare a expunerii la factori de risc asociați cu activitățile de muncă (definiția Organizației Internaționale a Muncii - OIM).

Pericolul pentru sănătatea unui angajat, parvenind ca urmare a acțiunii diverșilor factori de risc ai mediului ocupațional (fizici, chimici, biologici), în combinație cu natura nefavorabilă a activității de muncă (conținutul muncii), poate fi agravat de influența factorilor genetici, de mediu și sociali.

Pentru prima dată, lista bolilor profesionale a fost stabilită prin convenția OIM în anul 1964. Ea a inclus cele mai renumite boli profesionale care se dezvoltă sub influența factorilor mediului de lucru. În 1990, OIM a aprobat Lista europeană a bolilor profesionale.

În prezent, nu există o clasificare general 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 - pneumoconioză);
- prezența unor relații cauzale cu mediul de lucru și profesia;
- excesul nivelului mediu 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, fizic-chimici (aerosoli industriali), fizici, asociați cu suprasolicitarea organelor și sistemelor de organe. În plus, bolile alergice și neoplasmele se disting separat.

Lista bolilor profesionale în vigoare în Republica Moldova (aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1282 din 29.11.2016 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 cuprinde trei secțiuni. Prima secțiune a listei conține *substanțe periculoase, dăunătoare și factori de producție*, al căror impact poate provoca anumite boli specifice; cea de-a doua – *denumirea bolii* și a treia secțiune conține *Codul bolii* în conformitate cu revizuirea OMS a X Clasificării Internaționale a Bolilor (ICD);.

Bolile sunt structurate în șapte grupe principale:

1. Boli cauzate de agenți chimici;
2. Boli cauzate de agenți fizici;
3. Maladii provocate de agenți biologici;
4. Boli ale aparatului respirator,

5. Maladii cutanate;
6. Boli cauzate de suprasolicitări;
7. Tumori profesionale;

Lista bolilor profesionale este principalul document, care este utilizat în stabilirea diagnosticului unei boli profesionale, soluționarea problemelor legate de examinarea capacității de muncă, reabilitare medicală, socială și de muncă, precum și unele dintre problemele legate de despăgubirea pentru daunele cauzate sănătății angajatului.

În funcție de momentul formării bolilor profesionale, acestea se clasifică în acute și cronice.

Bolile (intoxicațiile) profesionale acute sunt boli care se dezvoltă brusc, după o singură expunere (în cel mult o tură de lucru) la factori de producție dăunători.

Bolile (intoxicațiile) cronice profesionale sunt boli care apar ca urmare a expunerii prelungite la factori nocivi din mediul ocupațional. Bolilor profesionale cronice includ consecințele bolilor profesionale (de exemplu, modificări organice persistente ale sistemului nervos central după intoxicația cu monoxid de carbon), unele boli care se dezvoltă lent, după stoparea activității de muncă (berilioza, silicoza etc.), precum și patologiile în dezvoltarea cărora bolile profesionale sunt factor de risc (cancer pulmonar cu azbestoză, bronșită cu praf).

Diagnosticul pozitiv de boală (intoxicație) profesională cronică, are dreptul să-l acorde doar instituțiile medico-sanitare specializate și subdiviziunile acestora (Centru Republican de Boli Profesionale, clinică și departamentul de boli profesionale, clinica de medicina muncii, cabinet de medicină ocupațională etc.), care sunt acreditate conform cadrului normativ național. În Republica Moldova, diagnosticul prezumtiv de boală profesională este stabilit de Comisia medicală care organizează examenele medicale profilactice obligatorii a lucrătorilor expuși factorilor de risc la locul de muncă sau oriunde alt medic specialist, iar diagnosticul pozitiv de boală/intoxicație profesională – doar Centrul Republican de Boli Profesionale din cadrul Spitalului Clinic Republican ”Timofei Moșneaga”.

La stabilirea diagnosticului de boală profesională, pentru identificarea relației de cauzalitate *boală – profesie (muncă)* se iau în considerare următoarele informații:

- traseul profesional, pentru întreaga perioadă de angajare;
- caracteristicile igienice ale condițiilor de muncă, cu indicarea parametrilor tuturor factorilor ocupaționali nocivi specifici și expunerea lor în conformitate cu ruta profesională;
- rezultatele examenelor medicale profilactice obligatorii, la angajare (preliminare, preventive) și periodice;
- informații despre adresarea angajatului după îngrijiri medicale și bolile acestuia, inclusiv cele cu incapacitate temporară de muncă;
- rezultatele examenului clinic și funcțional complex, cu indicarea prezenței modificărilor caracteristice bolii profesionale respective.

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.

În prezent, la nivel global funcționează 3 sisteme de notificare a conexiunii bolii cu munca și anume:

- conform listei bolilor profesionale;
- conform definiției generale a conceptului de „boală profesională”;
- conform listei bolilor profesionale completate de o definiție generală.

În Republica Moldova și țările din CSI funcționează primul sistem, în SUA și Finlanda - al doilea, în Germania și Franța - al treilea. Recomandarea 171/1985 OIM propune cel de al treilea 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 profesii**

Bolile legate de profesii – reprezintă un grup de afecțiuni, de natură poli-etiolologică, la apariția cărora factorii nocivi profesionali au o anumită contribuție. Aceste boli se caracterizează prin:

- prevalență sporită;
- cunoașterea insuficientă a indicatorilor cantitativi ai condițiilor de muncă care determină dezvoltarea lor;
- consecințe sociale semnificative - un impact negativ asupra indicatorilor demografici (mortalitate, speranță de viață, boli frecvente și de lungă durată cu incapacitate temporară de muncă).

Bolile legate de profesii includ boli ale sistemului cardiovascular (hipertensiune arterială, boala ischemică a cordului), bolile neuropsihiatrice (nevroze), bolile aparatului locomotor (radiculita lombosacrală, boli dorsale), o serie de boli respiratorii etc.

Morbiditatea prin boli legate de profesii - incidența bolilor generale (care nu au legătură cu bolile profesionale) de diferită etiologie (în principal poli-etiologice), care tinde să crească odată cu creșterea stagiului de muncă în condiții nefavorabile și o depășește pe cea din grupurile profesionale care nu sunt expuse factorilor nocivi.

Este acceptat, ca o boală cronică netransmisibilă să fie considerată legată de profesii dacă valoarea fracției etiologice (risc etiologic sau riscul atribuibil) a factorilor de risc profesional este egală sau mai mare de 20%.

➤ **Riscul profesional**

Risc profesional - probabilitatea de producere a deteriorării (pierderii) sănătății sau decesului unui angajat asociat cu îndeplinirea atribuțiilor sale în temeiul unui contract colectiv sau individual de muncă.

Evaluarea riscurilor profesionale include următorii pași:

1. evaluarea structurii și gradului de risc profesional:
- *caracteristicile cantitative ale expunerii* - nivelul factorului, durata acțiunii, experiența de lucru;

- *caracteristicile calitative ale expunerii* - tropismul factorului, organele țintă, sinergismul sau antagonismul factorilor;
2. evaluarea clasei condițiilor de muncă, a urgenței și volumului măsurilor preventive.

Managementul (gestionarea) riscurilor include stabilirea obiectivelor (sarcinilor), analiza opțiunilor, alegerea și luarea deciziilor, acțiuni (prevenire primară, secundară, terțiară) și evaluarea rezultatelor.

Comunicarea riscurilor angajatorilor, angajaților sau reprezentanților acestora, asigurătorilor, publicului se efectuează în conformitate cu principiile deontologiei medicale și standardelor etice.

Sunt distincte: evaluarea preliminară și finală a riscului profesional. *Evaluarea preliminară a riscului profesional* se realizează prin evaluarea condițiilor igienice de muncă în timpul certificării locurilor de muncă. Se efectuează în conformitate cu prevederile **Ghidului practic privind evaluarea igienică a factorilor mediului ocupațional și a procesului de muncă. Criteriile și clasificarea condițiilor de muncă** (aprobat prin Ordinul MSMPS nr. 287 din 19.03.2020). În același timp, este posibilă pronosticarea efectelor adverse pe starea de sănătate a muncitorilor expuși și probabilitatea bolilor profesionale.

Evaluarea finală a riscului profesional se efectuează în funcție de indicatorii stării de sănătate: incidența morbidității profesionale și generale, creșterea vârstei biologice față de cea de pașaport, mortalitate. În acest caz, în calitate de criterii a siguranței condițiilor de muncă sunt păstrarea sănătății, capacităților funcționale ale organismului, speranța de viață și sănătatea generațiilor descendente.

Estimarea riscului profesional presupune *à priori* evaluarea riscului de grup și riscului individual. *Riscul de grup* este probabilitatea ca un grup de angajați să sufere simultan efectele adverse ale condițiilor de muncă pentru durata expunerii de un an sau pentru durata vechimii în muncă. *Risc individual* este probabilitatea ca cineva din grupul de angajați să sufere de impactul condițiilor specifice de muncă pentru un an de expunere sau întreaga experiență de muncă.

Durata experienței profesionale peste jumătate din perioada medie de dezvoltare a unei boli profesionale (perioada de latență) într-o anumită profesie este considerată un factor de risc puternic.

În scopuri igienice, se folosește de obicei evaluarea riscului de grup, iar în scopuri clinice și diagnostice – evaluarea riscului individual.

Evaluarea riscului pentru planificarea măsurilor preventive, aplică (utilizează) noțiunea ”*categorie de risc*”, argumentată prin calcularea fracției etiologice a bolilor profesionale. Indicele respectiv se calculează după formula:

$$\text{Indicele bolii profesionale} = \frac{1}{(\text{categoria riscului} \times \text{categoria de severitate})}$$

Categoria de risc poate fi egală cu 1, 2 și 3 pentru frecvența de depistare a bolilor profesionale mai mare de 10, 1-10 și mai puțin de 1%, respectiv (pentru semnele timpurii ale bolilor profesionale, mai mare de 30, 3-30 și mai puțin de 3%).

Categoriile de severitate, bazate pe prognosticul medical al bolilor profesionale și tipul de incapacitate sunt următoarele:

1. incapacitatea de muncă, progresează chiar și în absența unei expuneri suplimentare, fiind indicație pentru schimbarea profesiei;
2. incapacitate permanentă de muncă sau necesitatea schimbării profesiei;
3. incapacitate moderată permanentă;
4. incapacitate temporară severă;
5. incapacitate temporară moderată sau concediu medical pentru mai puțin de 3 săptămâni.

Valorile categoriei de severitate variază în limitele de la 0 la 1; în cazul expunerilor repetate și risc de apariție a mai multor boli profesionale, valorile lor sunt sumați:

$$\text{Indicele sumar BP} = \sum \times I_i$$

Exemplu: Pentru profesia de miner care lucrează cu perforator manual, probabilitatea de silicoză, boală de vibrație și surditate este de 5%, 10% și 40% respectiv. Aceasta corespunde categoriilor de

severitate 1, 2 și 3 și categoriilor de risc 2, 2 și 1, respectiv. Înmulțind categoriile de risc și severitate și luând valorile lor reciproce, obținem indici pentru aceste boli profesionale egale cu 0,5, 0,25 și, respectiv, 0,33 și un indice total egal cu 1,08.

Metodologia de evaluare a riscului profesional, elaborată de igieniștii profesioniști interni, luând în considerare recomandările OMS și OIM, include următoarele criterii: o evaluare preliminară conform indicatorilor din Regulamentul R 2.2.2006-05, o evaluare biomedicală finală conform indicatorilor de sănătate și de viață, o scală de clasă conform indicelui IPZ (it 2006-05) și scara gradului de conexiune între tulburările de sănătate și muncă în ceea ce privește valorile riscului relativ și fracția etiologică a factorului.

”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 din 19.03.2020, reprezintă baza metodologiei pentru calcularea riscului profesional. Ghidul include caracteristicile condițiilor igienice de muncă corespunzătoare a patru clase: optim, admisibil, nociv și periculos.

Condițiile optime de muncă (clasa I) sunt condițiile în care starea sănătății angajatului este păstrată și se creează premise pentru a menține capacitatea de muncă 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) – condiții 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 (gradul 3) se caracterizează prin prezența unor factori de risc, nivelurile cărora depășesc nivelurile admisibile pentru locurile de muncă și care au un efect negativ asupra organismului angajatului și/sau urmașii 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 niveluri de pericol:

- *gradul 1, clasa a treia (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 sporește riscul de deteriorare a stării de sănătate;

- *gradul 2, clasa 3 (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 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), 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 (3.3)* - condiții de muncă caracterizate prin astfel de niveluri a factorilor mediului ocupațional, impactul cărora induce, de regulă, dezvoltarea bolilor profesionale de severitate ușoară și moderată (cu pierderea capacității profesionale de muncă) în perioada activă, sporirea incidenței patologiei cronice, condiționate profesional;

• *gradul 4 clasa 3 (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, impactul cărora, pe durata schimbului de lucru (sau o parte a acestuia), reprezintă o amenințare la adresa vieții, un risc înalt de a dezvolta leziuni profesionale acute, inclusiv și forme grave.

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 normativelor igienice este o încălcare a legislației Republicii Moldova și constituie argument pentru a utiliza drepturile acordate de lege de către organele de control pentru a aplica sancțiuni pentru condiții de muncă nocive (dăunătoare) și periculoase.

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), stare de oboseală sau reducere temporară sau permanentă a capacității de muncă fizică sau intelectuală și poate duce la dereglarea sănătății descendenților (urmașilor).

Factorii de producție nocivi (dăunători) pot fi:

A. de natură fizică:

- temperatura, umiditatea, viteza aerului, radiația termică;
- radiații și câmpuri electromagnetice neionizante, câmpuri electros-tatice, 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;

B. **de natură chimică**, inclusiv unele substanțe de natură biologică (antibiotice, vitamine, hormoni, enzime, preparate proteice), obținuți prin sinteză chimică și / sau pentru controlul cărora sunt utilizate metode de analiză chimică,

X. **de natură biologică** - microorganisme producătoare, celule vii și spori care se conțin în preparate, microorganisme patogene, ciuperci și paraziți;

Δ. **factorii procesului de muncă** (circumstanțe, condiții care determină procesul muncii: greutatea muncii și intensitatea muncii).

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, masa greutateților ridicate și deplasate manual; numărul de mișcări de lucru stereotipe pe schimb; poziția de lucru; gradul de înclinație al corpului; 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.

Nocivitățile profesionale (ocupaționale) pot apărea ca urmare a:

a) *organizării neraționale a proceselor de producție:*

- intensificarea peste limitele fiziologice a proceselor de muncă privind efortul fizic sau intelectual, ritmul muncii etc.;
- poziția forțată a corpului în timpul muncii;

- suprasolicitarea unor organe și sisteme și mai ales a analizatorilor și a sistemului nervos central;
- folosirea nerațională a timpului de muncă și odihnă.

b) prezenței unor factori cu acțiune dăunătoare asupra organismului în mediul de muncă (ocupational):

- factori fizici: microclimatul nefavorabil, radiații, presiune atmosferică, zgomot, vibrații, infra- și ultrasunete, unde electromagnetice etc.;
- factori chimici sau fizico-chimici, gen: substanțe toxice, sub formă de gaze, vapori sau pulberi;
- factori biologici: agenți infecțioși, parazitari, hormoni etc.;

c) existenței unor deficiențe de construcție a utilajelor și amenajare a locurilor de muncă:

- zone de muncă subdimensionate;
- deficiențe ale încălzirii (termoficării), iluminatului, ventilației etc.;
- amenajarea nerațională a locului de muncă din punct de vedere igienic, ergonomic, al designului industrial și estetica de producere

d) factori social-psihologici:

- modelul de management aplicat în unitatea economică și subdiviziunile acesteia;
- sistemul de motivare și sancționare;
- climatul psihologic în colectiv, relațiile interpersonale necorespunzătoare;
- comunicarea pe verticală și orizontală;
- atitudinea față de muncă, disciplina personală, etc.

Factor de producție periculos este un factor al mediului sau al procesului de muncă care poate provoca o boală acută sau o deteriorare bruscă a sănătății, morții. 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 pot 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 complete despre condițiile de muncă, gradul de nocivitate al 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 prin 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 măsurilor de protecție socială pentru unele profesii concrete.

Munca în condiții de muncă periculoase (clasa a IV-a) nu este permisă, cu excepția eliminării accidentelor și a lucrărilor de urgență 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.

Tabelul 1.1 Criterii de risc profesional în funcție de clasa de condițiilor de muncă

Clasa condițiilor de muncă	Valoarea indicelui bolilor profesionale	Categoria de risc și urgența măsurilor de reducere a acestuia
Optimale (1)	-	Fără risc, nu este necesară nicio acțiune
Admisibile (2)	<0,05	Neglijabil (portabil), nu este necesară nicio acțiune, dar persoanele vulnerabile au nevoie de protecție suplimentară
Nocive, gradul 1 (3.1)	0,05-0,11	Risc scăzut (moderat), necesară atenuare
Nocive, gradul 2 (3.2)	0,12-0,24	Risc mediu (semnificativ), sunt necesare măsuri pentru a-l reduce în timp util

Nocive, gradul 3 (3.3)	0,25-0,49	Risc ridicat (intolerabil), sunt necesare măsuri urgente pentru reducerea acestuia
Nocive, gradul 4 (3.4)	0,5-1,0	Risc foarte mare (intolerabil), munca nu poate fi începută sau continuată până când riscul nu este redus
Periculoase (extreme) (4)	>1,1	Riscul extrem de ridicat pentru viață, inerent acestei profesii, munca trebuie efectuată numai în conformitate cu reglementări speciale de muncă (departamentale, industriale sau profesionale) și / sau cu monitorizarea continuă a stării funcționale a organismului

Următoarele valori ale indicatorilor medicali și biologici corespund graniței dintre clasele de condiții de muncă nocive (dăunătoare) și periculoase (extreme) (3.4 și 4):

- tulburări somatice și mutaționale - risc relativ peste 5;
- îmbătrânire accelerată și reducerea anilor de viață - 10 ani sau mai mult;
- riscul de mortalitate cauzată profesional - peste 7.

Trebuie de menționat faptul că ideologia riscului profesional are o istorie scurtă; multe aspecte legate de determinarea amplitudinii riscului profesional necesită dezvoltarea unor abordări metodologice și implementarea lor ulterioară în viața practică. În acest sens, la elaborarea criteriilor pentru crearea sistemelor profesionale de pensionare și a pensionării anticipate pentru lucrătorii angajați în condiții de muncă nocive și periculoase, oferirea concediilor suplimentare și ore reduse de muncă, salariu suplimentar pentru muncă în aceste condiții, furnizarea de echipament de protecție individuală, adică în formarea sistemului de protecție socială.

Trebuie subliniat faptul că asigurarea obligatorie împotriva accidentelor și bolilor profesionale, introdusă în Republica Moldova în anul 2000, este o nouă pârgă de gestionare a riscurilor profesionale. În acest caz, obiectul asigurării este interesele persoanelor fizice

legate de pierderea sănătății, capacitatea profesională de muncă sau moartea lor. Acoperirea asigurării se efectuează prin plata indemnizațiilor de incapacitate temporară, plăți de asigurare unice și lunare și plata costurilor suplimentare pentru reabilitarea medicală, socială și profesională, inclusiv costurile asistenței medicale suplimentare, tratamentului sanatorial balnear, protezelor etc.

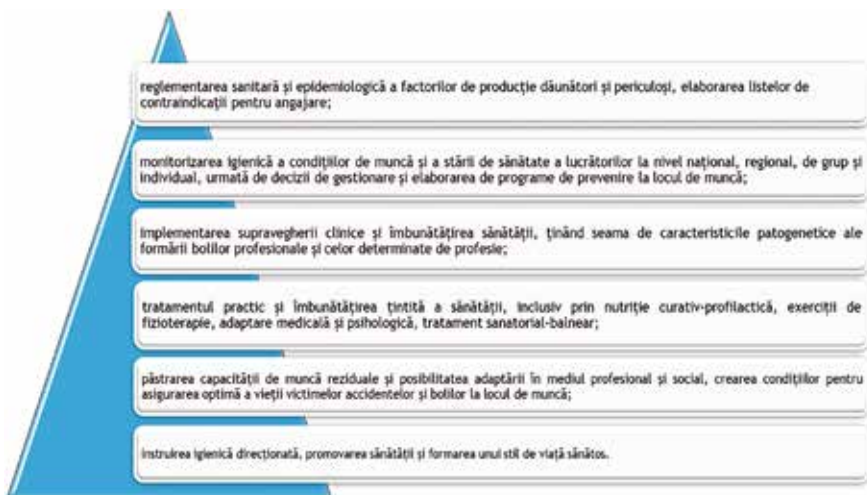
În funcție de clasa de muncă (riscul profesional), ratele de asigurare pentru diferite industrii variază de la 0,2 la 8,5% din fondul salarial. În același timp, până la 20% din aceste fonduri de asigurare sunt direcționate către prevenire.

➤ **Prevenirea bolilor profesionale și celor legate de profesiune**

Prevenirea bolilor profesionale și celor legate de profesiune include 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. Include 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, o unui sistem adecvat de asistență medicală și de securitate socială pentru lucrători.

Prevenirea medicală este un sistem de măsuri implementate prin sistemul de îngrijire a sănătății. Aceasta include următoarele elemente:



➤ **Promovarea sănătății la locul de muncă**

Locurile de muncă sunt comunități cu relații interactive dintre oameni care împărtășesc un mediu comun, interese și scopuri în care este stabilit un proces interactiv între indivizi și condițiile de muncă. Conceptul de muncă devine din ce în ce mai flexibil în ultimii ani. Analiza situației au indicat că munca și mediul de lucru în secolul XXI sunt în continuă schimbare și se caracterizează prin globalizare, șomaj, dezvoltarea tehnologiei informaționale, telecomunicațiilor, îmbătrânire, a crescut numărul de angajați în întreprinderile mici și mijlocii și a persoanelor care desfășoară activități individuale.

Schimbarea cea mai notabilă din lumea muncii este căderea de contribuții a industriilor de producere a economiilor naționale față de industriile de servicii. Concurența globală impune schimbări la locul de muncă: mai mult angajament, creativitate, o mai mare flexibilitate, nivel mai ridicat de competențe sociale, conducând astfel la dezvoltarea de locuri de muncă bazate pe cooperare și participare a personalului. Condițiile economice și tendințe în viața profesională, cum ar fi reduceri, discriminare, intimidare, lucru part-time și șomajul afecta dezvoltarea socială și sănătatea oamenilor.

Sănătatea nu este totul, dar fără sănătate, totul este nimic, spunea

filosoful german Arthur Schopenhauer. Însă cu toții știm că pentru îmbunătățirea calității vieții, promovarea și protejarea sănătății reprezintă un lucru extrem de important.

Responsabilitatea pentru sănătate este împărțită de către angajatori, lucrătorii înșiși și societate ca o responsabilitate reciprocă și de interes. Forța de muncă sănătoasă este esențială pentru dezvoltarea durabilă și prosperitatea unei țări. Sănătatea și bunăstarea la locul de muncă reprezintă o condiție de bază pentru potențialul inovator crescut de întreprinderi, care contribuie la creșterea economică și ocuparea forței de muncă.

Există o dovadă convingătoare că îmbunătățirea condițiilor de muncă pot fi ingredientele cheie ale eficienței economice și a competitivității. Succesul întreprinderii depinde de calificări, motivație, morală, relații interpersonale, precum și sănătatea lucrătorilor care necesită aplicarea de strategii de promovare a sănătății la locul de muncă. Includerea directă și motivarea lucrătorilor în menținerea și îmbunătățirea propriei sănătăți la locul de muncă este esențială pentru acest proces.

Legăturile dintre muncă și sănătate sunt foarte clare, cei care beneficiază de un loc de muncă fiind mult mai sănătoși decât șomerii. Acest fapt are multe și variate motive, incluzând ideea că, fiind activă financiar, adică având un loc de muncă și fiind în câmpul muncii, o persoană beneficiază de un standard mai înalt de viață. Pe lângă venit, un loc de muncă oferă scop și satisfacție în viață, ameliorând astfel sănătatea fizică și mintală a lucrătorului.

Dame Carol Black afirmă: „Un loc de muncă potrivit este benefic. Acesta oferă oamenilor sentimentul scopului și al împlinirii, ajută familiile să iasă din sărăcie, un lucru benefic pentru comunități”.

Pentru a reuși într-o economie globalizată, competitivă, fiecare organizație trebuie să se asigure că angajații ei muncesc la standardele maxime de performanță și productivitate. Unele dintre cele mai frecvente aspecte cu care ne confruntăm atunci când ne gândim la performanța în muncă a angajaților sunt factorii care afectează performanța angajaților.

Studiile de specialitate indică mai mulți factori care contribuie la deficitul în profitabilitatea organizațiilor. Dintre acești factori se pot enumera:

- lipsa programelor eficiente de training (răspunde de 39% - 48% din pierderea profitabilității);
- strategii de management deficitare (răspund de 42% - 59% din pierderea profitabilității);
- probleme de sănătate fizică, emoțională, stress, epuizare psihică (răspund de 66% - 71% din pierderea profitabilității).

O perioadă lungă de timp, atenția cercetărilor și politicilor organizaționale a fost centrată asupra factorilor și pierderilor de profitabilitate, precum și asupra lipsei tehnologiei necesare, lipsei strategiilor eficiente de marketing. Noile cercetări atrag atenția asupra cauzelor „ascunse” ale pierderilor de profitabilitate. Una dintre aceste cauze ascunse este starea precară de sănătate a angajaților. Această stare este factorul cu impactul negativ cel mai mare asupra rezultatelor organizației. Oamenii se implică zilnic în diferite activități de muncă, plătită sau neplătită. Pentru realizarea acestora, principala resursă este sănătatea.

Dacă angajații sunt deprimați sau nu se simt bine, preferă să amâne activități pe care le au de făcut, să delege sau chiar să evite realizarea sarcinilor. Cerințele esențiale pentru angajatorii și lucrătorii sunt ca aceștia trebuie să găsească echilibrul ideal în viața activă – echilibru între presiuni pozitive (presiuni care motivează și duc la creșterea performanțelor) și sisteme de recompensă și satisfacție în muncă, pe de o altă parte, și suprasolicitările în muncă, mediile de muncă nefavorabile și necesitatea unei productivități ridicate, pe de altă parte.

La locul de muncă starea de sănătate a angajaților are efecte asupra performanței acestora, atât directe (prin imposibilitate de a veni la muncă, *absenteism*), cât și indirecte (prin ceea ce se numește „*prezenteism*”). *Prezenteismul* este un concept nou, care permite investigarea cauzelor care conduc la pierderi pentru companie și la scăderea productivității.

Prezenteismul este evaluat prin înregistrarea numărului de ore în care realizarea activităților de muncă este afectată de starea de sănătate (starea de sănătate a interferat cu capacitatea de concentrare, interacțiunea cu colegii, clienții etc.). Dacă un angajat este prezent la locul de muncă, nu înseamnă în mod necesar că este și productiv. Un studiu publicat în *Journal of the American Medical Association*, arată că în Statele Unite, angajatorii pierd mai mult de 60 de miliarde de dolari pe an deoarece angajații nu sunt pe atât de productivi pe cât ar putea fi. Prezenteismul se exprimă prin diferite comportamente ale angajaților.

Prima categorie de comportamente este reprezentată de munca excesivă, numărul de ore suplimentare de muncă. Orele de muncă peste program sunt adesea un simptom al prezenteismului, adică a faptului că în timpul orelor de program angajații nu pot lucra cu randament maxim. A doua categorie de comportamente este reprezentată de prezența oamenilor la muncă, în ciuda faptului că nu pot avea performanța pe care o au de obicei, din diferite motive (stress, stări emoționale speciale, boli sau simptome somatice inconfortabile: dureri de cap, stomac, spate). Zilele de muncă pierdute din cauza orelor de prezenteism sau a celor de absenteism reprezintă totalul timpului de muncă neproductiv. Acest timp de muncă neproductiv generează costuri enorme pentru companie.

Studiile care au investigat pierderile în productivitate ca urmare a stării de sănătate a angajaților arată că 86% din totalul timpului de muncă neproductiv este datorat prezenteismului. Costurile organizației se ridică însă dacă se ține cont de faptul că prezenteismul, spre deosebire de absenteism, implică remunerarea angajatului pe acea perioadă și creșterea ratei erorilor în sarcinile de muncă.

Ca urmare, menținerea și îmbunătățirea stării de sănătate a angajaților reprezintă condiții necesare pentru performanța sustenabilă în muncă și profitabilitatea companiei. Cercetările recente arată că politicile organizaționale care au ca obiectiv creșterea productivității integrează strategii de sănătate ocupațională. Dacă companiile sunt interesate să facă investițiile necesare pentru productivitatea și com-

petitivitatea organizației, atunci sănătatea angajaților reprezintă un domeniu de investiții care asigură reducerea costurilor și creșterea rentabilității angajaților.

Necesitatea acestui echilibru este recunoscută de Organizația Mondială a Sănătății, care constată: „Conceptul de promovare a sănătății la lucru de muncă (PSLM) a devenit din ce în ce mai important, pe măsură ce tot mai multe organizații private și publice recunosc că succesul viitor pe o piață globalizată poate fi obținut doar cu ajutorul unei forțe de muncă sănătoase, calificate și motivate.

Un program de PSLM poate asigura un echilibru flexibil și dinamic între cerințele clienților și țintele organizației, pe de o parte, și aptitudinile angajaților și cerințele de sănătate ale acestora, pe de o altă parte, care poate ajuta firmele și întreprinderile să fie competitive. În cazul țărilor, elaborarea de programe de PSLM va fi premisa obligatorie pentru o dezvoltare socială și economică durabilă.”

Efectele benefice ale muncii asupra stării de sănătate

Relația între muncă și sănătate este foarte puternică. Numeroase studii au pus în evidență efectele pozitive ale muncii asupra sănătății: munca ne organizează programul, ne oferă un statut social, crește sentimentul de autoeficacitate și stimă de sine, ne permite să ne dezvoltăm o rețea socială pe care o putem accesa și pentru a răspunde nevoilor din viața personală. Sănătatea emoțională și socială depinde de abilitățile personale interne și resursele externe disponibile/utilizate. Abilitățile cognitive, emoționale și sociale ale fiecărei persoane reprezintă resursele interne ale unei persoane. Acestea au fost identificate ca având un rol de protecție și menținere a sănătății emoționale și sociale.

Persoanele la care sunt dezvoltate aceste abilități se adaptează mai ușor la situațiile de suprasolicitare și stres și au o calitate moderată a vieții. Lipsa acestor abilități (ex.: tendința de a catastrofiza evenimentele; centrarea pe aspecte negative ale experiențelor proprii; autoblamarea; generalizarea eșecurilor; îngrijorarea permanentă față de evenimente care nu s-au întâmplat) reprezintă un factor de risc asupra sănătății emoționale.

Resursele externe se referă la un context socio-cultural securizant: lipsa discriminării sociale; suportul social al prietenilor; absența experiențelor de abuz (fizic, emoțional, sexual); lipsa conflictelor familiale; securitatea mediului de muncă (determinată de valorizare și respect la locul de muncă; echitate; relații de susținere reciprocă și colaborare; posibilitate de a menține locul de muncă); securitatea mediului de viață (determinată de absența conflictului armat în proximitate sau a calamităților naturale).

Dacă pentru sănătatea fizică unitatea centrală de referință este funcționarea somatică, pentru sănătatea emoțională și socială unitatea de referință este emoția.

Satisfacția muncii- nivelele ridicate de satisfacție în muncă se datorează mai multor factori: sentimentul de „apartenență” la propria organizație; percepția că sunt bine plătiți (percepția pare să fie mai importantă decât nivelul venitului în sine); o autonomie și un control mai sporit asupra propriei activități; solicitări intelectuale mai mari la locul de muncă, fără presiuni sau intensitate a muncii exagerate; oportunitatea de a avansa în carieră; o satisfacție de ansamblu privind echilibrul dintre muncă și viață.

Autonomia muncii – a avea un cuvânt de spus în organizarea muncii – oferă, de obicei, o satisfacție mai mare în muncă și sentimentul propriului progres. Intelecualii, de înaltă calificare, au cea mai mare autonomie în muncă, în timp de personalul muncitor, necalificat, are cea mai redusă autonomie. Cele mai reduse niveluri de autonomie în muncă se găsesc în rândul personalului muncitor, din construcții, din domeniul alimentării cu energie electrică și gaze, iar cele mai ridicate în domeniul intermediarilor financiare și imobiliar.

Cu toate acestea, munca poate periclita starea de sănătate și starea de bine a unei persoane.

Efectele condițiilor de muncă asupra stării de sănătate

Cele mai riguroase cercetări s-au centrat pe efectele stresului de la locul de muncă asupra performanței angajaților. Stresul datorat suprasolicitărilor, lipsei autonomiei și controlului, conflictelor de

rol, rolurilor ambigue, relațiile interpersonale tensionate între colegi, angajați și superiori, lipsei susținerii angajaților, existenței unor politici organizaționale formale/informale inechitabile, are consecințe asupra sănătății angajaților.

S-a stabilit că stresul ridicat la locul de muncă duce la creșterea riscului de accidente la locul de muncă, hipertensiune, boli cardiovasculare, depresie și alte tulburări mintale, precum și adoptarea de obiceiuri nesănătoase, precum fumatul și consumul de alcool. În diverse studii, s-a demonstrat că nivelul de solicitare la locul de muncă este un factor predictiv pentru diverși indicatori ai stării de sănătate: sănătate mintală, cancer, complicații ale sarcinii, afecțiuni gingivale. Numeroase studii au demonstrat că solicitatarea la locul de muncă poate avea legătură cu apariția și agravarea bolii coronariene. Au fost găsite diferențe clare între muncitori și intelectuali, precum și între bărbați și femei.

Aceste studii au evidențiat că mediul de muncă, prin factorii enumerați, afectează sănătatea emoțională și socială a angajaților generând: stări depresive, de iritabilitate, îngrijorări continue, tulburări de somn, consum exagerat de tutun, cafea, alcool, somatizări (dureri de cap și spate, tensiune musculară).

Deteriorarea sănătății emoționale a angajaților conduce la scăderea performanței acestora, în special ca urmare a dificultăților de concentrare, de luare a deciziilor, de comunicare asertivă, prezențism, oboseală cronică, dificultăți în munca în echipă și în gestionarea relațiilor cu colegii.

În ceea ce privește sănătatea fizică a angajaților aceasta este direct afectată de specificul mediului de muncă, și anume de: noxe, necesitatea menținerii aceleiași poziții o perioadă îndelungată de timp, ridicare de greutăți mari, munca în mediu riscant (fire de înaltă tensiune, risc de prăbușiri de materiale), ture de noapte, zgomot permanent, lipsa pauzelor de masă. Acești factori fizici cresc riscul dezvoltării unor boli somatice de către angajați, boli care sunt specifice postului/locului de muncă, de tipul: afecțiuni ale aparatului

respirator, auditiv, vizual, afecțiuni musculoscheletale (ex.: mialgie trapezoidă), astm, ulcer, boli cardiovasculare.

Deteriorarea sănătății fizice a angajaților conduce la scăderea productivității acestora și implicit a profitabilității companiei, ca urmare a absenteismului datorat concediilor medicale, fluctuației de personal, accidentelor de muncă, precum și erorilor în realizarea sarcinilor.

Mediul de muncă afectează sănătea angajaților și eficiența organizației ca urmare a legăturii complexe dintre sănătatea fizică, socială, emoțională a angajaților și performanța acestora în muncă. De exemplu, relațiile tensionate cu care un angajat se confruntă la locul de muncă conduc, în anumite situații, la: stare de furie și iritabilitate (sănătatea emoțională este afectată), care la rândul ei poate conduce la creșterea consumului de tutun, alcool sau consum exagerat de alimente (comportamente nesănătoase), care crește riscul bolilor coronariene (sănătatea fizică este afectată), ceea ce la nivelul organizației se exprimă în creșterea prezenteismului datorat stării emoționale, comportamentale și creșterea absenteismului datorat condiției medicale (productivitatea companiei este afectată).

Rezultatele unor cercetări au condus la dezvoltarea de programe de sănătate ocupațională. Aceste programe reprezintă strategii de management și politici organizaționale care, centrate pe angajați sau pe mediul de muncă, vizează dezvoltarea unui mediu sănătos de muncă care să stimuleze și să susțină performanța angajaților.

Prin urmare, pentru implementarea de programe de sănătate ocupațională, este necesară o evaluare inițială care să indice starea de sănătate a angajaților și a organizației. Se recomandă ca evaluarea inițială globală să vizeze atât factorii de risc fizici (ex.: noxe), cât și psihosociali (ex.: conflicte, lipsa controlului) din mediul de muncă.

Indicatorii relevanți care arată starea de sănătate a unui colectiv se referă la:

- neglijarea de către angajați a responsabilităților postului;
- gestionarea inefficientă a timpului de muncă de către angajați;

- amânarea sarcinilor de către angajați;
- depășirea sistematică a termenelor limită; erori sau accidente în sarcinile de muncă;
- pauze prelungite în timpul programului;
- conflicte interpersonale;
- comunicare defectuoasă;
- hărțuire/agresivitate la locul de muncă;
- lipsa interesului, a implicării și centrării pe rezolvarea de probleme
- clienți nesatisfăcuți;
- productivitate scăzută (angajatul are un randament sub cel normal).

Acești indicatori semnalizează deteriorarea sănătății fizice, emoționale, sociale a angajaților. Pentru aceste situații este recomandată implementarea de programe de sănătate ocupațională.

Promovarea sănătății la locul de muncă

Promovarea sănătății la locul de muncă (PSLM) este o combinație de acțiuni educative, administrative și de mediu concepută pentru a dezvolta comportamente care duc la ameliorarea sănătății angajaților și a familiilor acestora.

PSLM este un proces de realizare activă a sănătății la locul de muncă, prin schimbarea condițiilor de muncă și de viață. Aceasta permite controlul și îmbunătățirea sănătății, ofera oportunitati pentru o bună sănătate, precum și permite dezvoltarea de stare bună de sănătate și comportament bun legat de sănătate.

Este o strategie care vizează atât la prevenirea bolilor la locul de muncă, precum și încurajarea potențialului de promovare și bunăstare a forței de muncă de sănătate.

Promovarea sănătății la locul de muncă poate îmbina diverse aspecte și poate fi efectuată de diferite grupuri profesionale. Cel mai elementar, aceasta constă în inițiative concentrate asupra factorilor de risc, cum ar fi tutunul, abuzul de alcool, sau asupra bolilor cronice, cum ar fi boala de inimă sau cancerul. Această abordare are

în prim-plan obiceiurile angajaților și, drept urmare, este denumită abordarea „stilului de viață”, epidemiologică sau de reducere a factorilor de risc.

Promovarea sănătății la locul de muncă poate fi definită ca un proces care permite (excepție prevenția primară la locul de muncă) consolidarea resurselor și a capacităților condițiilor de viață la indivizi și în grupuri de lucru. De asemenea, în mod clar este reglementată tradițional, sănătatea și securitatea ocupațională, inclusiv aspecte precum satisfacția la locul de muncă, autonomia personală, relațiile sociale, mijloace tehnice, organizatorice, precum și de comunicare.

În elaborarea acestei definiții, s-a convenit ca termenul de promovare a sănătății la locul de muncă trebuie analizat în contextul său social, accentuând în același timp rolul important pe care îl au la locul de muncă atât angajatorii, cât și angajații în promovarea sănătății la locul de muncă.

Definiția stabilește foarte clar că, pentru a atinge potențialul său maxim, promovarea sănătății la locul de muncă se bazează pe participarea activă a tuturor părților implicate, la nivelul societății, al guvernului (ministerul sănătății, muncii și protecției sociale), al serviciilor medicale naționale și locale, al prestatorilor de servicii de medicina muncii etc., în timp ce, pentru angajați, nu se poate subestima rolul sindicatelor în adoptarea acțiunilor de sănătate în muncă.

Motto-ul „oamenii sănătoși din întreprinderi sănătoase” se referă la sănătatea și bunăstarea angajaților și a familiilor acestora și contribuie la realizarea de succesul economic prin creșterea productivității și a creșterii economice, permițând astfel abordarea umană a întreprinderii și o bază pentru practica de afaceri solide.

Utilizând această definiție ca bază, se poate afirma că PSLM implică:

- Angajarea întregii organizații în ameliorarea stării de sănătate a forței de muncă
- Informarea adecvată a angajaților și elaborarea de strategii inteligibile de comunicare

- Implicarea angajaților în procesul de decizie
- Elaborarea unei culturi a muncii bazată pe colaborare
- Organizarea sarcinilor și proceselor de muncă astfel încât să contribuie la promovarea sănătății și nu la afectarea acesteia
 - Implementarea de politici și practici benefice pentru sănătate facilitând alegerea obiceiurilor sănătoase
 - Recunoașterea impactului pe care îl au organizațiile asupra oamenilor și a faptului că acestea nu este întotdeauna benefic pentru sănătatea și starea de bine a acestora
 - PSLM se bazează pe o cooperare multisectorială și multidisciplinară și poate fi încununată de succes numai atunci când sunt implicate toate părțile

Strategiile actuale de PSLM se bazează de multe ori pe principiile stabilite de Carta de la Ottawa și unele acte legislative internaționale (Convenția Organizației Internaționale a Muncii nr.161/1985 privind Serviciile de Sănătatea Muncii, Strategia globală a Organizației Mondiale a Sănătății „privind sănătatea în muncă pentru toți” (1996)) sau naționale.

Promovarea sănătății, informarea și educația pentru sănătate se manifestă prin:

- dirijarea activităților de promovare a sănătății, educație pentru sănătate și informare a populației;
- organizarea educației pentru sănătate în problemele de prevenire a accidentelor, și în special a accidentelor rutiere, la domiciliu și la locul de muncă, și monitorizarea activităților de instruire a populației, inclusiv a angajaților la locul de muncă, în vederea acordării primului ajutor;
- organizarea educației pentru sănătate a personalului din întreprinderi, instituțiile de stat și private, din asociațiile rurale, în scopul evitării îmbolnăvirilor profesionale, păstrării capacității depline de muncă și stimulării inițiativei personale privind participarea acestora la măsurile de promovare a sănătății;
- dirijarea activităților de instruire igienică prin elaborarea ca-

drului normativ în domeniul instruirii igienice, programelor și materialelor metodice de instruire igienică pentru anumite categorii de angajați; stabilirea contingentelor de lucrători supuși instruirii igienice.

Dar, pentru a putea fi aplicate, aceste principii trebuie plasate în contextul vieții și culturii profesionale. Astfel în termenii Cartei de la Ottawa, promovarea sănătății la locul de muncă se bazează pe :

A. Elaborarea unei politici de benefice la nivelul întreprinderii- politicile de la locul de muncă sunt importante din patru motive:

1. acestea demonstrează implicarea organizației în asigurarea sănătății și securității în muncă a angajaților
2. acestea legiferează acțiunile de promovare a sănătății , devenind astfel esențiale în promovarea sănătății la locul de muncă
3. politicile de la locul de muncă oferă cadrul în care pot fi elaborate acțiunile de promovare a sănătății
4. politicile de la locul de muncă asigură perpetuarea acțiunilor de sănătate în muncă

B. Crearea unui mediu de muncă benefic – un mediu de muncă benefic este unul în care:

1. riscul este evaluat, controlat și redus la cel mai mic nivel posibil
2. politicile de la locul de muncă, ce protejează și promovează sănătatea și starea de bine a angajaților, sunt pe deplin implementate, de pildă asigurarea unui mediu lipsit de fum de țigară, alcool, stres etc.
3. toți angajații au acces la activități educative privind sănătatea și promovarea sănătății
4. angajații au la dispoziție resursele, autoritatea și șansele de a avea un control cât mai mare și de a îmbunătăți condițiile de muncă.

C. Dezvoltarea aptitudinilor benefice ale angajaților – susținerea progresului personal și social este conceput de bază în promovarea sănătății. Există numeroase și variate posibilități de a oferi informații și a dezvolta aptitudini la locul de muncă. Acestea includ:

1. Înființarea unui sistem de informare privind sănătatea , de pildă o pagină de internet a întreprinderii, aviziere, suporturi cu broșuri etc.
2. Abordarea problemelor de securitate în muncă și stare de bine la cursurile de formare profesională
3. Susținerea unor obiceiuri benefice – bufet, automate cu alimente sănătoase etc.

Intensificarea acțiunilor forței de muncă în direcția îmbunătățirii stării de sănătate.

Printre acțiunile la locul de muncă ce pot contribui la acest proces se numără:

1. punerea la dispoziție de informații și cursuri pe aceste teme
2. implicarea reprezentanților angajaților și planificarea și implementarea activităților de promovare a sănătății
3. facilitatea comunicării la locul de muncă, informarea angajaților în procesul de consultare și feedback

În ceea ce privește sănătatea la locul de muncă, aceasta reprezintă eforturile depuse de angajatori, angajați și societate în vederea îmbunătățirii sănătății și stării de bine la locul muncă.

Prin îmbunătățirea stării de sănătate și a confortului lucrătorilor, promovarea sănătății la locul de muncă are numeroase efecte pozitive, cum ar fi reducerea rotației de personal și a absenteismului, creșterea motivației și a productivității, precum și îmbunătățirea imaginii angajatorului ca fiind o organizație cu o atitudine pozitivă și responsabilă.

Promovarea sănătății la locul de muncă vizează, în general, aspecte diferite, în practică fiind deseori strâns legată de evaluarea riscurilor. Iată câteva dintre aspectele relative la promovarea sănătății la locul de muncă:

1. Îmbunătățirea manierei de organizare a activității prin:
 - Crearea unor programe de lucru flexibile;
 - Punerea la dispoziția angajaților a unor locuri de muncă flexibile cum ar fi lucrul la domiciliu (muncă la distanță);

- Asigurarea diverselor oportunități de învățare pe tot parcursul vieții, prin rotația locurilor de muncă și extinderea fișei postului.

2. Îmbunătățirea mediului de muncă prin:

- Încurajarea sprijinului din partea colegilor;
- Convingerea angajaților să participe la procesul de îmbunătățire a mediului de muncă;
- Introducerea conceptului de alimentație sănătoasă la locul de muncă, prin furnizarea de informații privind alimentația sănătoasă; oferirea unor produse și preparate alimentare sănătoase la cantina, posibilitatea preparării alimentelor.

3. Încurajarea angajaților să se implice în activități sănătoase prin:

- exerciții și activitate fizică, prin asigurarea de cursuri de sport, încurajarea activității fizice, promovarea unei culturi active și sănătoase la locul de muncă;
- prin folosirea bicicletelor pentru deplasarea pe distanțe scurte în interiorul marilor șantiere.

4. Încurajarea dezvoltării personale prin:

- organizarea unor cursuri de competențe sociale, cum ar fi cele privind rezistența la stres. Promovarea sănătății mentale, prin asigurarea de cursuri pentru manageri privind gestionarea tensiunilor generate de stres în cadrul organizațiilor lor, posibilitatea asigurării de consultanță psihologică anonimă pentru toți angajații,
- susținerea angajaților în încercarea de renunțare la fumat. Informarea privind efectele fumatului, inclusiv prin participarea la programe gratuite pentru renunțarea la fumat, precum și prin stabilirea de măsuri generale de interzicere a fumatului în întreprindere.

Promovarea sănătății la locul de muncă nu presupune doar respectarea cerințelor legale din domeniul sănătății și securității, ci și sprijinirea activă a personalului de către angajatori în vederea îmbunătățirii stării generale de sănătate și confortului acestuia. În cadrul

acestui proces, este importantă implicarea angajaților. De asemenea, trebuie să se țină cont de nevoile și opiniile cu privire la organizarea muncii și a locului de muncă.

D. Activități de promovare a sănătății la locul de muncă

1. Asigurarea unui echilibru între viața profesională și viața privată

– oferirea unui sprijin social, cum ar fi creșele.

2. Îmbunătățirea și menținerea sănătății psihice prin:

- punerea în aplicare a unui management participativ care să reprezinte viziunile și opiniile angajaților;
- asigurarea formării pentru reducerea stresului, a unor cursuri de relaxare și consiliere psihologică.

3. Grija pentru sănătate

- examinarea periodică a stării de sănătate pentru monitorizarea tensiunii arteriale, a colesterolului și a nivelului de zahăr din sânge.

4. Activitate fizică

- contribuirea la costul activităților fizice extraprofesionale, cum ar fi înscrierea în centre sportive sau de agrement;
- organizarea de evenimente sportive în cadrul organizației;
- încurajarea angajaților să urce pe scări și nu cu ascensorul.

5. Promovarea unui stil de viață sănătos

- oferirea de sprijin confidențial și informații referitoare la alcool și droguri;
- promovarea de informații referitoare la o alimentație sănătoasă și asigurarea unor facilități corespunzătoare pentru punerea în practică a recomandărilor (punerea la dispoziția angajaților a unor produse și preparate alimentare sănătoase la cantină și a unui interval de timp suficient pentru a le consuma).

E. Adaptarea serviciilor de sănătate în muncă (SM). Serviciile de sănătate în muncă joacă un rol esențial în menținerea aptitudinii în muncă a angajaților. Examinările medicale la angajare, controalele medicale periodice și tratarea bolilor legate de profesie sunt doar câteva dintre serviciile oferite. Cu toate acestea, serviciile

de sănătate în muncă au potențialul de a se implica mai mult în promovarea sănătății angajaților. Pașii care trebuie făcuți în acest sens includ:

1. informarea angajaților din serviciile de sănătate în muncă în privința potențialului pe care îl au activitățile de promovare a sănătății și a beneficiilor aduse angajatorului și a lucrătorului

2. organizarea de cursuri de formare profesională a personalului de SM pe probleme de promovare a sănătății, cum ar fi renunțarea la fumat, sfaturi privind alimentația sănătoasă, regimul și scăderea în greutate, îngrijirea coloanei etc.

3. facilitarea accesului la servicii de SM pentru toți angajații

Securitatea în muncă. Securitatea la locul de muncă este, de obicei, asociată cu igiena industrială, care este disciplina care identifică, recunoaște, evaluează și controlează riscurile pentru sănătate la locul de muncă, având drept obiective protejarea sănătății și a stării de bine a angajaților și protejarea populației generale.

Sănătatea și securitatea în muncă depind, de asemenea, de proiectarea locurilor și a echipamentelor de muncă. De aceea, este esențial ca factorul uman să fie luat întotdeauna în considerare în proiectarea întreprinderii, a locurilor și a echipamentelor de muncă. Rezultatul va fi o întreprindere mai sănătoasă, mai sigură, mai adaptată și mai productivă.

Medicina muncii.

Venind în întâmpinarea acestei situații, în vederea dezvoltării unei strategii care să abordeze dificultățile rezultate, OMS a elaborat la Beijing, în octombrie 1994, o „**Strategie globală de sănătate în muncă pentru toți.**” În această strategie au fost propuse zece obiective, după cum urmează:

1. Întărirea politicilor internaționale și naționale de sănătate în muncă și elaborarea instrumentelor de implementare necesare;

2. Dezvoltarea de medii de muncă sănătoase;

3. Dezvoltarea de bune practici în muncă și promovarea sănătății la locul de muncă;

4. Întărirea rolului serviciilor de sănătate în muncă;
5. Înființarea de servicii de susținere a sănătății la locul de muncă;
6. Elaborarea de standarde de sănătate în muncă pe baza evaluării științifice a riscurilor;
7. Dezvoltarea resurselor umane de sănătate în muncă;
8. Stabilirea de sisteme de înregistrare și de date, elaborarea de servicii informatizate pentru experți și de transmitere eficientă de date, aducerea la cunoștința publicului a problemelor prin mijloace publice de informare;
9. Fortificarea abilităților de cercetare;
10. Dezvoltarea colaborării dintre serviciile de sănătate în muncă și alte activități și servicii

Clasificarea acțiunilor de PSLM

Acțiunile de promovare a sănătății, în general, și de promovare a sănătății la locul de muncă, în particular, pot fi clasificate în mai multe moduri, în funcție de abordarea adoptată și de cadrul în care au lor acțiunile.

În elaborarea următoarei clasificări, au fost folosite două criterii pentru a ne formula ideile. Primul dintre aceste criterii conține abordările menite să influențeze practicile la nivelul întreprinderii, iar al doilea criteriu conține acele abordări menite să influențeze practicile la nivel individual.

Tabelul 1.2 Clasificarea activităților de Promovare a Sănătății la Locul de Muncă.

Categoria 1	Prevenția medicală: prevenirea îmbolnăvirii (primară), identificarea și tratarea precoce a îmbolnăvirii (secundară), limitarea și reducerea efectelor (terțiară)
Categoria 2	Modificarea comportamentelor: încurajarea persoanelor să adopte comportamente sănătoase, benefice
Categoria 3	Abordarea educativă: oferirea de informații și cunoștințe, precum și aptitudini necesare, astfel încât oamenii să adopte decizii în cunoștință de cauză

Categoria 4	Capacitatea: permite oamenilor să preia controlul asupra propriilor vieți (OMS 1986)
Categoria 5	Schimbarea socială: aducerea de schimbări în mediul fizic, social și economic, care vor avea efectul promovării sănătății
Categoria 6	Participarea activă: combină eforturile angajatorilor , lucrătorilor și ale societății pentru îmbunătățirea stării de sănătate și a bunăstării la locul de muncă

Modelul prevenției medicale

- **Prevenție primară** – include gestionarea mediului, cum ar fi evaluarea riscului, examene medicale la angajare, campanii de imunizare.
- **Prevenție secundară** – include controale medicale periodice.
- **Prevenție terțiară** – include consiliere, reabilitare și revenire gradată la muncă după o afecțiune legată sau nu de locul de muncă, schimbarea locului de muncă din motive medicale.

Este unanim acceptat că un loc de muncă riscant nu poate fi benefic sănătății, deoarece:

- a) angajații sunt expuși unui factor de risc necunoscut(deoarece nu s-a realizat o evaluare oficială a locurilor de muncă), sau
- b) anagajații sunt expuși unui factor de risc neglijat, (adică riscul a fost identificat, dar nu s-a facut nimic pentru reducerea lui),
- c) valoarea unui lucrător ca persoană este neglijată, aceasta fiind o strategie de afacere nesatisfăcătoare și lipsită de etică.

Sănătatea și securitatea la locul de muncă reprezintă acțiuni prioritare abordate la toate nivelele societății de către Comisia Europeană, guvernele naționale, instituțiile de sănătate și muncă și organizațiile sociale. Aceste organizații sunt unite în acțiunile lor de a face munca mai sigură, de a crește calitatea vieții profesionale și a prevenirii bolilor profesionale, accidentelor și deceselor la locul de muncă.

Accentul pus pe promovarea sănătății și a stării de bine a angajaților face ca promovarea sănătății la locul de muncă să fie un element important al gestionării resurselor umane. Menținerea oamenilor în

formă, sănătoși, menținerea capacității lor de muncă și amânarea pensionării lor este un scop care poate fi atins prin elaborarea de programe solide de promovare a sănătății la locul de muncă.

Aceste programe accentuează și extind practicile curente de sănătate în muncă, securitate și igienă și, mai mult, contribuie la starea de bine nu numai a angajaților, ci și a organizațiilor în care aceștia muncesc.

Recomandarea 1:

Identificarea clară a rolurilor diverselor organisme de start la nivel central, regional și local și asigurarea unei colaborări eficiente între acestea în ce privește locurile de muncă și promovarea sănătății și stării de bine la locul de muncă.

Recomandarea 2:

Elaborarea de programe de acțiune adaptate, care să corespundă cerințelor specifice ale diverselor țări, regiuni și localități și care să respecte reglementările naționale.

Recomandarea 3:

Intensificarea colaborării și dezvoltarea cooperării dintre toate părțile implicate.

Recomandarea 4:

Stabilirea unei bune coordonări între inițiativele părților implicate.

Recomandarea 5:

Elaborarea de instrumente de promovare a sănătății care sunt adaptate scopurilor, ușor de utilizat și la prețuri rezonabile.

Recomandarea 6:

Asigurarea de servicii de promovare a sănătății la locul de muncă operative, cu resurse umane și dotări adecvate.

Recomandarea 7:

Includerea sănătății și securității în muncă în programa de pregătire din învățământ, cum ar fi rezidențiatul de medicina muncii, managementul sănătății și securității în muncă și al resurselor umane.

Recomandarea 8 :

Elaborarea de cursuri de formare și informare specifice pentru angajatori și angajați.

Recomandarea 9 :

Popularizarea promovării sănătății la locul de muncă în rândul tuturor părților implicate.

Recomandarea 10:

Instituțiile care acordă consiliere trebuie să devină eficiente și ușor accesibile.

PATRU PAȘI CĂTRE O ÎNTREPRINDERE SĂNĂTOASĂ

I. Pregătirea

- ✓ Instituirea unui grup operativ responsabil pentru planificarea și punerea în aplicare a PSLM.
- ✓ Informarea tuturor cu privire la programul PSLM prin utilizarea unor canale de comunicare diverse,
- ✓ Asigurarea respectării cerințelor legislative privind securitatea și sănătatea în muncă.

II. Planificarea

- ✓ Evaluarea necesităților.
- ✓ Stabilirea priorităților.
- ✓ Implicarea în activitățile de prevenire a riscurilor.
- ✓ Integrarea actualelor activități de succes din domeniul sănătății, cum ar fi grupurile de coordonare, în programul PSLM.
- ✓ Oferirea de oportunități tuturor lucrătorilor.
- ✓ Reflectarea asupra evaluării rezultatelor înainte de demararea procesului.

III. Realizarea

- ✓ Obținerea sprijinului activ și vizibil al conducerii de la toate nivelurile.
- ✓ Implicarea lucrătorilor cât mai mult posibil.
- ✓ Adaptarea materialelor la publicul-țintă.

IV. Evaluarea și aplicarea continuă

- ✓ Analiza impactului programului PSLM.
- ✓ Evaluarea beneficiilor financiare ale programului PSLM.
- ✓ Comunicarea rezultatelor evaluării dumneavoastră:
- ✓ Planificarea și perfecționarea.
- ✓ Înțelegerea rezultatelor detaliate ale evaluării în momentul stabilirii planurilor de viitor.

După cum s-a afirmat mai devreme, Carta de la Ottawa oferă un cadru al activităților de promovare a sănătății, iar unul dintre mediile în care se poate desfășura această activitate este locul de muncă.

După cum s-a văzut, promovarea sănătății la locul de muncă influențează și contribuie la viața și practicile întreprinderii și trebuie încorporată în cultura întreprinderii. Trebuie să menționăm, totuși, că promovarea sănătății la locul de muncă nu înlocuiește sănătatea și securitatea în muncă și nici medicina muncii. Aceasta trebuie privită ca un partener egal în crearea unui mediu de muncă sigur, sănătos și productiv.

2. PREVIZIUNE ISTORICĂ ÎN DEZVOLTAREA SĂNĂTĂȚII OCUPAȚIONALE

Igiena muncii ca disciplină științifică independentă s-a format la începutul secolului al XX-lea, deși primele informații despre impactul negativ al muncii asupra sănătății lucrătorilor aparțin perioadelor istoriei Greciei și Romei Antice. Hipocrate (460-377 î.Hr.) a scris despre bolile minerilor, Galenus (aproximativ 200-130 î.Hr.) - despre leziunile prafului de plumb, Pliniu (sec. I î.Hr.) - despre otrăvirea cu mercur și sulf.

