



SĂNĂTATEA ÎN TOATE POLITICILE ȘI EVALUAREA IMPACTULUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII ÎN ROMÂNIA

RAPORT DE CERCETARE

SĂNĂTATEA ÎN TOATE POLITCILE ȘI EVALUAREA IMPACTULUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII ÎN ROMÂNIA.

RAPORT DE CERCETARE

OCTOMBRIE 2018

ASOCIAȚIA ROMÂNĂ PENTRU PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

Autori: Luciana Lăzărescu, Cătălin Staicu, Irina Tănase, Angelica Voinoiu

„Sănătatea în toate politicile și evaluarea impactului asupra sănătății în România” – Raport de cercetare

Cercetare realizată în cadrul proiectului *RePaS – Responsabilitate și Parteneriat pentru Sănătate*, Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capacitate Administrativă 2014 -2020.

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.



Autori: Luciana Lăzărescu, Cătălin Staicu, Irina Tănase, Angelica Voinoiu

Mulțumiri speciale tuturor persoanelor care au acceptat să ne răspundă la întrebări și au făcut comentarii sau sugestii pe conținut. Le suntem recunoscătoare de asemenea colegilor din echipa de proiect pentru corectarea și formatarea raportului de cercetare.

Editat de:

Asociația Română pentru Promovarea Sănătății
Str. Comănița nr.9, sector 2, București, 020557
Tel: 021/3215054
Email: office@arps.ro, office@cdcdi.ro

Coperta: Asociația Română pentru Promovarea Sănătății

CUPRINS

Lista de Figuri	I
Lista de Tabele	III
LISTA ABREVIERILOR	IV
DEFINIȚII.....	VI
REZUMAT	XI
INTRODUCERE.....	1
METODOLOGIE.....	2
Revizuirea literaturii	2
Cercetarea calitativă	7
Aspecte etice.....	8
Bibliografie	9
CAPTOLUL I. ABORDAREA SĂNĂTĂȚII ÎN TOATE POLITICILE (HiAP).....	11
1.1. Introducere	11
1.2. Definiții.....	11
1.3. Principii	12
1.4. Condiții pentru aplicarea HiAP.....	12
1.5. Etapele instituționalizării HiAP.....	13
1.5.1. Identificarea nevoilor și priorităților	13
1.5.2. Încadrarea acțiunilor planificate	14
1.5.3. Identificarea unor structuri și procese de suport	14
1.5.4. Facilitarea evaluării și angajamentului	14
1.5.5. Asigurarea monitorizării, evaluării și raportării.....	14
1.5.6. Construirea capacității	15
1.6. Etapele aplicării HiAP la nivel de politică publică	15
1.7. Rolul sectorului sănătății.....	16
1.8. Perspective de introducere a HiAP în România	18
1.8.1. Cadrul legal de implementare	18
1.8.2. Structurile intersectoriale existente	20
1.8. Exemple din experiența unor state care aplică HiAP.....	22
1.8.1. Experiența Finlandei – instituționalizarea HiAP la nivel national și local.....	22
1.9.2. Experiența Suediei – HiAP pentru reducerea numărului victimelor accidentelor rutiere	25

1.9.3. Experiența Danemarcei – Dezvoltarea politicii de sănătate în municipalitatea Esbjerg	25
1.9.4. Experiența Statului Washington – Consiliul pentru Sănătate ca structură HiAP ...	26
Bibliografie	27
Capitolul II. Evaluarea impactului asupra sănătății (HIA) ca instrument al HiAP. Modele	28
2.1. Introducere	28
2.2. Cauze fundamentale cu impact asupra sănătății umane.....	28
2.3. Caracterizarea, principiile și elementele HIA.....	29
2.3.1. Caracteristici cheie ce definesc HIA	31
2.3.2. Funcțiile HIA.....	32
2.3.3. Beneficii si limite ale HIA.....	32
2.3.4. Factorii de comandă, execuție și utilizatori potențiali ai HIA	33
2.4. Categoriile de HIA	35
2.5. Principalele concepte și instrumente aplicate în HIA	37
2.5.1. Determinanții pentru sănătate	38
2.5.2. Profilul de sănătate al comunității.....	41
2.5.3. Forța probantă a dovezilor	43
2.6. Etapele HIA.....	44
2.6.1. Etapa de screening	44
2.6.2. Etapa de scoping (definire a domeniului)	46
2.6.3. Etapa de evaluare	46
2.6.3.1. Colectarea datelor	47
2.6.3.2. Analiza impactului.....	47
2.6.4. Etapa de elaborare a recomandărilor	48
2.6.5. Etapa de raportare	49
2.6.6. Etapa de monitorizare și evaluarea procesului HIA în ansamblu	50
2.6.6.1. Monitorizarea procesului HIA	50
2.6.6.2. Evaluarea procesului HIA	50
Bibliografie	53
Capitolul III. Folosirea unor aplicatii IT pentru HIA	58
3.1. INTRODUCERE	58
3.2. INSTRUMENTE, APLICATII, MODELE HIA.....	58
3.2.1. DYNAMO-HIA (DYNamic MODELing for Health Impact Assessment)	58
3.2.2. Analytica 101.....	63

3.2.3. CheemSTEER (Chemical Screening Tool for Exposures and Environmental Releases).....	67
3.2.4. COBRA - CO-Benefits Risk Assessment Health Impacts Screening and Mapping Tool	70
3.2.5. DisMod II	72
3.2.6. E-FAST - Exposure and Fate Assessment Screening Tool Version.....	73
3.2.7. ITHIM (Integrated Transport and Health Impact Modelling Tool).....	76
3.2.8. HEM-3	78
3.2.9. Health Disparities Calculator (HD*Calc).....	82
3.2.10. EXAMS (Exposure Analysis Modeling System)	84
Bibliografie	85
Capitolul IV. Instituționalizarea și implementarea HIA în Europa și în lume	86
4.1. Introducere	86
4.2. Instituționalizarea HIA	86
4.2.1. Modelul 1 de abordare legislativă: Prin solicitare, susținere și promovare a utilizării HIA. ...	87
4.2.2. Modelul 2 de abordare legislativă:	91
4.3. Implementarea HIA.....	91
4.4. Experiența mondială în instituționalizarea și implementarea HIA	93
4.4.1. Canada	93
4.4.2. Uniunea Europeană	94
4.4.2.1. Directivele pentru evaluarea impactului asupra mediului (EIA și SEA)	95
4.4.3. Statele Unite ale Americii	99
4.4.4 Australia și Noua Zeelandă.....	101
4.5 Studii de caz	102
Bibliografie	107
Capitolul V. Abordări metodologice referitoare la HIA.....	117
5.1. Modele, metode și proceduri aplicate pentru HIA	117
5.1.1. Modelele (taxonomia HIA).....	117
5.1.2. Metode și proceduri HIA.....	119
5.2. Determinanții pentru sănătate luați în considerare în cadrul unui proces HIA.....	122
5.3. Abordări metodologice ale HIA.....	125
5.3.1. Abordarea EHIA integrat.....	125
5.3.2. Alte abordări conexe evaluării impactului asupra sănătății	129
5.3.2.1. Evaluarea riscurilor	129
5.3.2.2. Evaluarea ciclului de viață (LCA)	131
5.3.2.3. Evaluarea impactului asupra mediului.....	131

5.3.2.4. Evaluarea strategică de mediu (SEA)	132
5.3.2.5. Evaluarea impactului social (SIA)	132
5.3.2.6. Evaluare integrată	133
5.3.2.7. Alte abordări	134
5.4. Elemente esențiale pentru HIA	134
5.5. Reguli generale pentru HIA	135
Bibliografie	136
Capitolul VI. Comunicare și echitate în HIA	141
6.1. Strategia de comunicare a HIA	141
6.1.1. Participarea părților interesate	141
6.1.2. Timpul și guvernarea procesului HIA	143
6.1.3. Instruirea părților implicate	143
6.1.3.1. Instruirea specialiștilor din domeniul sănătății publice	143
6.1.3.2. Instruirea planificatorilor și a factorilor de decizie	144
6.1.4. Comunicarea constatărilor unui studiu HIA	144
6.2. Echitate	145
6.2.1. Principiile care stau la baza EFHIA	146
6.2.2. Componentele cadrului EFHIA	146
6.2.3. Instrumente pentru măsurarea (metrica) echității în HIA	148
6.2.3.1. Utilizarea instrumentelor pentru măsurarea echității în HIA – metrici de echitate HIA ...	149
Bibliografie	151
Capitolul VII. Contextul din România	154
7.1. Strategii și politici care conțin elemente de HIA și domeniile în care sunt integrate	154
7.2. Evaluarea impactului asupra mediului	154
7.3. Evaluarea impactului asupra sănătății	157
7.4. Structuri responsabile și atribuții; niveluri de autoritate/decizie	157
7.5. Rezultatele cercetării calitative	158
7.5.1. Metodologie	158
7.5.2. Analiza datelor	159
Bibliografie	165
Capitolul VIII. Concluzii și recomandări	166
8.1. Concluziile revizuirii literaturii	166
8.2. Recomandări ca urmare a revizuirii literaturii	167
ANEXA 1	168

Ghid de interviu care poate fi folosit ca bază pentru discuții și luarea deciziilor de către persoanele care punctează HIA cu ajutorul metricilor de echitate	168
ANEXA 2	177
LEGISLAȚIE PENTRU EVALUAREA IMPACTULUI ASUPRA MEDIULUI	177
ANEXA 3	179
LEGISLAȚIE PENTRU EVALUAREA IMPACTULUI ASUPRA SĂNĂȚĂȚII	179

Lista de Figuri

Figura 1 - Diagrama de flux pentru revizuirea sistematică a literaturii HIA in activitatea 1	5
Figura 2 - Impactul HIA.....	30
Figura 3 - Strategii Europene pentru combaterea inechităților sociale în domeniul sănătății.....	39
Figura 4 - Structura unui profil de sănătatecomunitar	42
Figura 5 - Ierarhia dovezilor HIA	43
Figura 6 - Ghid dezvoltare instrumente pentru colectarea datelor.....	52
Figura 7 - Parteneri asociati Dynamo HIA	59
Figura 8 - Schema grafica tip piramida in functie de boala, avand ca date populatia.....	61
Figura 9 - Schema grafica in functie de boala si durata de viata, avand ca date populatia.....	61
Figura 10 - Prevalenta	62
Figura 11 - Mortalitatea	62
Figura 12 - Diagrama – Analiza de risc	63
Figura 13 - Diagrama – amenintari virale asupra populatiei	64
Figura 14 - Diagrama – Markov Chain.....	64
Figura 15 - Diagrama – Inchiriat contra cumparat.....	65
Figura 16 - Diagrama – model obligatiuni finantare	65
Figura 17 - Diagrama – model de piata.....	66
Figura 18 - Diagrama – model valoare comerciala	66
Figura 19 - Diagrama – model comparare tip cont de pensionare	67
Figura 20 - Diagrama – informatii generale	68
Figura 21 - Diagrama – proprietati chimice	69
Figura 22 - Diagrama – operatii	69
Figura 23 - Diagrama – Estimare emisii chimice	70
Figura 24 - Model screening poluare atmosferica	70
Figura 25 - Creare scenarii in functie de tipul de emisii.....	71
Figura 26 - Creare scenarii in functie de tipul de emisii – vizualizare in detaliu.....	72
Figura 27 - Vizualizare rezultate efecte pe sănătate sub forma de layere	72
Figura 28 - Interfata grafica DisMod II	73
Figura 29 - Interfata grafica E-FAST	74
Figura 30 - Schema grafica E-FAST, proprietati chimice	74
Figura 31 - Interfata grafica E-FAST, screening	75
Figura 32 - Interfata grafica E-FAST, ecran de selectie facilitati	75
Figura 33 - Interfata grafica E-FAST, informatii meteorologice si de teren	75
Figura 34 - Interfata grafica E-FAST, nivel expunere la concentratiile chimicale.....	76
Figura 35 - Prezentare generala ITHIM	77
Figura 36 - Prezentare generala HEM-3, informatii despre modelul derulat	78
Figura 37 - Prezentare generala HEM-3, informatii despre fisierul de emisii specificat.....	79
Figura 38 - Prezentare generala HEM-3, informatii despre depunere si derulare a emisiilor	79
Figura 39 - Prezentare generala HEM-3, specificare fisiere depunere si derulare a emisiilor	80
Figura 40 - Prezentare generala HEM-3, specificare informatii aditionale de modelare	80

Figura 41 - Prezentare generala HEM-3, specificare domeniului de modelare	80
Figura 42 - Prezentare generala HEM-3, specificare optiuni temporare ale variatiei	81
Figura 43 - Prezentare generala HEM-3, specificare optiuni temporare ale variatiei selectate.....	81
Figura 44 - Prezentare generala HEM-3, vizualizare rezultate pe Google Earth.....	81
Figura 45 - Prezentare generala HEM-3, vizualizare statii meteorologice.....	82
Figura 46 - rezultate HD * Calc. Indicele de concentrare absolută.....	83
Figura 47 - Stadii procese HIA	121
Figura 48 - Modelul în zece pași pentru Evaluarea impactului asupra sănătății	127
Figura 49 - Pașii 1-6 al evaluării impactului asupra sănătății mediului din cele zece etape	128
Figura 50 - Cadrul EFHIA (dupa Mahoney și colab., 2004).....	148

Lista de Tabele

Tabelul 1 - Termenii de căutare rapidă, criteriile de includere și definiția HIA	6
Tabelul 2 - Elemente cheie HIAP	22
Tabelul 3 - Exemple de factori cheie care determină sănătatea umană	39
Tabelul 4 - Exemple de impact și efecte asupra sănătății mediului.....	40
Tabelul 5 - Termenii calificativi	44
Tabelul 6 - Structura unui proiect de raport HIA	49
Tabelul 7 - Rezultate specifice ale bolii în funcție de scenariul moderat	77
Tabelul 8 - Puncte tari – Dialog comunitar	118
Tabelul 9 - Puncte tari Analiza cantitativă – Analiza Risc.....	118
Tabelul 10 - Puncte tari model pragmatism birocratic	119

LISTA ABREVIERILOR

AERMOD	Atmospheric Dispersion Modeling System
CEDAR	Centre for Diet and Activity Research (Centrul pentru Cercetarea Dietei și Activității Fizice)
CheemSTEER	Chemical Screening Tool for Exposures and Environmental Releases
COBRA - CO	Benefits Risk Assessment Health Impacts Screening and Mapping Tool
DALY	Disability-adjusted life years (Ani de viață ajustați cu incapacitate)
DG-ENV	Environment Directorate-General - European Commission
DYNAMO-HIA	DYNAMIC MODELing for Health Impact Assessment
E-FAST	Exposure and Fate Assessment Screening Tool Version
EHIA	Environmental Health Impact Assessment (Evaluarea impactului asupra sănătății mediului)
EIA	Environmental Impact Assessment (Evaluarea impactului asupra mediului)
EPHIA	European Policy Health Impact Assessment (Evaluarea impactului de sănătate a politicilor europene)
ESHIA	Environmental, Social and Health Impact Assessment (Evaluarea impactului de mediu, social și de sănătate)
EXAMS	Exposure Analysis Modeling System
GIS	Geographic Information System
HD*Calc	Health Disparities Calculator
HEM	Human Exposure Model
HEqIA	Health Equity Impact Assessment (Evaluarea impactului de echitate asupra sănătății)
HIA	Health Impact Assessment (Evaluarea Impactului asupra sănătății)
HiAP	Health in All Policies (Sănătate în toate politicile)
IAIA	International Association for Impact Assessment (Asociația Internațională pentru Evaluarea Impactului)
IMC	Indicele de Masă Corporală
ITHIM	Integrated Transport and Health Impact Modelling Tool
LCA	Life-cycle assessment (Evaluarea ciclului vieții)
NEPA	National Environmental Policy Act (Legea Națională a Politicii de Mediu)
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PRAM	Policy/Risk Assessment Model (Modelul evaluării politicii/riscului)
SEA	Strategic Environmental Assessment (Evaluarea strategică a impactului de mediu)
SIA	Social Impact Assessment (Evaluarea impactului social)
ToR	Terms of Reference (Termeni de referință)
UE	Uniunea Europeană

UNCED	United Nations Conference on Environment and Development (Conferința ONU pentru Dezvoltare și Mediu)
USEPA	U.S. Environmental Protection Agency (Agenția SUA de Protecție a Mediului)
WHO	World Health Organization (Organizația Mondială a Sănătății)
WoE	Weight of Evidence (Forța probantă a dovezilor)
YLD	Years Lived with Disability (Ani trăiți cu incapacitate)
YLL	Years of Life Lost (Ani de viață perduți)

DEFINIȚII

Analiza cost-beneficiu

O metodă de a analiza avantajele și dezavantajele politicilor sau programelor alternative prin transformarea tuturor rezultatelor în valori monetare (Bergus și colab.,1995).

Analiza cost-eficiență

O metodă prin care se analizează avantajele și dezavantajele politicilor sau programelor alternative prin transformarea tuturor rezultatelor în valori monetare (Bergusși colab.,1995).

Comunitate

În contextul raportului, acest termen descrie "grupurile de persoane care locuiesc în aceeași zonă geografică; grupuri de persoane având o istorie, o cultură, o limbă comună; [sau] cetățeni pentru care guvernele sunt responsabile și cărora guvernele trebuie să le furnizeze o explicație" (AIDA, 2010).

Consolidarea capacităților

Procesul prin care sunt construite abilități și competențe pentru înțelegerea utilizării și efectuarea unei evaluări a impactului asupra sănătății. Poate include "seminarii de politici pentru sensibilizarea managerilor de rang înalt și susținerea schimbării; cursuri de formare pentru a construi cunoștințe despre metodă și procedură; diseminare; instituționalizare pentru a permite formarea profesională în instituții și studii de caz și cercetare pentru a construi abilități de specialitate" (Birley, 2001).

Consultare

"Procesul dinamic al dialogului dintre indivizi sau grupuri, bazat pe un adevărat schimb de opinii și, în mod normal, cu scopul de a influența deciziile, politicile sau programele de acțiune (RTPI, 2005)"

Determinanții pentru sănătate

Factorii care influențează starea de sănătate și determină diferențele de sănătate sau inegalitățile în sănătate. Aceștia includ factori biologici (precum vârsta, sexul și etnia), comportamentul și stilul de viață (precum fumatul, consumul de alcool, dieta și activitatea fizică), mediul fizic și social (precum calitatea locuinței, factorii de stres de la locul de muncă și poluarea aerului) și accesul la serviciile de îngrijire a sănătății.

Evaluarea ciclului de viață (LCA)

Este o abordare standardizată ¹ la nivel internațional pentru evaluarea contribuțiilor la impacturile asupra mediului și la consumul de resurse asociate produselor (bunuri și servicii). LCA implică patru etape metodologice:

- identificarea scopului și a domeniului de aplicare a studiului;
- compilarea unui inventar al emisiilor relevante și al resurselor utilizate care sunt asociate cu produsul/serviciul;

¹ ISO 14040: Evaluarea ciclului de viață – Principii și orientări

- evaluarea impactului implicând diferiți indicatori/diferite teme de mediu (schimbările climatice, acidifiere, sănătatea umană, utilizarea energiei din surse neregenerabile etc.)
- interpretarea rezultatelor etapei de inventariere și de impact în raport cu obiectivele studiului

Evaluarea impactului asupra mediului (EIA)

Procesul de identificare, predicție, evaluare și atenuare a efectelor biofizice, sociale și de altă natură relevante, ale propunerilor de dezvoltare înainte ca deciziile majore să fie luate și angajamentele să fie făcute. Este un proces impus de lege în țări din întreaga lume, inclusiv România² și este, de asemenea, utilizat de băncile multilaterale de dezvoltare.

Evaluarea impactului asupra mediului, social și asupra sănătății (ESHIA):

Un proces integrat prin care este evaluat impactul unui proiect asupra mediului, societății, sănătății indivizilor și a comunității înconjurătoare. Aceste evaluări se desfășoară în prezent mai des în industria petrolului, gazelor și industria minieră. (IPECA, 2007)

Evaluarea impactului asupra sănătății (HIA)

"Orice combinație de proceduri sau metode prin care o politică sau un program propus poate fi apreciată cu privire la efectul (efectele) pe care îl poate avea asupra sănătății unei populații și asupra distribuției efectelor respective în cadrul populației (WHO, 1999)

"... *un cadru structurat* pentru a mapa întreaga gamă de consecințe asupra sănătății din orice propunere, indiferent dacă acestea sunt negative sau pozitive. Ajută la clarificarea implicațiilor așteptate ale unei acțiuni date și a oricăror alternative luate în considerare asupra sănătății grupurilor de populație afectate de propunere. Aceasta permite ca sănătatea să fie luată în considerare la începutul procesului de elaborare a politicilor și, astfel, să se asigure că impactul asupra sănătății nu este trecut cu vederea." (WHO, 2002) HIA este un instrument pe care departamentele locale de sănătate și alții îl pot utiliza pentru a evalua o singură decizie propusă și impactul său potențial asupra sănătății (Collins și Koplan, 2009)

Evaluarea impactului de echitate pentru sănătate (*Health Equity Impact Assessments - HEqIA*)

Este o formă specializată de HIA care evaluează impactul unui program, unei politici sau unei inițiative asupra sănătății unei populații (Centrul Național de Colaborare pentru Politici Publice Sănătoase). HEqIA analizează impactul unui program sau al unei politici asupra inechităților în sănătate și/sau asupra populațiilor dezavantajate³.

Forța probantă a dovezilor (*weight-of-evidence*)

Abordarea pe baza forței probante înseamnă folosirea unei combinații de informații din mai multe surse independente pentru a oferi dovezi suficiente în scopul satisfacerii cerinței privind informațiile.

²Hotărârea nr. 1076/2004 privind stabilirea procedurii de realizare a evaluării de mediu pentru planuri și programe

³National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, disponibil la <https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/146>

Ponderea care ar trebui să fie acordată dovezilor disponibile depinde de factori precum calitatea datelor, consecvența rezultatelor, natura și gravitatea efectelor și relevanța informațiilor. Abordarea pe baza forței probante necesită utilizarea raționamentului științific și, prin urmare, este esențial să se asigure o documentație adecvată și fiabilă. Ca principiu general, cu cât furnizați mai multe informații, cu atât este mai puternică forța probantă (Weed, 2005).

Inechitatea în sănătate

Diferențe între starea de sănătate a diferitelor grupuri dintr-o populație, datorate efectului aplicării unor programe sau politici, care afectează cu precădere categoriile vulnerabile (spre deosebire de inegalități, care sunt datorate în principiu factorilor legați de oportunități de acces și caracteristici ale grupului - etnie, clasa socială etc.) (Rudolph și colab., 2013)

Inegalitatea în sănătate

Diferențe în starea de sănătate sau în distribuția factorilor determinanți ai sănătății între diferitele grupuri ale populației. Ele apar ca o consecință a diferențelor dintre oportunitățile sociale și educaționale, resursele financiare, condițiile de locuit, hrana, modelele de muncă și condițiile ocupaționale și accesul inegal la serviciile de sănătate⁴

Persoane care dețin informații-cheie

Persoane ale căror roluri au ca rezultat cunoștințele sau informațiile relevante pentru proiect supus HIA și rezultatele acestuia.

Părți interesate

Orice persoană sau grup care va fi afectat de rezultatul unei decizii. Părțile interesate pot include comunitatea afectată sau anumite grupuri de interese, indivizi sau organizații care au o participare economică în rezultat și susținătorii unui proiect.

Pericol de sănătate

Un agent cu potențial de a afecta negativ starea de sănătate (de exemplu, bacterii, toxine, substanțe chimice).

Plan

În contextul acestei revizui, planul este un document, adesea adoptat de o entitate guvernamentală, care descrie un viitor curs de acțiune pentru ca o comunitate să realizeze o viziune sau un scop dorit. Un plan descrie în mod tipic viziunea și obiectivele unei comunități sau o problemă care trebuie rezolvată, include o sinteză sistematică a informațiilor disponibile pentru a analiza problema și identifică acțiunile viitoare care trebuie luate și viitoarele investiții care trebuie făcute pentru a aborda problema și pentru a atinge viziunea dorită. Planurile sunt pregătite și implementate de toate nivelurile de guvernare, dar sunt în mod special comune la nivelul administrației locale. Planurile includ planuri generale sau cuprinzătoare, planuri de utilizare a terenurilor, planuri de dezvoltare economică și planuri de

⁴National Institute for Health and Clinical Excellence 2006 HIA Gateway web site(2006). <http://www.hiagateway.org.uk>

transport. Planurile care fac obiectul evaluării impactului asupra sănătății includ planuri privind utilizarea terenurilor, infrastructura și gestionarea resurselor naturale⁵.

Planificarea utilizării terenurilor

Este o "viziune a comunității pentru o dezvoltare viitoare; politicile, obiectivele, principiile și standardele pe care se bazează dezvoltarea comunității; locația propusă, amploarea și intensitatea utilizării viitoare a terenului; nevoile de locuințe existente și anticipate; locația și tipurile de transport necesare; amplasarea utilităților publice și private; și localizarea facilităților educaționale, de agrement și culturale, inclusiv biblioteci, spitale, pompieri și de poliție (EcoTrust Canada, 2009)

Politica de sănătate publică

Politica de sănătate publică acoperă un spectru larg de promovare, protecție și prevenire a bolilor, cum ar fi bolile infecțioase, îngrijirea medicală preventivă a tinerilor, promovarea sănătății sau medicina de criză și de dezastre. Politica de sănătate publică fundamentală este un concept general conform căruia sănătatea publică nu ar trebui să fie atribuită strict unei autorități sau unui sector, ci integrată în toate activitățile guvernului.

Program

Termenul se referă de obicei la un grup de activități care sunt concepute pentru a fi implementate în scopul atingerii obiectivelor politice (Ritsataakis, 2000).

Promotor de sănătate

Un agent cu potențial de a spori starea de sănătate (de exemplu, antioxidanți, constituenți ai plantelor medicinale).

Promovarea sănătății

Promovarea sănătății este procesul de a permite oamenilor să sporească controlul și să-și îmbunătățească sănătatea. Sănătatea este văzută ca o resursă pentru viața de zi cu zi, nu numai pentru scopul de a trăi. Promovarea sănătății nu este doar responsabilitatea sectorului sănătății, ci depășește stilul de viață sănătos spre bunăstare.

Sănătatea în toate politicile - HiAP

HiAP este o abordare intersectorială a politicilor publice care ia în considerare în mod sistematic implicațiile deciziilor asupra sănătății în scopul evitării efectelor negative ale acestora și al îmbunătățirii sănătății și accesului echitabil la sănătate în rândul populației (OMS, 2014).

Rezultatele în sănătate

O schimbare a stării de sănătate a unei persoane, a unui grup sau a unei populații care poate fi atribuită unei intervenții planificate sau unei serii de intervenții, indiferent dacă o astfel de intervenție a avut drept scop schimbarea stării de sănătate.

Riscul de sănătate

Indică măsura în care potențialul unui pericol poate fi realizat.

⁵ National Research Council. Committee on Health Impact Assessment. (2011) Improving Health in the United States: The Role of Health Impact Assessment. The National Academies Press.
[online] https://www.tphlink.com/uploads/1/1/4/0/11401949/hia_nrc_guidelines.pdf

Sănătatea

Constituția Organizației Mondiale a Sănătății consideră sănătatea în general și afirmă că *"sănătatea este o stare de bunăstare fizică, mentală și socială completă și nu doar absența bolii sau a infirmității"* (WHO 1946, p. 100). Deși există multe definiții ale sănătății - mai puțin expansive decât definiția OMS - există un consens în creștere că sănătatea la nivel individual și de populație este influențată de o combinație de factori genetici, comportamentali, sociali, economici, politici și de mediu.

Sănătatea mediului

"Acele aspecte ale sănătății și ale îmbolnăvirilor la om care sunt determinate de factorii din mediu. (WHO, 1999)

Sănătatea mediului include atât efectele patologice directe ale substanțelor chimice, radiațiilor și anumiților agenți biologici, cât și efectele (adesea indirecte) asupra sănătății și bunăstării în relație cu mediul fizic, psihologic, social și cultural, care include locuințele, dezvoltarea urbană, utilizarea terenurilor și transportul (Novice, 1999).

Sistem de Informare Geografică (GIS)

GIS este o colecție integrată de programe informatice și de date utilizate pentru a vizualiza și gestiona informații legate de locații specifice, pentru a analiza relațiile spațiale și procese spațiale model (Wade și colab., 2011). Majoritatea datelor din domeniul sănătății publice au o componentă spațială (locație), la care GIS adaugă o dimensiune grafică și analitică puternică prin reunirea triadei epidemiologice fundamentale a persoanei, a timpului și a locului adesea neglijat⁶.

Strategie

Termenul se referă, de obicei, la o serie de linii generale de acțiune destinate atingerii unui set de ținte și obiective stabilite în cadrul unei politici sau a unui program (Ritsatakis, 2000).

⁶ Public Health Agency of Canada. GIS for Public Health Practice. <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-eng090407.pdf>

REZUMAT

Deși există o literatură recentă, relativ bogată despre abordarea sănătății în toate politicile (HiAP) în politicile naționale și locale, despre etapele și condițiile care asigură succesul instituționalizării acestei abordări, sunt relativ puține țări care își orientează procesul decizional în funcție de impactul pe care propunerile de politici, programe și proiecte le au asupra sănătății populației și a disparităților în starea de sănătate între diferite grupuri populaționale. Procesul prin care HiAP a fost integrat în decizia politică în alte țări a fost unul dintre focusurile acestui raport. Printre altele, autorii au urmărit să sintetizeze modele de bune practici și să inventarieze contexte care au făcut posibilă aplicarea HiAP în alte țări și să analizeze contextul local care ar favoriza o implementare sistematică a acestei abordări în România. Pentru că HiAP și instrumentul cel mai folosit de aplicare a acesteia, evaluarea impactului asupra sănătății (HIA), nu pot fi concepute separat, cea mai mare parte a conținutului acestui material este dedicată modului de integrare a informațiilor privind HIA în politică, în special instrumentelor și mecanismelor prin care această integrare poate fi realizată.

Evaluarea impactului asupra sănătății (HIA) este un proces sistematic care poate fi folosit de profesioniștii din domeniul sănătății publice pentru a examina efectele potențiale ale unei politici, plan, program sau proiect care provine din afara sectorului sănătății. HIA are scopul de a ajuta factorii de decizie să maximizeze câștigurile pentru sănătate și să reducă inegalitățile. Acest lucru se reflectă în numărul mare de HIA care se desfășoară la nivel local și regional în diferite țări, prin promovarea HIA în numeroase documente de politici naționale și prin înființarea unor structuri specializate pentru HIA. Aceste abordări ale HIA diferă în funcție de scopul evaluării și de contextul național, regional sau local, iar metodologiile de evaluare sunt distincte. În România analiza problemelor de sănătate se desfășoară în contextul evaluării impactului asupra mediului (EIA), în mod neunitar și fără o metodologie specifică. Raportul a urmărit analiza acestor modele cu aplicabilitate limitată la anumite scopuri și provocările acestora, în vederea abordării unei metodologii unitare, necesară pentru a avansa spre practica de rutină în România.

INTRODUCERE

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a fost, în ultima decadă, promotorul fervent al includerii sănătății în toate politicile (health in all policies – HiAP). Progrese evidente în această direcție au fost făcute odată cu preluarea de către Finlanda a președinției Consiliului Europei, în 2006, și promovarea subiectului pe agenda publică a UE. Principalele politici vizate sunt cele de dezvoltare și mediu, sectoare cu impact puternic asupra sănătății. Preocuparea pentru diminuarea efectelor negative ale politicilor, planurilor și proiectelor asupra sănătății populației a pledat pentru includerea unei componente de sănătate în evaluările de impact. În mai multe țări europene, evaluarea impactului de mediu (EIA) (Cooper-Weil și colab., 1990) include, implicit sau explicit, o componentă de sănătate.

Se recunoaște acum că majoritatea influențelor asupra sănătății publice nu se află în sectorul sănătății și că sănătatea publicului poate fi influențată de multe domenii de politică publică care nu au fost evaluate în mod tradițional pentru impactul lor asupra sănătății. Acest lucru a condus la elaborarea evaluării impactului asupra sănătății (HIA), o abordare a evaluării efectelor asupra sănătății ale politicilor, programelor, proiectelor în vederea minimizării impactului negativ și creșterii impactului pozitiv al acestora. Health Impact Assessment (HIA) este instrumentul principal de aplicare a HiAP și poate fi cea mai bună metodă de obținere a datelor de bază pentru monitorizarea pe termen lung a impactului infrastructurii și dezvoltării la scară largă asupra sănătății (Hughes și Hunter, 1970).

Metodologia HIA poate fi aplicată și pentru cuantificarea impactului politicilor economice și sociale asupra sănătății. Relația dintre starea de sănătate și factorii macroeconomici este complexă și adesea sunt dificil de măsurat efectele asupra sănătății ale activității economice în țările mai puțin dezvoltate (OMS, 1993). HIA poate fi utilizată în aproape orice situație în care un proiect sau o politică are implicații asupra sănătății.

Raportul este împărțit în opt capitole. Primul capitol tratează conceptul de HiAP, condițiile pentru instituționalizarea acestuia, etapele implementării, perspectivele de introducere a abordării în România și exemple din alte state. Capitolul al doilea și restul materialului tratează HIA ca instrument de aplicare a HiAP. Pornește cu un istoric al HIA, cu rădăcini în evaluarea impactului social și de mediu, continuă cu elemente definitorii și etape și oferă studii de caz din alte state. Capitolul al treilea este dedicat unor modele IT - HIA orientate pe diverse probleme de sănătate. Capitolul al patrulea analizează posibilitățile de instituționalizare a HIA prin reglementare, comunitate de practice sau ad-hoc, susținute de asemenea de exemple din alte state. Capitolul cinci oferă informații despre abordările metodologice în HIA și paradigmele cărora li se subsumează. Următorul capitol tratează comunicarea HIA și chestiunile legate de echitate în evaluarea de impact asupra sănătății, cu accent pe reducerea diferențelor între grupurile vulnerabile și restul populației. Capitolul șapte este orientat spre contextual din România, începând cu cadrul de reglementare a HIA, structuri și roluri și opinia unor actori cheie față de posibilitatea instituționalizării HiAP și HIA, rezultată în urma interviurilor. Raportul se încheie cu o serie de concluzii și recomandări care vizează avansarea HiAP și mai ales HIA în practicile curente.

METODOLOGIE

Revizuirea literaturii

Justificarea revizuirii

Revizuirea literaturii oferă o perspectivă importantă asupra unui anumit subiect științific. Ea compilează cercetări publicate pe un subiect, analizează diferite surse de cercetare și analizează critic aceste surse⁷. O revizuire a literaturii poate fi argumentativă, integrativă, istorică, metodologică, sistematică sau teoretică, iar aceste abordări pot fi adoptate în funcție de tipurile de analiză dintr-un anumit studiu⁸. Revizuirea sistematică oferă o evaluare imparțială a acestor studii (Siddaway, 2014). O revizuire sistematică este, prin urmare, o cercetare de sine stătătoare și, prin natura sa, este capabilă să abordeze întrebări mult mai largi decât pot fi realizate vreodată de studii empirice (de exemplu, descoperirea conexiunilor dintre multe constatări empirice) (Baumeister și Leary 1997).