Dezvoltarea industriilor miniere și metalurgice a fost însoțită de implicarea unui număr semnificativ de lucrători, iar munca lor a dus adesea la dezvoltarea formelor severe de boli profesionale. În secolul al XVI-lea. medicul și chimistul elvețian Paracelsus (1493-1544) și medicul, geologul și metalurgistul german Agricola (1494-1551) au descris boala sub denumirea „Consumul minerilor, tăietorilor de piatră, lucrătorilor din turnătorie”.

Fondatorul patologiei ocupaționale este recunoscut medicul italian, profesor de medicină, rectorul Universității din Padova Bernardino Ramazzini (1633-1714). În anul 1700 a publicat cartea „*Despre bolile meșterilor (raționament)*”, care descrie bolile minerilor, auritorilor, chimiștilor, fierarilor și ale altor meșteri (peste 50 de profesii) în care a prezentat într-o formă sistematică problemele sănătății ocupaționale (medicinii muncii) în diverse profesii.

Tema protecției sănătății lucrătorilor din Rusia se reflectă în lucrările lui M.V. Lomonosov, A.N. Nikitina, D.P. Nikolsky și alții. În tratatul „Primele fundații ale metalurgiei sau afacerile cu minereu” (1763) M.V. Lomonosov a subliniat necesitatea de a crea condiții de muncă sigure pentru „oamenii din munte” prin consolidarea funcționării minelor, ventilația minelor și îndepărtarea apelor subterane.

Fondator al igienei muncii în Rusia este recunoscut A.N. Nikitin (1793-1858), autorul primei cărți de igiena muncii intitulată „Bolile lucrătorilor cu indicație a măsurilor de protecție”, care a descris condițiile de muncă a 120 de profesii muncitorești.

Un loc important în dezvoltarea igienei muncii îl ocupă A.P. Dobroslavin (1842-1889). Raționamentul său cu privire la necesitatea studierii tuturor factorilor procesului de muncă care pot afecta sănătatea și capacitatea de muncă a lucrătorului corespunde pe deplin ideilor științifice contemporane. El a descris condițiile de muncă din fabricile de tutun, mine, chesoane, tabloul clinic a pneumoconiozelor de diverse etiologii, a intoxicației cu plumb și hidrogen sulfurat.

Sub conducerea primului profesor de igienă al Universității Imperiale din Moscova F.F. Erisman (1842-1915) la sfârșitul secolului al XIX-lea, un grup de medici sanitari și de zemstvă (Dementyev EM, Pogozhev AV etc.) au efectuat examinarea sanitară a întreprinderilor din provincia Moscova, care a rezultat cu publicarea unei lucrări în mai multe volumuri, sub redacția sa. Cartea lui F.F. Erisman „Igiena profesională sau igiena muncii mentale și fizice” (1877) este considerată pe bună dreptate prima publicație originală despre sănătatea muncii din Rusia.

O contribuție semnificativă la dezvoltarea sănătății ocupaționale a fost adusă de G.V. Khlopin (1863-1929). Sub conducerea sa, au fost efectuate lucrări experimentale la scară largă pentru studierea acțiunii toxicilor industriale asupra organismului expus, fiziologiei muncii (consum de energie), igienei muncii și patologiei profesionale în industriile chimice și miniere.

Perioada de dezvoltare rapidă a sistemului de protecție și inspecție a muncii este asociată cu perioada inițială a formării puterii sovietice în Rusia. Deja în a 4-a zi după preluarea puterii de către bolșevici, a fost adoptat un decret privind o zi de lucru de opt ore și concediu anual. În 1918 a fost aprobat primul Cod al muncii. În 1919, s-a constituit Inspectoratul Industrial și Sanitar de Stat. La inițiativa celor mai mari oameni de știință și organizatori de sănătate publică, se creează instituții de cercetare pentru securitatea și sănătatea în muncă: în 1923 la Moscova - Institutul pentru Studiul Bolilor Profesionale (Obukh VA), acum Institutul de Cercetare pentru Medicina Ocupatională a Academiei Ruse de Științe Medicale, în același an la

Harkov - Institutul ucrainean de medicină de lucru, în 1924 la Petrograd - Institutul pentru studiul bolilor profesionale, în 1925 - Institutul științific de stat pentru securitatea muncii (Levitsky V.A., Kaplun S.I.) În anii următori, s-au creat institute în marile centre industriale - orașele Gorki, Sverdlovsk, Ufa, Kiev, Krivoy Rog, Karaganda, Baku etc. Acest lucru a fost dictat de dezvoltarea intensă a industriei, de construcția giganților de industrializare în Magnitogorsk, Novokuznetsk, Chelyabinsk, Stalingrad și alte orașe, care necesită soluții la problemele igienice în proiectarea, construcția și funcționarea noilor instalații de producție și protecția sănătății lucrătorilor.

În perioada 1923-1926 Departamentele de igienă profesională au apărut la facultățile edicale ale universităților - mai întâi în Ucraina (Harkov, Kiev), apoi în RSFSR (Moscova, Leningrad). În 1926, predarea sănătății la locul de muncă a fost inclusă pe scară largă în programa de formare medicală.

Din 1922, un sistem de acordare a asistenței medicale populației, independent de stat, a început să funcționeze în țară, care ocupă un loc de frunte în asigurările sociale ale lucrătorilor și ale membrilor familiei acestora - prin asigurarea în numerar. Paralel cu aceasta, sistemul, susținut financiar de stat, a funcționat și: a oferit asistență medicală elementelor declasificate.

Istoria dezvoltării sănătății ocupaționale în perioada sovietică este destul de controversată. Pe de o parte, dictatura declarată a proletariatului a necesitat dezvoltarea intenționată a instituțiilor de protecție a muncii pentru persoana care lucrează, inclusiv dezvoltarea problemelor teoretice legate de protecția și promovarea sănătății lucrătorilor și, pe de altă parte, Teoria leninistă a considerat schimbările adverse de sănătate sub influența activității muncii (inclusiv bolile profesionale) ca urmare a exploatării monstruoase a lucrătorilor, condiționată de forma capitalistă a structurii vieții sociale. Deci, dezvoltat de V.A. Obukh și L.S. Conceptul lui Bogolepova că „orice activitate profesională prezintă un potențial pericol pentru sănătate” s-a dovedit a fi inacceptabil pentru viitorul socialismului și al comu-

nismului de mâine. De altfel, următoarea etapă a dezvoltării acestui concept ar fi trebuit să conducă la conceptul de risc profesional, dar acest lucru nu s-a întâmplat. În 1936, cea de-a 16-a conferință de partid a Partidului Comunist al Uniunii (Bolșevici), care a adoptat un program pentru dezvoltarea URSS de mai mulți ani, în ceea ce privește îmbunătățirea sistemului de acordare a asistenței medicale populației țării, în primul paragraful decretului dedicat acestui subiect, prevedea necesitatea rezolvării problemei eliminării bolilor profesionale, iar în al doilea - o scădere accentuată a leziunilor industriale. Și a început „lupta”. Vătămările industriale din 1937 în raport cu 1936 la majoritatea întreprinderilor au scăzut cu 43-55%. Datele privind diagnosticul primare de „boală profesională” și „leziuni profesionale” au devenit secrete. De la cinci la cinci ani, numărul total al bolilor profesionale diagnosticate inițial a scăzut cu 23-25%.

În prefața manualului său „Igiena generală a muncii”, publicată în 1940, profesorul S.I. Kaplun a scris: „Conceptul Obukh-Bogolepova a fost depășit cu succes”.

Pentru prima dată în mulți ani, în 1987, Uniunea Sovietică a publicat date privind diagnosticul primare de „boală profesională” pentru 1985. S-au dovedit a fi destul de impresionante - 12.700 de cazuri. În același an, în Statele Unite au fost diagnosticate peste 137.000 de cazuri de boli profesionale. În același timp, firmele individuale (de exemplu, Ford, Chrysler etc.) au fost amendate cu multe milioane de dolari pentru că au ascuns cazuri individuale de înfrângeri profesionale.

Primul pas în asigurarea sănătății la locul de muncă pentru Republica Moldova a fost reprezentat de aderarea la Organizația Internațională a Muncii (OIM) în anul 1992. Până în prezent, Republica Moldova a ratificat 44 de convenții și 1 protocol al OIM, inclusiv cele 10 convenții fundamentale și cele 4 convenții prioritare de guvernare, precum și 27 din cele 175 de convenții tehnice. Actualmente, legislația muncii este reglementată de Codul Muncii al Republicii Moldova nr. 154 din 28.03.2003 și de Legea nr. 186 din 10.07.2008

privind securitatea și sănătatea în muncă. Monitorizarea și evaluarea condițiilor de muncă, prevenirea bolilor profesionale și a accidentelor de muncă sunt reglementate de Legea nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice și de Legea nr. 140 din 10.05.2001 privind Inspectoratul de Stat al Muncii. Deși experții internaționali, inclusiv cei de la OIM și OMS, apreciază cadrul legal și de reglementare ca fiind solid, există multiple dificultăți în aplicarea lui, în special în ceea ce privește colaborarea intersectorială.

Transformările apărute în viața socială și economică a țării, de la momentul proclamării independenței și până în prezent, se remarcă prin deteriorarea infrastructurii industriale și agricole. Acest fenomen a generat un nivel semnificativ de șomaj, lipsa locurilor de muncă și o migrație masivă a forței de muncă. Legăturile economice și teritoriale existente anterior au suferit modificări semnificative, conducând la întreruperea comunicării între centrele regionale. Capacitatea de monitorizare a factorilor de risc de mediu s-a degradat, în special în ceea ce privește monitorizarea condițiilor de muncă conform Legii nr. 160 din 22-07-2011, care reglementează activitatea întreprinzătorilor, și a Hotărârii Guvernului privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, nr. 1090 din 18.12.2017. De asemenea, starea de sănătate a lucrătorilor a fost afectată, odată cu apariția restricțiilor stipulate de Legea nr. 133 din 08.07.2011 privind protecția datelor cu caracter personal.

Implementarea reformelor de tranziție către economia de piață a dus la operarea unor schimbări semnificative în cadrul reformelor serviciilor publice, inclusiv în Serviciul de Stat de Supraveghere a Sănătății Publice, prin modificarea instituționalizării competențelor. Astfel, începând cu data de 01.06.2018, conform prevederilor Hotărârii Guvernului privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Sănătate Publică nr. 1090 din 18.12.2017, s-a instituit în cadrul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică (ANSP) o nouă subdiviziune denumită Direcția Protecția Sănătății Publice. Aceasta include, prin comasare, secția Sănătate Ocupațională, Siguranță Chimică și Toxicologie și cumulează următoarele atribuții:

- Elaborarea și promovarea actelor legislative și normative, indicațiilor metodice, ghidurilor practice etc., a planurilor naționale de acțiuni de combatere și diminuare a impactului factorilor de risc în domeniul sănătății ocupaționale, siguranței chimice și toxicologiei.
- Reglementarea sanitară a factorilor chimici, fizici, biologici, de stres psiho-emoțional, ergonomici din mediul ocupațional.
- Evidența și monitorizarea datelor privind numărul angajaților, locurilor de muncă și a factorilor profesionali de risc (chimici, fizici, biologici și alți factori provocați de procesul de muncă).
- Monitorizarea sănătății angajaților în relație cu factorii din mediul ocupațional (morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă și profesională, traumatismul, intoxicațiile, invaliditatea, rezultatele examenelor medicale ale persoanelor expuse acțiunii factorilor profesionali de risc).
- Participarea la cercetarea cazurilor/suspiciune a bolilor (intoxicațiilor profesionale) cu mai mult de 5 persoane afectate și celor însoțite de decese și înregistrarea lor.
- Participarea la cercetarea și monitorizarea cazurilor de intoxicații acute neprofesionale exogene de etiologie chimică.
- Identificarea, evaluarea, managementul și comunicarea riscurilor pentru sănătatea angajaților, prognozarea și diminuarea impactului negativ al acestora asupra sănătății.
- Participarea în elaborarea și transpunerea, în colaborare cu Ministerul Mediului și alte autorități competente, a legislației naționale în domeniul managementului substanțelor chimice (GHS, REACH/CLP, cerințele GLP).
- Participarea la acțiunile de promovare a sănătății populației privind acțiunile nocive ale factorilor fizici, substanțelor chimice și măsurile de prevenire ale acestora.

În trecut, Institutul Moldovenesc de Cercetări Științifice în Igienă, Epidemiologie și Microbiologie, apoi Centrul Național de Sănătate Publică, acum Agenția Națională pentru Sănătate Publică, a colaborat cu Universitatea de Stat în Medicină și Farmacie „Nicolae

Testemițanu” pentru a cerceta și a rezolva probleme legate de sănătatea ocupațională, siguranța chimică și toxicologie. În urma cercetării, au fost susținute 7 teze de doctor habilitat și 40 de teze de doctor în științe medicale, dintre care 36 în domeniul igienei.

În paralel, cu evoluția științifică a domeniului igienei muncii a evoluat gradual și domeniul practic, adaptându-se la schimbările socio-economice specifice fiecărei perioade istorice. În Republica Moldova, la început, Vladimir Grigorovici a fost desemnat medic igienist responsabil pentru igiena alimentației și industriei în cadrul Stației sanitaro-epidemiologice regionale Chișinău, conform ordinului nr. 1 din 02.01.1953. Ca urmare a Decretului Prezidiului Sovietului Suprem al RSSM din 20 iunie 1953 și a ordinului ulterior emis de Stația sanitaro-epidemiologică regională Chișinău (nr. 88 din 10.12.1953), aceasta a fost desființată, iar în loc a fost înființată Stația Sanitaro-Epidemiologică Republicană (SSER). În componența noii instituții au fost transferați cei 34 de specialiști, inclusiv Vladimir Grigorovici familia.

La începutul anului 1957, a fost înființată secția de Igiena Industrială, o subdiviziune practică a Stației Sanitaro-Epidemiologice Republicane. În prima fază, această secție a fost gestionată de un singur medic igienist, M. Marcenco, care a fost reconfirmat în această poziție în domeniul igienei industriale împreună cu un asistent al medicului, conform ordinului SSER nr. 29 din 12 februarie 1960. El a condus această secție până în 1965. Pentru consolidarea acestei subdiviziuni în 1963, Nelly Zimnița a fost desemnată medic în igiena industrială pentru o perioadă de 1,5 ani, conform ordinului SSER nr. 19 din 26.01.1963. Ulterior, ea a fost transferată în funcția de medic igienist în laboratorul de cercetare a pesticidelor începând cu 14.09.1964 (ordin nr. 190). Începând cu anul 1965, conform ordinului medicului șef al SSER nr. 32 din 11 februarie 1965, structura secției de Igiena Industrială includea: șeful secției Reghina Rusanov, medicul igienist M. Marcenco, un inginer superior (V. Kravțov) și un asistent al medicului igienist, responsabili cu supravegherea obiectivelor din industrie și preponderent din agricultură.

În 1995, s-a produs o schimbare semnificativă în istoria Serviciului de Sănătate Publică și Epidemiologie (SSES), în special în cadrul secției de Igienă a Muncii. Cu expertiza managerială și cunoașterea sistemului de medicină preventivă din fostele țări ale URSS și statele europene, dl Mihai Magdei, medic-șef al Stației Sanitaro-Epidemiologice Republicane, a propus și a insistat asupra consolidării mai multor instituții de profil practic și științific din cadrul Serviciului de Sănătate Publică și Epidemiologie, unind sectoarele practice și științifice sub umbrela unei singure instituții - Centrul Național Științifico-Practic de Igienă și Epidemiologie (CNȘPIE). Această inițiativă, susținută de Ministerul Sănătății, a fost implementată prin Hotărârea de Guvern nr. 529 din 28.07.1995, marcând astfel instituirea CNȘPIE începând cu 1 septembrie 1995.

În 1998, instituția a fost redenumită Centrul Național Științifico-Practic de Medicina Preventivă (CNȘPMP) prin ordinul MS nr. 29 din 19.06.1998. La 1 octombrie 1995, Laboratorul Științific de Medicina Muncii a fost inclus în cadrul CNȘPMP, funcționând sub umbrela secției de Igienă a Muncii până în 2017. În laborator s-au desfășurat cercetări științifice privind eficiența supravegherii sanitare în igiena muncii și eficiența serviciului de patologii profesionale. Rezultatele acestor cercetări au condus la elaborarea în 1997 a proiectului Concepției privind înființarea Serviciului de Medicina Muncii în Republica Moldova (proiect care nu a fost implementat) și a Recomandărilor Metodice privind metodologia examenelor medicale obligatorii ale angajaților (2006).

În 2013, sub conducerea directorului adjunct la CNȘPMP, dl Iurie Pînzaru a fost elaborat un prim, *Concept privind crearea Serviciului de Sănătate Ocupațională* prin concursul unui grup de lucru intersectorial. Acest concept a fost evaluat și apreciat pozitiv de expertul OMS Dr. Jorma Rantanen la ședința Colegiului Ministerului Sănătății din 4 octombrie 2013 care ulterior nu a fost promovat de către Ministerul Sănătății. Schema-model a Serviciului de Sănătate Ocupațională, acceptată de expertul OMS și Colegiul Ministerului Sănătății, nu a fost implementată.

2.1. Cooperarea Internațională în domeniul sănătății ocupaționale.

Problemele globalizării lumii contemporane, criza economică mai mult ca niciodată pune pe ordinea de zi problemele securității și sănătății în muncă. Este incontestabil și evident faptul că nimic nu este mai valoros decât dreptul la viață. Peste o treime din viața adultă, fiecare persoană o petrece la locul de muncă, contribuind la dezvoltarea societății. Dreptul la cele mai înalte standarde de sănătate este acceptat universal. În lipsa standardelor respective omul nu poate lucra aducând beneficii comunității precum și realiza propria bunăstare.

Organizațiile interguvernamentale (ONU și agențiile sale specializate - OIM, OMS, FAO, UNESCO etc.) și organizațiile neguvernamentale - ICSI (Comisia Internațională privind Sănătatea Ocupațională), AIAS (Asociația Internațională de Asigurări Sociale) reprezintă fundamentul cooperării internaționale în domeniul sănătății ocupaționale. Adicional structurilor menționate anterior în reglementarea problemelor de sănătate ocupațională sunt angajate CEE, EurASEC, OECD (Organizația pentru Cooperare Economică și Dezvoltare).

➤ Dreptul la viață și sănătate la locul de muncă cadrul legal internațional

Dreptul la viață și sănătate la locul de muncă sunt consfințite în Declarația Universală a Drepturilor Omului (ONU, 1948), Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (ONU, 1966), Constituția Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), Constituția Organizației Internaționale a Muncii (OIM) și în documente strategice ale lor (figura 2.1).

Constituția OIM, convențiile OIM și recomandările în domeniul securității și sănătății în muncă, Strategia Globală pentru Sănătate ocupațională și programul OIM „Munca decentă”, au fundamentat drepturile la cele mai înalte standarde de securitate și sănătate la locul de muncă, la condiții de muncă și protecția sănătății populației active (figura 2).



Figura 2.1.1 Dreptul la viață și sănătate la locul de muncă în instrumentele internaționale



Figura 2.1.2 Dreptul la viață și sănătate la locul de muncă consfințit în actele OIM

Principiile care reglementează drepturile fundamentale ale omului înscrise în documentele fundamentale ale Organizației pentru Securitate și Cooperare în Europa (OSCE), declară că unul din subiectele cheie pe agenda Organizației este dimensiunea umană.

Condițiile de muncă și starea de sănătate a populației din țările post sovietice, ex-URSS, Comunității Statelor Independente (CSI), inclusiv Republica Moldova, în ultimele trei decenii, devin problemă de preocupare majoră. În țările din regiune, anual, se înregistrează mai mult de nouă milioane de accidente de muncă cu evoluție letală. Speranța de viață a populației, în special în rândul bărbaților, a scăzut brusc. A obținut amploare practica de sub raportare nu numai a leziunilor și accidentelor de muncă, dar și a datelor reale privind cazurile de boli profesionale și celor legate de profesiune. Acest lucru este valabil în special pentru întreprinderile mici și mijlocii, precum și cele care activează în economia informală. În același timp, există și tendințe pozitive în regiune. Astfel, majoritatea țărilor CSI au evaluat sistemele lor (naționale) de protecție a muncii și au dezvoltat programe de îmbunătățire (optimizare). Crește conștientizarea faptului că siguranța locului de muncă - este o afacere bună, iar sănătatea ocupațională (medicina muncii) are rol esențial în menținerea sănătății lucrătorilor (angajaților).

Conform Organizației Internaționale a Muncii (OIM), anual, în lume, peste 2,2 milioane de bărbați și femei mor ca urmare a unor accidente la locul de muncă. În plus, se înregistrează circa 337 milioane de accidente industriale non-fatale. Ca urmare a accidentelor de muncă și bolilor profesionale se pierd, la nivel mondial, patru la suta din produsul intern brut (PIB), ceea ce este de 20 de ori mai mult decât procentul alocat de către toate statele pentru asistență de dezvoltare. Pe lângă aspectele pur economice ale problemei este de remarcat și dimensiunea ei morală: pierderi umane, asociate cu condițiile precare de muncă, nu pot fi reconciliate.

❖ **Organizația Mondială a Sănătății**

Un rol important în îmbunătățirea condițiilor de muncă și protecția sănătății populației active revine sănătății ocupaționale, care conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și Organizației Internaționale a Muncii (OIM) are trei obiective principale:

1. conservarea și fortificarea stării de sănătate și a capacității de muncă a lucrătorilor,
2. îmbunătățirea mediului ocupațional și a procesului de muncă, astfel încât acestea să devină favorabile pentru sănătate și siguranță,
3. organizarea muncii și a culturii de producție în direcția promovării sănătății și siguranței la locul de muncă, creării unui climat social pozitiv și relații de muncă armonioase, care ar induce creșterea productivității muncii.

Conceptul de cultură a producerii, în acest context, reflectă valorile de bază ale sistemului adoptat în întreprindere. O astfel de cultură se reflectă în practica sistemului de dirijare, în politica resurselor umane (de personal), în principiile de participare, metodele de educație și managementul calității în cadrul întreprinderii.

Strategia "Sănătate ocupațională pentru toți"

Asamblarea Organizației Mondiale a Sănătății, în anul 1996, a adoptat Strategia globală a OMS „Sănătatea ocupațională pentru toți”, cu planul de acțiuni pentru următorii ani, care include 10 obiective strategice:

- consolidarea politicilor internaționale și naționale privind medicina muncii și dezvoltarea instrumentelor politice necesare;
- crearea unui mediu ocupațional sănătos;
- dezvoltarea unor practici de muncă sănătoase și promovarea sănătății la locul de muncă;
- consolidarea serviciilor de sănătate;
- crearea serviciilor de sprijin pentru sănătatea muncii;
- elaborarea standardelor de sănătate ocupațională bazate pe evaluarea științifică a riscurilor;
- formarea specialiștilor în Medicina Muncii;

- instituirea unor sisteme de înregistrare și de colectare a datelor, dezvoltarea unor servicii de informare pentru specialiștii în domeniu, transmiterea eficientă a datelor și îmbunătățirea sensibilizării publicului prin informare publică;
- fortificarea cercetării;
- organizarea cooperării Sănătății Ocupaționale cu alte structuri și servicii.

Principiile practice în domeniul sănătății ocupaționale

Analiza activității serviciilor de medicina muncii din țările europene, efectuată de Biroul Regional al OMS, a permis formularea principiilor practice în domeniu:

- protecția sănătății lucrătorilor împotriva riscurilor la locul de muncă (principiul de protecție și prevenire);
- adaptarea muncii și a mediului ocupațional la capacitățile lucrătorilor (principiul de adaptare);
- îmbunătățirea bunăstării fizice, mentale și sociale a lucrătorilor (principiul de promovare a sănătății);
- reducerea impactului riscurilor profesionale, a accidentelor și leziunilor, a bolilor profesionale și bolilor legate de profesiune (principiul tratamentului și reabilitării);
- acordarea lucrătorilor și familiilor acestora a îngrijirilor de sănătate generale, atât curative cât și profilactice, la locul de muncă sau în apropierea lui (principiul asistenței medicale primare generale).

Programe internaționale și institutele OMS în sănătatea ocupațională

Activitatea OMS în materie de sănătate ocupațională este prezentată prin programe internaționale și institutele independente de cercetări din cadrul OMS (tabelul 1).

Tabelul 2.1 Programe internaționale și institutele OMS în sănătatea ocupațională

Acronimul	Titlul
	<i>Programul Națiunilor Unite pentru Mediu</i> , acordă sprijin tehnic și cooperarea tuturor țărilor în domeniul monitoring-ului ecologic, formarea și instruirea personalului în materie de medicina muncii. Conduce registrul (înregistrarea) internațional a substanțelor chimice potențial toxice (IRPTC).
GEENET	Program pentru evaluarea epidemiologică globală a stării mediului, care include, de asemenea, organizații și specialiști din diferite țări, implicați în epidemiologia medicinei muncii și a mediului.
IPCS	Programul internațional de siguranță chimică. <i>International Program of Chemical Safety.</i> Programul pentru a asigura manipularea în condiții de siguranță a substanțelor chimice.
OECD	Institut independent din cadrul OMS care se ocupă de probleme de ecologie industrială și ecotoxicologie.
IARC	Institut independent din cadrul OMS care se ocupă de probleme de epidemiologie, tratament și prevenire a neoplasmelor maligne.
ICOH	Comisia internațională pentru sănătatea ocupațională <i>International Commission on Occupational Health</i>
NDPHS	Organizația regională „Dimensiunea nordică” pentru sănătate și bunăstare publică. <i>Regional organization "Northern Dimension" for health and public welfare.</i>
BSN	Structura rețelei pentru protecția muncii în țările Mării Baltice. The network structure for labor protection in the Baltic Sea countries.
UNCTAD	Conferința ONU privind comerțul și dezvoltarea, legată, inclusiv transferul internațional de bunuri și servicii în domeniul medicinei muncii. <i>UN Conference on Trade and Development, related, inclusive of the International Transfer of Goods and Services in the Field of Occupational Medicine.</i>
HESME	Sistem de gestionare a sănătății, mediului, siguranței și potențialului social la întreprinderi, care permite monitorizarea nu numai a sănătății lucrătorilor, dar și a familiilor acestora, luând în considerare mediul, stilul de viață, factorii de sănătate industrială și socială, precum și calitatea asistenței medicale.

❖ **Organizația Internațională a Muncii**

Un corp semnificativ de cunoștințe a fost acumulat în standardele internaționale ale muncii, codurile de practică și recomandările care au fost elaborate de Organizația Internațională a Muncii, în cei 100 de ani de experiență, și care formulează principiile și drepturile fundamentale în domeniul protecției muncii. Împreună, acestea constituie un fel de cod internațional al muncii care stabilește standarde minime pentru protecția drepturilor lucrătorilor în acest domeniu. De menționat faptul că activitatea OIM este recunoscută unanim, inclusiv prin acordarea Premiului Nobel pentru Pace în anul 1969.

Organizația Internațională a Muncii a fost creată în 1919 pe baza Tratatului de la Versailles ca unitate structurală a Societății Națiunilor. A fost fondată la inițiativa și cu participarea activă a social-democrației occidentale. Carta OIM a fost elaborată de Comisia Muncii a Conferinței de Pace și a devenit parte a Tratatului XIII de la Versailles.

Primul director general și unul dintre principalii inițiatori ai creației este politicianul francez Albert Thomas. Actualul director general este Guy Ryder. În 1934, SUA și URSS au devenit membre ale OIM. Pe durata celui de-al doilea război mondial URSS și-a suspendat calitatea de membru la OIM și a reluat-o în 1954. De atunci, Belarus și Ucraina au devenit membre ale OIM. Republica Moldova a devenit membru al OIM doar în anul 1992, după declararea independenței.

În 1944, Conferința Internațională a Muncii de la Philadelphia a definit sarcinile OIM în perioada postbelică. A adoptat Declarația de la Philadelphia, care a definit aceste sarcini. Declarația a devenit o anexă și o parte integrantă a Constituției OIM.

Scopurile și obiectivele OIM sunt proclamate în Constituția sa. Activitățile OIM se bazează pe reprezentarea tripartită a lucrătorilor, angajatorilor și guvernelor - tripartism.

OIM este una dintre cele mai vechi și mai reprezentative organizații internaționale. Creată în cadrul Societății Națiunilor, a supra-

viețuit acesteia din urmă și a devenit în 1946 prima agenție specializată a ONU. Dacă la momentul creării sale au participat 42 de state, atunci în 2000 erau 174.

Primul motiv pentru crearea OIM au fost revoluțiile din Rusia și o serie de alte țări europene. Pentru a contracara rezolvarea spontană a contradicțiilor apărute în societate într-un mod exploziv, violent, revoluționar, organizatorii OIM au decis să creeze o organizație internațională menită să promoveze progresul social la nivel global, să stabilească și să mențină pacea socială între diferitele pături ale societății, și contribuie la rezolvarea problemelor sociale emergente într-un mod pașnic evolutiv.

Condițiile de muncă și de viață ale muncitorilor la începutul secolului al XX-lea erau dificile și inacceptabile. Au fost supuși unei exploatare brutale, protecția lor socială era practic absentă. Dezvoltarea socială a rămas semnificativ în urma dezvoltării economice, ceea ce a împiedicat dezvoltarea societății.

Dorința țărilor individuale de a îmbunătăți situația lucrătorilor a determinat o creștere a costurilor de producție, ceea ce a impus rezolvarea contradicțiilor din relațiile de muncă dintre stat, angajatori și angajați în majoritatea țărilor. Preambulul Constituției OIM notează că *„eșecul oricărei țări de a oferi lucrătorilor săi condiții de muncă umane este un obstacol în calea altor națiuni care doresc să îmbunătățească condițiile lucrătorilor din țările lor.”*

Structura OIM și documentele sale fondatoare

Cel mai înalt organ al OIM este Conferința Internațională a Muncii, la care sunt adoptate toate actele OIM. Delegații Conferinței Internaționale sunt doi reprezentanți ai guvernului și, respectiv, unul, ai celor mai reprezentative organizații ale lucrătorilor și angajatorilor din fiecare stat participant. Consiliul de conducere al OIM, organizat de asemenea pe o bază tripartită, este organul executiv al OIM. Biroul Internațional al Muncii servește ca secretariat al OIM.

OIM adoptă convenții și recomandări referitoare la problemele muncii. Pe lângă convenții și recomandări, au fost adoptate trei

declarații: Declarația OIM de la Philadelphia din 1944 privind scopurile OIM (acum încorporată în Constituția OIM), Declarația OIM din 1977 privind întreprinderile multinaționale și politica socială și 1998. Declarația OIM privind drepturile și principiile fundamentale în sfera muncii.

Convențiile sunt supuse ratificării de către țările participante și sunt tratate internaționale care sunt obligatorii la ratificare. Recomandările nu sunt acte obligatorii din punct de vedere juridic. Chiar dacă un stat nu a ratificat o convenție, acesta are obligații, în virtutea apartenenței sale la OIM și a aderării la constituția sa, față de cele patru principii fundamentale ale muncii consacrate în Declarația OIM din 1998. Acestea sunt principiile libertății de asociere și ale dreptului la negociere colectivă; interzicerea discriminării în relațiile de muncă; eradicarea muncii forțate; și interzicerea muncii copiilor. Opt convenții OIM (respectiv, Convențiile nr. 87 și 98; 100 și 111; 29 și 105; 138 și 182), numite fundamentale, sunt de asemenea consacrate acestor patru principii. Aceste convenții au fost ratificate de marea majoritate a țărilor din lume și OIM monitorizează în mod deosebit implementarea lor.

Textele convențiilor și recomandărilor OIM în engleză, rusă, franceză, spaniolă, chineză, germană, portugheză, arabă sunt colectate în baza de date a standardelor internaționale de muncă a OIM.

OIM nu poate aplica nici măcar convențiile ratificate. Cu toate acestea, există mecanisme de monitorizare a punerii în aplicare a Convențiilor și Recomandărilor de către OIM, a căror esență principală este investigarea circumstanțelor presupuselor încălcări ale drepturilor muncii și acordarea acestora de publicitate internațională în cazul ignorării prelungite a comentariilor OIM de către OIM. un stat parte. Acest control este efectuat de către Comisia de experți a OIM pentru aplicarea convențiilor și recomandărilor, Comisia pentru libertatea de asociere a Consiliului de conducere și Comisia pentru aplicarea convențiilor și recomandărilor pentru Conferință.

În cazuri excepționale, în conformitate cu articolul 33 din Constituția OIM, Conferința Internațională a Muncii poate cere membrilor

săi să exercite influență asupra unui stat care încalcă în mod deosebit standardele internaționale ale muncii. În practică, acest lucru a fost făcut o singură dată - în 2001 în legătură cu Myanmar, care a fost criticată de zeci de ani pentru utilizarea muncii forțate și a refuzat să coopereze cu OIM în această problemă. Drept urmare, o serie de state au aplicat sancțiuni economice împotriva Myanmarului și a fost forțată să facă o serie de pași către OIM.

Constituția OIM. Textul original al Constituției, întocmit în 1919, a fost modificat ulterior în 1922, 1945, 1946, 1953, 1962 și 1972.

Declarația OIM de la Philadelphia. În 1944, la o sesiune din Philadelphia (SUA), Conferința Internațională a Muncii a adoptat Declarația de la Philadelphia, care clarifică scopurile și obiectivele Organizației.

Declarația cuprinde următoarele principii:

1. munca nu este o marfă;
2. libertatea de exprimare și libertatea de asociere sunt esențiale pentru progresul continuu;
3. sărăcia oriunde este o amenințare la adresa bunăstării generale;
4. toți oamenii, indiferent de rasă, credință (confesie) sau gen, au dreptul de a-și urmări bogăția materială și dezvoltarea spirituală în condiții de libertate și demnitate, durabilitate economică și șanse egale.

Conferința Internațională a Muncii (ILC – International Labor Conference) este un forum global pentru discutarea problemelor comune de muncă și sociale și standardele internaționale de muncă; determină politica generală a Organizației. La fiecare doi ani, Conferința adoptă un program de lucru pe doi ani și un buget pentru OIM, care este alcătuit din contribuții din partea statelor membre.

Consiliul Administrativ. Consiliul de conducere este organul executiv al OIM. El conduce activitatea Organizației în perioada dintre sesiunile Conferinței Generale și stabilește procedura de im-

plementare a deciziilor acesteia. Trei sesiuni ale Consiliului de Administrație au loc anual - în martie, iunie și noiembrie.

Consiliul de administrație este format din 56 de membri (28 reprezentanți ai guvernului, 14 angajatori și 14 lucrători) și 66 supleanți (28 reprezentanți ai guvernului, 19 angajatori și 19 lucrători). Zece locuri de membri ai Corpului de Guvernare reprezentând guverne sunt rezervate în mod permanent reprezentanților guvernelor principalelor țări ale lumii - Brazilia, Marea Britanie, Germania, India, Italia, China, Federația Rusă, SUA, Franța și Japonia. Membrii rămași ai Consiliului, reprezentând guvernele altor state, sunt realeși de Conferință prin rotație la fiecare trei ani.

Biroul Internațional al Muncii cu sediul în Geneva este secretariatul permanent al OIM, sediul operațional, centrul de cercetare și publicare. Biroul pregătește documente și rapoarte care sunt utilizate în timpul conferințelor și reuniunilor organizației (de exemplu, Raportul general al Comitetului de experți pentru aplicarea standardelor, rapoartele Consiliului de conducere și ale comitetelor sale etc.). Oficiul administrează, de asemenea, programe de cooperare tehnică care sprijină activitățile OIM de stabilire a standardelor. Biroul are un departament care este responsabil de toate problemele legate de standardele internaționale de muncă, precum și departamente responsabile de activitățile angajatorilor și lucrătorilor. Problemele de administrare și management sunt descentralizate și transferate la nivelurile regionale și subregionale și la reprezentanțe din țările individuale. Conduc de un director general, care servește un mandat de cinci ani, sub rezerva realegerii, Biroul angajează aproximativ 2.500 de angajați și experți la sediul său din Geneva și în peste 40 de birouri din întreaga lume.

Reuniunile regionale ale statelor membre ale OIM au loc în mod regulat pentru a discuta probleme de interes deosebit pentru regiune. Corpul de conducere și Biroul internațional sunt asistate în activitățile lor de comitete tripartite care acoperă principalele industrii, precum și de comitete de experți în probleme precum formarea pro-

fesională, dezvoltarea managementului, securitatea și sănătatea în muncă, relațiile industriale și problemele speciale ale anumitor probleme. categorii de lucrători (tineri, persoane cu handicap).

Metode de lucru și principalele domenii de activitate ale OIM

Obiectivele principale ale OIM sunt de a promova progresul socio-economic, de a îmbunătăți bunăstarea și condițiile de muncă ale oamenilor și de a proteja drepturile omului.

OIM are patru obiective strategice principale:

1. promovarea și implementarea principiilor și drepturilor fundamentale la locul de muncă;
2. sporirea oportunităților femeilor și bărbaților de a obține un loc de muncă decent;
3. creșterea acoperirii și eficacității securității sociale pentru toți;
4. consolidarea tripartismului și a dialogului social.

Aceste probleme sunt rezolvate în diferite moduri:

1. prin dezvoltarea de politici și programe internaționale care vizează sprijinirea drepturilor fundamentale ale omului, îmbunătățirea condițiilor de muncă și de viață și extinderea oportunităților de angajare;
2. adoptarea standardelor internaționale de muncă sub formă de convenții și recomandări, susținute de un sistem unic de monitorizare a respectării acestora;
3. prin programe de cooperare tehnică internațională de amploare;
4. prin activități de formare și educație, cercetare și publicare în sprijinul acestor eforturi.

Scopurile și obiectivele strategice ale OIM sunt guvernate și implementate prin intermediul birourilor regionale și subregionale din peste 50 de țări.

Convențiile OIM

Către anul 2023, OIM a adoptat 187 de convenții și 196 de recomandări. În 75 de convenții sunt luate în considerație condițiile de

muncă (48 de convenții - cu privire la dispozițiile generale și 27 de convenții - cu privire la securitatea și sănătatea în muncă).

Convențiile și recomandările generale se referă la reglementarea zilei de muncă, vârsta minimă pentru încadrarea în câmpul muncii, munca nocturnă (pe timp de noapte) și orele suplimentare, examinarea medicală a lucrătorilor, maternitatea și responsabilitățile familiale. De asemenea, aceste convenții abordează probleme legate de excluderea discriminării împotriva lucrătorilor din diferite motive, protecția acestora împotriva concedierii nelociale și compensarea în caz de boli profesionale și vătămări corporale.

Cele mai importante convenții de securitatea și sănătate în muncă (SSM) sunt consacrate igienei și protecției muncii, dezvoltarea serviciilor de sănătate ocupațională și protecția populației active de riscurile profesionale cauzate de poluarea aerului și expunerea la factori fizici. Convențiile de securitate și sănătate în muncă depășesc cu mult obligațiile legale care decurg din ratificarea lor. Aceste convenții constituie un corp de standarde industriale internaționale și oferă astfel autorităților naționale, angajatorilor, lucrătorilor și organizațiilor acestora în materie de securitate și sănătate în muncă îndrumări (recomandări) autoritare. Pe baza manualului elaborat de OIM privind sistemele de management al SSM (ILO-OSH 2001), 11 țări CSI, inclusiv Republica Moldova au aprobat un nou standard pentru sistemele de management al SSM (GOST 12.03.230-2007), care este identic cu standardul internațional stabilit în manual (ILO-OSH 2001).

OIM și OMS sprijină integrarea sănătății muncii în sistemul de management al producției moderne prin standarde adecvate. Standardul ISO-9000 obligă întreprinderile să-și documenteze activitățile în 20 de domenii (direcții). În același timp, rezultatul acestei activități trebuie să fie în conformitate cu sistemul de management al producției și cerințele standardelor și certificarea întreprinderi de către firme de audit cu renume internațional. Introducerea standardelor ISO-9000 la întreprindere stimulează introducerea automatizării

și garantează producerea de produse de calitate. Standardul ISO-4000 asigură îmbunătățirea sistemului de management al producției și protecția mediului. Mecanismul pentru implementarea acestuia în întreprinderi, asociat cu implementarea înregistrărilor și auditurilor periodice, este similar cu cel al ISO-9000. OIM elaborează în prezent un ghid al sistemului de management cu referire la securitatea și sănătatea muncii în întreprinderi – OSH-MS.

Federația Mondială a Organizațiilor Naționale de Standardizare - ISO (eng. *International Organization for Standardization*, prescurtat *ISO*), are peste 120 de țări membre. Sarcina sa este elaborarea de standarde care să faciliteze schimbul de bunuri și servicii, dezvoltarea cooperării în sfere intelectuale, științifice, tehnologice și economice. ISO acoperă toate domeniile de standardizare, iar Comisia Internațională Electrotehnică (eng. *International Electrotechnical Commission*, prescurtat *IEC*) se ocupă doar de standardizarea produselor electrice și electronice.

Organizația Internațională pentru Standardizare ISO include 185 de comitete tehnice, 600 de subcomitete și 2000 de grupuri de lucru. Peste 100.000 de experți din diferite țări ale lumii sunt implicați în susținerea activităților sale. S-au format comitete tehnice în domeniul acusticii, vibrațiilor și zgomotului, calității aerului, ergonomiei, siguranței mașinilor și echipamentelor, sudării, anumite tipuri de producție și construcție etc.

❖ **Comisia Internațională pentru Sănătatea Ocupațională și formarea priorităților științifice**

Comisia internațională pentru sănătatea ocupațională (eng. *International Commission on Occupational Health*, prescurtat *ICOH*) are o mare importanță în realizarea scopurilor și obiectivelor sănătății ocupaționale. ICOH este format din 26 de comitete științifice și 4 grupuri de lucru științifice care abordează următoarele aspecte: prevenirea leziunilor, îmbătrânirea și munca, agricultura, cardiologia, industria chimică, computerizarea sănătății muncii și a mediului, construcția și țările în curs de dezvoltare, educația și formarea, epi-

demiologie în medicina muncii, fibre, lucrătorii medicali, studierea serviciilor de sănătate, igienă industrială, tulburări musculo-scheletice, neurotoxicologie și psihofiziologie, asistentele medicale în medicina muncii, toxicologie ocupațională, praf organic, pesticide, radiațiile și muncă, serviciile de sănătate ocupațională în întreprinderile mici, munca în schimburi, toxicologia metalelor, tulburări respiratorii legate de muncă, vibrații și zgomot, dermatoze ocupaționale și ecologice, dizabilitatea și munca, pericole reproductive la locul de muncă, factori termici.

Istoria Comisiei Internaționale de Sănătate Ocupațională (ICOH) datează de la începutul secolului XX. Motivul inițial pentru întâlnirea colectivă a mai multor țări europene a fost acela de a discuta o abordare științifică a problemei accidentărilor industriale, care implică pierderea capacității de muncă a lucrătorilor. Motivul unui astfel de eveniment au fost accidentele frecvente în timpul construcției de tuneluri în Alpi, care s-au soldat cu numeroase cazuri de vătămări industriale. Prima întâlnire a reprezentanților țărilor europene a avut loc în 1906 la Milano. În același an, a fost creat un organism permanent pentru coordonarea acțiunilor țărilor în acest domeniu al științei medicale - Comisia Internațională de Medicină Ocupațională. Inițial această comisie era formată din doar 18 membri permanenți din 12 țări; în 1910, numărul țărilor a devenit 19, inclusiv Rusia.

O componentă importantă a activității Comisiei au fost clinicile nou create pentru studiul bolilor profesionale în Europa. Prima dintre acestea a fost Clinica Lavoro din Milano, deschisă în 1910. Era alcătuită dintr-un spital cu 110 paturi, peste 20 de laboratoare științifice, un auditoriu de 200 de persoane, o bibliotecă cu sală extinsă de lectură, o sală pentru demonstrații, o arhivă, un muzeu de igienă profesională, un muzeu de anatomie și o sală secțională.

Semnificative pentru dezvoltarea științei conservării sănătății lucrătorilor au fost rezultatele observațiilor și cercetărilor obținute de oamenii de știință ai Clinicii în primii ani de activitate, dintre care cele mai importante au fost:

- munca grea pe termen lung duce la modificări ale inimii și vaselor sangvine, ale organelor respiratorii, apariția unor modificări severe și deplasarea organelor interne și nefrite frecvente la lucrătorii din încăperi umede;
- necesitatea de a efectua o examinare amănunțită și cuprinzătoare a tuturor solicitanților de muncă;
- munca care necesita o poziție tensionată a corpului trebuie să alterneze întotdeauna cu exercițiile fizice;
- munca trebuie privită ca un factor care provoacă propriile forme speciale de boală.

Clinica Lavoro a publicat și propria revistă, în care a descris în detaliu anumite forme de boli asociate activităților profesionale. Revista și-a început viața în 1901, când fondatorul Clinicii, dr. Devoto, a venit cu ideea de a crea un spital profesional cu departamente de cercetare.

Până în 1956, funcțiile ICOH au cuprins doar probleme organizatorice legate de pregătirea și desfășurarea următorului Congres, apoi s-a decis continuarea lucrărilor între foruri care se întrunească o dată la trei ani. Cu toate acestea, în pofida acestui fapt, multe instituții științifice din prima jumătate a secolului al XX-lea au început deja să coopereze pe probleme de conservare a sănătății lucrătorilor. Oamenii de știință au fost preocupați de o gamă largă de probleme, dar principalele au fost diagnosticul, tratamentul și reabilitarea pacienților cu silicoză, problemele de cataractă profesională, intoxicații (plumb) și problemele de endocrinologie.

Era nevoie să se rezolve problemele de legislație medicală profesională și asigurări la locul de muncă. Multe țări în care agricultura a reprezentat o mare parte din producție au încercat în mod rezonabil să extindă la muncitorii rurali toate prevederile de protecție a muncii pentru lucrătorii din minerit industrial și întreprinderile de producție. Problemele de asigurări sociale împotriva accidentelor de muncă și a unor boli profesionale au fost exprimate și parțial rezolvate. Întâlniri, conferințe și seminare au fost convocate în mod constant pe aceste probleme stringente.

La cel de-al XII-lea Congres, desfășurat la Helsinki în 1957, au fost evidențiate pentru prima dată problemele bolilor cardiace și ale sistemului nervos apărute în timpul muncii și creșterea stresului. Acești ani pot fi considerați nașterea patologiei profesionale a inimii și a vaselor sangvine, apariția psihologiei aplicate în medicina industrială. Tema bolilor cronice netransmisibile în relație cu ocupația a fost abordată pentru prima dată la Congres.

În URSS, SUA, Marea Britanie și Japonia, au început să se ocupe de problemele scăderii și deteriorării vederii ca urmare a condițiilor grele de muncă, a efortului excesiv și a nerespectării măsurilor de siguranță la locul de muncă. Au fost multe discuții pe tema igienei radiațiilor, iar dermatologia profesională a fost dezvoltată în continuare. Rapoarte interesante în acest domeniu au fost prezentate de oameni de știință din Germania, Polonia, Uniunea Sovietică și țările scandinave.

În a doua jumătate a secolului al XX-lea, a început o nouă rundă de cercetări privind bolile pulmonare profesionale, în special pneumoconioza. Lupta împotriva zgomotului și vibrațiilor în producție s-a intensificat; igieniștii și medicii specialiști în boli profesionale (ocupaționale) au preluat problemele influenței factorilor fizici asupra sănătății lucrătorilor. Domenii precum ergonomia, munca femeilor și influența factorilor ocupaționali asupra sănătății reproducerii și efectul biologic al fibrelor minerale artificiale au ajuns, de asemenea, în prim-planul științei.

Odată cu dezvoltarea pe scară largă a industriei chimice în ultimul sfert al secolului al XX-lea, toxicologia industrială a devenit deosebit de puternică. Congresul al XIX-lea, desfășurat la Dubrovnik în 1978, a fost aproape în întregime dedicat acestei probleme. Evenimentul a fost împărțit în mai multe secțiuni: metale, solvenți organici, pesticide precum și neurobiologia și toxicologie comportamentală. Celelalte secțiuni s-au concentrat pe discutarea problemelor legate de nivelurile maxime permise de concentrații de praf și câmpuri electromagnetice, stres și munca în schimburi. Controlul azbestozei a fost discutat pe larg. Mai mult, mulți oameni de știință

au subliniat că dezvoltarea tumorilor la lucrătorii expuși la azbest este o problemă mai importantă decât azbestoza în sine.

Principalele obiective ale ICOH în ultimele decenii sunt:

- acumularea și schimbul de informații științifice privind medicina muncii și patologia muncii între țări;
- elaborarea de recomandări igienice pentru protecția muncii la locul de muncă;
- promovarea cercetării științifice și rezolvarea problemelor sociale și igienice ale lucrătorilor.

Pentru a-și îndeplini sarcinile, ICOH nu doar organizează congrese, conferințe și întâlniri, dar au fost create și comitete științifice permanente în diverse domenii de cercetare în domeniul medicinei muncii. Numărul lor în 2020 a ajuns la 39.

ICOH are o autoritate internațională enormă, cooperează cu OMS, OIM, UNESCO și alte mari organizații interguvernamentale. De-a lungul anilor, savanți notorii în igiena muncii din Uniunea Sovietică au fost membri ai Comisiei Internaționale de Sănătate ocupațională, printre care A.A. Letavet, N.F. Izmerov, V.G. Artamonova, I.V. Sanotsky.

La cel de-al XXV-lea Congres de la Stockholm (1996), au fost discutate din nou problemele accidentelor industriale și mecanismele care conduc la acestea. Raportul savanților suedezi a identificat două motive pentru această problemă: erori umane asociate cu lipsa de adaptare și surmenaj (1) și asumarea deliberată a riscurilor (2). Odată cu dezvoltarea mai globală a electronicii, au apărut probleme și impacturi mai grave asupra sănătății lucrătorilor din cauza câmpurilor electromagnetice. Au fost interesante mesajele despre prevenire, diagnostic și tratament a tulburărilor musculo-scheletice profesionale și bolile cardiovasculare, care sunt morbiditatea principală, „ucigașul nr. 1”, așa cum au fost numite aceste probleme la Congres.

Următorul, cel de-al 31-lea Congres, a avut loc în mai-iunie 2015 la Seul (Coreea de Sud). Motto-ul Congresului din 2015 a fost sloganul: „Global Harmony for Occupational Health: Bridgethe World”.

Printre participanți au fost 2.300 de specialiști. Este prezentat un program extins de 59 de sesiuni plenare și secționale, 1013 sesiuni speciale și sesiuni tematice, peste 500 de sesiuni de poster. Pe lângă participanții din Coreea de Sud, care au numărat mai mult de o mie și jumătate, cei mai mulți au fost din Japonia - 149 și Finlanda - 97. Câte 50 sau mai mulți specialiști au reprezentat Germania, Suedia, SUA, China, Italia, Belgia, India, Africa de Sud, Thailanda și Franța. Delegația Federației Ruse a fost formată din peste 10 persoane și au participat aproximativ 40 de participanți din țările CSI.

Una dintre sesiunile Congresului a fost dedicată impactului nanomaterialelor, care sunt utilizate pe scară largă astăzi, asupra sănătății lucrătorilor. Creșterea producției și utilizării lor în diverse industrii a stârnit îngrijorări cu privire la potențiala toxicitate a acestora pentru oameni. Efectele lor sunt în mare parte necunoscute și nu există recomandări specifice pentru monitorizarea medicală a lucrătorilor. Vorbind despre relevanța acestei probleme, studii experimentale efectuate de oamenii de știință de la Praga demonstrează efectele nocive ale nanoparticulelor asupra sistemului respirator din cauza stresului oxidativ, contribuind la apariția fibrozei pulmonare sau a cancerului.

În prezent, nu există biomarkeri aprobați care să poată fi utilizați în biomonitorizarea efectului nanomaterialelor asupra organismului uman, din cauza lipsei de informații complete și a numărului necesar de studii. Specialiștii din Franța au completat baza de date Ev@olutil privind riscurile profesionale ale fibrelor (azbest, etc.) cu o secțiune despre nanoparticule. Această bază de date este disponibilă public în engleză și franceză și este una dintre numeroasele baze de date care există astăzi în diferite țări care conțin informații sistematizate despre nivelurile de expunere la particulele de praf în diferite ocupații.

Programul Ev@olutil se bazează pe o varietate de baze de date disponibile prin internet legate de evaluarea expunerii profesionale la fibre și nanoparticule și este conceput pentru a acumula și analiza în continuare toate studiile observaționale în curs de desfășurare în

acest domeniu. Matricea franceză mai largă a impactului muncii prezentată în M.E. Yamani, de la Institutul Francez de Supraveghere a Sănătății Publice, se formează de peste două decenii și are în prezent date despre expunerea profesională la o serie de agenți cancerigeni (silice liber, benzen, tricloretilenă, perclorotilenă, praf de tăbăcărie, praf care conține azbest, artificial fibre minerale) în perioada din 1950 și până în prezent.

Rezultatele de succes ale sistematizării centralizate a datelor privind nivelurile de expunere la factori nocivi și periculoși în diverse locuri de muncă în vederea asigurării diagnosticului obiectiv al bolilor profesionale, inclusiv a celor oncologice, au fost prezentate de specialiști din Germania. Un exemplu poate fi prezentat la una dintre întâlnirile lui T. Kraus și K.G. Raport Hering (Institutul de Medicină a Muncii al Universității din Aachen, Germania) privind implementarea în practică a programului ICOERD. În prezent, în Germania a fost creat un registru al pacienților cu boli profesionale ale sistemului bronhopulmonar și al persoanelor expuse la praf industrial. Majoritatea pacienților sunt supuși unui examen medical, inclusiv un test al funcției pulmonare, radiografie toracică și doze mici tomografie computerizată multispirală în secțiune subțire, la fiecare 3 ani; aproximativ 15% sunt observate în cadrul programului în fiecare an. Aproximativ 90% din date (rezultatele examenelor, funcțiile respiratorii și descrierile codificate ale radiografiei toracice și tomografiei computerizate) se află pe portalul online.

Radiologii folosesc clasificarea internațională a pneumoconiozei (reviziunea 2011), precum și clasificarea CT aprobată în 2005 de specialiști din Belgia, Finlanda, Franța, Germania, Marea Britanie, Japonia și SUA. Tomografia computerizată multislice, cu doze mici, de înaltă rezoluție, este efectuată folosind un protocol special standardizat, înregistrat pe un CD și trimis către un portal online.

Documentele medicale ale portalului sunt disponibile pentru specialiști în toată țara. Totodată, s-a remarcat în repetate rânduri faptul că, având în vedere dificultățile diagnosticului diferențial al bolilor

profesionale și al bolilor cu caracter general, diagnosticul se bazează pe două surse de informare - datele de examinare medicală și datele dintr-o bază de date națională care conține rezultatele o evaluare igienică cuprinzătoare a condițiilor de muncă (raport de M. Matenklot, Germania).

Congresul a acordat o atenție deosebită istoriei medicina muncii. Mesajul prezentat de către Max Lam, de la Institutul Național American pentru Securitate și Sănătate Ocupațională, Washington, a fost neobișnuit. Vorbind despre opera artiștilor impresionisti de la sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea, arătând producția și locul de muncă al muncitorului din acea vreme, el a arătat că picturile prezentau condiții de muncă realiste, care rămân de actualitate în timpul nostru pentru o serie de industrii din America de Nord. De asemenea, interesante au fost rapoartele oamenilor de știință din SUA și Italia despre Bernardino Ramazzini, fondatorul medicinei muncii mondiale și primul spital de patologie ocupațională din lume, Clinica Lavoro.

La „Forumurile Directorilor” ale Congresului, șefii centrelor științifice din Japonia, Vietnam, Danemarca și Africa de Sud, în prezentările lor, au subliniat în mod deosebit nu numai realizările în diagnosticarea și tratamentul bolilor profesionale, ci și-au concentrat și pe prevenirea și reabilitarea acestora. Ei au numit principala problemă necesitatea de a conecta instituțiile cu politica globală și regională, de a îmbunătăți legislația și asistența guvernamentală, precum și diferitele organizații internaționale. În opinia lor, doar astfel de forumuri pot „declanșa această problemă gravă” și pot duce patologia ocupațională la noi niveluri.

Cel de-al 32-lea, a avut loc în perioada 29 aprilie - 4 mai 2018, la Dublin, Irlanda. În cadrul Congresului, s-au desfășurat 10 sesiuni plenare și peste 30 de sesiuni semiplenare, peste 500 de evenimente secționale și politice, precum și peste 600 de sesiuni tematice și au fost prezentate peste 700 de rapoarte de tip poster. La Congres au participat peste 2.500 de delegați.

Cel de-al 33-lea Congres Internațional de Sănătate Ocupațională 2022 (ICOH 2022), planificat anterior să aibă loc la Melbourne, Australia, a avut loc în perioada 6-10 februarie 2022 într-un nou format digital.

În acest an dificil al pandemiei de COVID-19, chiar dacă a fost forțat să anuleze toate evenimentele care erau planificate să fie în prezență, ICOH și-a continuat activitățile de networking și, de asemenea, a susținut tranziția către un format digital a multor evenimente deja programate. Prin urmare, Congresul ICOH 2022, în formatul unui eveniment complet digital a fost organizat de ICOH cu sprijinul membrilor Comitetului de Organizare Australian și al Universității Monash, este consecința firească a experienței dobândite în această perioadă extraordinară a pandemiei de COVID-19.

Congresul ICOH cu tema „Partajarea de soluții în sănătatea ocupațională prin și dincolo de pandemie”, a discutat cele mai bune practici și a împărtășit soluții pentru o mai bună sănătate a lucrătorilor din întreaga lume. Congresul digital a fost o experiență la nivel înalt în ceea ce privește conținutul științific și interacțiunea, cu oportunități de creare de rețele și implicare. Congresul s-a desfășurat printr-o platformă digitală bogată vizual, recreând mediul unui congres cu prezență fizică. Platforma a găzduit toate sesiunile și evenimentele principale care au fost incluse în mod tradițional în formatul ICOH Congress și a inclus, de asemenea, săli de rețea, chat-uri live, zone de expoziție și multe altele. Formatul digital a asigurat o accesibilitate mai largă, oferind întregii comunități SSM posibilitatea de a participa. Această abordare nouă a congresului a fost deosebit de benefică pentru participanții din țările cu venituri mici și medii.

Participanții au avut acces 24/7 la cerere la toate sesiunile și conținutul prin intermediul platformei digitale a Congresului. Transmisunile live au fost organizate pentru sesiunile plenare și Forumul de politică globală în două etape, ținând cont de diferite fusuri orare („etapa Roma” și „etapa Melbourne”). Sesiunile semi-plenare au oferit oportunitatea unei discuții live la sfârșitul fiecărei sesiuni, în timp ce sesiunile Speciale, Oral Free Paper și Interactive Poster au

fost disponibile la cerere în orice moment în timpul Congresului prin intermediul platformei digitale a Congresului. Experiența digitală ICOH 2022 nu s-a încheiat odată cu Congresul: tot conținutul a fost accesibil 24/7 timp de patru luni după închiderea Congresului.

Prezintă interes discursul susținut de Sir Michael Marmot, care a fost un lider în determinanții sociali ai sănătății și inegalitățile în materie de sănătate la locul de muncă. O facultate remarcabilă de vorbitori internaționali în plen, și-au împărtășit cunoștințele și experiența extinsă cu delegații pe tot parcursul Congresului. Subiectele plenare au inclus prevenirea bolilor infecțioase la locul de muncă, sănătatea mintală și revenirea la locul de muncă, reparația silicozei, ciclul de lucru de 24 de ore, serviciile de bază de sănătate a muncii în țările cu venituri mici și medii, cancerul profesional și munca într-un climat în schimbare. Sesiunile plenare au abordat, de asemenea, probleme legate de COVID-19. În plus, COVID-19 a fost punctul central al Forumului de politici globale, cu tema „**Munca ca dimensiune cheie a pandemiei COVID-19: Împărtășirea experiențelor și soluțiilor în sănătatea ocupațională**”.

Au fost organizate următoarele sesiuni plenare: prevenirea accidentelor, îmbătrânirea și munca, alergii și imunotoxicologie, cardiologie în sănătatea muncii, educație și formare în sănătatea muncii, eficacitatea serviciilor de sănătate în muncă (EOHS), pregătirea și răspunsul în situații de urgență în domeniul sănătății ocupaționale, epidemiologie în sănătatea ocupațională (EPICOH), istoria prevenirii bolilor profesionale și de mediu, calitatea și sănătatea aerului din interior, igienă industrială, securitatea și sănătatea în muncă în minerit, tulburări musculo-scheletale, Sănătatea lucrătorilor în nanomateriale, neurotoxicologie și Psihofiziologie, dermatoze ocupaționale și de mediu, asistenta medicala la locul de munca, medicina muncii, toxicologie ocupațională, sănătate și dezvoltare ocupațională, sănătatea muncii pentru lucrătorii din sănătate, sănătatea ocupațională în industria chimică, Sănătatea ocupațională în industria construcțiilor, radiația și munca, riscuri pentru reproducere la locul de muncă, tulburări respiratorii, sănătatea rurală: agricultura, pesticide și praf

organic, timpul de lucru în schimburi, întreprinderile mici și mijlocii și sectorul informal, factorii termici, toxicologia metalelor. O atenție deosebită a fost acordată problemelor ce țin de șomaj, precaritatea locului de muncă și sănătate. Au rămas actuale problemele ce țin de expunerea la factorii fizici (vibrații, zgomot), precum și sănătatea în muncă a unor grupuri vulnerabile de populației cum ar fi bătrâni, femei, persoane cu handicap, lucrători antrenați în activități cu suprasolicizarea analizatorului optic.

Organizarea muncii și factori psihosociali (WOPS) – au obținut o nouă conotație în contextul pandemic.

❖ OMEGA-NET

Ocupația și munca plătită reprezintă o componentă esențială a vieții și un factor determinant al sănătății și al îmbătrânirii sănătoase. Cu toate acestea, în ultimii ani a existat o coordonare și promovare foarte limitată a cercetării europene în domeniul sănătății ocupaționale și ocuparea forței de muncă. Europa are în prezent unele dintre cele mai valoroase cohorte ocupaționale, industriale și de populație din lume. Lipsa integrării acestor cohorte împiedică exploatarea optimă a acestor resurse, esențiale pentru a susține intervențiile și politicile bazate pe dovezi.

Conceptul general al OMEGA-NET este de a crea o rețea care să optimizeze și să integreze cohortele ocupaționale, industriale și de populație la nivel european și să ofere o planformă pentru o bază de dovezi îmbunătățită pentru identificarea riscurilor pentru sănătate și a câștigurilor legate de ocupație și locuri de muncă pentru a promova strategii și politici preventive sigure și sănătoase.

Primul obiectiv a OMEGA-NET este de a dezvolta un inventar al cohortelor ocupaționale, industriale și ale populației europene, inclusiv cohorte bazate pe registre, cu date despre expunerile profesionale și va dezvolta o bază de date bazată pe web care poate fi căutată pentru a face informațiile ușor accesibile. Utilizatorii vor putea căuta anumite tipuri de studii (de exemplu, ocupaționale, bazate pe industrie etc.), expuneri și rezultate și vor putea extrage informații despre cohortele care au date relevante, precum și informații de bază despre

metodele utilizate pentru colectarea datelor. Inventarul va fi legat de site-urile web ale cohortei ocupaționale. Accesul cercetătorilor la cohortele inventariate va fi, de asemenea, facilitat cu un protocol de acces la date și un link web.

Al doilea obiectiv al OMEGA-NET este, de asemenea, dezvoltarea unui inventar al instrumentelor de evaluare a expunerii profesionale, inclusiv matrice de expunere la locul de muncă (JEM), baze de date de măsurare a expunerii, baze de date cu prevalența expunerii, sisteme de codificare și treceri de codare. Aceste instrumente vor fi reunite pentru a construi o resursă deschisă pentru evaluarea expunerii ocupaționale.

OMEGA-NET lucrează la dezvoltarea unor protocoale legate de următoarele probleme:

1. Îmbătrânire sănătoasă și participare la muncă
2. Ore de lucru
3. Modele de angajare la tineri, inclusiv mame tinere angajate
4. Boli profesionale de piele
5. Determinanți psihosociali legați de muncă ai sănătății mintale
6. Muncă precară
7. Arderea profesională.

OMEGA-NET (<http://omeganetcohorts.eu/>) este un proiect finanțat de COST Action, este dedicat integrării și optimizării cercetării pentru locuri de muncă mai sănătoase în Europa.

În decursul timpului Republica Moldova a participat la mai multe acțiuni al acestui proiect, fiind reprezentată de către Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu". În domeniul Sănătății Ocupaționale a fost organizat o acțiune COST intitulată "CA16216: Network on the Coordination and Harmonisation of European Occupational Cohorts". În acest proiect au participat în total 32 de țări COST, dintre care 16 sunt țări țintă pentru incluziune (Inclusiveness Target Countries) (tabelul 2.2).. În plus, există 3 țări "vecine" acțiunii sau Near Neighbour Countries, 2 țări partenere internaționale (IPC) și 1 organizație internațională (tabelul 2.3).

**Tabelul 2.2 Tările participante la Acțiunea COST CA16216:
Network on the Coordination and Harmonisation of European
Occupational Cohorts**

Țara	Data înreg.	Țara	Data înreg.	Țara	Data înreg.	Țara	Data înreg.	Țara	Data înreg.
AT	13/07/2017	BE	15/09/2017	BA	22/09/2017	BG	22/09/2017	HR	13/09/2017
CY	20/09/2017	DK	03/08/2017	EE	25/08/2017	FI	20/09/2017	FR	11/07/2017
DE	20/07/2017	EL	12/09/2017	HU	07/01/2019	IS	11/03/2019	IL	12/12/2017
IT	26/09/2017	LV	04/09/2017	LU	22/06/2018	MT	02/08/2017	MD	07/01/2019
ME	04/03/2020	NL	19/07/2017	MK	20/10/2017	NO	12/07/2017	PL	02/08/2017
PT	28/07/2017	RO	12/12/2017	RS	19/07/2017	ES	22/08/2017	SE	26/07/2017
CH	11/07/2017	TR	11/01/2018	UK	14/07/2017				

Acest proiect a început în anul 2017, Republica Moldova având statut de Near Neighbour Country. Aceasta doar putea participa pasiv la activitățile COST, dar începând cu anul 2019 țara noastră a devenit parte a Comitetului de Management. . Coordonatorul național pentru Republica Moldova fiind Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemitanu” (Disciplina de igienă, Sergiu Cebanu) (<http://omeganetcohorts.eu/observers/>).

**Tabelul 2.3 Lista participanților externi la Acțiunea
COST CA16216**

Denumirea Instituției	Țara de origine
Centrul Monash pentru Sănătatea Ocupațională și a Mediului (MonCOEH), Universitatea Monash	Australia
Institutul Național pentru Securitate și Sănătate în Muncă	Statele Unite ale Americii
Universitatea Medicală de Stat din Belarus	Belarus
Ministerul Sănătății - Direcția Epidemiologie și Controlul Bolilor	Maroc
Universitatea Birzeit, Institutul de Sănătate Comunitară și Publică	Palestina
Agenția Internațională de Cercetare a Cancerului (IARC)	Organizație Internațională
Universitatea de Medicină și Științe ale Sănătății Mohammed Bin Rashid	Emiratele Arabe Unite
Spitalul clinic Nr. 2 al orașului Novosibirsk	Federația Rusă

Acesta a participat la toate cele 4 întâlniri ale Comitetului de Management și 1 întâlnire suplimentară a grupului de lucru, toate cu multă implicare și activitate prodigioasă. Aceste întâlniri au fost esențiale în stabilirea unei rețele în întreaga Europă și nu numai. Au contribuit și alte instrumente de rețea, cum ar fi misiunile științifice pe termen scurt (STSM) și școlile de formare, care au fost deosebit de importante pentru tinerii cercetători, atât pentru a-și spori cunoștințele și abilitățile în epidemiologia ocupațională, cât și pentru a le include în rețea. Un total de 36 de tineri cercetători au primit finanțare pentru a urma cele două școli de vară organizate, dintre care 17 de au fost organizate de Inclusiveness Target Countries. S-au organizat 17 STSM-uri finalizate. În plus, 7 cercetători au primit granturi pentru a participa și a-și prezenta cercetările la conferințe internaționale.

Proiectul își mai propune și inițierea unor studii noi, mai ales pentru provocările nou apărute în medicina muncii: munca în schimburi, fenomenul de îmbătrânire al lucrătorilor, modele noi de angajare a tinerilor, boli de piele cauzate de expunerea la radiația UV.

O noutate a acestui proiect sunt misiunile științifice pe termen scurt care vor permite schimburi de experiența pentru cercetători din diferite instituții.

2.2. Sănătatea ocupațională în Uniunea Europeană

❖ Ordinea juridică comunitară

Sistemul juridic comunitar constituie o ordine juridica proprie, integrate sistemului juridic al statelor membre având următoarele trăsături:

- are calitatea de ordine juridică, adică reprezintă un ansamblu organizat și structurat de norme juridice având propriile sale izvoare, dotat cu organe și proceduri apte să le emită, să le interpreteze, precum și să constate și să sancționeze, dacă sunt identificate încălcările;
- ordinea juridică comunitară este autonomă în raport cu ordinea juridică internațională, având un grad puternic de centralizare

al creării și aplicării normelor, mai ales prin intervenția instituțiilor comunitare și care o apropie de o ordine internă.

De asemenea, Curtea de Justiție a recunoscut autonomia ordinii juridice comunitare și rata de dreptul intern al statelor membre care se manifestă, prin următoarele:

- Curtea de Justiție nu poate aplica reguli din dreptul intern;
- Curtea de Justiție nu este competentă să verifice legalitatea unui act sau a unei măsuri interne;
- Curtea de Justiție nu are drept misiune:
 - să dea o interpretare dreptului intern;
 - competența pentru a interpreta - Tratatul nu poate fi aplicat pentru a interpreta legea națională.

Autonomia dreptului comunitar în raport cu dreptul național nu este absolută. Mai întâi, întrucât prin semnarea tratatelor prin care renunță la unele competențe, se conferă instituțiilor europene o putere normativă proprie, iar statele membre acceptă ca dreptul comunitar să facă parte integrantă din ordinea lor juridică. Apoi, întrucât dreptul comunitar utilizează concepte împrumutate din dreptul național, s-a considerat ca relațiile dintre ordinea juridică intimă și ordinea juridică comunitară să fie privite în termeni de cooperare, cu respectarea trăsăturilor proprii fiecăreia dintre cele două ordini.

Această cooperare se manifestă, în special, prin faptul că:

- jurisdicțiile naționale au sarcina să aplice dreptul comunitar;
- unele norme comunitare (recomandări CECA și directive CEE și CEEA) necesită o intervenție a autorităților naționale pentru a avea deplina lor eficacitate;
- sunt efectuate retrimiteri de către dreptul comunitar la dreptul național.

Reglementari legislative privind securitatea și sănătatea în muncă și domeniile lor de aplicare

Securitate și sănătate în muncă constituie unul dintre domeniile de preocupare prioritară ale Uniunii Europene, și un concept de un interes din ce în ce mai important, având în vedere faptul că ac-

cidente de muncă și îmbolnăvirile profesionale sunt din ce în ce mai prezente în societatea noastră, generând reale probleme umane și economice.

Statisticile ne arată faptul că anual au loc mai mult de zece milioane de accidente de muncă, iar cheltuielile și pierderile anuale datorate accidentelor de muncă și îmbolnăvirilor profesionale reprezintă 2-4% din PIB. Un alt fapt îngrijorător este acela că, din păcate, datorită lipsei de experiență, tinerii reprezintă categoria de vârstă cea mai afectată.

La nivelul Uniunii Europene, statele membre sunt de acord cu faptul că sănătatea și securitatea salariaților în muncă trebuie să constituie preocupare permanentă, ținând seama de cel puțin doi factori:

- în primul rând, factorul uman, a cărui apărare în materie de securitate în muncă se traduce prin prevenirea accidentelor de muncă;
- în al doilea rând, factorul economic constând în pierderile pe care le înregistrează angajatorul prin absențele salariaților victime ale accidentelor de muncă, prin grevele de protest determinate de nemulțumirile cu privire la securitatea și sănătatea în muncă.

Securitatea și sănătatea în muncă, ca instituție a dreptului muncii, reprezintă *un ansamblu unitar de norme juridice imperative care au ca obiect reglementarea relațiilor sociale ce se formează cu privire la organizarea multilaterală, desfășurarea și controlul proceselor de muncă, în scopul asigurării condițiilor optime, la nivelul științei și tehnicii moderne, pentru apărarea vieții, integrității corporale și sănătății tuturor participanților în acest proces, prevenirea accidentelor de muncă și a îmbolnăvirilor profesionale.*

Ca ansamblu de activități instituționalizate, securitatea și sănătatea în muncă are ca scop asigurarea celor mai bune condiții în desfășurarea procesului de muncă, apărarea vieții, integrității fizice și psihice, sănătății lucrătorilor și altor persoane participante la procesul de muncă. Printre trăsăturile caracteristice, putem remarca următoarele:

- constituie o expresie a implicării statului, în condițiile economiei de piață, în prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale.

sionale ale salariaților și ale altor participanți în procesul de muncă, astfel că prioritatea principală a statului este protecția lucrătorului, și nu eficiența economică. Vom remarca astfel că datorită importanței lor, problemele SSM nu sunt lăsate la latitudinea părților, ci sunt reglementate expres, prin norme imperative, atât obligațiile angajatorilor, cât și ale lucrătorilor;

- se integrează în mod organic proceselor de muncă, indiferent dacă măsurile se iau înainte de începerea activității sau în timpul desfășurării activității;

- prin SSM se încearcă acoperirea tuturor situațiilor, într-un sens larg, în care ar putea avea loc evenimente nocive pentru lucrători, lucru care dezvăluie caracterul social al statului;

- are caracter esențial preventiv;

- lucrătorii nu vor avea, în nici un caz, obligații financiare cu privire la SSM.

La nivelul Uniunii Europene s-a adoptat în data de 12 iunie 1989 Directiva cadru cu privire la securitatea și sănătatea în muncă - Directiva nr. 89/391/CEE. Aceasta directivă reprezintă cadrul juridic general în această materie. Preambulul său stabilește că *“ameliorarea securității, a igienei și a sănătății muncitorilor reprezintă un obiectiv ce nu poate fi subordonat considerațiilor de factură pur economică”*. Directiva-cadru trebuia transpusă în legislația națională până la sfârșitul anului 1992. Repercusiunile transpunerii în sistemele juridice naționale au variat de la un stat membru la altul. În unele state membre, directiva-cadru a avut consecințe juridice considerabile ca urmare a unei legislații naționale inadecvate, în timp ce în altele nu au fost necesare ajustări majore.

Conceptul de sănătate și securitate în muncă este prima oară menționat în anul 1700 de către un medic italian, Bernardino Ramazzini, care a publicat prima lucrare ce privește sănătatea ocupațională, intitulată *“De Morbis Artificum Diatriba”* (Bolile muncitorilor).

De atunci, a urmat o evoluție continuă a acestui concept de-a lungul timpului marcată de evenimente majore precum emiterea primei polițe de asigurare pentru accidente de muncă, în Statele Unite în

1812, la apariția primului act legislativ ce reglementa acordarea de compensații muncitorilor victime ale accidentelor de muncă (Marea Britanie, 1897), înființarea Organizației Internaționale a Muncii sub egida Națiunilor Unite în 1919 dar și evoluții fără de care ar fi greu de imaginat viața în zilele noastre, precum introducerea centurilor de siguranță și echipament standard pentru toate autovehiculele Saab în Suedia în 1958. Toate au condus la dezvoltarea unei întregi infrastructuri de instituții și reglementări la nivel național și internațional cu scopul de a proteja sănătatea și securitatea și a preveni accidentele de muncă și îmbolnăvirile profesionale.

La nivelul Uniunii Europene un act important îl constituie Tratatul de la Paris din 1951 de instituire a Comunității Europene a Cărbunelui și Oțelului (ECSC/CECA), care a deschis piața comună a cărbunelui și a oțelului între cele 6 state fondatoare (Belgia, Republica Federativă Germană, Franța, Italia, Luxemburg, Tarile de Jos). În 1957, după ce proiectul constituirii unei armate europene s-a izbit, în 1954, de refuzul de ratificare al Adunării Naționale Franceze, cele 6 state membre au decis prin Tratatul de la Roma constituirea Comunității Economice Europene (CEE), bazată pe libera circulație a mărfurilor, serviciilor și forței de muncă (piața comună) și a Comunității Europene de Energie Atomică (EUROATOM). Două articole din acest tratat se referă la îmbunătățirea condițiilor de viață și de muncă și a protecției contra accidentelor și bolilor profesionale. Cu toate acestea, baza juridică a acestor articole rămâne limitată. Astfel, dacă articolul 117 subliniază necesitatea promovării îmbunătățirii condițiilor de viață și muncă, articolul 118 limitează acțiunea comunitară în domeniul social la o colaborare strânsă între Comisie și statele membre, rezumându-se în final la studii, avize și consultații.

În 1957 au loc primele acțiuni comunitare în domeniul securității muncii, când în cadrul tratatului CECA au fost lansate acțiuni “pilot” pentru promovarea cercetărilor referitoare la securitatea și sănătatea în muncă a muncitorilor din sectoarele cărbunelui și oțelului. Aceste acțiuni au fost lansate în urma unui grav incendiu declanșat în 1956 în minele *Bois du Cazier* (Belgia) care s-a soldat cu moartea a 264

mineri. Consiliul de miniștri al CECA a convocat o conferință tripartită referitoare la îmbunătățirea securității și sănătății. Aceasta conferință s-a finalizat prin crearea Organului permanent pentru securitate și salubritate în minele de huilă și alte industrii extractive (denumit pe scurt Organul permanent).

În 1974, prin decizie a Consiliului a fost creat Comitetul Consultativ pentru securitate, igienă și protecția sănătății la locul de muncă. Ulterior, în 1978 și 1984 a fost lansat primul și cel de-al doilea program de acțiune în domeniul sănătății și securității în muncă și de adoptarea de măsuri legislative. Prin Actul Unic European se face o importantă revizuire a Tratatului de la Roma prin introducerea articolului 118, creându-se baza juridică specifică asigurării securității și sănătății muncitorilor. Prin articolul 118-a se stipulează angajamentul statelor membre de a promova îmbunătățirea condițiilor de muncă în scopul protejării securității și sănătății lucrătorilor și se fixează ca obiectiv armonizarea progresivă a condițiilor existente în acest domeniu. Pe această bază, în 1988 Comisia a adoptat cel de al treilea program de acțiune în acest domeniu, fiind recunoscut de către Consiliu ca fiind un cadru adecvat al începerii aplicării art. 118-a la nivelul Comunității. Acest program pune accent pe dimensiunea socială a realizării pieței interne. În contextul pieței interne și al liberei circulații a muncitorilor, obiectivul legislativ comunitar este de a furniza o bază de cerințe minimale care să garanteze un nivel suficient de protecție împotriva accidentelor de muncă și îmbolnăvirilor profesionale și de a facilita libera circulație a muncitorilor.

În anul 1989 au loc o serie de acțiuni importante: se adoptă directiva – cadru 89/391/CEE, Carta socială și programul de acțiune referitor la punerea în aplicare a cartei comunitare a drepturilor sociale fundamentale ale muncitorilor.

Putem observa astfel că din corelația normelor internaționale și a normelor europene, rezultă că sintagmele de protecție socială a muncii și de securitate și sănătate în muncă se află, pe de o parte, într-un raport de parte la întreg, dar și într-un raport de mijloc la scop prin faptul că măsurile de protecția muncii urmăresc asigurarea securității

ții și sănătății în muncă. Astfel că s-a realizat o concordanță deplină între legislația internațională și cea europeană.

În prezent au fost adoptate în cadrul Uniunii Europene peste 15 directive, printre care Directiva cadru 89/391 cu aplicabilitate generală și alte directive particulare/specifice, care tratează anumite probleme pe anumite domenii.

Directiva cadru

Directiva cadru se aplică în toate sectoarele de activitate: publice, private, industriale, comerciale, administrative, culturale, agricole, construcțiilor, etc. În înțelesul acestei directive este considerat lucrător orice angajat, inclusiv ucenicul. Preambulul acestei directive stabilește faptul că *“ameliorarea securității, a igienei și a sănătății lucrătorilor reprezintă un obiectiv ce nu poate fi subordonat considerațiilor de factură pur economică”*.

Lucrul important pus în vedere de această directivă este obligația angajatorului de a adapta munca la om, prin diferite procedee, printre care: alegerea metodelor de producție și muncă, organizarea ergonomică a locurilor de muncă, în scopul atenuării muncii monotone sau repetitive, reducerea efectelor nocive ale acestora asupra sănătății.

De asemenea în Directivă se menționează ca toate cheltuielile prilejuite cu organizarea măsurilor de securitate și sănătate în muncă trebuie suportate de angajator. În acest domeniu, reprezentanții salariaților vor participa la evaluarea riscurilor și a măsurilor de protecție, pot propune măsuri și pot fi consultați, conform legislației proprii fiecărui stat membru al Uniunii Europene.

Directivele particulare

În ultimii ani, în Uniunea Europeană a fost adoptat și implementat un număr mare de acte legislative, inclusiv o serie de directive individuale bazate pe principiile formulate în Directiva-cadru, unele completându-le pe cele care fuseseră supuse măsurilor de armonizare tehnică în curs de pregătire, iar altele care acoperă riscuri și sectoare cu risc ridicat. Exemple ale primului grup sunt directivele privind cerințele minime de securitate și sănătate la locul de muncă, pentru utilizarea echipamentelor de lucru de către lucrători la locul

de muncă, pentru utilizarea echipamentelor de protecție individuală, pentru manipularea manuală a sarcinilor, pentru lucrul cu echipamente de ecran , pentru furnizarea de indicatoare de securitate și sănătate la locul de muncă și implementarea cerințelor minime de securitate și sănătate la șantierele temporare sau mobile. Al doilea grup include directive precum protecția lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la monomer de clorură de vinil, plumb metalic și compușii săi ionici, azbest la locul de muncă, agenți cancerigeni la locul de muncă, agenți biologici la locul de muncă, protecția lucrătorilor prin interzicerea anumitor agenți specificați și / sau anumite activități de muncă și alții.

S-au făcut recent propuneri pentru adoptarea altor directive (și anume, directivele privind agenții fizici, agenții chimici, activitățile de transport și locurile de muncă și echipamentele de lucru) pentru a consolida unele directive existente și a raționaliza abordarea generală a securității și sănătății muncitorilor din aceste domenii.

Pentru o aplicare corectă a Directivei-cadru au fost adoptate următoarele directive particulare:

1. Directiva 1990/269/CEE privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru manipularea manuală a maselor care implică riscuri pentru lucrători, în special de afecțiuni dorso-lombare;

2. Directiva nr. 1990/270/CEE privind cerințele minime de securitate și sănătate în muncă referitoare la utilizarea echipamentelor cu ecran de vizualizare;

3. Directiva nr. 1991/383/CEE cu privire la măsurile de ameliorare a securității și sănătății în muncă a salariaților având un raport de muncă pe durată determinată sau o relație de muncă interimară. Obiectivul acestei directive constă în asigurarea lucrătorilor angajați astfel, cel puțin același nivel de protecție ca cel de care beneficiază lucrătorii care se află într-un raport de muncă încheiat pe o durată nedeterminată cu angajatorul. Prin art. 2, pct. 2, Directiva stabilește că *“existența unei relații de muncă pe durată determinată sau interimară nu poate să justifice o diferență de tratament din punct de vedere al condițiilor de muncă în măsura în care este vorba de pro-*

tecția sănătății și securității în muncă, în special în ceea ce privește accesul la echipamentele de protecție individuală”;

Este de înțeles reglementarea securității și sănătății în muncă pentru lucrătorii care au acest raport de muncă, deoarece recurgerea la munca pe perioadă determinată a crescut considerabil, iar lucrătorii încadrați astfel sunt în mai mare măsură expuși, în anumite sectoare, la accidente de muncă sau la boli profesionale.

4. Directiva nr. 1992/58/CEE privind cerințele minime pentru semnalizarea de securitate sau sănătate la locul de muncă;

5. Directiva nr. 1992/85/CEE privind punerea în aplicare a măsurilor de îmbunătățire a securității și sănătății în muncă a femeilor însărcinate, care au născut sau care alăptează;

6. Directiva nr. 1992/104/CEE privind cerințele minime pentru îmbunătățirea securității și protecției lucrătorilor din industria extractivă de suprafață sau subteran;

7. Directiva nr. 1993/104/CE, cu privire la timpul de muncă, modificată prin Directiva nr. 2000/34/CE, care se aplică tuturor sectoarelor de activitate, cu excepția transporturilor, activităților maritime și medicilor, în timpul perioadei de formare;

8. Directiva nr. 1994/33/CEE privind protecția tinerilor în muncă. Această directivă stabilește că angajatorii sunt obligați să garanteze tinerilor condiții de muncă adaptate vârstei lor. Ei trebuie să fie protejați contra oricărei exploatare economice și a oricărei activități susceptibile să aducă atingere securității lor, sănătății sau dezvoltării psihice, morale, sau sociale ori educația lor;

9. Directiva nr. 1998/24/CE cu privire la protecția sănătății și securității muncitorilor contra riscurilor provenite din utilizarea agenților chimici în procesul muncii;

10. Directiva nr. 2000/104/CE privind cerințele minime de securitate și sănătate în muncă pentru folosirea de către lucrători a echipamentului de protecție la locul de muncă;

11. Directiva nr. 2006/25 CE privind cerințele minime de securitate și de sănătate referitoare la expunerea lucrătorilor la riscuri generate de agenți fizici (radiații optice artificiale);

12. Pe lângă aceste directive, care definesc un cadru general, au mai fost adoptate și directive care reglementează strict anumite sectoare de activitate. Pentru a corespunde cu aceste directive, statele membre UE, respectiv și România, au adoptat normative de drept intern.

Importanța acordată domeniului de securitate și sănătate în muncă la nivelul Uniunii Europene, se reflectă și în adoptarea, în anul 2002, a unei Rezoluții a Consiliului referitoare la noua strategie comunitară a securității și sănătății în muncă, dar și în crearea unui Comitet consultativ pentru securitate și sănătate în muncă, având o componentă tripartită.

De menționat este că statele membre sunt libere să adopte norme mai stricte pentru protecția lucrătorilor în momentul transpunerii directivelor UE în legislația națională, cerințele legislative din domeniul securității și sănătății în muncă putând, astfel, varia de la un stat membru UE la altul.

Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă - EU-OSHA

Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Munca, denumită în continuare Agenția, este un organism tripartit al Uniunii Europene care reunește reprezentanții guvernelor, angajatorilor (patronate) și organizațiile angajaților (sindicate, asociații profesionale, etc) sub aceeași formă ca și în Comisia Europeană.

Consiliul Uniunii Europene a decis la reuniunea de la Bruxelles, din 29 octombrie 1993, crearea Agenției Europene pentru Sănătate și Securitate în Muncă.

EU-OSHA, cu sediul în Bilbao, Spania, are ca scop principal să îmbunătățească viața oamenilor la locul de muncă, prin stimularea fluxului de informații tehnice, științifice, și economice între toți cei implicați în probleme de sănătate și securitate ocupatională.

De asemenea, ea promovează schimbul și difuzarea rezultatelor cercetărilor și oferă asistență tehnică și științifică în domeniul securității și sănătății în muncă instituțiilor comunitare și Statelor Membre, are legături cu serviciile competente ale Comisiei Europene

și cooperează cu organismele Uniunii Europene.

Consiliul de Administrație

Consiliul de Administrație are următoarele atribuții:

- selectează strategia și scopurile agenției;
- identifică prioritățile Agenției;
- stabilește domeniile de activitate al agenției;
- stabilește ce informații furnizează agenția;
- numește Directorul agenției;
- adoptă Programul de Lucru al agenției;
- adoptă Raportul Anual;
- adoptă Bugetul Agenției;
- autorizează directorul să administreze bugetul agenției.

Consiliul de administrație se întrunește de două ori pe an membrii săi include reprezentanți guvernamentali, reprezentanți ai patronatelor și organizațiilor muncitorilor, împreună cu trei reprezentanți ai Comisiei Europene. Suplimentar la aceste ședințe participa doi invitați de la Fundația Dublin și câte unul de la partenerii sociali europeni din ETUC și UNICE.

Membrii Consiliului de Administrație au mandate pe trei ani cu posibilitatea de realegere și în fiecare an aleg un președinte și trei vice-președinți din rândul lor.

Biroul

Biroul este structura operațională executivă a Agenției pe teritoriul UE și se întrunește de patru ori pe an. Este alcătuit din noua membri ai Consiliului de Administrație. Aceștia sunt președintele, vice-președinții, reprezentanții angajatorilor și ai organizațiilor muncitorilor la nivel comunitar, reprezentanți ai Comisiei Europene și ai Guvernului Spaniol.

Biroul are rolul unui grup de lucru care i-a măsuri urgente și necesare, prin delegarea de competențe dată de Consiliul de Administrație, fără a prejudicia responsabilitățile Directorului Agenției, pentru a putea asigura managementul Agenției în perioada dintre întâlnirile Consiliului de Administrație. Mandatul acordat include asigurarea dezvoltării pe teritoriul UE a rețelei Agenției, implemen-

tarea Programului de lucru, și de asemenea rezolvarea multor alte activități specifice ale Agenției.

Directorul Agenției

Directorul este reprezentantul oficial al Agenției și este responsabil cu activitatea zilnică a Agenției, inclusiv legată de aspectele financiare, administrative și în materie de personal.

Durata mandatului acestuia este de cinci ani, numirea și evaluarea activității acestuia, făcându-se de către Consiliului de Administrație.

Punctele Focale

Rețeaua principală a Agenției, de culegere a informațiilor privind securitatea și sănătatea în muncă, este alcătuită din Punctele Focale constituite în fiecare din statele membre ale UE, în cele 10 state membre asociate ale UE, în statele candidate la UE și în 4 state membre ale EFTA.

Punctele Focale sunt nominalizate de fiecare guvern al țării respective ca fiind reprezentanța oficială a Agenției în acea țară și care prezintă Autoritatea Națională pentru Securitate și Sănătate în Muncă.

Punctele Focale joacă un rol cheie împreună cu Agenția, ele sunt responsabile pentru organizarea și coordonarea rețelei naționale și sunt implicate în pregătirea și implementarea la nivel național a Programului de Lucru al Agenției.

Ca și alte elemente din structura Agenției, rețelele naționale sunt tripartite și include reprezentanți ai muncitorilor și organizații patronale.

Rolul Punctelor Focale este de a furniza informațiile și de a recepționa feedbackul la inițiativele și produsele Agenției și de a fi consultați la toate activitățile de informare desfășurate la nivel național.

Punctele Focale administrează de asemenea paginile de web ale Agenției și organizează anual, Săptămâna Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă.

Punctele Focale din Uniunea Europeană și țările asociate nominalizează reprezentanții lor în grupurile de experți ad-hoc, ale Agenției, în timp ce Punctele Focale din țările candidate și membre EFTA nominalizează observatori în aceste grupuri.

Întâlnirile au loc de trei ori pe an și la aceste întâlniri pot participa alături de persoanele de contact al Punctelor Focale din țările membre și țările candidate și Observatori de la Comisia Europeană, Partenerii Sociali Europeni, EFTA și reprezentanți ai țărilor candidate.

Grupurile de Experți

Grupurile de Experți, nominalizate de Punctele Focale naționale împreună cu observatorii reprezentând fiecare partener social și Comisia Europeană, fac propuneri în domeniul lor de expertiză și contribuie la elaborarea Programului de Lucru al Agenției.

Experții din EFTA și din țările candidate participă ca observatori în unele din aceste grupuri.

Centrele Topice

Centrele Topice sunt consorții (asociații) ale instituțiilor naționale de securitate și sănătate care colectează și analizează datele existente la nivel național și elaborează și pun în aplicare planurile de lucru naționale în domeniul securității și sănătății în muncă.

Ele constau în grupuri de instituții experte în securitate și sănătate, cuprinzând o Organizație de Conducere și mai multe Organizații Partenerie din diferite state membre.

Activitatea ce urmează a fi făcută precum și finanțarea sunt specificate de Programul de Lucru anual al Agenției.

Organizația de Conducere a Centrelor Topice este responsabilă pentru stabilirea sarcinilor ce revin Organizațiilor Partenerie.

Trei Centre Topice sunt în mod curent în activitate: Centrul Topic de Cercetare, Centrul Topic de Bune Practici și Centrul Topic de Bune Practici al Țărilor Candidate.

Alți Consultanți

Agenția contactează diferite echipe de cercetători stabilite ad-hoc, provenite din mediul academic și institute de securitate și sănătate în muncă ca și consultanți în domeniile specifice lor sau pentru a conduce proiecte din domeniile respective.

3. STANDARDE, PRINCIPII ȘI ABORDĂRI ALE SERVICIILOR DE SĂNĂTATE OCUPAȚIONALĂ

Majoritatea țărilor au legi care reglementează furnizarea de servicii de sănătate în muncă, dar structura legislației, conținutul acesteia și lucrătorii acoperiți de aceasta variază foarte mult. Legile mai tradiționale consideră serviciile de sănătate în muncă ca un grup de activități specializate și separate precum asistența medicală (acordarea îngrijirilor de sănătate) la locul de muncă, servicii de igienă și securitate în muncă, programe de promovare a sănătății la locul de muncă etc. De cele mai multe ori, se observă o abordare legislativă în direcția stimulării responsabilității angajatorilor de a efectua evaluarea riscului pentru sănătate, examene medicale profilactice ale lucrătorilor sau alte activități individuale legate de sănătatea și siguranța lucrătorilor.

Legile mai recente care reflectă orientările internaționale precum cele cuprinse în Convenția OIM privind serviciile de sănătate a muncii (nr. 161/1985) consideră serviciul de sănătate ocupațională ca o echipă integrată, cuprinzătoare, multidisciplinară, care conține toate elementele necesare pentru îmbunătățirea sănătății în munca, îmbunătățirea mediului de producere, promovarea sănătății lucrătorilor și dezvoltarea generală a aspectelor structurale și manageriale ale locului de muncă necesare pentru sănătate și siguranță.

Legislația delegă, de obicei, autoritatea de a stabili, implementa și inspecta serviciile de sănătate ocupațională unor ministere precum Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii, Ministerul Protecției Sociale.

Există două tipuri principale de legislație care reglementează serviciile de sănătate în muncă:

1. Care consideră serviciul de sănătate a muncii ca o infrastructură integrată de servicii multidisciplinare și stipulează obiectivele, activitățile, obligațiile și drepturile partenerilor, condițiile de funcționare, precum și calificările personalului său. Exemplele includ

Directiva-cadru a Uniunii Europene nr. 89/391 / CEE privind securitatea și sănătatea în muncă, Legea Olandeză ARBO și Legea finlandeză privind serviciile de sănătate în muncă. Există doar câteva exemple de organizare a sistemelor de servicii de sănătate a muncii în lumea industrializată care sunt în concordanță cu acest tip de legislație, dar se așteaptă ca numărul acestora să crească odată cu punerea în aplicare progresivă a Directivei-cadru a Uniunii Europene (89/391 / CEE).

2. Cel de-al doilea tip de legislație se găsește în majoritatea țărilor industrializate și este mai fragmentat. În loc de un singur act care stipulează serviciul de sănătate a muncii ca entitate, acesta implică o serie de legi care obligă pur și simplu angajatorii să desfășoare anumite activități. Acestea pot fi stipulate destul de specific sau doar în general, lăsând problemele legate de organizarea și condițiile lor de funcționare deschise. În multe țări în curs de dezvoltare, această legislație se aplică numai principalelor sectoare industriale, în timp ce un număr mare de alte sectoare, precum și agricultura, întreprinderile mici și sectorul informal rămân neacoperite.

La începutul anilor '80, în special în țările industrializate, evoluțiile sociale și demografice, cum ar fi îmbătrânirea populației active, creșterea pensiilor de invaliditate și absenteismul de boală și dificultatea de a controla bugetele de securitate socială au dus la unele reforme interesante ale sistemelor naționale de sănătate în muncă. Acestea s-au axat pe *prevenirea atât a incapacității temporare de muncă cât și a invalidității (dizabilității), pe conservarea capacității de muncă*, în special a lucrătorilor în vârstă și pe reducerea pensiunii anticipate.

De exemplu, modificarea Legii olandeze ARBO împreună cu alte trei legi sociale care vizează prevenirea incapacității de muncă pe termen scurt și lung au stipulat *noi cerințe importante pentru serviciile de sănătate și securitate la locul de muncă*, la nivelul instalațiilor. Acestea au inclus:

1. cerințe minime pentru proceduri, orientări și facilități;

2. cerințe minime pentru numărul, componența și competența echipelor de servicii de sănătate ocupațională, inclusiv specialiști precum medicii cu competențe în sănătatea muncii, experți în siguranță, igienisti în muncă și consultanți în management;

3. cerințe care specifică organizarea serviciilor și activitățile acestora;

4. cerințe față de sistemele de asigurare a calității, inclusiv auditurile adecvate;

5. cerința ca specialiștii care lucrează în serviciu să fie certificați de autoritățile competente și ca serviciul în sine să fie certificat pe baza unui audit extern.

Acest sistem a fost implementat treptat devenind matur înainte de sfârșitul anilor 1990.

Modificările Legii finlandeze privind serviciile de sănătate în muncă în 1991 și 1994 au introdus *menținerea capacității de muncă*, în special a lucrătorilor în vârstă, ca un element nou în activitățile preventive bazate pe legislație ale serviciilor de sănătate în muncă. Implementat prin strânsa colaborare a tuturor actorilor la locul de muncă (conducere, lucrători, servicii de sănătate și securitate), acesta implică îmbunătățirea și adaptarea muncii, a mediului ocupațional și a echipamentelor de protecție individuală, îmbunătățirea și menținerea capacității de muncă fizică și mentală a muncitorilor și să facă organizarea muncii mai favorabilă menținerii capacității de muncă la un nivel înalt. În prezent, eforturile sunt îndreptate către dezvoltarea și evaluarea metodelor practice pentru atingerea acestor obiective.

Adoptarea în anul 1987 a Actului unic european a dat un nou impuls măsurilor de securitate și sănătate în muncă luate de Uniunea Europeană. Este pentru prima dată când sănătatea și securitatea la locul de muncă au fost incluse direct în Tratatul CEE din 1957, prin noul articol 118a. O importanță semnificativă pentru nivelul de protecție este că directivele adoptate de statele membre ale UE în temeiul articolului 118a stabilesc *cerințe minime privind sănătatea*

și siguranța la locul de muncă. Conform acestui principiu, statele membre trebuie să își ridice nivelul de protecție dacă este mai mic decât cerințele minime stabilite de directive. Dincolo de aceasta, ei au dreptul și sunt încurajați să mențină și să introducă măsuri de protecție mai stricte decât cerințele directivelor.

În iunie 1989 a fost adoptată prima și probabil cea mai importantă directivă care prevede cerințe minime privind sănătatea și siguranța la locul de muncă în temeiul articolului 118a: privind introducerea de măsuri pentru a încuraja îmbunătățirea securității și sănătății lucrătorilor la munca. Este strategia de bază privind sănătatea și siguranța pe care vor fi construite toate directivele ulterioare. Directiva-cadru urmează să fie completată de directive individuale care acoperă domenii specifice și stabilește, de asemenea, cadrul general pentru directivele viitoare legate de aceasta.

Directiva-cadru 89/391 / CEE conține multe caracteristici ale Convențiilor OIM nr. 155 și 161 pe care țările Uniunii Europene le vor implementa în legislațiile și practicile lor naționale. Principalele dispoziții relevante pentru practicile de sănătate în muncă includ:

1. dezvoltarea unei politici globale de prevenire coerente la nivel de întreprindere care să acopere mediul de lucru, tehnologia, organizarea muncii, condițiile de muncă și relațiile sociale;

2. responsabilitatea angajatorului de a asigura securitatea și sănătatea lucrătorilor în toate aspectele legate de muncă, inclusiv prevenirea riscurilor profesionale, furnizarea de informații și instruire, precum și asigurarea organizării necesare a muncii, măsurilor de control și mijloacelor necesare pentru ca activitățile de sănătatea muncii să fie desfășurate în colaborare între angajatori și lucrători;

3. ca lucrătorii să beneficieze de o supraveghere a sănătății adecvată riscurilor la care sunt expuși la locul de muncă;

4. că lucrătorii au dreptul să primească toate informațiile necesare cu privire la riscurile de siguranță și sănătate, precum și cu referire la măsurile preventive și de protecție atât pentru întreprindere în general, cât și pentru fiecare tip de secție/ atelier, profesie și loc de muncă;

5. că planificarea și introducerea noilor tehnologii ar trebui să fie supuse consultării lucrătorilor și / sau a reprezentanților acestora, în ceea ce privește alegerea echipamentelor, a condițiilor de muncă și a mediului de lucru pentru securitatea și sănătatea lucrătorilor

6. că principiile generale de prevenire ar trebui să includă eliminarea riscurilor profesionale; evaluarea pericolelor care nu pot fi evitate; combaterea riscurilor la sursă; adaptarea muncii la individ, în special în ceea ce privește proiectarea locurilor de muncă, alegerea echipamentelor și a metodelor de lucru și de producție; adaptarea la progresul tehnic; înlocuirea substanțelor periculoase cu substanțe nepericuloase sau mai puțin periculoase; acordarea priorității măsurilor de protecție colectivă față de măsurile de protecție individuale; dând instrucțiuni adecvate lucrătorilor.

Multe elemente noi din legislația și practicile naționale răspund problemelor emergente actuale ale vieții profesionale și conțin prevederi pentru dezvoltarea în continuare a infrastructurilor de sănătate în muncă. Acest lucru se referă în special la programarea, la nivel național și la nivel de întreprindere, a unor activități mai cuprinzătoare în ceea ce privește aspectele psihosociale, organizatorice și de capacitate de muncă și un accent deosebit pe principiul participării. Acestea prevăd, de asemenea, aplicarea sistemelor de management al calității, audit și certificare atât a competenței experților, cât și a serviciilor pentru a îndeplini cerințele legislației privind securitatea și sănătatea în muncă. Astfel de legi naționale, prin absorbția conținutului substanțial al instrumentelor OIM, indiferent dacă instrumentele sunt sau nu ratificate, conduc la punerea în aplicare treptată a obiectivelor și principiilor înglobate în Convențiile OIM nr. 155 și 161 și în OMS Strategia HFA.

3.1. Obiectivele practicii sănătății ocupaționale

Obiectivele practicii de sănătate a muncii care au fost inițial definite în 1950 de către Comitetul mixt ILO / OMS pentru sănătatea ocupațională a declarat că: *Sănătatea muncii ar trebui să vizeze*

promovarea și menținerea celui mai înalt grad de bunăstare fizică, mentală și socială a lucrătorilor din toate ocupațiile; prevenirea în rândul lucrătorilor a plecărilor de la sănătate cauzate de condițiile lor de muncă; protecția lucrătorilor la locul de muncă împotriva riscurilor rezultate din factori nocivi pentru sănătate; plasarea și întreținerea lucrătorului într-un mediu profesional adaptat capacităților sale fiziologice și psihologice; și, pentru a rezuma: adaptarea muncii la om și a fiecărui om la locul său de muncă.

În 1959, pe baza discuțiilor comitetului tripartit special al OIM (reprezentând guverne, angajatori și lucrători), a patruzeci și a treia sesiune a Conferinței internaționale a muncii a adoptat Recomandarea nr. 112 care a definit un serviciu de sănătate a muncii ca un serviciu stabilit în sau în apropierea unui loc de muncă în scopul:

- protejarea lucrătorilor împotriva oricăror pericole pentru sănătate care pot apărea în urma muncii lor sau a condițiilor în care este desfășurat
- contribuția la adaptarea fizică și mentală a lucrătorilor, în special prin adaptarea muncii la lucrători și alocarea acestora la slujbele pentru care sunt potriviți
- contribuția la stabilirea și menținerea celui mai înalt grad posibil de bunăstare fizică și mentală a lucrătorilor.

În 1985, OIM a adoptat noi instrumente internaționale - Convenția privind serviciile de sănătate a muncii (nr. 161) și Recomandarea însoțitoare (nr. 171) - care a definit serviciile de sănătate a muncii ca fiind *servicii încredințate în esență funcții preventive și responsabile pentru consilierea angajatorului, a lucrătorilor și a reprezentanților acestora în întreprindere cu privire la: cerințele pentru stabilirea și menținerea unui mediu de lucru sigur și sănătos, care să faciliteze o sănătate fizică și mentală optimă în raport cu locul de muncă; și adaptarea muncii la capacitățile lucrătorilor în lumina stării lor de sănătate fizică și mentală.*

În 1980, Grupul de lucru OMS / Euro pentru evaluarea sănătății ocupaționale și a serviciilor de igienă industrială a definit scopul

final al acestor servicii ca „*promovarea condițiilor de muncă care garantează cel mai înalt grad de calitate a vieții profesionale prin protejarea sănătății lucrătorilor, îmbunătățirea bunăstării lor fizice, mentale și sociale și prevenirea sănătății și a accidentelor*”.

Ancheta amplă a serviciilor de sănătate a muncii în cele 32 de țări din regiunea europeană efectuată în 1985 de către Biroul regional al OMS pentru Europa a identificat următoarele **principii drept obiective ale practicilor de sănătate în muncă**:

1. protejarea sănătății lucrătorilor împotriva pericolelor la locul de muncă (principiul protecției și prevenirii);
2. adaptarea muncii și a mediului de lucru la capacitățile lucrătorilor (principiul adaptării);
3. îmbunătățirea bunăstării fizice, mentale și sociale a lucrătorilor (principiul promovării sănătății);
4. reducerea la minimum a consecințelor riscurilor profesionale, accidentelor de muncă, precum și a bolilor profesionale și celor legate de profesii (principiul vindecării și reabilitării);
5. furnizarea de servicii generale de îngrijire a sănătății lucrătorilor și familiilor acestora, atât curative, cât și preventive, la locul de muncă sau din unitățile din apropiere (principiul general al asistenței medicale primare).

Astfel de principii pot fi considerate în continuare relevante în ceea ce privește noile evoluții din politicile și legislația țărilor. Pe de altă parte, formularea obiectivelor practicii de sănătate a muncii, așa cum se bazează pe legile naționale recente și dezvoltarea de noi nevoi pentru viața profesională, par să sublinieze următoarele tendințe:

1. Domeniul sănătății la locul de muncă se extinde pentru a acoperi nu numai sănătatea și siguranța, ci și bunăstarea psihologică și socială și capacitatea de a duce o viață socială și economică productivă.
2. Gama completă de obiective se extinde dincolo de domeniul de aplicare al problemelor tradiționale de securitate și sănătate în muncă.

3. Noile principii depășesc simpla prevenire și control al efectelor negative asupra sănătății și siguranței lucrătorilor către promovarea pozitivă a sănătății, îmbunătățirea mediului de lucru și organizarea muncii.

Astfel, există cu siguranță o tendință de extindere a scopului și obiectivelor practicii de sănătatea muncii către noi tipuri de probleme care implică consecințe sociale și economice pentru lucrători.

Funcțiile și activitățile serviciilor de sănătate ocupațională

Pentru a proteja și promova sănătatea lucrătorilor, un serviciu de sănătate a muncii trebuie să răspundă nevoilor speciale ale întreprinderii pe care o deservește și a lucrătorilor angajați în aceasta. Având în vedere gama enormă și sfera activităților industriale, de producție, comerciale, agricole și de altă natură, nu este posibil să se stabilească un program detaliat de activitate sau un model de organizare și condițiile de funcționare pentru un serviciu de sănătate a muncii care ar trebui să fie potrivit pentru toate întreprinderile și în toate circumstanțele. Conform Convenției OIM privind securitatea și sănătatea în muncă (nr. 155) și Convenția OIM privind serviciile de sănătate ocupațională (nr. 161), responsabilitatea principală pentru sănătatea și siguranța lucrătorilor revine angajatorilor. Funcțiile unui serviciu de sănătate a muncii sunt

- de a proteja și promova sănătatea lucrătorilor;
- de a îmbunătăți condițiile de muncă și de mediul de lucru;
- de a menține sănătatea întreprinderii în ansamblu,;
- oferirea lucrătorilor servicii de sănătate în muncă și consiliere de specialitate angajatorului să atingă cele mai înalte standarde posibile de sănătate și siguranță în interesul comunității de muncă particulare din care face parte.

Convenția OIM nr. 161 și Recomandarea însoțitoare nr. 171 prevăd serviciile de sănătate ocupațională ca fiind multidisciplinare, cuprinzătoare și, deși în esență preventive, permit, de asemenea, desfășurarea de activități curative. Documentele OMS care solicită

servicii pentru întreprinderile mici, lucrătorii independenți și lucrătorii agricoli încurajează furnizarea de servicii de către unitățile de asistență medicală primară. Documentele descrise mai sus și legile și programele naționale recomandă o implementare treptată, astfel încât activitățile de sănătate a muncii să poată fi adaptate nevoilor naționale și locale și circumstanțelor predominante.

În mod ideal, un serviciu de sănătate a muncii ar trebui să stabilească și să acționeze în conformitate cu un program de activități adaptat nevoilor întreprinderii în care își desfășoară activitatea. Funcțiile sale ar trebui să fie adecvate și corespunzătoare riscurilor profesionale și riscurilor pentru sănătate ale întreprinderii pe care o deservește, cu o atenție deosebită acordată problemelor specifice ramurii activității economice în cauză.

Caracteristica componentelor de bază ale unui serviciu de sănătate ocupațională

Personalul. În mod tradițional, serviciul de sănătate a muncii este format doar de un medic de medicina muncii sau de un medic și o asistentă cu competențe în medicina muncii, medic igienist industrial, pot fi desemnați ca personal „de bază”. Cu toate acestea, cele mai recente dispoziții impun ca, ori de câte ori este posibil, personalul de sănătate a muncii să aibă o compoziție multidisciplinară.

Personalul poate fi extins la o echipă multidisciplinară completă, în funcție de modelul serviciului, de natura industriei și de tipurile de muncă implicate, de disponibilitatea diferiților specialiști sau a programelor de instruire a acestora și de amploarea disponibilității financiare. Atunci când nu sunt efectiv angajați, posturile suplimentare de personal pot fi ocupate de servicii externe de sprijin. Pot include ingineri de securitate, specialiști în sănătate mintală (de exemplu, psihologi, consilieri), fiziologi de muncă, ergonomi, fizioterapeuți, toxicologi, epidemiologi și educatori pentru sănătate. Cele mai multe dintre acestea sunt rareori incluse în personalul cu normă întreagă al serviciului de sănătate a muncii și sunt implicate cu normă parțială sau „după cum este necesar” .

Deoarece nevoile cantitative pentru personalul de sănătate a muncii variază foarte mult în funcție de întreprinderea în cauză, de modelul organizațional și de serviciile furnizate de serviciul de sănătate a muncii, precum și în ceea ce privește disponibilitatea de asistență și servicii paralele, nu este posibil să fim categorici în ceea ce privește numărul mărimii personalului. De exemplu, 3.000 de lucrători într-o întreprindere mare necesită un personal mai mic decât ar fi necesar pentru a oferi o gamă similară de servicii pentru 300 de locuri de muncă cu câte 10 angajați fiecare. Cu toate acestea, s-a observat că, în prezent, în Europa, proporția obișnuită este de un medic și două asistente care să deservească de la 2.000 la 3.000 de lucrători. Variația este largă, variind de la 1 la 500 la 1 la 5.000. În unele țări, deciziile privind personalul serviciului de sănătate a muncii sunt luate de angajator pe baza tipurilor și volumului serviciilor furnizate, în timp ce într-o serie de țări numărul și componența personalului din sănătatea muncii sunt stipulate de legislație. De exemplu, legislația recentă din Olanda impune ca echipa de sănătate a muncii să fie formată cel puțin dintr-un medic, un igienist, un inginer de siguranță și un expert în relațiile de muncă / organizație.

Multe țări au formulat criterii de competență oficiale sau semi-oficiale pentru medicii și asistenții muncii, dar cele pentru celelalte discipline nu au fost stabilite. Noile principii ale Uniunii Europene necesită confirmarea competenței tuturor specialiștilor în sănătate în muncă, iar unele țări au stabilit sisteme de certificare pentru aceștia.

Programele de instruire pentru specialiștii în sănătate ocupațională nu sunt bine dezvoltate, în afară de cele pentru medicii muncii, asistenții medicali și, în unele țări, igienistii muncii. A fost încurajată stabilirea de programe de învățământ la toate nivelurile pentru toate categoriile de specialiști, inclusiv programe pentru educația de bază, postuniversitară și continuă. De asemenea, se consideră de dorit să se includă elemente de formare a sănătății ocupaționale la nivelul învățământului de bază, nu numai în școlile medicale, ci și în alte instituții, cum ar fi universitățile tehnice, facultățile de știință și așa

mai departe. În plus față de cunoștințele științifice și abilitățile practice necesare practicii de sănătate a muncii, instruirea ar trebui să includă dezvoltarea unor atitudini adecvate față de protecția sănătății lucrătorilor. Instruirea în colaborare cu specialiști în alte discipline ar permite o abordare multidisciplinară. De asemenea, se consideră necesară instruirea în colaborare cu autoritățile competente și cu angajatorii.

Identitatea profesională a specialiștilor în sănătate a muncii trebuie susținută în mod echitabil între diferitele discipline. Consolidarea independenței lor profesionale este crucială pentru îndeplinirea eficientă a sarcinilor lor și poate crește interesul altor profesioniști din domeniul sănătății în dezvoltarea carierelor pe tot parcursul vieții în domeniul sănătății muncii. Este important ca programele de instruire să fie reorganizate în timp ce țările dezvoltă noi competențe și criterii de certificare pentru specialiștii în sănătate în muncă.

Infrastructuri necesare serviciilor de sănătate ocupațională.

Majoritatea întreprinderilor nu își pot permite serviciul cuprinzător multidisciplinar de sănătate a muncii necesar pentru programele lor de sănătate și securitate în muncă. În plus față de serviciile de bază furnizate pentru întreprindere, serviciul de sănătate a muncii în sine ar putea avea nevoie de expertiză tehnică în domenii precum:

- igiena muncii (măsurare și analiză)
- ergonomie
- informații și sfaturi despre noi probleme și abordări pentru soluționarea acestora
- dezvoltare organizațională
- psihologie și gestionarea stresului
- dezvoltări mai noi în măsurile și echipamentele de control
- sprijin pentru cercetare.

Țările au folosit abordări diferite pentru organizarea unor astfel de servicii. De exemplu, Finlanda are un Institut de sănătate a muncii cu șase institute regionale pentru a oferi asistență de specialitate

pentru serviciile de sănătate în muncă din prima linie. Majoritatea țărilor industrializate au un astfel de institut național sau o structură comparabilă cu principalele sale funcții de cercetare, formare, informare și consultare. Asemenea institute sunt rar întâlnite în țările în curs de dezvoltare. În cazul în care un astfel de institut nu există, aceste servicii pot fi furnizate de grupuri de cercetare universitare, instituții de securitate socială, sisteme de servicii naționale de sănătate, autorități guvernamentale de sănătate și securitate la locul de muncă și consultanți privați.

Experiențele din țările industrializate au demonstrat oportunitatea de a crea în fiecare țară industrializată și în curs de dezvoltare un centru special pentru cercetare și dezvoltare în domeniul sănătății muncii care poate:

- să ofere sprijin pentru elaborarea, evaluarea și monitorizarea politicilor
- să ofere sprijin științific continuu pentru stabilirea standardelor și a limitelor de expunere profesională
- să dezvolte și să implementeze criterii pentru evaluarea competenței în diferitele discipline de sănătate a muncii
- să ofere și să promoveze crearea de programe educaționale și de formare pentru a crește numărul și competența specialiștilor în sănătate în muncă
- să ofere informații și sfaturi cu privire la problemele de sănătate a muncii nu numai celor din domeniu, ci și managerilor, sindicatelor, agențiilor guvernamentale și publicului larg
- efectuează sau comandă cercetări necesare în domeniul securității și sănătății în muncă.

Atunci când un institut individual nu este în măsură să furnizeze toate serviciile necesare, poate fi necesară o rețea între mai multe unități de servicii, cum ar fi universități, instituții de cercetare și alte astfel de organizații.

Finanțarea. Conform instrumentelor OIM, responsabilitatea principală pentru finanțarea serviciilor de securitate și sănătate

a muncii revine angajatorului, fără a se percepe nicio taxă pentru lucrători. Cu toate acestea, în unele țări există modificări ale acestor principii. De exemplu, costurile pentru furnizarea de servicii de sănătate în muncă pot fi substanțial subvenționate de instituția de securitate socială. Un caz în acest sens este Finlanda, în care responsabilitatea financiară principală revine angajatorului, dar 50% din costuri vor fi rambursate de instituția de asigurări sociale, cu condiția să existe dovezi ale conformității cu reglementările privind securitatea și sănătatea muncii și comitetul pentru securitate și sănătate în muncă a întreprinderii confirmă că serviciile de sănătate a muncii au fost furnizate în mod corespunzător.

În majoritatea țărilor, sunt disponibile astfel de sisteme naționale de rambursare. În modelul centrului de sănătate comunitară pentru furnizarea de servicii de sănătate a muncii, costurile de pornire pentru facilități, echipamente și personal sunt suportate de comunitate, dar costurile de funcționare sunt suportate prin colectarea de taxe de la angajatori și de la lucrătorii independenți.

Sistemele de rambursare sau subvenționare sunt destinate să încurajeze disponibilitatea serviciilor pentru întreprinderile cu constrângeri economice, în special pentru întreprinderile mici, care rareori pot dispune de resurse adecvate. Eficiența unui astfel de sistem este demonstrată de experiența din Suedia din anii 1980, în care alocarea unor sume substanțiale de finanțare guvernamentală pentru subvenționarea serviciilor de sănătate a muncii pentru întreprinderi în general și în special pentru întreprinderile mici a crescut proporția lucrătorilor acoperiți de la 60% la peste 80%.

Sisteme de management al calității și evaluarea serviciilor de sănătate ocupațională. Serviciul de sănătate ocupațională ar trebui să își evalueze continuu obiectivele, activitățile și rezultatele obținute în ceea ce privește protecția sănătății lucrătorilor și îmbunătățirea mediului de lucru. Multe întreprinderi dispun de aranjamente pentru audituri periodice independente de către specialiști în organizație sau de consultanți externi. În unele țări, există mecanisme governa-

mentale sau private pentru recertificare periodică bazate pe protocoale de audit formale. În unele întreprinderi, sondajele periodice ale angajaților oferă indicații utile privind respectarea lucrătorilor față de serviciul de sănătate a muncii și satisfacția acestora cu serviciile pe care le oferă. Pentru a fi cu adevărat valoroși, trebuie să existe un feedback al rezultatelor unor astfel de sondaje către angajații participanți și dovezi că se iau măsuri adecvate pentru a soluționa orice probleme pe care le dezvăluie.