Obiectivele revizuirii

Prezentarea revizuirii are drept scop cercetarea literaturii disponibile pentru a oferi un cadru practic de introducere a HiAP în România, respectiv de realizare a HIA pentru proiecte de infrastructură și dezvoltare. Am urmărit în special identificarea celor mai bune modele și practici de elaborare a unei metodologii generice standard pentru HIA și aplicarea acestora la proiectele, programele, acțiunile și politicile naționale selectate.

Ne propunem ca materialul să ofere orientări de bună practică pentru efectuarea evaluării impactului potențial asupra sănătății (HIA) unei comunități, ca rezultat al dezvoltării unui proiect.

Revizuirea are trei obiective:

- ✓ Să prezinte abordări metodologice pentru a evalua și a aborda potențialele efecte asupra sănătății comunitare care ar putea fi întâlnite în mod obișnuit în dezvoltarea sau revizuirea proiectelor existente sau viitoare
- ✓ Să ajute la dezvoltarea termenilor de referință (TOR) care ar putea fi necesari pentru efectuarea HIA
- ✓ Să contribuie la includerea aspectelor legate de impactul asupra sănătății în procesul de evaluare a impactului social și impactul asupra mediului.

Tehnici de revizuire

O *revizuire sistematică* este un rezumat al literaturii medicale care folosește metode explicite și reproductibile pentru a căuta în mod sistematic, pentru a evalua critic și pentru a sintetiza o problemă specifică. Aceasta sintetizează rezultatele mai multor studii și rapoarte primare legate unul de celălalt, folosind strategii care reduc erorile și erorile aleatorii (Cook și colab., 1997). În acest scop, recenziile sistematice pot sau nu să includă o sinteză statistică numită *meta-analiză*, dacă studiile sunt suficient de apropiate, astfel încât combinarea rezultatelor lor

⁷What is a literature review? University of Missouri Libraries. to Literature Reviews. 2016 <http://libraryguides.missouri.edu/literaturereview>

⁸The literature review. University of Southern California Libraries. Literature Literature. <http://libguides.usc.edu/c.php?g=235034&p=1559822> Retrieved. 2016

să fie semnificativă(Clarke, 2007). Rapoartele sistematice aderă la un design științific strict bazat pe metode explicite, pre-specificate și reproductibile. Din acest motiv, atunci când sunt realizate corespunzător oferă estimări fiabile cu privire la efectele intervențiilor, astfel încât concluziile să fie susținute. Analizele sistematice pot fi utilizate în cazul în care cunoștințele lipsesc. Acest lucru poate fi apoi folosit pentru a ghida cercetarea viitoare. Analizele sistematice se efectuează în mod obișnuit în domeniile testelor clinice (diagnostic, screening și prognostic), intervențiile în domeniul sănătății publice, efectele adverse (vătămare), evaluările economice (cost) și cum și de ce funcționează intervențiile(Centre for Reviews and Dissemination, 2009).

Revizuirile sistematice oferă patru avantaje (Egger și colab., 2001).

1. probabilitatea de eroare în cercetare este mai redusă printr-o revizuire sistematică
2. încrederea în ceea ce se poate aștepta de la o intervenție este mai mare prin revizuire sistematică decât un studiu individual (adică se mărește precizia)
3. utilizarea unei revizuri sistematice existente constituie o utilizare mai eficientă a timpului, deoarece literatura de specialitate a fost deja identificată, selectată, evaluată și sintetizată într-un mod sistematic și transparent; utilizatorii potențiali de cercetare se pot concentra astfel pe evaluarea aplicabilității locale a unei revizuri și pe colectarea și sintetizarea altor tipuri de informații, cum ar fi informații de rutină privind sănătatea.
4. o revizuire sistematică poate fi contestată mai constructiv decât un studiu individual, deoarece dezbaterile se va concentra mai degrabă pe evaluare și sinteză decât pe motivul pentru care un studiu a fost identificat și selectat în raport cu altele.

Structura revizurii

O analiză detaliată și actuală a datelor constituie fundamentul unei HIA corespunzătoare și ajută la identificarea aspectelor care necesită o cercetare ulterioară.

Atunci când este posibil, datele primare ar trebui să fie reanalizate în mod critic. Datele documentare sunt completate prin discuții și consultări cu autoritățile locale, liderii comunității și furnizorii de servicii medicale.

Metodologia HIA este în prezent în curs de dezvoltare, iar relația dintre metodele HIA și rezultatele acestora și cele mai eficiente metode de realizare a HIA sunt încă pe scară largă cercetate. Această revizuire a literaturii a fost efectuată pentru a identifica exemple existente de HIA în practică. În special, am dorit să stabilim dacă o serie largă de HIA de politici, programe sau proiecte au fost deja efectuate până în prezent și ce metode au abordat. De asemenea, am dorit să determinăm dacă rezultatele evaluărilor impactului asupra sănătății (HIA) au fost validate prin urmărirea pe termen lung.

O analiză sistematică a evaluărilor impactului asupra sănătății (HIA) din unele state a fost realizată pentru a obține o imagine clară a modului în care acestea sunt implementate la nivel național și pentru a identifica domeniile potențiale pentru îmbunătățirea comunității de practici HIA.

S-a elaborat un cadru de revizuire pentru a documenta în mod sistematic:

- organizațiile implicate în desfășurarea HIA;
- sursele de finanțare;
- tipurile de decizii la nivelul comunității;
- datele, instrumentele și modelele utilizate;
- nevoile de date autoidentificate;

- metodele de implicare a părților interesate;
- căile și obiectivele;
- caracterizarea impactului;
- rezultatele și recomandările decizionale;
- măsurile de monitorizare și urmărire;
- metodele de prioritizare utilizate;
- eficacitatea HIA;
- realizarea elementelor minime ale HIA;
- domeniile care necesită îmbunătățire; și
- identificarea celor mai bune modele IT și practici.

Rezultatele analizelor sistematice ale HIA au fost înregistrate, fiind ulterior sintetizate pentru a identifica situația practicii HIA în România și în unele state ale lumii, cele mai bune practici în HIA și domeniile potențiale de îmbunătățire.

Strategia de cautare

Realizarea unei revizuii sistematice depinde în mare măsură de sfera de cuprindere și de calitatea articolelor incluse; astfel, este posibilă o modificare a protocolul inițial de revizuire pe parcursul desfășurării revizuirii.

Înainte de revizuirea sistematică a literaturii, a fost efectuată o căutare a domeniului de aplicare pentru a determina conceptele-cheie și pentru a identifica principalele surse de date. Sursele utilizate pentru revizuire au constatat în literatură disponibilă online și pe suport de hartie, publicată în perioada 1970-2018 - fiind identificate din sursele literaturii gri de specialitate, apoi au fost analizate și compartimentate, folosind termeni de căutare în engleză și franceză. Termenii de căutare folosiți pentru a identifica literatura relevantă sunt detaliați în Tabelul 1.

Un total de 308 articole au fost identificate în timpul primului screening și evaluate pe baza titlului articolului și apoi pe baza rezumatului. După gruparea și evaluarea eligibilității, au fost descărcate și analizate în detaliu 298 articole cu text integral și un grup final de 292 a fost inclus în această revizuire.

Revizuirea a inclus evaluări retrospective și prospective privind impactul asupra sănătății (definit pe larg) al politicilor, programelor și proiectelor din afara sectorului sănătății. Nu au fost incluse studii privind impactul unor astfel de politici și proiecte asupra îmbolnăvirilor. Acest lucru nu înseamnă că acestea nu sunt relevante în evaluarea impactului asupra sănătății; dar am dorit mai degrabă să identificăm studiile generale privind impactul asupra sănătății, care au evaluat impactul mai larg al proiectelor sau al politicilor asupra sănătății, utilizând o serie de indicatori.

Două recenzii rapide au identificat instrumentele și metodologiile existente de evaluare a HIA. Pe baza căutărilor pentru revizuirile sistematice (Centre for Reviews and Dissemination, 2008), recenziile rapide au implicat căutări pe baze de date electronice utilizând termeni de căutare predefiniți, criterii de includere și excludere și o definiție a HIA (tabelul 1); căutări suplimentare în site-urile dedicate HIA (de exemplu, HIA Gateway, HIA Connect și HIA OMS), site-uri web ale ministerelor sănătății din diverse țări și grupuri HIA, inclusiv grupuri virtuale

(ECHP-HIA⁹, HIA-net¹⁰, HIA / IAIA¹¹, baze de date academice). Cu ajutorul întrebărilor personale, a fost utilizată o abordare de tip *snowballing* pentru identificarea contactelor ulterioare.

Au fost efectuate căutări în următoarele baze de date: MEDLINE via PubMed¹², Google Scholar, baza de date cu literatura gri SIGLE¹³, EMBASE¹⁴, HSEline¹⁵, ERIC¹⁶, HMIC database¹⁷. PubMed utilizează termeni de indexare (nu numai termenii MeSH¹⁸, ci și cuvintele cheie), astfel încât căutarea trebuie să fie mai restrictivă decât în cazul căutării Scopus pentru a reduce numărul de fals pozitive; în consecință, "mecanismul" este inclus în acest șir de căutări, dar nu în cel aplicat Scopus.

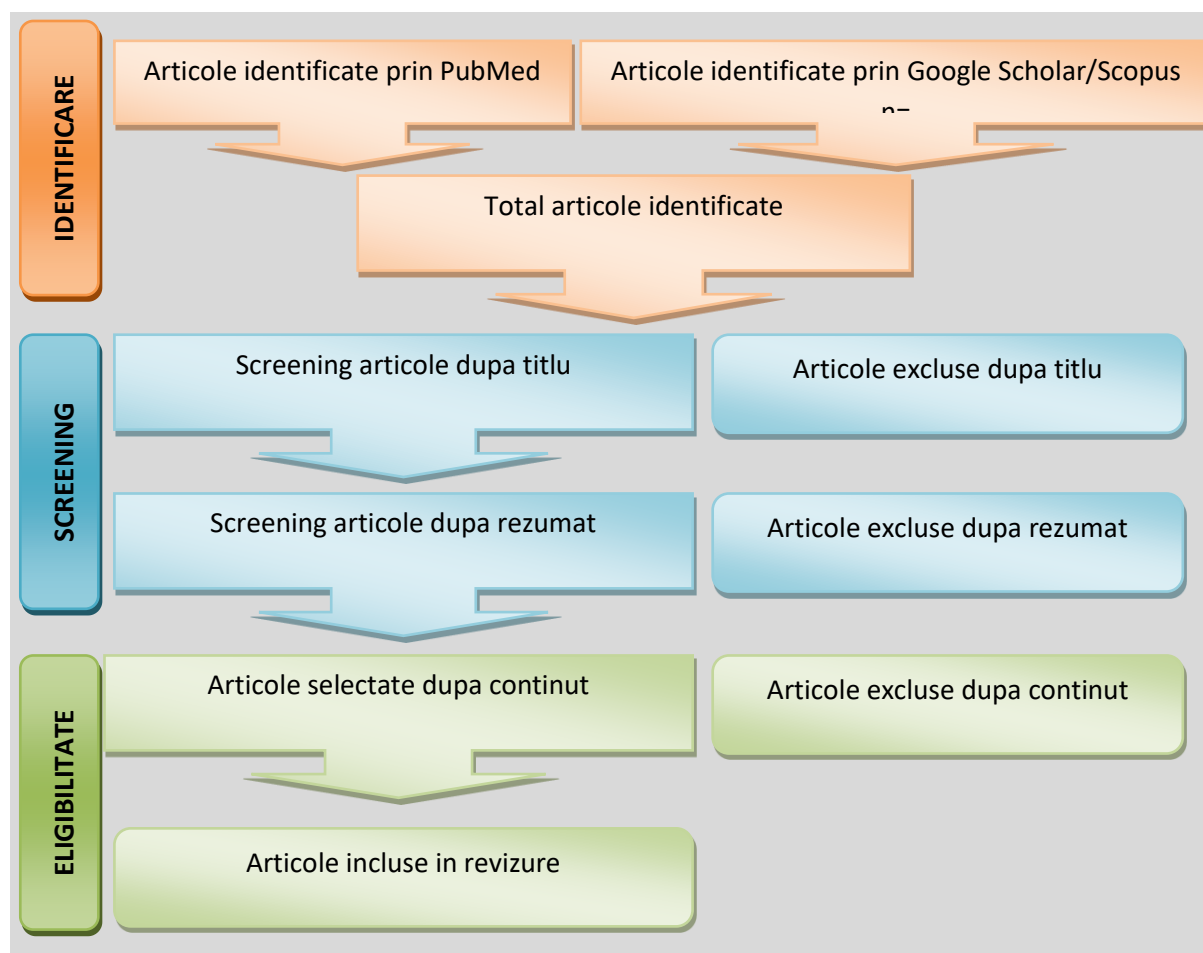


Figura 1 - Diagrama de flux pentru revizuirea sistematică a literaturii HIA în activitatea 1

⁹European Centre of Health Policy (WHO Brussels) [Footnote 11]

¹⁰ UK HIA group

¹¹ International Association for Impact Assessment

¹² arhiva full-text gratuită a literaturii de specialitate din domeniul biomedical și științelor vieții la Biblioteca Națională de Medicină a SUA (NIH / NLM).

¹³System for Information on Grey Literature in Europe

¹⁴Excerpta Medica dataBASE

¹⁵ Health and Safety Executive database

¹⁶Education Resources Information Center

¹⁷Health Management Information Consortium

¹⁸Medical Subject Headings-este tezaurul vocabular controlat NLM folosit pentru indexarea articolelor în PubMed

Termeni de cautare.

Tabelul 1 - Termenii de căutare rapidă, criteriile de includere și definiția HIA

Health Impact Assessment methodology	HIA methodology
Health Impact Assessment procedure	HIA procedure
Health Impact Assessment process	HIA process
Health Impact Assessment method	HIA method
Health Impact Assessment legislation	HIA legislation
Health Impact Assessment tool	HIA tool
Health Impact assessment guide	HIA guide
Health Impact Assessment guidance	HIA guidance
Health Impact Assessment model	HIA model
Health Impact Assessment technique	HIA technique
Health in all policies	HiAP strategies
HiAP	Determinanti pentru sănătate
Health equity	Romania, European Union, WHO, World Bank, USA, Canada, New Zealand, Australia
Health in All Policies strategies	EPHIA
determinants of health	Politici publice de sănătate
Evaluarea impactului asupra sanatatii	
Legislatie, politici	
European Policy Health Impact Assessment	
healthy public policy	

Criterii de excludere/includere

Sunt incluse rapoarte privind studiile prospective care au evaluat impactul deciziilor politice din sănătate. Descrierile studiilor de caz în articole și revizuri publicate au fost utilizate doar dacă au conținut informații suficiente, au avut o propunere specială relevantă pentru sănătate.

- Documente în limba engleză, franceză și română
- Data de publicare – ulterior anului 1990
- Articole publicate care conțin informații detaliate privind instrumentele de screening HIA și metodologiile HIA.

- Peer-review-uri, rapoarte din literatura gri¹⁹, ghiduri și studii de caz care conțin informații detaliate despre instrumente de screening HIA și metodologii HIA.
- Instrumentele de screening HIA și metodologiile HIA care îndeplinesc o definiție largă a HIA
- Metodologii și ghiduri care oferă sfaturi suficient de detaliate pentru a derula sau organiza o evaluare a impactului asupra sănătății, pe baza unei propuneri, indiferent de domeniu

Cercetarea calitativă

Cercetarea calitativă a fost folosită complementar analizei literaturii, ca sursă de informații legate de contextul național în care se urmărește instituționalizarea abordării sănătății în toate politicile, și de practicile actuale de analiză a impactului proiectelor de mediu asupra sănătății. Scopul cercetării calitative a fost de a evidenția opinia unor stakeholderi implicați în structuri legate de promovarea sănătății, mediu și dezvoltare durabilă asupra posibilităților de aplicare a sănătății în toate politicile și asupra evaluărilor de impact ca instrumente de aplicare a HiAP, dar și de a obține informațiile necesare pentru studiul de caz despre elaborarea și adoptarea legislației antitutin în România, ca exemplu de HiAP.

Metodologia a constat în 20 de interviuri semistructurate cu actori relevanți pentru tematica aleasă (HiAP și HIA), respectiv angajați ai autorităților publice centrale (10 interviuri), ai organizațiilor interguvernamentale, ONGurilor și ai mediului academic (alte 10 interviuri), cu durata de aproximativ o oră fiecare. Selecția persoanelor intervievate s-a făcut inițial pe baza unor recomandări, apoi prin metoda bulgărelui de zăpadă, până am ajuns la numărul specificat. Am considerat că numărul este suficient pentru a oferi o diversitate de opinii și perspective asupra temelor analizate, fără a ajunge la saturație. Au fost folosite trei variante de ghiduri de interviu: una pentru reprezentanții instituțiilor publice, alta pentru ONGuri și cea de-a treia pentru studiul de caz privind adoptarea legislației antitutin în România. Datele rezultate au fost grupate ulterior pe teme cum sunt: context național/internațional, factori pozitivi, obstacole, partener, instituții implicate, coordonare, participare, resurse, finanțare, proces, etape etc., apoi analizate și sintetizate în funcție de conținut. Au rezultat următoarele teme majore: context, actori interesați, politici și teme de interes, structuri, responsabilități, proces. Informațiile obținute în urma interviurilor au fost ulterior validate prin discuții informale cu factori de decizie și persoane identificate ca având un rol important în demersul de aplicare a HiAP și HIA.

Limitări

Metodologia folosită a restrâns analiza la stakeholderi importanți pentru HiAP și HIA, dar nu a luat în considerare, spre exemplu, opinia populației față de cele două teme. Cercetarea calitativă are caracter exploratoriu iar rezultatele și concluziile nu pot fi extinse asupra tuturor instituțiilor, sectoarelor și temelor identificate, reprezentând în esență opiniile unor actori cheie

¹⁹materiale și cercetări produse de organizații în afara canalelor tradiționale de publicare și distribuție comerciale sau academice. Tipurile de publicații de literatură gri tipice includ rapoarte (anuale, de cercetare, tehnice, proiecte, etc.), documente de lucru, documente guvernamentale, lucrări albe și evaluări. Organizațiile care produc literatură gri includ departamente și agenții guvernamentale, societatea civilă sau organizații neguvernamentale, centre academice și departamente, companii private și consultanți. Literatura gri poate fi dificil de descoperit, accesat și evaluat, dar acest lucru poate fi abordat prin formularea strategiilor de căutare temeinică

selecția conform metodei bulgărelui de zăpadă, care ar putea favoriza o anumită optică, în defavoarea altora. De asemenea, nu au fost prevăzute metode ca focus grupurile și observația în timpul unor evenimente/ședințe publice pe subiecte legate de HiAP și HIA datorită dificultăților de a le organiza în termenul foarte scurt alocat revizuirii literaturii și cercetării calitative (iulie – septembrie 2018). În plus, ambiguitățile conceptuale datorate lipsei de exercițiu a reprezentanților instituțiilor și organizațiilor din România de a opera cu noțiuni cum sunt sănătatea în toate politicile publice și evaluarea impactului asupra sănătății au constituit un alt element limitativ.

Limitările se datorează și modalităților de selecție a literaturii analizate, de exemplu neutilizarea în căutarea în bazele de date studiate a sintagmei „health inequalities”, care au exclus unele lucrări din literatura internațională, cum ar fi cele despre inegalitățile în sănătate. Alte limitări sunt datorate posibilităților de analiză a autorilor, timpului limitat și factorilor subiectivi precum interpretarea datelor.

Aspecte etice

În revizuirea literaturii, autorii au încercat să asigure pe cât posibil imparțialitatea în selecția surselor și materialelor prin căutarea după multiple cuvinte cheie în bazele de date și publicațiile unor organizații internaționale.

A fost aplicat un proces algoritmic de etape deductive - prin creerea unui domeniu de captare foarte mare, care ulterior a fost redus prin încorporarea criteriilor de excludere și includere, aplicabile titlurilor sau vocabularului de control. Acest proces de utilizare a strategiilor de căutare documentate este replicabil în majoritatea cazurilor. De asemenea, autorii s-au străduit să fie cât mai obiectivi și să reflecte diversitatea surselor și modelelor în analiza și sinteza informațiilor obținute din revizuirea literaturii.

În analiza, interpretarea, arhivarea, stocarea datelor și redactarea raportului, autorii au ținut cont de cerințele legate de protecția datelor cu caracter personal și legislația în vigoare referitoare la GDPR. Persoanelor intervievate li s-a cerut consimțământul pentru înregistrarea interviurilor, garantându-se păstrarea confidențialității și anonimatului. Nu au fost folosite în analiză informațiile oferite în afara înregistrărilor, deși acestea au ajutat autorii să-și formeze o anumită opinie despre procesele, mecanismele și interesele existente la nivel instituțional și politic. Elaborarea raportului s-a făcut astfel încât informațiile conținute să nu prejudicieze nicio parte implicată sau părți aflate în relație cu acestea (ex. beneficiari în cazul ONGurilor).

Bibliografie

- AIDA (Australian Indigenous Doctors' Association). 2010. HIA Connect [online]. http://www.hiaconnect.edu.au/reports/AIDA_HIA.pdf
- Bergus, G.R., S.B. Cantor, M.H. Ebell, T.G. Ganiats, P.P. Glasziou, M.D. Hagen, R.M. Hamm, F.H. Lawler, and J.F. Murray. 1995. A glossary of medical decision-making terms. *Prim. Care* 22(2):385-393, citat in https://www.tphlink.com/uploads/1/1/4/0/11401949/hia_nrc_guidelines.pdf
- Birley, M.H. 2001. Annex 3: HIA Guidelines and capacity building. Pp. 39-56 in *Health Impact Assessment*. WHO/SDE/WSH/01.07. Geneva: World Health Organization [online]. <http://hia.anamai.moph.go.th/nwha/pdf/thai62e.pdf>
- Centre for Reviews and Dissemination. *Systematic Reviews – CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York: Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 2008; Bambra C. Real world reviews: a beginner's guide to undertaking systematic reviews of public health policy interventions. *J Epidemiol Community Health* 2009;65:14–9) University of York, 2008, disponibil la: https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf
- Centre for Reviews and Dissemination. *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care.*, University of York, 2008. Published by CRD, University of York January 2009 https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf
- Clarke M. The cochrane collaboration and systematic reviews. *Br J Surg* 2007;94:391-2. citat in S Gopalakrishnan, P Ganeshkumar. Systematic reviews and meta-analysis: Understanding the best evidence in primary healthcare. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol 2 p.9-14 <http://www.jfmpc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2013;volume=2;issue=1;spage=9;epage=14;aulast=Gopalakrishnan#ref7>
- Collins, J. & Koplan, J. (2009). Health Impact Assessment: A Step Toward Health in All Policies. *JAMA*. 2009;302(3):315-317 (doi:10.1001/jama.2009.1050) <http://jama.amaassn.org/cgi/content/full/302/3/315>
- Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic reviews: Synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med* 1997;126:376-80., citat in S Gopalakrishnan, P Ganeshkumar. Systematic reviews and meta-analysis: Understanding the best evidence in primary healthcare. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol 2 p.9-14 <http://www.jfmpc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2013;volume=2;issue=1;spage=9;epage=14;aulast=Gopalakrishnan#ref7>
- EcoTrust Canada. BC First Nations Land Use Planning: Effective Practices. A guide prepared for the New Relationship Trust. July 6, 2009 <http://www.newrelationshiptrust.ca/wp-content/uploads/2017/04/land-use-planning-report.pdf>
- <http://www.rtpi.org.uk/download/385/Guidlelines-on-effective-community-involvement.pdf>
- IPIECA/OGP (International Petroleum Industry Environmental Conservation Association and International Association of Oil and Gas Producers). 2007. *Health Performance Indicators: A Guide for the Oil and Gas Industry*. OGP Report No. 393. International Petroleum Industry Environmental Conservation Association, and

International Association of Oil and Gas Producers
<https://www.scribd.com/presentation/188023646/Overview-of-Environmental-Social-Health-Impact-Assessment-Revised>

- Novice, Robert (editor) (1999-03-29). "Overview of the environment and health in Europe in the 1990s" (PDF). World Health Organization. EUR/ICP/EHCO 02 02 05/6 04229 – 29 March 1999
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109875/E66792.pdf
- Ritsatakis A., 2000. Exploring health policy development in Europe. WHO Library Cataloguing in Publication Data. WHO regional publications. European series ; No. 86. ISBN 92 890 1352 4.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98301/E68395.pdf
- RTPI (Royal Town Planning Institute). 2005. Guidelines on Effective Community Involvement and Consultation. Royal Town Planning Institute [online].
- Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute
http://www.phi.org/uploads/files/Health_in_All_Policies-A_Guide_for_State_and_Local_Governments.pdf4
<https://pdfs.semanticscholar.org/presentation/cae4/3bdd140d7c0d29803943b2aab9178e89bbea.pdf>
- Siddaway A. (2014). What is a systematic literature review and how do i do one?.
<https://pdfs.semanticscholar.org/2214/2c9cb17b4baab118767e497c93806d741461.pdf>
- Wade, T., and S. Somer. eds. A to Z GIS: An Illustrated Dictionary of Geographic Information Systems. Redlands, CA: Esri Press, 2006, citat in ESRI. Geographic Information Systems and Environmental Health: Incorporating Esri Technology and Services An Esri ® White Paper • April 2011,
http://www.esri.com/library/whitepapers/pdfs/gis_and_env_health.pdf
- Weed D.L. 2005. Weight of evidence. A review of concept and methods. Risk Anal. 25(6):1545-1557
- WHO (World Health Organisation), Regional Office for Europe. Technical briefing: Health impact assessment—a tool to include health on the agenda of other sectors. Current experience and emerging issues in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe, 52nd session, 16–19 Sep 2002 Disponibil la:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/117049/ebd3.pdf
- WHO (World Health Organisation). European Centre for Health Policy. Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper, December 1999. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999. Disponibil la: www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf
- WHO (World Health Organisation) 1993. Macroeconomic environment and health. Geneva: World Health Organization; Sen A. 1994. Economic regress – concepts and features. Proceedings of the World Bank Annual Conference on Development Economics 1993. Supplement to the World Bank Economic Review and the World Bank Research Observer. Washington DC: The World Bank
<http://documents.worldbank.org/curated/en/248291468313500572/pdf/428750WP0N00PR10Box321445B01PUBLIC1.pdf>

CAPTOLUL I. ABORDAREA SĂNĂTĂȚII ÎN TOATE POLITICILE (HIAP)

1.1. Introducere

Deși la nivelul UE s-au înregistrat progrese evidente în privința sănătății și bunăstării populației din statele membre, inegalitățile sociale și economice atât între state cât și în interiorul aceluiași țări continuă să persiste. Sistemele de sănătate din statele europene nu asigură accesul egal la îngrijiri medicale, asupra acestora acționând constrângeri financiare și interese economice, care se reflectă asupra pacienților. Funcționarea sistemelor de sănătate nu este însă determinată numai de factori de sănătate, ci și de decizii politice care acționează direct în alte sectoare (ex. educație, mediu, muncă, locuire, agricultură, nutriție etc.).

Ideea de sănătate în toate politicile (HiAP) este strâns legată de două constatări: aceea că determinanții socio-culturali ai sănătății influențează adoptarea de către populație a unor comportamente mai sănătoase și aceea că prevalența și impactul bolilor este mai mare în grupurile unde inechitățile sociale sunt mai mari. De asemenea, studiile au arătat că grupurile vulnerabile beneficiază mai târziu decât ceilalți de îmbunătățiri și sunt afectate într-o măsură mult mai mare de schimbările neașteptate.

HiAP a apărut ca soluție care împacă atât determinanții sănătății cât și inechitatea socială prin structuri și acțiuni subsumate guvernării intersectoriale. Există nenumărate exemple despre modul în care sănătatea populației a fost inclusă în guvernare, chiar dacă acest scop nu a fost explicit. Crearea parcurilor ca locuri de relaxare a dus la orașe mai curate și la un mediu mai sănătos; lucrările de infrastructură urbană, cum sunt demolarea unor cartiere sărace sau extinderea sistemelor de canalizare au avut - dincolo de aspectele estetic, de fluidizare a traficului și igienizare - o miză importantă privind sănătatea populației (McQuinn, Wismar, Lin, Jones și Davies, 2012).

HiAP este utilă din trei perspective: aceea a estimării impactului altor politici asupra sănătății, prin determinanții sănătății, atunci când aceste politici sunt în faza de planificare; aceea a evaluării impactului politicilor existente și aceea a formulării unor politici publice bazate pe dovezi (Ollila, Ståhl, Wismar, Lahtinen, Melkas și Leppo, 2005:2).

Determinanții sănătății sunt acei factori de diverse naturi - genetici și biologici, mediu, stil de viață, cultură, structuri sociale și politici publice - care au cea mai mare influență asupra sănătății. Același factor poate influența simultan mai multe aspecte ale sănătății. Determinanții sănătății pot fi modificați în bine sau în rău prin diferite politici și intervenții. De exemplu, s-a constatat îmbunătățirea sănătății populației prin politici care au vizat reglementarea și controlul consumului de tutun și alcool, prin încurajarea folosirii bicicletelor și a activității fizice.

1.2. Definiții

“Sănătatea în toate politicile este o abordare colaborativă pentru îmbunătățirea sănătății tuturor prin încorporarea considerațiilor legate de sănătate în procesul decizional între diferite sectoare și domenii ale politicii”²⁰ (California Health in All Policies Task Force, apud. Rudolph, Caplan, Ben-Moshe & Dillon, 2013).

²⁰ “Health in All Policies is a collaborative approach to improving the health of all people by incorporating health considerations into decision-making across sectors and policy areas.” (traducerea autorilor).

“Sănătatea în toate politicile este o abordare intersectorială a politicilor publice care ia în considerare în mod sistematic implicațiile deciziilor asupra sănătății, caută sinergii și evită impactul negativ al acestora cu scopul de a îmbunătăți sănătatea populației și echitatea în domeniul sănătății.” (The Helsinki Statement on Health in All Policies, 2013).

HiAP atrage atenția asupra consecințelor pe care politicile le au asupra sistemelor de sănătate, asupra determinantilor sănătății și asupra bunăstării, contribuind în același timp la dezvoltarea durabilă. De altfel obiectivul 3 al Agendei 2030 pentru Dezvoltare Durabilă, denumit Sănătate și bunăstare, constă în asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor, la orice vârstă. Împreună cu obiectivul 10 – Inegalități reduse, care constă în diminuarea inegalităților sociale și economice atât între țări, cât și în interiorul aceleiași țări, Sănătatea și bunăstarea reflectă transpunerea HiAP în Strategia de Dezvoltare Durabilă la nivel mondial.

1.3. Principii

HiAP are la bază următoarele principii:

- Legitimitate (conferită de legislația națională și internațională)
- Responsabilitatea guvernelor față de proprii cetățeni
- Transparența în procesul decizional și accesul la informații publice
- Participarea societății la elaborarea și implementarea politicilor și programelor
- Sustenabilitatea, în sensul prezervării resurselor și protejării intereselor generațiilor viitoare
- Colaborarea între sectoare și niveluri de guvernare în politicile care promovează sănătatea, echitatea și sustenabilitatea.

Multe dintre discrepanțele între starea de sănătate a grupurilor vulnerabile și cea a populației generale au origini sociale, economice și de mediu. HiAP oferă o modalitate prin care efectele dăunătoare sănătății ale unor politici publice sunt identificate și minimizate (OMS, 2014).

1.4. Condiții pentru aplicarea HiAP

Atunci când vorbim despre integrarea HiAP într-o politică din afara sectorului sănătății, putem identifica trei posibilități: 1. Existența unui obiectiv comun între sectorul sănătății și cel al politicii al cărei efect urmează să fie evaluat, situație în care cooperarea între cele două sectoare este caracterizată de câștigul de ambele părți; 2. Compatibilitatea între obiectivul HiAP și cel al politicii, în sensul că acestea nu se exclud reciproc și nu sunt competitive și atunci sănătatea poate fi inclusă ca parte a evaluării; și 3. Incompatibilitatea între obiectivul HiAP și cel al politicii vizate, caz în care sunt necesare negocieri și compromisuri.

Pentru a putea include considerațiile legate de sănătate în procesul de elaborare a politicilor publice este nevoie de voință politică și sprijin public. Transparența decizională, participarea publică și democrația sunt condiții esențiale pentru HiAP. Sunt necesare deschidere și colaborare între actorii implicați, timp suficient pentru analiză, o argumentație solidă a impactului asupra sănătății și considerarea unor opțiuni alternative de politici la cea propusă inițial (Ollila, Ståhl, Wismar, Lahtinen, Melkas și Leppo, 2005:4).

Evaluarea impactului asupra sănătății (HIA) a fost folosit ca instrument nu doar pentru evaluarea implicațiilor unor politici asupra sănătății, dar și ca mod de asigurare a vizibilității acestor considerente de sănătate în procesul de decizie politică.

În aplicarea HiAP, parteneriatul este esențial. Multe țări au ales diverse modalități de cooperare intersectorială pentru implementarea acestei abordări care vizează implicațiile politicilor din diverse sectoare asupra sănătății populației. Printre acestea, enumerăm: comitete permanente intersectoriale responsabile de pregătirea, aplicarea și monitorizarea strategiei HiAP, comitete formate pe probleme/politici specifice; consultații formale sau formularea unor puncte de vedere oficiale asupra temelor respective, dar și mecanisme și contacte informale.

Baza legală pentru promovarea HiAP la nivel european este Tratatul de la Amsterdam care prevede protejarea sănătății prin toate politicile și acțiunile publice. Toate inițiativele majore europene și naționale ar trebui să fie însoțite de o evaluare de impact asupra sănătății populației. Cu toate acestea, preocupările majore ale UE sunt politicile de piață și economice. Pentru a determina aplicarea HiAP în statele membre, sănătatea ar trebui promovată pe agenda politică europeană ca valoare în sine. La nivelul statelor membre, cerințele necesare implementării HiAP includ asigurarea participării sectorului ONG, informarea publică asupra implicațiilor de sănătate ale diverselor politici, mandatarea unor structuri pentru implementarea HiAP și alocarea unor responsabilități clare personalului implicat, alocarea de resurse structurilor responsabile (umane, de cunoaștere, financiare etc.), înțelegerea clară a legăturilor între determinanții sănătății și sănătate și între aceștia și alte sectoare.

1.5. Etapele instituționalizării HiAP

Declarația de la Helsinki (OMS, 2014) stabilește cadrul de acțiune pentru aplicarea HiAP la nivel de țară, cu șase componente cheie: 1. Identificarea nevoilor și priorităților 2. Planificarea acțiunilor 3. Identificarea structurilor și proceselor de suport 4. Facilitarea evaluării și participării 5. Asigurarea monitorizării, evaluării și raportării 6. Construirea capacității instituționale.

1.5.1. Identificarea nevoilor și priorităților

- Prioritățile pot fi ierarhizate în funcție de importanța problemei pentru sănătate sau pentru echitate, preocuparea guvernului pentru problemă, fezabilitatea strategiei de abordare și oportunitățile de colaborare intersectorială.
- Se evaluează implicațiile politicilor pentru sănătate și echitate. Sursele de informații pentru evaluarea consecințelor pentru sănătate pot include strategiile sectoriale, indicatorii de performanță și eventualele revizuirii bugetare, precum și rapoartele elaborate.
- Înțelegerea contextului de țară și a capacității structurilor guvernamentale de a limita sau potența aplicarea HiAP; identificarea oportunităților și barierelor legale, precum și a aspectelor din experiența altor țări care pot fi transferate în context național.
- Stabilirea priorităților pe termen mediu și lung și construirea structurilor și capacității instituționale necesare implementării HiAP, preluând eventual lecțiile rezultate din experiența altor sectoare (ex. mediu).
- Evaluarea contextului politic, a intereselor și eventualelor conflicte. Analiza stakeholderilor care ar sprijini sau s-ar opune propunerii, precum și a interesului pe care aceasta îl suscită în mass media și spațiul public; explorarea potențialelor alianțe și inițiative existente care ar putea sprijini implementarea HiAP în diferite sectoare.
- Identificarea resurselor financiare, instituționale, tehnice și umane necesare, precum și a capacităților de reglementare, previziune și implementare existente.