Multe dintre țările industrializate (de exemplu, Țările de Jos și Finlanda) au inițiat utilizarea standardelor din seria ISO 9000 în dezvoltarea sistemelor de calitate pentru serviciile de sănătate în general, precum și pentru serviciile de sănătate a muncii. Acest lucru este deosebit de potrivit, deoarece multe întreprinderi client aplică astfel de standarde proceselor lor de producție. Unele întreprinderi care și-au inclus serviciile de sănătate în muncă în aplicarea managementului calității totale (cunoscută și sub numele de îmbunătățire continuă a calității) în cadrul organizațiilor lor au raportat o experiență pozitivă în ceea ce privește îmbunătățirea calității și funcționarea mai lină a serviciilor.

În practică, aplicarea unui program de îmbunătățire continuă a calității înseamnă că fiecare departament sau unitate a întreprinderii își analizează funcțiile și performanța și instituie orice schimbări necesare pentru a-și aduce calitatea la un nivel optim. Serviciul de sănătate a muncii nu numai că ar trebui să fie un participant dispus la acest efort, ci ar trebui să se pună la dispoziție pentru a se asigura că considerațiile privind sănătatea și securitatea lucrătorilor nu sunt trecute cu vederea în acest proces.

Evaluarea calității serviciilor de sănătate în muncă nu servește doar intereselor angajatorilor, lucrătorilor și autorităților competente, ci și intereselor furnizorilor de servicii. Au fost dezvoltate mai multe scheme pentru o astfel de evaluare în mai multe țări. În scopuri practice, autoevaluarea de către personalul serviciilor de sănătate a muncii în sine poate fi cea mai practică, în special atunci când există

un comitet de securitate și sănătate care să evalueze rezultatele unei astfel de evaluări.

Există un interes din ce în ce mai mare în examinarea aspectelor economice ale serviciilor de securitate și sănătate în muncă și validarea rentabilității acestora, însă puține astfel de studii au fost încă raportate.

Dezvoltarea graduală (în treaptă) a serviciilor de sănătate ocupațională. Convenția OIM privind serviciile de sănătate ocupațională (nr. 161/1985) și Recomandarea însoțitoare (nr. 171/1985) încurajează țările să dezvolte progresiv servicii de sănătate în muncă pentru toți lucrătorii, în toate ramurile activității economice și în toate întreprinderile, inclusiv cei din sectorul public și membrii cooperativelor de producție. Unele țări au dezvoltat deja servicii bine organizate, bazate pe dispozițiile prevăzute de legislația lor.

Au existat discuții cu privire la activitățile minime care ar trebui furnizate de un serviciu de sănătate a muncii. În unele țări, acestea se limitează la examinări de sănătate efectuate de medici special autorizați. În 1989, OMS la Consultarea europeană privind serviciile de sănătate a muncii a propus ca minimul să cuprindă următoarele activități principale:

- evaluarea nevoilor de sănătate în muncă
- acțiuni preventive și de control direcționate către mediul de muncă
- activități preventive îndreptate către lucrător
- activități curative limitate la primul ajutor, diagnosticarea bolilor profesionale, reabilitare la întoarcerea la muncă
- urmărirea și evaluarea statisticilor privind accidentele și bolile profesionale.

În practică, există un număr mare de locuri de muncă în întreaga lume care nu au putut încă să ofere niciun serviciu lucrătorilor lor. În consecință, primul pas pentru un program național poate fi limitat doar la stabilirea serviciilor de sănătate a muncii care oferă aceste activități de bază pentru cei mai nevoiași.

3.2. Modele de servicii de sănătate în muncă

Pentru a satisface nevoile de sănătate a muncii ale întreprinderilor, care variază foarte mult în funcție de tipul de industrie, mărime, tip de activitate, structură și așa mai departe, au fost dezvoltate o serie de modele diferite de servicii de sănătate a muncii. În țările în curs de dezvoltare și în cele nou industrializate, de exemplu, unde îngrijirea sănătății pentru populația generală poate fi deficitară, serviciul de sănătate a muncii poate oferi asistență medicală primară non-muncii angajaților și familiilor acestora. Acest lucru a fost implementat cu succes și în Finlanda, Suedia și Italia. Pe de altă parte, nivelul ridicat de acoperire a lucrătorilor din Finlanda a fost posibil prin organizarea centrelor de sănătate municipale (unități de asistență medicală) care oferă servicii de sănătate la locul de muncă pentru lucrătorii din întreprinderile mici, pentru lucrătorii independenți și chiar pentru șantierelor mici operate de întreprinderile mari care sunt răspândite în toată țara.

Model în fabrică (în companie). Multe întreprinderi mari și industriale, atât din sectorul privat, cât și din cel public, au un serviciu integrat și cuprinzător de sănătate a muncii la sediul lor, care nu numai că oferă o gamă completă de servicii de sănătate a muncii, dar poate oferi și servicii de sănătate non-muncitoare lucrătorilor și familiilor lor respectiv pot efectua cercetări. Aceste unități au, de obicei, personal multidisciplinar care poate include nu numai medici și asistenți ai muncii, ci și igienisti muncitori, ergonomi, toxicologi, fiziologi ocupaționali, tehnicieni de laborator și de raze X și, eventual, fizioterapeuți, asistenți sociali, educatori pentru sănătate, consilieri și psihologi industriali. Serviciile de igienă și siguranță la locul de muncă pot fi furnizate de personalul serviciului de sănătate a muncii sau de unități separate ale întreprinderii. Astfel de unități multidisciplinare sunt oferite de obicei numai de întreprinderi mari (adesea multinaționale), iar calitatea serviciilor și impactul asupra sănătății și siguranței este cel mai convingător.

Întreprinderile mai mici pot avea o unitate din fabrică care este formată din unul sau mai mulți asistenți medicali la locul de muncă

și un medic ocupațional cu normă parțială care vizitează unitatea timp de câteva ore pe zi sau de mai multe ori pe săptămână. O variantă este unitatea din care fac parte unul sau mai mulți asistenți medicali la locul de muncă cu un medic „de gardă” care vizitează unitatea numai atunci când este convocat și oferă de obicei „ordine permanente” care autorizează asistenta să efectueze proceduri și să elibereze medicamente care sunt în mod normal numai de medici autorizați. În unele cazuri din Statele Unite și Anglia, aceste unități sunt operate și supravegheate de un contractant extern, cum ar fi un spital local sau o organizație antreprenorială privată.

Din diverse motive, personalul sănătății muncii poate uneori să fie din ce în ce mai separat de structura centrală de funcționare a întreprinderii și, ca rezultat, gama de servicii pe care le oferă tinde să se reducă la primul ajutor și la tratamentul leziunilor și bolilor profesionale acute și efectuarea examinărilor medicale de rutină. Medicii cu fracțiune de normă și în special cei de gardă de multe ori nu dobândesc familiarizarea necesară cu detalii despre tipurile de locuri de muncă care se execută sau mediul de muncă și este posibil să nu aibă suficient contact cu managerii și comitetul de siguranță sau să nu aibă suficientă autoritate pentru a recomanda măsuri preventive adecvate.

Ca parte a reducerii forței de muncă observate în perioadele de recesiune, unele întreprinderi mari își reduc serviciile de sănătate în muncă și, în unele cazuri, le elimină în totalitate. Acesta din urmă poate apărea atunci când o întreprindere cu un serviciu de sănătate în muncă stabilit este achiziționată de o întreprindere care nu a întreținut-o. În astfel de cazuri, întreprinderea poate contracta resurse externe pentru a opera instalația din incintă și poate angaja consultanți ad-hoc pentru a furniza servicii specializate precum igiena muncii, toxicologia și ingineria siguranței. Unele întreprinderi aleg să păstreze un expert în sănătatea muncii și a mediului pentru a servi ca director medical sau manager intern pentru a coordona serviciile furnizorilor externi, pentru a le monitoriza performanța și pentru a

oferi consiliere conducerii superioare în chestiuni legate de sănătatea și siguranța angajaților și preocupări de mediu.

Model de grup sau între întreprinderi. Partajarea serviciilor de sănătate în muncă de către grupuri de întreprinderi mici sau mijlocii a fost utilizată pe scară largă în țările industrializate precum Suedia, Norvegia, Finlanda, Danemarca, Olanda, Franța și Belgia. Acest lucru permite întreprinderilor care sunt individuale prea mici să aibă propriile servicii, să se bucure de avantajele unui serviciu cuprinzător bine echipat. Planul Slough, organizat acum câteva decenii într-o comunitate industrială din Anglia, a fost pionierul acestui tip de amenajare. În anii 1980, experimente interesante cu centre regionale de sănătate a muncii organizate în Suedia s-au dovedit a fi fezabile și deosebit de utile pentru întreprinderile mijlocii, iar unele țări, precum Danemarca, au depus eforturi pentru a crește dimensiunea unităților comune pentru a le permite să ofere o gamă mai largă de servicii în loc să le împartă în unități monodisciplinare mai mici.

Un dezavantaj frecvent întâlnit al modelului grupului în comparație cu modelul din fabrică al întreprinderilor mai mari este distanța dintre locul de muncă și serviciul de sănătate a muncii. Acest lucru este important nu numai în cazurile care necesită primul ajutor pentru leziuni mai grave (este uneori mai prudent să trimiteți astfel de cazuri direct la un spital local, ocolind unitatea de sănătate a muncii), ci pentru că de obicei se pierde mai mult timp când lucrătorii sunt obligați să plece din sediu atunci când se caută servicii de sănătate în timpul programului de lucru. O altă problemă apare atunci când întreprinderile participante nu sunt în măsură să contribuie cu fonduri suficiente pentru a susține unitatea care este forțată să se închidă atunci când subvențiile guvernamentale sau ale fundației private care ar fi putut subvenționa înființarea acesteia nu mai sunt disponibile.

Model orientat spre industrie (specific ramurilor). O variantă a modelului grupului este utilizarea în comun a unui serviciu de sănătate a muncii de către o serie de întreprinderi din aceeași industrie, comerț sau activitate economică. Construcțiile, alimentația, agricul-

tura, sectorul bancar și asigurările sunt exemple de sectoare care au făcut astfel de aranjamente în Europa; astfel de modele se găsesc în Suedia, Olanda și Franța. Avantajul acestui model este posibilitatea ca serviciul de sănătate a muncii să se concentreze asupra industriei particulare și să acumuleze competențe speciale în soluționarea problemelor sale. Un astfel de model pentru industria construcțiilor din Suedia oferă servicii sofisticate, de înaltă calitate, multidisciplinare pentru întreaga țară și a fost capabil să efectueze cercetări și să dezvolte programe care să se ocupe de probleme specifice industriei respective.

Ambulatorii de spital. Clinicile ambulatorii spitalicești și saloanele de urgență au oferit în mod tradițional servicii lucrătorilor răniți sau bolnavi care solicită îngrijire. Un dezavantaj notabil este lipsa de familiaritate cu bolile profesionale din partea personalului obișnuit și a medicilor curanți. În unele cazuri, așa cum s-a menționat mai sus, serviciile de sănătate a muncii au făcut aranjamente cu spitalele locale pentru a oferi anumite servicii specializate și pentru a umple golul fie prin colaborarea în îngrijire, fie prin educarea personalului spitalului cu privire la tipurile de cazuri care le pot fi sesizate.

Mai recent, în spitale au început să funcționeze clinici sau servicii speciale de sănătate a muncii, care sunt comparate favorabil cu serviciile mari din cadrul instalațiilor sau grupurilor descrise mai sus. Acestea sunt formate din medici specializați în sănătatea muncii, care pot efectua, de asemenea, cercetări care implică tipurile de probleme pe care le văd. În Suedia, de exemplu, există opt clinici regionale de medicină a muncii, dintre care mai multe sunt afiliate la o universitate sau colegiu medical, fiecare oferind servicii întreprinderilor din mai multe comunități. Mai mulți au o unitate specială pentru a deservi întreprinderile mici.

O diferență semnificativă între serviciile de grup și activitatea din spital este că, în cazul primelor, întreprinderile participante împărtășesc de obicei proprietatea asupra serviciului de sănătate a muncii și au autoritatea decizională asupra modului în care funcționează, în

timp ce cea din urmă funcționează ca o policlinică privată sau publică care are o relație furnizor-client cu întreprinderile client. Aceasta limitează, de exemplu, măsura în care participarea și colaborarea dintre angajatori și lucrători pot influența funcționarea unității.

Centre private de sănătate (cabinete de medicina muncii). Modelul centrului de sănătate privat este o unitate organizată de obicei de un grup de medici (poate fi organizată de o organizație antreprenorială privată care îi angajează pe medici) pentru a furniza mai multe tipuri de ambulatoriu și uneori și servicii de sănătate bazate pe spitale. Centrele mai mari au adesea un personal multidisciplinar și pot oferi servicii de igienă profesională și fizioterapie, în timp ce unitățile mai mici furnizează de obicei doar servicii medicale. La fel ca în modelul clinicii de spital, relația furnizor-client cu întreprinderile participante poate împiedica implementarea principiului implicării angajatorului și a lucrătorilor în formularea politicilor și procedurilor.

În unele țări, centrele private de sănătate au fost criticate pentru că sunt prea orientate spre servicii clinice curative furnizate de medici. O astfel de critică este justificată în cazul centrelor mai mici în care serviciile sunt furnizate de medici generalişti în loc de profesionişti din domeniul sănătăţii cu experienţă în practica sănătăţii muncii.

Unități de asistență medicală primară. Unitățile de asistență medicală primară sunt de obicei organizate de autoritățile municipale sau de alte autorități locale, de Serviciul Național de Sănătate care oferă de obicei atât servicii preventive, cât și asistență medicală primară. Acesta este modelul puternic recomandat de OMS ca mijloc de furnizare de servicii întreprinderilor mici și, în special, întreprinderilor agricole, sectorului informal și lucrătorilor independenți. Întrucât medicii generali și asistenții medicali nu au de obicei specializare și experiență în sănătatea muncii, succesul acestui model depinde în mod critic de cât de multă pregătire în domeniul sănătății muncii și în medicina muncii poate fi organizată pentru profesioniștii

din domeniul sănătății.

Un avantaj al acestui model este acoperirea bună a țării și amplasarea sa în comunitățile în care lucrează și locuiesc oamenii pe care îi deservește. Acesta este un avantaj deosebit în deservirea lucrătorilor agricoli și a lucrătorilor independenți.

O slăbiciune constă în concentrarea sa pe servicii generale de sănătate curative și tratarea situațiilor de urgență cu capacitate limitată de a efectua supravegherea mediului de lucru și de a institui măsurile preventive necesare la locul de muncă. Experiența din Finlanda, unde unitățile mari de asistență medicală primară angajează echipe de specialiști instruiți pentru a furniza servicii de sănătate în muncă este totuși extrem de pozitivă. Noi modele interesante pentru furnizarea de servicii de sănătate a muncii de către unitățile de asistență medicală primară au fost încercate în zona Shanghai din China.

Modelul de securitate socială. În Israel, Mexic, Spania și unele țări africane, de exemplu, serviciile de sănătate în muncă sunt furnizate de unități speciale organizate și operate de sistemul de securitate socială. În Israel, acest model este în esență similar în structură și funcționare cu modelul grupului, în timp ce în alte părți este de obicei orientat mai mult către îngrijirea sănătății curative. Caracteristica specifică a acestui model este că este operat de organizația responsabilă cu despăgubirea lucrătorilor pentru leziuni și boli profesionale. În timp ce sunt oferite servicii curative și de reabilitare, accentul pus pe controlul costurilor de securitate socială a dus la acordarea priorității serviciilor preventive.

Servicii de igiena muncii. Instrumentele și orientările internaționale recomandă cu tărie includerea serviciilor de igienă a muncii în serviciul multidisciplinar de sănătate a muncii. Cu toate acestea, în unele țări, igiena muncii se desfășoară în mod tradițional ca o activitate separată și independentă. În astfel de circumstanțe, este necesară colaborarea cu alte servicii implicate în activități de securitate și sănătate în muncă.

Servicii de siguranță. Serviciile de siguranță sunt îndeplinite în

mod tradițional ca o activitate separată fie de către ofițerii de securitate sau de către inginerii de securitate care sunt angajați ai întreprinderii, fie printr-o formă de consultanță. În serviciul de siguranță în instalații, ofițerul de siguranță este adesea și șeful responsabil de siguranța din întreprindere și reprezintă angajatorul în astfel de probleme. Din nou, tendința modernă este de a integra siguranța împreună cu igiena muncii și sănătatea muncii și alte servicii implicate în activități de sănătate muncii pentru a forma o entitate multidisciplinară.

În cazul în care activitățile de siguranță se desfășoară în paralel cu cele de sănătate și igienă a muncii, colaborarea este necesară în special în ceea ce privește identificarea pericolelor de accident, evaluarea riscurilor, planificarea și implementarea măsurilor preventive și de control, educarea și instruirea managerilor, a supraveghetorilor și a lucrătorilor și colectarea, păstrarea și înregistrarea evidențelor accidentelor și operarea oricăror măsuri de control instituite.

Alegerea modelului național al serviciului de sănătate ocupațională

Decizia principală de a avea sau nu un serviciu de sănătate ocupațională poate fi stabilită de lege, de un contract de administrare a forței de muncă sau de preocupările conducerii cu privire la sănătatea și securitatea angajaților. În timp ce multe întreprinderi sunt motivate spre o decizie pozitivă prin conștientizarea valorii unui serviciu de sănătate în muncă în menținerea aparatului lor productiv, altele sunt impulsionate de astfel de considerații economice precum controlul costurilor indemnizațiilor de compensare a muncitorilor, absenteismul și invaliditatea bolii evitabile, pensionarea anticipată din motive de sănătate, sancțiuni de reglementare, litigii și așa mai departe. Modelul pentru furnizarea de servicii de sănătate în muncă poate fi dictat de legi sau reglementări care pot fi generale sau aplicabile numai anumitor industrii. Acesta este în general cazul modelului de securitate socială, în care întreprinderile client nu au altă opțiune.

În majoritatea cazurilor, modelul selectat este determinat de factori precum dimensiunea forței de muncă și caracteristicile demografice ale acesteia, tipurile de muncă pe care le desfășoară și pericolele la locul de muncă pe care le întâmpină, locația locului de muncă, tipul și calitatea serviciilor de sănătate disponibile în comunitate și, poate cel mai important, bogăția întreprinderii și capacitatea acesteia de a oferi sprijinul financiar necesar. Uneori, o întreprindere va lansa o unitate minimă și își extinde activitățile pe măsură ce își dovedește valoarea și câștigă acceptarea lucrătorilor. Până în prezent s-au efectuat doar câteva studii comparative privind funcționarea diferitelor modele de servicii de sănătate în muncă în diferite situații.

Eficiența serviciilor de sănătatea muncii este determinată de următorii factori:

- Natura industriei; mic, mediu sau mare și locația sa.
- Infrastructura existentă a serviciilor de sănătate.
- Forță de muncă instruită.
- Implicarea lucrătorilor și angajamentul angajatorilor.
- Supravegherea mediului de muncă prin intermediul studiilor și testelor epidemiologice.

3.3. Etica și sănătatea ocupațională în lumea contemporană a muncii

Subiectul abordat în acest capitol este adresat tuturor celor care, în calitatea lor profesională, îndeplinesc sarcini de sănătate și securitate în muncă, furnizează servicii de sănătate în muncă sau sunt implicați într-o practică de sănătate în muncă, și anume: medicilor și asistenților medicali, inspectorilor, igieniştilor și psihologi ocupaționali, ergonomiştilor, specialiștilor în terapia de reabilitare, inginerilor în securitatea muncii, precum și savanților care dezvoltă cercetări în domeniul sănătății și securității muncii.

Această abordare stabilește noi contexte pentru specialiștii din SSM în sarcinile lor (de exemplu, supravegherea sănătății, monitorizarea la locul de muncă, intervenții pentru prevenirea riscurilor

pentru sănătate, evaluarea aptitudinii de muncă, examenul medical preventiv și periodic, evaluarea riscurilor, reabilitarea lucrătorilor cu tulburări de sănătate etc.) și comportamentul lor profesional. Profesioniștii din domeniul sănătății au obligații simultane, fie explicite, fie implicite, față de o terță parte, ale cărei consecințe pot duce la efecte negative asupra unui pacient, client sau comunității clientului.

În special, în ultimii ani, complexitatea reglementară crescută, problemele emergente legate de testele de diagnostic care pot încălca sfera etică sau inovația tehnologică, au sporit complexitatea procesului decizional, subliniind rolul profesioniștilor din domeniul sănătății în echilibrarea între binele individual (adică sănătatea și capacitatea de lucru a angajaților individuali) binele întreprinderii (adică maximizează producția) și binele comun (adică sănătatea și siguranța comunității în general).

Profesioniștii din sănătatea ocupațională se confruntă cu numeroase dileme etice privind aspecte precum respectarea confidențialității și consimțământului pentru prelucrarea datelor, alegerea testelor pentru supravegherea sănătății, dreptul lucrătorilor de a ști, autonomia deciziilor lucrătorilor, transparența în relațiile dintre colegi și întreținerea standardelor de calitate profesionale definite.

Cu toate acestea, alegerea etică din era globalizării a devenit și mai complexă (datorită unui număr tot mai mare de potențiali părți interesate) și pluralistă, având în vedere istoria, cultura, religia, sistemele de valori și practicile sociale. Exemplele includ conflictul dintre dreptul lucrătorilor la viață, sănătate și siguranță, dreptul întreprinderilor de a maximiza producția, dreptul lucrătorilor de a fi informați despre riscuri, dreptul întreprinderilor la secretul industrial și drepturile și obligațiile profesioniștilor în sănătatea muncii.

O altă schimbare radicală este dezvoltarea unei abordări multidisciplinare în sănătatea muncii (adică tehnică, medicală, socială și juridică), care constă în implicarea altor specialiști care aparțin diferitelor profesii în serviciile de sănătate a muncii.

Izvoarele eticii în sănătatea ocupațională se regăsesc la filosoful

și medicul grec, Hipocrate, care în urmă cu aproximativ 2500 de ani, a cristalizat principiile cheie ale eticii profesionale în celebrul său jurământ hipocratic, care a supraviețuit de-a lungul secolelor și încă constituie nucleul eticii medicale.

În mod tradițional, rădăcinile istorice ale relației dintre etică și sănătatea ocupațională datează din lumea clasică, în special a lui Platon (427-347 d.Hr.), care oferă una dintre primele considerații etice asupra relației medic-pacient (DPR) într-un faimos pasaj a ultimei sale lucrări „Legile”.

Bernardino Ramazzini a adus o mare contribuție personală în domeniul medicinei muncii prin colectarea observațiilor sale în *De Morbis Artificum Diatriba* (1700). În Prefață, el a explicat motivele etice și sociale pentru care se așteaptă ca medicii și societatea să aibă grijă de sănătatea lucrătorilor. Atitudinea morală a lui Ramazzini față de sănătatea lucrătorilor se bazează pe așa-numita **etică a celor două virtuți: compasiunea și recunoștința**. În ceea ce privește compasiunea, Ramazzini credea că *„este necesar să recunoaștem că lucrătorii din anumite arte și meserii derivă uneori din ele răni grave, chiar și moartea”*. În ceea ce privește recunoștința, Ramazzini a spus că *„public o lucrare imperfectă în condițiile nenorocite ale lucrătorilor din a căror muncă manuală, care este adesea extrem de laborioasă și degradantă, deși necesară, acumulează atât de multe beneficii pentru omenire”*. De asemenea, el demonstrează un simț al dreptății (*„... în vremea noastră, de asemenea, au fost adoptate legi în orașe bine ordonate pentru a asigura condiții bune lucrătorilor; așa că este corect ca arta medicinei să-și contribuie partea pentru beneficiul și alinarea celor pentru care legea a arătat o astfel de previziune ”*).

În secolul următor, Karl Marx a folosit opera lui Ramazzini pentru a descrie condițiile lucrătorilor. În cea mai importantă lucrare a sa, *Capital* (1867), Marx a susținut că *„diviziunea muncii în producție afectează chiar rădăcina vieții individuale și este prima care își permite materialele și impulsul pentru patologia industrială”*.

În ceea ce privește grupurile mai slabe din punct de vedere soci-

al, câțiva ani mai târziu, Papa Leon al XIII-lea în Enciclica Rerum Novarum (1891) a susținut că „o lucrare care este destul de potrivită pentru un bărbat puternic nu poate fi cerută pe bună dreptate de la o femeie sau un copil (...) femei, din nou, nu sunt potrivite pentru anumite ocupații; o femeie este, prin natura sa, potrivită pentru munca casnică și este cea care este cel mai bine adaptată imediat pentru a-și păstra modestia și a promova buna creștere a copiilor și bunăstarea familiei”.

În secolul al XX-lea, bioetica a pus, de asemenea, un accent deosebit pe relația medic-pacient, evidențiind caracteristicile sale principale și identificând problemele critice prin enunțarea principiilor responsabilității reciproce, solidarității, corectitudinii, toleranței, precum și apelând la un tratament corect și adecvat.

Din anii '90 ai sec. al XX-lea au apărut mai multe critici cu privire la principiile bioetice. Clouser și Gert au afirmat că principlismul nu are unitate sistematică, creând astfel o problemă practică și teoretică. Garrafa și Porto au pus sub semnul întrebării lipsa unei intervenții etice practice în principlism, mai ales atunci când vine vorba de rezolvarea problemelor care decurg din inegalitățile economice și sociale. Pe de altă parte, Petrini a afirmat că principala critică a principiilor bioetice derivă din dificultatea „echilibrului” între valori.

Chiar dacă un număr din ce în ce mai mare de surse de literatură a evidențiat implicațiile pentru etica profesioniștilor în sănătatea ocupațională care reflectă natura schimbătoare a procesului de muncă și a condițiilor de muncă, evoluțiile demografice și inovațiile tehnologice, studiile despre procedurile de abordare a problemelor etice în practica sănătății muncii sunt încă puține. Majoritatea studiilor se referă la analiza alegerii etice în afaceri și printr-o perspectivă individuală, fără a lua în considerare, așa cum afirmă pe bună dreptate Westerholm, combinația de valori civice sociale, valori profesionale și valori personale.

În acest context este de menționat că analiza principalelor provocări etice în sănătatea muncii trebuie făcută printr-o abordare multidisciplinară, luând în considerare problemele medicale, economice

și sociale care reflectă parțial lumea în schimbare a muncii, rapiditatea demografică și introducerea de noi tehnologii. Iavicoli S. și coat. (2018) au propus o abordare integrată pentru evaluarea importanței tuturor celor trei tipuri de etică, personală (individuală), profesională și instituțională, în rezolvarea conflictelor etice. În același timp, un alt punct forte al studiului efectuat de colectivul de autori menționați anterior a fost identificarea unor factori determinanți și bariere pentru o etică profesională corectă, care pot reprezenta un punct de plecare pentru recunoașterea unor propuneri de soluții etice, care presupune analiza eticii procesului decizional în practica sănătății muncii.

De menționat că studiile anterioare, s-au limitat la punerea în discuție a problemelor individuale, cum ar fi consimțământul informat, problemele etice în afaceri internaționale, responsabilitatea socială a întreprinderilor, imparțialitatea, confidențialitatea, integritatea, conflictul de interese, comunicarea despre pericolele pentru sănătate, inovație tehnologică etc.

Tabelul 3.3.1 Etica personală, profesională și instituțională

Itemi	Etica personală	Etica profesională	Etica instituțională
	Ținta		
Persoana / corpul implicat	Individual	Expert	Instituție, companie (și consiliile lor de administrație și directorii executivi)
Aria de operare	Acasă, viață privată, viață în comunitate	Loc de muncă, asociație, viață publică	Mediu public, viață de afaceri, comunitate
Bazele filosofice și culturale, valorile, domeniul de aplicare			
Baza filosofică și culturală	Etica religioasă, etica etniei, etica umanistă individuală, sau similară	Deontologie	Deontologie
Domeniul de aplicare	Familia, comunitatea apropiată, școala, locul de muncă	Școală, universitate, loc de muncă, asociație profesională, comunitate	Instituție, loc de muncă, comunitate, economie globală

Valoarea conținutului	Valori personale – Onestitate – De încredere – Respect – Responsabilitate – Integritate – Corectitudine – Compasiune, grijă – Curaj	Valorile profesionale – Corectitudine – Respectarea autonomiei – Beneficiență – Non-maleficientă – Justiție – Competență – Abilitate – Confidențialitate	Cinci principii ale CSR și Global Compact: – Afaceri corecte – Responsabilitate – Transparență – Drepturile omului (Human rights-HR) – Implementarea resurselor umane – Acțiuni împotriva abuzurilor de resurse umane – Angajator corect – Drepturile lucrătorilor – Eliminarea muncii inumane – Antidiscriminare – Mediu inconjurator – Principiul precauției – Responsabilitate ecologică și tehnologică Anticorupție
Ghidare și educație			
Arena de învățare	Familia, școala, asociațiile, biserica	Instituții de formare, școli, universități, politehnici, etape profesionale	Universitate, școală de afaceri
Îndrumare	Îndrumare în educație generală și educație școlară sau religioasă	Coduri de conduită profesionale, orientări privind bunele practici, Declarația de la Helsinki, orientări ale Consiliului pentru organizațiile internaționale de științe medicale (CIOMS)	CSR, pactul global al Națiunilor Unite

Cele trei tipuri de etică (personală, profesională și instituțională) se pot suprapune în viața reală; profesioniștii fiind influențați de valorile lor personale, iar instituțiile sunt gestionate de persoane cu valorile lor personale și profesionale. În special, multe studii s-au concentrat pe rolul cheie al „culturii”, considerat un purtător important al factorilor determinanți ai moralității grupurilor / triburilor / regiunilor / oamenilor / națiunilor / stratelor socio-economice ale

populațiilor, în luarea deciziilor etice. Cu toate acestea, câteva linii directoare subliniază importanța menținerii acestor trei roluri separate și independente.

Perspective viitoare pentru dezvoltarea serviciilor de sănătate în muncă

Dezvoltarea viitoare a serviciilor de sănătate în muncă depinde de o serie de factori din lumea muncii și de economiile și politicile naționale. Cele mai importante tendințe din țările industrializate includ îmbătrânirea forței de muncă, creșterea tiparelor neregulate de ocupare și a programelor de lucru, munca la distanță (telemuncă), locurile de muncă mobile și creșterea constantă a întreprinderilor mici și a lucrătorilor independenți. Se introduc noi tehnologii, se utilizează substanțe și materiale noi și apar noi forme de organizare a muncii. Există presiune pentru creșterea simultană a productivității și a calității, rezultând în nevoia de a menține o motivație puternică pentru muncă în fața ritmului tot mai mare al schimbării, iar nevoia de a învăța noi practici și metode de lucru crește rapid.

În timp ce măsurile de combatere a riscurilor profesionale tradiționale au avut succes, în special în țările industrializate, aceste pericole nu vor dispărea complet în viitorul apropiat și vor reprezenta în continuare pericol pentru populațiile mai mici de lucrători. Problemele psihologice și psihosociale devin pericole profesionale dominante. Globalizarea economiei mondiale, regionalizarea și creșterea economiilor și întreprinderilor multinaționale creează o forță de muncă mobilă la nivel internațional și are ca rezultat exportul de pericole profesionale în zone în care reglementările și constrângerile de protecție sunt slabe sau inexistente.

Ca răspuns la aceste tendințe, cea de-a doua întâlnire a Centrelor Colaboratoare ale OMS în domeniul sănătății ocupaționale (Rețeaua celor 52 de institute naționale de sănătate a muncii) desfășurată în octombrie 1994 a dezvoltat Strategia globală pentru sănătatea ocupațională pentru toți, cu o relevanță deosebită pentru dezvoltarea vii-

toare a practicii de sănătate în muncă. În ceea ce privește dezvoltarea în continuare a serviciilor de sănătate a muncii, următoarele aspecte emergente vor trebui îndeplinite în viitor:

- dezvoltarea universală a sănătății la locul de muncă pentru toți pentru a egaliza condițiile de muncă și sănătate în toate părțile lumii
- dezvoltarea unor metode predictive mai bune pentru evaluarea în avans a riscurilor de expunere pentru sănătate și furnizarea de criterii de sănătate și siguranță pentru planificatorii industriali, proiectanții și inginerii
- îmbunătățirea integrării serviciilor de sănătate a muncii cu alte servicii ale întreprinderii
- dezvoltarea unor sisteme îmbunătățite pentru furnizarea de servicii de sănătate în muncă întreprinderilor mici, lucrătorilor agricoli și lucrătorilor independenți
- accelerarea și îmbunătățirea evaluării pericolelor potențiale introduse de noile tehnologii, materiale și substanțe
- consolidarea strategiilor și metodologiilor aplicabile în tratarea aspectelor psihosociale ale muncii, cu o atenție specială pentru controlul pericolelor și prevenirea efectelor adverse ale acestora
- îmbunătățirea capacității de prevenire și control al tulburărilor musculo-scheletice, leziunilor provocate de eforturi cumulative și stresului profesional
- sporirea atenției la nevoile lucrătorilor în vârstă și îmbunătățirea metodelor de adaptare a acestora la muncă și menținerea capacităților de muncă
- dezvoltarea și îmbunătățirea programelor pentru menținerea capacităților de muncă ale șomerilor și facilitarea reangajării acestora
- creșterea numărului și competenței profesioniștilor din multe discipline implicate în sănătatea și securitatea muncii și recunoașterea nevoii de implicare a unor noi discipline precum știința organizării muncii, managementul calității și economia sănătății.

Pe scurt, serviciile de sănătate a muncii se vor confrunta cu provocări formidabile în următorul deceniu și nu numai, pe lângă presiunile economice, politice și sociale inerente schimbării configurațiilor naționale și industriale. Acestea includ problemele de sănătate a muncii legate de noile tehnologii informaționale și automatizare, noi substanțe chimice și noi forme de energie fizică, pericolele noilor biotehnologii, relocarea și transferul internațional de tehnologii periculoase, îmbătrânirea forței de muncă, problemele speciale ale acestor grupuri vulnerabile ca bolnavi cronici și cu handicap, precum șomajul și relocările forțate de căutarea unui loc de muncă, apariția unor boli noi până acum nerecunoscute care pot afecta forța de muncă.

4. SĂNĂTATEA OCUPAȚIONALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Starea sistemului de securitate și sănătate ocupațională poate fi evaluată prin analiza factorilor dominanți care-i influențează activitatea. Ei oferă o imagine de ansamblu a sănătății ocupaționale, pot scoate în relief constrângerile domeniului și pot indica asupra unor posibile soluții pentru redresarea situației.

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 și monitorizarea efectelor adverse pe starea de sănătate este format dintr-un sistem divers și dezvoltat de acte legislative, normative, care reglementează diverse probleme ale sănătății ocupaționale la locul de muncă.

4.1. Analiza cadrului legal și de reglementare în domeniul sănătății ocupaționale

Republica Moldova a ratificat Convenția OIM nr. 161/1985 *privind serviciile de sănătate ocupațională* la 04.03.2021 prin Legea nr.18 și a intrat în vigoare la 25 mai 2022.

Totodată, ministerul de resort a aprobat, prin Ordinul nr. 474 din 25 mai 2021, „Planul de acțiuni pentru implementarea Convenției Organizației Internaționale a Muncii nr. 161/1985 privind serviciile de sănătate ocupațională” care include 3 obiective specifice:

- Obiectivul specific nr. I: Îmbunătățirea cadrului legal
- Obiectivul specific nr. II: Dezvoltarea colectării datelor statistice
- Obiectivul specific nr. III: Sprijinirea întreprinderilor, indiferent de genul de activitate, sub aspectul respectării legislației privind sănătatea la locul de muncă.

Obiectivul general al acestei evaluări constă în analiza sistemului actual de sănătate a muncii din Republica Moldova și elaborarea unui pachet de recomandări în sprijinul autorităților, partenerilor so-

ciali și celorlalte entități interesate pentru îmbunătățirea sistemului de sănătate a muncii prin îndeplinirea obiectivelor specifice incluse în Planul de Acțiune.

În acest scop, a fost realizată o analiză comprehensivă a principalelor acte normative care reglementează activitatea din acest domeniu, subliniindu-se principiile pe care Organizația Internațională a Muncii le promovează prin standardele internaționale, recomandările și ghidurile de bune practici pe care le-a dezvoltat în scopul îmbunătățirii condițiilor de muncă.

Principalele prevederi legale care reglementează organizarea și funcționarea Sistemului de Sănătate a Muncii în Republica Moldova

Constituția Republicii Moldova din 29.07.1994:

Articolul 24. Dreptul la viață și la integritate fizică și psihică

... (1) Statul garantează fiecărui om dreptul la viață și la integritate fizică și psihică

Articolul 36. Dreptul la ocrotirea sănătății

... (1) Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat.

... (2) Minimul asigurării medicale oferit de stat este gratuit.

... (3) Structura sistemului național de ocrotire a sănătății și mijloacele de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei se stabilesc potrivit legii organice.

Art. 37. Dreptul la un mediu înconjurător sănătos

... (1) Fiecare om are dreptul la un mediu înconjurător neprimejdios din punct de vedere ecologic pentru viață și sănătate, precum și la produse alimentare și obiecte de uz casnic inofensive.

... (2) Statul garantează fiecărui om dreptul la accesul liber și la răspândirea informațiilor veridice privitoare la starea mediului natural, la condițiile de viață și de muncă, la calitatea produselor alimentare și a obiectelor de uz casnic.

... (3) Tăinuirea sau falsificarea informațiilor despre factorii ce sunt în detrimentul sănătății oamenilor se interzice prin lege.

... (4) Persoanele fizice și juridice răspund pentru daunele prici-

nuite sănătății și avutului unei persoane ca urmare a unor contravenții ecologice.

Art. 43. Dreptul la muncă și la protecția muncii

... (1) Orice persoană are dreptul la muncă, la libera alegere a muncii, la condiții echitabile și satisfăcătoare de muncă, precum și la protecția împotriva șomajului.

... (2) Salariații au dreptul la protecția muncii. Măsurile de protecție privesc securitatea și igiena muncii, regimul de muncă al femeilor și al tinerilor, instituirea unui salariu minim pe economie, repaosul săptămânal, concediul de odihnă plătit, prestarea muncii în condiții grele, precum și alte situații specifice.

.... (3) Durata săptămânii de muncă este de cel mult 40 de ore.

.... (4) Dreptul la negocieri în materie de muncă și caracterul obligatoriu al convențiilor colective sunt garantate.

Art. 44. Interzicerea muncii forțate

... (1) munca forțată este interzisă.

Codul Muncii al Republicii Moldova Nr. 154 din 28.03.2003

Codul muncii (Art. 5 lit d) asigură dreptul fiecărui salariat la condiții echitabile de muncă, inclusiv la condiții de muncă care corespund cerințelor securității și sănătății în muncă, și a dreptului la odihnă, inclusiv la reglementarea timpului de muncă, la acordarea concediului anual de odihnă, a pauzelor de odihnă zilnice, a zilelor de repaus și de sărbătoare nelucrătoare;

Aspectele legate de Securitatea și Sănătatea în Muncă sunt tratate în detaliu în cadrul Titlului IX, SECURITATEA ȘI SĂNĂTATEA ÎN MUNCĂ. Sunt tratate, în primul rând, aspectele privind politica statului în domeniul securității și sănătății în muncă, stabilind direcțiile principale ale acesteia. Se menționează de asemenea că aceste politici se asigură prin acțiuni coordonate ale autorităților publice centrale și locale, ale patronatelor, sindicatelor, angajatorilor, reprezentanților salariaților. Coordonarea securității și sănătății în muncă în Republica Moldova se exercită de către Ministerul Muncii și Protecției Sociale.

Codul Muncii menționează, de asemenea, principiile generale privind organizarea securității și sănătății în muncă și stabilește ca aceste elemente vor fi detaliate/dezvoltate prin Legea securității și sănătății în muncă.

În cadrul Titlului II, PARTENERIATUL SOCIAL ÎN SFERA MUNCII sunt dezvoltate aspectele generale ale parteneriatului social.

Astfel sunt stabilite părțile parteneriatului social și principiile de bază ale parteneriatului social. Sunt stabilite de asemenea sistemul parteneriatului social- national, de ramura și teritorial, și formele parteneriatului social, respectiv negocieri colective, participarea la examinarea proiectelor de acte normative și a propunerilor ce vizează reformele social-economice, consultări reciproce (negocieri) în problemele ce țin de reglementarea raporturilor de muncă și a raporturilor legate nemijlocit de acestea cât și participarea salariaților (a reprezentanților acestora) la administrarea unității.

În cadrul procedurilor de informare și consultare a salariaților sunt incluse și aspectele legate de situația privind securitatea și sănătatea în muncă la nivel de unitate, precum și orice măsuri de natură să afecteze asigurarea acestora, inclusiv planificarea și introducerea de noi tehnologii, alegerea echipamentului de lucru și de protecție, instruirea salariaților în materie de securitate și sănătate în muncă etc.

Legea Securității și Sănătății în Muncă Nr. 186 din 10.07.2008, modificata prin Legea Nr. 191 din 19.11.2020

Aceasta lege stabilește principiile generale privind prevenirea riscurilor profesionale, protecția lucrătorilor la locul de muncă, eliminarea factorilor de risc și de accidentare, informarea, consultarea, participarea echilibrată, instruirea lucrătorilor și a reprezentanților acestora, precum și liniile directoare generale privind aplicarea principiilor menționate.

În același timp, legea reglementează raporturile juridice ce țin de instituirea de măsuri privind asigurarea securității și sănătății lucrătorilor la locul de muncă.

Legea se aplica:

- a. angajatorilor;
- b. lucrătorilor;
- c. reprezentanților lucrătorilor;
- d. persoanelor care solicită angajarea în câmpul muncii, aflate în unitate cu permisiunea angajatorului, în perioada de verificare prealabilă a aptitudinilor profesionale;
- e. persoanelor care desfășoară muncă neremunerată în folosul comunității sau activități în regim de voluntariat;
- f. persoanelor care nu au contract individual de muncă încheiat în formă scrisă și pentru care dovada clauzelor contractuale și a prestațiilor efectuate se poate face prin orice alt mijloc de probă;
- g. persoanelor care, pe durata ispășirii pedepsei în locuri de detenție, lucrează în atelierele instituțiilor penitenciare sau la alte locuri de muncă;
- h. șomerilor, pe durata participării acestora la o formă de pregătire profesională.

De asemenea este stipulat faptul că legea se aplica în toate domeniile de activitate atât publice, cât și private, cu excepția anumitor activități specifice forțelor armate, poliției sau serviciilor de protecție civilă în cazul în care acestea sunt, în mod inevitabil, în contradicție cu dispozițiile ei. În acest caz, securitatea și sănătatea lucrătorilor se vor asigura ținându-se cont, în măsura posibilității, de dispozițiile prezentei legi.

Politica statului în domeniul securității și sănătății în muncă se elaborează și se reexaminează cu consultarea patronatelor și a sindicatelor, ținând cont de evoluția reglementărilor internaționale în acest domeniu de progresul tehnic și include următoarele sfere de acțiune:

- a. conceperea, încercarea, alegerea, înlocuirea, instalarea, amenajarea, utilizarea și întreținerea componentelor materiale ale muncii (locurile de muncă, mediul de lucru, uneltele, mașinile și materialele, substanțele și agenții chimici, fizici și biologici, procedeele de lucru);

b. legăturile care există între componentele materiale ale muncii și persoanele care execută sau supervizează munca, precum și adaptarea mașinilor, materialelor, timpului de muncă, organizării muncii și procedeele de lucru la capacitățile fizice și mintale ale lucrătorilor;

c. instruirea, inclusiv instruirea periodică, calificarea și motivația lucrătorilor care participă, cu un titlu sau altul, la atingerea nivelurilor suficiente de securitate și sănătate în muncă;

d. comunicarea și cooperarea în domeniul securității și sănătății în muncă la toate nivelurile, de la nivelul grupului de lucru, nivelul unității și până la nivelul național.

De asemenea, legea stabilește, în detaliu, obligațiile angajatorilor și lucrătorilor în domeniul securității și sănătății în muncă.

Art. 21 al legii stabilește măsurile prin care lucrătorilor li se asigură examenul medical corespunzător riscurilor profesionale cu care aceștia se confruntă la locul de muncă. Aceste măsuri se stabilesc potrivit actelor normative emise de autorități cu consultarea patronatelor și sindicatelor. Aceste măsuri vor fi formulate astfel încât fiecare lucrător să beneficieze cu regularitate de examen medical.

Angajarea și transferul unor categorii de lucrători la alt lucru se vor face conform avizelor medicale eliberate în temeiul examenelor medicale. De asemenea, cheltuielile ce țin de organizarea și efectuarea examenului medical sunt suportate de angajator.

Legea Nr. din 11 dec. 2020 a modificat textul, abrogând întreg Capitolul V¹. Astfel, competențele de control avute de 10 agenții de stat în domeniul sănătății muncii revin Inspectoratului de Stat al Muncii.

Coordonarea la nivel național și monitorizarea controlului de stat al respectării legislației cu privire la securitatea și sănătatea în muncă efectuat de către inspectorii de muncă din cadrul autorităților competente în domeniul controlului siguranței ocupaționale sunt exercitate de **Inspectoratul de Stat al Muncii**.

Legea stabilește de asemenea **atribuțiile autorităților compe-**

tente în domeniul siguranței ocupaționale, modul de efectuare a controlului de stat al respectării legislației privind securitatea și sănătatea în muncă, condițiile de efectuare a controlului de stat al respectării legislației privind securitatea și sănătatea în muncă precum și procedura de efectuare a controlului de stat al respectării legislației privind securitatea și sănătatea în muncă.

În cadrul legii Securității și sănătății în muncă sunt incluse și prevederile cu privire la inspectorii de muncă.

Este statuat faptul ca inspectorii de muncă din cadrul instituțiilor de control menționate de lege se subordonează numai conducătorului ierarhic superior și, în exercițiul funcțiunii, se supun doar legii. Nu se admite niciun fel de amestec în activitatea inspectorilor de muncă, ce le-ar impune exercitarea necorespunzătoare a atribuțiilor.

În cadrul legii sunt menționate atribuțiile inspectorului de munca.

Legea stabilește, de asemenea, drepturile, obligațiile și răspunderea inspectorului de muncă.

În legătură cu activitatea inspectorului de munca sunt stabilite obligațiile și răspunderea angajatorului. În acest sens, angajatorul este obligat să-i asigure inspectorului de muncă, în cadrul controlului de stat în domeniul siguranței ocupaționale, acces liber, la orice oră din zi sau din noapte, la locurile de muncă, în încăperile de producție și de serviciu pentru efectuarea inspecției, să prezinte documentele și să dea informațiile solicitate de inspectorul de muncă în timpul efectuării controlului și să asigure realizarea prescripțiilor și a măsurilor stabilite de inspectorul de muncă în urma controlului sau a cercetării accidentelor de muncă. Prescripțiile și măsurile dispuse de inspectorul de muncă pot fi contestate în modul stabilit de legislație.

Legea Ocrotirii Sănătății Nr. 411 din 28.03.1995

Legea stabilește structura și principiile fundamentale ale sistemului de ocrotire a sănătății.

Sistemul de ocrotire a sănătății este constituit din unități curativ-profilactice, sanitaro-profilactice, sanitaro-antiepidermice, farmaceutice și de altă natură, avînd la bază următoarele principii:

- a. conducerea descentralizată;
- b. responsabilitatea autorităților administrației publice centrale și locale, unităților economice și a factorilor de decizie pentru promovarea politicii statului în domeniul asigurării sănătății populației;
- c. responsabilitatea organelor și unităților medico-sanitare pentru accesibilitatea, oportunitatea, calitatea și volumul prestațiilor medico-sanitare, pentru calitatea pregătirii profesionale și perfecționarea calificării personalului medico-sanitar și farmaceutic;
- d. utilizarea realizărilor științei, tehnicii și practicii medicale moderne în activitatea unităților medico-sanitare;
- e. apărarea drepturilor personalului medico-sanitar și controlul asupra exercitării obligațiunilor lui profesionale;
- f. orientarea profilactică a asigurării sănătății populației în toate sferele de activitate vitală;
- g. diversitatea formelor de asistență medicală (de stat, prin asigurare, privată);
- h. garantarea de stat în apărarea intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății prin sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, acordarea de asistență medicală primară, de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească, de asistență medicală spitalicească, în limitele și în volumul stabilit, respectînd necesitățile copiilor, femeilor și bărbaților, persoanelor cu dizabilități și ale persoanelor în etate.

Legea stipulează că profilaxia este principiul fundamental în asigurarea sănătății populației.

Prestatorii de servicii medicale pot fi publici sau privați. Prestatorii publici de servicii medicale sînt instituțiile medico-sanitare publice și autoritățile/instituțiile bugetare. Regulamentele și nomenclatorul prestatorilor de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, precum și lista serviciilor

prestate de acestea, sînt aprobate de Ministerul Sănătății, cu excepția celor ale organelor de drept și ale organelor militare.

Ministerul Sănătății elaborează și coordonează implementarea politicilor publice în domeniul asigurării securității sanitare și farmaceutice a statului

Capitolul II al legii are prevederi în legatura cu exercitarea profesiunilor medico-sanitare și farmaceutice

Sunt stabilite modul de autorizare a exercițiului profesiunilor medico-sanitare și farmaceutice, inclusiv condițiile de activitate a prestatorilor privați de servicii medicale.

Sunt de asemenea stabilite obligațiunile și drepturile profesionale ale lucrătorilor medico-sanitari și farmaceutici precum și apărarea drepturilor, onoarei și demnității lor.

În cadrul **Capitolului III “Drepturile și obligațiile populației în asigurarea sănătății”**, legea menționează că locuitorii republicii au dreptul la asigurarea sănătății, fără deosebire de naționalitate, rasă, sex, apartenență socială și religie.

De asemenea se institue dreptul oricărei persoane la repararea prejudiciului adus sănătății de factori nocivi generați prin **încălcarea regimului** antiepidemic, regulilor și normelor sanitar-igienice, **de protecție a muncii**, de circulație rutieră, precum și de acțiunile, rău intenționate ale unor alte persoane. În același timp, **dacă îmbolnăvirile și traumele sînt generate de încălcarea regulilor de protecție a muncii**, regulilor de circulație rutieră, a ordinii de drept, de abuzul de băuturi alcoolice, de folosirea substanțelor stupefiante și toxice, precum și de încălcarea flagrantă a regimului de tratament, **organele de asigurare medicală pot percepe, conform legii, persoanelor vinovate costul asistenței medicale.**

Persoanelor încadrate în unități economice cu orice tip de proprietate și formă de organizare juridică li se acordă concedii medicale în caz de boală, traume și în alte cazuri prevăzute de lege.

Persoanele care și-au pierdut locul de muncă și cîștigul au dreptul garantat de stat la minimul asigurării medicale gratuite pentru susținerea sănătății lor și a sănătății celor întreținuți de ele.

Articolul 56. Determinarea incapacității temporare de muncă se efectuează de către instituțiile medico-sanitare la solicitarea angajatorului, angajatului sau a unei persoane care acționează în interesul angajatului. Instituția medico-sanitară, la solicitarea acestora, prezintă documentele medicale ce confirmă lipsa persoanei de la serviciu pe motiv de boală, asigurând protecția datelor cu caracter personal ale angajaților.

Determinarea dizabilității și capacității de muncă se efectuează în conformitate cu Legea nr. 60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități.

Lege privind Supravegherea de Stat a Sănătății Publice Nr. 10 din 03.02.2009

Legea reglementează organizarea supravegherii de stat a sănătății publice, stabilind cerințe generale de sănătate publică, drepturile și obligațiile persoanelor fizice și juridice și modul de organizare a sistemului de supraveghere de stat a sănătății publice.

Articolul 4 al legii stabilește activitățile de bază în supravegherea de stat a sănătății publice care se realizează prin:

1) supravegherea și evaluarea sănătății populației, cu **stabilirea priorităților de sănătate publică**;

2) **identificarea, evaluarea, managementul și comunicarea riscurilor** pentru sănătatea publică, prognozarea și diminuarea impactului negativ al acestora asupra sănătății;

3) protecția sănătății prin **elaborarea, coordonarea, supravegherea și controlul de stat al aplicării actelor legislative și a altor acte normative**, a ghidurilor de bune practici și proceduri standard de operare care reglementează determinanții stării de sănătate;

4) **autorizarea de stat a activităților, serviciilor și produselor cu impact asupra sănătății populației** în limitele competenței;

5) **inițierea, participarea la elaborarea, monitorizarea și realizarea politicilor și programelor de sănătate publică**;

6) prevenirea maladiilor prin **realizarea intervențiilor de prevenție primară și secundară**;

- 7) promovarea sănătății prin **informare, educare și comunicare**;
- 8) **evaluarea calității și eficienței** personalului și a serviciilor de sănătate publică acordate comunităților;
- 9) **inițierea, susținerea și efectuarea cercetărilor științifico-practice în domeniul** sănătății publice;
- 10) asigurarea gradului adecvat de pregătire pentru urgențe de sănătate publică și managementul urgențelor de sănătate publică, inclusiv prin introducerea restricțiilor de circulație a persoanelor și bunurilor;
- 11) **dezvoltarea și planificarea resurselor umane și dezvoltarea instituțională** în domeniul serviciilor de sănătate publică;
- 12) **integrarea priorităților de sănătate publică în politicile și strategiile sectoriale de dezvoltare durabilă**;
- 13) **coordonarea activităților de sănătate publică la nivel de teritoriu administrativ și comunitate**;
- 14) consultarea și antrenarea societății în organizarea prestării serviciilor de sănătate publică;
- 15) asigurarea suportului de laborator în investigarea factorilor biologici, chimici, fizici și radiologici cu impact asupra sănătății publice.

În cadrul **Articolului 5 al legii sunt stabilite** domeniile în care se realizează supravegherea de stat a sănătății publice. Printre acestea este inclus și **domeniul securității și sănătății ocupaționale**.

Articolul 17 stabilește rolul **Centrelor de sănătate publică**. Acestea sunt subdiviziuni teritoriale ale Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, fără personalitate juridică, care **asigură coordonarea activităților de sănătate publică la nivel teritorial**. **Centrele de sănătate publică**, în limita domeniilor de competență, în conformitate cu legislația în vigoare, **exercită următoarele atribuții**:

- 1) autorizează, avizează și certifică activități, produse și servicii cu impact asupra sănătății publice;
- 2) înaintează autorităților publice centrale și autorităților administrației publice locale, conform competențelor, propuneri privind

executarea legislației sanitare, elaborarea și realizarea planurilor de dezvoltare socială și economică a teritoriilor, a programelor complexe de ocrotire a sănătății populației, a mediului înconjurător, de îmbunătățire a condițiilor de muncă și de trai, a programelor de instruire și educație;

3) sesizează autoritățile administrației publice și organele de drept asupra încălcărilor constatate;

4) propun autorităților de licențiere retragerea licențelor de activitate;

5) dispun, în situații de risc grav și imediat pentru sănătatea publică, suspendarea pînă la remedierea încălcărilor existente ale legislației sanitare, iar în cazul imposibilității remedierii lor, interzic:

a) lucrările de construcție, precum și darea în exploatare a unor obiective;

b) activitatea întreprinderilor, instituțiilor, organizațiilor, secțiilor și sectoarelor de producție, exploatarea încăperilor, clădirilor, instalațiilor, mijloacelor tehnice, precum și activitățile de producere, comerț și prestare a serviciilor;

c) producerea, lansarea, fabricarea și utilizarea produselor economiei naționale din rîndul celor care se supun autorizării sanitare;

d) utilizarea, depozitarea și transportul apei potabile din rețea, producerea, importul, depozitarea, transportul și comercializarea materialelor care vin în contact cu produsele alimentare, folosirea apei în scopuri gospodărești, de menaj, culturale și de asanare;

e) plasarea pe piață a serviciilor/produselor periculoase pentru sănătatea populației;

f) plasarea pe piață a produselor, serviciilor și activităților supuse autorizării sanitare conform legislației sanitare aplicabile, dar neautorizate sanitar;

7) înaintează autorităților administrației publice, întreprinderilor, organizațiilor, persoanelor fizice și juridice, indiferent de tipul de proprietate și de forma juridică de organizare, prescrip-

ții sanitare obligatorii pentru executare privind remedierea încălcărilor legislației sanitare și realizarea măsurilor de sănătate publică;

8) decid asupra:

a) sistării temporare a activității persoanelor purtătoare de agenți patogeni ai bolilor contagioase, care prezintă pericol pentru sănătatea publică în virtutea specificului muncii;

b) suspendării valabilității sau retragerii autorizațiilor sanitare, avizelor sanitare;

c) efectuării examenului medical și supravegherii medicale a persoanelor care au fost în contact cu bolnavii contagioși;

d) izolării bolnavilor contagioși și a persoanelor suspecte de a fi sursă de agenți patogeni ce prezintă pericol pentru sănătatea publică;

e) efectuării dezinfectiei, dezinsecției și deratizării în focarele de boli transmisibile, precum și în încăperile și teritoriile în care se mențin condiții pentru apariția și răspândirea infecțiilor, cu excepția unităților din lanțul alimentar;

f) efectuării vaccinării preventive a populației sau a unor grupe de persoane conform indicațiilor epidemiologice;

g) examinează cauzele contravenționale în conformitate cu Codul contravențional;

h) sesizează organele de urmărire penală, cu transmiterea către acestea a materialelor relevante, în cazul sesizării elementelor constitutive ale unei infracțiuni

11) prezintă factorilor de decizie ierarhic superiori propuneri de aplicare a sancțiunilor disciplinare;

12) solicită, în condițiile legii, persoanelor fizice și juridice care au comis încălcări ale legislației sanitare restituirea cheltuielilor suportate în legătură cu efectuarea măsurilor de sănătate publică privind localizarea și lichidarea focarelor și/sau a cazurilor de îmbolnăvire, ca urmare a acestor încălcări;

13) coordonează activitățile de prevenție primară și secundară.

(3) Prescrierea suspendării activității conform alin. (2) pct. 5) poate fi parțială sau totală. Activitatea unității economice sau lucrările acesteia sînt suspendate parțial dacă, în urma controlului, sînt identificate neconformități care pot fi remediate în termene proximе, dar care, dacă nu sînt remediate, conduc iminent la apariția sau crează pericol direct pentru apariția urgențelor de sănătate publică. Suspendarea totală a activității unității economice sau a lucrărilor în cadrul acesteia este dispusă în cazul în care în urma controlului sînt identificate încălcări foarte grave care vor conduce imediat și iminent la apariția urgențelor de sănătate publică în proporții considerabile, iar aceste încălcări nu pot fi remediate fără stoparea totală a activității. Suspendarea activității unității economice se prescrie doar în măsura și în termenul în care este strict necesară pentru remedierea încălcărilor și înlăturarea pericolelor identificate.

Legea dispune asupra drepturilor personalului autorizat cu drept de control de stat în sănătatea publică precum și asupra obligațiilor specialiștilor Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice.

De asemenea legea stabilește drepturile persoanelor fizice și juridice în domeniul asigurării sănătății publice, modul în care este promovată sănătatea, supravegherea și prevenirea maladiilor precum și modul în care sunt gestionate urgențele de sănătate publică.

Capitolul X reglementează modul de alocare și gestionare a resurselor umane și financiare ale Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice.