1.5.2. Încadrarea acțiunilor planificate

- Identificarea contextului și a strategiilor fezabile pentru HiAP (ex. un plan de acțiune intersectorial, un plan specific unui sector sau includerea HiAP în alte planuri strategice).
- Identificarea analizelor, datelor și dovezilor necesare pentru planificare, monitorizare și evaluare, precum și a surselor de informații.
- Identificarea structurilor și proceselor necesare pentru implementarea HiAP. Se pot folosi structuri deja existente și strategii/procese deja stabilite într-un context național dat. Se vor stabili roluri și responsabilități clare pentru fiecare structură implicată.
- Estimarea resurselor umane, finanțării și responsabilităților atașate implementării planului. Este foarte probabil să fie nevoie de schimbarea practicilor de lucru și a responsabilităților personalului implicat.

1.5.3. Identificarea unor structuri și procese de suport

- Identificarea liderului responsabil de abordarea HiAP pe un anumit domeniu (ex. mediu, comerț etc.). Acesta poate fi o structură centrală (ex. Ministerul Sănătății, cabinetul prim-ministrului etc.), sau o agenție publică. Sprijinul politic la nivel înalt poate fi uneori absolut necesar în promovarea HiAP. În unele țări comisiile parlamentare sunt foarte importante pentru HiAP.
- Evaluarea oportunităților de a obține sprijin pentru HiAP. Poate fi înființată o structură intersectorială (ex. comitet interministerial pe probleme nespecifice sănătății, dar legate de aceasta; comitet interministerial pentru o problemă specifică legată de sănătate (ex. nutriție); comitet cu focus mai general, cu participarea mai multor stakeholderi de la diferite niveluri).
- Inventarierea cadrului legislativ de suport pentru promovarea dialogului și acțiunii intersectoriale (ex. hotărâri de guvern, ordine de ministru, acorduri internaționale etc.).
- Folosirea mecanismelor de responsabilizare disponibile (ex. accesul la informații publice, transparența decizională etc.).

1.5.4. Facilitarea evaluării și angajamentului

- Evaluarea impactului politicilor asupra sănătății printr-un proces de sine stătător sau ca parte a unui proces mai larg (ex. ca parte a evaluării de mediu). Instrumentele includ: HIA, analiza din perspectiva echității în sănătate, evaluarea impactului asupra mediului, audit de politici, revizuirii bugetare.
- Identificarea principalelor grupuri afectate de politica propusă și implicarea lor în procesul de înțelegere a consecințelor politicii și de elaborare a alternativelor prin discuții la nivelul primăriilor/consiliilor locale, întâlniri tematice, workshopuri etc.
- Identificarea persoanelor care pot contribui la procesul decizional sau implementare și invitarea lor la proces. Dialogul poate include consultări, workshopuri sau întâlniri intersectoriale.
- Explorarea mecanismelor de analiză existente în procesul legislativ (ex. opinia unor comitete cu responsabilități în sănătate, a unor grupuri și coaliții pe probleme specifice, dezbateri publice, rapoarte ale autorităților din sănătate etc.)

1.5.5. Asigurarea monitorizării, evaluării și raportării

- Planificarea timpurie a monitorizării și evaluării și includerea monitorizării și evaluării în întreg procesul HiAP.
- Identificarea oportunităților de colaborare cu parteneri cheie din afara guvernului; identificarea obiectivelor, reperelor majore, a țințelor și indicatorilor.

- Monitorizarea și evaluarea conform planului.
- Diseminarea lecțiilor învățate pentru viitoarele procese similare.

1.5.6. Construirea capacității

- Pregătirea și sprijinirea profesioniștilor în domeniul sănătății pe mai multe aspecte: înțelegerea și analiza aspectelor legale și de reglementare ale politicilor; comunicarea cu diferiți stakeholderi; înțelegerea implicațiilor deciziilor politice asupra altor sectoare; înțelegerea obiectivelor și intereselor din alte sectoare.
- Construirea capacității resurselor umane prin: construirea unor echipe multidisciplinare, cu variate competențe tehnice; oferirea de training despre HiAP; adăugarea unor sarcini specifice HiAP la fișele de post; includerea unei componente de sănătate publică în pregătirea funcționarilor publici și a jurnaliștilor; educarea publicului pe aspecte legate de impactul diverselor politici asupra sănătății.
- Creșterea capacității de cercetare, inclusiv de cercetare multidisciplinară și multisectorială asupra sănătății populației, inclusiv colectarea și analiza sistematică a indicatorilor de sănătate.
- Construirea capacității altor ministere de a estima efectele politicilor proprii asupra sănătății și oferirea de expertiză în domeniul sănătății, oricând este nevoie.
- Construirea capacității comunității prin sprijinirea membrilor să participe la abordările HiAP, prin promovarea educației pentru sănătate, pregătirea în tehnici participative în luarea deciziilor, dar și în implementarea și evaluarea HiAP.

1.6. Etapele aplicării HiAP la nivel de politică publică

Revenind la aplicarea HiAP în ciclul politicii publice, un model a fost identificat de De Leeuw și Peters (2014) în urma evaluării diferitelor practici de implementare a HiAP.

1. Definirea problemei - Dovezile și argumentele sunt importante în definirea problemei, dar tot atât de importante sunt comunicarea problemei și interesele celor implicați.

Întrebare cheie: Cum și de către cine a fost definită problema?

2. Evaluarea politicii existente - Orice politică poate fi o potențială oportunitate pentru HiAP. Sau pot fi adaptate modele care au funcționat în alte cazuri. În aceeași măsură, politicile existente pot împiedica încorporarea HiAP. Pentru a evalua situația concretă, este nevoie de o analiză atentă a politicilor publice în vigoare, care au legătură cu sectorul în care vrem să intervenim și cu problema definită la punctul 1.

Întrebare cheie: Care sunt politicile deja aplicate sau în lucru în zona de interes a problemei definite? Cum a fost măsurat succesul acestora?

3. Documentarea - În general sursele dovezilor existente au avut interesele lor atunci când le-au făcut publice. Înțelegerea contextului, mecanismelor și intereselor celor care au furnizat dovezi sau/și au sprijinit anumite politici din sfera de interes a problemei identificate este esențială.

Întrebare cheie: Ce informații sunt disponibile despre problemă, despre amploarea și consecințele acesteia și despre poziția stakeholderilor relevanți?

4. Stabilirea logicii politice pe baza determinantilor sociali ai sănătății - Logica unei politici este dictată de negocierea dovezilor, intereselor, oportunităților și opțiunilor care pot fi uneori divergente.

Întrebare cheie: Care sunt faptele, ideile și presupunerile care constituie logica politicii în relație cu problema?

5. Dezvoltarea alternativelor împreună cu factorii interesați - Atunci când se negociază cea mai bună opțiune de politică, chiar dacă dovezile sunt clare, acestea și modul de prezentare trebuie adaptate la context, dar și la preferințele stakeholderilor și grupurilor sociale relevante.

Întrebare cheie: Ce dovezi, experiențe și oportunități pentru dezvoltarea unor abordări câștigătoare există?

6. Negocierea costurilor și beneficiilor - Cea mai importantă trăsătură legată de caracterul intersectorial al HiAP este faptul că toți participanții vor avea un beneficiu în urma implicării.

Întrebare cheie: Care sunt câștigurile identificabile - sociale, economice și instituționale?

7. Cartografierea puterii, intereselor și priorităților - Pentru procesul de dezvoltare a unei politici este esențial să se știe cine va sprijini și cine se va opune propunerii. Este posibil ca în timpul discuțiilor factorii cheie să fie de acord, dar implementarea depinde de mai mulți actori și grupuri care ar putea fi împotriva. Există și câteva instrumente utile pentru cartografierea actorilor și identificarea variantelor de succes în politicile publice, pe care autorii le recomandă: Prince, PolicyMaker (www.polimap.com), Petit Manuel.

Întrebare cheie: Care sunt puterea, prioritățile și poziția tuturor actorilor într-o propunere de politică?

8. Valorizarea strategiei politice - Inițierea, adoptarea și pregătirea pentru implementare a unei politici sunt etape centrale în procesul decizional. Suportul politic la nivel înalt, ca și sprijinul executiv sunt esențiale pentru succesul HiAP.

Întrebare cheie: Ce grupări politice sunt implicate în inițierea, dezvoltarea și adoptarea propunerii de politică?

9. Descrierea și planificarea implementării - Unele politici sunt simbolice, adică au fost elaborate și adoptate pentru că așa trebuia, dar nimeni nu este preocupat de implementarea lor. Stabilirea etapelor și rezultatelor preliminare conduc la efecte tangibile în privința sănătății și la reducerea inechității în sănătate.

Întrebare cheie: Au fost luate în considerare și integrate în etapa de formulare a politicii barierele și oportunitățile în implementare? Acestea sunt: complexitatea politicii, sprijinul, capacitatea, resursele, parteneriatele și timpul alocat.

1.7. Rolul sectorului sănătății

Rolul sectorului sănătății, în esență al Ministerului Sănătății, în promovarea abordării HiAP este complex și solicitant. În primul rând globalizarea, apoi inegalitățile sociale și economice, urbanizarea, migrația, dezastrele ecologice etc. influențează major sănătatea populației. Apoi

povara imbolnăvirilor s-a modificat și determinanții sănătății sunt influențați într-o proporție majoră de alte sectoare decât sănătatea (OMS, 2015).

Conform Declarației de la Adelaide (2010), rolul sectorului sănătății în promovarea HiAP este de a:

- sprijini dezvoltarea cercetării în sănătate în general și în particular în privința determinanților sănătății;
- identifica prioritățile în sănătate;
- crea o platformă de dialog cu celelalte sectoare, deci de a facilita guvernarea intersectorială;
- crește capacitatea celorlalți actori guvernamentali de a lua în considerare implicațiile politicilor din alte sectoare asupra sănătății prin informarea sistematică a acestora și a publicului asupra temelor majore de sănătate legate de profilul de țară;
- construi expertiza personalului propriu de a face conexiuni între diversele sectoare și determinanții sănătății (St-Pierre și Gauvin, apud. Rudolph, Caplan, Ben-Moshe și Dillon, 2013:37), prin pregătirea personalului și îmbunătățirea sistemelor de colectare și integrare a datelor;
- crește capacitatea de a iniția dialoguri cu alte structuri guvernamentale și de a influența politicile publice, prin alocarea unor responsabilități clare, dar și prin investiții în pregătirea personalului în domeniul politicilor publice;
- milita pentru promovarea sănătății și a rolului determinanților sănătății în discursul public.

În multe țări însă, Ministerul Sănătății nu are capacitatea să-și asume leadershipul unei astfel de abordări. Motivele sunt diverse:

- influența politică limitată. Pute exista ministere cu bugete mult mai mari și cu mai multă influență decât sănătatea. Ori, pentru a promova prevenția și a aborda intersectorial determinanții sănătății, Ministerul Sănătății trebuie să aibă capacitatea de a aduna la un loc celelalte ministere.
- resurse limitate și fluctuație de personal. Resursele limitate sunt o problemă din perspectiva livrării serviciilor medicale către populație, dar acest lucru influențează și capacitatea ministerului de a formula și aplica politici bazate pe dovezi. Fluctuația de personal are cauze multiple, printre care salariile mici, lipsa recunoașterii, birocrăția excesivă. Un caz particular al acestora îl reprezintă fluctuația generată de numirile politice, în special pe funcțiile de conducere, care generează o altă problemă pentru instituționalizarea HiAP: lipsa angajamentului politic pe termen lung.
- structuri din sănătate fragmentate, fără o viziune unitară. De multe ori, structurile subordonate ministerului sănătății sunt puternic specializate și fragmentate. Uneori acestea nici nu colaborează, ci coexistă. În plus, expertiza este limitată, personalul având doar pregătire medicală, juridică, contabilă și, eventual, în statistică medicală – adică specializări necesare îndeplinirii funcției administrative.
- dificultăți în strângerea și diseminarea dovezilor în sprijinul unei probleme de sănătate. Uneori Ministerul Sănătății poate avea probleme în centralizarea și analiza unor informații care sprijină o problemă identificată de sănătate. Acest lucru este în mod special important din perspectiva identificării inechităților în sănătate în rândul grupurilor vulnerabile.
- Sănătatea este unul dintre sectoarele care generează inechitate. Serviciile medicale sunt disponibile în primul rând și la o calitate mult mai bună pentru cei cu un statut

socio-economic mai ridicat. De multe ori grupurile vulnerabile nu au acces sau au acces limitat la servicii medicale. Diminuarea inegalităților presupune politici de promovare a discriminării pozitive a acestor categorii vulnerabile.

Prin urmare, succesul HiAP depinde într-o măsură foarte mare de capacitatea autorităților din sănătate de a identifica oportunități de colaborare cu alte sectoare și de abilitatea lor de a comunica eficient cu diverși actori interesați: politicieni, funcționari publici, ONGuri și companii private.

Rareori se întâmplă ca inițiatorii unei abordări HiAP să aibă control asupra politicii, procedurii sau practicilor vizate. În schimb, se pot identifica ocazii de a lega sănătatea de multiple alte sectoare în care sunt planificate sau propuse schimbări.

Agenda politică este influențată de câțiva factori: problemele considerate importante la momentul respectiv, soluțiile considerate eficiente, procesul electoral și opinia publică. Aceștia pot suferi modificări oricând, oferind ocazii pentru colaborare între sectoare, cum ar fi HiAP.

Organizația Mondială a Sănătății a identificat posibile abordări în ce privește HiAP:

- abordarea oportunistă, în care sunt identificate probleme, politici, relații care pot asigura un succes rapid și facil partenerilor;
- abordarea problemă, în care este identificată politica cu un impact major asupra unor priorități în sănătate (ex. prevenirea violenței);
- abordarea sectorială, care vizează un domeniu al politicii cu impact major asupra sănătății (ex. agricultura).

Primul tip de abordare nu le exclude, ci le potențează pe ultimele două (Rudolph, Caplan, Ben-Moshe și Dillon, 2013:22).

1.8. Perspective de introducere a HiAP în România

România este, în privința sănătății în general și a sănătății publice în special, în urma celorlalte state europene. Cu toate acestea, și-a asumat să facă eforturi în direcția implementării abordării sănătate în toate politicile (HiAP) atât prin adoptarea unor documente programatice internaționale și europene, cât și prin includerea HiAP în obiectivele unor strategii de referință pentru sănătate.

1.8.1. Cadrul legal de implementare

La nivel internațional, România a adoptat **Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă**, un program de acțiune globală care reunește componentele social, economic și de mediu. Obiectivul 3 al Agendei este *Sănătate și bunăstare* și constă în asigurarea sănătății și bunăstării pentru toți (principiul echității), la orice vârstă. Acest obiectiv presupune considerarea determinantilor sănătății și a modului în care aceștia afectează categoriile cele mai vulnerabile din populație, precum și efortul de a reduce efectele negative potențiale ale unor acțiuni din sectoare diferite de sănătate asupra sănătății și bunăstării populației.

Agenda 2030 a fost transpusă intern prin foarte recent aprobată **Strategie Națională pentru Dezvoltarea Durabilă a României Orizont 2013 – 2010 – 2030**, al cărei Obiectiv 3 - Sănătate și bunăstare – presupune promovarea educației în sănătate, a prevenției și a unui mod de viață sănătos. Educația populației și sistemul de sănătate orientat spre prevenție sunt două

dintre condițiile pentru aplicarea HiAP. Orizont 2020 și-a propus ca obiectiv național, pe lângă îmbunătățirea parametrilor de sănătate a populației și a calității serviciilor medicale *“integrarea aspectelor de sănătate și demografice în toate politicile publice ale României”*, adică adoptarea abordării HiAP.

La rândul ei, **Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 “Sănătate pentru prosperitate”** prevede la aria strategică *Măsuri transversale*, obiectivul general 5 - *un sistem de sănătate inclusiv, sustenabil și predictibil prin implementare de politici și programe transversale prioritare*. Obiectivele specifice vizează mai multe aspecte subsumate acestui deziderat, printre care *colaborarea intersectorială pentru îmbunătățirea sănătății populației, în special a grupurilor vulnerabile*. Măsurile pentru îndeplinirea colaborării intersectoriale includ:

- “dezvoltarea și implementarea de programe naționale intersectoriale de prevenire a îmbolnavirilor și menținerea stării de sănătate prin implementarea HiAP (Health in All Policies) adaptate nevoilor specifice ale grupurilor vulnerabile de la nivel local”;
- parteneriate între instituțiile administrației centrale, locale, ONGuri, profesioniști;
- definirea unor mecanisme de colaborare interinstituțională pentru a garanta răspunsul prompt la problemele de sănătate publică;
- elaborarea unor planuri de acțiune comune pentru gestionarea problemelor de sănătate publică și a nevoilor grupurilor vulnerabile;
- implementarea de programe/proiecte naționale cu alte ministere relevante (Ministerul Educației Naționale, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice, etc.) “care să răspundă nevoilor complexe ale grupurilor vulnerabile (...)”.

Aceeași Strategie prevede și alte măsuri menite să contribuie indirect la aplicarea HiAP, prin prioritatea *Sănătatea în relație cu mediul*, și anume:

- comunicarea riscurilor de sănătate către populație;
- cercetarea determinantilor sănătății în relația cu mediul și schimbările climatice;
- pregătirea personalului din domeniul sănătății publice pe domenii cum sunt sănătatea mediului, sănătatea ocupațională, siguranța alimentelor
- îmbunătățirea capacității de cercetare și analiză a structurilor și personalului din domeniul sănătății publice etc..

La nivelul legislației în vigoare, însă, nu există prevederi referitoare la introducerea HiAP, mecanisme sau metodologii care ar putea facilita aplicarea acestei abordări în România. În schimb, în legislația de mediu și cea privind reforma în sănătate apar referiri la evaluarea impactului asupra sănătății (HIA), care este unul dintre instrumentele de aplicare a HiAP. Astfel, printre modalitățile de aplicare a principiilor de sănătate publică apare evaluarea impactului politicilor, programelor, strategiilor din alte sectoare de activitate cu efecte asupra sănătății. În plus, este prevăzută realizarea de studii de impact pentru proiectele de acte normative care influențează determinanții sănătății, după o metodologie aprobată de Ministerul Sănătății²¹. În realitate, singurele evaluări sistematice de impact asupra sănătății se realizează

²¹ Legea nr. 95/2006, art. 8, alin. (1) și (2).

pe obiective, dar nici acolo nu există o metodologie aprobată. Oricum ar fi, evaluarea impactului de sănătate a unor obiective și proiecte de mediu nu înseamnă neapărat că există o preocupare a guvernului pentru HiAP.

Avem, prin urmare, mențiuni ale HiAP în două documente de politici publice de referință – dezvoltare durabilă și sănătate, care nu sunt investite cu putere executorie prin transpunerea în acte normative.

1.8.2. Structurile intersectoriale existente

La această secțiune vom face distincția între structurile la nivel legislativ – Comisia pentru Sănătate Publică din Senat și cele la nivel executiv, consilii permanente și comitete interministeriale sau alte structuri similare.

Comisia pentru Sănătate din Senat este o structură internă a Senatului, cu rol de pregătire a activității de legiferare și control parlamentar în domeniul de expertiză. Printre atribuțiile Comisiei de sănătate se numără: analiza proiectelor de lege și propunerilor de acte normative, precum și a amendamentelor și formularea de rapoarte sau avize, stabilirea criteriilor de admitere a unor persoane interesate la ședințe, organizarea de consultări sau audieri pe teme de interes etc. Aria de competență include, fără a fi limitată la, ocrotirea sănătății populației și asistența de sănătate publică.

Structuri intersectoriale executive

În domeniul sănătății publice, structurile intersectoriale executive includ "comitete naționale sectoriale sau intersectoriale, organisme consultative fără personalitate juridică, stabilite în conformitate cu domeniile de intervenție ale asistenței de sănătate publică prevăzute la art. 6 și cu recomandările organizațiilor de profil internaționale sau actele juridice ale Uniunii Europene, a căror componență, organizare și funcționare se aprobă prin hotărâre a Guvernului." (Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, art. 11, lit. c)).

Consiliul interministerial permanent pentru afaceri sociale, sănătate, protecția consumatorului este un organism cu rol consultativ, subordonat Ministerului Sănătății. Printre atribuțiile acestuia se numără: soluționarea problemelor specifice din domeniile pe care le gestionează; asigură fundamentarea și implementarea politicilor guvernamentale din domeniile respective; asigură comunicarea interministerială; formează grupuri de lucru interministeriale pentru soluționarea problemelor punctuale cu caracter multisectorial; coordonează monitorizarea implementării politicilor promovate.

Consiliul interministerial pentru afaceri sociale, sănătate, protecția consumatorului a preluat următoarele comisii și structuri în subordine:

Consiliul interministerial pentru afaceri sociale, sănătate, protecția consumatorului	1) Comisia consultativă interministerială în domeniul egalității de șanse între femei și bărbați – CODES
	2) Comisia interministerială privind asistența socială
	3) Comitetul mixt de implementare și monitorizare pentru buna organizare și coordonare a îndeplinirii Planului general de măsuri pentru aplicarea Strategiei de îmbunătățire a situației romilor;
	4) Comisia națională de promovare a ocupării forței de muncă;
	5) Comisia anti-sărăcie și promovare a incluziunii sociale - CASPIS.
	6) Comisia Națională de Promovare a Ocupării Forței de Muncă (72/2002)
	7) Comitetul interministerial pentru prevenirea discriminării
	8) Grupul de lucru interministerial constituit în vederea înființării administrației unice pentru colectarea, auditul și executarea contribuțiilor la asigurările sociale

	9) Comisia Națională de Promovare a Ocupării Forței de Muncă (113/2003)
	10) Grupul de lucru interministerial constituit pentru rezolvarea problemelor specifice cu care se confruntă cetățenii români care lucrează în străinătate
	11) Comisia Interministerială de Omologare a Produselor de Uz Fitosanitar
	12) Comisia interministerială pentru elaborarea de strategii, identificarea și implementarea de soluții pentru eficientizarea sistemului sanitar din România și a fluxurilor financiare legate de Casa națională de asigurări de sănătate
	13) Comisia națională pentru supravegherea, controlul și prevenirea cazurilor de infecție HIV/SIDA
	14) Grupul interministerial pentru elaborarea și monitorizarea Strategiei Guvernului și a Planului de Măsuri de Incluziune Socială privind tinerii care părăsesc instituțiile de ocrotire după împlinirea vârstei de 18 ani
	15) Grupul la Nivel Înalt în domeniul protecției și îngrijirii copilului

Sursa: Hotărâre de Guvern nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente

Pe lângă aceste consilii și comisii, există și comitete interministeriale diverse, reglementate în general prin hotărâri de guvern, care nu sunt subordonate Ministerului Sănătății, dar au ca membri reprezentanți ai acestuia.

Iată câteva exemple:

- Comitetul interministerial pentru coordonarea integrării domeniului protecției mediului în politicile și strategiile sectoriale la nivel național (Hotărârea de Guvern nr. 1097/2001) – acest comitet este de interes din perspectiva similarității obiectivului vizat de mediu și sănătate, de includere sistematică a considerațiilor din cele două domenii în celelalte sectoare.
- Comitetul interministerial pe probleme sociale (Decizie 291/24 mai 2012)
- Consiliul interministerial al apelor (Regulament/28 martie 2007)
- Comitetul interministerial pentru relația cu administrația publică (Hotărâre de Guvern 1201/14 octombrie 2003)
- Comitetul Interministerial de Lupta împotriva Drogurilor (Hotărâre 534/1 iulie 1999)
- Consiliul Interministerial pentru Siguranța Rutiera (Hotărâre de Guvern 437/20 iunie 1995)
- Consiliul Interministerial de Avizare Lucrări Publice de Interes Național și Locuințe (Hotărârea de Guvern nr. 150/2010)
- Comitetul interministerial pentru coordonarea politicilor și acțiunilor aferente produselor din tutun și produselor conexe (Hotărâre de Guvern nr. 776/2015)
- Grupul Interministerial Român pentru Managementul Integrat al Frontierei de Stat (Hotărâre de Guvern nr. 943/2001)
- Comitetul interministerial științific consultativ pentru evaluarea toxicității și ecotoxicității substanțelor chimice periculoase (Hotărâre de Guvern nr. 1739/2004)
- Comitetul interministerial pentru monitorizarea serviciilor comunitare de utilități publice (Regulament din 21 iunie 2006)
- Comitetul interministerial pentru supravegherea și controlul oficial al alimentelor și hranei pentru animale (Hotărâre de Guvern nr. 194/2006)
- Comitetul Interministerial pentru Minorități Naționale (Hotărâre de Guvern nr. 459/1998)
- Grupul interministerial pentru elaborarea și monitorizarea Strategiei Guvernului și a Planului de măsuri de incluziune socială privind tinerii care părăsesc instituțiile de ocrotire după împlinirea vârstei de 18 ani (Decizie 349 din 23 mai 2005).

Alte cerințe pentru implementarea HiAP sunt: preocuparea reală pentru sănătate și prevenție, educarea populației privind riscurile de sănătate, colaborarea interinstituțională (care presupune mai mult decât coexistență), mecanisme consultative și participative funcționale, voință politică și leadership și reglementarea legislativă a procesului. În plus, pentru a introduce HiAP e nevoie de bani și de monitorizarea/evaluarea implementării. Toate aceste aspecte sunt departe de a fi îndeplinite sistematic, ca parte a culturii instituționale a autorităților centrale și locale. Prin urmare, apare întrebarea legitimă dacă suntem pregătiți pentru o astfel de abordare sau mențiunea HiAP în strategii are doar valoare simbolică, fără intenția de a fi aplicată.

1.8. Exemple din experiența unor state care aplică HiAP

1.8.1. Experiența Finlandei – instituționalizarea HiAP la nivel național și local

În Finlanda, conceptul de HiAP își are rădăcinile în Raportul grupului de lucru pentru analiza obiectivelor din sănătate, al Consiliului Economic Finlandez, din 1972. În Europa, conceptul a fost introdus în 2006, odată cu preluarea de către Finlanda a președinției Consiliului și are sensul de abordare intersectorială a politicilor de sănătate. Pentru că abordarea sănătății în politicile intersectoriale avea nevoie de un instrument adecvat, a apărut HIA, “procedură de analiză anticipată a efectelor posibile asupra sănătății a unei decizii legate de un proiect, program sau politică, cu o metodologie bine stabilită” (Ståhl, 2018:40).

Elementele cheie ale HiAP sunt sintetizate în tabelul următor:

Tabelul 2 - Elemente cheie HIAP

Monitorizare, evaluare și raportare	
- Evaluarea tuturor etapelor ciclului politicii și a impactului politicii - Stabilirea sau folosirea unor mecanisme de raportare deja existente pentru a face cunoscute măsurile luate în scopul îmbunătățirii sănătății în sectoarele guvernamentale	
Contextualizarea acțiunilor planificate	Structuri și procese organizaționale de suport
- Înțelegerea obiectivelor guvernamentale cheie sau a obiectivelor relevante pentru sănătate din celelalte sectoare - Determinarea domeniului de aplicare al politicilor care au un potențial impact important asupra sănătății sau a echității în sănătate.	- Crearea sau folosirea structurilor deja existente pentru acțiuni multisectoriale - Îmbunătățirea capacității Ministerului Sănătății de a coordona aceste acțiuni - Îmbunătățirea mecanismelor de responsabilizare a structurilor implicate
Stabilirea nevoilor și priorităților	Facilitarea evaluării și a angajamentului

- Definirea și analiza domeniilor de interes: co-beneficii și conflicte de interese - Identificarea priorităților și oportunităților de acțiune	- Implicarea tuturor sectoarelor și a comunității - Folosirea evaluărilor de impact
Construirea capacității - Sprijinirea dezvoltării instituționale și participarea în acțiuni de construire a capacității la nivelul comunităților locale - Pregătirea personalului implicat - Creșterea capacității instituțiilor din sectorul sănătății de a monitoriza sănătatea populației și determinanții acesteia - Creșterea capacității instituțiilor implicate de a colecta și analiza date relevante pentru determinanții sănătății	

În Finlanda, HiAP este reglementată juridic, inclusiv evaluarea nevoilor și definirea priorităților de acțiune. Conform Constituției Finlandeze, autoritățile publice garantează servicii sociale, de sănătate și medicale și promovează sănătatea populației.

La nivel local, Legea Îngrijirii Sănătății specifică **responsabilitățile** municipalităților, care se subsumează aplicării conceptului HiAP: acestea trebuie să evalueze orice efecte pe care deciziile luate la nivel local le-ar putea avea asupra sănătății și bunăstării populației; obiectivele și măsurile pentru asigurarea HiAP trebuie cuprinse în strategiile locale; trebuie alocată responsabilitatea pentru promovarea sănătății și bunăstării populației; departamentele municipalității trebuie să lucreze împreună pentru promovarea sănătății și bunăstării, dar în același timp să colaboreze cu ONGurile și entitățile private; municipalitățile sunt obligate să raporteze anual consiliului municipalităților starea de sănătate și bunăstarea locuitorilor, pe grupe de populație.

La nivel național, **nevoile și prioritățile** sunt stabilite prin programul guvernamental, dar și prin politici intersectoriale, cum ar fi Ghidul național pentru o alimentație sănătoasă, Strategia națională pentru promovarea activității fizice în scopul îmbunătățirii sănătății și stării de bine și Strategia națională pentru mersul pe jos și ciclism.

Structurile naționale care sprijină aplicarea HiAP sunt Ministerul Afacerilor Sociale și Sănătății, sprijinit de un Consiliu Consultativ pentru Sănătate, format din reprezentanți ai celorlalte ministere, universități, sindicate, ONGuri etc. Finlanda dispune de multe comitete orientate spre sănătate, dar subordonate altor ministere decât al sănătății (ex. Consiliul Național al Nutriției, care funcționează sub Ministerul Agriculturii și Pădurilor). Aceste comitete sunt alcătuite din reprezentanți ai ministerelor relevante, ai municipalităților, ONGurilor, structurilor de cercetare, mediului privat și sindicatelor. În plus, Finlanda a organizat sistemul de coordonare a afacerilor europene, o structură formată din 35 de subcomitete pe teme specifice, care funcționează ca platformă de interacțiune intersectorială și schimb de informații pentru funcționarii din diverse ministere.

Procese care vin în sprijinul implementării HiAP în Finlanda constau în consultări la diverse niveluri de decizie pe propunerile de legislație, politici și programe, la care participă nu numai ministerele, ci și cetățenii, cercetătorii, ONGurile, mediul privat și alte părți interesate.

Consultările sunt o practică curentă și bine ancorată în realitatea politică, economică și socială finlandeză. Planul de cooperare intersectorială și comitetele amintite care se întâlnesc regulat asigură colaborarea constantă între diverse ministere și facilitează înțelegerea obiectivelor și aspectelor cheie din activitatea acestora de către funcționarii din celelalte sectoare. Cunoașterea reciprocă facilitează negocierea celei mai bune soluții atunci când interesele sunt divergente.

Evaluarea de impact a tuturor propunerilor legislative înaintate de Guvern Parlamentului este obligatorie în Finlanda. Evaluarea se face conform unui ghid elaborat de ministerul Justiției. Impactul asupra sănătății este componentă a impactului social. În afara acestor evaluări, există și alte evaluări de impact cu o componentă obligatorie de sănătate, de exemplu cele prevăzute în Legea Mediului și în Legea Folosinței Terenurilor și a Construcțiilor.

Evaluarea implementării HiAP la nivel local se face prin Sistemul Finlandez de Referință pentru Construirea Capacității de Promovare a Sănătății. Sistemul, lansat în 2010, este administrat de Institutul Național pentru Sănătate și Bunăstare, în colaborare cu Ministerul Afacerilor Sociale și Sănătății, Ministerul Educației și Culturii, Asociația Autorităților Locale și Regionale Finlandeze și Agenția Națională Finlandeză pentru Educație. Datele, care evidențiază munca autorităților locale, sunt colectate pe 7 dimensiuni, conform cadrului de construire a capacității de promovare a sănătății, și anume: angajamentul organizației de a promova sănătatea; managementul promovării sănătății; monitorizarea sănătății populației; identificarea nevoilor și evaluarea; resursele alocate; practicile comune de lucru; participarea publică și parteneriatul în activitățile de promovare a sănătății. Sunt colectați un total de 72 indicatori, prin raportare semestrială de la toate municipalitățile, în următoarele sectoare ale administrației publice: asistență medicală primară, educație primară, educație secundară – ciclul superior, educație vocațională, sport și activități fizice, management municipal și servicii pentru persoane vârstnice. Se evaluează în ce măsură autoritățile locale “iau în calcul potențialele efecte ale deciziilor pe care le iau asupra sănătății și stării de bine a rezidenților” (Ståhl, 2018:43) pe următoarele paliere: pregătirea planurilor și programelor, pregătirea deciziilor pentru consiliul municipalității, pregătirea strategiei locale. Conform legii, municipalitățile au obligația să includă promovarea sănătății în strategia locală, să desemneze departamentele responsabile, să asigure cooperarea între diverse sectoare, departamente, ONGuri și mediul privat, să monitorizeze și să evalueze activitățile de promovare a sănătății. Datele oferite de sistem sunt folosite în diverse moduri de instituțiile implicate: pe baza lor municipalitățile își evaluează activitatea, stabilesc indicatori de performanță și elaborează rapoarte; agențiile administrative regionale sprijină munca municipalităților arondate, spitalele dezvoltă servicii de îngrijire primară; Autoritatea Națională de Supraveghere pentru Bunăstare și Sănătate a folosit datele pentru a evalua stadiul implementării legislației, iar guvernul pentru proiectele de legi și pentru evaluarea atingerii obiectivelor strategice din buget. Bazele de date sunt gratuite, deschise și disponibile online.

Experiența Finlandei demonstrează că pentru a implementa HiAP este nevoie de angajament pe termen lung și viziune, timp, bani, personal cu expertiză în domeniul sănătății și cu o bună cunoaștere a politicilor din alte sectoare. De asemenea, este nevoie de infrastructură și un sistem funcțional de colectare a datelor despre sănătatea populației, determinanții sănătății și relațiile dintre aceștia și politicile din alte sectoare. Populația, mass media, funcționarii publici și politicienii trebuie să aibă acces la informații actualizate, altfel dialogul nu va fi posibil. **HiAP necesită stabilirea unor structuri și procese permanente, intersectoriale, care să asigure colaborarea între domenii diferite. Existența legislației care reglementează**

aceste structuri și funcționarea lor a asigurat în cazul Finlandei continuitatea și sustenabilitatea procesului.

1.9.2. **Experiența Suediei – HiAP pentru reducerea numărului victimelor accidentelor rutiere**
Inițiativa Viziunea Zero constituie un exemplu al modului în care o agenție guvernamentală neasociată în mod normal sectorului sănătății – Agenția Suedeză pentru Siguranța Rutieră și a Traficului - a contribuit la îmbunătățirea sănătății populației.

Legea privind siguranța traficului rutier, adoptată în 1997 la presiunile Agenției, prevede reducerea deceselor și rănilor grave cauzate de accidente rutiere la zero, până în 2020. Cadrul de acțiune subsecvent actului a fost rezultatul contribuțiilor mai multor sectoare (transport, justiție, mediu, sănătate și educație) și a stabilit parteneriate între acestea, societatea civilă și sectorul privat.

Rolul primar al autorităților din sănătate a fost de facilitator în acest proces, dar ele au contribuit în același timp cu expertiză, date și eforturi alături de instituțiile implicate în serviciile de urgență pentru reducerea numărului victimelor accidentelor rutiere.

Poliția a fost cea care a aplicat regulile privind siguranța rutieră - folosirea centurilor de siguranță, aplicarea aleatorie a etilotestelor și limitările de viteză - iar organizațiile societății civile și sectorul privat au promovat conducerea preventivă. În plus, au fost adoptate măsuri tehnice legate de designul șoselelor, vehicule, supraveghere și echipament de siguranță. Măsurile au dus la reducerea numărului de morți din accidente rutiere de la 9,1 la 100.000 în 1990 la 2,8 la 100.000 în 2010, în ciuda creșterii volumului traficului rutier. (IRTAD 2012, apud. OMS, 2014:10-11)

1.9.3. **Experiența Danemarcei – Dezvoltarea politicii de sănătate în municipalitatea Esbjerg**
Esbjerg, a cincea municipalitate din Danemarca ca mărime, a lansat în 2010 un proces finalizat cu adoptarea unei noi politici locale de sănătate.

Acest proces a fost de la bun început intersectorial, iar obiectivul a fost de a genera o politică de sănătate intersectorială. Un comitet pentru dezvoltarea politicii de sănătate, compus din reprezentanți ai tuturor sectoarelor, a fost format la nivelul municipalității. Procesul prin care s-a obținut angajamentul participanților a constat într-o serie de conferințe pe teme de sănătate și, ulterior, mese rotunde, la care au participat reprezentanți ai mediului academic, ai industriei, sectoarelor educației și mediului și ai societății civile. În paralel, departamentul pentru sănătate al municipalității a lansat întâlniri tematice care au urmărit explicarea profilului de sănătate local, cu reprezentanți ai celorlalte departamente, pentru a le atrage atenția asupra implicațiilor multisectoriale ale determinantilor sănătății și a obține angajamentul acestora în elaborarea și implementarea viitoare politici. Procesul a inclus identificarea și sistematizarea dovezilor, stabilirea obiectivelor și identificarea populației țintă, advocacy pe lângă societăți industriale, școli, ONGuri etc., stabilirea mecanismelor de monitorizare și evaluare și identificarea instrumentelor de implementare.

Obiectivele au fost definite prin profilul de sănătate al municipalității, astfel: creșterea speranței de viață a locuitorilor, creșterea implicării acestora, scăderea inegalităților între diverse grupuri ale populației locale (ex. între imigranți și cetățenii de origine daneză) și îmbunătățirea colaborării între sectoarele municipalității (McQuinn, Wismar, Lin, Jones și Davies - editori, 2012:170 – 171)

1.9.4. Experiența Statului Washington – Consiliul pentru Sănătate ca structură HiAP

În Statul Washington guvernatorul sau orice alt legiuitor poate solicita Consiliului pentru Sănătate să realizeze o evaluare de impact asupra sănătății și a disparităților în starea de sănătate a populației a propunerilor legislative sau de modificări bugetare.

Consiliul a luat naștere în 1889, fiind prevăzut de Constituția Statului Washington. Printre atribuții se numără: elaborarea de măsuri și recomandări de politici într-o arie vastă de probleme de sănătate (prin raportul bianual); implicarea publicului în chestiunile de sănătate prin întâlniri publice și interacțiuni cu structuri comunitare cu rol consultativ; promovarea echității în sănătate și reducerea disparităților prin evaluările de impact asupra sănătății (Health Impact Reviews), comandate de legiuitori. Sursa: <http://sboh.wa.gov/OurWork/WhatWeDo>

Bibliografie

- De Leeuw, E., Peters D. (2014) Nine questions to guide development and implementation of Health in All Policies.
<https://academic.oup.com/heapro/article/30/4/987/2355732>
- Health in Europe: A Strategic Approach, Health and Consumer Protection (2007) Directorate General, European Commission
https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_discussion_en.pdf
- Howard, R., & Gunther, S., 2012. Health in All Policies: An EU literature review 2006-2011 and interview with key stakeholders. Equity Action, European Union.
<http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/04/HiAP-Final-Report.pdf>
- Local Government Association (2016). Health in All Policies.
<https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/health-all-policies-manua-ff0.pdf>
- McQuinn, D., V., Wismar, M., Lin, V., Jones, C., M., Davies, M., (editori). 2012. Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, Actions and Experiences. Observatory Studies Series No. 26, European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf
- Ollila, E., Ståhl, T., Wismar, M., Lahtinen, E., Melkas, T., Leppo, K. (2005) Health in All Policies in the European Union and its member states.
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/2005_1_18_frep_a4_en.pdf
- Public Health England (2015). Health Equity in all policies. Masterclass.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/733054/PHE_Health_equity_masterclass_Exec_Summ_21082015.pdf.
- Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute.
https://www.phi.org/uploads/files/Health_in_All_Policies-A_Guide_for_State_and_Local_Governments.pdf
- Ståhl, T. Health in All Policies: from rhetoric to implementation and evaluation – The Finnish Experience. Scandinavian Journal of Public Health, 2018; 46(Suppl 20): 38 - 46
<https://doi.org/10.1177/1403494817743895>
- Strategia Națională pentru Dezvoltarea Durabilă a României 2030 – draft. (2018).http://www.mmediu.gov.ro/app/webroot/uploads/files/STRATEGIA_NA%C8%9AIONAL%C4%82_PENTRU_DEZVOLTAREA_DURABILA_A_ROMANIEI.pdf
- World Health Organisation (2013). Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being.
http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/hiap_statement_who_sa_final.pdf?ua=1
- World Health Organisation (2014) Health in All Policies: Helsinki statement. Framework for country action.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf;jsessionid=44A2D4C6BEDFA2A440CCDFA345755286?sequence=1
- World Health Organisation (2015) Health in all policies: training manual
- <http://sboh.wa.gov/OurWork/WhatWeDo>
- <https://www.cdph.ca.gov>

Capitolul II. Evaluarea impactului asupra sănătății (HIA) ca instrument al HiAP. Modele

2.1. Introducere

Declarația de la Jakarta privind viața activă din 1997 (OMS) a recomandat ca elaborarea politicii sectorului public și privat să includă evaluarea impactului asupra sănătății (HIA). Aproape un deceniu mai târziu, Carta Bangkok din 2006 privind promovarea sănătății într-o lume globalizată a evidențiat rolul HIA ca instrument cheie pentru a ajuta la luarea celor mai bune decizii pentru sănătatea populației.

HIA a apărut dintr-o istorie a analizei politice și a evaluărilor impactului, cum ar fi evaluarea impactului asupra mediului și cel social, și ar trebui privită ca parte a acestor literaturi. De la începutul anilor 1990, practica HIA a luat amploare în Australia și Europa și, ulterior, în America de Nord și Asia. Agențiile guvernamentale locale și naționale, precum și organizațiile neguvernamentale, consultanții privați și organizațiile internaționale - cum ar fi Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și Corporația Financiară Internațională (IFC) - au elaborat ghiduri pentru efectuarea HIA. Acest capitol include studii de caz și evaluări extrase în urma revizuirii literaturii de specialitate.

2.2. Cauze fundamentale cu impact asupra sănătății umane

Cercetările au identificat consecințe măsurabile asupra sănătății care au o mare varietate de cauze fundamentale. Cauzele investigate au inclus:

- *circumstanțe socioeconomice*

Există o dovadă despre relații invers proporționale între venituri și mortalitate sau morbiditate cauzată de bolile cronice care se extind cu mult peste nivelul sărăciei (Marmot și colab.,2001; Adler și colab.,2007; Adler și Stewart, 2010)

- *educație*

Nivelul superior al învățământului este legat de o mai bună sănătate, posibil prin consecințele educației pentru venituri, realizarea profesională, localizarea rezidențială și alți factori precum auto-eficacitatea și sentimentul de control (Kawachi și colab.,2010; Fleishman, 2005)

- *muncă și mediul de muncă*

Lucrările recente au arătat că trăsăturile psihosociale ale mediului de lucru, cum ar fi controlul procesului de muncă, sunt factori de risc importanți pentru bolile cronice (Siegrist, J. 1996; Clougherty și colab.,2007; Salinas-Miranda și Abraham, 2013).

- *mediul înconjurător*

Există dovezi privind impactul factorilor de mediu, asupra cauzalității și accelerării bolilor.

- *politici sociale și economice*

Politicile care afectează varietatea locurilor de muncă, calitatea și mediul vor afecta sănătatea, iar politicile care afectează mediile fizice și sociale ale comunităților pot avea, de asemenea, consecințe importante asupra sănătății.

Există o serie de motive pentru care efectele asupra sănătății nu pot fi sistematic integrate în deciziile privind politicile, programele, proiectele sau planurile, printre care:

- Absența unui mandat sau a unei finanțări pentru a aborda cauzele profunde ale disparităților în sănătate sau pentru a evalua impactul asupra sănătății al politicilor și deciziilor planificate.
- Prezența barierelor structurale și administrative în colaborarea dintre profesioniștii în sănătate publică, planificare și mediu (Roemmich și colab., 2007).
- Neconcordanța și lipsa de coerență între structurile de guvernare - de exemplu, deciziile de planificare pentru utilizarea terenurilor se află sub jurisdicția autorităților locale, iar deciziile de sănătate publică se fac la nivelul central.
- Percepția că sănătatea și disparitățile în sănătate sunt atribuite numai caracteristicilor și alegerilor individuale (Link și Phelan, 1995).
- Lipsa mecanismelor și a proceselor incluzive și participative pentru integrarea sistematică a planificării, a sănătății publice și a promovării sănătății mediului în luarea deciziilor.
- Eșecul de a pune în aplicare reglementările existente pentru a evalua implicațiile asupra sănătății ale politicilor, programelor, proiectelor și planurilor - de exemplu, eșecul de a capta impactul asupra sănătății în mod adecvat în contextul evaluărilor impactului asupra mediului.

2.3. Caracterizarea, principiile și elementele HIA

Cercetătorii indică o consistență remarcabilă în elementele de bază care sunt incluse în general în descrierile HIA. În practică, totuși, există o anumită inconsecvență în ceea ce privește modul în care se desfășoară HIA (de exemplu, modul în care sunt implicate părțile interesate și modul în care sunt colectate și analizate datele) și în structura și conținutul rezultatelor finale ale HIA. Diversitatea practicii se datorează parțial faptului că HIA sunt întreprinse pentru o elaborarea politicilor care acoperă sectoare numeroase și diverse, niveluri de guvernare, tipuri de propuneri (politici, planuri, programe și proiecte) și grade de complexitate. Variabilitatea practicii a evoluat în absența standardelor de practică larg acceptate sau a cerințelor formale de reglementare sau procedurale pentru HIA.

Organizația Mondială a Sănătății distinge următoarele principii referitoare la HIA (Oregon Health Authority Center for Health Protection Environmental Public Health, 2015):

- ✓ **Principiul democrației**- Oamenii pot participa în mod semnificativ la un proces transparent pentru formularea, implementarea și evaluarea politicilor care afectează sănătatea lor, atât în mod direct, cât și prin intermediul factorilor politici de decizie aleși,
- ✓ **Principiul echității**- Atât impactul pozitiv cât și cel negativ sunt împărțite egal în cadrul unei comunități, subliniind faptul că HIA este interesată nu numai de impactul agregat al politicii evaluate asupra sănătății populației, ci și de distribuția impactului în cadrul populației, în funcție de sex, vârstă, origine etnică și statutul socio-economic
- ✓ **Principiul dezvoltării durabile** -Atât impactul pe termen scurt, cât și pe termen lung sunt luate în considerare în procesul de luare a deciziilor, precum și gestionarea ulterioară a unei propuneri. Bunăstarea sănătății este baza rezilienței în comunitățile umane care sprijină dezvoltarea. Acest principiu subliniază că dezvoltarea ar trebui să răspundă nevoilor actualei generații, fără a compromite capacitatea generațiilor viitoare de a-și satisface nevoile.
- ✓ **Principiul utilizării etice a dovezilor** - sunt utilizate: procese transparente și riguroase pentru a sintetiza și interpreta dovezile, cele mai bune dovezi disponibile din diferite

discipline și metodologii; toate dovezile sunt evaluate și recomandările sunt dezvoltate în mod imparțial. Prin aderarea la această valoare, metoda HIA ar trebui să utilizeze dovezi pentru a evalua impactul și a informa recomandările; nu ar trebui să ofere sprijin sau să respingă niciunei propunere și ar trebui să fie riguroasă și transparentă. Diferitele discipline și metodologii științifice sunt utilizate pentru a obține o evaluare cât mai completă posibil.

- ✓ **Principiul abordării cuprinzătoare a sănătății** -afecțiunea fizică, mentală și socială este determinată de o gamă largă de factori din toate sectoarele societății (cunoscuți ca factori determinanți cuprinzători ai sănătății). Prin aderarea la această valoare, metoda HIA ar trebui să fie ghidată de determinanții cuprinzători ai sănătății

În plus față de principiile directoare, **principiul precauției** este, de asemenea, esențial pentru HIA. Includerea abordării de precauție în Declarația de la Rio din 1992 privind dezvoltarea durabilă (UNCED, 1992) a condus la recunoașterea internațională largă și includerea ulterioară în numeroase acorduri multilaterale, legi internaționale, legi și politici interne.

Conform semnificațiilor din definițiile prezentate, HIA ar trebui să maximizeze impactul pozitiv și să minimizeze impactul negativ al politicii și să abordeze inegalitățile în materie de sănătate (Herriott și Williams 2010)



Figura 2 - Impactul HIA

HIA identifică grupurile de populație susceptibile de a suferi de disparități sau inechități în materie de sănătate. Aceasta implică de obicei o examinare a inechităților existente și a grupurilor specifice care pot fi mai vulnerabile din punct de vedere al sănătății și într-o măsură mai mică sănătatea populației generale. HIA este în primul rând preocupată de factorii determinanți ai sănătății populației și nu la nivel individual. Din acest motiv, HIA se concentrează asupra factorilor determinanți de mediu, sociali, culturali și economici asupra sănătății și nu asupra caracteristicilor sau comportamentelor personale. În plus, HIA urmărește să sprijine dezvoltarea durabilă și, prin urmare, consideră sănătatea în contextul generațiilor actuale și viitoare.

Asociația Internațională pentru Evaluarea Impactului (IAIA) a propus cinci principii și valori pentru HIA (Youker, 2007). Respectarea drepturilor publice pentru participarea la procesul de luare a deciziilor este probabil cea mai importantă valoare; care este publicul sau reprezentanții acestora, în special cei care au influențat în mod intenționat sau neintenționat ar trebui să participe la procesul decizional. În ultimul deceniu, deoarece noțiunea de "echitate în sănătate" a devenit mai populară, a fost introdusă HIA bazată pe capital. Acest model acordă mai multă atenție impactului politicilor, programelor sau proiectelor asupra grupurilor vulnerabile de sănătate și încurajează factorii de decizie să ia în considerare diferitele grupuri în intervențiile imediate (Mahoney și colab., 2004).

Analiza gradului de echitate a sistemului de sănătate scoate în evidență inegalități privind acoperirea cu servicii și starea de sănătate atât pe medii (urban / rural), cât și din punct de

vedere teritorial (regiuni, județe), precum și existența unor grupuri vulnerabile particulare (de ex. etnia romă)²².

2.3.1. Caracteristici cheie ce definesc HIA

Principiul general pe care se bazează HIA este că, prin luarea în considerare a problemelor de sănătate în luarea deciziilor în alte sectoare, HIA poate oferi un mijloc practic de facilitare a acțiunii intersectoriale pentru promovarea sănătății (OMS,1999). Valoarea cea mai mare constă în capacitatea sa de a identifica și de a comunica potențial semnificativ impacturile asupra sănătății care sunt sub-recunoscute, neașteptate sau marginalizate și care abordează, de exemplu, potențialele efecte asupra sănătății ale politicilor, cum ar fi subvențiile agricole, salariile.

Cercetătorii indică o consistență remarcabilă în elementele de bază care sunt incluse în general în descrierile HIA (Mindell și colab.,2008), evidențiind următoarele caracteristici comune:

- Predicția consecințelor acțiunilor legate de proiect
- Furnizarea de informații care pot ajuta factorii de decizie să prioritizeze strategiile de prevenire și control pe tot parcursul ciclului proiectului

Impactul asupra sănătății poate fi pozitiv sau negativ, intenționat sau intenționat, unic sau cumulat. Gama de schimbări poate sau nu să fie distribuită în mod egal în populație; astfel încât HIA ar trebui să ia în considerare *echitatea impactului*. Vulnerabilitatea este un aspect important în discuția generală a determinantilor sociali, de mediu și instituționali ai sănătății. În multe cazuri, anumite subgrupe (de exemplu, copii, femei, vârstnici) pot fi afectate în mod disproporționat.

În practică, totuși, există o anumită inconsecvență în ceea ce privește modul în care se desfășoară HIA - de exemplu, modul în care sunt implicate părțile interesate și modul în care sunt colectate și analizate datele, precum și în structura și conținutul produselor de lucru finale ale HIA. Diversitatea practicii se datorează parțial faptului că HIA sunt întreprinse pentru o gamă largă de elaborări de politici care acoperă multe sectoare, niveluri de guvernare, tipuri de propuneri (politici, planuri, programe și proiecte) și grade de complexitate. Variabilitatea practicii a evoluat în absența standardelor de practică larg acceptate sau a cerințelor formale de reglementare sau procedurale pentru HIA în afara HIA și legile conexe ale României. Cu toate acestea, se pare că se acceptă din ce în ce mai mult faptul că HIA este efectuată pentru a informa mai degrabă decizia decât pentru a evalua impactul după luarea deciziei și există un acord general cu privire la etapele procedurale ale HIA (Harris-Roxas și Harris, 2013).

În pofida contribuțiilor potențiale ale HIA, rămân întrebări importante cu privire la fezabilitatea acesteia (Parry și Stevens., 2001). Nu există uniformitate în înțelegerea a ceea ce constituie HIA, ceea ce este de înțeles, având în vedere lipsa exemplelor HIA. În această lucrare, comparăm și contrastăm diferitele abordări ale HIA, discutăm metodologiile pe care le-am considerat utile și oferim sugestii pentru avansarea dezvoltării și utilizării acestei abordări.

²²Ministerul Sănătății. Strategia Națională de Sănătate 2014-2020

2.3.2. Funcțiile HIA

În ansamblu, procesul HIA poate contribui la următoarele aspecte (World Bank, 2009):

- Predicția consecințelor pentru diferite opțiuni legate de proiect
- Furnizarea informațiilor necesare pentru a ajuta la prioritizarea strategiilor de prevenire și control pe parcursul ciclului proiectului
- Este un mijloc de a implica în mod colaborativ companiile și părțile interesate cheie în procesul de luare a deciziilor
- Identificarea celor mai critici determinanți sociali și de mediu pentru sănătate care pot fi afectați de proiect
- Abordarea aspectelor de sănătate care pot influența obiectivele globale de sustenabilitate
- Facilitarea colaborării intersectoriale dincolo de sectorul de sănătate și consolidarea capacităților cu resurse de sănătate locale, regionale și naționale
- Îmbunătățirea percepției "avizului de funcționare" al proiectului de către comunitățile locale și instituțiile guvernamentale

2.3.3. Beneficii si limite ale HIA

HIA are cel puțin trei beneficii importante, pe lângă implicațiile evidente pentru o mai bună elaborare a politicilor și pentru promovarea și protecția sănătății care ar rezulta din evaluarea sistematică a consecințelor politicilor, programelor, proiectelor și planurilor asupra sănătății:

Îmbunătățirea dovezilor.

Efectuarea unor HIA sistematice vor identifica în mod explicit lacunele și dovezile de date necesare pentru a îmbunătăți evaluările viitoare. Aceasta va stimula mai direct cercetarea științifică relevantă în materie de politici, fie pentru a dezvolta noi studii empirice, fie pentru a îmbunătăți evaluarea sistematică și sinteza probelor existente. În plus, monitorizarea sistematică a consecințelor pe care le au politicile sau acțiunile asupra sănătății după punerea lor în aplicare ar trebui să furnizeze date valoroase noi, relevante în mod direct pentru a răspunde întrebărilor cauzale legate de politică, care adesea nu pot fi abordate prin studii observaționale sau prin studii randomizate. Procesul de evaluare, critică și perfecționare sistematică în dezvoltarea dovezilor științifice pentru a informa procesul de luare a deciziilor este esențial pentru elaborarea evaluărilor de sănătate care să permită luarea eficientă a deciziilor (Bhatia and Wernham, 2008).

Sensibilizarea factorilor de decizie și a publicului

Evaluarea sistematică a consecințelor pe care le au politicile și deciziile de planificare asupra sănătății va crește gradul de conștientizare în rândul factorilor de decizie și al publicului larg în legătură cu o gamă largă de factori care afectează sănătatea. Acesta poate contribui la o înțelegere mai cuprinzătoare a cauzelor bolilor și a rolului politicilor, programelor, proiectelor și planurilor în modelarea rezultatelor în materie de sănătate, inclusiv a strategiilor care pot aduce cea mai mare diferență în îmbunătățirea sănătății și în reducerea disparităților în materie de sănătate.

Recunoașterea faptului că sănătatea este afectată de mult mai mult decât alegerile privind stilul de viață, predispozițiile genetice și îngrijirea medicală este fundamentală în dezvoltarea și implementarea tipurilor de strategii care sunt necesare pentru îmbunătățirea sănătății publice (WHO, 2017).

O nouă paradigmă pentru colaborări productive.

Evaluarea consecințelor pentru sănătate ale deciziilor de politică și de planificare va oferi oportunități pentru o nouă paradigmă de colaborări productive (Arquette și colab.,2002; Corburn, 2005). De exemplu, colaborările oferă oportunități pentru:

- (1) implicarea directă a specialiștilor în aplicarea cunoștințelor pentru a îmbunătăți sănătatea publică și conștientizarea asupra tipului de dovezi necesare pentru luarea deciziilor politice,
- (2) identificarea noilor surse de date și a modelelor necesare pentru a răspunde la probleme științifice și politice importante,
- (3) îmbunătățirea capacității factorilor de decizie de a lua în considerare implicațiile asupra sănătății în luarea deciziilor și o mai bună înțelegere a legăturilor dintre politici și sănătate,
- (4) participarea activă a membrilor comunității la luarea deciziilor și la creșterea accesului la informații privind consecințele asupra sănătății prin intermediul procesului de evaluare, care pot spori capacitatea lor de a promova sănătatea și
- (5) o mai bună înțelegere a posibilelor căi prin care deciziile propuse pot afecta sănătatea rezidenților.

După Wismar și colab. (2007)., două limite ale HIA devin evidente. Prima poate fi observată în natura procesului decizional intersectorial și, prin urmare, este puțin probabil ca această limitare să poată fi eliminată. Fiecare sector are propriile obiective primare.

De exemplu, obiectivele pentru transport, agricultură și mediu pot avea drept consecință îmbunătățirea mobilității, asigurarea disponibilității alimentelor prin stabilizarea piețelor alimentare și protejarea resurselor naturale. Deciziile luate în aceste sectoare vor încerca să contribuie la obiectivele primare și nu la cele secundare, cum ar fi sănătatea. În unele cazuri, obiectivul sectorial primar și sănătatea pot crea o situație favorabilă câștigului, prin care obiectivele sectoriale specifice și sănătatea merg în mână sau chiar se consolidează reciproc. În multe alte cazuri, totuși, vor exista compromisuri. De exemplu, măsurile de protecție împotriva zgomotului vor crește costurile unui nou drum ocolitor, dar vor proteja și sănătatea populației care trăiește în apropiere. HIA a contribuit, în cele mai bune cazuri, la atenuarea efectelor negative. Prin urmare, este un instrument care generează compromisuri intersectoriale, sociale și politice. În ansamblu, aceasta contribuie la coerența luării deciziilor.

A doua limitare a eficacității HIA, care poate împiedica realizarea întregului său potențial fiind mai susceptibilă de a fi supusă schimbărilor, deoarece este legată de modul și condițiile în care este implementată și efectuată HIA. Trei factori au fost analizați sistematic prin intermediul studiilor de caz. Printre acestea se numără și contribuțiile politice, administrative și comunitare; legăturile dintre procesele cheie, cum ar fi ciclul de politici, etapele HIA și dinamica comunității; și factori contextuali.

2.3.4. Factorii de comandă, execuție și utilizatori potențiali ai HIA

Evaluarea impactului asupra sănătății se bazează pe un model amplu de sănătate, care propune determinarea factorilor economici, politici, sociali, psihologici și de mediu. Pentru prima dată, acești factori determinanți ai sănătății au fost recunoscuți de guvernul britanic în cartea albă *Saving Lives: our healthier nation* (Secretary of State for Health.,1999). Aceasta se referă la necesitatea efectuării unei evaluări a impactului asupra sănătății atât a politicilor naționale, cât și a celor locale. Inițial, acest lucru va avea cea mai mare implicație pentru cei care lucrează în domeniul îmbunătățirii sănătății la nivel local, în special personal din unități sanitare și autorități locale. Evaluarea este totuși un proces flexibil, care poate fi folosit de

factorii de decizie din toate sectoarele pentru evaluarea politicilor care pot avea un impact asupra sănătății și bunăstării.

De obicei, HIA sunt comandate de:

- Guvernele locale, regionale și naționale
- Autorități / departamente de sănătate locale, regionale și naționale
- Autorități / departamente locale, regionale și naționale de planificare
- Bănci de dezvoltare naționale / internaționale / donatori bi- și multilaterali
- Industria privată

Practicanții au, de obicei, un fundal divers de aptitudini și experiențe. Încă nu există scheme de acreditare pentru practicanți și este adesea dezvoltat și utilizat un amestec de abilități. În prezent, există mai multă experiență a HIA la nivel de program și la nivel de proiect decât la nivel strategic.

Există cursuri de instruire în unele țări pentru a ajuta practicanții și pentru a dezvolta capacitatea (în special deoarece capacitatea de a efectua HIA este scăzută în majoritatea țărilor). Aptitudinile necesare pentru a efectua HIA sunt multe, dar nu trebuie să fie deținute de un singur individ și ar trebui să fie prezente în întreaga echipă de persoane care întreprind HIA. Ca persoană fizică, cel mai bun mod de a dezvolta abilitățile HIA este de a participa sau de a întreprinde o HIA.

Scrierea Termenilor de Referință (ToR) pentru HIA la scară completă ar trebui să fie realizată în colaborare de Ministerul Sănătății (nivel central sau local) și alte autorități relevante. Ministerul Sănătății poate, de asemenea, să se ocupe de evaluarea critică a raportului HIA al consultanților cu recomandările sale de atenuare a impactului negativ asupra sănătății și de sporire a impactului pozitiv. În prezent există o lipsă de capacitate în rândul autorităților cu privire la modul de dezvoltare a ToR și evaluarea critică a calității rapoartelor HIA. Procedurile convenite pentru HIA ar trebui să reflecte responsabilitățile diferiților actori în diferite etape.

În general, liderul unei echipe HIA ar fi un profesionist extern, cu cunoștințe de sănătate publică, mai degrabă decât unul cu o arie îngustă de expertiză medicală. Expertiza unei echipe HIA ar trebui să reflecte complexitatea factorilor determinanți ai sănătății asociate cu un anumit proiect, program sau plan (de exemplu, sănătatea publică, științe naturale și sociale, economie) și chestiunile cheie de sănătate identificate în faza de screening.

Responsabilități pentru etapele HIA sunt recomandate a fi următoarele:

1. Screening: decide necesitatea de executare și tipul HIA abordat (decis de către minister / autoritate).
2. Scopul: stabilirea limitelor în timp și spațiu pentru evaluarea și formularea ToR pentru HIA la scară completă în mod corespunzător (de obicei, stabilit de către Ministerul Sănătății (la nivel central, regional și / sau local) și părțile interesate cheie).
3. HIA la scară completă (realizată de echipa HIA conform specificațiilor din ToR).
4. Angajarea și dialogul public (inițiat de Ministerul Sănătății sau de o altă autoritate relevantă).
5. Evaluarea raportului HIA (respectarea ToR, controlul calității criteriilor independente) și fezabilitatea / soliditatea / acceptabilitatea recomandărilor sale (Ministerul Sănătății sau un alt consultant independent desemnat de Ministerul Sănătății).

6. Stabilirea unui cadru pentru acțiunea intersectorială (Ministerul Sănătății și ministerele relevante).
7. Negocierea alocărilor de resurse pentru măsurile de salvagardare a sănătății (Ministerul Finanțelor și ministerele competente).
8. Monitorizarea (de conformare și respectare a indicatorilor de sănătate pertinenti), evaluarea și urmărirea corespunzătoare (Ministerul Sănătății și ministerele de resort).

2.4. Categoriile de HIA

Practica HIA este deseori definită prin mai multe categorii. HIA poate lua diferite forme, în funcție de scop, timp și resurse disponibile (WHIASU,2004):

În funcție de efort, complexitate și durată, HIA sunt deseori descrise ca fiind rapide, intermediare sau complete.

Tipul rapid poate dura câteva zile sau săptămâni până la luni și include, de obicei, înființarea unui grup mic de conducere; utilizează de multe ori abordarea unui atelier de tip participativ al părților interesate - implică de obicei o scurtă investigație a efectelor asupra sănătății, inclusiv o scurtă revizuire a literaturii de analiză dovezilor cantitative și calitative și culegerea de informații și dovezi suplimentare de la mai multe părți locale interesate. HIA rapide se concentrează adesea pe propuneri mai reduse și mai puțin complexe.

Tipul Desktop poate dura ore sau o zi și poate cuprinde un număr mic de participanți în jurul unei mese utilizând cunoștințele și dovezile existente pentru a evalua o propunere, o politică sau un plan. Fraza desktop HIA a fost de asemenea folosită pentru a se referi la o HIA rapidă care implică un angajament public redus sau absent.

O altă variație, *HIA cu evaluare rapidă*, a fost descrisă, iar în unele texte există un angajament public explicit prin intermediul unui atelier inițial de tip participativ de jumătate de zi pentru părțile interesate (Parry și Stevens, 2001; Mindell și colab., 2003).

Tipul intermediar necesită mai mult timp și resurse și implică căi mai complexe, mai multe părți interesate și o analiză mai detaliată, dar includ colectarea unor date noi.

Tipul complex sau complexeste mai aprofundat și poate dura mai mult de un an până la finalizare. Este costisitor financiar, necesită căutări ample de literatură și colectarea de date primare. Acest tip de HIA este mai potrivit pentru propunerile mai complexe. HIA complexe sunt cel mai des diferențiate de HIA-urile rapide și intermediare prin amploarea impactului potențial și prin necesitatea colectării de noi date primare.

În funcție de momentul evaluării, există trei tipuri de evaluare a impactului asupra sănătății: prospectivă, retrospectivă/retroactivă, concomitentă

Tipul prospectiv - privește o anumită politică, program sau proiect care nu a fost încă implementat și încearcă să prezică consecințele. Aceste predicții se bazează pe teorie și pe experiența unor decizii similare din trecut. Dacă s-au obținut suficiente cunoștințe despre mărimea efectelor asupra sănătății asociate diferitelor niveluri de determinanți ale sănătății, este posibil să se facă predicții cuantificate. Evaluarea potențială a impactului asupra sănătății poate fi validată parțial prin a vedea dacă predicțiile consecințelor în viitorul apropiat se dovedesc a fi corecte.

Evaluarea prospectivă a impactului asupra sănătății combină elemente de epidemiologie, toxicologie, modelarea matematică și evaluarea cantitativă a riscurilor. Este dificil să se

evalueze în mod corespunzător valoarea HIA pentru protecția și promovarea sănătății, evitând în același timp capcanele atât a supraestimării, cât și a subestimării valorii HIA. De regulă, predicția impactului asupra sănătății va fi incompletă, iar evaluarea impactului prevăzut de necesitate implică decizii subiective. În plus, poate fi dificil să se introducă cu succes rezultatele HIA în procesul de luare a deciziilor, unde multe alte aspecte necesită atenție (de exemplu considerente economice). Pe de altă parte, există o șansă de a subestima rolul HIA, deoarece însăși existența acestei proceduri ar putea exercita deja influență asupra factorilor de decizie. Aceste oportunități de protecție și promovare a sănătății oferite de evaluarea potențială a impactului par să fie insuficient utilizate.

Tipul retroactiv - analizează consecințele unor politici, programe sau proiecte deja implementate sau ale unor evenimente neplanificate care au avut loc. În urma unor astfel de studii, se poate înțelege natura și amploarea efectelor asupra sănătății pentru a fi utilizate în evaluarea prospectivă a HIA.

Tipul concomitent - sunt monitorizate consecințele politicii, programului sau proiectului din momentul punerii lor în aplicare. Presupunederularea unor activități de atenuare a oricăror efecte negative care trebuie întreprinse cu promptitudine. Utilizarea sa principală este acolo unde se așteaptă consecințe, dar unde natura lor este nesigură.

În mod frecvent, propunerile unice sunt minore pentru a genera efecte semnificative în sine, dar efectul cumulat al multor astfel de propuneri minore poate crea un impact major. Ca răspuns la aceasta, în domeniul evaluării impactului asupra mediului, a existat o solicitare de evaluare care să fie aplicată întregului sector - un proces denumit "*evaluare strategică de mediu*" (Health Promotion Division, 1999). Aceeași problemă poate apărea și pentru impactul asupra sănătății și, prin urmare, poate fi necesară o abordare strategică corespunzătoare.

HIA sunt, de asemenea, diferențiate **în funcție de contextul de elaborare**: prin integrare într-o evaluare a impactului asupra mediului sau realizare independentă.

O altă clasificare se bazează pe *amplare* și distinge HIA-urile care au un scop restrâns (cum ar fi cele care folosesc o definiție îngustă a sănătății și subliniază cuantificarea) și HIA care au un scop mai larg, holistic, modelate de determinanții sociali ai sănătății (Kemmer, 2001).

Alți autori au propus clasificarea HIA ca fiind *participativă* (subliniind guvernarea partajată, participarea publicului și concentrarea asupra determinanților socio-economici și de mediu), *cantitativă sau analitică* (concentrându-se pe metodele și rigurozitatea analizei) sau *procedurală* (bazându-se pe elementele celorlalte două dar subliniază pașii procedurali necesari și adesea întreprinși într-un context administrativ sau de reglementare specificat) (Cole și Fielding, 2007).

În practică, categoriile sunt rareori utilizate în mod consecvent, iar o HIA unică cuprinde adesea o combinație de abordări diverse ale implicării și participării părților interesate, ale metodelor analitice și ale interacțiunilor cu procesul formal de luare a deciziilor. De exemplu, HIA de tip desktop poate lua în considerare contribuția indirectă a părților interesate prin revizuirea observațiilor publice prezentate în afara procesului HIA. HIA de tip complet sau complex poate avea un grad relativ scăzut de implicare al părților interesate, iar HIA cu evaluare rapidă a unor propuneri de dimensiuni mai reduse pot presupune colectarea unor date noi de analiză.