Încălcarea prevederilor legislației sanitare atrage după sine răspundere disciplinară, civilă, contravențională sau penală conform legislației în vigoare. Persoanele fizice și juridice care au comis încălcări ale legislației sanitare sînt trase la răspundere contravențională conform Codului contravențional.

HG nr. 1090/2017 cu privire la organizarea și funcționarea ANSP

Regulamentul privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Sănătate Publică stabilește misiunea, domeniile de

activitate, funcțiile și drepturile Agenției Naționale pentru Sănătate Publică precum și modul de organizarea activității acesteia. Agenția este autoritate administrativă subordonată Ministerului Sănătății.

Agenția realizează funcțiile stabilite de prezentul Regulament în următoarele domenii:

- a) supravegherea de stat, promovarea și protecția sănătății publice;
- b) controlul de stat (inspecția) în sănătate;
- c) monitorizarea și evaluarea stării de sănătate a populației;
- d) acreditarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice;
- e) **siguranța ocupațională, în conformitate cu domeniile de competență stabilite în art. 231 din Legea securității și sănătății în muncă nr. 186/2008.**

În acest sens, Agenția efectuează controlul în domeniul sănătății ocupaționale, conform atribuțiilor stabilite prin Legea securității și sănătății în muncă nr.186-XVI din 10 iulie 2008

Centrele de sănătate publică sînt subdiviziuni teritoriale ale Agenției, fără personalitate juridică, care asigură coordonarea activităților la nivelul teritoriului deservit conform atribuțiilor stabilite în art.17 din Legea nr.10-XVI din 3 februarie 2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice și regulamentelor aprobate de directorul Agenției.

HG 1025/2016 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind supravegherea sănătății persoanelor expuse acțiunii factorilor profesionali de risc

Regulamentul sanitar privind supravegherea sănătății persoanelor expuse acțiunii factorilor profesionali de risc stabilește cerințele pentru supravegherea sănătății persoanelor în raport cu factorii de risc (chimici, fizico-chimici, biologici și alți factori provocați de procesul de muncă) de la locul de muncă.

Regulamentul transpune articolul 14 al Directivei 89/391/CEE din 12 iunie 1989 privind punerea în aplicare a măsurilor pentru promovarea îmbunătățirii securității și sănătății lucrătorilor la locul de muncă.

Regulamentul stabilește că supravegherea sănătății persoanelor expuse acțiunii factorilor profesionali de risc în teritoriul administrativ este responsabilitatea centrelor de sănătate publică reprezentate de către medicii igieniști în sănătatea ocupațională.

Examenle medicale profilactice obligatorii ale persoanelor expuse acțiunii factorilor profesionali de risc sînt efectuate de către comisiile medicale din cadrul instituțiilor medico-sanitare publice/private cu coordonarea Ministerului Sănătății.

Fiecare persoană expusă acțiunii factorilor profesionali de risc este obligată să efectueze examenle medicale, în conformitate cu Lista factorilor de risc din mediul ocupațional și a serviciilor medicale profilactice obligatorii, acordate persoanelor în funcție de expunerea profesională (anexa prezentul Regulament) **și are dreptul:**

1) să consulte medicul în patologii profesionale pentru orice schimbări în starea de sănătate care le atribuie condițiilor de muncă;

2) să conteste rezultatul privind aptitudinea în muncă la Centrul republican de boli profesionale, în termen de 15 zile lucrătoare de la data primirii fișei de aptitudine în muncă (anexa nr.6 la prezentul Regulament);

3) să solicite în scris toate informațiile referitoare la starea sa de sănătate de la instituțiile medico-sanitare publice/private în componența cărora activează comisiile medicale.

Angajatorul are dreptul să conteste, cu argumentele de rigoare, concluzia medicală privind admiterea la lucru a persoanei examinate la Centrul republican de boli profesionale.

Controlul privind respectarea cerințelor stabilite de prezentul Regulament se efectuează de către specialiștii Agenției Naționale pentru Sănătate Publică în conformitate cu Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice.

Prin regulament sunt stabilite obligațiile angajatorului privind efectuarea examenelor medicale necesare pentru supravegherea sănătății lucrătorilor, în perioada acțiunii contractului individual de muncă, completarea listei nominale a persoanelor care activează în condiții de expunere la factori profesionali de risc conform anexei la

prezentul Regulament, și să o coordoneze cu medicii șefi ai centrelor de sănătate publică teritoriale, să completeze fișele de identificare a factorilor profesionali de risc pentru fiecare loc de muncă.

Angajatorul are, de asemenea, obligația să păstreze listele nominale, fișele de identificare și fișele de aptitudine în perioada de acțiune a contractului individual de muncă, să transmită instituției medico-sanitare publice/private care a efectuat ultimul examen medical, documentele privind supravegherea sănătății lucrătorilor pentru radierea sau distrugerea lor, în cazul în care unitatea economică se află în proces de insolvență ori lichidare, să asigure confidențialitatea și securitatea prelucrării datelor cu caracter personal ale persoanelor expuse acțiunii factorilor profesionali de risc.

Regulamentul stabilește care sunt serviciile medicale profilactice și faptul că acestea trebuie să includă examenul medical la angajarea în muncă, de adaptare, periodic, la reluarea activității și se efectuează în conformitate cu lista din anexa la prezentul Regulament.

Examenul medical se efectuează cu consimțământul persoanei examinate

Examenul medical la angajare în muncă stabilește aptitudinea sau aptitudinea condiționată/ inaptitudinea în muncă pentru profesia/ funcția și locul de muncă solicitate, compatibilitatea/ incompatibilitatea cu eventualele boli, prezente la persoană în momentul examinării, și viitorul loc de muncă.

Sunt stabilite în detaliu procedurile de desfășurare a examenului medical și elementele acestuia.

Sunt stabilite de asemenea procedurile pentru examenul medical de adaptare în muncă, examenul medical periodic și examenul medical la reluarea activității.

HG 1282/2016 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind modul de cercetare și stabilire a diagnosticului de boală (intoxicație) profesională

Regulamentul sanitar privind modul de cercetare și stabilire a diagnosticului de boală (intoxicație) profesională stabilește cerințe pentru semnalarea, cercetarea cazurilor de suspiciune a bolilor (into-

xicațiilor) profesionale, declararea, înregistrarea și raportarea morbidității profesionale, în scopul aplicării măsurilor de tratament, precum și de prevenire a acțiunii factorilor profesionali de risc (chimici, fizici, fizico-chimici, biologici și alți factori provocați de procesul de muncă) asupra sănătății persoanelor.

Cercetarea cazurilor de suspiciune a bolilor (intoxicațiilor) profesionale, înregistrarea și raportarea lor la Agenția Națională pentru Sănătate Publică, precum și recomandarea măsurilor de asanare a condițiilor de muncă sînt responsabilitatea specialiștilor Centrelor de Sănătate Publică ale Agenției Naționale pentru Sănătate Publică.

Stabilirea diagnosticului de boală (intoxicație) profesională în conformitate cu Lista bolilor profesionale este responsabilitatea specialiștilor Centrului Republican de Boli Profesionale. Această listă poate fi modificată de către Ministerul Sănătății, în baza argumentelor științifico-medicale, cu publicarea ulterioară a acesteia în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

Fișa de semnalare a cazului de suspiciune a bolii (intoxicației) profesionale sau de modificare a diagnosticului prezumtiv se completează, cu consimțămîntul persoanei afectate, conform anexei nr.2 la prezentul Regulament, de către președintele comisiei medicale din instituția medico-sanitară publică /privată care a stabilit suspiciunea de boală (intoxicație) profesională sau la trimiterea medicului de familie.

Fișa de semnalare se expediază, pe suport de hîrtie și în formă electronică, Centrului de Sănătate Publică responsabil al Agenției Naționale pentru Sănătate Publică și angajatorului (conform ultimului loc de muncă al persoanei afectate) în termen de 24 de ore din momentul stabilirii suspiciunii de boală (intoxicație)

Sunt stabilite **procedurile pentru cercetarea cazurilor de suspiciune a bolilor (intoxicațiilor) profesionale** precum și responsabilitățile instituțiilor implicate : Centrul de Sănătate Publică responsabil al Agenției Naționale pentru Sănătate Publică precum și ale Medicului-șef și specialistului Centrului de Sănătate Publică responsabil al Agenției Naționale pentru Sănătate Publică teritorial.

Sunt stabilite, de asemenea, **procedurile și responsabilitățile pentru declararea cazurilor de boală (intoxicație) profesională precum și pentru înregistrarea și raportarea cazurilor de boală (intoxicație) profesională**

Legea privind Inspectoratul de Stat al Muncii Nr. 140 din 10-05-2001 modificata prin Legea Nr. 191 din 19-11-2020

Inspectoratul de Stat al Muncii este autoritate administrativă în subordinea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și are sediu în municipiul Chișinău. Inspectoratul de Stat al Muncii **coordonează la nivel național respectarea actelor normative în domeniul raporturilor de muncă și al securității și sănătății în muncă.**

Inspectoratul de Stat al Muncii exercită control de stat asupra respectării actelor legislative și a altor acte normative în domeniul raporturilor de muncă, cu excepția securității și sănătății în muncă, la întreprinderi, instituții și organizații, cu orice tip de proprietate și formă juridică de organizare, la persoane fizice care angajează salariați, precum și în autoritățile administrației publice centrale și locale denumite în continuare angajatori.

Obiectivele Inspectoratului de Stat al Muncii sunt următoarele:

a. Asigurarea aplicării ·dispozițiilor actelor legislative și ale altor acte normative referitoare la condițiile de muncă și la protecția salariaților în exercitarea atribuțiilor lor;

b. Difuzarea informațiilor despre cele mai eficace mijloace de respectare a legislației muncii;

c. Informarea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale despre deficiențele legate de aplicarea legislației muncii.

d. Regulamentul stabileste atribuțiile Inspectoratului de Stat al Muncii, printre care :

- ține și actualizează informația referitoare la autoritățile competente în domeniul controlului siguranței ocupaționale și la inspectorii de muncă din cadrul acestora;

- efectuează controlul de stat în domeniul respectării legislației cu privire la raporturile de muncă;

- participă, în comun cu autoritățile competente în domeniul controlului siguranței ocupaționale, la elaborarea actelor normative, metodologiilor, instrucțiunilor, ghidurilor, recomandărilor metodice cu privire la aplicarea prevederilor actelor normative referitoare la raporturile de muncă, securitatea și sănătatea în muncă, pe care le aprobă Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;
- după necesitate, prezintă Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale propuneri de modificare a actelor normative în domeniul raporturilor de muncă, al securității și sănătății în muncă;
- elaborează, cu participarea tuturor autorităților competente în domeniul controlului siguranței ocupaționale, raportul anual privind activitatea autorităților competente în domeniul controlului respectării legislației cu privire la raporturile de muncă, securitatea și sănătatea în muncă;

Articolul 8. Drepturile inspectorului de muncă

(1) În exercițiul funcțiunii, inspectorul de muncă, la prezentarea legitimației de serviciu, este în drept:

- a. **să pătrundă liber, la orice oră din zi sau din noapte, fără informarea prealabilă a angajatorului, în locurile de muncă, în încăperile de serviciu și de producție;**
- b. **să solicite și să primească de la angajator actele și informațiile necesare controlului;**
- c. **să solicite și să primească, în limitele competenței, declarații de la angajatori și salariați;**
- d. **să ceară lichidarea imediată sau într-un anumit termen a abaterilor constatate de la dispozițiile actelor legislative și ale altor acte normative referitoare la condițiile de muncă și la protecția salariaților în exercitarea atribuțiilor lor.**
- e. **să solicite retragerea de către autoritățile administrației publice competente a autorizației (licenței) de activitate a angajatorului pentru neexecutarea intenționată a prescripțiilor privind înlăturarea încălcărilor legislației muncii, stabilită în urma controalelor repetate.**

Articolul 10. Obligațiile angajatorului

Angajatorul are următoarele obligații:

- a) să asigure inspectorului de muncă acces liber, la orice oră din zi sau din noapte, la locurile de muncă, în încăperile de producție și de serviciu pentru efectuarea inspecției;
- b) să prezinte documentele și să dea informațiile solicitate de inspectorul de muncă în timpul efectuării inspecției;
- c) să asigure realizarea măsurilor stabilite de inspectorul de muncă în urma controlului.

Articolul 11. Răspunderi

(1) Încălcarea prevederilor prezentei legi atrage răspunderea prevăzută de lege.

(2) Constituie contravenție administrativă și se sancționează în condițiile legii:

a. împiedicarea, în orice mod, de către angajator a inspectorului de muncă de a-și exercita funcția în limitele drepturilor prevăzute la art.8;

b. refuzul angajatorului de a îndeplini, în termenele stabilite, măsurile obligatorii dispuse de inspectorul de muncă, în limitele drepturilor prevăzute la art.8.

(3) Măsurile luate de inspectorul de muncă pot fi contestate în modul stabilit de legislație.

In același timp, legea stabilește scopul și procedurile de efectuare a controlului de stat asupra respectării actelor legislative și a altor acte normative din domeniul muncii. Printre altele :

- Controlul repetat poate fi efectuat la expirarea termenului stabilit în cadrul controlului anterior de inspectorul de muncă pentru lichidarea încălcărilor, executarea prescripțiilor și conformarea cu prevederile legale.

- Controlul de fond și controlul tematic se desfășoară în conformitate cu Programul anual de activitate al Inspectoratului de Stat al Muncii, aprobat de directorul Inspectoratului de Stat al Muncii după coordonarea cu Ministerul Muncii și Protecției Sociale.

- Inspecțiile teritoriale de muncă desfășoară controlul de fond și controlul tematic conform planurilor trimestriale de activitate, elaborate în baza Programului anual de activitate al Inspectoratului de Stat al Muncii și aprobate de inspectorul-șef al inspecției teritoriale de muncă.

- Controlul de fond și controlul tematic pot fi realizate și la solicitarea angajatorului (persoanei care acționează în numele acestuia), a salariatului sau a sindicatelor.

La efectuarea controlului de stat asupra respectării actelor legislative și a altor acte normative din domeniul muncii, inspectorul de muncă verifică respectarea prevederilor legale referitoare la:

- contractul individual de muncă și contractul colectiv de muncă;

- timpul de muncă și timpul de odihnă;

- retribuirea muncii;

- normele de muncă;

- garanțiile și compensațiile ce decurg din relațiile de muncă;

- disciplina muncii;

- particularitățile de reglementare a muncii unor categorii de salariați;

- răspunderea materială potrivit legislației muncii;

- completarea, păstrarea și evidența carnetului de muncă;

- adaptarea rezonabilă a locului de muncă pentru persoanele cu dizabilități;

- crearea sau rezervarea locurilor de muncă și ocuparea/angajarea în muncă a persoanelor cu dizabilități în conformitate cu prevederile legislației în vigoare;

- prezentarea în adresa agențiilor teritoriale de ocupare a forței de muncă, de către angajatori, a rapoartelor despre locurile create și/sau rezervate în cadrul instituțiilor sale pentru persoanele cu dizabilități, precum și despre ocuparea acestor locuri de către persoanele cu dizabilități, în conformitate cu prevederile legislației în vigoare.

Legea privind Controlul de stat asupra activității de întreprinzător Nr. 131 din 08.06.2012 modificata prin Legea Nr. 191 din 19-11-2020

Scopul acestei legi constă în consolidarea cadrului juridic și instituțional în domeniul efectuării controlului de stat asupra activității de întreprinzător, denumit în continuare control.

Legea are următoarele obiective:

- a. **asigurarea unui nivel mai înalt de protecție a mediului, vieții, sănătății și proprietății persoanelor;**
- b. supravegherea introducerii și circulației pe piață a produselor în vederea asigurării siguranței acestora;
- c. **implementarea sistemului de analiză a riscurilor în baza criteriilor de risc.**

Legea reglementează:

- a) organizarea și desfășurarea controlului;
- b) stabilirea principiilor fundamentale ale controlului;
- c) stabilirea procedurii de efectuare a controlului.

Organele de control și autoritățile implicate direct sau indirect în procesul de pregătire și efectuare a controlului sînt obligate să aplice și să respecte următoarele principii fundamentale de siguranță:

- a) analiza riscurilor;
- b) acțiunea preventivă;
- c) transparența;
- d) protecția intereselor consumatorului.

Analiza riscurilor se realizează prin procesele de evaluare, comunicare și gestionare a riscurilor.

Evaluarea riscurilor include etapele de identificare și descriere a pericolelor, de determinare a modului de stabilire a pericolului și de caracterizare a riscului. Evaluarea riscurilor se bazează pe date veridice și informație științific argumentată. Evaluarea riscurilor se efectuează independent, obiectiv și transparent.

Comunicarea riscurilor se realizează în mod continuu și prevede schimbul oportun de informații în procesul de analiză a datelor

obiective, de concluzii cu privire la pericole, riscuri și la rezultatele evaluării riscurilor, precum și de decizii luate în procesul de gestiune a riscurilor între evaluatorul de risc, persoanele responsabile de gestionarea riscurilor, consumatori și agenți economici.

Gestionarea riscurilor este procesul de selectare a măsurilor corespunzătoare de prevenire și control al riscurilor prin identificarea celei mai bune alternative în baza evaluării riscurilor. Măsurile aplicate pentru prevenirea, diminuarea sau înlăturarea riscului trebuie să fie efective, obiective și proporționale riscului în cauză.

Se consideră control orice formă de verificare, revizie, audit, evaluare și/sau analiză exercitată de către un organ de control, cu scopul de a constata respectarea legislației și de a verifica unele fapte relevante pentru domeniul de control al organului în cauză, 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. Nu se consideră control de stat în sensul prezentei legi solicitarea informației de către organul de control fără efectuarea unei vizite la fața locului, dacă această informație este indispensabilă pentru planificarea controalelor în baza criteriilor de risc.

Organul de control este în drept 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.

Controalele planificate efectuate pe parcursul primilor 3 ani de activitate de la data înregistrării de stat a persoanei care practică activitate de întreprinzător au caracter consultativ și nu se vor solda cu sancțiuni sau măsuri restrictive, cu excepția cazurilor când în cadrul controlului se depistează încălcări foarte grave în sensul prezentei legi.

Limitele generale ale controlului și ale măsurilor în cadrul acestuia

Controlul se inițiază doar în urma analizei și evaluării riscurilor. Efortul și timpul alocat controlului, precum și metoda de control aplicată trebuie să fie proporționale nivelului de risc stabilit.

Autoritatea administrației publice centrale de supraveghere a controalelor este Cancelaria de Stat, denumită în continuare *autoritate de monitorizare a controalelor*.

Controlul inopinant

Organul de control poate decide efectuarea controalelor inopinate asupra unei persoane, în baza evaluării riscurilor, precum și poate emite inspectorului delegație de control, doar în cazul 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 sînt întrunite anumite condiții.

Controlul se efectuează în temeiul delegației semnate de conducătorul organului abilitat cu funcții de control.

Drepturile inspectorului

(1) În procesul efectuării inspectorul, controlorul are dreptul:

a) să pătrundă în orice încăpere utilizată de întreprinzător în activitatea sa, în măsura în care aceasta este parte a obiectului controlului, cu excepția domiciliului, în cazul cînd lipsește permisiunea posesorului legal. În caz de necesitate, inspectorul va putea intra în domiciliu sau în încăperea asimilată domiciliului doar cu asistența poliției, în condițiile legii;

b) să ceară informații, certificate, licențe, autorizații și alte documente obligatorii, relevante obiectului controlului;

c) să facă copii, înregistrări foto sau video ale documentelor sau ale altor obiecte purtătoare de informații;

d) să inspecteze și să măsoare bunuri, să preleveze mostre din ele, cu includerea informației despre prelevarea mostrelor în procesul-verbal de control. În acest scop, inspectorul are dreptul să deschidă pachete, ambalaje, să rupă sigilii. La cererea persoanei prejudici-

ate, inspectorul, după caz, va preleva și a doua mostră, cu excepția cazului cînd actul normativ dispune altfel;

e) să inspecteze mijloacele de transport doar în cazul cînd deține informații că în ele se află bunuri care constituie obiectul controlului sau dacă mijloacele de transport sînt obiect al controlului în corespundere cu domeniul de control.

(3) Inspectorul va exercita drepturile specificate doar în limitele competenței sale administrative și doar în măsura în care acest lucru este cerut de lista de verificare menționată în delegația de control.

Persoana supusă controlului este obligată să prezinte documentele și informațiile ce țin direct de obiectul controlului, solicitate de inspectorii în vederea efectuării controlului, să permită accesul inspectorilor în încăperile sale de serviciu pe parcursul programului de lucru și să asigure, la inițierea controlului și pe durata desfășurării acestuia, prezența conducătorului său ori a reprezentantului.

Persoana supusă controlului și angajații acesteia, în limitele competenței, au obligația de a coopera cu inspectorul și de a contribui la exercitarea drepturilor acestuia.

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.

În cazul în care în cadrul controlului efectuat de organul de control se constată încălcări ale legislației ce nu constituie infracțiuni, organul în cauză include în procesul-verbal de control o prescripție privind înlăturarea acestor încălcări.

Urmare a acțiunii de control pot fi impuse și anumite măsuri restrictive. Acestea 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, constatată în cadrul controlului.

Persoana supusă controlului care se consideră vătămată într-un drept al său, recunoscut de lege, prin delegația de control, decizia de

prelungire a duratei controlului sau prin procesul-verbal de control, prin acțiunile sau inacțiunile inspectorului este în drept să le conteste, în tot sau în parte, prin depunerea la organul de control a unei cereri prealabile de contestare, în formă scrisă.

Rezultatele controlului se consideră nule și nu pot servi drept temelie pentru executarea prescripției privind înlăturarea încălcărilor și/sau pentru aplicarea sancțiunilor respective în cazul în care controlul a fost efectuat de organul de control și/sau de colaboratorii acestuia cu încălcarea prevederilor prezentei legi.

Organele de control stabilesc anual obiective și indicatori de performanță corespunzători în vederea atingerii unei eficiențe maxime și a micșorării constante a presiunii asupra mediului de afaceri.

Organele de control sînt obligate să întocmească și să publice pe pagina electronică și în Registrul de stat al controalelor rapoarte anuale despre activitatea de control efectuată pe durata anului și rezultatul acestei activități, modul de executare a planurilor de control și nivelul de atingere a obiectivelor trasate și a indicatorilor de performanță prestabiliți.

Articolul 11¹, introdus prin Legea Nr. 191 din 19.11.2020, stabilește modul de efectuare a controlului de stat asupra respectării actelor normative din domeniul muncii, securității și sănătății în muncă. În ceea ce privește controlul inopinat, acesta reprezintă controlul exercitat în afara planului anual al controalelor și se efectuează în conformitate cu prevederile Legii nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător.

Prin Articolul 11², introdus prin Legea nr. 191 din 19.11.2020, controlul de stat asupra respectării actelor normative din domeniul muncii, securității și sănătății în muncă, care se efectuează în baza listelor de verificare, aprobate conform rigorilor stabilite de Guvern.

CADRUL INSTITUȚIONAL DE FUNCȚIONARE A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE MUNCII ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Ministerul Muncii și Protecției Sociale

Articolul 223 din Codul Muncii stabilește ca **Ministerul Muncii și Protecției Sociale exercită coordonarea securității și sănătății în muncă** în Republica Moldova.

Ministerul are misiunea de a analiza situația și problemele, **de a elabora politici publice eficiente precum și de a monitoriza calitatea politicilor și actelor normative și de a propune intervenții justificate ale statului care urmează să ofere soluții eficiente în domeniul muncii**, asigurând cel mai bun raport dintre rezultatele scontate și costurile preconizate. În acest sens, **ministerul elaborează analize ex ante, documente de politici, proiecte de acte normative în domeniul muncii, inclusiv a celor pentru asigurarea executării actelor normative și decretelor Președintelui Republicii Moldova**, după publicarea acestora în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, **în colaborare cu reprezentanți relevanți ai societății civile și ai comunității de afaceri**;

Autoritățile administrative din subordinea Ministerului Muncii cu atribuții în cadrul Sistemului de Sănătate în Muncă sunt Inspectoratul de Stat al Muncii, Inspectoria Socială și Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă.

Ministerul Sănătății

Ministerul Sănătății este organul central de specialitate al administrației publice care asigură realizarea politicii guvernamentale în domeniul ocrotirii sănătății.

Ministerul Sănătății elaborează analize, documente de politici, proiecte de acte normative în domeniul muncii, inclusiv a celor pentru asigurarea executării actelor normative și decretelor Președintelui Republicii Moldova, după publicarea acestora în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, în colaborare cu reprezentanți relevanți ai societății civile și ai comunității de afaceri.

Ministerul este investit cu dreptul de a solicita și să primească de la alte ministere, autorități administrative centrale și alte autorități publice, precum și de la autoritățile administrației publice locale informațiile necesare pentru îndeplinirea funcțiilor și exercitarea atribuțiilor. Prin aceasta, ministerul are un rol determinant în colectarea de informații și date cu privire la sănătatea ocupațională.

Agenția Națională pentru Sănătate Publică prin Direcția Control de Stat în Sănătate (Inspectorat)

Este subordonată Ministerului Sănătății

În conformitate cu prevederile HG 1025 din 07.09.2016, ANSP exercită, prin specialiștii proprii, controlul privind respectarea cerințelor stabilite de respectivul Regulament, în conformitate cu Legea privind supravegherea de Stat a Sănătății Publice.

În raportul Activitatilor de bază desfășurate în domeniul controlului de Stat în Sănătate Publică pentru trimestrul IV al anului 2021 au fost publicate următoarele date :

– Specialiștii Agenției Naționale pentru Sănătate Publică (ANSP) abilitați cu drept de control în sănătate publică au realizat, în total, 3384 de controale, în care 2177 de controale au fost efectuate în mod inopinat ;

- 1420 (65,2%) din ele cu scopul eliberării actelor permissive;
- 63 (2,9%) cu scopul examinării diverselor petiții și sesizări parvenite în adresa ANSP;

- 694 (31,9%) de controale au fost efectuate în scopul verificării implementării și respectării măsurilor de prevenire și control a infecției COVID-19 în conformitate cu prevederile Hotărârilor Comisiei Naționale Extraordinare de Sănătate Publică.

– În cadrul controalelor efectuate au fost depistate neconformități în activitatea unor agenți economici, cum ar fi:

- lucrătorii entității supuse controlului nu au susținut examenul medical periodic pentru anul curent (în 43% cazuri);
- lipsa listelor nominale a persoanelor care activează în condi-

ții de expunere la factorii profesionali de risc, coordonate cu Centrele de Sănătate Publică teritoriale (în 11% cazuri);

- lucrătorii entităților controlate nu au susținut instruirea igienică (în 31,7 % cazuri);
- nu au fost prezentate rezultatele investigațiilor de laborator a factorilor de risc la locul de muncă (în 25 % cazuri);

De asemenea, în cadrul controalelor inopinate la instituțiile și obiectivele pasibile controlului de stat în domeniul sănătății publice au fost constatate și încălcări ce țin de respectarea măsurilor de prevenire și control a infecției COVID-19 (în 12,7% cazuri)

Ca rezultat al controalelor efectuate de către subdiviziunile ANSP, au fost întocmite și expediate în adresa factorilor de decizie 628 prescripții sanitare, au fost întocmite 330 procese-verbale de contravenție administrativă, emise 163 planuri de remediere cu indicarea măsurilor și termenului realizării acestora în vederea conformării contravenientului cu cerințele legislației, au fost perfectate 167 decizii de aplicare a amenziilor în sumă de 332100 lei și emise 9 Hotărâri de suspendare/interzicere.

Prin Ordinul nr. 1252 din 31 decembrie 2021 a fost aprobat Planul de Acțiuni al Agenției Naționale pentru Sănătate Publică pentru realizarea obiectivelor și indicatorilor de performanță conform HG 355/2020, pentru anul 2022. În cadrul acestui plan de acțiuni este inclus indicatorul Boli Profesionale. ANSP își propune drept parametru ce urmează a fi calculat numărul de pacienți cu boli profesionale la 100 000 de angajați. Raportarea statistică se va face anual, de către Ministerul Sănătății și Cancelaria de Stat ce va avea ca obiectiv ”Sporirea nivelului de depistare a bolilor profesionale prin efectuarea examenului medical periodic și la angajare”.

Inspectoratul de Stat al Muncii

Activitatea instituției se desfășoară în temeiul Legii Nr. 140 din 10.05.2001 modificată prin Legea Nr. 191 din 19.11.2020

Prin modificările din 19.11.2020, domeniul sănătății în muncă a

fost re-introdus în lista de competențe ale Inspectoratului de Stat al Muncii, alături de relațiile de muncă și securitatea în muncă, revenindu-se asupra reformelor din 2017.

Activitatea de monitorizare și control în domeniul relațiilor de muncă se desfășoară în baza listei de verificare pentru controlul de stat în domeniul raporturilor de muncă aprobată prin Ordinul nr. 18 din 21.12.2021 al Ministerului Muncii și Protecției Sociale.

Activitatea de monitorizare și control în domeniul Securității și Sănătății în Munca se desfășoară în baza Listelor de verificare în domeniul securității și sănătății în muncă, aprobate prin Ordinul nr. 1534 din 27 decembrie 2018, modificat prin Ordinul nr. 714 din 04.08.2020.

Listele de Verificare Generala și Listele de Verificare specifice, pe domenii de activitate sau categorii de risc, cuprind elementele de verificare prin care să fie garantate elaborarea și implementarea:

- evaluarea riscurilor profesionale la unitate
- măsurile preventive și evaluarea riscurilor în domeniul securității în muncă și apariției bolilor profesionale cauzate de factori fizici (praf, zgomot, iluminare, etc.) sau chimici
- efectuarea examenului medical periodic și, după caz, testarea psihologică periodică a lucrătorilor
- desemnarea unuia sau a mai multor lucrători pentru a desfășura activități de protecție și prevenire
- instruirea personalului și responsabililor în domeniul securității în muncă și apariția bolilor profesionale
- aprovizionarea și folosirea echipamentului de protecție,
- intervenția în cazul accidentelor de muncă, inclusiv și comunicarea acestora și evidența accidentelor de muncă ce au ca efect incapacitatea de muncă a lucrătorului, conform legii

În cadrul Organigramei de Funcționare a Inspectoratului de Stat al Muncii, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 788 din 7 octombrie 2013 sunt incluse **Direcția monitorizarea controlului în do-**

meniul raporturilor de muncă și securității și sănătății în muncă și **Direcția analiza și evaluarea riscurilor, planificarea controalelor și raportare, informare și instruire**, având rol direct în coordonarea întregii activități a inspectorilor de muncă, conform mandatului acordat.

În cadrul Inspectoratului de Stat al Muncii sunt angajați 79 de inspectori și 25 de funcționari publici și personal suport.

Raportul anual privind activitățile de control

Pe parcursul anului 2021, inspectorii de muncă din cadrul Inspectoratului de Stat al Muncii au efectuat 2505 controale (1640 în domeniul raporturilor de muncă, 795 – securității și sănătății în muncă și 70 – complexe, în domeniul raporturilor de muncă și securității și sănătății în muncă) la unități cu un număr de 122,9 mii salariați, din care 64,2 mii femei (inclusiv 12,2 mii din mediul rural), 1067 persoane cu dizabilități și 26 minori.

Din numărul total – 1978 constituie controale planificate (din care 521 în sectorul public și 1457 în sectorul real) și 527 inopinate (din care 175 în sectorul public și 352 în sectorul real).

Cu deplasarea în teren la agentul economic au fost efectuate 1329 controale, iar 1176 – din oficiu.

Au fost stabilite și consemnate 17957 încălcări și abateri de la prevederile actelor legislative și normative, din care:

- 10434 în domeniul raporturilor de muncă
- 7523 în domeniul securității și sănătății în muncă.

Pentru monitorizarea modului și termenilor de achitare a salariilor, au fost efectuate 379 controale (189 planificate și 190 inopinate) la unități, care au admis restanțe și neachitarea altor plăți salariale în sumă de 41,8 mil. lei față de 4097 angajați, din care 1346 femei și 24 persoane cu dizabilități.

Sub aspectul realizării obiectivului „Intensificarea controlului în scopul depistării evaziunilor fiscale și contracarării fenomenului muncii nedeclarate din Planul de acțiuni prin Hotărârea Guvernu-

lui nr.477 din 28.06.2011, la 21 angajatori persoane juridice și 31 angajatori persoane fizice au fost depistate 80 persoane, ce activau fără forme legale de angajare, din care 7 femei și 10 minori. Pentru prestarea muncii de către salariați fără a avea încheiat un contract individual de munca în formă scrisă și utilizarea muncii nedeclarate, de către inspectorii de muncă, în temeiul articolelor 55 al.3 lit.a) și 55¹ Codul contravențional, au fost încheiate 48 procese-verbale cu privire la contravenție, care au fost înaintate spre examinare instanței de judecată. Au fost repuse în drepturi 10 persoane, fiindu-le legalizate raporturile de muncă. În perioada respectivă au fost examinate 119 petiții, care au semnalizat munca nedeclarată, pe motivul că angajații activau fără forme legale de angajare. În urma examinării petițiilor, faptele invocate în 100 petiții nu s-au confirmat.

Totodată, pentru contracararea muncii nedeclarate au fost întreprinse acțiuni de colaborare între reprezentanții autorităților semnatare a Regulamentului comun privind activitatea echipelor multidisciplinare: Inspectoratul de Stat al Muncii, Inspectoratul General de Poliție, Serviciul Fiscal de Stat, Confederația Națională a Sindicatelor din Moldova.

Drept rezultat, cadrul juridic vizând sănătatea ocupațională poate fi evaluat pe câteva filiere:

- existența și suficiența reglementărilor în domeniul sănătății ocupaționale;
- calitatea reglementărilor;
- concordanța cu legislația internațională.

O evaluare a cadrului juridic național relevă accentuarea a patru drepturi fundamentale: dreptul cetățeanului la ocrotirea sănătății, dreptul la condiții de muncă inofensive, dreptul la asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, precum și la dreptul de a fi informat obiectiv despre riscurile la locul de muncă.

Cadrul juridic de reglementare a activității în domeniul sănătății muncii se dezvoltă, în mare, pe două căi: elaborarea și adoptarea de noi legi conforme standardelor europene și ajustarea conținutului legilor adoptate anterior la rigorile legislației europene.

Reglementările naționale ale activității în sănătatea ocupațională în bună parte răspund celor mai bune practici internaționale (dar nu întotdeauna sunt adecvate realității RM). Totodată, ele nu sunt nici suficiente, nici eficiente.

O retrospectivă a situației din domeniu de la declarația independenței RM și până în prezent permite a scoate în evidență lacune ce necesită remediere, între care:

- lipsa unei viziuni de ansamblu sau a unei concepții generale de dezvoltare a sănătății ocupaționale pe termen lung, bazate pe principiile, standardele și valorile medicinei (nu igienei) muncii promovate de OMS și de Organizația Internațională a Muncii (Convenția nr. 161/1985) și care ar servi drept punct de referință pentru crearea/completarea/ajustarea legislației menite să asigure evoluția serviciului (domeniului) sănătății ocupaționale;

- insuficiența normelor juridice pe măsură să asigure evaluarea, monitorizarea, comunicarea și managementul riscurilor profesionale la locul de muncă, precum și depistarea și monitorizarea efectelor (reacțiilor) adverse pe starea de sănătate a persoanelor expuse, protecția sănătății populației ocupate, care generează surprerea potențialului economic și de dezvoltare sustenabilă a statului;

- lipsa de mecanisme juridice care ar asigura independența reală al specialiștilor din domeniul sănătății ocupaționale în supravegherea condițiilor de muncă și stării de sănătate în relație cu ocupația sau accesul nelimitat la informațiile autorităților de control în securitatea și sănătatea ocupațională, necesare pentru pronosticarea efectelor negative pe starea de sănătate a angajaților espuși;

- lipsa mecanismelor juridice de protecție a sănătății ocupaționale de acțiuni subversive din interior sau din exterior;

- lipsa în legislația în vigoare a noțiunilor și definițiilor cu referire la *sănătatea muncii și bolile profesionale* (figurează doar declarative, în titluri sau articole generale), accentul fiind pus pe noțiunea de *securitatea muncii și accidentele de muncă*.

- lipsa unor reglementări separate sau diferențiate (inclusiv a

fișelor de verificare) pentru securitatea/sănătatea muncii;

- intervenția frecventă și, uneori, inadecvată în conținutul legilor în vigoare, fapt ce dinamitează stabilitatea necesară cadrului juridic.

În pofida unor realizări pe segmentul creării (elaborării) legislative, sunt necesare eforturi conjugate pentru asigurarea funcționării nestingherite a specialiștilor în domeniul sănătății ocupaționale în conformitate cu practicile (obiceiurile,) internaționale în domeniul sănătății și securității ocupaționale.

Având în vedere ratificarea Convenției **OIM nr.161 - Servicii de sănătate ocupațională din 25 mai 2021;**

Ținând cont de adoptarea „Planului de acțiune pentru **implementarea Convenției OIM nr.161 - Servicii de sănătate ocupațională**” și a celor 3 Obiective Specifice ale acestui Plan;

Având în vedere necesitatea obiectivă a dezvoltării, în Republica Moldova, a unui sistem de securitate și sănătate în muncă durabil și eficient pentru protecția lucrătorilor împotriva bolilor, bolilor și accidentărilor legate de muncă, inclusiv a unui serviciu de sănătate a muncii în conformitate cu convenția de mai sus ;

Analizând cadrul normativ și instituțional existent în Republica Moldova, ca parte a Sistemului SSM, pot fi luate în considerare următoarele concluzii:

1. Realizări majore:

- Ratificarea standardelor OIM în domeniul SSM și LI;
- Nivel înalt de angajament politic pentru îmbunătățirea situației sistemelor SSM, Sănătatea Muncii și Inspekția Muncii;
- Profesionalismul și abilitățile de nivel înalt ale participanților;
- Angajamentul partenerilor sociali de a contribui la îmbunătățirea sistemului de Securitate și Sănătate în Muncă

2. Principalele provocări

În pofida progreselor semnificative înregistrate în întreaga țară, mai persistă mai multe provocări pentru activitatea sistemelor naționale de SSM și sănătate în muncă și a organismelor de inspekție a muncii și a sănătății:

- decalajele existente între legislația națională privind SSM și sistemele de sănătate în muncă și standardele internaționale aplicabile în acest domeniu, în special în ceea ce privește dispozițiile legale aplicabile privind mecanismele de cooperare instituțională;
- lipsa politicilor privind utilizarea echilibrată a acțiunilor de prevenire și a celor de impunere a respectării prevederilor legale;
- lipsa resurselor financiare, umane și tehnice;
- capacitate scăzută, la nivelul întreprinderilor, pentru derularea activităților de evaluare a riscurilor și de dezvoltare și implementare a măsurilor necesare pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă
- legislația complementară privind inspecția muncii și controlul de stat asupra activității de întreprinzător nu oferă o bază legală suficientă pentru ca inspectorii de muncă și inspectorii sanitari să își desfășoare funcțiile în conformitate cu standardele internaționale ale muncii și creează restricții serioase în activitatea lor, toate acestea în contradicție cu standardele OIM în acest domeniu;
- hiper-descentralizarea instituțiilor guvernamentale de monitorizare și control în domeniul Sănătății Muncii
- nivelul scăzut, cantitativ și calitativ, al activităților de monitorizare și control în domeniul SSM, așa cum reiese din datele publicate în rapoartele Inspectoratului de Stat al Muncii și Agenției Naționale de Sănătate Publică
- procesul îndelungat de stabilire a bolii profesionale, cauzat de procedurile mult prea complicate și birocratia excesivă
- lipsa de date și instrumente pentru dezvoltarea de programe și planificare eficiente; deficiențele semnalate de principalii actori în colectarea de date și elaborarea sistematică și programată de statistici oficiale în vederea formulării, implementării, modernizării și evaluării politicilor naționale în domeniul SSM
- absența unor reglementări coerente privind modalitatea de abilitarea a serviciilor externe de prevenire și protecție.

3. Acțiuni de perspectivă (de implementat)

a) Consolidarea rolului și funcțiilor instituției medicului de muncă în conformitate cu standardele internaționale, în special art. 5 din Convenția OIM nr. 161, prin adoptarea legislației necesare în acest domeniu; implementarea mecanismelor de intervenție eficientă a medicilor de medicina muncii la nivelul întreprinderilor.

b) Implementarea efectivă a mecanismului de evaluare a riscurilor la nivelul întreprinderilor în conformitate cu Art.5 lit. (a) din Convenția OIM Nr. 161 și ghidurile OIM privind Implementarea Sistemului de Management SSM în întreprinderi.

- Îmbunătățirea cadrului legal privind procedurile de evaluare a riscurilor la nivelul întreprinderilor
- Consolidarea cooperării, la nivelul întreprinderii, între management și reprezentanții salariaților, Centrelor de sănătate publică, subdiviziuni teritoriale ale Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, Agenția Națională de Sănătate Publică, Inspectoratul de Stat al Muncii și serviciile externe abilitate în domeniul SSM pentru a obține condiții decente de muncă și întreprinderi durabile.
- Intensificarea activităților de monitorizare și control privind evaluarea riscurilor și dezvoltarea și implementarea de măsuri pentru îmbunătățirea condițiilor de securitate și sănătate în muncă.
- Dezvoltarea capacității de evaluare a riscurilor și dezvoltare și implementare de măsuri de îmbunătățire a securității și sănătății în muncă prin:
 - Informare și consultare cu privire la legislația în domeniul SSM
 - Campaniilor de promovare a culturii preventive
 - Monitorizare și control preventiv din parte instituțiilor abilitate

c) Dezvoltarea capacității instituționale a Inspectoratului de Stat al Muncii pentru eficientizarea activităților de monitorizare și control prin:

- Modificarea cadrului legal, în special Legea nr. 131 din 08.06.2012 privind Controlul de Stat asupra Activității antreprenoriale modificată prin Legea nr. 191 din 19-11-2020 și Legea

140 privind Inspectoratul de Stat al Muncii modificata prin Legea nr. 191 din 19.11.2020

- Reorganizarea cadrului instituțional și a mecanismului de monitorizare și control al Sistemului de Sănătate a Muncii în conformitate cu art. 5 lit. (f) din Convenția OIM nr.161.
- Întărirea competențelor inspectorilor de muncă și inspectorilor sanitari în linie cu prevederile art. 12 din Convenția OIM 81
- Eficientizarea activității ISM prin implementarea unui Plan Strategic de Conformare. (Ghidul OIM “ILO Approach to Strategic Compliance Planning for Labour Inspectorates”)

d) Dezvoltarea unor strategii speciale privind implementarea măsurilor de îmbunătățire a sănătății ocupaționale pentru anumite sectoare ale economiei sau categorii de lucrători : agricultura, microintreprinderi și întreprinderi mici și mijlocii, lucrătorii domestici, persoanele fizice autorizate, etc.

e) Alocarea resurselor necesare pentru a fi alocate în scopul îmbunătățirii capacității tuturor instituțiilor implicate în implementarea Sistemului de management al SSM și a Sistemului de sănătate în muncă.

f) Îmbunătățirea mecanismului de colectare a datelor și a statisticilor în scopul creării sursei necesare de informații pentru elaborarea și implementarea politicilor și strategiilor eficiente SSM și Sănătate Ocupațională, consolidarea intervențiilor preventive și a aplicării legii pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă;

g) Dezvoltarea unui mecanism de cooperare și sprijin care se adresează angajatorilor și lucrătorilor și reprezentanților acestora, în cadrul dialogului social instituționalizat, pentru a spori capacitatea acestora de a contribui la dezvoltarea și implementarea politicilor, strategiilor și activităților de condiții de muncă mai bune.

Stabilirea unui sistem coerent de sancțiuni în linie cu prevederile art. 17 – 18 din Convenția OIM 81.

Analiza SWOT a cadrului juridic și de reglementare al Republicii Moldova în domeniul sănătății ocupaționale

Evaluarea cadrului juridic de reglementare a domeniului de securitate și sănătate în muncă național relevă accentuarea a cinci drepturi fundamentale:

1. dreptul fundamental la viață;
2. dreptul cetățenilor la ocrotirea sănătății;
3. dreptul la condiții de muncă sigure;
4. dreptul la asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;
5. dreptul de a fi informat obiectiv despre riscurile la locul de muncă.

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.

Puncte tari:

- Cadrul legal și de reglementare (normare) în securitatea și sănătatea muncii existent este suficient;
- Ratificarea standardelor OIM în domeniul SSM și IM;
- Dezvoltarea bazei de date, cu acces liber, a textelor integrale a actelor legislative primare și secundare cu modificările ulterioare;
- Nivel înalt de angajament politic pentru îmbunătățirea situației

sistemelor SSM, Sănătatea Muncii și Inspekția Muncii;

Puncte slabe:

- Decalajele existente între legislația națională privind SSM și sistemele de sănătate în muncă și standardele internaționale aplicabile în acest domeniu, în special în ceea ce privește dispozițiile legale aplicabile privind mecanismele de cooperare instituțională;
- Lipsa politicilor privind utilizarea echilibrată a acțiunilor de prevenire și a celor de impunere a respectării prevederilor legale;
- Legislația complementară privind inspekția muncii și controlul de stat asupra activității de întreprinzător nu oferă o bază legală suficientă pentru ca inspectorii de muncă și inspectorii sanitari să își desfășoare funcțiile în conformitate cu standardele internaționale ale muncii și creează restricții serioase în activitatea lor, toate acestea în contradictoriu cu standardele OIM în acest domeniu;
- Hiper-descentralizarea instituțiilor guvernamentale de monitorizare și control în domeniul sănătății muncii;
- Procesul îndelungat de stabilire a diagnosticului de boli profesionale, cauzat de procedurile mult prea complicate și birocrăția excesivă.
- Lipsa politicilor privind utilizarea echilibrată a acțiunilor de prevenire și a celor de impunere a respectării prevederilor legale.

Oportunități:

- Acordul de Asociere a RM la UE și obligativitatea de armonizare a legislației naționale în conformitatea cu acquis-ul UE,
- Profesionalismul și abilitățile de nivel înalt al specialiștilor din domeniu;
- Angajamentul partenerilor sociali de a contribui la îmbunătățirea sistemului de Securitate și Sănătate în muncă.

Riscuri:

- Criza legată de războiul din țara vecină;
- Instabilitatea politică;
- Lipsa resurselor financiare, umane și tehnice;

- Lipsa de date și instrumente pentru colectarea de date și elaborarea sistematică și programată de statistici oficiale în vederea formulării, implementării, modernizării și evaluării politicilor naționale în domeniul SSM;
- Nivelul scăzut, cantitativ și calitativ, al activităților de monitorizare și control în domeniul SSM ;
- Absența unor reglementări coerente privind modalitatea de abilitarea a serviciilor externe de prevenire și protecție.

4.2. Gestionarea domeniului sănătății ocupaționale

Tradițional în RM, spre deosebire de țările din UE, problemele de securitate și sănătate în muncă erau gestionate, respectiv de 2 actori-cheie: Inspecția de Stat în Muncă și Serviciul de Stat de Supraveghere a Sănătății Publice.

Organizarea asistenței medicale a angajaților, era și rămâne în continuare după principiile igienei muncii (cea mai ineficientă formă din cele 10 existente, potrivit estimărilor OMS), care presupune divizarea distinctă între dimensiunea preventivă și dimensiunea clinică.

Prin adoptarea Legii securității și sănătății în muncă nr. 186 din 10.07.2008, în loc de Legea RM cu privire la Protecția muncii (2003), s-a operat transpunerea legislației UE și ILO, care însă nu a fost urmată de schimbări structurale și a actorilor-cheie din domeniu.

Astfel, Legea securității și sănătății în muncă 186/2008, în art.1, definește termenul de securitate și sănătate în muncă drept *un ansamblu de activități având ca scop asigurarea celor mai bune condiții de lucru, apărarea vieții, sănătății, integrității fizice și psihice a lucrătorilor*. Prin operarea modificărilor la legea respectivă din iunie 2018, Inspecția de Stat a Muncii este declarată *autoritate principală în securitatea și sănătatea muncii și toată activitatea ce ține de accidente de muncă*, astfel componenta starea de sănătate per general și bolile profesionale în special rămân vagi. În plus, după implementarea reformei Serviciului de Supraveghere a Sănătății Publice (2018), competențele dimensiunilor de securitatea și sănătatea în muncă, au fost comasate, după exemplul țărilor din UE, și divizate la 10 Agenții

Naționale. În rezultat, ANSP este responsabilă de controlul întrebărilor de securitatea și sănătatea muncii în instituțiile medico-sanitare. În același timp, listele de verificare aprobate în mare parte reflectă problemele de securitatea muncii și mai puțin (aproape de 0) de sănătatea muncii. Totodată, celelalte agenții nu dispun de personal cu formare profesională în sănătatea ocupațională.

Drept consecință a reformelor implementate, problemele ce țin de sănătatea ocupațională și monitorizarea stării de sănătate a angajaților, precum și pronosticarea efectelor adverse pe sănătate, prevăzute de Legea 10, art. 4 (2), precum și realizarea prevederilor HG 1025 din 07.09.2016, HG 324 din 30.05.2013, GH 1282 din 29.11.2016 sunt compromise. În plus, din cele 37,5 funcție de stat de medic igienist în sănătatea ocupațională, cu 24 persoane fizice, după crearea ANSP, au rămas doar 5, ceilalți ocupând funcții de inspec-tori sau medici în secția Protecția sănătății, prin aceasta operându-se ignorarea rolului și poziției sănătății ocupaționale în păstrarea și promovarea stării de sănătate a angajaților și populației în vârstă aptă de muncă, per general.

Deci, în prezent, întrebările de Sănătate ocupațională în speță, ce ține de monitorizarea factorilor de risc profesional, în unitățile economice au rămas fără acoperire.

Asistența medicală a angajaților economiei naționale, expuși acțiunii factorilor nocivi și nefavorabili, se acordă de către 148 instituții medico-sanitare, inclusiv 24 private prin intermediul Comisiilor medicale în componența secțiilor consultative, formate din 5-9 medici-specialiști, anual fiind implicați circa 330 de medici. Un medic specialist examinează în medie 2000 persoane. De menționat că medicii respectivi nu au competențe în boli profesionale. Instituțiile medicale antrenate în efectuarea examenelor medicale periodice, nu dispun de baza materială necesară pentru aplicarea tuturor metodelor instrumentale și de laborator pentru detectarea markerilor de expunere și de acțiune biologică a factorilor de risc ocupațional. În același timp, în standardele de evaluare și acreditare în sistemul de sănătate

lipsesc indicatori de evaluare a condițiilor pentru acreditarea IMSP în efectuarea examenelor medicale periodice a persoanelor expuse factorilor profesionali nocivi și nefavorabili.

În RM, per total, sunt doar 9,0 funcții de medic specialist în patologia profesională (Chișinău – 3, Bălți– 1, Călărași – 1, Hîncești – 0,5, Rîșcani – 1, Ceadâr-Lunga – 1, Florești – 1 și Strășeni – 0,5), majoritatea ocupate prin cumul de medici specialiști în alte domenii.

Procesul de profesionalizare în domeniul sănătății ocupaționale

Pornind de la faptul că profesia constituie un câmp ocupațional în interiorul căruia se regăsesc elementele comune tuturor profesiilor: corp de cunoștințe, instituții de formare, coduri deontologice, asociații profesionale etc. am considerat important de a evalua și această dimensiune.

În RM procesul de re/profesionalizare în medicina muncii are, actualmente, următoarele caracteristici de bază: - corp eterogen de cunoștințe format dintr-o gamă largă de percepte teoretice; - un sistem insuficient dezvoltat de formare a profesioniștilor în medicina muncii (separat Igiena muncii și Boli profesionale), - codul etic și deontologic în medicină și la nivel de IMSP, - comisia de supraveghere a respectării eticii și deontologiei profesionale, - asociații profesionale, constituite la nivel național (Societatea medicilor igienști și Societatea medicilor în boli profesionale și geriatrie).

Totuși, în procesul de profesionalizare sunt necesare îmbunătățiri, mai ales, pe două filiere: cea formativă și cea de autoreglementare.

Pe prima filiera atestăm că, pregătirea specialiștilor în sănătate ocupațională actualmente se realizează doar la USMF ”Nicolae Testemițanu”. Educația postuniversitară în Medicina muncii, prin rezidențiat a fost introdusă pentru promoția absolvenților anului 2018 (1 medic rezident), în 2019 – 3 rezidenți, ceea ce este insuficient pentru acoperirea necesităților reale în specialitatea respectivă. De

menționat și lipsa formării medicale continuă a medicilor de profil terapeutic, antrenate în efectuarea examenelor medicale periodice la catedrele de profil Igienă și Boli profesionale).

În prezent, la nivelul anului 2023, avem 1 medic specialist în boli profesionale (format prin programul de secundariat clinic), 4 medici specialiști de medicina muncii (formați prin programul de rezidențiat) și 21 de medici specialiști cu competențe în medicina muncii (formați prin cursuri complementare de educație medicală continuă).

Se constată un decalaj între cererea reală de competențe în sănătatea ocupațională, generat de incapacitatea instituțiilor medico-sanitare publice și private prestatoare de îngrijiri medicale populației ocupate, de a reacționa operativ la ofertele departamentului de educație medicală continuă în domeniul (cursuri de perfecționare tematică *Actualități în sănătatea ocupațională* și *Analiza și evaluarea riscurilor ocupaționale*), planificate la Disciplina de igienă.

Pe cea de a doua filiera atestăm lipsa de norme autoasumate de conduită profesională în domeniul sănătății ocupaționale, lipsa unui organism funcțional care ar supraveghea respectarea normelor profesionale (calitatea examenelor medicale), lipsa cooperării sau cooperarea insuficientă între Inspecția de stat a muncii și ANSP, secția sănătate ocupațională, siguranță chimică și toxicologie, precum și cooperarea între biroul național OIM și ANSP.

5. PROFILUL REPUBLICII MOLDOVA DIN PERSPECTIVA RISCURILOR PROFESIONALE PENTRU SĂNĂTATE

Abordarea științifică a evaluării stării de sănătate a populației și a organizării măsurilor de prevenție și tratament este una dintre principalele sarcini ale autorităților legislative și executive ale statului, care determină politica de protecție a sănătății, măsurile economice, legislative și sociale.

Pentru dezvoltarea politicilor în domeniul protecției sănătății sunt necesare dovezi elocvente despre tendințele morbidității și mortalității populației generale sau a unor segmente ale ei, pentru a identifica legăturile de formare a stării de sănătate, a apariției și răspândirii patologiei umane. Ratele de incidență și corelarea dintre diferiții indicatori ai stării de sănătate, precum și cu factorii lor determinanți caracterizează situația obiectivă și permit elaborarea măsurilor pentru îmbunătățirea sănătății publice.

Indicatorii stării de sănătate reflectă capacitățile sistemului de sănătate de a presta servicii medicale, determină volumul și tipul îngrijirilor de sănătate, costurile etc. Totodată, indicatorii de sănătate stau la baza creării de noi oportunități pentru creșterea eficacității programelor naționale de prevenție și control al afecțiunilor cu răspândire largă și de promovarea sănătății, menite să îmbunătățească în mod constant sănătatea populației. Printre multiplii actori ai sistemului de sănătate un rol decisiv în fortificarea stării de sănătate a populației revine asistenței medicale primare și medicului de familie implicit, care este alături de pacient și de nevoile lui, de la naștere și pe tot parcursul vieții. Calitatea activităților de promovarea sănătății prestate formează atitudinea și responsabilitatea individului față de propria sănătate.

Republica Moldova de la declarația independenței în anul 1990 și până în prezent a mers pe calea reformei profunde social-economice, de trecere de la economia planificată la cea de piață, care a

perturbat fundamentele societății. În pofida așteptărilor, reformele operate au avut un impact negativ considerabil asupra sănătății tuturor grupurilor social-demografice. Analiza indicatorilor statisticii oficiale indică asupra zonelor vulnerabile atât la nivel de populație generală, cât și pe segmentul populației în vârstă aptă de muncă.

Obiectivul general al acestei evaluări este analiza stării de sănătate a populației active din Republica Moldova în relație cu munca și identificarea tendințelor de bază predictorii pentru îmbunătățirea sistemului de sănătate a muncii și dezvoltarea documentelor de politici relevante.

În acest scop, a fost realizat un studiu epidemiologic retrospectiv, analitic descriptiv.

Obiectul de studiu este prezentat de datele statistice cu referire la starea de sănătate a populației active disponibile în bazele de date cu acces liber și a datelor cu referire la monitorizarea stării de sănătate a angajaților, existente la nivelul secției Sănătate Ocupațională, Toxicologie și Siguranță Chimică a ANSP.

Perioada de observație cuprinde anii 1989-2022 sau ultimul an disponibil în bazele de date accesate.

Analiza (prelucrarea) statistică a cuprins aplicarea unui set de metode pentru studierea tiparelor cantitative, care se manifestă în structura relațiilor și dinamica fenomenelor studiate. Metodologia statistică s-a rezumat la calcularea și interpretarea indicatorilor statistici generalizatori: valori absolute, valori relative, valorilor medii, indicatori de variație și de dinamică. În procesul analizei statistice s-a studiat structura, dinamica și interconectarea lor. S-a recurs la compararea valorilor înregistrate în RM cu nivelurile înregistrate la nivel de UE, Regiunea Europa a OMS și țările din regiune. Procedeele de tabelare și graficele au fost aplicate pentru prezentarea rezultatelor.

Tendințe demografice

În perioada aflată sub observație s-a produs reducerea continuă a numărului populației stabile de la 4 359377 (1990) până la 3 542708

(2019) persoane (cu circa 18,7%), dintre care circa 43% este prezentată de populația economic activă (Fig. 5.1).

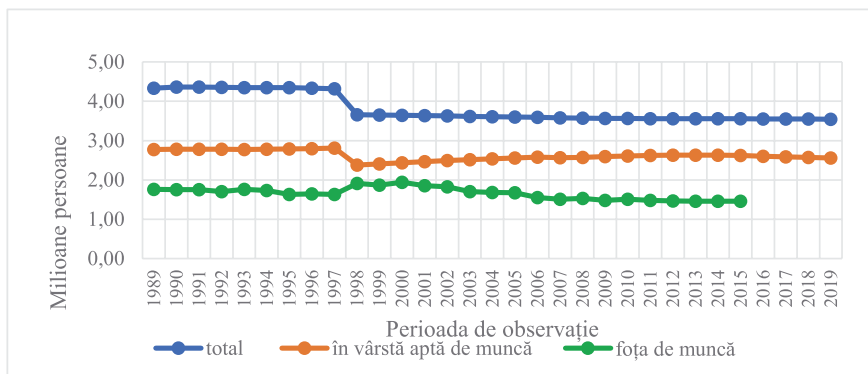


Figura 5.1. Evoluția populației stabile

Sursa: BNS, www.statistica.md, *analizată și prezentată de autori*

Însă de facto, numărul populației republicii la începutul anului 2019, recalculat prin aplicarea definiției internaționale a reședinței obișnuite, a constituit 2 681 734 persoane, adică cu circa 868 mii mai mic. Reducerea populației cu reședință obișnuită pe durata anilor 2014-2019 s-a cifrat în mediu la 23,5 mii persoane anual.

Proporția bărbaților, calculată după ambele criterii este cu 7,8-9,97% mai mica decât cea a femeilor. Populația economic activă constituie aproximativ 43%.