Diferitele categorii de HIA, deși sunt utile pentru descrierea unor teme distincte în domeniu, nu reprezintă neapărat forme distincte în practică. În schimb, se pare că metodele și

abordările specifice utilizate într-o HIA unică evoluează adesea în cadrul de bază descris mai sus și se dezvoltă ca un răspuns pragmatic la context. Influențele asupra practicii includ calendarul, resursele și competențele disponibile echipei HIA, factorii luați în considerare și datele disponibile pentru analiză, precum și contextul juridic și de reglementare al procesului de luare a deciziilor. Această descriere este în concordanță cu caracterizările anterioare ale HIA ca o combinație de proceduri, metode și instrumente (WHO, 1999; Quigley și colab., 2005).

Diversitatea abordărilor și a contextelor decizionale impune provocări pentru determinarea resurselor necesare pentru realizarea unei HIA. De exemplu, deși HIA de tip rapid este o investigație la scară redusă, cu costuri reduse, HIA completă sau complexă care necesită colectarea de noi date primare poate dura mult și necesită resurse mult mai mari. Informațiile privind costurile HIA ar fi valoroase pentru a determina dacă o HIA poate fi întreprinsă cu resursele disponibile și ar putea informa procesul de screening așa cum este descris mai jos. Cu toate acestea, nu au fost identificate studii publicate încare să se cuantifice costurile de realizare a unui HIA într-o varietate de setări.

Aceste informații ar fi utile pentru informarea viitoarei implementări.

În funcție de nivelul propunerii, HIA poate fi aplicată la trei niveluri principale: o politică, un program sau un proiect; în această revizuire, termenul "*propunere*" cuprinde toate cele trei niveluri.

O *politică* reprezintă modul în care guvernul sau o organizație încearcă să atingă obiectivele pe care le-a stabilit. HIA la acest nivel poate fi strategică, permițând includerea din timp a preocupărilor privind sănătatea și o viziune "globală" asupra problemei.

Un *program* este o serie de activități conexe care dau efect politicilor.

Un *proiect* este o componentă a unui program și este o activitate discrete, deseori întreprinsă la o anumită locație.

HIA sunt, de asemenea, diferențiate **în funcție de modelul de sănătate** drept cadru conceptual utilizat într-o HIA. În mod tipic, modelul biomedical, care se concentrează asupra categoriilor de boli, va fi combinat cu modelul social sau socio-economic al sănătății, care are o concepție mai largă și include rezultate "mai ușoare" legate de bunăstare, în funcție de natura propunerii și tipurile de dovezi disponibile sau care pot fi obținute. Echilibrul relativ dintre cele două modele de sănătate va determina în mod normal modelul HIA utilizat pentru evaluare.

Modelul biomedical tinde să fie cantitativ și în mare măsură bazat pe epidemiologie și toxicologie, în timp ce modelul social tinde să se bazeze mai mult pe dovezile calitative și pe științele sociale, precum și pe cunoștințele părților interesate. Acestea au fost denumite, de asemenea, HIA cu "perspectivă restrânsă" respectiv, HIA cu "perspectivă amplă".

2.5. Principalele concepte și instrumente aplicate în HIA

Una dintre lucrările cele mai frecvent citate despre HIA este Documentul de Consens de la Gothenburg (WHO, 2000).

Documentul de la Gothenburg prezintă un consens internațional al experților privind principiile fundamentale ale practicii HIA, fiind necesar deoarece practicienii HIA trebuie să se preocupe cu valori și dovezi diverse, uneori contradictorii pentru sănătate în domeniile abordate de politică publică sau privată, chiar și în cadrul sectorului de sănătate. "*Valorile evoluează și se*

schimbă în timp. Se sugerează că ele pot fi schimbate și prin procesele de evaluare a impactului". Aceste valori stabilesc condițiile pentru dezvoltarea politicii de sănătate, definesc ce este și ce nu este acceptabil, precum și criteriile cadru pentru bunele practici. "Este esențial ca aceste valori să fie luate în considerare, în caz contrar, HIA riscă să fie un proces artificial, separat de realitatea mediului politic în care este pus în aplicare" (EHP, 1999).

Evaluarea impactului asupra sănătății împărtășește anumite concepte și metode cu evaluarea riscurilor, evaluarea impactului asupra mediului, evaluarea strategică de mediu, evaluarea impactului social și evaluările economice. Acest document descrie evoluția evaluării impactului asupra sănătății și relația acesteia cu aceste alte forme de evaluare a impactului.

Deși există multe seturi de instrumente și ghiduri, acestea împărtășesc o serie de concepte și proceduri. După ce s-au convenit asupra scopului evaluării impactului asupra sănătății (geografice, populații și subiecte), se obțin informații din trei surse: dovezi științifice publicate (atât cantitative cât și calitative), date locale (din surse de rutină, comandate special sau extrapolate din alte părți) și opiniile persoanelor afectate. Într-o evaluare prospectivă, acestea sunt combinate pentru a oferi recomandări pentru a spori pozitiv și a atenua propunerile negative. Spre deosebire de alte evaluări ale impactului, evaluarea impactului asupra sănătății poate fi efectuată, de asemenea, în mod concomitent sau retroactiv după implementarea unui proiect sau a unei politici. Acestea determină efectele propriu-zise asupra sănătății pentru a propune modificări post-hoc și pentru a informa viitoarele evaluări ale dezvoltării proiectelor și ale impactului asupra sănătății (Mindell și colab., 2003).

2.5.1. Determinanții pentru sănătate

Deși accentul principal al HIA este sănătatea umană, majoritatea factorilor determinanți ai sănătății sunt gestionați de sectoare din afara sectorului de sănătate și, din acest motiv, o HIA eficientă necesită o colaborare transsectorială puternică. HIA solicită, de asemenea, consultări între părțile interesate cheie, cum ar fi proponentul, experții relevanți, autoritățile decizionale și comunitatea.

Este important de reținut faptul că sănătatea este influențată de o gamă largă de factori determinanți, dintre care unii sunt prezentați în Tabelul 1. Dezvoltarea sau activitățile noi pot avea un impact asupra acelor factori importanți de sănătate care determină modificări ale rezultatelor în domeniul sănătății sau starea de sănătate a indivizilor și comunitățile. Factorii determinanți ai sănătății sunt în mare parte de mediu și sociali.

Principalii factori determinanți ai sănătății

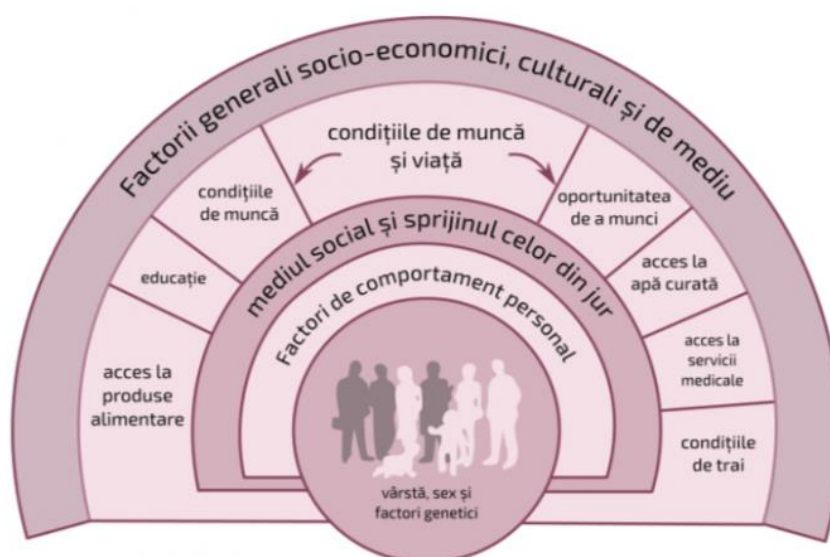


Figura 3 - Strategii Europene pentru combaterea inechităților sociale în domeniul sănătății

Un cadru determinant social, cum este modelul dezvoltat de Dahlgren și Whitehead (1991) (Fig.2), oferă o oportunitate de a analiza modul în care o propunere poate avea un impact diferit asupra diferitelor grupuri de oameni și se concentrează pe contextele particulare în care oamenii trăiesc. Unele efecte asupra factorilor determinanți ai sănătății pot fi directe, evidente și / sau intenționate, în timp ce altele pot fi indirecte, greu de identificat și neintenționate. HIA încearcă să anticipeze și să atenueze aceste efecte.

Tabelul 3 - Exemple de factori cheie care determină sănătatea umană

Constanți	Accesul la servicii	Stilul de viață și comportamentul	Sociali și economici	Mediu
• Gene • Sex • Îmbătrânire • Rasa	• Sărăcia • Ocuparea forței de muncă • Excluziunea socială • Structura comunitară • Criminalitatea	• Dieta • Activitatea fizică • Fumatul • Alcoolul • Comportamentul sexual • Droguri • Cultură	• Educație • Servicii de sănătate • Servicii sociale • Transport • Timp liber • Servicii de bază	• Calitatea aerului • Zgomotul • Locuința • Calitatea apei • Cantitatea apei • Managementul deșeurilor • Mediul social • Riscul de rănire • Expunerea la soare • Bolii transmise prin vectori și dăunători

Constanți	Accesul la servicii	Stilul de viață și comportamentul	Sociali și economici	Mediu
				• Boli transmisibile • Schimbările climatice • Siguranța alimentelor • Poluarea mediului • Pericole ocupaționale • Radiații • Substanțe periculoase

Tabelul 4 - Exemple de impact și efecte asupra sănătății mediului.

Determinant de mediu	Impactul asupra sănătății (populația)	Efecte asupra sănătății (individuale)
• Poluarea aerului exterior	• Cazuri crescute de astm	• Infecție respiratorie • Boală cardiopulmonară • Cancer pulmonar
• Poluarea aerului interior	• Cazuri crescute de astm	• Infecție respiratorie • Astm bronșic • Reacție alergică • Efecte iritante asupra feței, ochilor și căilor respiratorii • Cancer
• Schimbări climatic	• Creșterea focarelor de boli hidrice	• Boală diareică • Leziuni neintenționate • Malnutriție protein-energetică
• Zgomot	• Creșterea / scăderea nivelului de zgomot	• vătămarea auditivă • stres • tulburări de somn

Determinant de mediu	Impactul asupra sănătății (populația)	Efecte asupra sănătății (individuale)
		• sănătate mintală
• Vectori de boli și dăunători	• Malarie	• Creșterea / scăderea incidenței malariei
• Calitatea sau cantitatea apei	• Focare de boli hidrice • Igiena personală și familială precară • Declinul / îmbunătățirea stilului de viață	• Creșterea / scăderea incidenței de diaree • Boală de piele și ochi
• Gestionarea deșeurilor - deșeuri solide și lichide	• Focar de holeră • Focar / declin de boală diareică • Focar de tifoidă • Miroșuri neplăcute	• Creșterea / scăderea incidenței diareice
• Poluarea mediului		• Leziuni hepatice • Iritarea pielii • Probleme respiratorii • Cancer

Nu toate efectele potențiale asupra sănătății sunt negative. Multe activități (evoluții) pot avea ca rezultat beneficii care depășesc potențialele efecte negative, de ex. îmbunătățirea eliminării deșeurilor sau îmbunătățirea serviciilor de alimentare cu apă și de salubritate. Este la fel de important să se identifice potențialele efecte pozitive asupra sănătății, ca cele negative.

Cu toate acestea, există diferite tipuri de informații, dintre care unele sunt informații contextuale pe care comunitățile le au despre locurile în care trăiesc. În plus, deciziile luate pot avea un efect profund asupra calității vieții oamenilor. Întrebările despre cunoștințe și valori sunt, prin urmare, strâns legate între ele și este necesar să se asigure că procesele de evaluare a dovezilor de orice fel sunt robuste, incluzive și transparente.

2.5.2. Profilul de sănătate al comunității

Scopul profilului de sănătate este de a oferi o imagine a contextului de sănătate și socio-demografic al domeniilor acoperite de o politică sau proiect pentru a înțelege mai bine impactul potențial asupra sănătății și grupurile de populație care ar putea fi afectate. Utilitatea sa în identificarea grupurilor de populație afectate este cheia înțelegerii atât a variației (inegalității și / sau a eterogenității) în cadrul populațiilor, cât și a diferențierii potențiale (inechităților) pe care le poate impune o politică sau un proiect.

Alcătuirea profilului implică strangerea și analizarea datelor secundare (existente) cu privire la o serie de indicatori care se referă la conținutul și contextul politicii sau proiectului și la

posibilele sale efecte asupra determinantilor sănătății și asupra rezultatelor de sănătate. Indicatorii sunt variabile măsurabile care reflectă starea unei comunități și a persoanelor sau grupurilor dintr-o comunitate. În plus, evaluările complexe de evaluare a riscului pot efectua o colectare primară a datelor în timpul alcătuirii profilului.

Profilul descrie starea actuală a determinantilor și a rezultatelor cheie ale sănătății, inclusiv a inegalităților existente. Acolo unde datele permit acest lucru, profilul ar trebui să descrie, de asemenea, tendințele istorice ale indicatorilor-cheie și ale previziunilor privind tendințele viitoare, cum ar fi proiecțiile asupra populației.

Structura profilului de sănătate poate fi bazată pe categoriile de determinanți asupra sănătății ale modelului social și de mediu pentru sănătate (Dahlgren și Whitehead, 1993) care stau la baza metodologiei și practicii HIA și a rezultatelor de sănătate. Figura 4 prezintă o structură pentru profilul de sănătate. Categoriile nu sunt discrete și unii indicatori se pot încadra în mai multe categorii.

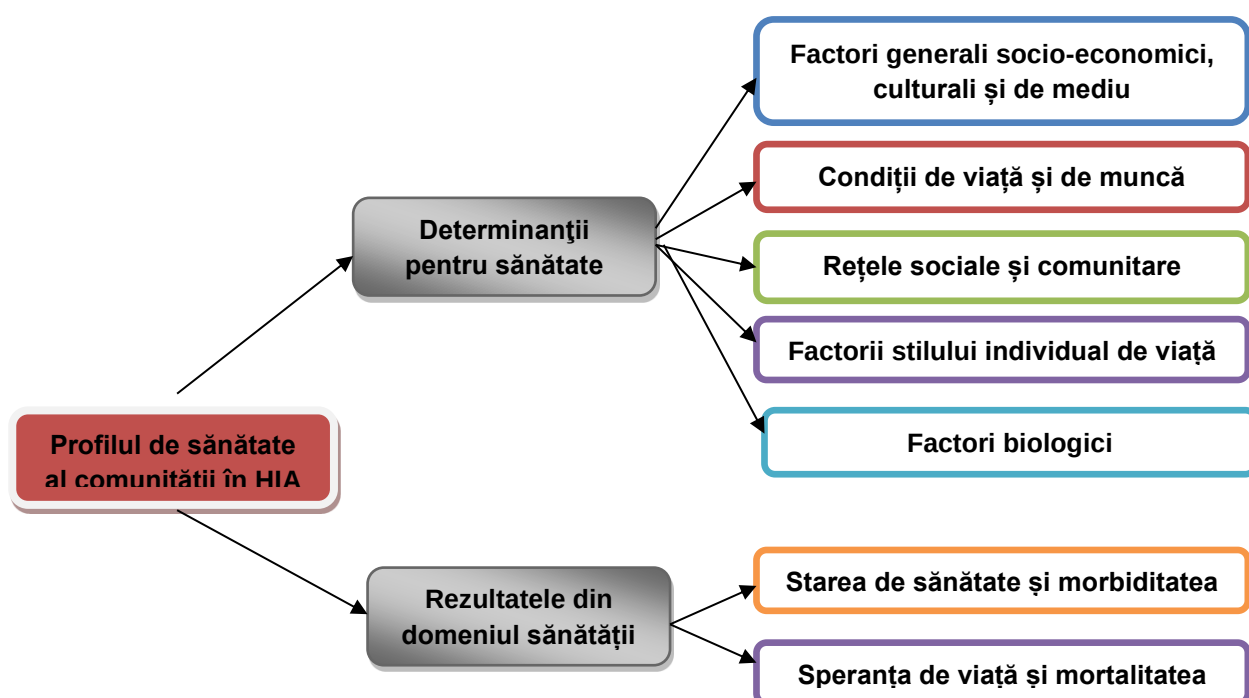


Figura 4 - Structura unui profil de sănătate comunitar

Un profil complet ar trebui să includă date comparative la diferite niveluri geografice, astfel încât să poată fi identificate aspecte legate de o anumită politică sau proiect, împreună cu orice inegalități existente între arii și grupuri.

Unitățile de analiză sunt domeniile / subiectele care fac obiectul analizei HIA. Profilul ar trebui să descrie unitățile geografice ale zonelor de analiză / comparație utilizate și să includă date și analize ale indicatorilor la aceste niveluri. Pentru a identifica inegalitățile între și în interiorul grupurilor, profilul ar trebui să includă, în mod ideal, atât unitățile de analiză geografice, cât și populația. Unitățile de analiză vor varia în funcție de politica sau proiectul examinat și ar trebui luate în considerare la etapa de definire a domeniului.

2.5.3. Forța probantă a dovezilor

Dovezile din literatura de specialitate sunt de obicei definite în termeni de încredere sau "putere" a constatărilor.

O ierarhie a dovezilor pentru utilizarea în HIA este prezentată în figura 4. Ierarhia dovezilor, de la I la VI, include dovezi din literatura de specialitate, precum și dovezi ale experților / persoane care dețin informații-cheie și ale părților interesate.

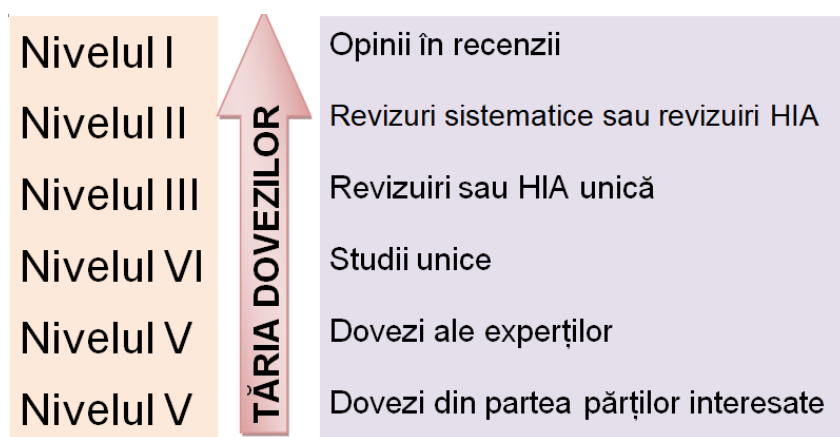


Figura 5 - Ierarhia dovezilor HIA

Deși nivelurile diferite de dovezi din cadrul unei HIA sunt utile pentru comparație, trebuie remarcat faptul că nivelurile mai scăzute ale dovezilor pot fi în continuare valabile și fiabile. HIA utilizează și valorizează dovezile relevante de la toate nivelurile, de exemplu o declarație a unui informator cheie, cum ar fi proprietarul unui magazin de colț, are aceeași valoare ca și o viziune profesională.

Dovezile din literatura de specialitate ar trebui să fie evaluate critic, în funcție de criterii specifice pentru a stabili rigurozitatea dovezilor de cercetare. Criteriile cheie (titlu) include (HEBW, 2008):

- Studiul este relevant pentru proiectul (HIA)?
- Studiul se adresează unei probleme clar definite?
- Proiectul de cercetare a fost clar descris și este adecvat?
- Grupul și dimensiunea eșantionului au fost adecvate și reprezentative?
- Au fost descrise măsurile și acestea sunt potrivite?
- Metoda de analiză a fost potrivită?
- Sunt luate în considerare aspectele de confuzie și părtinire?
- Rezultatele au fost clare, au fost raportate și au fost discutate în mod adecvat?
- Sunt prezentate limitele studiului?
- Pot fi generalizate rezultatele sau rezultatele sunt relevante la nivel local?
- Concluziile sunt bazate pe rezultate?
- Sunt discutate implicațiile cercetării?
- Au fost prezentate considerații etice, inclusiv conflictele de interese ale cercetătorilor?

În cazul în care dovezile colectate de la mai multe metode de cercetare converg, acest lucru adaugă un plus de tărie pentru dovezi și probabilitatea unui impact. Probabilitatea impactului

se bazează pe evaluarea forței probante a dovezilor. Definirea probabilității impactului este descrisă în următorii termeni calitativi

Tabelul 5 - Termenii calificativi

Definitiv =	Se va întâmpla. Dovezi puternice copleșitoare dintr-o serie de surse de date colectate folosind diferite metode (nivelul I)
Probabil =	Foarte probabil să se întâmple. Dovezi puternice directe dintr-o serie de surse de date colectate folosind diferite metode (nivelurile II / III)
Posibile =	Foarte probabil să se întâmple. Dovezi puternice directe dintr-o serie de surse de date colectate folosind diferite metode (nivelurile II / III)
Speculativ =	Poate sau nu se poate întâmpla. Nu există dovezi directe în sprijin (nivelul VI)

Pentru a asigura calitatea unui raport HIA, este o bună practică să se precizeze ipotezele pe care se face analiza impactului.

Este posibil ca analiza de impact să fie efectuată fie de către evaluator, fie de către membrii unei echipe de evaluare, care au căutat și au adunat dovezile colectate.

Analiza impactului poate fi prezentată ca text (uneori tabelar), cu trimiteri încrucișate la secțiunile HIA din care provin dovezile justificative.

2.6. Etapele HIA

Există de obicei șase etape în realizarea unui HIA (Bhatia și colab., 2010, 2011; National Research Council. 2011; Human Impact Partners, 2011)

2.6.1. Etapa de screening – se determina dacă este necesară o HIA (dacă o propunere ar putea avea efecte asupra sănătății și valoarea adăugată) precum și dacă HIA va furniza informații utile părților interesate și factorilor de decizie

Screening-ul este primul pas într-o HIA și scopul său este de a determina dacă trebuie sau nu să se continue cu HIA. Acest lucru se realizează prin evidențierea rapidă și sistematică a impactului potențial al politicii, al planului, al programului sau al proiectului de scurtă durată - asupra sănătății. Screening-ul poate fi efectuat de o singură persoană sau poate fi un exercițiu de grup. Durata de timp necesară pentru examinare va depinde de amploarea politicii, planului, programului sau proiectului și de cantitatea de informații disponibile. Dacă screening-ul este efectuat de un grup, acest lucru ar trebui să includă, în mod ideal, părțile interesate (cele care au un interes sau sunt susceptibile de a fi afectate de politică) și factorii de decizie.

Instrumentul de screening cuprinde trei activități:

- Activitatea 1 înregistrează contextul și situația existentă.

- Activitatea 2 are în vedere impactul potențial al politicii asupra unei serii de factori determinanți asupra sănătății, pentru populația în ansamblu și pentru grupurile din cadrul populației.

- Activitatea 3 documentează rezultatul screening-ului.

Screening-ul implică o judecată rapidă inițială cu privire la posibilitatea unei HIA de a fi fezabilă și valoroasă. Considerațiile principale includ următoarele:

- dacă propunerea în cauză ar putea provoca schimbări importante în materie de sănătate,
- dacă sănătatea este deja un punct central al procesului decizional,
- dacă legislația oferă o oportunitate ca sănătatea să fie luată în considerare în decizie;
- dacă datele, personalul, resursele și durata sunt adecvate pentru a finaliza o HIA de succes în timp suficient, pentru a oferi o contribuție utilă în procesul de luare a deciziilor (adică sunt furnizate informații în termenii stabiliți pentru decizie).
- dacă propunerea ar putea aduce o povară disproporționată de risc asupra populațiilor vulnerabile din comunitatea afectată; examinarea propunerilor pe această bază ajută la asigurarea faptului că HIA abordează factorii de risc care stau la baza disparităților observate în ratele de îmbolnăvire la diferite populații (Hjortsberg și Ghatneka, 2001; Lester și Temple, 2002; WHO, 2007).

O varietate de instrumente de screening și algoritmi sunt utilizate în mod obișnuit (Cole și colab., 2005; PHAC, 2005; Harris și colab., 2007; Bhatia., 2010). Unele utilizează întrebări de screening pertinente și aplică o secvență de întrebări “da-nu” (Cole și colab., 2005). Altele furnizează o listă de verificare a factorilor care trebuie luați în considerare și se concentrează adesea pe factorii determinanți ai sănătății care ar putea fi afectați de propunere.

În ultimă instanță, indiferent de instrumentul specific utilizat, decizia de a efectua HIA se bazează, în majoritatea cazurilor, pe judecata practicianului sau pe cea a factorilor de decizie în ceea ce privește probabilitatea unui impact, timpul și resursele disponibile și probabilitatea ca informațiile produse de HIA să fie un ajutor valoros pentru luarea deciziilor. Preocupările publice sunt un declanșator obișnuit pentru decizia de screening, iar gradul de îngrijorare cu privire la o propunere poate fi unul dintre factorii cântăriți în decizia de a efectua o HIA.

Deoarece toate acțiunile întreprinse pe baza recomandărilor HIA trebuie implementate într-un context juridic și politic specific, examinarea trebuie să stabilească o descriere clară a contextului și a procesului decizional. De asemenea, ar trebui să identifice punctele în care există posibilitatea ca informațiile de la HIA să influențeze deciziile.

Rezultatele etapei de screening

Rezultatul etapei de screening este o declarație simplă care include următoarele:

- O descriere a politicii, a programului, a planului sau a proiectului propuse, care va fi punctul central al HIA, inclusiv calendarul pentru punctele de decizie și de intervenție unde vor fi utilizate informațiile HIA.
- O declarație privind motivul pentru care propunerea a fost selectată pentru screening.
- Opinie preliminară privind importanța propunerii pentru sănătate.
- Cerințele previzionate pentru resursele HIA și capacitatea echipei de a le îndeplini.

- O descriere a contextului politic și politic al deciziei și o analiză a oportunităților de a influența procesul de luare a deciziilor sau de a face schimbări orientate spre sănătate

2.6.2. Etapa de scoping (definire a domeniului) – se identifica efectele asupra sănătății care trebuie luate în considerare și se setează parametrii HIA.

În această etapă (Harris și colab., 2007), se stabilesc limitele HIA și se identifică:

- efectele asupra sănătății care trebuie evaluate,
- populațiile afectate,
- echipa HIA,
- sursele de date,
- metodele care trebuie utilizate și
- orice alte alternative care trebuie evaluate.

Dacă este bine realizată, etapa de scoping economisește timp, muncă și resurse în etapele ulterioare ale HIA. Selectarea itemilor care trebuie evaluați va reflecta:

- contextul social, politic și politic specific deciziei;
- nevoile, interesele și întrebările părților interesate și ale factorilor de decizie; și
- starea de sănătate a populației afectate.

Stabilirea efectelor asupra sănătății care trebuie evaluate

Instrumentul de stabilire a efectelor asupra sănătății care trebuie evaluate cuprinde două activități: Determinarea efectelor potențiale ale sănătății care trebuie incluse în HIA și propunerea căilor de cauzalitate ipotetice sunt activitățile centrale ale etapei de scoping.

Etapa de Scoping consideră contribuția din mai multe surse, inclusiv căutări preliminare de literatură, contribuții publice și opinii profesionale sau ale experți în domenii relevante pentru propunere. Deoarece adesea nu este practic sau posibil să se abordeze toate efectele directe și indirecte asupra sănătății care apar teoretic, este important să se aleagă cu atenție problemele.

Stabilirea priorităților ia în considerare căile care par a fi cele mai importante din perspectiva sănătății publice și consideră problemele care au fost invocate în mod vizibil de părțile interesate. Întrebările care sunt importante din perspectiva sănătății publice ar putea include severitatea efectului asupra sănătății, dimensiunea și probabilitatea efectului și potențialul efectului de a exacerba disparitățile în materie de sănătate.

2.6.3. Etapa de evaluare – se colectează **date calitative și cantitative** pentru a crea un profil al condițiilor de sănătate existente și pentru a identifica, evalua și prioritiza impactul (**analiza impactului**) potențial al deciziei asupra sănătății.

Etapa de evaluare include două activități. Prima este crearea unui profil al populației afectate, care include informații despre demografia, starea de sănătate de bază și condițiile sociale, economice și de mediu care sunt importante pentru sănătate.

A doua activitate este de a analiza și de a caracteriza efectele asupra sănătății și determinanții acestora în relație cu propunerea și cu orice alternativă luată în considerare în raport cu punctul de pornire.

În cadrul fazei de evaluare, ar trebui dezvoltat un set de indicatori specifici care pot fi utilizați pentru a descrie valorile inițiale și schimbările potențiale ale stării de sănătate sau ale factorilor determinanți pentru sănătate. O varietate de abordări calitative și cantitative sunt adesea folosite pentru a genera previziuni, dar indiferent de metodele utilizate, cele mai multe ghiduri disponibile subliniază importanța examinării diverselor forme de dovezi, o abordare consecventă și imparțială a selectării și interpretării probelor și o claritate și transparență descrierea abordării analitice (Mindell și colab., 2008)²³. HIA utilizează atât date calitative cât și cantitative. Dovezile calitative au o valoare similară celor cantitative. S-ar putea să existe anumite HIA, unde abordările calitative sunt mai relevante decât cantitative și viceversa, în funcție de natura politicii sau proiectului în cauză.

2.6.3.1. Colectarea datelor

Colectarea datelor calitative

Datele calitative primare în majoritatea formelor de HIA sunt colectate prin participarea părților interesate. Majoritatea HIA includ participarea părților interesate. Cu toate acestea, HIA-urile desktop pot utiliza datele calitative secundare (existente) ca un proxy pentru participarea părților interesate ca parte a revizuirii literaturii.

Colectarea și analiza datelor calitative ar trebui să fie informată prin metode de cercetare calitative stabilite. Instrucțiuni detaliate pot fi găsite în Green și Thorogood (2009).

Colectarea datelor primare prin sondaje calitative este de obicei efectuată doar pentru HIA-urile cele mai detaliate și ample. Resursele, care pot fi substanțiale, trebuie identificate în acest scop în etapa de definire a domeniului (scoping).

Colectarea datelor cantitative

Datele cantitative secundare (numerice) sunt colectate și utilizate în cadrul procesului HIA (de exemplu, colectarea de rapoarte epidemiologice în căutările de literatură și utilizarea datelor cu indicatorii în timpul stabilirii profilului comunității). În etapa de colectare a datelor pentru HIA, colectarea datelor cantitative primare poate implica predicția / modelarea matematică a efectelor asupra sănătății pentru o politică sau un proiect.

Predicția pe cale matematică este utilizată numai în HIA-urile derulate la scară mai largă datorită cerințelor de date, costurilor și aptitudinilor necesare. Predicția este, în general, limitată la elemente specifice ale unei politici sau al unui proiect (de exemplu efectele zgomotului și ale poluării aerului asupra persoanelor care locuiesc în apropierea aeroporturilor), din cauza limitărilor în ceea ce poate fi măsurat în mod util. Prognoza, construirea de scenarii și modelarea matematică sunt metodele stabilite pentru predicție. Metodele specifice ar trebui selectate în funcție de domeniul de aplicare al fiecărei HIA. Metodele de predicție și domeniul lor de aplicare ar trebui să fie convenite în timpul etapei de scoping (definire a domeniului) și ar trebui stabilit un echilibru între utilizarea datelor cantitative și a celor calitative. Informații privind metodele specifice de utilizare în HIA pot fi găsite în studiul lui Fehr și Mekel (2010).

2.6.3.2. Analiza impactului

Analiza de impact compilează dovezile din toate datele colectate. A fost descrisă ca fiind un triunghi al datelor epidemiologice, dovezilor părților interesate și dovezilor din literatură. În

²³<http://www.who.int/heli/impacts/impactdirectory/en/index1.html>

analiza de impact se identifică și se caracterizează impactul potențial (atât pozitiv cât și negativ) asupra unei populații de interes, definite, acordând o atenție deosebită inegalităților în materie de sănătate.

Impacturile potențiale pot fi caracterizate după cum urmează:

- *Impactul asupra sănătății* - posibile modificări ale factorilor determinanți ai sănătății afectați și, dacă este posibil, efectul ulterior asupra rezultatelor în materie de sănătate
- *Direcția schimbării stării de sănătate* - câștigul de sănătate (+) sau pierderea de sănătate (-)
- *Scară* - severitatea (mortalitatea, scala de morbiditate bunăstare) și amploarea, acolo unde este posibil (dimensiunea / proporția populației afectate)
- *Probabilitatea de impact* - definită, probabilă, posibilă sau speculativă (pe baza combinării tăriei dovezilor); aceste judecăți calitative sunt de obicei cele mai fezabile și utilizarea lor exclude posibilitatea unei "cuantificări false" a impactului preconizat
- *Latență* - când impactul ar putea avea loc în relație cu expunerea la risc a populației (adesea pe termen scurt, mediu și lung)

Prioritizarea unui impact

Sunt disponibile multe metode valide pentru a fi utilizate în ierarhizarea mai multor impacte și obținerea unui consens între părțile interesate în HIA. Acestea variază de la simple metode de vot "anonime" în cadrul unor ateliere de lucru, la abordări prin metoda Delphi²⁴ și la utilizarea criteriilor de excludere. Metodele și resursele adecvate ar trebui să fie convenite în etapa de scoping (definirea domeniului de aplicare) al HIA.

2.6.4. Etapa de elaborare a recomandărilor- Identificarea alternativelor la decizia și / sau strategiile de promovare a impactului pozitiv asupra sănătății și / sau de atenuare a impactului negativ asupra sănătății.

Recomandările HIA reprezintă propuneri pentru acțiuni alternative și / sau suplimentare care sunt concepute pentru a maximiza câștigul de sănătate și pentru a atenua efectele negative asupra sănătății. Acestea sunt rezultatul cheie al oricărui HIA.

Recomandările apar în diferite etape ale HIA și trebuie înregistrate, împreună cu sursa lor. Prezentarea recomandărilor ar trebui să fie clară și succintă. Rezumatele constatărilor și recomandărilor sunt ajutoare utile pentru luarea deciziilor.

Ori de câte ori este posibil, recomandările ar trebui să fie SMART. Aceasta înseamnă că o recomandare trebuie să fie:

1. **Specifică** - cine și ce va face, când, cum și cât de mult?
2. **Măsurabilă** - este posibilă enumerarea sau evaluarea calitativă?
3. **Realizabilă** - există "capabilități"? Sunt resurse disponibile?

²⁴Metoda Delphi a fost în mod tradițional o tehnică menită să construiască un acord sau un consens cu privire la un punct de vedere sau o viziune, fără a avea loc neapărat întâlniri față în față, (prin sondaje, chestionare, e-mailuri etc). Această tehnică, poate fi foarte eficientă și poate genera noi cunoștințe. În HIA, se efectuează un studiu Delphi pentru a suplimenta estimările din literatura de specialitate și din modelare, după opinia experților

4. **Realistă** - este bazată pe realitate practică sau doar pe o aspirație? Se referă la termenele și constrângerile organizaționale.

5. Asociată cu **Timpul** - se afirmă când va surveni recomandarea? De obicei, pe termen scurt, mediu și lung.

2.6.5. Etapa de raportare – se scrie un raport final și se comunică rezultatele HIA decidenților și altor părți interesate pentru implementare / acțiune.