S-a constatat reducerea populației în vârstă aptă de muncă ocupată de la 1514,60 mii persoane în anul 2000 până la 1207,50 mii în anul 2019 (cu circa 20%), preponderant pe contul persoanelor din grupa de vârstă de 35-44 de ani (cu 139,8 mii persoane sau de 1,5 ori), de 15-24 ani (cu 117,2 mii persoane sau de 2,5 ori) și sporirea celor de 45-54 ani (cu 88,9 mii persoane sau de 1,3 ori) (Fig. 5.2).

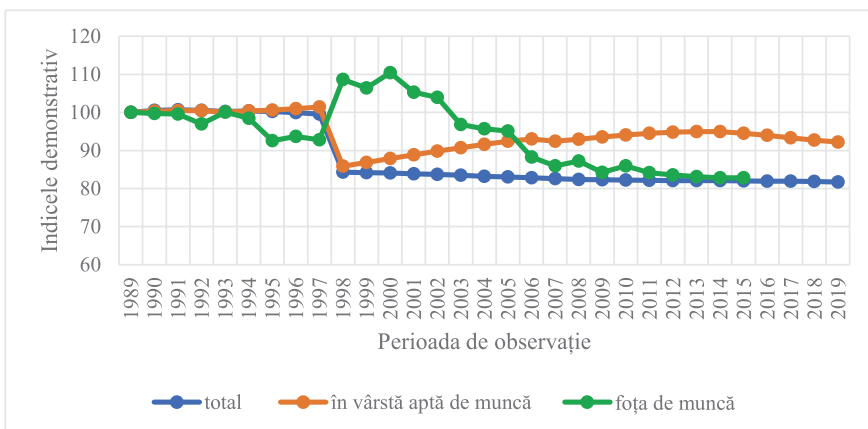


Figura 5.2. Evoluția forței de muncă

Sursa: BNS, www.statistica.md, analizată și prezentată de autori

Reducerea continuă a ratei sporului natural, a atins semnificație negativă începând cu anul 1999 până în anul 2012 când s-a egalat cu 0, după care urmează iarăși o dinamică negativă, de la -0,1 în anul 2013 până la -1,3 promile în anul 2018.

Se constată îmbătrânirea demografică în ascensiune continuă: creșterea coeficientului de îmbătrânire pe durata 2014-2019 de la 17,5 până la 20,8 ($14,5 \div 17,5$ la bărbați și $20,3 \div 23,8$ la femei); majorarea indicelui sarcinii demografice, până la 72,23 persoane pentru ambele sexe, (segregat pe sexe - 56,62 bărbați și 89,39 femei) în anul 2019.

O altă cauză care determină reducerea numărului populației este emigrația. Emigrația oficială a populației în dinamica multianuală se caracterizează prin reducerea continuă a procesului de la $6879,6 \pm 263,06$ pers./an în perioada anilor 2001-2009, până la $2861,3 \pm 691,5$ pers./an în perioada anilor 2010-2018. În același timp este de menționat faptul că în anul 2022 numărul de emigranți a fost de 3271 persoane, ceea ce este de 2 ori mai mare comparativ cu anul 2020 și de 5 ori mai mare comparativ cu anul 2021.

Emigrarea ocupațională (la lucru sau în căutarea unui loc de muncă peste hotare) constituie 323,86 mii persoane, dintre care 46,9% au vârsta cuprinsă între 20 și 39 de ani (Fig. 5.3).

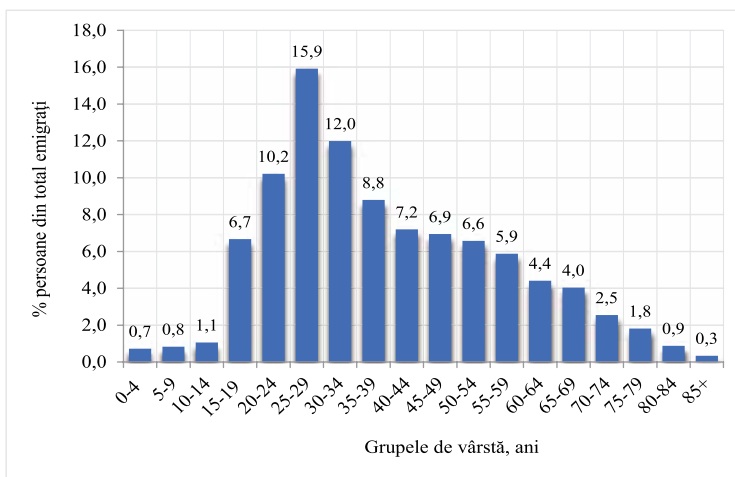


Figura 5.3 Structura emigranților din Republica Moldova, pe grupe de vârste, date medii perioada 2001-2022

Sursa: BNS, www.statistica.md, *analizată și prezentată de autori*

Populația în vârstă aptă de muncă ocupată, de asemenea înscrisă dinamic negative, reducându-se de la 1514,60 mii persoane în anul 2000 până la 1207,50 mii în anul 2017, preponderent pe contul celor de 35-44 de ani (cu 139,8 mii persoane sau de 1,5 ori), 15-24 ani (cu 117,2 mii persoane sau de 2,5 ori) și sporirea celor de 45-54 ani (cu 88,9 mii persoane sau de 1,3 ori) (Fig. 5.4).

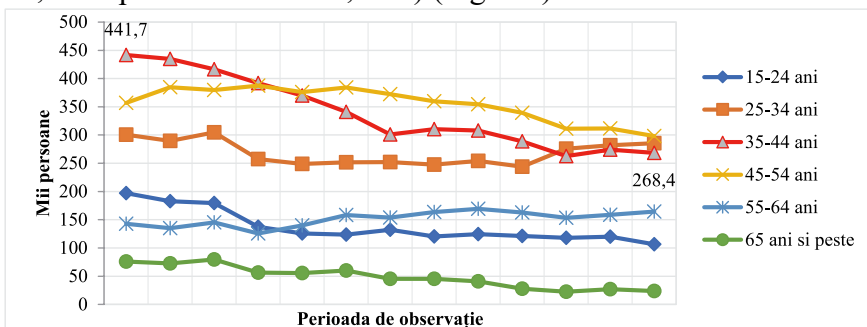


Figura 5.4 Evoluția populației ocupate după grupele de vârstă

Sursa: BNS, www.statistica.md, *analizată și prezentată de autori*

Majoritatea populației ocupate, în anul 2019, era angajată în agricultură - 37,4%, urmați de cei angajați în administrație publică, învățământ, sănătate și asistență socială – 19,1%, în comerț, hoteluri și restaurante – 16,1%, în industrie – 12,2 %, în transporturi și comunicații – 6,0%, în construcții – 4,9%. După statutul profesional, 59,6% au fost salariați, 35,7% - lucrători pe cont propriu, 4,4% - lucrători familiali neremunerați (Fig. 5.5).

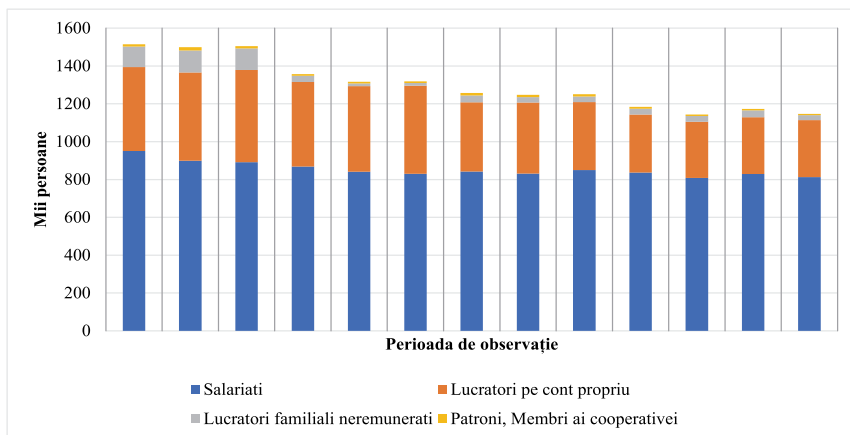


Figura 5.5 Populația ocupată după statutul profesional
 Sursa: BNS, www.statistica.md, **analizată și prezentată de autori**

Comparativ cu anul 2000, s-au înregistrat fluctuații semnificative a populației ocupate în raport cu sfera de activitate profesională, și anume reducerea angajaților din agricultură cu 41,3%, din industrie – cu 11,3%, din administrația publică, învățământ, sănătate și asistență socială – cu 4,1%, precum și majorarea numărului celor antrenați în construcții – cu 34%, în comerț, hoteluri, restaurante – cu 17,6%, în transporturi și comunicații – cu 13,1%.

Pentru a identifica factorii de risc ocupaționali, s-a recurs la evaluarea structurii populației ocupate în raport cu ramurile economiei naționale, deoarece sunt bine cunoscuți factorii nocivi și periculoși specifici ramurilor economiei naționale. Astfel, în anul 2019, majoritatea populației ocupate a fost angajată în agricultură - 37,4%, urmați

de cei angajați în administrația publică, învățământ, sănătate și asistență socială – 19,1%, în comerț, hoteluri și restaurante – 16,1%, în industrie – 12,2 %, în transporturi și comunicații – 6,0%, în construcții – 4,9%. După statutul profesional, 59,6% au fost salariați, 35,7% - lucrători pe cont propriu, 4,4% - lucrători familiari neremunerați.

În formarea sănătății populației un rol important revine nu doar calității mediului de muncă și caracteristicile procesului tehnologic, dar și durata de expunere. În această ordine de idei este de menționat că peste 310 mii persoane sau circa 25% din populația ocupată au durata săptămânii de lucru de 41 ore și peste., pe de o parte, iar mărirea vârstei de pensionare, pe de altă parte, face extrem de actuală problema normării igienice, deoarece standardele de igiena muncii în vigoare au fost argumentate pentru o expunere de 8 ore/zi și 40 ore/săptămână, timp de 25 de ani (experiență profesională) (Fig.5.6).

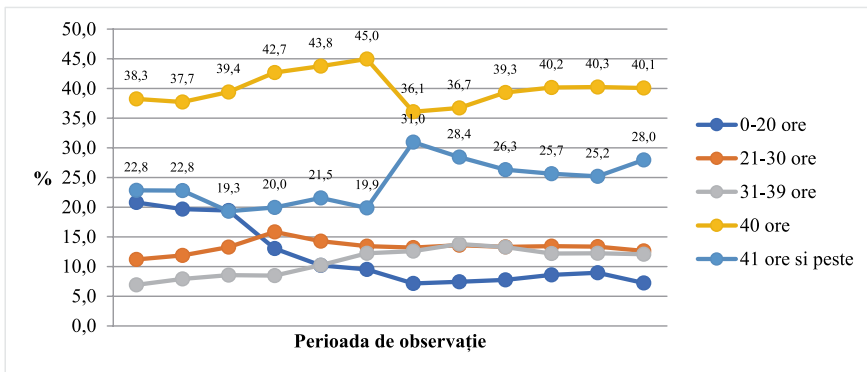


Figura 5.6 Evoluția populației ocupate, după durata săptămânii de lucru

Sursa: BNS, www.statistica.md, analizată și prezentată de autori

Capacitățile de creare a unui serviciu puternic de SSM și implementarea măsurilor de asanare a mediului ocupațional, sunt dependente de mărimea unității economice, motiv pentru care am considerat oportun de a face o astfel de analiză. De menționat că o astfel de abordare nu este tradițională pentru serviciul de supraveghere a sănătății publice din țară. În acest context în Figura 5.7 prezentăm

criteriile de clasificarea unităților economice după mărime, deoarece în prezent nu există o clasificare unanim acceptată a acestor categorii de unități economice.



Figura 5.7 Criteriile de clasificare a întreprinderilor în Republica Moldova

În studiul respectiv, ne-am axat doar pe criteriul *numărul de angajați*, deoarece obiectul de studiu a sănătății publice este populația practic sănătoasă. Astfel, s-a constatat că în anul 2019, 80% din întreprinderile înregistrate în RM sunt întreprinderi mici și mijlocii, dintre care 85% sunt micro-întreprinderi, în care activează per total peste 300 mii angajați (Fig. 5.8).

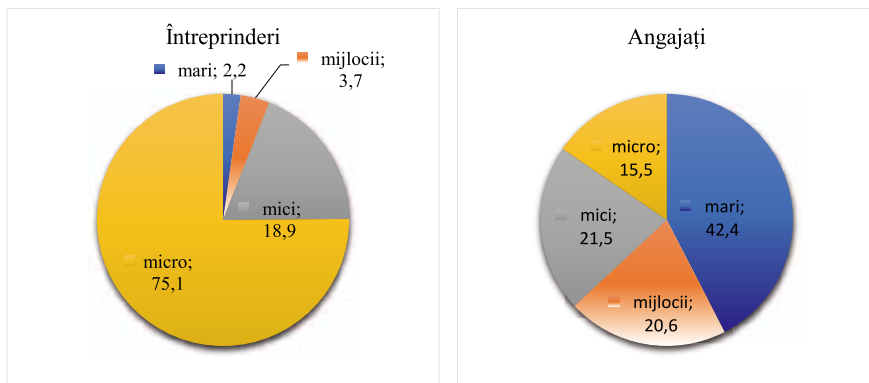


Figura 5.8 Structura unităților economice în funcție de mărime
 Sursa: BNS, www.statistica.md, analizată și prezentată de autori

Conform Observatorului European a Riscurilor Profesionale, ÎMM – sunt estimate drept riscuri noi și emergente. Cu cât întreprinderea este mai mică – cu atât riscurile pentru sănătatea profesională sunt mai mari. În ÎMM se înregistrează 98% din intoxicațiile profesionale, 72% - din afecțiunile musculo-scheletale profesionale, peste 58% din cazurile de cancer profesional, înregistrate în țările UE. Incidența stresului profesional este de circa 6 ori mai ridicată comparativ cu întreprinderile mari.

O altă realitate a potențialului economic al RM este prezentată de repartizarea neuniformă a agenților economici, atât ca număr de întreprinderi, cât și ca număr de angajați, cu concentrarea masivă în municipiul Chișinău – 60,4% întreprinderi per total, 67,6 – întreprinderi mari, 49,2 întreprinderi medii, 17,9% - întreprinderi mici și 60,8% micro-întreprinderi.

Tendențe în starea de sănătate a populației

Indicatorii stării de sănătate a populației RM sunt net inferior comparativ cu cei înregistrați la nivelul Uniunii Europene .

Speranța de viață la naștere a populației în anul 2019 a constituit 70,55 ani pentru ambele sexe (66,26 ani – pentru bărbați și 74,98 ani – pentru femei), adică este practic cu 10 ani mai redusă comparativ cu țările UE.

În același timp, și speranța de viață fără dezabilitate (se estimează sporadic), în 2007 era de 60,5 ani, fiind cu circa 12 ani mai mica decât în țările UE, și cu 7 ani mai mica decât în regiunea Europeană a OMS.

Numărul mediu anual de decedați în 1990-1999 a constituit în mediu 45 786,7 persoane, în 2000-2009 – 42 286,1 decedați, în 2010-2019 – 39 150,8 decedați, rata mortalității în perioadele date fiind de 11,06 promile, 11,74 promile și 11,0 promile corespunzător. Per întreaga perioadă de observație, rata mortalității a variat de la 9,7 (a.1990) până la 12,4 (a.2005).

Mortalitatea generală în RM este circa de 2 ori mai mare comparativ cu țările UE și de 1,6 ori mai mare comparativ cu țările regiunii

Europene OMS, inclusive prin: cardiopatie ischemică – circa de 5 ori mai înaltă comparativ cu UE și de circa 2 ori comparativ cu regiunea Europeană a OMS.

Mortalitatea în vârstă aptă de muncă, în perioada aflată sub observație a constituit 41,4-48,6% din nivelul mortalității generale, dintre care circa 75% din cauza bolilor netransmisibile (BNT) majore. Principalele cauze de deces fiind bolile sistemului circulator (30%), traume și otrăviri (23,5%), tumori (22,9%), boli ale aparatului digestiv (17,3%) și a ale aparatului respirator (6,3%). Se constată ”întinerirea” deceselor din cauza bolilor sistemului circulator (grupa de vârstă de 25-29 ani) și a bolilor sistemului digestiv (grupa de vârstă 30-34 de ani) (Figura 5.9). Proporțiile cel mai semnificative în cauza deceselor în segmentul respectiv de populație sunt caracteristice pentru boala ischemică a cordului, accidentele cerebro-vasculare, tumorile maligne, hepatitele cronice și cirozele hepatice.

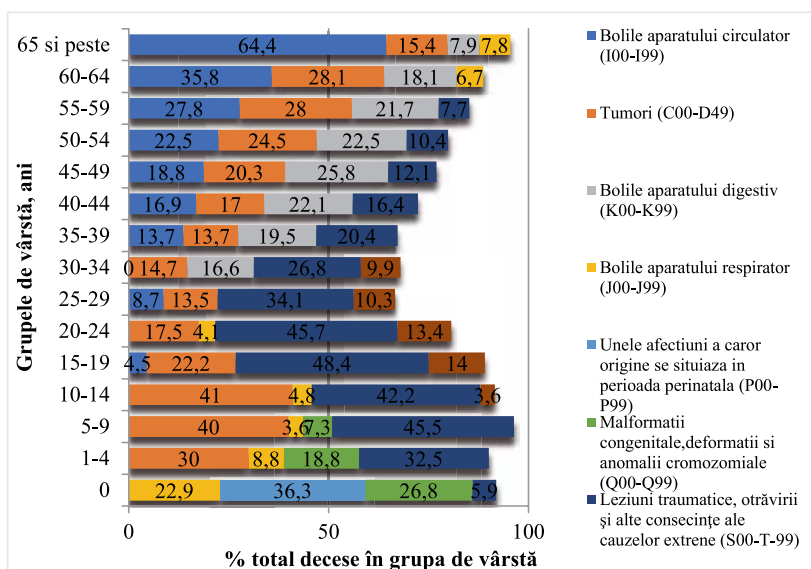


Figura 5.9 Structura mortalității populației după principalele cauze de deces și grupe de vârstă

Sursa: ANSP, *analizată și prezentată de autori*

Astfel pentru Republica Moldova s-a evidențiat o mortalitatea prin cardiopatie ischemică – circa de 5 ori mai mare; mortalitatea prin accidente vasculare cerebrale – de 3,5 mai mare (Fig. 5.; mortalitatea prin hepatite cronice și ciroza hepatică – de 7,7 ori mai mare; mortalitatea prin tumori maligne – până în anul 2016 se plasa sub nivelul mediu UE, iar începând cu 2017 și până în prezent este practic la același nivel.

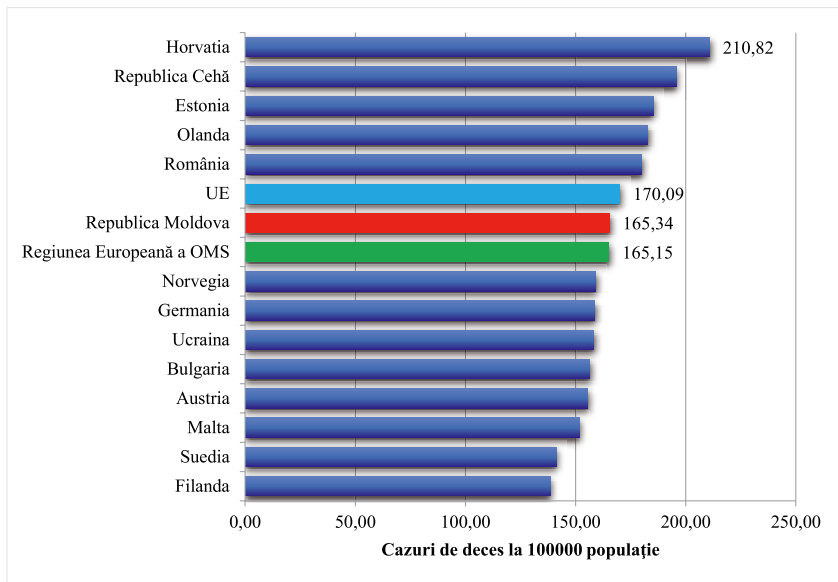


Figura 5.10 Mortalitatea prin tumori maligne în populația generală, pe țări și regiuni, ultimul an disponibil

Sursa: OMS, health for all, analizată și prezentată de autori

Prezintă interes evaluarea mortalității prin așa numitele forme de cancer prevenibile, prin măsuri de promovarea sănătății, modificarea stilului de viață și efectuarea investigațiilor de screening: cancerul pulmonar, cancerul de colon și rect, cancerul de col uterin și cancerul mamar.

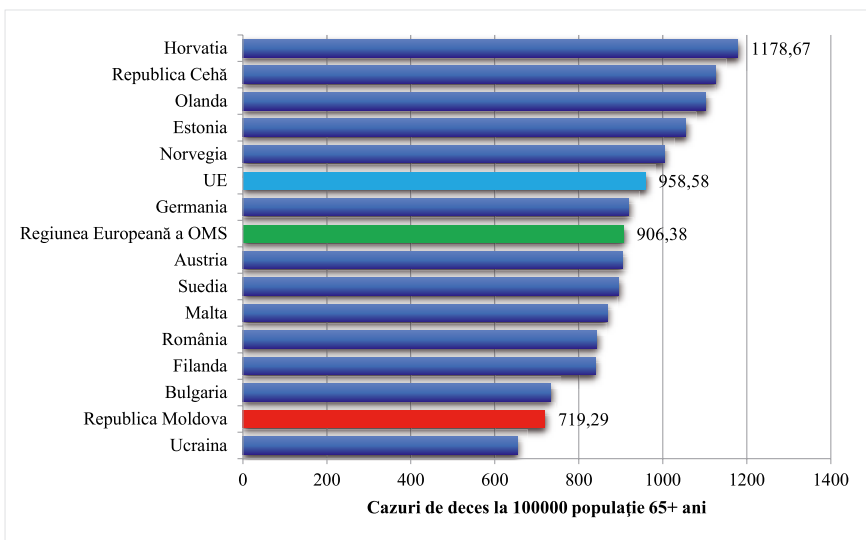


Figura 5.11 Mortalitatea prin tumori maligne în populația în vârstă de 65+ ani, pe țări și regiuni, ultimul an disponibil
 Sursa: OMS, health for all, analizată și prezentată de autori

Am considerat important de a identifica contribuția factorilor de risc profesional la formarea și menținerea incidenței bolilor netransmisibile (generale) cu determinare multifactorială, cu implicație în dezvoltarea afecțiunilor din structura mortalității populației în vârstă aptă de muncă, existenți în unitățile economice din RM, după datele trecute în Lista contingentelor lucrătorilor pasibili de examenele medicale periodice, conform prevederilor HG nr.1025 din 07.09.2016.

Astfel, în condițiile RM, conform datelor supravegherii sanitare curente, în mediul de producere sunt prezenți factori de risc favorizanți pentru dezvoltarea:

1. cardiopatiei ischemice – navetismul, femeile angajate în muncile necalificate, munca în schimburi alternative, poluarea mediului ocupațional cu sulfură de carbon, monoxid de carbon, hidrocarburi clorurate, pesticide organofosforice și carbaminice, expunerea la metale: St, As, Cd, Co, Pb, vibrații, zgomot);

2. hipertensiunii arteriale – stresul neuropsihic profesional, expunerea profesională la zgomot, vibrații, plumb, cadmiu, sulfura de carbon);

3. tumorilor maligne – (grupa I și II IRAC). Există cel puțin 10 clase de poluanți toxici, cu proprietăți mutagene;

4. hepatitei toxice – există circa 45 de profesii (ocupații) cu expunere la compuși chimici hepatotoxici.

5.1. Starea de sănătate a angajaților

Munca este o parte indispensabilă a vieții umane, iar condițiile de muncă afectează în mod direct și indirect starea de sănătate la nivel de individ, de colectiv, de ramură a economiei și în general la nivel de țară. Cunoașterea condițiilor de muncă în unitățile economice industriale și agricole este asociată cu rezolvarea multor probleme sociale și economice: creșterea productivității muncii, îmbunătățirea calității acesteia, îmbunătățirea și menținerea sănătății, reducerea morbidității profesionale și accidentelor de muncă, reducerea costurilor adiționale incapacității temporare de muncă etc. Cu certitudine putem afirma că în prezent nu există unități economice lipsite de factori nocivi ai condițiilor de muncă. De menționat că și cele mai performante tehnologii induc reducerea factorilor de risc profesional tradiționali, însă, generează factori de risc noi (de exemplu: nanoparticole, radiații neionizante etc.), puțin studiați în prezent .

Cercetările științifice în domeniu atestă că deja morbiditatea prin ITM din punct de vedere al structurii și nivelului depinde direct de factorii nocivi și periculoși ai mediului și procesului de muncă și reflectă în mod adecvat starea de producție și calitatea îngrijirii medicale acordare muncitorilor. Cu atât mai mult acest lucru este propriu și pentru morbiditatea profesională, deoarece bolile profesionale și accidentele de muncă sunt indicatori ai sănătății în conexiune etiologică directă cu factorii de risc profesional.

5.2. Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă

Începând cu anul 2012, după adoptarea Legii RM nr.133/2011 cu privire la protecția datelor cu caracter personal, evaluarea stării

de sănătate a populației lucrătoare după indicii morbidității prin incapacitate temporară de muncă, nu permite determinarea conexiunii ”cauză-efect”, deoarece raportul statistic f. 16/e - ITM este prezentată de instituțiile din sectorul AMP, fără a specifica frecvența și durata incapacității pe organe, sisteme și grupe de patologii. Datele furnizate fiind doar numărul de cazuri și numărul de zile de incapacitate, ceea ce ne permite doar să facem o cartografiere a nivelului incapacității temporară în plan teritorial și în funcție de ramurile principale ale economiei naționale.

Pentru a identifica tendințele principale în starea de sănătate a angajaților am recurs la analiza morbidității în baza raportului statistic f.16/e - SĂN, înregistrate în municipiul Chișinău, în perioada anilor 2015-2019.

Ținând cont de numărul persoanelor angajate cu reședință în municipiul Chișinău și numărul de unități economice dislocate în teritoriul considerăm că rezultatele obținute vor reda fidel starea lucrurilor la nivel național.

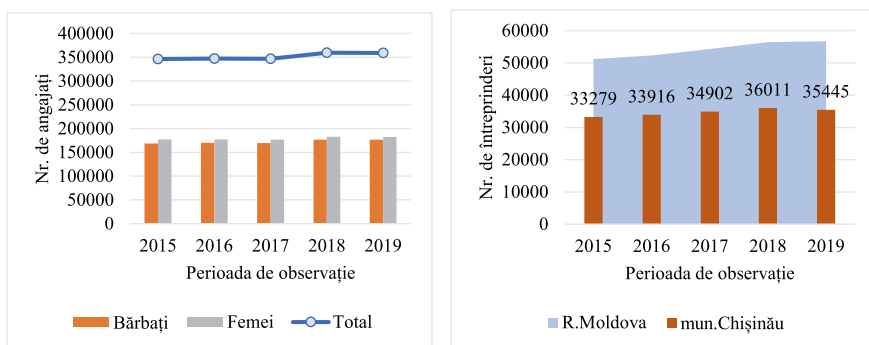


Figura 5.12 Caracteristica populației active și numărului de unități economice din municipiul Chișinău

Sursa: ANSP, analizată și prezentată de autori

În structura morbidității prin BCV predomină boala hipertensivă, boala ischemică a inimii și lezări vasculare cerebrale cu hipertensiune (IF – 0,42 în 2015, 0,37 în 2019).

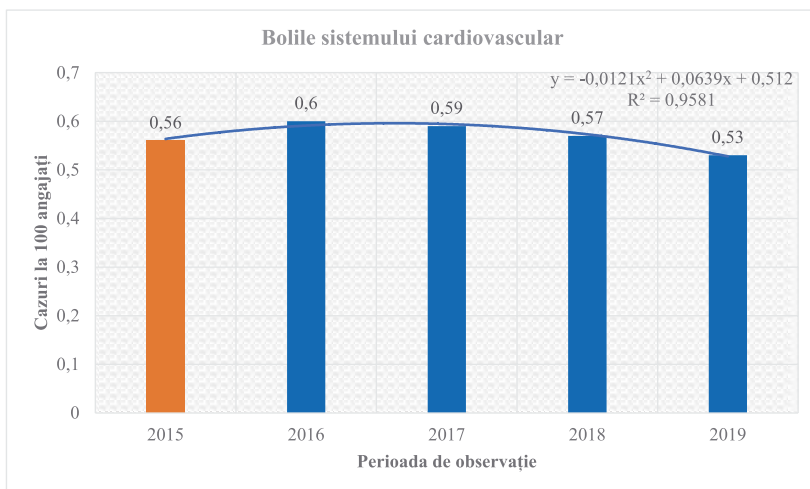


Figura 5.13 . Incidența bolilor sistemului cardiovascular

Sursa: ANSP, analizată și prezentată de autori

În structura morbidității prin BAD predomină bolile ficatului, vezicii biliare și pancreasului (IF – 0,26 în 2015, 0,20 în 2019), fiind urmate de gastrită și duodenită (IF – 0,10 în 2015 și 2019).

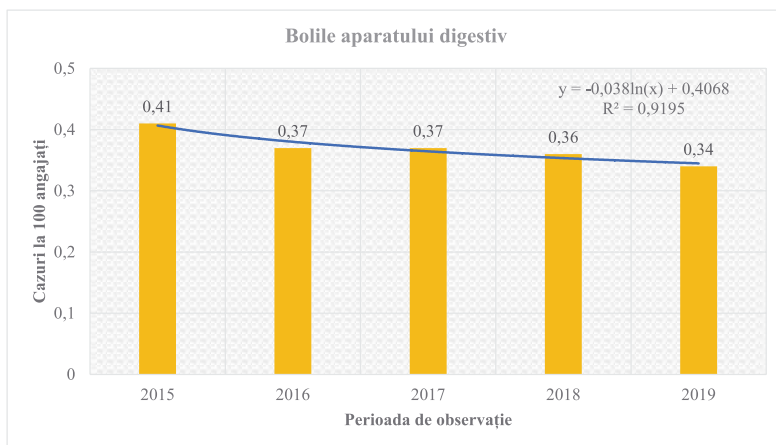


Figura 5.14 Incidența bolilor sistemului digestiv

Sursa: ANSP, analizată și prezentată de autori

Cele mai mari valori ale indicelui de gravitate se înregistrează la boala hipertensivă, boala ischemică a inimii și lezări vasculare cerebrale cu hipertensiune (IG – 6,27 în 2015, 5,50 în 2019). Pe al doilea loc este boala ischemică a inimii și alte boli ale inimii fără hipertensiune în 2015 (IF – 1,16) și bolile arterelor, arteriolelor și venelor în 2019 (IF – 1,41). Cele mai mari valori ale indicelui de gravitate se înregistrează la bolile ficatului, vezicii biliare și pancreasului (IG – 3,73 în 2015, 2,79 în 2019). Pe locul doi este gastrita și duodenita (IF – 1,00 în 2015, 0,96 în 2019). Cele mai mari valori ale indicelui de gravitate se înregistrează la bronșita cronică, astmul și acutizarea altor boli cronice ale aparatului respirator (IG – 2,16 în 2015, 2,02 în 2019).

Indicele de durata medie a concediilor medicale (IDM) este mai mare în cazul acutizării bolilor cronice ale aparatului respirator (bronșita, astmul etc), IDM – 11,21 în 2015, 10,59 în 2019. Indicele de durata medie a concediilor medicale este mai mare în cazul bolii ischemice a inimii și altor boli ale inimii fără hipertensiune (IDM – 19,77 în 2015, 19,43 în 2019). Pe locul doi este reumatismul articular acut și cardiopatii reumatismale cronice (IF – 17,23 în 2015, 18,01 în 2019).

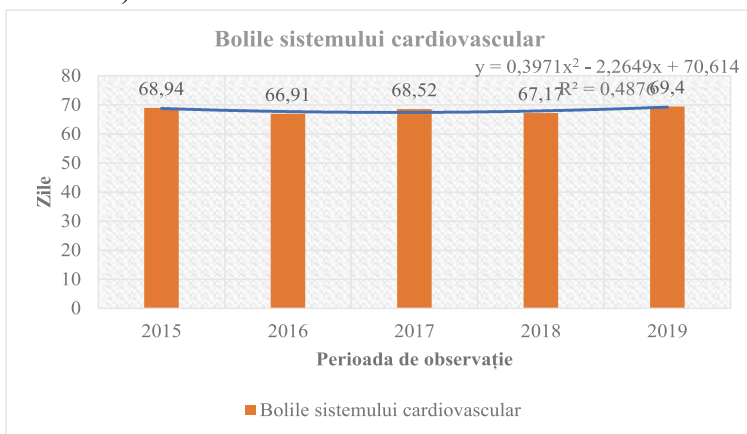


Figura 5.15 Indicele de durata medie a concediilor medicale datorat maladiei cardiace

Sursa: ANSP, analizată și prezentată de autori

Indicele de durată medie a concediilor medicale este mai mare în cazul ulcerului gastric și duodenal (IDM – 14,33 în 2015, 14,49 în 2019). Pe locul doi sunt bolile ficatului, vezicii biliare și pancreasului (IF – 14,14 în 2015, 14,08 în 2019).

5.3. Evaluarea stării de sănătate a angajaților expuși factorilor de risc profesional după rezultatele examenelor medicale periodice

Un prim pas întreprins pentru identificarea cauzelor care au condus la subdiagnosticarea bolilor profesionale a fost analiza documentelor de reglementare a procedurii de organizare și efectuare a examenelor medicale periodice obligatorii pentru lucrătorii expuși factorilor de risc la locul de muncă. Diferența majoră constatată între procedură este introducerea plăților pentru EMP, începând cu anul 1996 (ordinul MS nr. 132/1996), care a schimbat paradigma acordării îngrijirilor de sănătate, de la principiul ”ocrotirea sănătății” la ”prestarea serviciilor”. HG nr. 1025/2016 a păstrat condiția respectivă, fapt care contribuie la mărirea poverii puse pe angajator (întreprindere/organizație) în condițiile asigurărilor obligatorii în medicină (sumarea plăților pentru EMP și primelor de asigurare), iar îmbunătățirea diagnosticării bolilor profesionale nu s-a atestat. În același timp, evaluarea selectivă a fișelor bolnavului de ambulator (f-25/e), pune în evidență o proporție considerabilă a pacienților care nu sunt examinați profilactic în volumul prevăzut de Programul Unic de asigurări în medicină.

Ineficiența EMP poate fi documentată prin faptul că pe parcursul anilor 2000-2019 nu a fost depistat nici un caz de patologie profesională, iar stabilirea diagnosticului pozitiv are loc la adresare, de regulă în stadii tardive ale bolii, cu grad avansat de pierdere a aptitudinii de muncă profesională care impune stabilirea gradului de dizabilitate. Și mai mult, anual sunt depistate doar 0,6-2,5% persoane cu devieri în starea de sănătate, comparativ cu 95% și 94% - în Finlanda și Ungaria corespunzător (țări cu cel mai performant Serviciu de

Sănătate Ocupațională din UE), sau 85-87% în Federația Rusă, sau 60-63% în țările CSI. Totodată, potrivit experților OMS, cel puțin 35% din numărul total de angajați suferă de diverse boli cronice și necesită supravegherea specialistului în medicina muncii, deoarece rezultatele examenului respective sunt mai informative, comparativ cu cele obținute în cadrul examinării medicului de familie (medicul de familie examinează angajatul deja odihnit, fie după zilele de week-end, fie pe durata timpului dintre schimburi, iar medicul de medicina muncii, examinează angajatul care este solicitat prin îndeplinirea sarcinii de muncă.), ca rezultat tratamentul și recomandările lor sunt mai adecvate și mai eficiente.

Neglijarea de către angajator a responsabilității de a asigura efectuarea examenelor medicale periodice a angajaților expuși acțiunii factorilor de risc profesional la locul de muncă, în consecință, în diferite ramuri ale economiei naționale, anual nu sunt examinați 6-12% (5400-10500) din persoanele eligibile.

O altă zonă vulnerabilă este și lipsa cadrelor medicale formate adecvat în materie de sănătate ocupațională. În RM, per total, în sistemul de sănătate sunt doar 9,0 funcții de medic specialist în patologia profesională, ocupate prin cumul de medici de profil terapeutic. Pregătirea în domeniul medicinei muncii prin rezidențiat a fost inițiată doar în anul universitar 2018-2019. La moment, per total sunt 5 medici-rezidenți. În același timp, medicii antrenați în efectuarea EMP nu folosesc ofertele MSMPS de cursuri de perfecționare tematică în sănătatea ocupațională și evaluarea riscului predate la Catedra de igienă.

Morbiditatea profesională

În perioada anilor 1990-2019 în Republica Moldova au fost înregistrate 844 de cazuri noi de boală profesională cu 894 de afectați, ceea ce constituie în mediu $61,7 \pm 20,63$ cazuri anual (Fig.5.16). Cele mai multe cazuri au fost înregistrate în anul 1991 (102 cazuri), iar cele mai puține în anul 2019 (1 caz). De menționat este faptul că, în anii 2014 și 2016, cazuri de BP nu au fost înregistrate. Cazuri de BP

cu mai mulți afectați au fost înregistrate în 6 ani din cei 29 de ani aflați sub observație, fiind prezentate de 2-3 afectați. Doar în anul 2000, a fost înregistrat un caz de dermatită alergică, cu 39 de afectați, la fabrica de confecții din Bălți.

Până în anul 1991 în republică se înregistrau în jur de 100 cazuri anual, în perioada anilor 1992-1996 – 60-50 cazuri (reducerea poate fi explicat prin reformele economice caracteristice perioadei de tranziție la economia de piață), după introducerea examenelor medicale periodice contra cost: pe durata anilor 1997-2002 – 45-47 cazuri anual, în 2003-2008 – 17-37 cazuri anual, în 2009-2012 – 12-19 cazuri anual, iar în perioada 2013-2019 (resetarea Centrul boli profesionale din Spitalul Clinic Republican) – de la 0 până 3-5 cazuri anual. În 2014 și 2016 – cazuri de boală (intoxicația profesională) nu au fost înregistrate (Fig. 5.16).

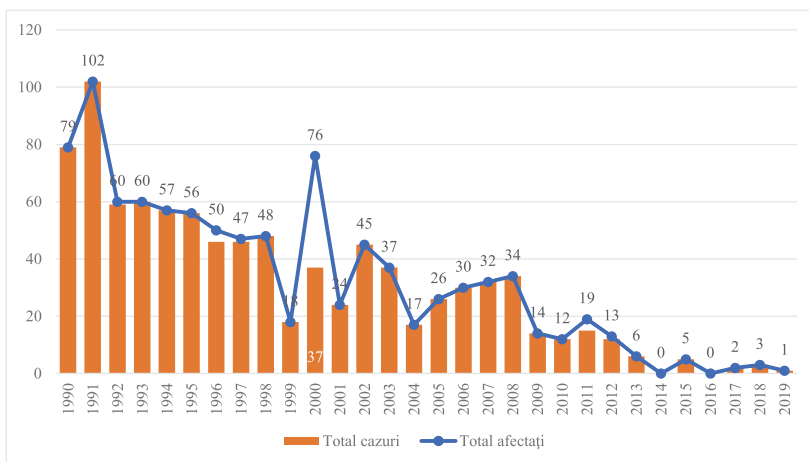


Figura 5.16 Dinamica cazurilor noi de boală profesională

Variabila incidenței BP în dinamica multianuală înscrie o tendință de descreștere continuă, de la 5,0 cazuri în anul 1990 până la 0,03 cazuri per 10 mii angajați în condiții de muncă nocive și periculoase, valoarea medie anuală fiind de $2,2 \pm 1,37$ ‰, având două vârfuri de

maximă incidență, în anul 1991 (6,0‰) și în anul 2000 (6 ‰) (Fig. 5.17). Pentru o elucidare mai amplă a evoluției BP și identificarea factorilor determinanți, s-a recurs la divizarea perioadei de observație în 3 subperioade, în funcția de poziția variabilei față de nivelul mediu per perioada de observație și anume: anii 1990-2000 – ani cu variabila peste valoarea medie, anii 2001-2008 – ani cu mici fluctuații de la valoarea medie și anii 2009-2019 – ani cu variabila sub nivelul mediu. Valorile medii înregistrate în aceste 3 intervale de timp diferă de circa 2 și 7 ori, fiind semnificative din punct de vedere statistic ($p < 0,001$).

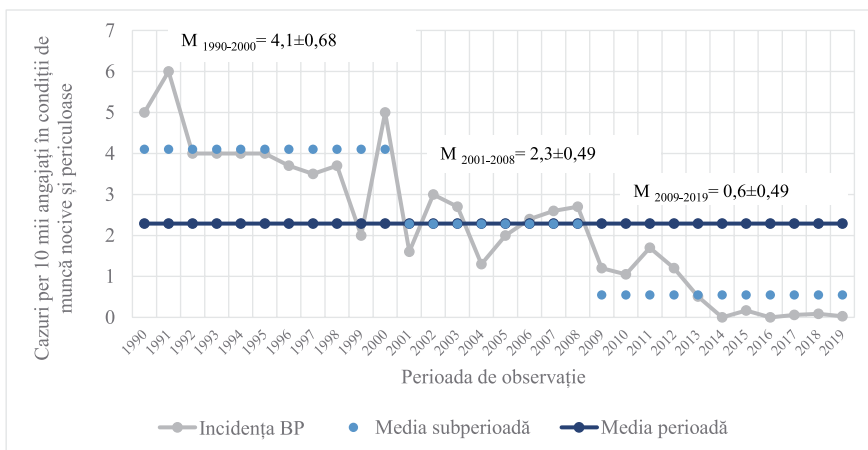


Figura 5.17. Incidența morbidității profesionale

Scăderea spectaculoasă a incidenței morbidității profesionale s-a produs pe fundal de creștere constantă a locurilor de muncă și a numărului de angajați, care sunt antrenați în condiții de muncă ce nu corespund cerințelor și normelor de igienă, și în muncă fizică grea (Fig.5.18).

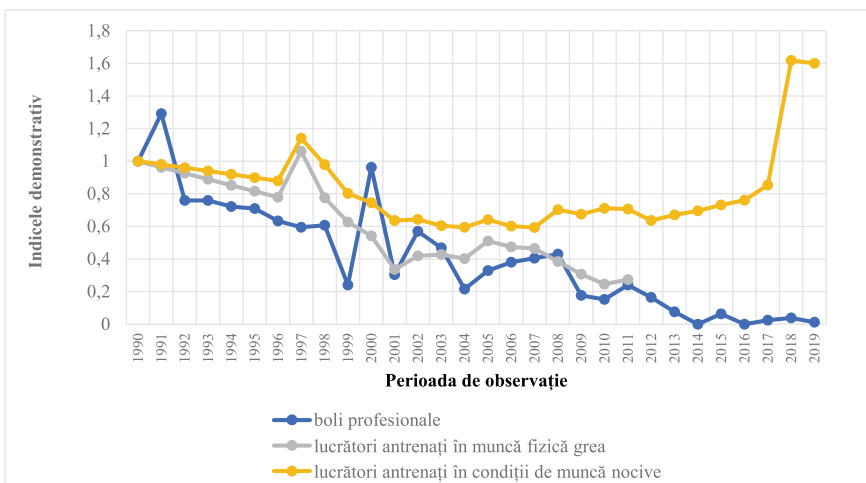


Figura 5.18. Tempoul de creștere a numărului de cazuri noi de BP

Conform BNS, numărul de persoane ocupate în condiții de muncă neconforme manifestă fluctuații, cifrându-se în mediu la circa 22,3 mii – ocupați în condiții de muncă care nu corespund normelor de igiena muncii, circa 1,7 mii – ocupați în muncă fizică grea, circa 0,36 mii – ocupați în încăperi necorespunzătoare cerințelor securității muncii și circa 0,17 mii celor care manipulează utilaje necorespunzătoare cerințelor securității muncii. Se constată creșterea continuă a numărului locurilor de muncă cu condiții nocive și periculoase, în mediu cu 9-12 mii anual.

Cele menționate anterior documentează faptul că reducerea incidenței BP este alogică și nu se înscrie în legitățile formării stării de sănătate a muncitorilor, documentate de numeroase cercetări științifice în domeniul respectiv, inclusiv efectuate de cercetătorii științifici din RM și susținute sub formă de teze de doctor și doctor habilitat, în perioada aflată sub observație, și care vizează diferite ramuri ale economiei naționale.

Evaluarea proporției dintre numărul de ocupați în condiții de muncă necorespunzătoare după cerințele de securitate și sănătate în

muncă au oscilat de la 1:16 în anul 1997 până la 1:158 în anul 2010, constituind în mediu pe perioadă 1:44.

Numărul real de angajați expuși factorilor de muncă nocivi și periculoși, estimați după numărul angajaților eligibili pentru examenele medicale periodice, este practic de 4 ori mai mare comparativ cu datele BNS, și manifestă tendința de creștere cu 1200-1400 persoane anual.

Evaluarea comparativă a incidenței BP înregistrate în țările europene pune în evidență diferențe semnificative, atât versus de țările din UE cât și celor din spațiu post-sovietic și nivelul mediu înregistrat în cele 12 țări care fac parte din CSI (Fig. 5.19). Diferențele constatate ridică multe semne de întrebare referire la depistarea și raportarea cazurilor de patologie profesională în Republica Moldova.

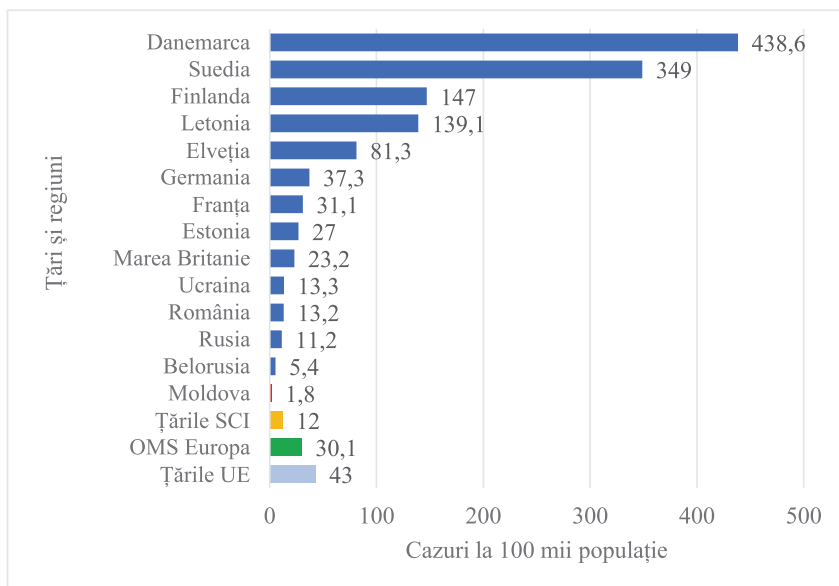


Figura 5.19 Clasamentul țărilor europene după nivelul morbidității profesionale

În consecință, dacă luăm în considerare nivelurile actuale de risc profesional în țările CSI, inclusiv în RM, comparabile, atunci prin

analogie cu Letonia cu o populație de 2,07 mln., în țara noastră cu aproximativ 3,5 de milioane de oameni, numărul de pacienți cu boli profesionale depistați anual, cel puțin, ar trebui să fie de aproximativ 235,2 cazuri la 100 mii de populație, adică cu două ordine mai mari comparativ cu numărul lor real.

BP în proporție de $60,7 \pm 2,31\%$ au fost înregistrate la bărbați și de $39,3 \pm 1,74\%$ la femei ($p < 0,05$).

Cel mai frecvent, BP au fost diagnosticate la mecanizatori (37,1%), urmați de lucrătorii medicali (17,7%), muncitorii din industrie (17,2%) și lucrătorii care sunt expuși la pesticide (6,4%) (Fig. 5.19).

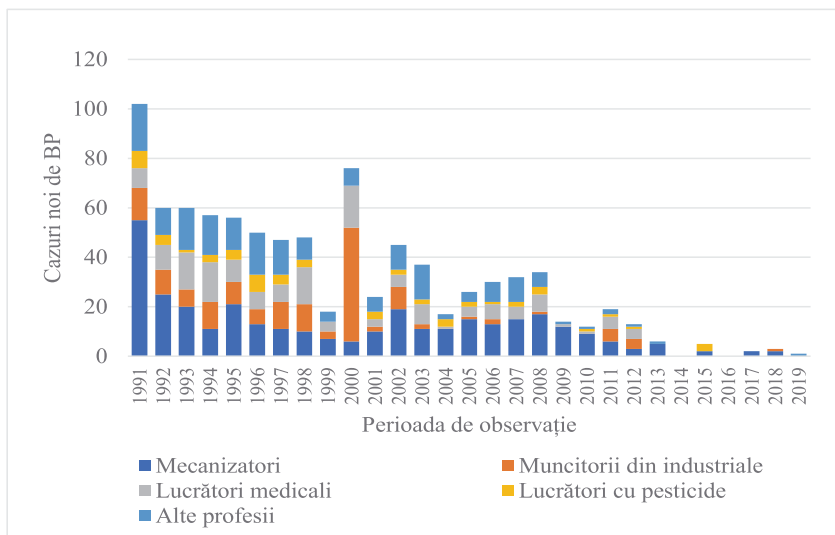


Figura 5.20 Repartizarea cazurilor noi de BP în funcție de profesie

Analiza comparativă a tabloului structural al BP, în raport cu subperioadele analizate, atestă tabloul similar, cu unele fluctuații ne semnificative ale ponderii diferitor categorii profesionale (Fig. 5.21).

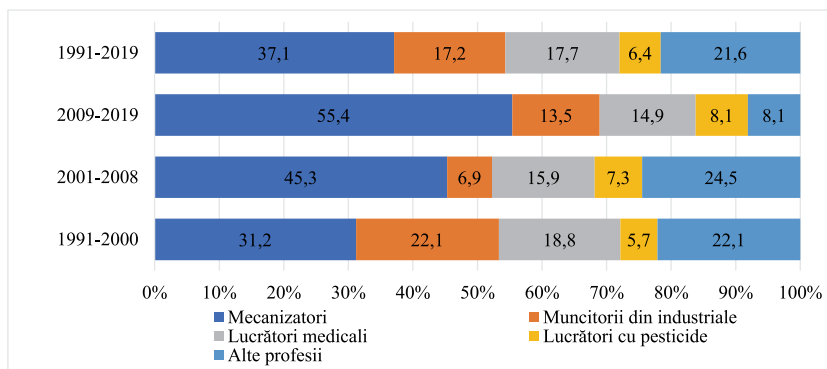


Figura 5.21 Evaluarea comparativă a modificării structurii BP în funcție de profesie

Evaluarea rolului factorului etiologic în formarea morbidității profesionale a plasat pe primul loc vibrația industrială (17,5%), urmat apoi de substanțele chimice toxice (19,0%) și factorii biologici patogeni (14,7%) (Fig. 5.22). Structura respectivă este caracteristică pentru toate cele trei subperioade analizate (Fig. 5.23)

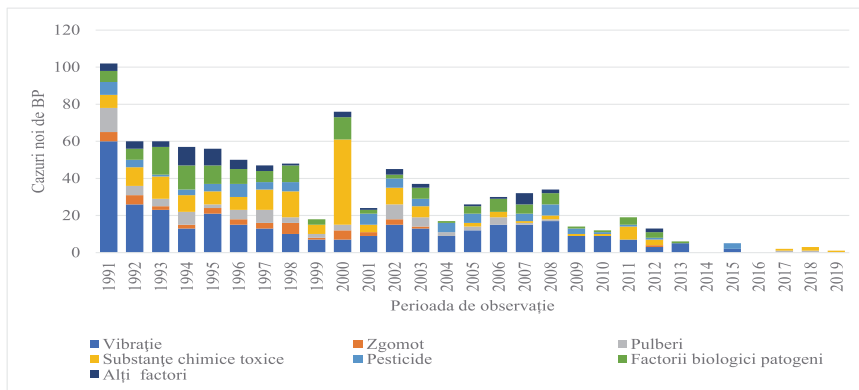


Figura 5.22 Repartizarea cazurilor noi de BP în funcție de factorul cauzal

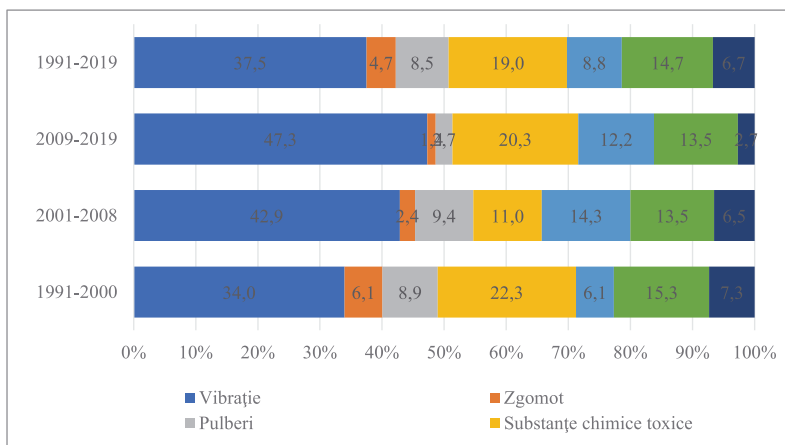


Figura 5.23. Evaluarea comparativă a modificării structurii BP în funcție de factorul etiologic

În raport cu entitățile nozologice, structura morbidității profesionale este determinată în proporție de 31,0% de osteohondroză, în 13,4% - de bronșită și astm bronșic, în 9,3% - de hepatitele virale B și C, în 9,0% - de tuberculoză, în 9,0% - de encefalopolineuropatie, în 5,0% - de neurapatie cohleară, în 4,3% - de alergoze, în 3,2% - de artroze, în 2,6% - de intoxicații cu pesticide. Celelalte entități înregistrate au o pondere mai mică de 1,0% și au însumat 8,5% (Fig.5.24 – 5.25).

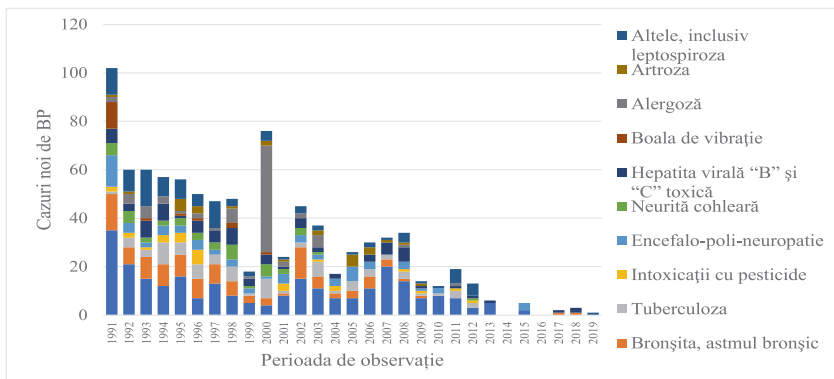


Figura 5.24 Repartizarea cazurilor noi de BP în funcție de forma nozologică

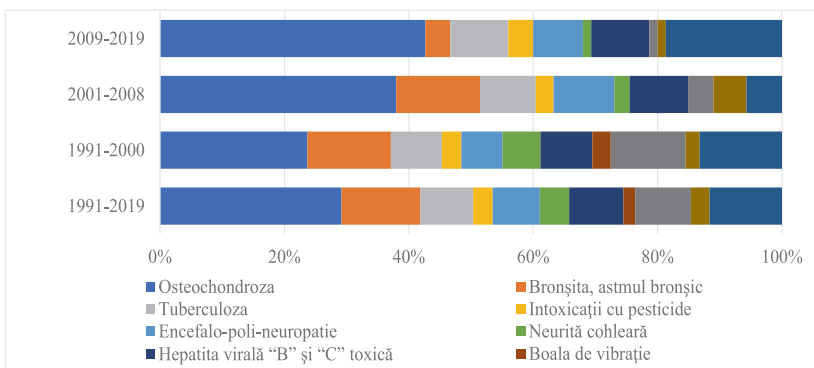


Figura 5.25 Evaluarea comparativă a modificării structurii BP în funcție de forma etiologică

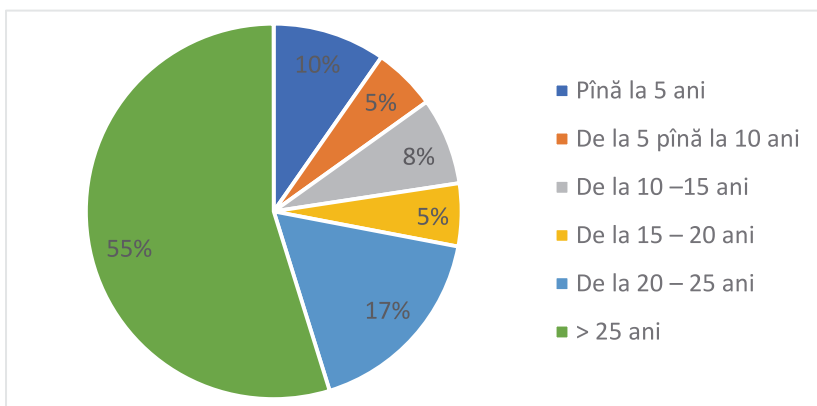


Figura 5.26 Structura cazurilor de BP în funcție de vechimea în muncă

Diagnozele stabilite corelează cu frecvența factorilor de risc identificați. În funcție de vechimea în muncă, cel mai frecvent, BP s-au înregistrat în grupa vechimii de muncă peste 25 ani (54,8%), urmați de grupa 20-25 de ani (17,2%) și până la 5 ani (9,7%) (Fig.5.26). Ponderea mare a persoanelor cu experiența profesională de până la 5 ani, diagnosticate cu BP, impune necesitatea unei evaluări aprofundate pentru a identifica două aspecte: corectitudinea evaluării stării de sănătate și aptitudinii de muncă, la etapa examenelor medicale la

angajare, pe de o parte, și evaluarea calității mediului ocupațional (clasei condițiilor de muncă), pe de altă parte.

Evaluarea sanitaro-igienice a condițiilor de muncă în cadrul cercetării cazurilor prezumtive de boli profesionale sa constatat că neajunsurilor constructive ale mașinilor și mecanismelor prevalează în structura neconformităților de securitate și sănătate în muncă (Fig.5.27).

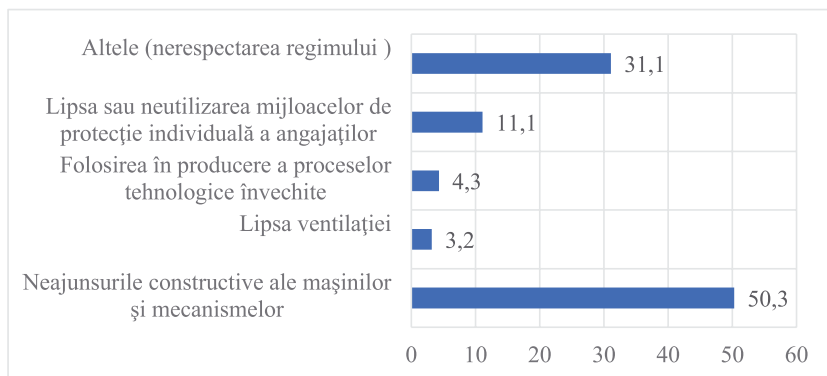


Figura 5.27 Proporțiile neconformitățile de sănătate în muncă care au contribuit la apariția bolilor profesionale

Diagnosticarea bolilor profesionale are loc la adresare, de regulă în stadii tardive ale bolii, cu grad avansat de pierdere a aptitudinii de muncă profesională, care impune stabilirea gradului de dizabilitate.