Rezultatul principal al unui HIA este un set de recomandări bazate pe dovezi, menite să influențeze factorii de decizie și politicile.

Constatările unei HIA pot fi raportate în mai multe moduri, adecvate populației de interes. De exemplu, prezentări mixte vizuale și în mass-media, sub formă de grafice sau dramatizări, pot fi potrivite pentru proiectele în care sunt implicați copii și tineri sau cu pentru cei care au probleme de alfabetizare sau de matematică. De obicei, va exista un raport tehnic complet pentru împuterniciții lucrării, cu un rezumat separat și / sau un scurt raport sau rezumat al constatărilor și recomandărilor. Natura rezultatelor, inclusiv numărul și tipul rapoartelor și o strategie de diseminare a acestora, trebuie să fie convenite în faza de scoping al HIA.

Un prim proiect de raport, structurat în mod similar cu cel prezentat în Tabelul 6 ar trebui prezentat Grupului de coordonare al HIA sau împuterniciților lucrării și părților interesate pentru comentarii.

Pentru HIA mai ample și mai detaliate, este o practică bună să existe un raport de evaluare HIA de tip *peer review*²⁵ de către un expert extern / practician independent HIA, pentru a evalua rigurozitatea metodologiei și a procesului HIA. Pentru aceasta, resursele ar trebui identificate în etapa de scoping (definire a domeniului de aplicare) al unei HIA.

Pentru a se asigura că sunt preluate și aplicate, este foarte importantă negocierea limbajului și modul de prezentarea recomandărilor. Aceste negocieri pot informa asupra planului de implementare, de obicei, înafara scopului de aplicare a unei HIA, dar foarte util în stabilirea căilor viitoare de monitorizare și evaluare.

Tabelul 6 - Structura unui proiect de raport HIA

1. Cuvânt introductiv	10. Analiza politicilor
2. Cuprins	11. Profil de sănătate
3. Lista figurilor	12. Dovezi din literatură
4. Lista tabelelor	13. Dovezi din partea părților interesate și a persoanelor care dețin informații-cheie
5. Sinteza raportului	14. Analiza impactului

²⁵reperezintă evaluarea critică a manuscriselor transmise revistelor științifice, realizată de către experți care nu fac parte din echipa

6. Introducere	15. Concluzii și recomandări
7. Rezumatul proiectului	16. Monitorizarea și evaluarea
8. Metodologia utilizată	17. Bibliografie
9. Scopul	18. Anexe

2.6.6. Etapa de monitorizare și evaluarea procesului HIA în ansamblu (determinanții pentru sănătate și eficacitatea măsurilor implementate)

2.6.6.1. Monitorizarea procesului HIA

Implică evaluarea proceselor implicate în HIA, impactul HIA asupra procesului de luare a deciziilor și impactul deciziei asupra sănătății.

O abordare cu matrice decizională este folosită pentru a acționa printr-o serie de factori - magnitudinea, frecvența, durata și reversibilitatea - pentru a ajunge la caracterizarea potențialului unui impact negativ sau pozitiv al proiectului asupra fiecărui determinant al sănătății.

Este neobișnuit ca un evaluator extern al HIA să fie însărcinat să efectueze monitorizarea sau evaluarea (cu excepția evaluării procesului), deoarece acestea sunt evenimente care se vor produce în viitor, după încheierea unei HIA. Costurile asociate monitorizării și evaluării pot fi considerabile. Costurile (timpul, aptitudinile și resursele) de monitorizare și evaluare a rezultatelor pot fi considerabil, mai mari decât costurile de realizare a HIA în sine. Acești factori trebuie luați în considerare în timpul etapei de scoping și trebuie dezvoltat un plan realist de monitorizare și evaluare. Este o bună practică de a utiliza cel puțin resursele și de a realiza o evaluare a proceselor. Evaluarea reprezintă un mijloc de responsabilizare față de părțile interesate și oferă informații valoroase pentru practicienii și pentru factorii de decizie care efectuează viitoarele HIA.

2.6.6.2. Evaluarea procesului HIA

Evaluarea procesului implică aprecierea critică a procesului HIA. Evaluatorii ar trebui să păstreze o evidență a informațiilor relevante în timpul desfășurării HIA, de exemplu:

- Cum au fost realizate toate aspectele procesului HIA
- Cine a fost implicat (sau a renunțat)
- Orice barieră care intervine în procesul HIA, de ex. problema accesării datelor
- Orice facilitatori ai procesului HIA, de ex. surse de date utile

Atingerea Termenilor de Referință (ToR) reprezintă punctul central al evaluării procesului. Evaluarea ar trebui să încerce, de asemenea, să identifice cât de util și valoros a fost procesul HIA. Informații de înregistrările evaluatorilor, procesul și metodologia HIA pot fi evaluate utilizând documentele de ieșire HIA, minutele, agendele și alte materiale și obținând opiniile membrilor grupului de conducere și ale altor părți interesate prin interviuri sau chestionare. Evaluatorii pot, de asemenea, să păstreze jurnalele procesului HIA.

Recomandări de monitorizare

Monitorizarea, înregistrarea și raportarea a ceea ce se întâmplă legat de recomandări sprijină evaluarea impactului și a rezultatelor în materie de sănătate

Evaluarea impactului

Evaluarea impactului ia în considerare influența pe care HIA o are asupra procesului de luare a deciziilor. Acest lucru poate fi evidențiat prin modificări ale politicilor sau a proiectelor aflate în discuție. În general, este de natură calitativă și descriptivă.

Rezultatul unei HIA, un set de recomandări bazate pe dovezi, este prezentat unui Grup de coordonare, iar procesul de supraveghere este urmărit prin monitorizare. Este vorba despre preluarea și implementarea ulterioară (sau nu) a recomandărilor care vor determina modificări ale distribuției impactului. Fiecare recomandare poate necesita, prin urmare, monitorizare și evaluare specific.

Pot exista efecte neintenționate asupra procesului de luare a deciziilor, de exemplu prin îmbunătățirea parteneriatului sau prin creșterea profilului sănătății în alte domenii decât sănătatea și acestea trebuie incluse în evaluare.

Modelul logic creat pentru a defini intervenția evaluată, care descrie rezultatele intermediare și pe termen lung pe care trebuie să le atingă HIA, precum și ghidul de dezvoltare a instrumentelor de colectare a datelor.

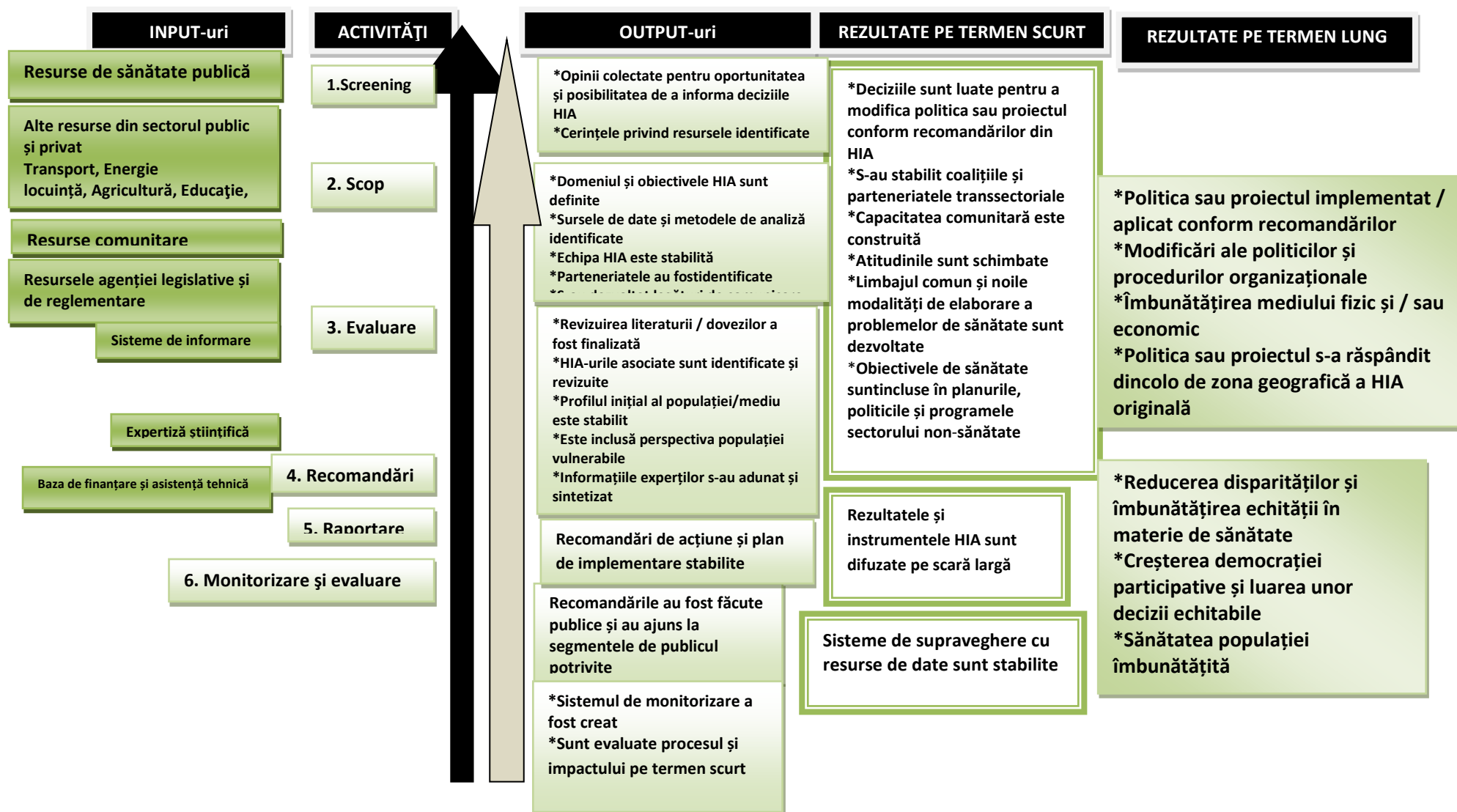


Figura 6 - Ghid dezvoltare instrumente pentru colectarea datelor

Bibliografie

- Abrahams D, Den Broeder L, Doyle C, Fehr R, Haigh F, Mekel O, Metcalfe O, Pennington A, Scott-Samuel A (2004a). EPHIA-European policy health impact assessment: a guide. European Commission, Brussels https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_fre_p_11_en.pdf
- Adler, N., and J. Stewart. 2010. Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Ann. NY Acad. Sci.* 1186:5-23 [http://behaviorchangeresearchnetwork.pbworks.com/w/file/fetch/50565759/Adler%20%26%20Stewart%20\(2010\).pdf](http://behaviorchangeresearchnetwork.pbworks.com/w/file/fetch/50565759/Adler%20%26%20Stewart%20(2010).pdf)
- Adler, N., and J. Stewart. 2010. Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Ann. NY Acad. Sci.* 1186:5-23 [http://behaviorchangeresearchnetwork.pbworks.com/w/file/fetch/50565759/Adler%20%26%20Stewart%20\(2010\).pdf](http://behaviorchangeresearchnetwork.pbworks.com/w/file/fetch/50565759/Adler%20%26%20Stewart%20(2010).pdf)
- Adler, N., J. Stewart, S. Cohen, M. Cullen, A.D. Roux, W. Dow, G. Evans, I. Kawachi, M. Marmot, K. Matthews, B. McEwen, J. Schwartz, T. Seeman, and D. Williams. 2007. Reaching for a Healthier Life: Facts on Socioeconomic Status and Health in the U.S. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health https://macses.ucsf.edu/downloads/Reaching_for_a_Healthier_Life.pdf
- Adler, N., J. Stewart, S. Cohen, M. Cullen, A.D. Roux, W. Dow, G. Evans, I. Kawachi, M. Marmot, K. Matthews, B. McEwen, J. Schwartz, T. Seeman, and D. Williams. 2007. Reaching for a Healthier Life: Facts on Socioeconomic Status and Health in the U.S. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health https://macses.ucsf.edu/downloads/Reaching_for_a_Healthier_Life.pdf
- Arquette, M., M. Cole, K. Cook, B. LaFrance, M. Peters, J. Ransom, E. Sargent, V. Smoke, and A. Stairs. 2002. Holistic risk-based environmental decision-making: A native perspective. *Environ. Health Perspect.* 110(suppl. 2):259-264 <https://pdfs.semanticscholar.org/4e59/0d226be7dbf52c6fb7d7734630b2910f7ac1.pdf>
- Bhatia, R., and A. Wernham. 2008. Integrating human health into environmental impact assessment: An unrealized opportunity for environmental health and justice. *Environ. Health Perspect.* 116(8): 991-1000 <http://www.redalyc.org/pdf/630/63011692017.pdf>
- Clougherty, J.E., J.I. Levy, L.D. Kubzansky, P.B. Ryan, S.F. Suglia, M.J. Canner, and R.J. Wright. 2007. Synergistic effects of traffic-related air pollution and exposure to violence on urban asthma etiology. *Environ. Health Perspect.* 115(8):1140-1146 https://www.researchgate.net/publication/6152993_Synergistic_Effects_of_Traffic-Related_Air_Pollution_and_Exposure_to_Violence_on_Urban_Asthma_Etiology
- Cole, B.L., and J.E. Fielding. 2007. Health impact assessment: A tool to help policy makers understand health beyond health care. *Annu. Rev. Public Health* 28:393-412

- https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.publhealth.28.083006.131942?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
- Cole, B.L., R. Shimkhada, J.E. Fielding, G. Kominski, and H. Morgenstern. 2005. Methodologies for realizing the potential of health impact assessment. *Am. J. Prev. Med.* 28(4):382-389
<https://pdfs.semanticscholar.org/6ce2/89920de1b95373cbdf72a57ca561ea362a80.pdf>
- Corburn, J. 2005. *Street Science: Community Knowledge and Environmental Health Practice*. Cambridge, MA: MIT Press
https://www.researchgate.net/profile/Rebecca_Altman/publication/6360530_Street_Science_Community_Knowledge_and_Environmental_Health_Justice_Jason_Corburn/links/02e7e51e6ed20419fe000000/Street-Science-Community-Knowledge-and-Environmental-Health-Justice-Jason-Corburn.pdf?origin=publication_detail
- Dahlgren G, Whitehead M (1993) Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire. London, King's Fund, accessible in: Dahlgren G, Whitehead M (2007) European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: WHO Regional office for Europe. <http://tinyurl.com/mxmf6x5>
- Dreaves H, Pennington A, Abrahams D (2007) A Health Impact Assessment of Oldham Town Centre Integrated Care Centre. IMPACT, University of Liverpool, Liverpool. <http://tinyurl.com/o6264wk>
- Dreaves, H , Pennington, A and Scott-Samuel, A (2015) *Urban Health Impact Assessment methodology (UrHIA)*. University of Liverpool. ISBN nespecificathttps://www.liverpool.ac.uk/media/livacuk/instituteofpsychology/Urban_HIA_guide_2015.pdf
- ECHP. 1999. *Gothenburg Consensus Paper on health impact assessment: main concepts and suggested approach [online]*, Brussels:European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>
- Fehr,R., Mekel,O. (eds.) (2010): Quantifying the health impacts of policies – Principles, methods, and models. Scientific Expert Workshop, Düsseldorf, Germany, 16 - 17 March 2010. LIGA.NRW. <http://tinyurl.com/bme7j6o>
- Fleishman, J.A. 2005. Demographic and Clinical Variations in Health Status. MEPS Methodology Report No. 15. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD [online].: https://meps.ahrq.gov/data_files/publications/mr15/mr15.pdf
- Green J, Thorogood N (2009) *Qualitative Methods for Health Research*, 2nd Edition. Sage Publications, London. <http://preview.tinyurl.com/px7sfc7>
- Harris, P., B. Harris-Roxas, E. Harris, and L. Kemp. 2007. *Health Impact Assessment: A Practical Guide*. Sidney, Australia: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation, the University of New South Wales. August 2007
<https://healthjusticecop.files.wordpress.com/2015/02/health-impact-assessment-a-practical-guide.pdf>

- Harris-Roxas B, Harris E. Differing forms, differing purposes: A typology of health impact assessment. *Environ Impact Assess Rev.* 2011;31(4):396–403<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195925510000545>
- Hassan, A.A., Birley, M.H., Giroult, E., Zghondi, R., Khan, M.Z. and Bos, R. 2005. Environmental health impact assessment of development projects. A practical guide for the WHO Eastern Mediterranean Region. Jordan: World Health Organization<http://apps.who.int/iris/handle/10665/119765>)
- Health Promotion Division, National Assembly for Wales (1999). Developing Health Impact Assessment in Wales. ISBN 0 7504 2374 9
http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/522/developing_hia_in_wales.pdf
- Health Evidence Bulletins Wales [HEBW] (2008) Quality Assessment Tool – Wales. Citat in
https://www.liverpool.ac.uk/media/livacuk/instituteofpsychology/Urban_HIA_guide_2015.pdf
- Herriott, N., Williams C., (2010). Health Impact Assessment of Government Policy. Department of Health www.dh.gov.uk/publications
- Hjortsberg C. and Ghatneka O. Health Care Systems in Transitions. Sweden. (2001). European Observatory on Health Care Systems.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/96410/E73430.pdf
- Human Impact Partners. 2011. A Health Impact Assessment Toolkit: A Handbook to Conducting HIA, 3rd edition. Oakland, CA: Human Impact Partners
https://humanimpact.org/wp-content/uploads/A-HIA-Toolkit_February-2011_Rev.pdf
- Kemm, J. (2001). Health Impact Assessment: a tool for healthy public policy. *Health Promotion International* 16(1): 79-85
<https://academic.oup.com/heapro/article/16/1/79/615011>
- Lester C., and Temple M. (2002) A Health (Inequality) Impact Assessment of the St. Mellons Link Road Development. Directorate of Public Health and Policy Bro Taf Health Authority
[http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/WiderDeterminantsDocs.nsf/\(\\$All\)/A4EB0AFDA D1489A78025708900301431/\\$File/StMelHIIA.pdf?OpenElement](http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/WiderDeterminantsDocs.nsf/($All)/A4EB0AFDA D1489A78025708900301431/$File/StMelHIIA.pdf?OpenElement)
- Link, B.G., and J. Phelan. 1995. Social conditions as fundamental causes of disease. *J. Health Soc. Behav.* (Spec No):80-94[http://health-equity.lib.umd.edu/4227/1/Link_and_Phelan_\(1995\)-Social_Conditions_as_Fundamental_Causes_of_Disease.pdf](http://health-equity.lib.umd.edu/4227/1/Link_and_Phelan_(1995)-Social_Conditions_as_Fundamental_Causes_of_Disease.pdf)
- Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R, Stewart-Williams J (2004). Equity-focused health impact assessment framework. Collaboration for Health Equity Impact Assessment, Deakin, Australia
http://hiaconnect.edu.au/old/files/EFHIA_Framework.pdf
- Marmot, M., Shipley, E. Brunner, and H. Hemingway. 2001. Relative contribution of early life and adult socioeconomic factors to adult morbidity in the Whitehall II study. *J. Epidemiol. Community Health* 55(5):301-307<https://jech.bmj.com/content/jech/55/5/301.full.pdf>
- Mindell J, Ison E, Joffe M. A glossary for health impact assessment. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:647–651. <https://jech.bmj.com/content/57/9/647>

- Mindell JS, Boltong A, Forde I. A review of health impact assessment frameworks. *Public Health*.2008;122(11):1177–1187<http://discovery.ucl.ac.uk/5218/1/5218.pdf>
- NRC (National Research Council). 2011. *Improving Health in the United States: The Role of Health Impact Assessment*. Washington, D.C.: The National Academies Press.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83546/>
- Oregon Health Authority Center for Health Protection Environmental Public Health Health Impact Assessment: Oregon's Practitioner Toolkit – A handbook for conducting Rapid HIAs (2nd Edition), Oregon Health Authority, January 2015, disponibil la: <https://www.oregon.gov/oha/PH/HEALTHYENVIRONMENTS/TRACKINGASSESSMENT/HEALTHIMPACTASSESSMENT/Documents/HIA%20Toolkit%20second%20ed%202015.pdf>
- Parry J, Stevens A. Prospective health impact assessment: pitfalls, problems and possible ways forward. *BMJ* 2001;323:1177–82
- Pennington A, Dreaves H, Haigh F (2010) *A Comprehensive Health Impact Assessment of the City West Housing and Neighbourhood Improvement Programme*. IMPACT, University of Liverpool, Liverpool. <http://tinyurl.com/p5gcmgu>
- PHAC (Public Health Advisory Committee). 2005. *A Guide to Health Impact Assessment: A Policy Tool for New Zealand*, 2nd Ed. Wellington, New Zealand: PHAC[http://www.moh.govt.nz/NoteBook/nbbooks.nsf/0/D540E1D80F7DB72CCC2578670072F996/\\$file/guidetohia.pdf](http://www.moh.govt.nz/NoteBook/nbbooks.nsf/0/D540E1D80F7DB72CCC2578670072F996/$file/guidetohia.pdf)
- Prüss-Üstün, A. and Corvalán, (2012). *Preventing Disease through Healthy Environments. Towards an Estimate of the Environmental Burden of Disease*. France: World Health Organisation).<http://www.mdpi.com/1660-4601/9/5/1523>
- Quigley, R., L. den Broeder, P. Furu, A. Bond, B. Cave, and R. Bos. 2006. *Health Impact Assessment: International Best Practice Principles*. Special Publication Series No. 5. Fargo: International Association for Impact Assessment. September 2006 [online]. Available: [http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5 .pdf](http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5.pdf)
- Roemmich, J.N., Epstein L.H., Raja, S., *The Neighborhood and Home Environments: Disparate Relationships With Physical Activity and Sedentary Behaviors in Youth* Available from: https://www.researchgate.net/publication/6514211_The_neighborhood_and_home_environments_Disparate_relationships_with_physical_activity_and_sedentary_behaviors_in_youth [accessed Aug 13 2018]
- Salinas-Miranda, Abraham A., "Social Determinants of Racial and Ethnic Disparities in Perinatal Morbidity: Social Origins of Perinatal Health Study" (2013). Graduate Theses and Dissertations. <http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6133&context=etd>
- Secretary of State for Health. *Saving lives: our healthier nation*. London: Stationery Office; 1999. Disponibil la: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf

- Siegrist, J. 1996. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J. Occup. Health Psychol.* 1(1):27-41 <https://pdfs.semanticscholar.org/79da/fe09b439dff93d0cf4f4a0d231fff321e0a4.pdf>
- UNECE (United Nations Economic Commission for Europe). 2003. Protocol on Strategic Environmental Assessment to the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context, Extraordinary Meeting of the Parties to the ESPOO Convention, May 21, 2003, Kyiv [online]. https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=XXVII-4-b&chapter=27&clang=_en
- WHIASU - Welsh Health Impact Assessment Support Unit, (2004). Improving Health and Reducing Inequalities, A practical guide to health impact assessment. <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/522/Whiasu%20Guidance%20Report%20%28English%29%20V2%20WEB.pdf>
- WHO. (World Health Organization) 1997b. Report on a Conference on Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the 21st Century, 20–23 April 1997, Halifax, Nova Scotia, Canada [online], World Health Organization and the Canadian Public Health Association. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63657/WHO_PPE_PAC_97.6.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO (World Health Organization). 1999. Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approaches-the Gothenburg Consensus Paper. Brussels: European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/09-068510/en/>
- WHO.(World Health Organization) Executive Board Room, Rehabilitation 2030 a call for action. Raising awareness for the need of rehabilitation. 2017, WHO Headquarters. Geneva <http://www.who.int/disabilities/care/1600-Raising-awareness-Condition-specific-organizations.pdf>
- Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J. The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2007 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf
- World Bank Group. International Finance Corporation.(2009), Introduction to Health Impact Assessment. <https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/a0f1120048855a5a85dcd76a6515bb18/HealthImpact.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=a0f1120048855a5a85dcd76a6515bb18>
- Youker BW (2007). International Association for Impact Assessment. *JMDA*, 2(2):125-9 http://journals.sfu.ca/jmde/index.php/jmde_1/article/download/130/145

Capitolul III. Folosirea unor aplicatii IT pentru HIA

3.1. INTRODUCERE

Înțelegerea datelor, a instrumentelor, a modelelor, a metodelor și a altor resurse disponibile pentru realizarea evaluărilor HIA va contribui la avansarea comunității de practici în domeniul HIA, la îmbunătățirea calității și a rigurozității evaluărilor care se bazează deciziile părților interesate și politice și, eficacitatea generală a HIA pentru promovarea comunităților sănătoase și durabile.

Evaluarea impactului asupra sănătății (HIA) a propunerilor de politică devine o practică obișnuită. HIA reprezintă o abordare largă cu cuantificarea impactului opțiunilor de politică în centrul său. Cu toate acestea, nu există niciun instrument standard și nu este clar dacă un model curent poate servi drept standard pentru domeniu (Lhachimi și colab. 2010).

Unele organizații și persoane folosesc termenul "evaluare comparativă a riscurilor" interschimbabil cu evaluarea impactului asupra sănătății. Acesta este motivul pentru care mai multe "HIA" publicate sunt de fapt evaluări ale riscului populației. Personalul implicat în HIA trebuie să fie conștient de faptul că apare o astfel de etichetare (O'Connell E. și F. Hurley, 2009).

Evaluarea impactului asupra sănătății (HIA) este un domeniu relativ nou. S-a realizat un inventar al resurselor și instrumentelor HIA disponibile, cu accent pe resursele dezvoltate în SUA. Resursele și instrumentele disponibile pentru practicienii HIA în activitatea lor au fost identificate prin mai multe metode și compilate într-o listă cuprinzătoare.

Compilația include instrumentele și resursele legate de procesul HIA în sine și cele care pot fi utilizate pentru a colecta și analiza date, pentru a stabili un profil de bază, pentru a evalua impacturile potențiale asupra sănătății și pentru a stabili criterii de referință și indicatori pentru monitorizare și evaluare. Aceste resurse includ baze de date și statistici, date și statistici, linii directoare, repere, instrumente decizionale și de analiză economică, modele științifice, metode, cadre, indici, cartografiere și diverse instrumente de colectare a datelor.

3.2. INSTRUMENTE, APLICATII, MODELE HIA

3.2.1. DYNAMO-HIA (DYNAMIC MODELING for Health Impact Assessment)

Istoricul factorilor de risc reprezintă o parte crucială a simulării. Acestea trebuie să fie specificate pentru un scenariu de referință și pentru situația de după implementarea politicii.

DYNAMO-HIA (Modelul DYNAMIC pentru evaluarea impactului asupra sănătății) este un instrument special conceput pentru a ajuta în etapa de cuantificare a HIA. Utilizatorul poate importa și utiliza propriile sale date pentru a adăuga și a analiza bolile sau populațiile care sunt de interes.

Seturile de date prestabilite privind factorii de risc actuali și rezultatele de sănătate sunt furnizate împreună cu descărcarea software-ului. Sunt furnizate date despre trei factori de risc: fumatul, consumul de alcool și indicele de masă corporală (IMC) și zece efecte asupra stării de sănătate: boli cardiace ischemice, accident vascular cerebral, diabet, cancer

colorectal, cancer de sân, cancer pulmonar, cancer cavității bucale, cancer esofagian, Bronhopneumopatie obstructivă cronică. și mortalitatea cauzată de toate cauzele. Instrumentul este adaptabil și poate fi extins cu alți factori de risc și cu rezultatele în domeniul sănătății.

DYNAMO-HIA a fost conceput special pentru a cuantifica impactul factorilor de risc specificați de utilizatori și datorati politicilor sau intervențiilor pe diverse și multiple boli asupra sănătății populației globale. Folosind o abordare de modelare bazată pe modelul/lantul Markov care permite existența unor stări explicite ale factorilor de risc, aceasta simulează dinamic o populație din viața reală. Modulul încorporat de estimare a parametrilor, asigură faptul că numai în standardul epidemiologic sunt necesare date despre incidență, prevalență și mortalitate. DYNAMO-HIA oferă o colecție bogată de modele date ca și exemple - cum ar fi speranța de viață, ratele de mortalitate / supraviețuire și perioada prevalenței - în funcție de vârstă, sex și statutul de factor de risc în timp (Lhachimiși colab., 2012)

Dezvoltat de: Comisia Europeană, Direcția Generală Sănătate și Consumatori.

Parteneri asociați: Olanda, Spania, Marea Britanie, Irlanda, Italia

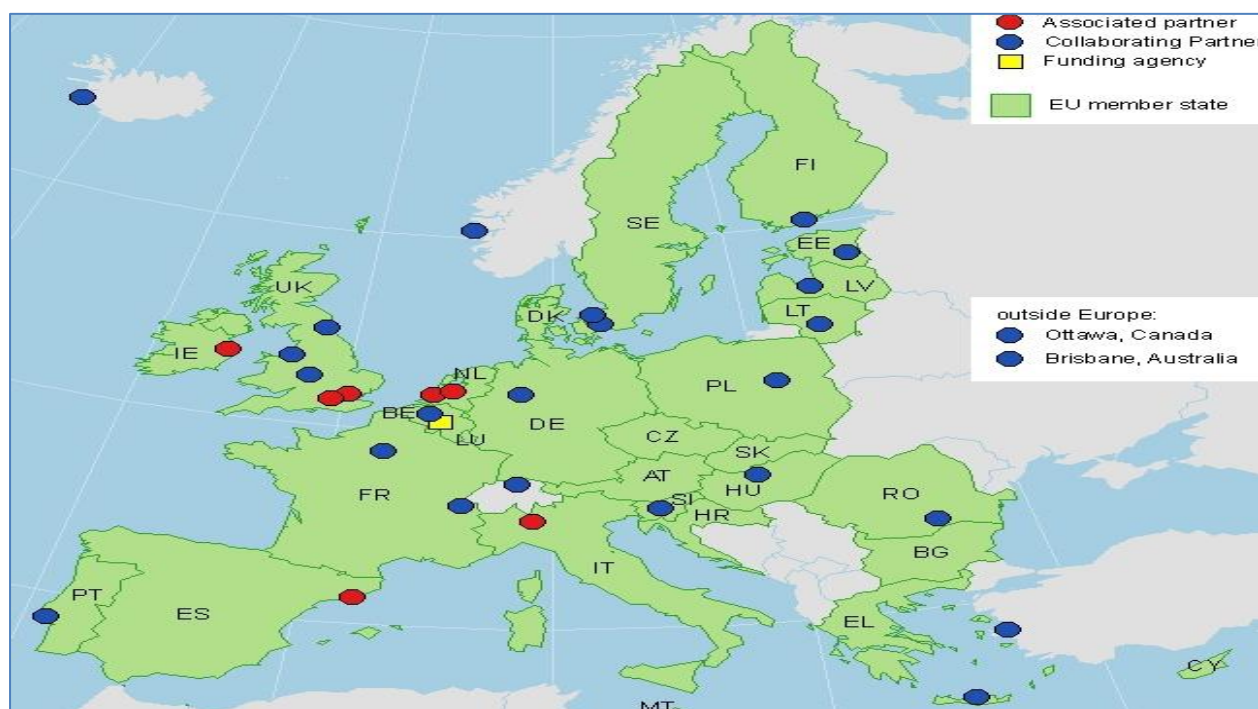


Figura 7 - Parteneri asociați DYNAMO HIA

STRUCTURA APLICATIEI

Dynamo-HIA este structurat în două mari categorii:

1. Reference DATA, structurat în:

- Diseases
 - Cancer de sân
 - Cancer colorectal

- COPD
- Diabet
- Cancer esofagian
- Boala coronariana ischemica
- Cancer cavitate bucala
- Cancer pulmonar
- Cancer cerebral
- Mortalitate, indiferent de cauză
- Population
 - Nou-nascuti
 - Dizabilitatea generală
 - Mortalitatea totală
 - Populatie totala
- Risk Faktors
 - Alcool_cat5
 - IMC_cat3
 - IMC_cont
 - Fumat_cat3
 - Fumat_dur

2. **Simulation**, alcatuit din:

- Configuration
- Model Configuration
- Parameters
- Results

Exemple/imaginiDynamo-HIA

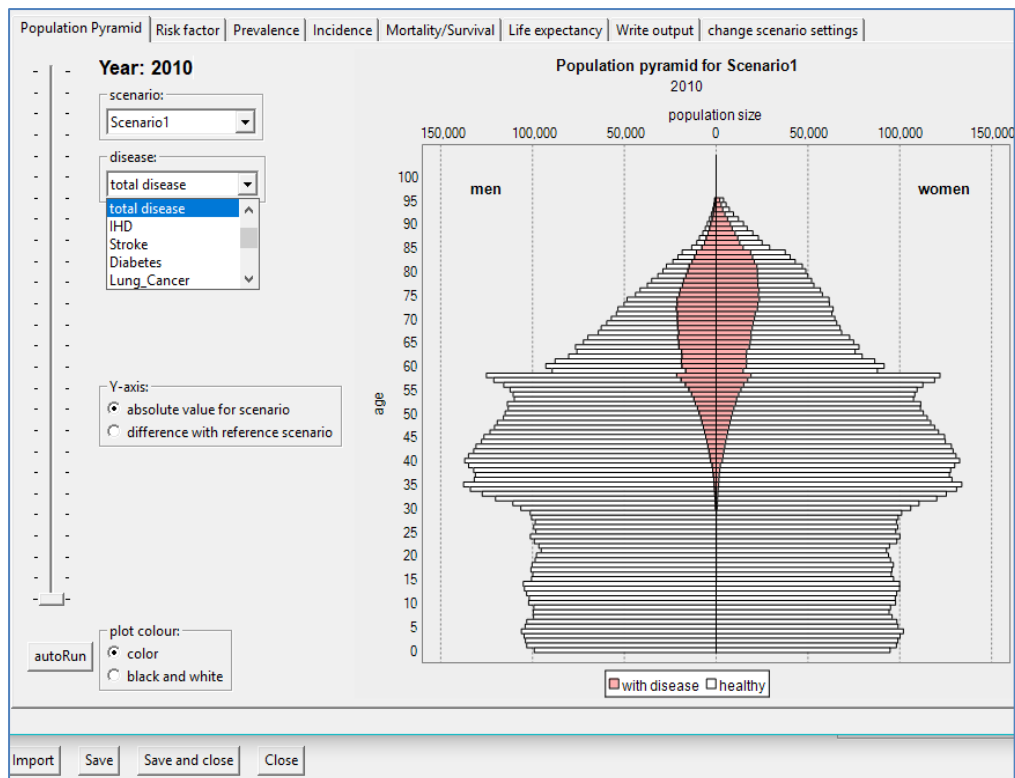


Figura 8 - Schema grafica tip piramida in functie de boala, avand ca date populatia