Este de menționat că ineficiența examenelor medicale profilactice periodice a populației expuse factorilor de risc ocupațional, exprimată prin faptul că, în cadrul examenelor medicale periodice, pe parcursul ultimilor 20 de ani, nu au fost depistate cazuri (suspecții) de patologie profesională. Anual, sunt depistate doar 0,6-2,5% persoane cu devieri în starea de sănătate, comparativ cu 95,0% și 94,0% - în Finlanda și Ungaria, corespunzător (tari cu cel mai performant Serviciu de Sănătate Ocupațională din UE), sau 85,0-87,0% în Federația Rusă, sau 60,0-63,0% în țările CSI.

Astfel, starea actuală și nivelurile morbidității profesionale din

Republica Moldova nu reflectă condițiile efective de muncă. Incidența morbidității ocupaționale este nerezonabil de scăzut - de sute de ori mai mic decât în țările europene dezvoltate. Nu există o relație de corelație între diagnosticul bolilor profesionale și condițiile efective de muncă ale angajaților. Acest lucru necesită utilizarea altor indicatori de sănătate în evaluarea riscului profesional.

Motivele ratei scăzute de depistare a bolilor profesionale se bazează pe un set complex de factori sociali, economici și psihosociale caracteristici perioadei de tranziție și de criza economică, inclusiv:

1. Lipsa de interes a angajatorului pentru plățile integrale a daunelor potențiale;

2. Nivelul scăzut a motivației instituției medicale în diagnosticul bolilor profesionale din cauza intereselor contractuale cu angajatorul și procedura anevoioasă (complexă) de confirmarea diagnosticului;

3. Calitatea slabă a examenelor medicale periodice;

4. Imperfecțiunea sistemului obligatoriu de asigurări sociale;

5. Imperfecțiunea legislației muncii și a reglementărilor medicale pentru efectuarea examinărilor medicale periodice;

6. Calitatea nesatisfăcătoare a organizării statisticilor de stat privind condițiile de muncă și indicatorii de sănătate ai lucrătorilor;

7. Imperfecțiunea sistemului de expertiză medicală și socială în ceea ce privește evaluarea daunelor aduse sănătății în procesul muncii;

8. Contradicții în documentele care reglementează clasificarea condițiilor de muncă, certificarea locurilor de muncă, efectuarea examinărilor medicale periodice;

9. Importanța redusă a sănătății în structura valorilor morale ale societății moderne și, mai ales, a populației active din Republica Moldova;

10. Protecția socială scăzută a lucrătorilor din sectorul întreprinderilor mici și mijlocii, unde este angajat 30-40% din forța de muncă. Până la 75,0% din angajații acestor unități economice lucrează mai

mult de 40 de ore pe săptămână și aproape o treime - fără contracte de muncă și, în consecință, asigurarea socială obligatorie împotriva accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;

11. Ponderea ridicată a locuri de muncă cu condiții de muncă extrem de nesatisfăcătoare, în care lucrătorii dezvoltă relativ rapid forme severe de boli generale, în primul rând a sistemului circulator, ca urmare a cărora se apare dizabilitatea timpurie și mortalitatea prematură în vârstă aptă de muncă din cauza așa-numitelor cauze comune;

12. Absența în Lista națională a bolilor profesionale a tulburărilor de sănătate cauzate de impactul factorilor psihosociali la locul de muncă, incluzând stresul ocupațional și relațiile interpersonale negative în colectivul de muncă, precum și volumul de muncă excesiv, suprasolicitarea: sindromul de *burnout* profesional, violența la locul de muncă, *sindromul karoshi* (moarte bruscă la locul de muncă) etc.;

13. Ideea în conștiința publică și conștiința individuală a liderilor din toate rangurile, tradițională pentru Republica Moldova și formată în perioada anterioară de dezvoltare, despre bolile profesionale ca un rău social, care nu ar trebui admis și pentru care cineva ar trebui pedepsit (cercetarea fiecărui caz - prin analogie cu investigarea unei infracțiuni);

14. Teama de pierderea locului de muncă de către angajat.

Este evident că o creștere accentuată a numărului de cazuri noi de boli profesionale nu poate avea loc într-o perioadă scurtă de timp fără o muncă organizatorică și metodologică intenționată, care, la rândul său, va necesita o schimbare a ideilor corespunzătoare în structura conștiinței publice și o creștere semnificativă a valorii morale a sănătății individuale și colective la nivel de guvernare, societate și indivizi.

Printre principalele motive (cauza) ale absenței conexiunii între diagnosticarea bolilor profesionale și condițiile reale de muncă cităm:

1. Incidența extrem de scăzută a morbidității profesionale efective: cazurile depistate sunt de fapt accidentale, reprezintă mai puțin

de 0,1% din grupul de risc profesional și nu reflectă esența întregului proces de interacțiune dintre condițiile de muncă și sănătatea angajaților.

2. Calitatea nesatisfăcătoare a certificării (atestării) locurilor de muncă: în marea majoritate a cazurilor, condițiile de muncă evaluate în procesul de certificare ar trebui să fie agravate de cel puțin o clasă.

3. Contradicții între cerința de certificare unică (unimomentală) și multivariabilitatea condițiilor efective la locul de muncă datorită alternanței operațiunilor de producție cu diferite niveluri de expunere a factorilor de risc.

4. Mecanismul irațional de înregistrare, investigare și analiza bolilor profesionale: în caracteristica igienică se cere evaluarea condițiilor de muncă la momentul diagnosticării bolii; în cazul îmbunătățirii constante a condițiilor de muncă ale lucrătorului, boală profesională poate începe să se formeze în condiții nesatisfăcătoare dar să fie diagnosticată atunci când condițiile de muncă s-au îmbunătățit deja.

5. Prezența bolilor profesionale, a căror apariție nu se datorează dependenței efective *doză-efect* cu influența factorului cauzal: bolile alergice, bolile profesionale ale pielii, neoplasmale maligne se pot dezvolta numai dacă factorul este prezent, chiar dacă nivelurile sale reale în aerul zonei de muncă corespund standardelor igienice.

5.4. Sănătatea ocupațională în situații de urgență de sănătate publică

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a definit o urgență de sănătate publică ca fiind *o situație care are un impact asupra vieții și bunăstării unui număr mare de persoane sau a unui procent semnificativ din populație și necesită asistență multisectorială substanțială*. Pentru un răspuns din partea OMS, trebuie să existe consecințe clare asupra sănătății publice. În plus, conform Regulamentului Internațional Sanitar (RSI), adoptat de Adunarea Mondială a Sănătății în 2005, o urgență de sănătate publică de interes internațional este de-

finită ca „un eveniment extraordinar care este determinat, conform prezentelor Regulamente:

i. să constituie un risc pentru sănătatea publică pentru alte state prin răspândirea internațională a bolilor și

ii. să necesite potențial un răspuns internațional coordonat”.

Astfel de manifestări pot include, printre altele, izbucniri de boli infecțioase, deversări de substanțe chimice periculoase sau degajări de radiații ionizante.

În ultimele cinci decenii, lumea a fost martoră la o gamă largă de dezastre și urgențe naturale și provocate de om (antropogene). Aceste urgențe au inclus focare de boli infecțioase - cum ar fi sindromul respirator acut sever (SARS), gripa H1N1, holera, boala cu virus Ebola și virusul Zika – care au apărut în diferite părți ale lumii. În afară de focarele de boli infecțioase, alte urgențe cheie au inclus urgențele de radiații (de exemplu, Cernobîl, Fukushima) și urgențe chimice (de exemplu, scurgerea de gaze toxice Bhopal, scurgerea de petrol Deepwater Horizon). În plus, în întreaga lume au avut loc un număr mare de dezastre naturale, cum ar fi tsunami-ul din Oceanul Indian și cutremure, inundații și cicloane în Haiti, Pakistan și Filipine.

Evoluțiile și tendințele actuale ecologice, economice și politice sugerează o creștere a severității și frecvenței viitoare a dezastrelor. Fenomenele care susțin această ipoteză includ creșterea consumului de energie, schimbările climatice și poluarea, creșterea populației, dispersarea industrializării pe tot globul, extinderea facilităților de transport și răspândirea tot mai mare a terorismului. Seceta severă și insecuritatea alimentară asociată, inundațiile, ploile și creșterea temperaturii din cauza El Niño în 2015-2016 au cauzat o gamă largă de amenințări pentru sănătate, inclusiv focare de boli, malnutriție și întreruperea serviciilor de sănătate.

Riscul la nivel mondial de incidente chimice crește odată cu creșterea globală a producției, comerțului și utilizării substanțelor chimice (de exemplu, în agricultură). Acesta este în special cazul în

țările în curs de dezvoltare și în cele cu economii în tranziție, unde producția chimică, extracția, prelucrarea și utilizarea sunt strâns legate de dezvoltarea economică și unde se preconizează că producția va crește de șase ori până în 2050.

Gestionarea unor astfel de focare și urgențe implică o strânsă coordonare și cooperare între un număr mare de organizații diverse. Personalul de intervenție în situații de urgență asociat cu astfel de organizații cuprinde grupuri profesionale care includ pompieri, ofițeri de poliție, personal medical de urgență (paramedici, tehnicieni medicali de urgență, medici și asistente) și psihologi. În dezastre majore, sunt implicați și salvatori, tehnicieni din marile organizații de ajutorare, personal medical suplimentar, personal militar, forțe anti-teroriste, manipulatori de cadavre, lucrători de curățenie, muncitori în construcții și numeroși voluntari. Fiecare dintre aceste categorii de lucrători are roluri specifice în gestionarea unui răspuns de urgență care îi poate expune la diferite pericole pentru sănătate și siguranță în timpul îndeplinirii sarcinilor lor.

Multe evenimente din ultimii ani au prezentat un risc ridicat de leziuni și infecții și, în unele cazuri, au dus la decese în rândul lucrătorilor din domeniul sănătății de urgență și al intervenției. Incidența infecțiilor în rândul lucrătorilor din domeniul sănătății a fost observată în timpul focarelor de SARS și Sindromul respirator din Orientul Mijlociu – coronavirus (MERS-CoV). Cu toate acestea, în timpul focarelor de boală cu virus Ebola din Africa de Vest, morbiditatea și mortalitatea ridicată în rândul lucrătorilor din domeniul sănătății din țările cele mai afectate au condus la efecte negative grave asupra funcționării generale a serviciilor de sănătate.

În urma acestor evenimente, multe țări se confruntă în prezent cu crize umanitare și conflicte care implică tot mai mult tendința tulburătoare de atacuri asupra unităților de sănătate. Astfel de atacuri nu afectează numai sănătatea și siguranța furnizorilor de servicii de sănătate, dar afectează serios și capacitatea sistemelor de sănătate de a face față urgențelor umanitare. Potrivit unui raport OMS, în perioada

de doi ani, din ianuarie 2014 până în decembrie 2015, au fost raportate 594 de atacuri asupra lucrătorilor din domeniul sănătății, care au dus la 959 de decese și 1561 de răniți în 19 țări cu situații de urgență.

Având în vedere toate aceste evenimente, necesitatea unei mai bune protecție a securității și sănătății în muncă (SSM) pentru lucrătorii de urgență este din ce în ce mai recunoscută ca o prioritate majoră.

Pentru o mai bună înțelegere a spectrului de probleme de rezolvat de specialiștii Serviciului de Supraveghere a Sănătății Publice în continuare ne vom opri la elucidarea noțiunii de *urgență de sănătate publică* în cadrul legislativ și de reglementare la nivel național și internațional.

Urgența este o combinație neprevăzută de circumstanțe sau de acțiuni rezultante care cer o acțiune imediată ca răspuns. Se disting următoarele tipuri de urgențe: dezastre, situații excepționale, urgențe medicale și urgențe de sănătate publică.

În conformitate cu Strategia Internațională de Reducere a Dezastrelor, adoptată de ONU în anul 2009, *dezastrul 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*. La dezastre se raportează următoarele evenimente: explozii, incendii, scurgeri de gaze, amenințare chimică, intoxicații, radiații, colaps, prăbușire, accidente feroviare, accidente rutiere, accidente acvatice, accidente aviatice, atacuri cibernetice, tulburări civile și război.

HG a RM nr.1076 din 16.11.2010 „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 definește Starea excepțională - *o situație pe un anumit teritoriu, ca rezultat al unei avarii, fenomen natural periculos, catastrofe, calamități naturale sau de alt caracter, care pot pro-*

voca sau au provocat victime umane, prejudiciu sănătății oamenilor sau mediului ambiant, pierderi materiale considerabile și au afectat condițiile activității vitale ale oamenilor.

Urgența medicală reprezintă o accidentare sau îmbolnăvire acută, care necesită acordarea primului ajutor calificat și/sau a asistenței medicale de urgență, la unul sau mai multe niveluri de competență, după caz.

Urgențe de sănătate publică, în conformitate cu prevederile Legii 10/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice, 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.

Urgență de sănătate publică de importanță internațională, conform OMS, este un eveniment extraordinar, care constituie un risc pentru sănătatea publică, pentru alte state, prin răspândirea internațională a bolii și necesită un răspuns internațional coordonat.

O Urgență de Sănătate Publică de Importanță Internațională nu se limitează doar la boli infecțioase, ci poate acoperi și o situație de urgență cauzată de expunerea la riscuri fizice, chimice și radioactive.

În viziunea OMS, urgențele de sănătate publică de importanță internațională sunt prezentate de :

- Bioterrorism
- Apariția unui agent infecțios nou sau controlat sau eradicat anterior sau a unei toxine biologice
- Dezastru natural
- Atac chimic sau eliberare accidentală
- Atac nuclear sau accident

Legislația națională dă următoarea clasificare a riscurilor și urgențelor pentru sănătatea publică în RM:

• **După relevanța riscurilor la adresa securității naționale:**

1. Biologice;
2. Chimice;
3. Radiologice și nucleare.

• **După relevanța amenințărilor la adresa securității naționale:**

1. Emergența și reemergența maladiilor infecțioase;
2. Accidentele chimice;
3. Utilizarea și păstrarea incorectă a produselor chimice, inclusiv PUFF;
4. Comercializarea produselor chimice de către persoanele neautorizate;
5. Schimbările condițiilor climaterice (inundații, temperaturi ridicate etc.);
6. Riscul de achiziționare și răspândire neautorizată a materialelor radiologice și nucleare;
7. Ascendența fenomenului de trafic ilicit cu materiale nucleare și radioactive.

• **După relevanța vulnerabilităților:**

1. Asigurarea insuficientă a sistemului medical cu specialiști;
2. Imposibilitatea pronosticării timpului și locului apariției maladiilor emergente și reemergente; Lipsa disciplinei siguranței chimice și toxicologiei în studiile postuniversitare;
3. Lipsa actului normativ intersectorial, care reglementează acțiunile în cazurile accidentelor chimice;
4. Insuficiența echipamentelor de protecție individuale, în cazul accidentului chimic;
5. Nivelul inadecvat de pregătire și a culturii securității fizice nucleare a personalului încadrat în activități cu materiale nucleare și radioactiv ș.a.

• **După aria de extindere:**

1. de obiect (se extinde în raza teritoriului obiectului);
2. locale (în raza hotarelor localității – sat, oraș, municipiu);

3. teritoriale (în raza hotarelor raionului/unitate teritorială autonomă);
4. naționale (în raza hotarelor a două și mai multe raioane vecine);
5. transfrontaliere (factori distructivi ce depășesc hotarele unei țări sau situația excepțională s-a produs peste hotare și afectează teritoriul țării).

În situații de urgență, misiunile sănătății publice vor fi mai intensificate și mai complicate în cazul în care resursele și infrastructura sunt distruse, lanțurile de aprovizionare și comunicare sunt perturbate, populația este afectată masiv, personalul medical este adesea strămutat, agresat, infectat sau rănit.

Riscurile biologice Se referă la urmările negative asupra colectivităților de oameni, animale și asupra plantelor cauzate de îmbolnaviri sau alte evenimente în relație cu sănătatea și care afectează un număr neobișnuit de mare de indivizi. Evenimente generatoare de situații de urgență sunt: epidemii, epizootii, zoonoze. Epidemiile și erupțiile de boli infecțioase se pot declanșa într-o zonă anumită sau pe întreg teritoriul unei țări ca o consecință a agravării situației sanitaro-epidemiologice sau epizootice.

Republica Moldova reprezintă o zonă endemică pentru anumite tipuri de agenți patogeni deosebit de periculoși, fiind înregistrați următorii factori de risc și amenințări:

1. Existența unui șir de focare telurice de antrax, rămase din perioada sovietică, care creează premise pentru răspândirea continuă a *bacillus anthracis* (agentul cauzal al antraxului), ca urmare a interacțiunii dintre animale, oameni și a ecosistemelor ce ne înconjoară, a schimbărilor climaterice și dezvoltării infrastructurii regionale și locale;

2. Posibilitatea răspândirii speciilor biologice exotice, a bolilor la oameni, animale și plante din mediul lor nativ în noi teritorii, cauzată de creșterea rapidă a comerțului global, a fluxului de călători;

3. Sistemul național de prevenire și răspuns la urgențe de sănătate publică insuficient de ajustat la standardele internaționale recu-

noscute, inclusiv la cerințele uniunii europene , în aspect de alertă precoce și răspuns rapid;

4. Colaborarea intersectorială insuficientă la nivel național și local;

5. Sub-finanțarea planurilor de prevenire, pregătire și management al urgențelor de sănătate publică, finanțarea inadecvată a fondului antiepidemic republican pentru acoperirea necesităților în cazurile de situații excepționale și de agravare a stării epidemiologice;

6. Dotarea inadecvată a laboratoarelor microbiologice, în pofida creării rețelei naționale de observare și control de laborator asupra contaminării (poluării) mediului înconjurător cu substanțe radioactive, otrăvitoare, puternic toxice și agenți biologici;

7. Reglementările necorespunzătoare și capacitățile limitate în colectarea, eliminarea, inactivarea deșeurilor de origine biologică atât din laboratoare, unități medicale de stat și private, cât și din sectorul veterinar, unde se operează cu material biologic patogen.

Riscurile chimice (inclusiv cele tehnogene) cuprind totalitatea evenimentelor negative care au drept cauză depășirea măsurilor de siguranță impuse prin reglementări, ca urmare a unor acțiuni umane voluntare sau involuntare, defecțiunilor componentelor sistemelor tehnice, eșecului sistemelor de protecție, etc.

Contaminarea chimică reprezintă poluarea teritoriului, apei, aerului în urma eliberării necontrolate în mediul înconjurător a unei substanțe toxice pe timpul producerii, stocării sau transportării acesteia.

Deși, Republica Moldova nu a produs și nu produce substanțe chimice periculoase inclusiv cele de luptă sau precursorii acestora, țara rămâne a fi vulnerabilă la un șir de riscuri și amenințări chimice generate de:

1. Utilizarea tot mai frecventă a produselor de uz fitosanitar (*pesticidelor*) și a fertilizanților, care sporesc vulnerabilitatea față de hazardurile naturale;

2. Circularea tot mai frecventă a produselor ilicite (contrafăcute, restricționate, cu termen expirat, neînregistrate și neomologate) agro-chimice și de protecție a plantelor pe piață;

3. Sporirea riscurilor de accidente chimice majore cauzate de uzura fizică și morală a instalațiilor, folosirea tehnologiilor învechite, încălcarea regulilor și normelor tehnice de exploatare, construcția clădirilor de locuit în zonele de protecție sanitară, deteriorarea sistemului de management al protecției fizice a obiectelor industrial periculoase, lipsa unui mecanism de finanțare durabilă și sustenabilă, cât și alți factori;

4. Acumularea la unele întreprinderi a unul volum impunător de deșeuri ce conțin cianuri și derivate de cianide (ferocianuri) și substanțe utilizate în industria galvanică;

5. Transportarea și tranzitarea pe teritoriul republicii moldova a cantităților considerabile de substanțe periculoase, atât pe calea auto, cât și pe calea feroviară și fluvial-maritimă;

6. Managementul necorespunzător al deșeurilor chimice, preponderent al deșeurilor de pesticide din categoria poluanților organici persistenți cu risc sporit de poluare a factorilor de mediu (apă, aer, sol, biodiversitate), pentru sănătate și securitatea statului;

7. Descoperirea periodică a unor cantități considerabile de deșeuri de pesticide, în urma excavării solului, ca urmare a dezvoltării sistemului de canalizare și de aprovizionare cu apă potabilă, extinderea zonelor rezidențiale, etc. Situație similară se regăsește și în cazul deșeurilor de metale grele (mercur, cadmiu, nichel, plumb, etc.).

Riscurile radiologice și nucleare reprezintă situații în care are loc poluarea teritoriului, apei, aerului în urma depunerilor de izotopi radioactivi degajați în atmosferă ca rezultat al unui accident nuclear. Accidentele nucleare pot fi de rutină, când se depășește pe o perioadă foarte scurtă doza maximă admisă în norme, și majore, când doza de radiație reprezintă risc biologic mare prin iradierea populației.

Analiză situației în acest domeniu relevă următoarele cauze principale care sporesc riscul de răspândire a materialelor radiologice și nucleare:

1. Ascendența fenomenului de trafic ilicit cu materiale nucleare și radioactive;

2. Insuficiența și subaprecierea protecției fizice, inclusiv a securității cibernetice a obiectivelor radiologice și nucleare, a infrastructurii critice din sectorul industriei radiologice și nucleare;

3. Prezența riscului provenit de la sursele radioactive orfane sau nedeclarate;

4. Nivelul inadecvat de pregătire și a culturii securității fizice nucleare a personalului încadrat în activități cu materiale nucleare și radioactive;

5. Absența condițiilor optime de perfecționare a responsabililor de utilizare în siguranță a materialelor nucleare și radioactive.

Sistemul de management al situațiilor de urgență, se înființează, se organizează și funcționează pentru prevenirea și gestionarea situațiilor de urgență, asigurarea și coordonarea resurselor umane, materiale, financiare și de altă natură necesare restabilirii stării de normalitate.

Principiile managementului situațiilor de urgență sunt:

1. Previziunea și prevenirea;
2. Prioritatea protecției și salvării vieții oamenilor;
3. Respectarea drepturilor și libertăților fundamentale ale omului;
4. Asumarea responsabilității de către autorități;
5. Cooperarea la nivel național, regional și internațional;
6. Transparența activităților desfășurate;
7. Continuitatea și gradualitatea activităților;
8. Operativitatea, conlucrarea activă și subordonarea ierarhică.

Managementul urgențelor presupune organizarea și gestionarea resurselor și responsabilităților pentru gestionarea tuturor aspectelor umanitare ale situațiilor de urgență:

1. pregătire,
2. răspuns,
3. atenuare,
4. recuperare.

Scopul este de a reduce efectele dăunătoare ale tuturor pericolelor, inclusiv a dezastrelor.

La nivel internațional sistemul de management al urgențelor de sănătate publică de interes internațional este reglementat de Regulamentul Sanitar Internațional (RSI 2005).

Nevoia de asigurare a sănătății globale își are rădăcinile în timpurile străvechi, fiind asociată în primul rând cu protecția împotriva bolilor infecțioase convenționale (de carantină).

Un Regulament Sanitar Internațional este necesar din următoarele motive:

1. Pericolele pentru sănătate nu recunosc hotarele.
2. Pentru a face traficul internațional de pasageri și mărfuri sigure (inofensive)
3. Asigurarea protecției sănătății în întreaga lume
4. Ținerea sub control al pericolelor cotidiene
5. Facilitățile pentru toate sectoarele.

În plan istoric, este de menționat următoarele cronologii:

- **1851** – prima conferință sanitară internațională, Paris
- **1951** – primul regulament sanitar internațional (RSI), adoptat de țările membre ale OMS
- **26 iulie 1969**, a 22-a Adunare OMS a adoptat cel de-al doilea regulament sanitar internațional (RSI), a definit lista bolilor de carantină (*variola, ciuma, holera, antraxul, tifosul exantematic și febra recidivantă*)
- **1970**, a 23-a Adunare a OMS a eliminat *tifosul exantimatic* și *febra recidivantă* de pe lista infecțiilor de carantină.
- **1981** – din lista bolilor de carantină a fost eliminată **VARIOLA** (în urma eradicării în anul 1977), astfel, lista a inclus doar trei boli: **CIUMĂ, HOLERĂ** și **ANTRAX**.
- **1995** – a fost lansată inițiativa de revizuire a RSI (1969).
- **2005** – cea de-a 58-a Adunare Mondială a Sănătății adoptă Regulamentul internațional sanitar revizuit, „RSI”.
- **2006** - Adunarea generală a OMS, a decis punerea în aplicare a RSI-2005.
- **2007** – RSI intră în vigoare la 15 iunie 2007.

Care au fost îngrijorările care au impus adoptarea unui nou RSI?

1. Epidemiile, care într-o perioadă scurtă de timp (zile, săptămâni / luni) ajung în teritorii îndepărtate
2. Apariția/reaparitia bolilor infecțioase și ritmul crescut de răspândire
3. Amenințarea utilizării deliberate a agenților biologici și chimici
4. Evenimente de interes internațional din cauze sau surse necunoscute
5. Impactul asupra sănătății, economiei, securității
6. Îngrijorarea internațională privind răspândirea sindromului respirator acut sever (SARS, 2002-2003) în țările industrializate, cu consecința sa economică globală, amenințarea iminentă a unei pandemii de gripă a determinat o revizuire fundamentală a Regulamentelor internaționale de sănătate.

Prin adoptarea RSI-2005, OMS și țările lumii au fost de acord **să respecte aceleași reguli pentru a asigura sănătatea internațională.**

RSI 2005 este în același timp:

- un cadru legal.
- instrument juridic internațional care este obligatoriu pentru toate statele membre ale OMS pentru a proteja sănătatea globală.
- angajamentul internațional pentru responsabilități comune și apărare colectivă împotriva răspândirii bolilor.
- drepturi, obligații și proceduri.

Regulamentul Sanitar Internațional, 2005 este alcătuit din **10 părți, 66 articole, 9 anexe.**

Articolul 2 definește scopul RSI-2005: *A preveni, proteja, controla și oferi un răspuns de sănătate publică la răspândirea internațională a bolilor în moduri care sunt **proporționale și limitate la riscurile pentru sănătatea publică și care evită interferențele inutile cu traficul și comerțul internațional.***

Noutatea conceptuală a RSI-2005 constă în faptul că s-a trecut **de la 3 boli la toate amenințările la adresa sănătății publice, de la măsuri prestabilite la răspuns adaptat, de la controlul frontierelor la izolarea la sursă, un nou accent pe capacitatea națională**

RSI-2005 a extins semnificativ lista bolilor infecțioase, prezentate în 2 grupe. Prima grupă este prezentată de „**Boli care sunt neobișnuite și pot avea un impact grav asupra sănătății publice**”:

1. **VARIOLĂ** (există riscul ca virusul să reapară din laboratoare și armele biologice);
2. Poliomielită datorată poliovirusului sălbatic;
3. Gripă umană cauzată de subtipuri noi;
4. Sindrom respirator acut sever (SARS).

Cea de-a doua grupă este prezentată de „Boli, orice eveniment care este întotdeauna evaluat ca fiind periculos, deoarece aceste infecții au demonstrat capacitatea de a avea un impact grav asupra sănătății populației și de a se răspândi rapid la nivel internațional”:

- Holeră,
- Ciumă (pesta) pulmonară,
- Febră galbenă,
- Febrele hemoragice - febra Lassa, Marburg, Ebola, febra Nilului de Vest.

Cea de-a doua grupă se suplinește și cu „**boli care reprezintă o anumită problemă națională și regională**”: de exemplu:

- Febra Dengue,
- Febra Rift Valley,
- Malaria,
- Boala (infecția) meningococică.

RSI-2005 pune accent pe consolidarea capacității naționale, direcționate pe două filiere:

1. Consolidarea sistemelor naționale de supraveghere, prevenire, control și răspuns al bolilor
2. Consolidarea securității sănătății publice în călătorii și transporturi.

Domeniile tehnice a Capacității naționale pentru RSI 2005 sunt următoarele:

- **Capacități de bază**

1. Legislație și politică
2. Coordonare
3. Supraveghere
4. Răspuns
5. Pregătire
6. Comunicarea riscului
7. Resurse umane
8. Laborator

- **Pericolele potențiale**

1. Infecțios
2. Zoonoz
3. Siguranța alimentelor
4. Chimic (toxicologic)
5. Radio nuclear

- **Nivele**

1. Național
2. Intermediar
3. Periferic / Comunitate

- **Evenimente la punctele de intrare**

1. Porturi
2. Aeroporturi
3. Transport terestru

Unitatea funcțională a RSI-2005 este Punctul Focal Național, care are un rol decisiv în implementarea RSI, fiind centrul național de comunicații cu OMS în regim 24/7 (*prin telefon, fax, e-mail*). PNF are funcții obligatorii din punct de vedere legal, însă guvernarea țării poate delega sarcini suplimentare potențiale, gen *evaluarea riscurilor, răspuns coordonat etc.*

Poziția OMS în RSI-2005 este următoarea:

- Desemnarea punctelor de contact ale OMS pentru RSI

- Suport statelor membre OMS în evaluarea riscurilor lor pentru sănătatea publică, prin procesele de notificare, consultare și verificare
- Informarea statelor membre cu privire la riscurile internaționale relevante pentru sănătatea publică
- Recomandarea măsurilor de sănătate publică adaptate
- Asistarea statele membre în eforturile lor de investigare a focarelor și îndeplinirea cerințelor naționale RSI pentru supraveghere și răspuns.

Articolul 47 al RSI-2005 definește lista experților, care este divizată în două comitete:

1. **Comitetul de urgență** - oferă opinii despre urgențele de sănătate publică de îngrijorare internațională, dezvoltă recomandări temporare (articolele 48, 49)
2. **Comitetul de revizuire** –este responsabil de raportare, revizuire, recomandări permanente, modificări și litigii (articolele 50-53).

Urgență de sănătate publică de îngrijorare internațională (USPÎI) este un eveniment extraordinar care se determină, conform prevederilor prezentului regulament:

I. să constituie un risc pentru sănătatea publică pentru alte state prin răspândirea internațională a bolilor și

II. necesită un răspuns potențial coordonat internațional.

Pașii procedurali de către OMS pentru a stabili dacă există o USPÎI:

1. Notificarea evenimentului
2. Verificarea evenimentelor
3. Consultarea timpurie
4. Luarea deciziei.

Notificarea evenimentului. Se notifică orice eveniment care poate constitui o urgență de sănătate publică de interes internațional. PFN naționale ar trebui să notifice OMS în termen de 24 de ore de la evaluarea națională. După notificarea PFN continuă să ofere OMS informații detaliate privind sănătatea publică, inclusiv: definirea ca-

zurilor, cazuri / decese, condiții care afectează răspândirea, măsuri. NU înseamnă că apare în mod neapătat o „USPÎI” reală.

Nu este obligatoriu ca un stat să fie membru OMS pentru ca să raporteze un potențial focar, prin urmare, rapoartele către OMS pot fi primite și în mod informal.

Verificarea evenimentelor. Valoarea surselor neoficiale de informații pentru alertă timpurie (care urmează să fie evaluată și să se solicite verificarea). OMS este mandatat să solicite verificarea (din partea statului în care evenimentul apare) a evenimentelor care pot fi urgente de interes internațional. Statele membre OMS trebuie să dea un răspuns inițial în termen de 24 de ore și să furnizeze informații. OMS este mandatat cu efectuarea evaluării la fața locului, atunci când este necesar.

Consultare timpurie. Pentru evenimentele care nu necesită notificare, statele membre pot: consulta măsurile adecvate și solicita asistență tehnică OMS pentru a evalua situația. Trebuie să continue monitorizarea / evaluarea evenimentului pentru a vedea dacă notificarea devine necesară.

Anexa 2 a RSI-2005 prezintă Instrumentul de decizie pentru evaluarea și notificarea evenimentelor care pot constitui o USPÎI.

Se notifică:

1. Patru boli: variola, poliomielita, gripa umană (cauzată de un nou subtip), SARS, chiar dacă există un singur caz (grupa I de boli);
2. Se utilizează instrumentul de decizie în caz de: holeră, peste (ciumă), febră hemoragică virală, febră galbenă, ...
3. boli de interes regional: febra dengue, boli meningococice ...(grupa II de boli).

Pentru identificarea unei „USPÎI sunt aplicate următoarele criterii de evaluare a evenimentului:

1. Impactul evenimentului asupra sănătății publice este grav?
2. Evenimentul este neobișnuit sau neașteptat?
3. Există un risc semnificativ de răspândire internațională?
4. Există un risc semnificativ de restricții de călătorie sau comerț internațional?

Răspunsul „da” la oricare 2 criterii necesită notificarea OMS de către un stat membru și oricare din următoarele combinații a răspunsurilor la cele 4 întrebări:

1. Serios și neașteptat
2. Grav și risc pentru răspândirea internațională
3. Grav și risc pentru restricții internaționale
4. Neașteptat și risc de răspândire internațională
5. Neașteptat și riscul restricțiilor internaționale

Implicațiile nerespectării RSI de către statele membre OMS sunt următoarele:

- OMS va ști din alte surse
- Poziția statului membru se va schimba de la articolul 6 (notificare) la articolul 10 (verificare)
- OMS va solicita verificarea
- OMS va începe o investigație pe baza evaluării riscurilor
- RSI permite OMS să utilizeze orice informații disponibile pentru a alerta alți parteneri
- Statul parte conform va primi sprijin internațional în timp util atunci când este necesar.

Cu referire la capacitățile naționale ale Republicii Moldova pentru gestionarea situațiilor de urgență în sănătatea publică este de menționat:

Guvernul Republicii Moldova:

- **2006** – a informat OMS despre *susținerea integrală și intenția de a implementa RSI (2005)*, desemnând Ministerul Sănătății - ca autoritate responsabilă de implementare.
- **2008** – a aprobat *Planul Național de implementarea a RSI (2005)*.
- **2007-2011** – au fost implementate activități pentru a spori capacitatea sistemului de sănătate pentru detectarea precoce și răspuns rapid.
- **2012** – capacitățile de bază există și sunt funcționale.
- Anual progresul implementării RSI este monitorizat de către OMS și Guvernul RM.

Capacitatea **Legislație și politică.**

1. Legea RM nr. 411/1995 cu privire la ocrotirea sănătății cu modificările ulterioare

2. Legea RM nr. 10-XVI/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice definește noțiunile de risc, urgență de sănătate publică; Capitolul IX. Urgențe de sănătate publică (art. 54-62) delimitează funcțiile și atribuțiile pe nivele ale sistemului de sănătate în prevenirea, asigurarea unui grad adecvat de pregătire, managementul urgențelor de sănătate publică, detectarea, evaluarea și notificarea riscurilor și urgențelor de sănătate publică, declararea/anularea stării de urgență în sănătatea publică, împuterniciri speciale referitoare la persoane și bunuri pe perioada stării de urgență în sănătatea publică.

3. HG RM 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 prevede definiții, clasificări, criterii de evaluare a situațiilor excepționale, metodologia de colectare a datelor și fluxul informațional.

4. HG RM nr. 820/2009 cu privire la Comisia națională extraordinară de sănătate publică, prezentată de 17 autorități și condusă de Viceprim-ministru.

5. HG RM nr. 475/2008 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind punerea în aplicare a Regulamentului Sanitar Internațional în Republica Moldova. I parte – partea generală și distribuirea activităților Ministerelor și departamentelor implicate și II parte – planul de acțiuni (31 acțiuni, 10 servicii)

6. HG RM nr. 1159/2007 cu privire la aprobarea Reglementării tehnice “Reguli generale de apărare împotriva incendiilor în Republica Moldova” RT DSE 1.01-2005

7. HG RM nr. 961/2006 cu privire la aprobarea Regulamentului rețelei naționale de observare și control de laborator asupra contaminării (poluării) mediului înconjurător cu substanțe radioactive, otrăvitoare, puternic toxice și agenți biologici

8. HG RM 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

AGENȚIA NAȚIONALĂ PENTRU SĂNĂTATEA PUBLICĂ exercita funcția de Punct Focal Național pentru RSI (2005).

Capacitățile de supraveghere și răspuns.

Sistemul național de supraveghere a maladiilor transmisibile:

1. Evaluarea sistemului național de supraveghere a maladiilor transmisibile

2. Elaborarea definițiilor de caz pentru supraveghere

3. Prioritizarea maladiilor pentru sistemul de supraveghere

4. Elaborarea sistemului electronic de supraveghere a maladiilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică (asistență tehnică, instruire), inclusiv regiunea Transnistriană.

Rețeaua de laborator:

1. Reconstrucția laboratorului de virusologie

2. Evaluarea capacităților de laborator

3. Procurare echipamente, reactive, consumabile

4. Fortificarea laboratoarelor naționale de referință și a rețelei de laborator (Rugeolă/rubeolă, poliomoelită, infecția Rota).

6. IDENTIFICAREA PRIORITĂȚILOR ȘI NEVOILOR DE FORMARE A SPECIALIȘTILOR ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII OCUPAȚIONALE

Analiza stării de sănătate a populației active a Republicii Moldova indică deteriorarea acesteia în ultimii ani, iar pierderile persoanelor în vârstă aptă de muncă depășesc pierderile populației în ansamblu: dacă populația totală a țării a scăzut cu 1,5 milioane de oameni în ultimii 12 ani, atunci numărul persoanelor ocupate a scăzut cu 12 milioane.

Până la începutul anilor '90, resursele de muncă ale Republicii Moldova au fost concentrate aproape în totalitate în întreprinderi mari cu proprietate de stat, pentru care, s-a format un sistem de supraveghere de stat asupra condițiilor de muncă și au fost elaborate și reglementări igienice și medicale pentru lucrătorii angajați în condiții de muncă nocive și periculoase. Ca urmare a reformelor profunde socio-economice din Republica Moldova, au apărut tipuri fundamentale noi de întreprinderi pentru țară, clasificate ca așa-numitele întreprinderi mici și mijlocii, care însumează peste 87 mii de unități economice angajează per total mai 380 de mii din populația activă economică a țării. De asemenea, eforturile naționale de anvergură de reformare a sectorului securității și sănătății în muncă (SSM) au condus la schimbări în politicile și prioritățile naționale, cu implicarea pe scară largă a tuturor celor implicați – organisme publice și sociale, experți în sănătatea și securitatea muncii, companii, syndicate, agenții de asigurări publice și private. În același timp, însă, s-au reliefat discrepanțe majore în ceea ce privește sistemul de supraveghere a securității și sănătății în muncă, instituționalizarea competențelor de prevenire a accidentelor de muncă și bolilor profesionale etc.

Beneficiul stabilirii priorităților naționale în sectorul SSM se reflectă evident din succesul tuturor părților interesate în protecția sănătății la locul de muncă. Pornind de la această paradigmă,

pentru a îmbunătăți protecția sănătății lucrătorilor, RM prin Legea Parlamentului RM nr.18 din 00.03.2021 a ratificat Convenția OIM 161/1985 privind organizarea serviciilor de sănătate ocupațională. Una din activitățile incluse în Planul de acțiuni de implementare a Convenției OIM 161/1985, aprobat prin Ordinul MSMPS nr.474 din 25.05.2021, este dedicată formării profesionale și oferirea de suport în domeniul sănătății ocupaționale.

În acest context este important de a identifica prioritățile, necesitățile și nevoile de formare a competențelor specialiștilor în domeniul sănătății ocupaționale.

Unul dintre primii care a descris competențele cerute medicilor de muncă a fost Bernadino Ramazzini, părintele medicinei ocupaționale, când a subliniat importanța muncii și condițiilor de muncă: „și la întrebările recomandate de Hippocrate, ar trebui să mai întrebe una „*istoria profesională*”. El a stabilit, de asemenea, în cartea sa ”Bolile meseriașilor” (De Morbis Artificum Diatriba, 1713) principiile de evaluare a riscurilor când a scris „*medicul nu ar trebui să considere nepotrivit să viziteze cele mai modeste ateliere și să studieze tainele artelor meseriașilor*”.

Organizația Internațională a Muncii (OIM) și Organizația Mondială a Sănătății (OMS), la formarea Comitetului mixt OIM/OMS pentru sănătatea ocupațională, în anul 1950, au dat o definiție comună sănătății în muncă. Aceasta a fost revizuită în 1985, pentru a reflecta accentul tot mai mare pe promovarea sănătății ocupaționale prezentată în Strategia globală a OMS pentru sănătatea pentru toți până în anul 2000.

Definiția a fost extinsă și mai mult în mai 1996 la cea de-a 49-a Adunare Mondială a Sănătății la: „*promovarea generală a sănătății și funcționalității pentru toți angajații*”.

Aceste revizuiuri au dus la schimbarea nevoii de sănătate în muncă, care să cuprindă promovarea sănătății, precum și protecția sănătății, o îmbunătățire activă a mediului de lucru și dezvoltarea organizării și culturii muncii pentru a sprijini sănătatea și securitatea la locul de

muncă. La rândul său, acest lucru a condus la schimbarea cerințelor în ceea ce privește competențele pe care trebuie să le aibă medicii de muncă. Influențele suplimentare reprezintă evoluția procesului de globalizare din lumea comercială și cea industrială, precum și de implementarea pe scară largă a principiilor managementului calității la toate activitățile.

În întreaga Uniune Europeană, principiile fundamentale ale armonizării și liberei circulații a forței de muncă și a capitalului au condus la o bază comună pentru legislația privind sănătatea și securitatea, precum și formarea și recunoașterea reciprocă a specialiștilor medicali.

Referire la *persoane competente* apare și în legislația RM, cu toate că cuvântul competent/ competență nu a fost definit ce se înțelege prin competent atunci când se referă la medicii de sănătate în muncă pregătiți.

Programele de pregătire de specialitate din RM au fost susținute de principii generale, acordurile OIM, OMS și legislația națională. În perioada de preaderare a RM la UE, este important de pus accentul pe formare cu considerarea legislației UE, deoarece rolurile medicilor de muncă (medici de igiena muncii și medici de boli profesionale) variază mult, reieșind din practica istorică. Totodată este de menționat că în UE s-au dezvoltat trei rețele europene de medici de medicina muncii: Asociația Europeană a Școlilor de Medicină a Muncii (EASOM), Secția de Medicină a Muncii a Uniunii Specialităților Medicale Europene (UEMS) și Rețeaua Europeană a Societăților Medicilor de Muncă (ENSOP).

UEMS a produs Cartea europeană privind formarea specialiștilor medicali, iar grupurile de lucru sunt active în producerea de standarde și calificări europene și au acces la cadrul politic din Europa prin intermediul Comitetului Permanent al Uniunii Europene. EASOM și ENSOP sunt rețele profesionale dezvoltate ca răspuns la inițiative profesionale și nu au mandate oficiale.

În cadrul tuturor acestor organizații, discuțiile privind competen-

țele și activitățile necesare medicilor de medicina muncii au constituit un subiect major.

Calitatea de membru al EASOM este deschisă instituțiilor care oferă formare postuniversitară care are ca rezultat o calificare de specialist recunoscută în medicina muncii. Secția de medicină a muncii UEMS cuprinde două persoane din fiecare stat membru alese prin asociația profesională – unul trebuie să fie din mediul academic, iar cellalt un medic practicant. ENSOP este compus din doi nominalizați membri din fiecare dintre societățile naționale de medicină a muncii din cadrul Uniunii Europene.

La începutul anului 1997, Consiliul EASOM a recomandat elaborarea competențelor de bază comune necesare specialiștilor în medicina muncii din întreaga Europă. În acest sens a fost aplicat un sondaj Delphi în rândul reprezentanților celor trei asociații profesionale, reprezentați ai cadrelor universitare și ai practicienilor din sănătatea ocupațională, pentru a obține un consens asupra acestor opinii.

În prezent, un astfel de studiu este relevant pentru RM, motiv pentru care ne-am propus să identificăm prioritățile și nevoile de formare a specialiștilor în domeniul sănătății ocupaționale.

Pentru aceasta sa recurs la realizarea unui sondaj sub forma unui studiu Delphi cu un chestionar care a fost dezvoltat, circulat și modificat, iar apoi versiunea modificată a fost redistribuită participanților. Tehnica Delphi a fost folosită în mai multe moduri diferite în legătură cu problema abordată și răspunsul grupului. În trecut pentru a aduna opiniile angajatorilor și specialiștilor din SSM și în actualul studiu – pentru a identifica opinia mediului academic.

Lista materiilor și competențelor cerute medicilor de muncă au derivat din regulamentul de formare a medicului specialist de medicina muncii din UE, care descrie 8 competențe de bază. Aceste competențe sunt împărțite în trei domenii: cunoștințe, experiență și competență. În scopul acestui studiu, acești termeni au fost definiți astfel:

- Cunoștințe – informații specifice despre un subiect.
- Experiență – participarea sau observarea personală directă.
- Competență – condiția de a fi capabil; abilitate; starea de a fi competent sau calificat din punct de vedere juridic.

Toți colaboratorii USMF "Nicolae Testemițanu" (Disciplina de igienă și Disciplina de geriatrie și medicina muncii) și Centrului de Excelență în Medicină și Farmacie "Raisa Pacalo" (Catedra de igienă), prin e-mail corporativ au fost invitați să completeze Chestionarul în *Google forms*. În total, 35 de specialiști au fost invitați să participe în studiu.

Inițial, respondenților li s-a solicitat să indice opinia cu referire la numărul de ore prevăzute în curricula de pregătire a medicului de medicina muncii, importanța relativă a itemilor și să adauge în liste, acolo unde este cazul.

Chestionarele returnate au fost analizate și rezultatele preliminare au fost comunicate în cadrul unei conferințe de explorare a domeniului tematic și care a avut loc în cadrul Săptămânii Medicina Balcaniană.

Un al doilea chestionar a fost apoi realizat, incluzând itemi adăugați de respondenții din prima rundă. Nu au fost eliminate subiectele din liste, dar toate subiectele noi sugerate de respondenți au fost incluse. Chestionarul rezultat a păstrat aceeași structură de 24 de secțiuni cu un total de 160 de itemi. Acest al doilea chestionar a fost apoi distribuit din nou către persoanele care au participat la prima rundă. În acest caz, respondenților li s-a cerut să plaseze fiecare dintre subiecte în ordinea clasamentului în cadrul celor 24 de secțiuni. Elementul considerat cel mai important a primit rangul 1, următorul cel mai important 2 și așa mai departe. Nu a fost permis să se acorde la 2 itemi dintr-o subsecțiune același punctaj. Itemi suplimentari nu au fost prevăzuți, deși a fost inclusă o secțiune pentru observații.

Răspunsurile la chestionare au fost extrase sub formă de pagină Excel, care a stat la crearea unei baze de date și analizate cu pachetul statistic pentru științe sociale (SPSS).

Din 35 de experți invitați să completeze chestionarul, au fost obținute 16 de răspunsuri (rată de răspuns de 45,7%) în termenul dat. Aceste răspunsuri eligibile au reprezentat 3 structuri academice (tabelul 1).

Tabelul 6.1 Distribuția răspunsurilor pe structuri academice

Instituția de învățământ	Subdiviziunea didactică	Cadre didactice	Respondenți	Rata de răspuns, %
USMF "Nicolae Testemițanu"	Disciplina geriatrie și medicina muncii	12	3	25,0
	Disciplina de igienă	19	11	57,9
Centru de Excelență în Medicină și Farmacie "Raisa Pacalo"	Catedra de igienă	4	2	50,0
Total		35	16	45,7

Structura eșantionului este prezentat practic în proporție majoră de persoane cu vârsta cuprinsă în intervalul 45-55 de ani (31,3%) și peste 65 de ani (31,3%), urmate de cele în vârsta de 25-30 de ani (18,8%), și de cele în vârstă de 55-65 de ani (12,5%) și cele în vârstă de 35-45 de ani (6,1%) (Figura 6.1). În 62,5% cazuri respondenții au fost de sex masculin și în 37,5% de sex feminin.

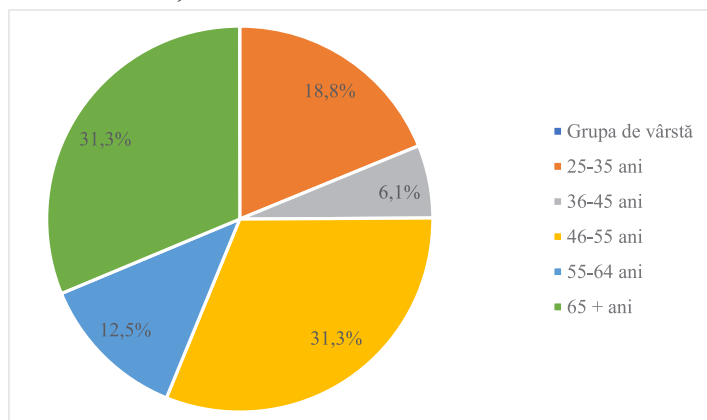


Figura 6.1 Structura respondenților în raport cu vârsta

Cu referire la domeniul specific de formare profesională 81,3% (n=13) respondenți sunt absolvenți ai facultății Medicină preventivă/ Sănătate publică și 18,8% (n=3) – absolvenți ai facultății Medicină generală. Studiile postuniversitare ale respondenților este diversă, în funcție de curricula și standardele de formare profesională în diferite perioade istorice ale RM. Astfel, 56,3% (n=9) din numărul total al participanților în studiu au absolvit studiile de rezidențiat, 68,8% (n=11) – studii doctorale, 31,3 (n=5) – studii de masterat și 18,8% (n=3) – studii postdoctorale (Figura 2). Un respondent este absolvent al facultății Medicină preventivă și a rezidențiatului la specialitatea Medicina muncii, 3 persoane au formare profesională prin studii de rezidențiat, masterat și doctorat, o persoană - prin studii de rezidențiat, masterat, doctorat și postdoctorat. Cursuri de educație medicală continuă în Medicina muncii au raportat 3 respondenți, toți cadre didactice la Disciplina de igienă. Cursurile de EMC în medicina muncii au fost urmate la universitățile de medicină din România (Iași, Craiova, Cluj, Târgul Mureș și Timișoara).

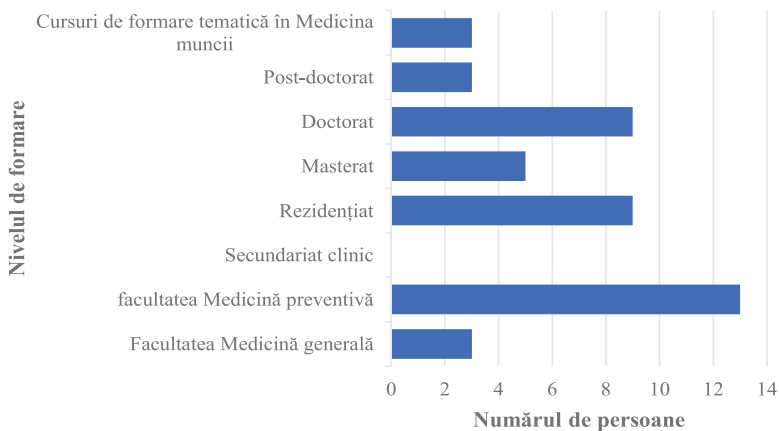


Figura 6.2 Structura respondenților în funcție de nivelul de formare profesională

În raport cu statutul profesoral didactic, majoritatea participanților în studiu 62,5% (n=10) posedă gradul științific de doctor în științe medicale, 18,8% (n=3) au gradul științific de doctor habilitat în științe medicale și 18,8% (n=3) nu posedă grad științific, însă sunt studenți ai Școlii doctorale a USMF "Nicolae Testemițanu" (Figura 3). Marea majoritate a respondenților (68,8%; n=11) dețin titlul de conferențiar universitar, 2 (12,5%) persoane – profesor universitar și 3 (18,8%) persoane – asistent universitar (Figura 6.4).

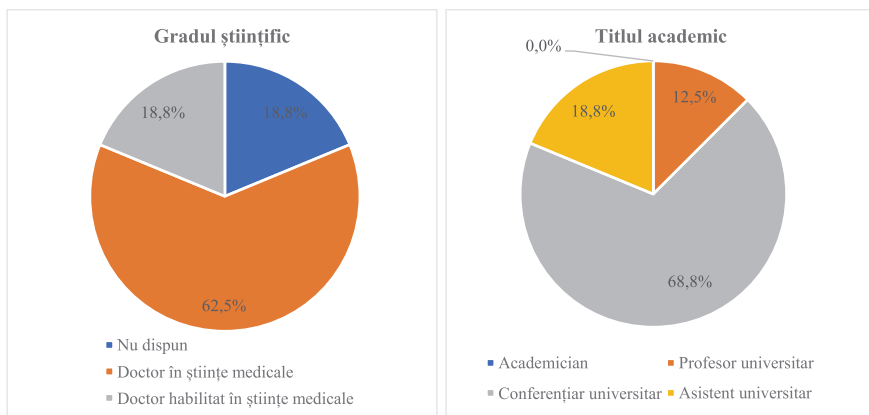


Figura 6.4 Repartizarea respondenților în funcție cu statutul științifico-didactic

Experiența profesională a respondenților oscilează în limitele de la 4 până la 60 de ani, constituind în mediu 26,5 ani, majoritatea fiind prezentată de persoanele cu o experiență de la 16 până la 30 de ani (Fig. 6.5).

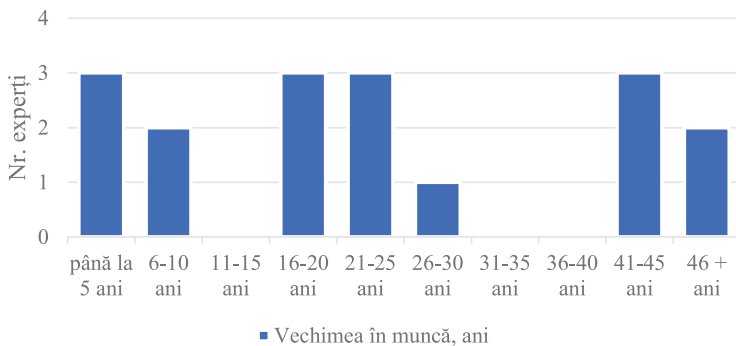


Figura 6.5 Distribuția respondenților în funcție de vechimea în muncă

Din numărul total de respondenți 31,3% (n=5) au experiență anterioară de participare la studii Delphi.

Rezultatele analizei pentru a afla opinia experților despre cine este responsabil pentru instruirea salariaților în domeniul sănătății și securității la locul de muncă pune în evidență faptul că nu toți respondenții susțin prevederile legale cu privire la responsabilitatea angajatorului de a asigura instruirea angajaților în materie de securitate și sănătate în muncă (Fig. 6.6).

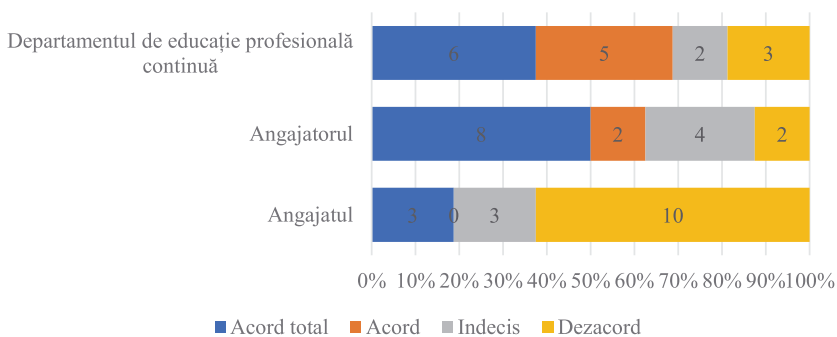


Figura 6.6 Opinia experților cu referire la cine este responsabil de instruirea angajaților în materie de Securitate și sănătate la locul de muncă

Tabelul 6.2 Opinia experților cu referire la faptul dacă numărul de ore privind tematica în domeniul sănătății ocupaționale în programele de studii sunt suficiente

Nr. d/o	Programele de studii	Afirmatii							
		Acord total		Acord		Indecis		Dezacord	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Rezidențiat, specialitatea Medicina Muncii	6	37,5	6	37,5	2	12,5	2	12,5
2.	Rezidențat, specialitatea Igienă	9	56,3	3	18,8	2	12,5	2	12,5
3.	Studii de licență	3	18,8	8	50,0	3	18,8	2	12,5
4.	Studii de perfecționare continuă	4	25,0	8	50,0	3	18,8	1	6,3

Tabelul 6.3 Opinia experților despre domeniile de competență relevante pentru instruirea salariaților

Nr. d/o	Domeniu de competență	Opinia exprimată					
		Relevant		Nerelevant		Indecis	
		n	%	n	%	n	%
1.	Principii generale de evaluare și management al factorilor de risc a mediului ocupațional pentru sănătate.	16	100				
2.	Evaluarea dizabilității și aptitudinii pentru muncă.	13	81,25	2	12,5	1	6,25
3.	Promovarea sănătății.	14	87,5	1	6,25	1	6,25
4.	Probleme etice și juridice în domeniul de activitate.	13	81,25	0	0	3	18,75
5.	Guvernanța clinică/îmbunătățirea clinică (cadru prin care instituțiile medico-sanitare sunt responsabile pentru îmbunătățirea continuă a calității serviciilor lor și protejarea calității înalte a îngrijirii)	10	62,5	1	6,25	5	31,25
6.	Abilități de comunicare.	13	81,25	1	6,25	2	12,5

7.	Abilitați de lucru în echipă și leadership.	13	81,25	1	6,25	2	12,5
8.	Abilitați manageriale.	7	43,75	4	25	5	31,25
9.	Aspecte de mediu legate de practica de lucru.	16	100		0		0
10	Predare și supraveghere educațională.	9	56,25	5	31,25	2	12,5
11	Abilitați de îmbunătățire a calității actului medical	10	62,5	1	6,25	5	31,25
12.	Metode de cercetare aplicate	9	56,25	4	25	3	18,75

Respondenții au fost rugați să acorde fiecărui item din listă un punctaj separat de la 0 la 5 referitor la importanța subiectului. Un scor de 0 a indicat că itemul nu era necesar, 1 era de importanță minimă și 5 era cel mai important sau esențial. Subsecțiunile de cunoștințe, experiență și competență au fost tratate separat.

Pentru fiecare item din fiecare dintre aceste subsecțiuni, scorurile au fost mediate (Tabelul 6.4).

Tabelul 6.4 Scorurile medii ale domeniilor tematice

Domeniile tematice	Scorul mediu pe subsecțiuni		
	Cunoștințe	Experiență	Competență
Riscuri profesionale pentru sănătate	5,0	4,8	4,9
Metode de cercetare	3,9	4,1	4,2
Promovarea sănătății	4,4	4,3	4,5
Legea și etica sănătății în muncă	4,5	4,3	4,2
Comunicații	4,5	4,6	4,8
Evaluarea dezabilității	4,7	4,4	4,6
Medicina mediului ocupațional	4,9	4,9	5,0
Management	4,2	4,1	4,0
<i>Legislația și reglementările de sănătatea publică</i>	4,8	4,4	4,5
<i>Urgențele de sănătate publică</i>	4,6	4,1	4,3

Cu italic sunt marcate subiectele adăugate în prima rundă a studiului Delphi

Rezultatele analizelor efectuate pentru a afla dacă a existat vreo variație a răspunsurilor între persoanele din diferite structuri academice – de exemplu, specialiștii din medicina muncii în comparație cu specialiștii în igienă sau cei din colegiu. Diferențele notabile au fost că respondenții de la disciplina Medicina muncii au avut tendința de a evalua subiectele din secțiunile despre evaluare și dizabilitate mai înalt decât respondenții din domeniul igienei. De asemenea, respondenții din Medicina muncii au acordat mai puțină importanță subiectelor de promovare a sănătății decât celelalte grupări profesoral-didactice. (Informații suplimentare despre aceste diferențe în cunoștințe secțiunea de margine este disponibilă de la autori.)