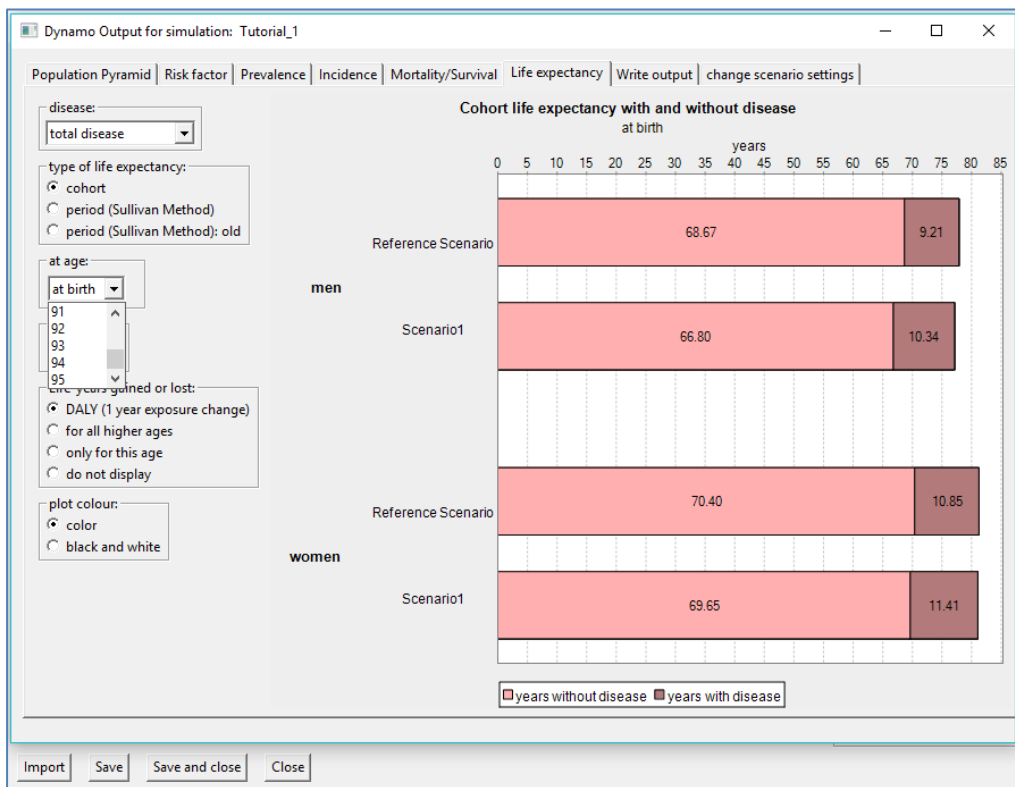


Figura 9 - Schema grafica in functie de boala si durata de viata, avand ca date populatia

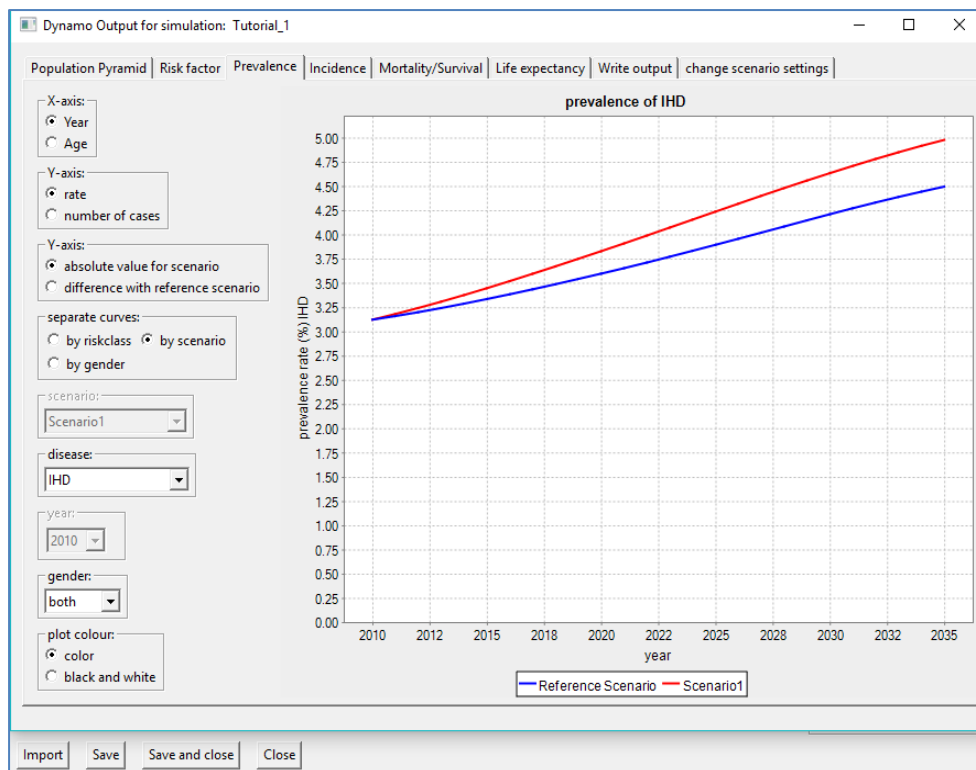


Figura 10 - Prevalenta

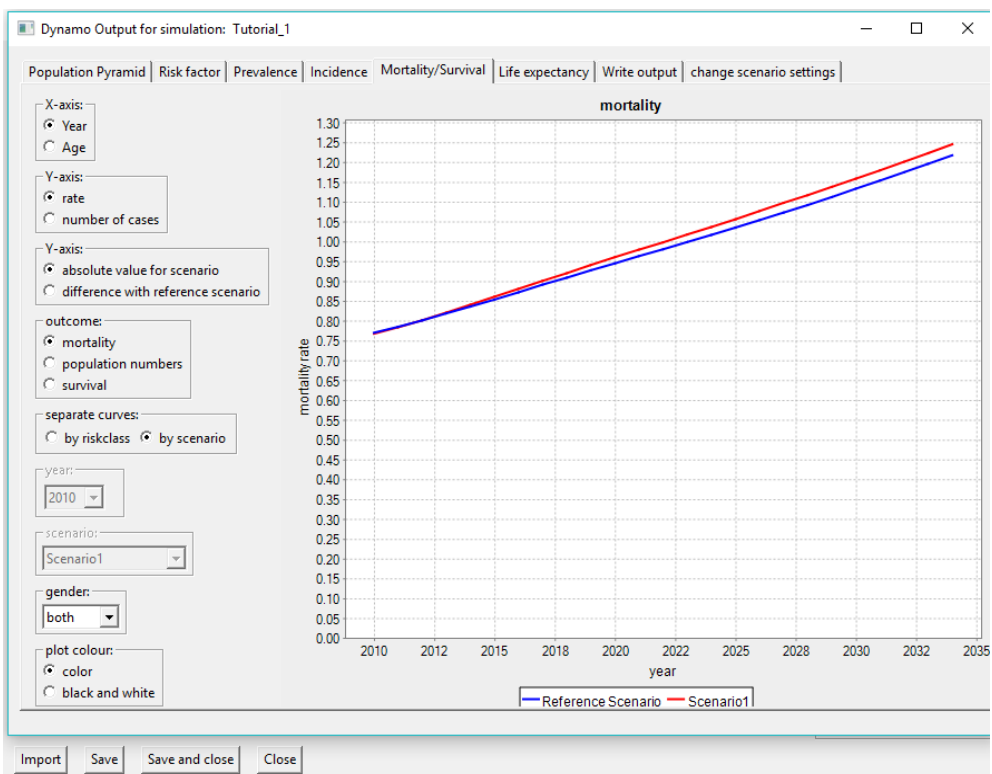


Figura 11 - Mortalitatea

3.2.2. Analytica 101

Analytica este un pachet software vizual dezvoltat de Lumina Decision Systems pentru crearea, analizarea și comunicarea modelelor de decizie cantitative. Ca mediu de modelare, Analytica 101 combină diagramele de influență ierarhică pentru crearea vizuală și vizualizarea modelelor, matrice inteligente pentru lucrul cu date multidimensionale, simularea Monte Carlo pentru analiza riscului și incertitudinii și optimizarea, inclusiv programarea liniară și neliniară. Designul său, în special diagramele sale de influență și tratamentul incertitudinii, se bazează pe idei din domeniul analizei deciziei. Ca limbaj de calculator, se remarcă o combinație a unei structuri declarative (non-procedurale) pentru transparența referențială, abstractizarea matricilor și întreținerea automată a dependenței pentru o secvențiere eficientă a calculului.

Analytica rulează de 5 până la 10 ori mai rapid decât foile de calcul Excel. Și mai important, se pot construi modele de 2 până la 4 ori mai repede. Modelele sunt de 10 până la 100 de ori mai mici decât fișierele Excel echivalente și, în consecință, mai ușor de construit și explicat.

Cu Analytica se pot construi, naviga și prezenta modelele cu diagrame de influență intuitivă. Se remarcă prin ilustrarea distinctivă a formelor geometrice utilizate ca și decizii, incertitudini și obiective.

Analytica are inclus în pachet analiza Monte Carlo.²⁶ Metodele Monte Carlo (sau experimentele Monte Carlo) reprezintă o clasă largă de algoritmi computaționali care se bazează pe recoltarea aleatorie repetată pentru a obține rezultate numerice. Ideea lor esențială este folosirea aleatorie pentru a rezolva probleme care ar putea fi în principiu deterministe. Ele sunt adesea folosite în probleme fizice și matematice și sunt cele mai utile atunci când este dificil sau imposibil să se utilizeze alte abordări. Metodele Monte Carlo sunt utilizate în principal în trei clase de probleme: optimizarea, integrarea numerică și generarea unor trageri dintr-o distribuție a probabilităților (Paltani, 2010).

Dezvoltat de: Lumina Decision Systems

Continut/Modele Analytica 101

- Risk Analysis - Acest model demonstrează analiza risc / beneficiu, în acest caz în ceea ce privește beneficiile reducerii emisiilor de poluanți în aer "TXC".

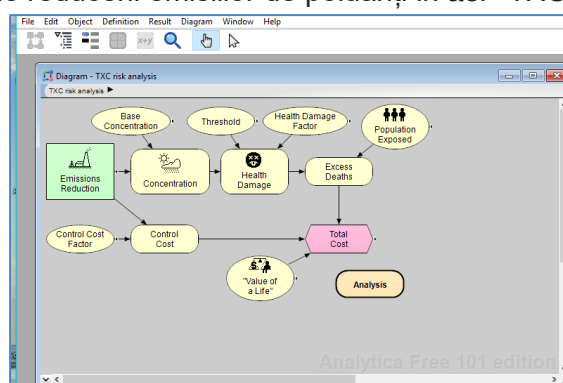


Figura 12 - Diagrama – Analiza de risc

²⁶<http://www.lumina.com/products/analytica-editions/>

- Dynamic Models, alcatuit din: Disease establishment; Leveling; Markov Chain; Mass Spring Damper; Mean reversion trading; Minimal edit distance; Optimal Path Dynamic Programming; Parking Spot Dynamic Program; Projectile Motion; Tunnel through earth; Unequal time steps

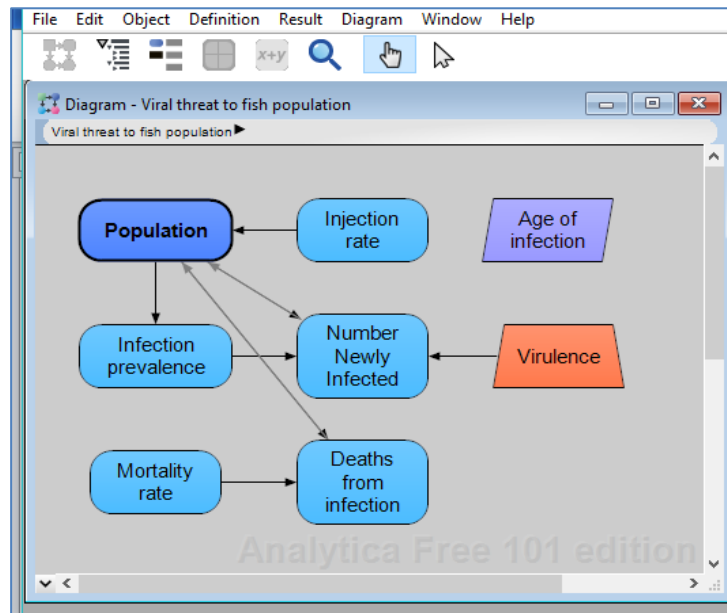


Figura 13 - Diagrama – amenintari virale asupra populatiei

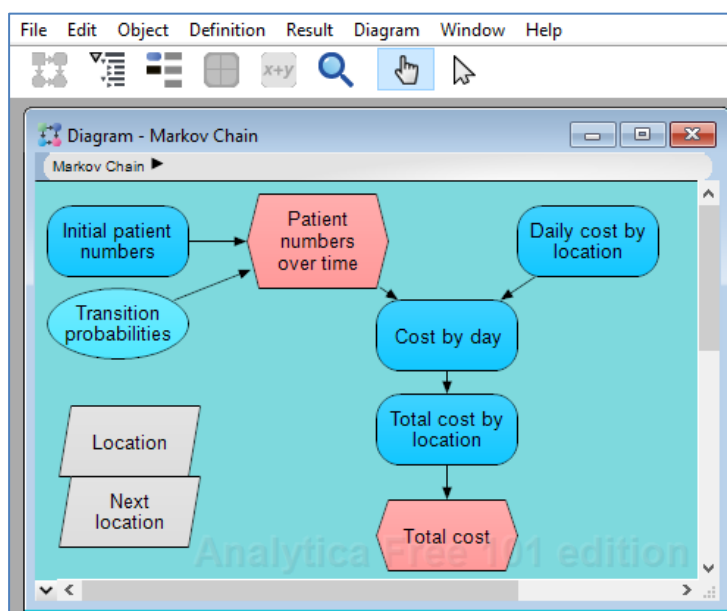


Figura 14 - Diagrama – Markov Chain

- Rent vs Buy -Model financiar care compară valoarea actuală netă a chiriei vs. cumpărarea unei case.

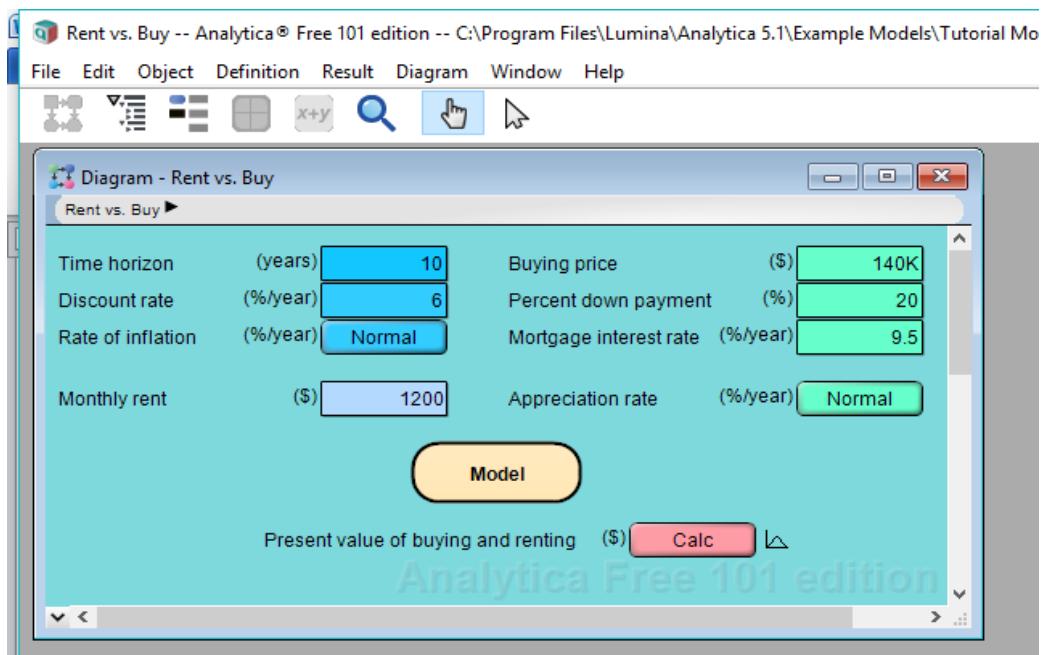


Figura 15 - Diagrama – Inchiriat contra cumparat

- Bond Models - Acest model de obligațiuni utilizează intrări tipice de cumpărare a obligațiunilor (prețul de cumpărare, valoarea nominală, rata dobânzii și durata de viață până la scadență) și calculează fluxurile de numerar, randamentul curent și randamentul la scadență.

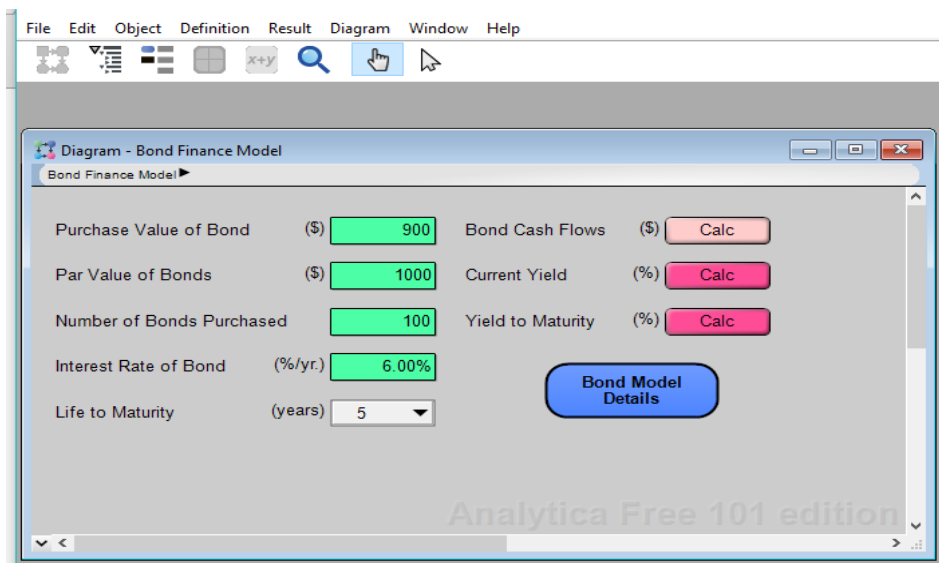


Figura 16 - Diagrama – model obligatiuni finantare

- Business

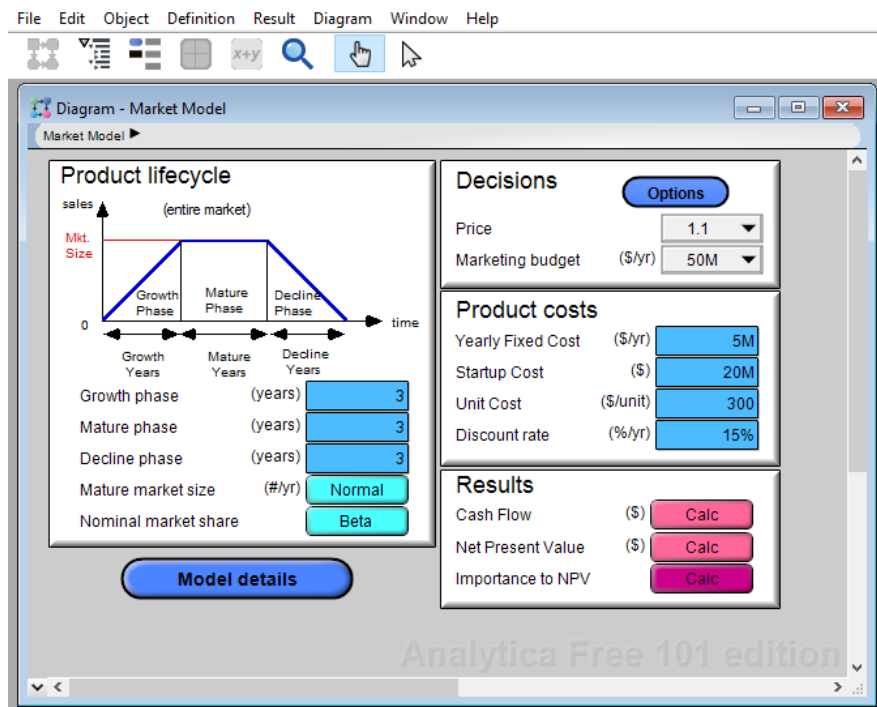


Figura 17 - Diagrama – model de piața

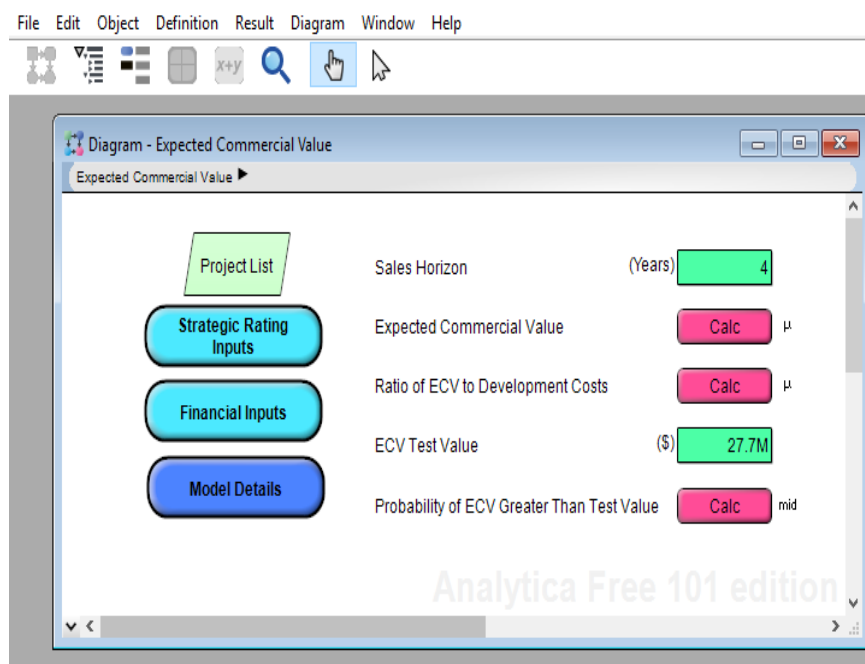


Figura 18 - Diagrama – model valoare comerciala

- Decision Analysis

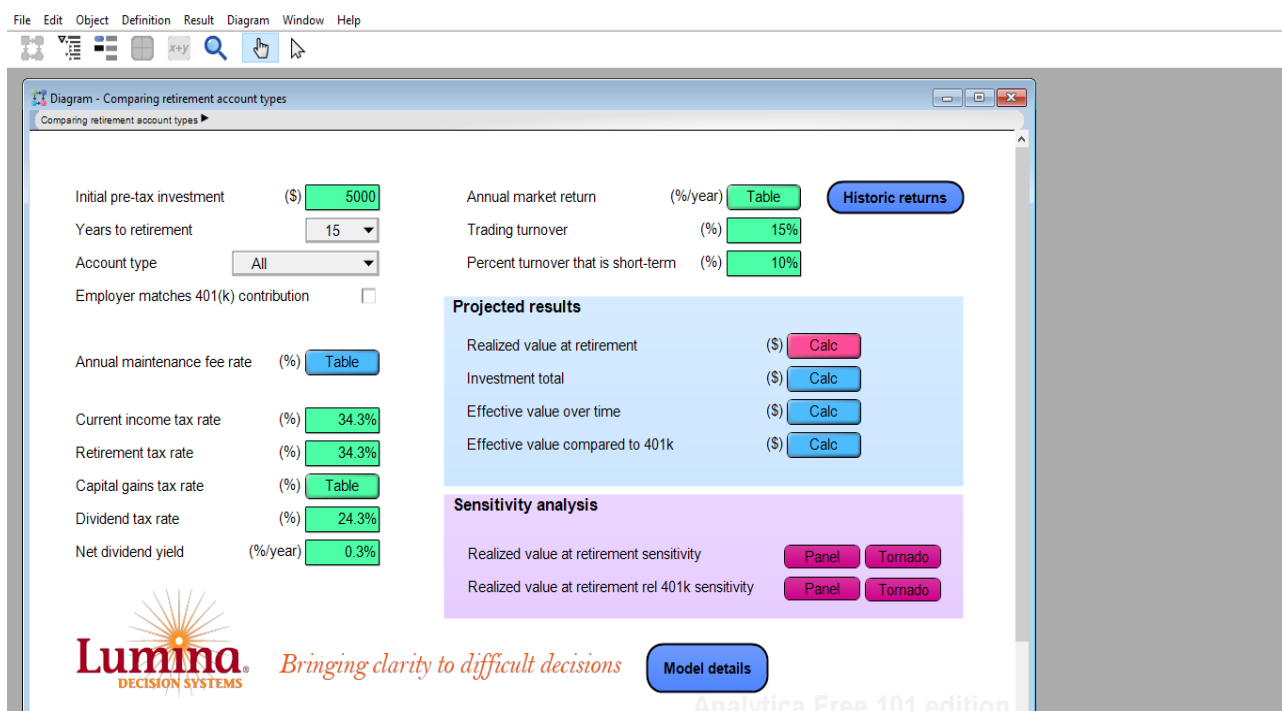


Figura 19 - Diagrama – model comparare tip cont de pensionare

- Engineering
- Function
- Optimizer

3.2.3. CheemSTEER (Chemical Screening Tool for Exposures and Environmental Releases)

Instrument pentru screeningul chimic al expunerilor și emisiilor în mediu (ChemSTEER) este un software dezvoltat de Oficiul pentru Protecția Mediului din SUA (EPA) de prevenire a poluării toxice (OPPT).

ChemSTEER generează estimări la nivel de screening pentru mediul liberarea și expunerea lucrătorilor la un produs chimic fabricat și utilizat în industrie (adică locurile de muncă). Instrumentul conține, de asemenea, date și metode de estimare pentru evaluarea utilizării chimice în sectoare industriale / comerciale comune (de exemplu, rafinare pentru automobile) și utilizări chimice funcționale (de exemplu, agent de aderență în adeziv).

ChemSTEER a fost dezvoltat pentru utilizatorii care au cunoștințe tehnice pentru a sprijini EPA în evaluarea potențialelor expuneri și riscuri pentru substanțele chimice. Atunci când sunt disponibile, informații suplimentare, date și instrumente mai riguroase sunt utilizate pentru îmbunătățirea estimării expunerilor și riscurilor pentru astfel de decizii. O altă aplicație primară este de a evalua existența produselor chimice, cum ar fi substanțele chimice care fac obiectul programului HPV (High Production Volume – volum mare de producție), pentru care datele de monitorizare sunt insuficiente sau indisponibile. Cu toate acestea, nu se intenționează

utilizarea lui ChemSTEERca înlocuitor pentru colectarea și raportarea datelor de monitorizare a mediului și a sănătății umane.

Metodele și modelele lui ChemSTEER sunt în primul rând destinate să evalueze sursele comune la locurile de muncă, precum și activitățile cu potențial de expunere a lucrătorilor care sunt specifice unui anumit domeniu din industrie (de exemplu, overspray de la refacerea corpului auto, depozitul de vopsea pentru textile etc.) și alte surse la locurile de muncă precum și activitățile cu potențial de expunere a lucrătorilor care sunt "aplicabile pe scară largă" la numeroase locuri de muncă (de exemplu, lichidul semi-volatil cu tobe, cântărirea unor volume mici de pulberi,etc). Metodele și modelele din ChemSTEER au fost supuse unui EPA internși cele mai multe au fost utilizate în mod extensiv în evaluările EPA pentru mai mult de 10 ani. (USEPA, 2013)

Dezvoltat de: U.S. Environmental Protection Agency (EPA)

Exemple/imaginiChemSTEER

ChemSTEER 08/02/2013 Version, PMN13-9999

File Edit Preferences Reports Help

1. General Information

Click the "Update General Information" button at the bottom of the screen to add assessment information. Key case identification information includes Assessment Type, Fiscal Year, and Assessment Identifier. Click the "Update Revision Notes/Assessment Overview" button to include key details for the IIRER.

Assessment Type: PMN
Status: CEB Staff Draft
Fiscal Year: 13
Assessment Identifier: 9999
Date: 07/1

Assessors:
Name: John Smith
Affiliation: EPA
Phone:
Email:
Company Name: Chemical Company
Street Address:
City:
State: Zip:

Consolidated:
Revision Notes:

General Information Actions
Update General Information View/Update Contact Report(s) Update Revision Notes / Assessment Overview

Pot exista mai multe evaluări salvate într-un singur fișier de bază de date. Aceste patru elemente cheie sunt utilizate împreună pentru a distinge evaluare de la alții salvate în cadrul unui fișier de bază de date comun, similar cu numele de fișier unic utilizate într-un singur director pe calculatorul tau.

Faceți clic pe butonul Actualizare informații generale pentru a adăuga sau a modifica informațiile generale.

Figura 20 - Diagrama – informații generale

ChemSTEER 08/02/2013 Version, PMN13-9999

File Edit Preferences Reports Help

1. General Information

2. Chemical Properties

Click the "Update Chemical Information" button at the bottom of the screen to add information about the chemical of interest. Parameters with red labeling are often important defaults used in mass balance, container, and model calculations.

Chemical Name:

Chemical Category:

Trade Name(s):

Chemical CAS Number: Molecular Formula:

Total Assessed Production Volume (PV): 10000 kg/yr

Imported Production Volume (PVI): kg/yr

Domestic Production Volume (PVD): 10000 kg/yr

Type of Notice/Manufacturing:

Vapor Pressure (VPchem): 1E-06 torr at C

Molecular Weight (MW): 4790 g/mol

Density (Dchem): 1 g/cm3 at C

Solubility in Water (WSchem): Dispersible

General Description of End Use(s):

Chemical Intermediate:

Chemical Information Actions

Update Chemical Information View Exposure Limits

Faceti clic pe butonul Actualizare informații chimice pentru a adăuga sau a modifica informațiile chimice.

Câmpurile evidențiate în roșu sunt necesare intrări pentru multe dintre lui ChemSTEER calculele de masă balanță, emisiuni și expunerilor lucrătorilor.

Figura 21 - Diagrama – proprietati chimice

ChemSTEER 08/02/2013 Version, PMN13-9999

File Edit Preferences Reports Help

1. General Information

2. Chemical Properties

3. Operations

Click the "Add/Update Operations" button below to add or remove an operation from your assessment. To view more information about an operation or modify its properties (e.g., its relationship to other operations in the assessment), select it in the list below and click on the appropriate subtab.

Manufacturing: Batch

Use: Chemical Intermediate

3a. Relationships 3b. Description 3c. Physical States 3d. Sources/Activities 3e. Site Information

Click the "Update Relationships" button below to update the default operations and to allow ChemSTEER to process the assessment.

Subcategoriile 3a-3e sunt listate în partea de jos a ecranului; fiecare subtabul trebuie completat pentru fiecare operațiune listată mai sus.

Operațiile sunt listate în partea superioară a ecranului.

Subsequent Operations:

Subsequent Operation	Percent of PV	PVop (kg/yr)
Use: Chemical Intermediate	100	10,000

Operation Actions

Update Relationships

Figura 22 - Diagrama – operatii

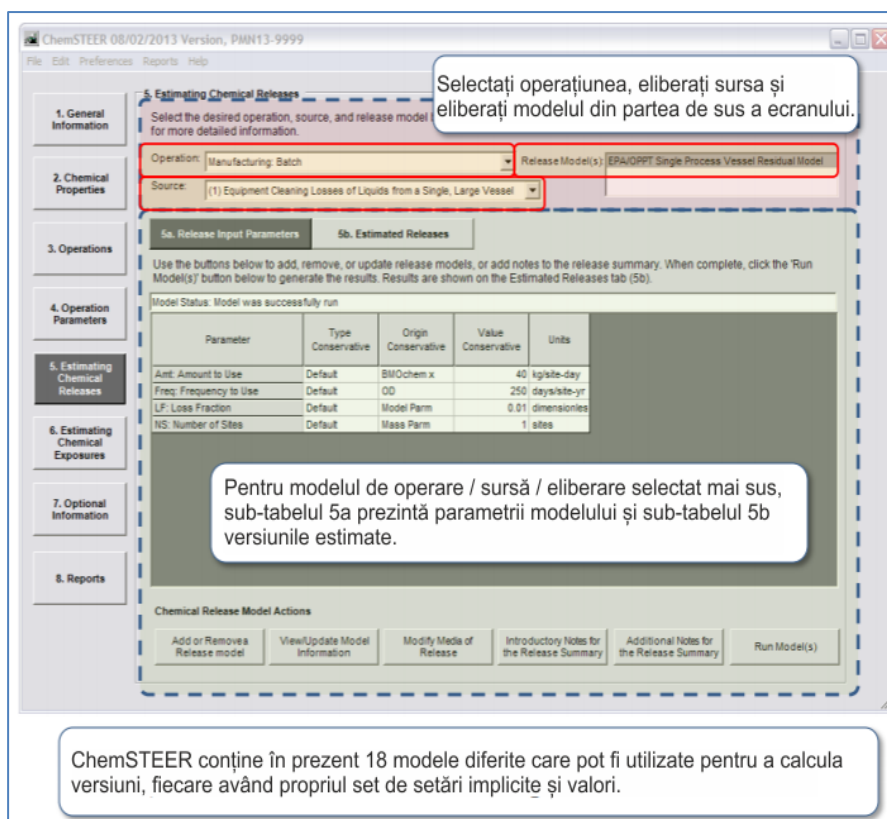


Figura 23 - Diagrama – Estimare emisii chimice

3.2.4. COBRA - CO-Benefits Risk Assessment Health Impacts Screening and Mapping Tool

COBRA este un instrument de screening care oferă estimări preliminare ale impactului modificărilor emisiilor de poluare asupra poluării atmosferice a pulberilor în suspensie (PM) concentrându-se astfel pe impactul asupra sănătății.

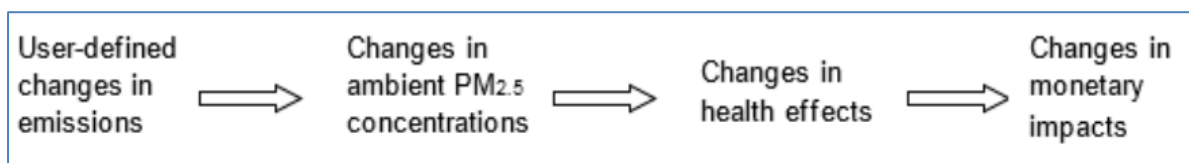


Figura 24 - Model screening poluare atmosferica

Modelul nu necesită expertiză în modelarea calității aerului, evaluarea efectelor asupra sănătății, sau evaluarea economică. Construite în COBRA sunt stocurile de emisii, modele simplificate privind calitatea aerului, ecuațiile de impact asupra sănătății și evaluările economice gata de utilizare, bazate pe presupuneri că EPA utilizează în prezent cele mai bune estimări rezonabile. COBRA permite, de asemenea utilizatorilor avansați să-și importe propriile seturi de date privind stocurile de emisii, populația, incidența, funcțiile de impact asupra sănătății și funcțiile de evaluare. Analizele pot fi efectuate la nivel de țară sau județ și între cele 14 categorii principale de emisii (aceste categorii se numesc "niveluri") incluse în inventarul național de emisii. COBRA are ca rezultat o formă tabulară și geografică și permite analiștilor de politici să obțină o primă ordine și armonizarea beneficiilor diferitelor scenarii de

atenuare luate în considerare. Cu toate acestea, COBRA este doar un instrument de screening.

COBRA permite utilizatorilor să evalueze calitatea aerului, sănătatea umană și beneficiile economice aferente (excluzând economiile de costuri energetice) ale politicilor sau programelor de energie curată; și aproximează rezultatele politicilor privind energia curată care schimbă emisiile de particule în suspensie 2,5 (PM2,5), dioxid de sulf (SO2), oxizi de azot (NOX), amoniac (NH3) și compuși organici volatili (COV), regional sau național

COBRA conține estimări detaliate privind emisiile de PM2,5, SO2, NOX, NH3 și VOC pentru anul 2017, așa cum au fost elaborate de Agenția de Protecție a Mediului din SUA. Utilizatorii își creează propriul scenariu prin specificarea creșterilor sau scăderilor la estimările emisiilor de bază. Schimbările de emisii pot fi introduse la nivel județean, de stat sau național, iar rezultatele pot fi modelate la nivel național sau pentru zone geografice mai mici.