Promovarea și managementul sănătății sunt recunoscute de OMS ca fiind din ce în ce mai importante în cadrul disciplinei; problemele legate de dizabilitate sunt de o importanță deosebită în unele țări europene; riscurile profesionale pentru sănătate cuprinde domeniile istorice tradiționale ale securității și igienei muncii. A existat o variație mai mare a scorurilor medii pentru riscurile profesionale pentru sănătate decât în celelalte domenii.

Comparațiile privind importanța relativă pentru respondenți din cele opt domenii de subiecte au fost făcute cu testul de rang semnat Wilcoxon. Rezultatele acestor teste sunt afișate în tabelul 6.5.

Aceste tabele arată că riscurile profesionale pentru sănătate au fost aproape întotdeauna considerate cele mai importante în comparație cu celelalte domenii tematice. În schimb, managementul a fost aproape întotdeauna considerat cel mai puțin important. Sănătatea mediului ocupațională fost, de asemenea, considerată a fi semnificativ mai puțin importantă decât majoritatea celorlalte domenii tematice. În toate aceste cazuri, acest lucru a fost valabil în toate subsecțiunile de cunoaștere, experiență și competență. Promovarea sănătății a arătat o variație mai mare între subsecții. În subsecțiunea de cunoștințe, promovarea sănătății a fost evaluată ca fiind semnificativ mai importantă decât toate celelalte subiecte, cu excepția riscurilor profesionale pentru sănătate. Cu toate acestea, nu a fost evaluat deasupra niciunuia dintre celelalte domenii tematice din subsecțiunea de competență.

Tabelul 6.5 Rezultatele testelor de ranguri semnate Wilcoxon pentru subsecțiunile chestionarului cu scorurile medii ale disciplinelor

Domeniile de competență	Riscuri profesionale pentru sănătate	Metode de cercetare	Promovarea sănătății	Legea și etica sănătății în muncă	Comunicații	Evaluarea dezabilității	Sănătatea mediului (ocupational)	Management
Subsecțiunea de cunoștințe								
Scorul mediu	5,00	3,94	4,44	4,50	4,50	4,69	4,94	4,19
Riscuri profesionale pentru sănătate		NS	*	***	***	***	***	***
Metode de cercetare	3,94		NS	***	***	***	***	***
Promovarea sănătății	4,44			*	*	***	***	***
Legea și etica sănătății în muncă	4,50				NS	*	***	***
Comunicații	4,50					*	***	***
Evaluarea dezabilității	4,69						*	***
Sănătatea mediului (ocupational)	4,94							NS
Management	4,19							
Subsecțiunea de experiență								
Scorul mediu	4,88	4,19	4,50	4,19	4,75	4,63	4,50	4,31
Riscuri profesionale pentru sănătate		NS	*	***	***	***	***	***
Metode de cercetare	4,19		NS	***	***	***	***	***

Promovarea sănătății	4,50			*		*			***	***	***
Legea și etica sănătății în muncă	4,19					NS			*	***	***
Comunicații	4,75								*	***	***
Evaluarea dezaibilității	4,63									*	***
Sănătatea mediului (ocupațional)	4,50										NS
Management	4,31										
Subsecțiunea de competență											
Scorul mediu	4,88	4,19	4,50	4,19	4,50	4,75	4,63	4,50	4,31		
Riscuri profesionale pentru sănătate	4,88	NS	*	***		***			***	***	***
Metode de cercetare	4,19		NS	***		***			***	***	***
Promovarea sănătății	4,50			*		*			***	***	***
Legea și etica sănătății în muncă	4,19					NS			*	***	***
Comunicații	4,75								*	***	***
Evaluarea dezaibilității	4,63									*	***
Sănătatea mediului (ocupațional)	4,50										NS
Management	4,31										

Notă: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 element de rând mai mare v coloană.

Runda a II.

Din 16 experți care au participat la prima rundă 100% au completat chestionarele propuse în cea de-a doua rundă.

Itemii care nu au fost incluși în chestionarul din prima rundă, dar sugerați de respondenți sunt afișați cu caractere cursive în tabelul 4. Răspunsurile la cel de-al doilea chestionar au fost analizate prin însumarea ordinelor de rang pentru a produce un scor mediu pentru fiecare item din fiecare dintre cele 24 de secțiuni. Deoarece unele secțiuni aveau până la 12 poziții și altele doar două, scorurile medii au fost standardizate la o scară de la 1 la 10, pentru a permite o anumită comparație a importanței relative a itemilor în diferite subsecțiuni. Scorul mediu standardizat oferă, de asemenea, o indicație a consensului de opinie, cele mai mici scoruri indicând faptul că mulți respondenți au acordat acestui item o prioritate ridicată.

Tabelul 6.6 Clasamente standardizate

Nr. d/o	Domeniile temetice și dimensiunile specifice	Rangul acordat
Domeniul tematic 1. Riscuri profesionale pentru sănătate:		
<i>Subsecțiunea 1A, cunoștințe:</i>		
1	Pericole (factorii de risc) pentru sănătate la locul de muncă și bolile pe care le provoacă	2,9
2	Evaluarea și controlul riscurilor cauzate de pericole	3,3
3	Principii de toxicologie, igiena muncii și ergonomie	5,7
4	Caracteristicile clinice și investigarea bolilor profesionale	6,3
5	Surse de informare în riscurile pentru sănătatea muncii	6,7
6	Principiile supravegherii sănătății	5,3
7	Standarde de sănătate în muncă	6,8
8	Monitorizarea biologică	9,3
9	Principii de securitate a muncii	7,1
10	Tratamentul de urgență al vătămărilor la locul de muncă	8,5
11.	Fiziologia muncii	7,5
12.	Principiile practicii sănătății ocupaționale	8,1
<i>Subsecțiunea 1B, experiență:</i>		
1	Evaluarea și consilierea cu privire la factorii de risc din mediul ocupațional	3,6

2	Supravegherea lucrătorilor cu risc de accidentare și îmbolnăvire profesională	3,9
3	Diagnosticul diferențial al stării de sănătate asociate muncii	5,4
4	Legătura cu alți specialiști în evaluarea locului de muncă	5,8
5	Managementul lucrătorilor care dezvoltă boli sau vătămări legate de muncă	5,5
6	Utilizarea echipamentelor de bază de igienă a muncii	6,0
7	Experiență în toxicologia industrială și clinică generală	7,3
8	Supravegherea și instruirea în domeniul sănătății și siguranței în muncă	4,5
9	Utilizarea clasificării OIM a radiografiilor	8,3
10	Utilizarea criteriilor igienice de clasificare a condițiilor de muncă după nocivitate și pericolozitate și a procesului de muncă după greutate și intensitate	4,6
Subsecțiunea 1C, competență:		
1	Efectuarea evaluării locului de muncă și oferirea consilierii cu privire la măsurile de control	4,3
2	Diagnosticarea stării de sănătate legate de muncă	5,3
3	Identificarea istoricului clinic și efectuarea unui examen competent (specific) de medicina muncii	5,5
4	Organizarea investigațiilor adecvate pentru diagnosticarea bolilor profesionale	3,9
5	Recunoașterea necesității unei evaluări specializate a mediului și procesului de muncă	5,5
6	Organizarea supravegherii sănătății lucrătorilor expuși la riscuri profesionale	3,6
7	Consiliere cu privire la acordarea îngrijirilor medicale de prim ajutor	6,3
8	Alegerea echipamentului individual de protecție adecvat factorilor de risc	5,9
9	Consiliere cu privire la utilizarea echipamentelor de protecție colectivă și de planificare a mediului de lucru	6,8
10	Consiliere cu privire la introducerea de noi sisteme și tehnici de lucru (tehnologii și substanțe chimice noi)	6,9
Domeniul tematic 2. Evaluarea aptitudinii de muncă și incapacității (dizabilității) pentru muncă		
Subsecțiunea 2A, cunoștințe:		
1	Principii de evaluare a aptitudinii pentru muncă	2,9
2	Cerințe legale pentru aptitudinea pentru anumite locuri de muncă	4,3

3	Metode de reabilitare și redistribuire la locul de muncă	6,5
4	Factori care influențează absenteismul atribuite bolii	6,8
5	Evaluarea aptitudinii pentru muncă a lucrătorilor în vârstă	5,3
6	Evaluarea aptitudinii pentru muncă a lucrătorilor adolescenți	5,4
7	Evaluarea aptitudinii pentru muncă a femeilor	5,7
8	Aplicarea conceptului de stres sau efort la angajații cu dizabilități	8,4
9	Principiile pensionării cu probleme de sănătate	8,5
10	Beneficii de invaliditate	9,7
11.	Biomonitorizarea expunerii angajaților factorilor de risc profesional	7,7
12.	Rolul și poziția investigațiilor instrumentale și de laborator în monitorizarea stării de sănătate a angajaților	5,8
Subsecțiunea 2B, experiență:		
1	Evaluarea clinică a dizabilității și aptitudinii pentru muncă, atât înainte de înlocuire, cât și după boli sau accidentări legate de muncă	3,8
2	Evaluarea deficiențelor, dizabilității și handicapului în raport cu munca	4,2
3	Managementul clinic în reabilitarea lucrătorilor cu dizabilități	5,3
4	Aplicarea ergonomiei la reabilitare	5,9
5	Consilierea angajaților cu privire la absenteismul cauzat de boală	5,9
6	Managementul lucrătorilor cu probleme de alcool sau droguri	7,7
7	Monitorizarea absenteismului pe motiv de boală (monitorizarea și evaluarea morbidității cu incapacitate temporară de muncă	4,4
8	Supravegherea capacității de muncă	2,8
9.	Monitorizarea markerilor de expunere și de rezultat a factorilor de risc profesional	3,6
Subsecțiunea 2C, competență:		
1	Consiliere cu privire la deficiențe, dizabilitate și handicap în legătură cu munca	2,1
2	Sfaturi cu privire la aptitudinea pentru muncă în colaborare cu alți profesioniști, acolo unde este cazul	2,6
3	Consiliere pentru reabilitare și redistribuire	3,4
4	Consiliere a managerilor, asigurătorii și angajatorii cu privire la pensionarea pe motiv de boală	3,3
5	Sfaturi privind absenteismul pe caz de boală	4,0
Domeniul tematic 3. Comunicații (activitatea intersectorială)		
Subsecțiunea 3A, cunoștințe:		
1	Organizarea serviciilor de sănătate a muncii și rolul autorităților statutare	2,1

2	Orientări etice pentru comunicarea cu medicii, managerii și alți actori implicați în sănătatea și securitatea în muncă	2,9
3	Rolul și organizarea altor profesioniști din domeniul sănătății muncii	3,6
4	Organizarea altor servicii de sănătate	4,3
5	Principii, tehnici și resurse în comunicare	4,5
6	Organizarea serviciilor de sănătate a muncii în alte țări europene	3,8
Subsecțiunea 3B, experiență:		
1	Citirea, scrierea și vorbirea clară în limba de stat sau națională (după caz)	4,0
2	Redactarea unui raport	4,8
3	Folosirea limbajului pe care publicul îl poate înțelege	4,3
4	Aplicarea cerințelor legale și a altor cerințe etice pentru confidențialitate	4,6
5	Comunicări cu alți profesioniști pentru organizarea și furnizarea de formare	4,5
6	Realizarea de prezentări orale unui public utilizând eficient echipamente audiovizuale	5,3
7	Lucrul eficient ca membru, secretar sau președinte al unui grup de lucru	7,4
8	Consiliere	6,9
9	Participarea în comitete	7,2
10	Negocierea, influențarea și rezolvarea conflictelor	5,6
Subsecțiunea 3C, competență:		
1	Comunicarea cu oameni din diferite medii și înțelegere tehnică	2,8
2	Organizarea și redactarea rapoartelor	4,3
3	Dezvoltarea prezentărilor orale clare cu ajutorul mijloacelor audiovizuale	3,9
4	Citirea, scrierea și conversarea cu competență (abilitarea de gândire critică)	4,1
5	Aplicarea cerințelor legislative și etice de confidențialitate în comunicarea cu alți profesioniști despre oameni	3,1
6	Participarea efectivă ca membru al unui grup de lucru	3,3
Domeniul tematic 4. Metode de cercetare		
Subsecțiunea 4A, cunoștințe:		
1	Surse de informații științifice	2,6
2	Principii de epidemiologie și statistică medicală	4,1

3	Considerații etice în cercetare	4,3
4	Principiile cercetării sociale cantitative și calitative	4,3
5.	Principiile de evaluare cantitativă a riscului	4,3
6.	Principii de evaluarea riscului toxicologic	4,6
7.	Principii de evaluare riscului oncologic	4,8
8.	Principiile de redactare a textelor medicale științifice	6,0
Subsecțiunea 4B, experiență:		
1	Efectuarea unei investigații științifice oficiale	1,8
2	Efectuarea unei căutare de literatură și pregătirea unui raport	1,9
3	Scrierea și publicare unui articol/ rezumat științific (științifico-practic)	3,1
4	Scrierea și publicarea unui articol de promovarea sănătății la locul de muncă	3,4
Subsecțiunea 4C, competență:		
1	Efectuarea unei căutării bibliografice	3,3
2	Transformarea unei probleme într-o întrebare care poate fi cercetată	3,6
3	Interpretarea datelor științifice din reviste și din cercetări proprii	6,0
4	Planificarea unor sondaje (chestionări) simple	4,7
5	Recunoașterea limitelor competenței și stabilirea legăturii cu statisticienii sau alți experți, atunci când este cazul	6,2
6	Recunoașterea și inițierea investigații clusterelor de boli în rândul forței de muncă (populația în vârstă aptă de muncă angajată în câmpul muncii)	7,0
7	Raportarea verbală și în scris asupra unei investigații	6,9
8	Efectuarea analizei statistice simple pentru a rezuma datele	5,9
9	Analiza datelor colectate în mod obișnuit, inclusiv datele privind absența bolii și a accidentelor	5,4
10	Utilizarea computerului pentru stocarea și analiza datelor	6,0
Domeniul tematic 5. Management		
Subsecțiunea 5A, cunoștințe:		
1	Principii și practica managementului	2,1
2	Tehnici de evaluare a nevoilor și de marketing a serviciilor de sănătate a muncii	4,3
3	Negocierea și gestionarea unui buget	5,7
4	Cunoașterea relațiilor industriale	4,9
5	Structuri de management în diferite organizații	5,3
6	Principiile auditului	6,1
7	Analiza comportamentului organizațional	6,4

8	Proiectarea unui curs de formare pentru personalul de sănătate și securitate în muncă	6,6
9	Evaluarea accesului la servicii specializate de sănătate ocupațională	5,8
10	Selectarea, numirea, supravegherea și evaluarea performanței personalului	5,9
Subsecțiunea 5B, experiență:		
1	Responsabilitatea personală pentru conducerea unui departament sau a unui aspect al unui departament de sănătate a muncii	4,3
2	Implicarea cu toate elementele organizării industriale	3,4
3	Experiență în cel puțin două organizații sau afaceri cu structuri și stiluri de management diferite	4,1
4	Colectarea și utilizarea informațiilor în managementul sănătății și securității în muncă	4,5
5	Participarea la audit	6,3
6	Gestionarea unui buget	7,1
7	Selecția, numirea, supravegherea și evaluarea personalului	6,9
8	Implicarea în asigurarea instruirii	6,8
9	Participarea la un curs de formare în management	6,3
10	Încurajarea utilizării serviciilor de sănătate a muncii	5,4
11	Evaluarea serviciului prestat	8,7
Subsecțiunea 5C, competență:		
1	Identificarea nevoile de sănătate ocupațională ale unei organizații	3,1
2	Definirea scopurilor și obiectivelor unui serviciu de sănătate ocupațională	2,9
3	Definirea rolurilor dvs. în furnizarea unui serviciu de sănătate ocupațională și formularea fișei postului	3,9
4	Gestionarea unui departament de sănătate ocupațională	5,1
5	Evaluarea calității unui serviciu de sănătate ocupațională și efectuarea unui audit clinic	5,2
6	Negocierea și gestionarea unui buget	9,1
7	Team building și lucru în echipă	7,7
8	Organizarea evidenței cu computerele, dacă este cazul	10,9
9	Selectarea, numirea, supravegherea și evaluarea performanței personalului	8,7
10	Piața serviciilor de sănătate ocupațională	10,4
11	Abilități de negociere și influențare	10,1
12	Proiectarea unui program de instruire	11,0

13	Conducerea unei echipe de furnizori de servicii multidisciplinare	11,6
14	Planificarea utilizării eficiente a resurselor multidisciplinare	11,9
15	Încurajarea utilizării serviciilor de sănătate a muncii	12,1
16	Evaluarea serviciului prestat	12,5
Domeniul tematic 6. Dreptul și etica sănătății în muncă:		
Subsecțiunea 6A, cunoștințe:		
1	Acte, reglementări, coduri de practică și îndrumări care reglementează sănătatea în muncă, inclusiv raportarea accidentelor de muncă și bolilor profesionale	2,4
2	Cadrul legislativ național al sănătății muncii cadrul legislativ la nivelul Comunității Europene. Armonizarea legislației	2,4
3	Interacțiunea dintre lege și etică în practica de sănătate a muncii	4,3
4	Sisteme de compensare industriale	6,8
5	Rolurile martorului medical, profesionist și expert	7,2
6	Organizarea serviciilor sociale si de asigurari	7,0
7	Codul muncii	4,3
8	Legislația compensației sociale	6,3
9	Legea sanatatii mediului	5,8
10	Proceduri în litigiu	8,7
Subsecțiunea 6B, experiență:		
1	Consilierea, sprijinirea și monitorizarea implementării legislației privind sănătatea și securitatea în muncă	2,0
2	Aplicarea legii și eticii în domeniul sănătății ocupaționale la caz individual	1,9
3	Consilierea, sprijinirea și monitorizarea implementării legislației mediului (inclusiv mediului ocupațional)	2,9
4	Evaluarea conformității cu legislația Uniunii Europene	3,4
5	Subsecțiunea 6C, competență:	1,4
6	Consultarea managerilor cu privire la obligațiile legale care le revin conform legislației privind sănătatea și securitatea muncii	2,1
7	Consilierea managerilor cu privire la implementarea legislației privind sănătate și siguranță mediului	2,5
8	Consilierea lucrătorilor și reprezentanților lucrătorilor cu privire la obligațiile lor legale	7
Domeniul tematic 7. Sănătatea mediului:		
Subsecțiunea 7A, cunoștințe:		
1	Pericole fizice, chimice și biologice pentru sănătate care decurg din activitățile industriale	1,8

2	Metode de evaluare și control al pericolelor pentru mediu	3,6
3	Surse de informare privind epidemiologia mediului	4,7
4	Controlul accidentelor industriale majore	5,8
5	Surse de pericole de mediu pentru sănătate, altele decât cele industriale	4,8
6	Rolul altor grupuri profesionale cu interes pentru sănătatea mediului	6,9
7	Principiile controlului integrat al poluării	6,6
8.	Pericolele psihosociale pentru sănătate care decurg din activitatea de muncă	5,8
9.	Criteriile igienice de evaluare și clasificare a clasei condițiilor de muncă după nocivitate și periculozitate și a procesului de muncă după greutate și intensitate	4,9
Subsecțiunea 7B, experiență:		
1	Consilierea privind gestionarea pericolelor de mediu cunoscute și suspectate pentru sănătate	2,3
2	Legătura cu alți specialiști responsabili cu mediul și sănătatea comunității	2,6
3	Implicarea în planificarea clădirii sau a proceselor cu potențialul de a provoca pericole pentru mediu	2,7
4	Participarea ca membru al echipei la planificarea incidentelor de urgență	2,6
Subsecțiunea 7C, competență:		
1	Recunoașterea și oferirea de consultări cu privire la expunerea periculoasă în mediul general și cel care decurge din activitățile industriale	1,7
2	Diagnosticul diferențial al bolilor legate de muncă și de mediu	1,8
3	Recunoașteți și sfătuiți cu privire la expunerea periculoasă în mediul general care decurge din alte surse sau activități	2,7
Domeniul tematic 8. Promovarea sanatații:		
Subsecțiunea 8A, cunoștințe:		
1	Principii de promovare a sănătății, educație și modificare comportamentală	2,4
2	Riscuri majore pentru sănătate relevante pentru populația activă	3,5
3	Procesul de promovare a sănătății la locul de muncă	3,8
4	Organizarea, furnizarea și evaluarea activităților de promovare a sănătății legate de muncă	3,2
5	Analiza nevoilor de sănătate ale populației active	6,5

6	Aspecte etice ale screening-ului populației	7,2
7	Analiza cost-beneficiu a activităților de promovare a sănătății	6,5
8	Agenții de promovare a sănătății și surse de informare	7,3
9	Instruirea igienică a lucrătorilor	5,1
Subsecțiunea 8B, experiență:		
1	Evaluarea nevoilor de promovare a sănătății	2,4
2	Participarea la programe de promovare și educație pentru sănătății	1,9
3	Experiența cu tehnici de intervenție	3,3
4	Susținerea promovării sănătății la locul de muncă	2,6
Subsecțiunea 8C, competență:		
1	Evaluarea nevoilor de promovare a sănătății	2,3
2	Organizarea, furnizarea și evaluarea programele de promovare a sănătății	2,1
3	Dezvoltarea și implementarea programelor de prevenire	2,8
4	Obținerea participării la programele avansate de promovare a sănătății	3,6
5	Auditul sau evaluarea programelor existente	4,6

Scorurile ridicate indică faptul că majoritatea respondenților au acordat unui item un scor de prioritate scăzută. Atunci când un număr de itemi dintr-o secțiune au scoruri similare, aceasta indică faptul că a existat un consens mai puțin de opinie în rândul respondenților.

În multe dintre secțiuni a existat o distincție clară între acele elemente considerate de medicii de medicina muncii ca fiind de cea mai mare prioritate și cele de mai puțină importanță. De exemplu, în cadrul secțiunii privind riscurile profesionale pentru sănătate, evaluarea mediului de lucru și supravegherea și diagnosticarea accidentelor și bolilor profesionale au fost percepute ca fiind de cea mai mare importanță. Printre altele, au fost considerate importante acele elemente referitoare la siguranța muncii – principiile siguranței muncii, instruirea în materie de siguranță și utilizarea echipamentelor de siguranță . În secțiunea de management, cele mai importante aspecte au fost cunoașterea principiilor managementului; experiența în conducerea unui departament de sănătate a muncii; și competența în definirea nevoilor și obiectivelor unui serviciu de sănătate a muncii

și a rolurilor personalului. Capacitatea de a proiecta și desfășura cursuri de formare a fost de o importanță mai mică.

În mod interesant, unele dintre elementele considerate a fi relativ mai puțin importante pentru respondenți au inclus supravegherea și furnizarea de formare în toate aspectele sănătății ocupaționale, evaluarea programelor de promovare a sănătății și principiile și consilierea privind pensionarea bolnavilor.

Multe deficiențe ale tehnicii Delphi în aplicarea sa la prioritizarea domeniilor de medicina muncii au fost subliniate în altă parte. Acestea includ cerința ca respondenții să prioritizeze liste de domenii despre care ei consideră că sunt de importanță egală. De asemenea, pentru a evita limitarea domeniului studiului, poate rezulta un chestionar foarte mare. Timpul necesar pentru completarea celui de-al doilea chestionar a fost remarcat de mai mulți respondenți. Cu toate acestea, rata bună de răspuns a indicat importanța pentru grupul țintă a desfășurării acestui exercițiu. Alte comentarii făcute de respondenți au inclus faptul că unele dintre elemente pot fi interpretate în moduri diferite din punct de vedere conceptual, în conformitate cu diferitele tradiții și moduri de lucru în Comunitatea Europeană.

Lista competențelor incluse în chestionar a fost preluată din regulamentele de formare ale Facultății de Medicină a Muncii din Regatul Unit. Acestea au evoluat de-a lungul mai multor ani și au fost influențate de cele produse de organizații paralele din America de Nord și Australia. Acest lucru s-a reflectat în nivelul ridicat de concordanță de opinii exprimat de medicii de medicina muncii care au răspuns la chestionarul Delphi și de acei delegați non-europeni care au participat la conferință.

Se pare că respondenții mențin o viziune tradițională asupra competențelor cerute medicilor de medicina muncii. Diagnosticul bolilor profesionale și evaluarea riscurilor fiind evaluate cel mai înalt dintre cele opt domenii tematice.

Cercetarea a fost evaluată drept al doilea cel mai important subiect și acest lucru este surprinzător, având în vedere numărul

relativ scăzut de institute de cercetare ocupațională active din Europa. Domeniul tematic al dreptului și eticii a fost al treilea ca importanță, reflectând interesul pentru problemele etice și practică. Subiecte relativ noi, cum ar fi promovarea sănătății și medicina muncii, nu au fost evaluate foarte bine și este îngrijorător faptul că evaluarea domeniului tematic a dizabilității, care este o componentă atât de importantă a muncii medicilor de medicina muncii, a fost evaluat relativ scăzut.

O preocupare și mai mare este faptul că competențele de management au fost considerate de respondenți ca fiind cele mai puțin importante. Importanța abilităților manageriale a fost recunoscută de Donald Hunter, care a scris că medicul de medicina muncii „trebuie să fie atât de bine pregătit încât să fie invitat să coopereze cu manageri, muncitori, ingineri, chimiști și arhitecți. Ar trebui să aibă aptitudini de administrare. face pe industriaș să înțeleagă riscul la care sunt expuși oamenii lui”. Donald Hunter, când a descris pregătirea medicului pentru industrie, a descris aspectele sociale ale muncii medicului ca fiind promovarea pozitivă a sănătății și prevenirea bolilor. Acest sondaj Delphi a arătat că respondenții sunt încă concentrați în principal asupra bolilor și rămân în urmă cu evoluția definiției sănătății ocupaționale.

Alte subiecte, cum ar fi evaluarea dizabilităților, analiza absențelor de boală și sfatul și competența în aceste domenii au fost cotate slab și totuși acestea pot fi componente majore ale muncii medicilor de muncă.

Organismele de reglementare, cum ar fi Consiliul General Medical al Regatului Unit, au subliniat importanța abilităților comportamentale ale medicului, inclusiv lucrul în echipă,¹³ și totuși, în acest sondaj, acestea au fost, în general, clasate jos.

Împărțirea celor opt domenii de studiu în alte trei subsecțiuni – cunoștințe, experiență și competență – a dus la unele anomalii. De exemplu, în secțiunea privind metodele de cercetare, respondenții au considerat că este foarte important ca medicii de medicina

muncii să aibă competență în efectuarea unei căutări de literatură și în transformarea unei probleme într-o întrebare care poate fi cercetată. Cu toate acestea, a avea experiență în efectuarea unei căutări de literatură și în pregătirea unui raport a fost considerată mai puțin importantă. Acesta este probabil un rezultat al faptului că subsecțiunea experiență are doar două elemente. Cunoștințele, împreună cu experiența, stau la baza identificării întrebărilor de cercetare și o disciplină precum sănătatea în muncă nu poate evolua și răspunde nevoilor în schimbare fără cercetare. Experiența de cercetare, cu publicarea și auditul altor rezultate, poate duce, de asemenea, la competențe.

Prin urmare, aceste trei subsecțiuni sunt inextricabil legate și este posibil ca acest exercițiu să fi creat distincții artificiale în cadrul domeniilor subiectului.

Ceea ce a fost prezentat aici este punctul de vedere consens al reprezentanților a trei mari asociații europene ale medicilor de muncă. În cadrul acestor asociații, cadrele universitare sunt probabil suprareprezentate (EASOM, 50% din UEMS). Acest lucru ar putea explica clasarea scăzută a competențelor cerute de medicina muncii la locul de muncă. Deși nu poate exista nicio dispută cu privire la importanța menținerii și îmbunătățirii abilităților clinice ale medicilor de muncă pentru diagnosticarea și gestionarea bolilor profesionale și a sănătății profesionale, s-ar părea că respondenții ar putea avea prioritățile greșite pentru secolul XXI.

Ca urmare a prezentului studiu mai jos sunt listate câteva căi ce trebuie de urmat și anume:

1. **Redefinirea competențelor**

În realizarea acestei lucrări a devenit clar că există oportunități de a îmbunătăți definițiile noastre ale competențelor noastre. Definiția în schimbare a sănătății în muncă a condus la o importanță mai mare a promovării sănătății și la o reducere a accentului pus pe bolile profesionale. Provocările tot mai mari ale dizabilității și muncii și problemele legate de competențele manageriale nu se reflectă în

prezent în prioritățile comunității academice în medicina muncii. În toată Europa, ceea ce tinde să fie scris în documentele de formare, cum ar fi cele ale Facultății de Medicină a Muncii din Regatul Unit, sunt declarații care descriu domeniul tematic, mai degrabă decât descrieri ale competenței precise necesare. De exemplu, există divergențe în unii dintre descriptorii relevanți ai curriculumului de la Facultatea de Medicină a Muncii din Regatul Unit și secțiunea corespunzătoare din curriculum-ul Colegiului de Medicină Ocupațională și a Mediului din Statele Unite.

2. Identificarea cerințelor socialului

Parteneri. În toate cazurile, aceste programe au fost elaborate de profesioniști medicali și, prin urmare, reprezintă percepțiile acestora asupra cerințelor de sănătate ale populației active. Părerile partenerilor sociali – angajatori și angajați – cu privire la aceste competențe nu au fost testate. Cerința de a lua în considerare nevoile clientului atunci când se planifică serviciile de sănătate ocupațională este bine stabilită.¹⁴ Argumentele în favoarea implicării grupurilor de clienți în perfecționarea competențelor de bază ale medicilor de muncă sunt similare cu cele prezentate de Harrington pentru cercetarea în domeniul ocupațional. medicină.⁵ Industria are nevoie de un set specific de competențe din partea medicilor de muncă pe care îi plătește pentru a avea grijă de sănătatea forței de muncă. Cu toate acestea, academia este cea care definește abilitățile medicilor de muncă care vor fi angajați de industrie.

3. Oferirea competențelor

Cei care proiectează și oferă cursuri pentru medicii de muncă stagiați trebuie să se asigure că se pune accent corespunzător pe competențele necesare la locul de muncă, precum și cele percepute a fi importante din punct de vedere academic.

BIBLIOGRAFIE

1. Alex SCHIPHORST. Science in policymaking: Chemistry is everywhere. The European Chemical Society (EuChemS), 2019. [openaccessgovernment.org](https://www.openaccessgovernment.org/science-in-policymaking-chemistry/62574/), [Accessed 29.09.2022]. Available from: <https://www.openaccessgovernment.org/science-in-policymaking-chemistry/62574/>.
2. ANDRZEJAK, R., BECK, B., URBAN, J. New image of occupational medicine-current problems, future solutions. In: *Medycyna Pracy*. 2006,57(2):97.
3. ATAULLAH, I., LIVESEY, A. Maintaining High Professional Standards, morally, ethically and fairly: what doctors need to know right now. In: *Postgraduate Medical Journal*. 2020, 96(1141):711-7.
4. AVRAM, E. Sănătate și siguranță ocupațională. București, România, 273 p., 2014.
5. BUCATA, E., GHERCIU-TUTUESCU, S., DELEU, R., PINZARU, Iu., MIRON, I.,
6. Bune practici: Promovarea sănătății la locul de muncă. Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă. 57 p.
7. BUNN, W. B. The scope of international occupational medical practice. In: *Occupational medicine*, 1999,49(5):335-336.
8. Carta Socială Europeană Revizuită (<http://euroavocatura.ro> -25.01.2014).
9. CASHMAN, C. A survey of current audit practice in occupational health. In: *Occupational Medicine*. 2019,69(4):287-9. <https://doi.org/10.1093/ocmed/kqz066>
10. Codul Muncii al Republicii Moldova, Nr. 154 din 28.03.2003. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 29.07.2003 Nr. 159-162 art. 648. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=113032&lang=ro
11. CONSTANTIN, B., ALBU, A., GURZU, I. Promovarea sănătății la locul de muncă – o necesitate. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2016, nr. 3(67), pp. 15-18. ISSN 1729-8687
12. Constitutia Republicii Moldova, Nr.1 din 29.07.1994. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 29.03.2016 Nr. 78 art. 140. Disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136130&lang=ro#
13. Convenția OIM nr.187 privind cadrul de promovare a sănătății și securității în muncă, 2006.

14. de GOUVEIA VILELA, R.A., QUEROL, M.A., HURTADO, S.L., de OLIVEIRA CERVENY, G.C., LOPES, M.G. Collaborative Development for the Prevention of Occupational Accidents and Diseases: Change Laboratory in Workers' Health. Springer International Publishing; 2020.
15. DECLARATIE UNIVERSALA Nr. 12 din 10-12-1948 A DREPTURILOR OMULUI. <https://www.lex.justice.md/md/356364/>
16. DELEU, R., BUCATA, E., GHERCIU-TUTUESCU, S., MIRON, I., CHEPTEA, D., BERNIC, V., PINZARU, Iu., CEBANU, S. Factors related to injuries and professional diseases in small- and Medium-sized enterprises. In: The VI-th/XXIV-th Congress on Public Health, Antalya, Turkey, 1-4.12.2022, p.235. ISBN: 978-605-72861-2-3
17. DELEU, R., PÎNZARU, Iu., GHERCIU, S., CHEPTEA, D., MEȘINA, V. Evaluarea calitativă și cantitativă a stării de sănătate a salariaților: probleme și căi posibile de rezolvare. Materialele Conferinței Naționale cu participare internațională „Un mediu sigur-sănătate protejată”. În: Arta Medica. Chișinău, 2020, nr.4 (77), p. 49-54. ISSN 1810-1852.
18. DELEU, R., PÎNZARU, Iu., GHERCIU, S., GRIER, L., APOSTU, E.. Evaluarea epidemiologică a morbidității profesionale în Republica Moldova. Materialele Conferinței Naționale cu participare internațională „Un mediu sigur-sănătate protejată”. În: Arta Medica. Chișinău, 2020, nr. 4 (77), p. 11-13. ISSN 1810-1852.
19. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety [citat 20.11.2023]. Disponibil pe: <http://www.iloencyclopaedia.org>
20. European Agency for Safety and Health at Work Directive 89/391/EEC - OSH „Framework Directive”. Disponibil la <https://osha.europa.eu/en/legislation/directives/the-osh-framework-directive/1> [accesat la 10.11.2023].
21. European Commission. European Core Health Indicators (ECHI). http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm
22. European Economic Community. Treaty establishing the European Economic Community, EEC Treaty - original text (non-consolidated version). Disponibil la <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=LEGISSUM:xy0023> [accesat la 12.11.2023].
23. Eurostat. European Statistics on Accidents at Work (ESAW) – summary methodology, 2013. Disponibil la <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926181/KS-RA-12-102-EN.PDF> [accesat la 23.11.2023].
24. FERDOHLEB, A., BUCATA (GURGHİȘ), E., BEBÎH, VI., SIMINOVICI, S., TAPU, L. Promovarea sănătății la locul de muncă: componentele directivelor

- europene în domeniul serviciilor de sănătate ocupațională. In: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină , 2016, nr. 3(67), pp. 76-79. ISSN 1729-8687.
25. FRIPTULEAC, Gr., BAHNAREL, I., PÎSLA, M., PÎNZARU, Iu. Probleme actuale ale sănătății ocupaționale în Republica Moldova. Materialele Conferinței științifico-practice Naționale cu participare internațională „Sănătatea ocupațională: probleme și realizări”. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2014, nr. 3(54), p. 8-10. ISSN 1729-8687.
 26. FRIPTULEAC, Gr., PINZARU, Iu., CEBANU, S., OPOPOL, N.. Sănătatea și mediul-realizări și probleme de importanță majoră în Republica Moldova. Materialele Conferinței Naționale cu participare internațională „Un mediu sigur-sănătate protejată”. În: Arta Medica. Chișinău, 2020, nr.4 (77), p. 5-10. ISSN 1810-1852.
 27. GHERCIU, S., BUCATA (GURGHIS), E., RUSSU-DELEU, R., PÎNZARU, Iu. Evaluarea stării de sănătate a angajaților în relație cu munca. In: Arta Medica. 2022, nr. 4(85-S), pp. 15-18. ISSN 1810-1852.
 28. GHERCIU-TUTUIESCU, Sv., BUCATA, E., MEȘINA, V., DELEU, R., PÎNZARU, Iu. Evaluarea stării de sănătate a angajaților în relație cu munca. Materialele Conferinței Naționale cu participare internațională „Protecția sănătății-pentru un viitor sigur „. În: Arta Medica. Chișinău, 2022, nr.4 (85), p.15-18. ISSN 1810-1852.
 29. GROSSMEIER, J., DALAL, K. Energy Company Generates Better Health for Employees. In: Worksite Health International, 2013, vol. 4, no. 1, p. 3–4.
 30. HARRINGTON, J. M., & Aw, T. C. (1996). Occupational and environmental medicine in the United Kingdom. In: International archives of occupational and environmental health.1996, 68(2):69-74. <https://doi.org/10.1007/BF00381237>
 31. HOEKSTRA, D., GERHARDUS, A., LHACHIMI, S.K. Priority setting to support a public health research agenda: a modified Delphi study with public health stakeholders in Germany. In: Health Research Policy and Systems. 2023,21(1):86. <https://doi.org/10.1186/s12961-023-01039-w>
 32. Hotărârea Guvernului cu privire la organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Sănătate Publică Nr. 1090 din 18.12.2017. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 20.12.2017, Nr. 440 art. 1214. Disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=114711&lang=ro

33. Hotărârea Guvernului cu privire la Registrul național al calificărilor Nr. 1199 din 05.12.2018, Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova 11.01.2019, Nr. 6-12 art. 03. Disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=111365&lang=ro
34. Hotărârea Guvernului pentru aprobarea Regulamentului privind modul de cercetare a accidentelor de muncă, Nr. 1361 din 22.12.2005. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 20.01.2006, Nr. 9-12 art. 51. Disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=125198&lang=ro#
35. Hotărârea Guvernului pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind supravegherea sănătății persoanelor expuse acțiunii factorilor profesionali de risc. Nr. 1025 din 07.09.2016. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova 16.09.2016, Nr. 306-313 art. 1118. Disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=102591&lang=ro
36. Hotărârea Guvernului pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind modul de cercetare și stabilire a diagnosticului de boală (intoxicație) profesională, No. 1282 din 29.11.2016. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 09.12.2016, Nr. 423-429 art. 1383. Disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=102609&lang=ro#
37. Hotărârea Guvernului *cu privire la organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Sănătate Publică* nr. 1090 din 18.12.2017.
38. Hotărârea Guvernului nr. 1032 din 20.12.2013 cu privire la aprobarea Strategiei Naționale de Sănătate Publică pentru anii 2014-2020. În: Monitorul Oficial Nr. 304-310 din 27.12.2013, art. 1139.
39. IAVICOLI, S., RONDINONE, B., MARINACCIO, A., FINGERHUT, M. Identification of research priorities in occupational health. In: Occupational and environmental medicine. 2005,62(2):71-2. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.015487>.
40. ILO Encyclopedia of Occupational Health and Safety, on-line edition, 2012. [Accessed 12.10.2022]. Available from: <http://iloencyclopedia.org/>.
41. INCEOGLU, I., SEGERS, J., BARTRAM, D. Age-related differences in work motivation. J Occup Organ Psychol. 2012;85(2):300-329. doi:10.1111/j.2044-8325.2011.02035.x
42. International Labour Organization .ILO C161 - Occupational Health Services Convention, 1985 (No. 161). Disponibil la https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0:::55:P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:CON,en,C161,/Document [accesat la 13.09.2023].

43. International Labour Organization. Approach to Strategic Compliance Planning for Labour Inspectorates. Disponibil la <https://www.ilo.org/global/topics/labour-administration-inspection/resources-library/training/strategic-compliance/lang--en/index.htm> [accesat la 15.10.2023].
44. International Labour Organization. Code of Practice for Recording and Notification of Occupational Accidents and Diseases, 1996. Disponibil la https://www.ilo.org/safework/info/standards-and-instruments/codes/WCMS_107800/lang--en/index.htm [accesat la 01.08.2023].
45. International Labour Organization. ILO C081 - Labour Inspection Convention, 1947 (No. 81). Disponibil la https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C081 [accesat la 13.09.2023].
46. JAIN, A., HASSARD, J., LEKA, S., DI TECCO, C. AND IAVICOLI, S. The role of occupational health services in psychosocial risk management and the promotion of mental health and well-being at work. In: International journal of environmental research and public health, 2021,18(7):3632. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073632> .
47. JELAMSCHI, N., GUȘTIUC, V., BAHNAREL, I., FRIPTULEAC, Gr., PÎNZARU, Iu. Sănătatea ocupațională, siguranță chimică și toxicologic: protecția sănătății-pentru un viitor sigur. Materialele Conferinței Naționale cu participare internațională „Protecția sănătății-pentru un viitor sigur”. În: Arta Medica. Chișinău, 2022, nr.4 (85), p. 6-14. ISSN 1810-1852.
48. JOHNSON, SJ, MACHOWSKI, S, HOLDSWORTH, L, KERN, M, ZAPF D. Age, emotion regulation strategies, burnout, and engagement in the service sector: advantages of older workers. Rev Psicol Trab Organ. 2017;33(3):205-216. doi:10.1016/j.rpto.2017.09.001
49. KANAPATHY, V. International migration and labor market adjustments in Malaysia: The role of foreign labor management policies. In: Asian and Pacific Migration Journal, 2001,10(3-4): 429-461.
50. KIM N, KANG SW. Older and more engaged: the mediating role of age-linked resources on work engagement. Hum Resour Manage. 2017;56(5):731-746. doi:10.1002/hrm.21802
51. KIM, C.B., CHOE, S.A., KIM, T., KIM, M.H., RYU, J., OH, J.W., YOON, J.W. Risk of adverse pregnancy outcomes by maternal occupational status: A national population-based study in South Korea. J Occup Health. 2023 Jan;65(1):e12380. doi: 10.1002/1348-9585.12380. PMID: 36694993; PMCID: PMC9874245.
52. KNOCHE, K., SOCHER, R., HOUSTON, K. European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), 2012. www.enwhp.org

53. Koji Mori, Kiminori Odagami, Ko Hiraoka, Naoto Ito, Akiomi Inoue, Tomohisa Nagata, Nuri Purwito Adi, Hannes Zacher, The Japanese version of the occupational future time perspective scale: A validation study, *Journal of Occupational Health*, Volume 65, Issue 1, January/December 2023, e12432, <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12432>
54. KOIJ DTAM, DE LANGE AH, JANSEN PGW, KANFER R, DIKKERS JSE. Age and work- related motives: results of a meta- analysis. *J Organ Behav.* 2011;32(2):197-225. doi:10.1002/job.665
55. KOIJ, D. T. A. M., DE LANGE, A. H., JANSEN, P. G. W., & DIKKERS, J. S. E. Beyond chronological age. Examining perceived future time and subjective health as age-related mediators in relation to work-related motivations and well-being. *Work & Stress*, 27(1), 88–105. <https://doi.org/10.1080/02678373.2013.769328>MORI, K., NAGATA, T., NAGATA, M., et al. Development, success fac-tors, and challenges of government-led health and produc-tivity management initiatives in Japan. *J Occup Environ Med.* 2021;63(1):18-26. doi:10.1097/JOM.0000000000002002
56. KREIS, J., BÖDEKER, W. Indicators for work-related health monitoring in Europe. *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren*, Band 33, Bremerhafen, 2004.
57. LALLOO, D., DEMOU, E., SMEDLEY, J., MADAN, I., ASANATI, K., & MACDONALD, E. B. Current research priorities for UK occupational physicians and occupational health researchers: a modified Delphi study. In: *Occupational and Environmental Medicine.* 2018,75:830-836. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105114> .
58. Legea asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale, Nr. 756 din 24.12.1999. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 23.03.2000, Nr. 31-33 art. 192. Disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=121298&lang=ro#
59. Legea ocrotirii sănătății Nr. 411 din 28.03.1995. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 22.06.1995, Nr. 34 art. 373. Disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=141157&lang=ro#
60. Legea pentru modificarea unor acte normative Nr. 191 din 19.11.2020. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 22.12.2020, Nr. 353-357 art. 260. Disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=124533&lang=ro#
61. Legea privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător Nr. 131 din 08.06.2012 modificata prin Legea Nr. 191 din 19.11.2020. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 31.08.2012, Nr. 181-184 art. 595. Disponibil la

https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=133203&lang=ro#

62. Legea privind Inspectoratul de Stat al Muncii, Nr. 140 din 2001 modificata prin Legea Nr. 191 din 19-11-2020. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 29.06.2001, Nr. 68-71 art. 505. Disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136633&lang=ro#
63. Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice Nr. 10 din 03.02.2009. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 03.04.2009, Nr. 67 art. 183. Disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136063&lang=ro#
64. Legea securității și sănătății în muncă Nr. 186 din 10.07.2008. Publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 05.08.2008, Nr. 143-144 art. 587. Disponibil la https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=138266&lang=ro#
65. LEKA, S., JAIN, A., IAVICOLI, S., VARTIA, M., ERTEL, M. The role of policy for the management of psychosocial risks at the workplace in the European Union. In: Safety Science. 2011, 49(4):558-64. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2010.02.002>
66. LOMBARDI, M., FARGNOLI, M., PARISE, G. Risk profiling from the European statistics on accidents at work (ESAW) accidents' databases: A case study in construction sites. In: International journal of environmental research and public health. 2019,16(23):4748. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234748>
67. MACDONALD, E., RITCHIE, K., MURRAY, K., & GILMOUR, W. Requirements for occupational medicine training in Europe: a Delphi study. In: Occupational and environmental medicine, 2000. 57(2):98.
68. MARK, A., ROTHSTEIN, JD. The Occupational Safety and Health Act at 50: Introduction to the Special Section. In: Am J Public Health. 2020 May; 110(5): 613–614.
69. MOHAMMADFAM, I., KAMALINIA, M., MOMENI, M., GOLMOHAMMADI, R., HAMIDI, Y., SOLTANIAN, A. Evaluation of the Quality of Occupational Health and Safety Management Systems Based on Key Performance Indicators in Certified Organizations. Saf Health Work. 2017 Jun;8(2):156-161. doi: 10.1016/j.shaw.2016.09.001. Epub 2016 Sep 9. PMID: 28593071; PMCID: PMC5447402.
70. MURDOCH, J., JIRICKA, V. Combaterea relelor tratamente în penitenciare: Manual pentru colaboratorii sistemului penitenciar privind prevenirea relelor tratamente în penitenciare. Council of Europe; Chișinău.F.E-P ”Tipografia Centrală”.2016.

71. NANGPIIRE, C., RODRIGUES, R.G., ADAM, I.O. Ease of doing business and foreign direct investment inflow among Sub-Sahara African countries. In: International Journal of Business and Emerging Markets. 2018,10(3):289-303. <https://doi.org/10.1504/IJBEM.2018.093006>
72. PÎNZARU, Iu. Fenomenul „epuizării profesionale (Burnout)” în timpul pandemiei COVID-19 la angajații întreprinderilor de procesare a cărnii. Materialele Conferinței Naționale cu participare internațională „ Protecția sănătății-pentru un viitor sigur „. În: Arta Medica. Chișinău, 2022, nr.4 (85), p.67-69. ISSN 1810-1852.
73. PÎNZARU, Iu. Morbiditatea profesională a angajaților economiei naționale de la independența Republicii Moldova. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Chișinău, [online] 2013, nr. 5 (41), p. 180-184. ISSN 1857-0011.
74. PÎNZARU, Iu. Profilul sănătății ocupaționale a angajaților economiei naționale de la independența Republicii Moldova. Materialele Congresului specialiștilor din domeniul sănătății publice și managementului sanitar din Republica Moldova. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2013, nr. 3(48), p. 75-77. ISSN 1729-8687.
75. PÎNZARU, Iu. Rolul medicului de familie în promovarea sănătății la locul de muncă din întreprinderile de procesare a cărnii. Materialele celui de al VI-lea Congres al medicilor de familie din Republica Moldova cu participare internațională (16-17.05.2018). În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2018, nr. 1-2 (75-76), p. 117-119. ISSN 1729-8687.
76. PÎNZARU, Iu., BEBÎH, V., EFTODII, I., DELEU, R., VASILIEV, V. et.al. Ghidul practic privind evaluarea igienică a factorilor mediului ocupațional și a procesului de muncă. Criteriile și clasificarea condițiilor de muncă. Tipografia „Print Caro”. Chișinău, 2021. 116 p. ISBN 978-9975-56-901-9.
77. PÎNZARU, Iu., BUCATA, E., GHERCIU-TUTUIESCU, Sv., BERNIC, V. Evaluarea calității supravegherii medicale a angajaților din Republica Moldova. Materialele Conferinței Naționale cu participare internațională „ Protecția sănătății-pentru un viitor sigur „. În: Arta Medica. Chișinău, 2022, nr.4 (85), p.25-28. ISSN 1810-1852.
78. PÎNZARU, Iu., Evaluarea igienică a poziției corpului la locul de muncă a angajaților din industria procesării cărnii. Materialele Conferinței Naționale cu participare internațională „ Protecția sănătății-pentru un viitor sigur „. În: Arta Medica. Chișinău, 2022, nr.4 (85), p.33-36. ISSN 1810-1852.
79. PÎNZARU, Iu., SÎRCU, R., JARDAN, E. Rolul sectorului de sănătate pentru atingerea obiectivului 2020 în abordarea strategică a managementului

- internațional al substanțelor chimice. Materialele primei conferințe științifico-practice naționale cu participare internațională ”Siguranța chimică și toxicologia la confluența dintre domenii”. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2016, nr. 6(70), p. 14-17. ISSN 1729-8687.
80. PÎNZARU, Iu., STÎNCA, K., GHERCIU, SV., BERNIC, V. Sănătatea ocupațională la 30 ani de activitate. Tipografia „Print Caro”, Chișinău, 2022, 43 p.
 81. PÎNZARU, Iu., VASILIEV, V., TCACI, A. ș.a. Sănătatea angajaților în relație cu factorii de risc din mediul ocupațional. Materialele Congresului specialiștilor din domeniul sănătății publice și managementului sanitar din Republica Moldova. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Chișinău, 2013, nr. 5(41), p. 169-172. ISSN 1857-0011.
 82. PÎNZARU, Iu., VASILIEV, V., TCACI, A., IULARJI, C., MALÎI, A. Sănătatea angajaților în relație cu factorii de risc din mediul ocupațional. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale, [online] 2013, nr. 5(41), pp. 169-172. ISSN 1857-0011.
 83. PODGORSKI, D. Measuring operational performance of OSH management systemdA demonstration of AHP-based selection of leading key performance indicators. Saf Sci 2015;73:146e66.
 84. POPA, D., ALEXANDRESCU, I., CONSTANTIN, B.. Sănătatea publică și medicina ocupațională. In: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină , 2014, nr. 3(54), pp. 29-31. ISSN 1729-8687.
 85. POPA, D., CONSTANTIN, B. Promovarea sănătății la locul de muncă: repere europene. În: Sănătate Publică, Management și Economie în Medicină, 2014, nr. 3(54), p. 142-144
 86. Promovarea sănătății la locul de muncă – Programe de sănătate concepute de angajatori. <https://euramis.ro/Promovarea-s%C4%83n%C4%83t%C4%83%C8%9Bii-la-locul-de-munc%C4%83-Programa-de-s%C4%83n%C4%83tate-concepute-de-angajatori/>
 87. RANTANEN, J., LEHTINEN, S., VALENTI, A., SERGIO, I. A global survey on occupational health services in selected international commission on occupational health (ICOH) member countries. In: BMC Public Health. [online] 2017, vol. 17(787).
 88. Raport ONU, 2018
 89. ROBSON, L.S., CLARKE, J.A., CULLEN, K., BIELECKY, A., SEVERIN, C., BIGELOW, PHL., IRVIN, E., CULYER, A., MAHOOD, Q. The effectiveness

- of occupational health and safety management system interventions: A systematic review. In: *Saf Sci*, 45 (2007), pp. 329-353
90. ROSSO, G.L., MONTOMOLI, C., MORINI, L., CANDURA, SM. Seven years of workplace drug testing in Italy: A systematic review and meta-analysis. *Drug Test Anal.* 2017 Jun; 9(6):844-852. doi: 10.1002/dta.2189. Epub 2017 May 10. PMID: 28304140 Review.
 91. ROTENSTEIN, L. S. *et al.* Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA* 320, 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777> (2018).
 92. RUSSU-DELEU, R., CEBANU, S., CHEPTEA, D.. Sănătatea ocupațională în Republica Moldova: caracteristici și constrângeri. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2020, nr. 5(87), pp. 55-62. ISSN 1729-8687.
 93. RUSSU-DELEU, R., MORARU, M., VASILIEV, V., LIPOVAN, S. Dinamică epidemiologică și previziune profi lactică în apărarea sănătății populației în vârstă aptă de muncă. In: *Buletinul AȘM. Științe medicale*, 2013, nr. 5(41), p. 94-100. ISSN 1857-0011
 94. Statistics Bureau of Japan. Statistical handbook of Japan 2022. Published September 2022, Accessed July 5, 2023. <https://www.stat.go.jp/eng/sh/data/handbook/pdf/2022a11.pdf>
 95. STELLMAN, J.M., RAU, S., THAKER, P. Occupational Safety and Health Management. In: *Handbook of Human Factors and Ergonomics*. 2021:573-96. <https://doi.org/10.1002/9781119636113.ch21>
 96. STINCA, K., PINZARU, Iu. AND TONU, T. “Occupational health hazards among prehospital care emergency medical services in Republic of Moldova”. In: *Journal One Health & Risk Management.*, 2021, Vol. 2, Issue 4, p. 54. ISSN 2587-3466
 97. STINCA, K., CHEPTEA, D., BERNIC, V., CIOBANU, E., CEBANU, S. Medical Surveillance of Employees in the Republic of Moldova. In: *The VI-th/XXIV-th Congress on Public Health, Antalya, Turkey, 1-4.12.2022*, p.238. ISBN: 978-605-72861-2-3.
 98. ȘTEFĂNESCU, I.T. *Tratat teoretic și practic de drept al muncii*. București. Universul Juridic, 2012.
 99. The Japan Times News. Japan to amend laws to help elderly work until 70. Published February 2020, Accessed July 5, 2023. <https://www.japantimes.co.jp/news/2020/02/04/national/japan-amend-laws-elderly-work-until-70/#.XsjUUZVxddd>

100. THOMAS, M.P. Global industrial relations? Framework agreements and the regulation of international labor standards. In: Labor Studies Journal. 2011.36(2):269-87. <https://doi.org/10.1177/0160449X10365544>
101. TRAN, M, SOKAS, RK. The Gig Economy and Contingent Work: An Occupational Health Assessment. J Occup Environ Med. 2017 Apr;59(4):e63-e66. doi: 10.1097/JOM.0000000000000977. PMID: 28244887; PMCID: PMC5374746.
102. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2019 (ST/ESA/SER.A/444). Published October 2020, Accessed July 5, 2023. [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/World Population Ageing 2019 - Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/World%20Population%20Ageing%202019-Report.pdf)
103. VANHOORNE, M.N., VANACHTER, O.V., DE RIDDER, M.P. Occupational health care for the 21st century: from health at work to workers' health. In: International Journal of Occupational and Environmental Health. 2006.12(3):278-85.
104. WAEYAERT, W., HAUBEN, H., LENAERTS, K., DIRK, GILLIS. Occupational safety and health risks of handiwork provided through digital labour platforms. Case Study. European Agency for safety.12 p. 2022.
105. АРТАМОНОВА, В.Г., ШАТАЛОВ, Н.Н. Профессиональные болезни. Москва. Рипол Классик; 2004.
106. БУХТИЯРОВ, И.В., ЧЕБОТАРЁВ, А.Г., КУРЬЕРОВ, Н.Н., СОКУР, О.В. Актуальные вопросы улучшения условий труда и сохранения здоровья работников горнорудных предприятий. In: Медицина труда и промышленная экология. 2019,59(7):424-9.
107. ЕСИНОВА, Н.И. Экономика труда и социально-трудовые отношения. Харьков: ХГУПТ. 2013.
108. ИЗМЕРОВ, Н.Ф., ШИГАН, Е.Е., КОВАЛЕВСКИЙ, Е.В. Формирование научных приоритетов Международной комиссии по медицине труда. In: Медицина труда и промышленная экология. 2016(7):44-7.
109. КОРОЛЕНКО, А.В., КАЛАЧИКОВА, О.Н. Детерминанты здоровья работающего населения: условия и характер труда. In: Здоровье населения и среда обитания. 2020,11 (332):22-30.
110. ЛЕОНИДОВА, Г.В. Рабочие места как неотъемлемая часть здорового образа жизни населения. In: Проблемы развития территории. 2018,6 (98):7-21.

111. МАКАРЕНКО, А.Б. Современные методы оценки профессиональных рисков.. In: Международная научно-техническая конференция молодых ученых БГТУ им. ВГ Шухова. 2019,2243-2250.
112. ПЫНЗАРУ Ю. Результаты изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности работников предприятий по переработке мяса. Опубликовано в: Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье и окружающая среда», посвященной 90-летию республиканского унитарного предприятия «Научно-практический центр гигиены», том 1, Минск 26-28.10.2017, с. 159-162. ISBN 978-985-7044-44-3 (т. 1), ISBN 978-985-7044-43-6.
113. ПЫНЗАРУ Ю., ВАСИЛЬЕВ В. Профессиональная заболеваемость в Республике Молдова в зависимости от факторов риска производственной среды. В: Материалы 15-съезда гигиенистов Украины. Львов, Украина, 2012, с. 106-108. ISSN 0869-7922.
114. ПЫНЗАРУ, Ю. Оценка состояния здоровья работников предприятий по переработке мяса. В: Гигиена и санитария Москва, Россия, 2019, том. 98, № 3, с. 280-287. ISSN 0016-9900.
115. СТЫНКЭ К.А., ПЫНЗАРУ Ю.В., ТОНУ Т.С. Условия труда и уровень заболеваемости медицинского персонала бригад скорой медицинской помощи. В: материалах III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю „Соціально-етнічні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)”, Запоріжжє, 24-25 лютого, 2022.
116. СУХОВА, А.В., КРЮЧКОВА, Е.Н. Оценка состояния костной ткани у рабочих виброопасных профессий. In: Гигиена и санитария. 2018,97(6):542-6.
117. ХОРКИНА, Н. Политика российских предприятий по формированию здорового образа жизни. В: Мотивация и оплата труда, 2013, № 4, с. 258–269
118. ШУБОЧКИНА, Е.И. Охрана здоровья учащихся в организациях среднего профессионального образования в европейских странах (научный обзор). In: Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2020, (4):21-31.

CZU: 613/614:331

S 19

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții din Republica Moldova

Sănătatea în relație cu munca: Monografie colectivă / Deleu Raisa, Cebanu Serghei, Pînzaru Iurie [et al.]; Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie «Nicolae Testemițanu», Agenția Națională Pentru Sănătate Publică. – Chișinău: Print-Caro, 2024. – 263 p.: fig. color, tab.

Pref. paral.: lb. rom., engl., rusă. – Bibliogr.: p. 252-263. – [100] ex.

ISBN 978-9975-180-26-9.

Tipar: Print Caro, mun. Chișinău, str. Columna, 170

© Deleu Raisa, 2024