COBRA utilizează un model de calitate a aerului redus, modelul Sursă-Receptor (S-R), pentru a estima efectele modificărilor de emisie asupra PM ambientală.

Dezvoltat de: U.S. Environmental Protection Agency (EPA)

Exemple/imagini COBRA

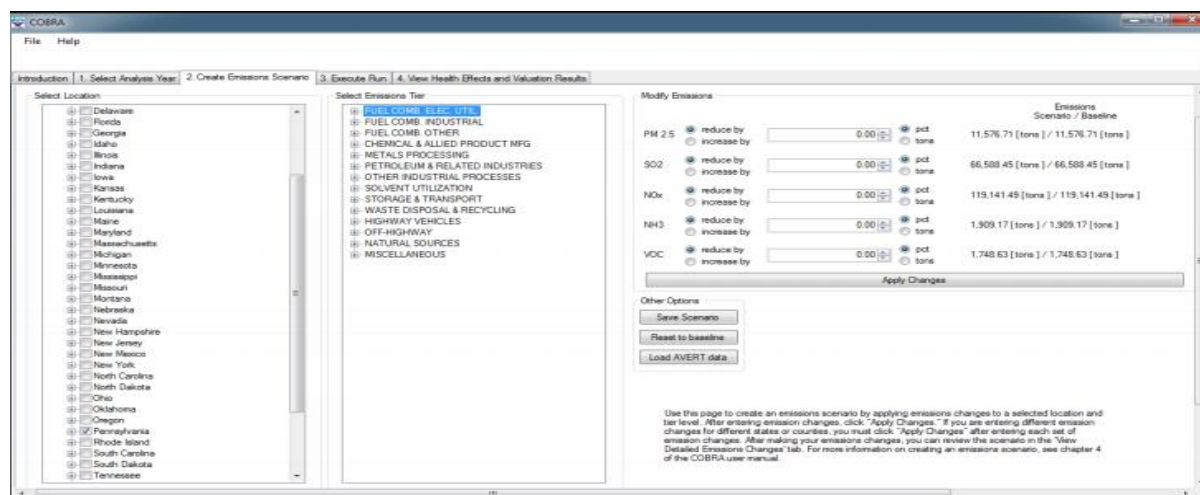


Figura 25 - Creare scenarii in functie de tipul de emisii

[Introduction](#) |
 [1. Select Analysis Type](#) |
 [2. Create Emissions Scenarios](#) |
 [3. Execute Run](#) |
 [4. View Health Effects and Validation Results](#)

[Emissions Scenarios](#) |
 [View Emissions Map](#) |
 [View Detailed Emissions Changes](#)

The data grid below will show a detailed record of the emissions changes occurring under the current scenario

FIPS	State	County	TIER 1	TIER 2	TIER 3	TYPE	MODEPSE	Base H2S	Base SO2	Base NH3	Base PM 2.5	Base VOC	Control S1	Control S2	Control S3	Control S4	
Contains	Contains	Contains	Contains	Contains	Contains	Contains	Contains	Equals	Equals	Equals	Equals	Equals	Equals	Equals	Equals	Equals	
								Total 695	Total 195	Total 1237	Total 176	Total 895	Total 478	Total 141	Total 667		
42005	Pennsylvania	Allegheny County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	MEDSUM		4095.652	1048.963	21,293.58	171.0478	1,577.4419	1091.221	17,464.03	178.2339		
42005	Pennsylvania	Armstrong County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	HIGH		11254.91	1762.815	34,293.96	391.1624	85,562.13	945.689	133,961	251,086	446.718	
42005	Pennsylvania	Armstrong County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	HIGH		10966.71	1779.262	34,245.08	394.903	86,615.17	939.874	133,646	250,634	445.132	
42007	Pennsylvania	Beaver County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	LOW		113.9495	126.368	0.256136	0.00473489	0.000275	89.28718	94.76054	0.178605	1.989259	
42007	Pennsylvania	Beaver County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	MEDSUM		188375.41	17495.07	111,139.7	1106.307	222,7194	126,061.7	13123.35	83,9128	239,808	
42007	Pennsylvania	Beaver County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	MEDSUM		888.3476	157.463	6.5740676	18.69444	121.0451	866.2615	1243.081	430,0337	292,803	
42063	Pennsylvania	Indiana County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	HIGH		13940.47	3366.87	65,267.91	1690.284	10,605.18	14,015.15	777,1481	114,9496	126,713	
42063	Pennsylvania	Indiana County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	HIGH		7730.069	4129.258	25,527.50	581.2905	10,035.00	5,644.805	113,9443	19,14952	457,404	
42063	Pennsylvania	Indiana County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	HIGH		4784.101	4900.445	25,040.77	17,220.81	50,06794	10,732.07	3,060.332	18,75362	426,194	
42090	Pennsylvania	Montour County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	HIGH		9102.891	2964.368	28,675.02	686.9712	16,990.03	6,682.863	547,126	34,0125	161,204	
42090	Pennsylvania	Montour County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	HIGH		7286.191	1900.818	28,127.47	687.5472	16,254.86	57,4463	3425.644	13,8496	100,6604	
42123	Pennsylvania	York County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	LOW		265.6228	115.0233	1,802.68	14,396.78	2,035.947	125.4675	86.26751	1,261,778	15,7979	
42131	Pennsylvania	York County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	MEDSUM		8094.146	1781.315	28,147.98	687.2522	16,331.79	6753.208	4315.882	216,790	447,7891	
42131	Pennsylvania	York County	FUEL COMB. ELEC.	COAL	STEAMHOUSE	HIGH		8457.751	4081.137	28,462.98	7760.618	19,980.19	7093.158	3960.853	22,26294	382,6135	
42003	Pennsylvania	Allegheny County	FUEL COMB. ELEC.	GAZ	NATURAL	LOW		85.6484	0.0187	8.838	2.838518	1.0813	22.98705	0.193705	0.4541	1.143529	
42012	Pennsylvania	Berks County	FUEL COMB. ELEC.	GAZ	NATURAL	LOW		6.81	0.0054	0.02	0.00926	1.8	0.6425	0.00033	0.015	0.00019	

Figura 26 - Creare scenarii in functie de tipul de emisii – vizualizare in detaliu

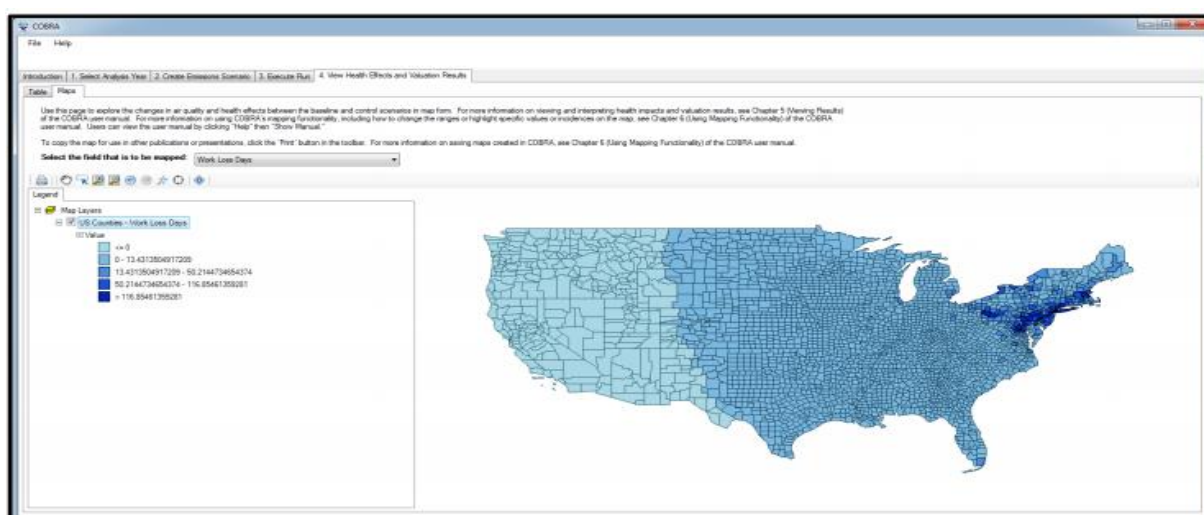


Figura 27 - Vizualizare rezultate efecte pe sănătate sub forma de lavare

3.2.5. DisMod II

DisMod II este un instrument care ajută la estimarea epidemiologiei unei boli. DisMod II ține cont de faptul că incidența bolii, prevalența, remisia, riscul de deces și mortalitatea nu sunt variabile independente.

Istoria DisMod II este strâns legată de cea a studiului Global Burden of Disease. Pentru studiul Global Burden of Disease 1990, un program de calculator numit DisMod a fost dezvoltat pentru același scop și folosit pe larg. Pe baza experienței utilizatorilor sa decis să dezvolte un nou model DisMod pentru studiul Global Burden of Disease 2000 care urmează aceleași principii, dar evită unele probleme ale vechiului DisMod și adaugă o serie de caracteristici noi. Obiectivele de proiectare pot fi rezumate astfel:

În timp ce DisMod II a fost dezvoltat din perspectiva studiului Global Burden of Disease, acesta poate fi util pentru epidemiologi și cercetători în domeniul sănătății publice sau oricare altcineva care încearcă să evalueze epidemiologia unei boli.

Dezvoltat de: Epi Gear Internațional; World Health Organization (WHO)

Exemple/Imagini DisMod II

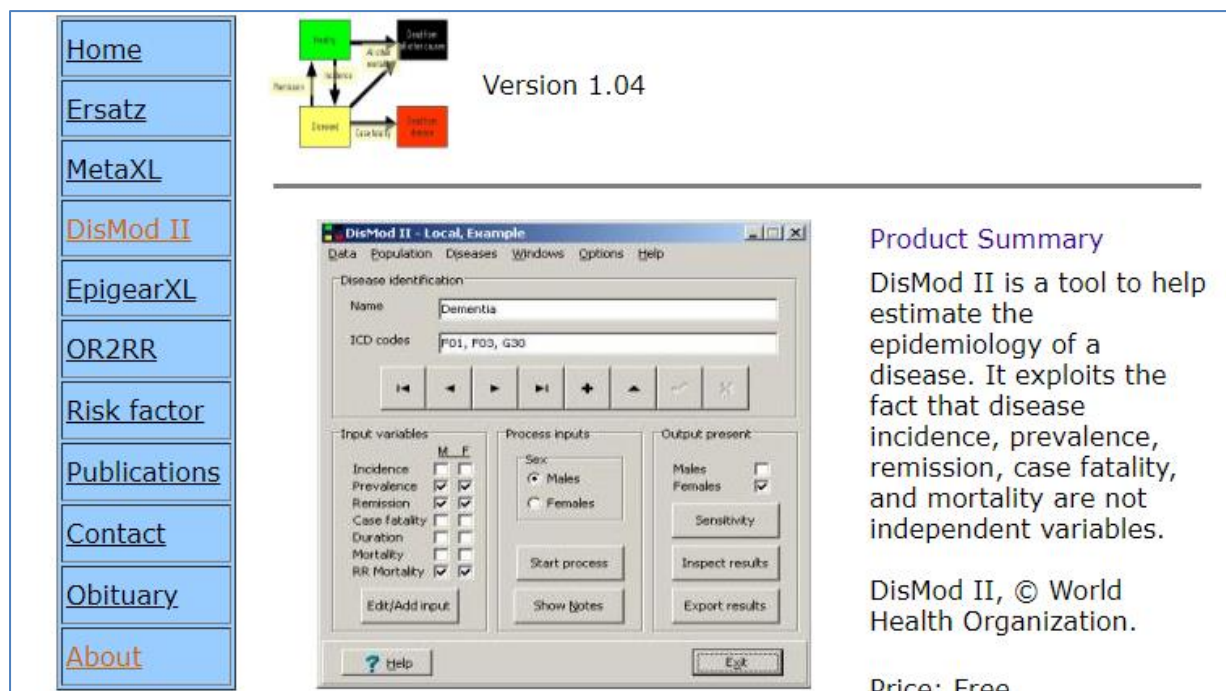


Figura 28 - Interfața grafică DisMod II

3.2.6. E-FAST - Exposure and Fate Assessment Screening Tool Version

Instrumentul de evaluare a expunerii și a criteriilor de evaluare a fazei (E-FAST 2014) oferă estimări ale concentrațiilor de substanțe chimice eliberate în aer, apă de suprafață, depozite de deșeuri și produse de consum. Estimările furnizate sunt potențialele doze inhalatorii, dermice și de ingerare rezultate din eliberarea substanțelor chimice. Estimările modelate ale concentrațiilor și dozelor sunt concepute pentru a supraestima în mod rezonabil expunerile, pentru a fi utilizate în evaluarea expunerii în absența sau cu date de monitorizare fiabile.

E-FAST 2014 calculează dozele adecvate de doză potențială umană pentru o mare varietate de căi de expunere chimică și estimează numărul de zile pe an pe care o concentrație ecotoxicologică acvatică va fi depășită pentru organismele din coloana de apă. Versiunea 2014 include o nouă pagină de intrare în care utilizatorul introduce informații despre proprietățile fizice / chimice și despre soarta chimică. Utilizatorul selectează modulele de expunere care trebuie executate în E-FAST 2014. Utilizează, de asemenea, modelul aerului ambiental Screen 3 pentru a estima expunerile în aer liber. E-FAST 2014 are capacitatea de a căuta specii pe cale de dispariție în vecinătatea facilităților specifice.

Cu ajutorul E-FAST 2014 pentru a evalua expunerea generală a populației și expunerea mediului acvatic, precum și riscurile generate de eliberările industriale, utilizatorul introduce: cantitatea de eliberări chimice; medii de eliberare; zile pe an de eliberare; anumite proprietăți chimice; acolo unde este posibil, date privind localizarea detaliată a locației; dacă nu sunt disponibile date de localizare detaliate, se pot aplica codurile generale ale industriei. Pentru a executa modulele de evaluare a expunerii consumatorilor în E-FAST 2014, utilizatorul introduce: tipul de produs; fracțiune de greutate; presiunea de vapori; și greutatea moleculară.

Programul produce o fișă sumară cu concentrații multimedia din mai multe activități de lansare. Evaluatorii de risc pot utiliza doza potențială estimată prin E-FAST 2014 pentru a evalua expunerea potențială și riscul la un nivel de screening.

Dezvoltat de: U.S. Environmental Protection Agency (EPA)

Exemple/Imagini E-FAST



Figura 29 - Interfața grafică E-FAST

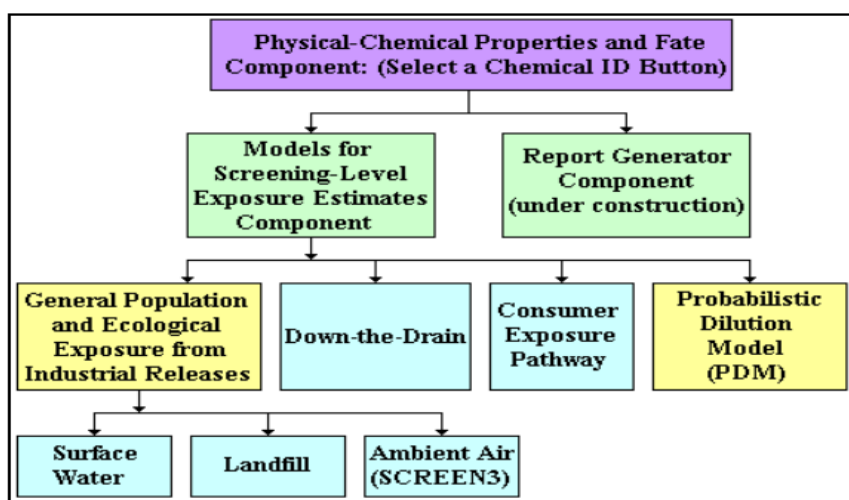


Figura 30 - Schema grafică E-FAST, proprietăți chimice

Screening Level Inputs

Release Info Page

General Release Info Select a facility

Chem ID/Rel ID: 1123502.1

Select the types of releases (surface water, landfill, ambient air). Next, input the amount of release and number of days/year of release. For surface water, you must also select a facility or SIC code and concentrations of concern if required. For ambient air, you must calculate air concentrations before continuing if selected.

☒ Surface water ☒ Landfill ☒ Ambient air

Surface Water Landfill Ambient Air

☐ No dose calculations required **Inhalation Comment**

Note: input release info and press the Calculate button

Stack Releases: 2,000.00 kg/site/day 40 days/yr

Fugitive Releases: 16.00 kg/site/day 100 days/yr

Calculate Air Concentration

	Stack	Fugitive	
Max annual avg air concentration:	4.49E-02	3.83E-02	mg/m ³
Max 24 hr avg air concentration:	2.05	1.75	mg/m ³

☒ Release activities completed? Continue to Exposure Factors page

Figura 31 - Interfata grafica E-FAST, screening

Screening Level Inputs

Release Info Page

General Release Info Select a facility

Release Information - Facility Selection Screen

Locate facilities where this field Facility name has the following substring: MALDEN

☒ Search by state ☐ Search by region

Area of initial search: All states

Perform search for facilities

Double click the desired facility

Note: This is an active facility.

NPDES	FACILITY NAME	LOCATION	REACH	REACH NAME
IL0024791	MALDEN STP	MALDEN IL 61337	07130001033	BIG BUREAU
MD0022888	MALDEN INDUSTRIAL PK WWTP	MALDEN MD 63863	08020204006	LITTLE R
MD0100030	MALDEN WWTP W	MALDEN MD 63863	08020204013	WEST DITCH
MD0125598	MALDEN INDUSTRIAL PK LAG	MALDEN MD 63863		
NY0145556	MALDEN-ON-HUDSON WWTP	SAUGERTIES NY 12477	02020006	

☒ Search for endangered species in the vicinity of this facility

Figura 32 - Interfata grafica E-FAST, ecran de selectie facilitati

E-FAST2 Downwind Concentration Predictor

E-FAST2 will use EPA's SCREEN3 Model to predict the downwind exposure concentration to your chemical.

Chemical ID: 1123502.1

Stack Release: 2000 kg/site/day 40 days/yr ☐ removal via stack release 30

Fugitive Release: 16 kg/site/day 100 days/yr ☐ removal via fugitive 20

Number of Sites: 1

Release Information: Meteorological and Terrain Information

Surrounding Land Use: Rural

Terrain Height: 0 m

Distance to Residence of Interest: 100 m

Meteorological Class: Full

☐ Model Using Downwash

Submit to SCREEN3 Model

Return to E-FAST2

Results

	Stack	Fugitive	
Max annual avg concentration:			mg/m ³
Max 24 hour avg concentration:			mg/m ³

Figura 33 - Interfata grafica E-FAST, informatii meteorologice si de teren

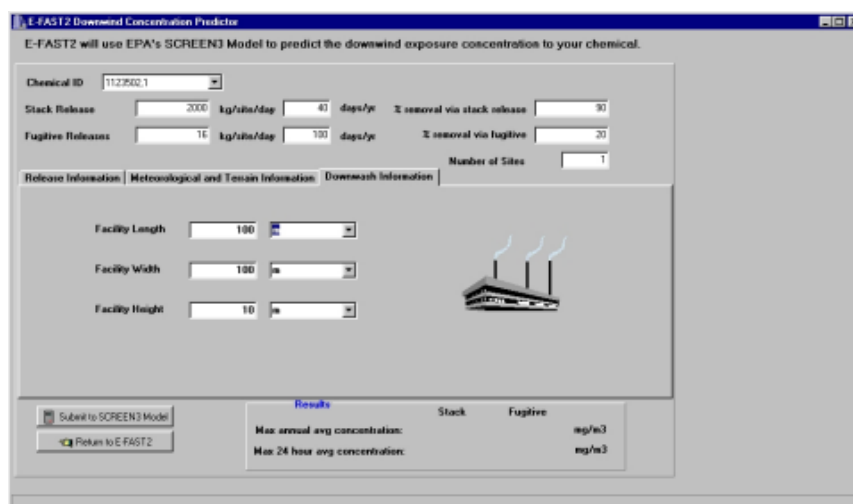


Figura 34 - Interfața grafică E-FAST, nivel expunere la concentrațiile chimicale

3.2.7. ITHIM (Integrated Transport and Health Impact Modelling Tool)

Oferă o evaluare integrată a impactului transportului asupra sănătății prin modificări ale activității fizice, riscului de vătămare a traficului rutier și expunerii la poluarea aerului cu particule fine (PM_{2.5}). Poate să fie utilizat ca model autonom sau legat de alte modele de transport și de sănătate pentru elaborarea de scenarii, pentru estimarea modificărilor expunerilor și pentru modelarea rezultatelor în materie de sănătate.

ITHIM se referă la o serie de modele și instrumente conexe elaborate la CEDAR (Centre for Diet and Activity Research) pentru a efectua o evaluare integrată a efectelor asupra sănătății scenariilor și politicilor de transport la nivel urban și național. Efectele asupra sănătății ale politicilor de transport sunt modelate prin modificarea activității fizice, a riscului de vătămare a traficului rutier și a expunerii la poluarea aerului cu pulberi (PM_{2.5}). Unele versiuni ale ITHIM prevăd, de asemenea, modificări ale emisiilor de CO₂. ITHIM este utilizat în cercetare și de către profesioniștii în domeniul sănătății și al transporturilor pentru a estima impactul scenariilor asupra sănătății, a compara impactul modelelor de călătorie în diferite locuri și a modela impactul intervențiilor. ITHIM funcționează fie ca model autonom, fie poate fi legat de alte modele (de exemplu transport, sănătate, economic).

ITHIM modelează expunerea la activitatea fizică prin compararea distribuțiilor activității fizice săptămânale în diferite scenarii. Plimbările pe jos, ciclismul și alte tipuri de activități fizice sunt combinate ca număr de ore pe săptămână de activitate. Rezultatele afectate de activitatea fizică includ diverse boli cardiovasculare, depresie, demență, diabet, cancer mamar și cancer de colon. ITHIM modelează, de asemenea, modificările de sănătate prin mortalitatea din toate cauzele. O metodă comparativă de evaluare a riscurilor este utilizată pentru a estima modul în care schimbările în activitatea fizică a populației determină modificări ale sarcinii de sănătate.

Efectele sanitare ale ITHIM sunt prezentate ca ani de viață ajustați în funcție de handicap (DALY) și numărul de decese atribuibile. Datele privind povara de fond pentru zonele de studiu sunt estimate din studiile Global Burden of Disease.²⁷

Dezvoltat de: Centre for Diet and Activity Research (CEDAR)

Exemple/imagini ITHIM

Figura 33: Prezentarea generală a modelului ITHIM. Imaginea este din ITHIM versiunea 2 . Săgețile arată fluxul de date în interiorul modului. (PM = poluare fină a aerului în suspensie, GBD = Studiu privind sarcina globală a bolilor).²⁸

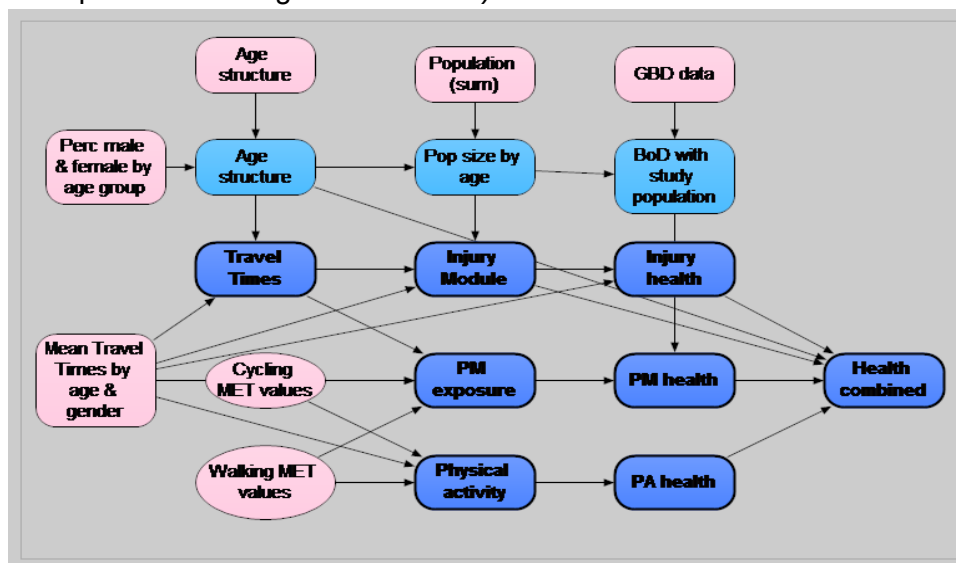


Figura 35 - Prezentare generala ITHIM

Rezultatele specifice ale bolii pentru scenariul moderat, care arată schimbările prezise în sarcina bolii ca decesele pe an și costurile directe și indirecte (Whitfield și colab. 2017)

Tabelul 7 - Rezultate specifice ale bolii in functie de scenariul moderat

Moderate	Δ Disease Burden		Δ Premature Deaths / Year	Δ Direct and Indirect Costs (millions)
Cardiovascular Diseases	-3.0%	↓	-84.0	-\$44.4
Diabetes	-3.0%	↓	-9.3	-\$35.8
Depression	-1.1%	↓	0.0	-\$5.7
Dementia	-1.3%	↓	-11.6	-\$15.0
Breast Cancer	-1.2%	↓	-2.2	-\$1.9
Colon Cancer	-1.1%	↓	-2.0	-\$1.7
Road Traffic Crashes	15.4%	↑	30.6	\$72.7
Total	-0.7%	↓	-78.7	-\$31.8

²⁷<http://www.cedar.iph.cam.ac.uk/research/modelling/ithim/>

²⁸Integrated Transport and Health Impact Modelling Tool (ITHIM)<http://www.cedar.iph.cam.ac.uk/research/modelling/ithim/>

3.2.8. HEM-3

Modelul expunerii umane (HEM) este utilizat în principal pentru efectuarea evaluărilor riscurilor pentru sursele care emit toxinele în aerul înconjurător. HEM abordează doar calea de inhalare a expunerii și este concepută pentru a prezice riscurile asociate cu substanțele chimice emise în aerul înconjurător (adică în vecinătatea unei instalații de emisie, dar dincolo de limita instalației). HEM furnizează concentrații în aerul înconjurător, ca surrogat pentru expunerea pe durata vieții, pentru a fi utilizate cu estimări ale riscului unitar și concentrații de referință prin inhalare pentru a produce estimări ale riscului de cancer și a riscului de non-cancer, respectiv pentru toxicitatea aerului modelată.

HEM-3 conține un model de dispersie atmosferică, AERMOD, cu date meteorologice incluse, și datele populației din Biroul de recensământ din SUA la nivelul blocului de recensământ. Modelul utilizează datele recensământului din 2010 și 2000. Fiecare sursă din HEM-3 trebuie să fie localizată cu precizie prin coordonatele latitudinii și longitudinii (sau transversale universale Mercator), iar parametri de eliberare trebuie să fie specificați. Acestea includ înălțimea stivei, viteza de ieșire, rata de emisie etc. Pe baza intrărilor pentru parametri sursă și a datelor meteorologice, AERMOD estimează magnitudinea și distribuția concentrațiilor aerului înconjurător în vecinătatea fiecărei surse. Modelul este utilizat în general pentru a estima aceste concentrații într-o distanță radială de 50 de kilometri de la sursă. Estimările expunerii generate la HEM-3 sunt concentrațiile aerului înconjurător prezise de AERMOD, în micrograme pe metru cub. Aceste estimări ale expunerii sunt de fapt surrogat, deoarece variabilele de expunere (de exemplu, durata, modelele de activitate umană, perioada de ocupare a locuințelor etc.) nu sunt abordate în mod explicit. În HEM-3, aceste estimări ale expunerii sunt combinate cu valorile de referință pentru sănătatea poluanților pentru a estima riscurile de cancer și riscurile non-canceroase, incidența cancerului și alte măsuri de risc.

HEM-3 este conceput pentru a efectua analize detaliate și riguroase ale poluării cronice și acute a aerului, riscuri pentru populațiile situate în apropierea surselor industriale de emisie.

Dezvoltat de: U.S. Environmental Protection Agency (EPA)

Exemple/imagini HEM-3

HEM-3

1. Specify Model Run Information

AERMOD will be used with HEM-3 for air pathway dispersion modeling. Calculations for chronic cancer and noncancer risks are automatically included in the HEM-3 run. Acute modeling is optional.

In the text box below, specify a folder name for the location of your output files:

☐ Use previously modeled or monitored concentration results

Do you want to include acute calculations? **Yes** (No)

Do you want to include elevations in model run? **No** (Yes)

What averaging period would you like to use for acute calculations? **1 hr** (2 hrs, 3 hrs)

Select the type of dispersion environment for the model run: **Default** (Rural, Urban)

Enter the annual emissions multiplier to be used for acute calculations. The default value is 10: **10.00**

If "Urban" was selected, enter the population of the urban area: **0**

Do you want output files and a map of results for all receptors, by pollutant and source? **Yes** (No)

Do you want the output DBF files to also be output in CSV format? **Yes** (No)

Exit **Help** **Next >**

The folder name can be up to 20 characters in length and must be at least 1 character in length. The folder will be created in the location <drive>\<installdir>\HEM3\OUTPUT. All output files created for this execution of HEM-3 will be placed in the folder. You should enter a unique folder name for each run of HEM-3. You can NOT use the characters \, /, *, ?, ", <, > or | in the folder name.

Figura 36 - Prezentare generala HEM-3, informatii despre modelul derulat

2. Specify Census and Emissions Input Files

Select the Census year to be used for modeling: 2010

Enter the name of and the path to the HAP emissions file (in MS Excel format): View Format Guidelines... Browse...

Enter the name of and the path to the emissions location file (in MS Excel format): View Format Guidelines... Browse...

If any of your emission source types are polygons, enter the name of and the path to the polygon vertex file (in MS Excel format): View Format Guidelines... Browse...

If any of your emission source types are buoyant line sources, enter the name of and the path to the buoyant line parameter file (in MS Excel format): View Format Guidelines... Browse...

Exit Help < Back Next >

Enter the name and location of the spreadsheet of emissions by HAP for each emission source. The file must be an MS Excel file and the pollutant names used in this file must match the names in the model's pollutant list (Dose_Response_Library.xls). The combined length of the path and file name can not exceed 150 characters. If you enter a longer value, the file name will be truncated and HEM-3 will not be able to locate the file. Note: If deposition is to be modeled and pollutant properties are known, select a character string for each pollutant that is used in the model. This character string will be used in the output.

Figura 37 - Prezentare generala HEM-3, informatii despre fisierul de emisii specificat

3. Specify Deposition and Depletion

HEM-3 can calculate deposition and/or plume depletion for the emissions in the HAP emissions file, which you indicated are: a mixture of particles and gases

Do you want to calculate deposition in the model run? No Yes

Do you want to deplete the plume in the model run? No Yes

What type of deposition will be used for particle emissions? wet and dry only

What type of deposition will be used for gaseous emissions? wet and dry only

What type of depletion will be used for particle emissions? wet and dry only

What type of depletion will be used for gaseous emissions? wet and dry only

Exit Help < Back Next >

Select 'Yes' if you want the deposition of pollutants to be modeled and need the deposition fluxes to be calculated and listed in the output. Select 'No' if you do not need the deposition fluxes to be listed in the output. Note: If you choose 'No' but do want the plume to be depleted, choose 'Yes' to the next Depletion question.

Figura 38 - Prezentare generala HEM-3, informatii despre depunere si derulare a emisiilor



Figura 39 - Prezentare generala HEM-3, specificare fisiere depunere si derulare a emisiilor

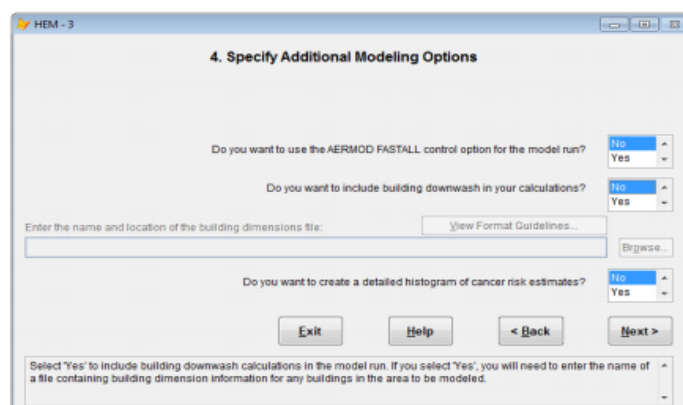


Figura 40 - Prezentare generala HEM-3, specificare informatii aditionale de modelare

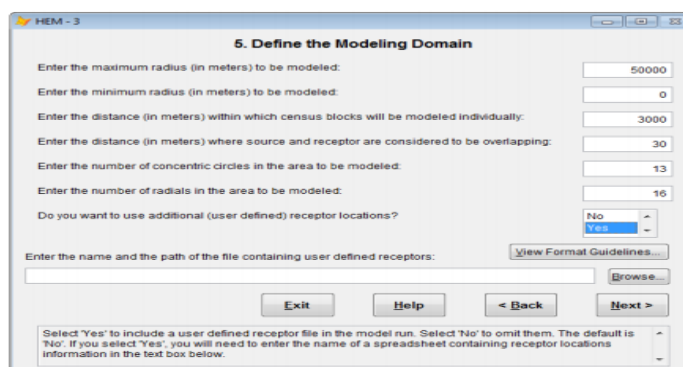


Figura 41 - Prezentare generala HEM-3, specificare domeniului de modelare

HEM - 3

6. Specify Optional Temporal Variations

Do you want to vary the emission inputs?

Enter the name of and the path to the emission variations file:

Do you want an additional output file showing the temporal variations in the ambient concentration results?

What diurnal (hourly) resolution would you like in the output file?

Do you want the diurnally-resolved concentration output to show seasonal variations?

The emission variation input file varies emissions by any combination of season, month, hour-of-day, and/or day-of-week or by wind speed. See Template_Temporal_Variation.xls in HEM-3's input directory for sample emission variation input files. Note: For short term emission rates, the temporal factors applied by the emission variation input file will compound the acute multiplier specified on Screen 1. For example, whatever factors are

Figura 42 - Prezentare generala HEM-3, specificare optiuni temporare ale variatiei

HEM - 3

7. Modeling Options Selected

Listed below are the options you have chosen. Use the "Back" button to change an option. If all of the options are correct, click the "Next" button to proceed.

User Options - Page 1	User Options - Page 2	User Options - Page 3
The maximum radius of the area to be modeled:		50000
The minimum radius of the area to be modeled:		0
The distance within which blocks are modeled individually:		3000
The distance at which the source and receptor are considered to be overlapping:		30
The number of concentric circles (in polar network) in the area to be modeled:		13
The number of radials (in polar network) in the area to be modeled:		16
Include user defined discrete receptor locations in the modeling?		N
The name of the user-specified discrete receptors file: 		
Use temporal variations for the modeling run?: <input checked="" type="button" value="Y"/>		
The name of the emissions variations file: \\MODEL15-PCHEM3_VERSION3\INPUTS\TEMPLATE_TEMPORAL_MHRDOW.XLSX		
Use temporal variations for the modeled output concentrations?: N		

Figura 43 - Prezentare generala HEM-3, specificare optiuni temporare ale variatiei selectate

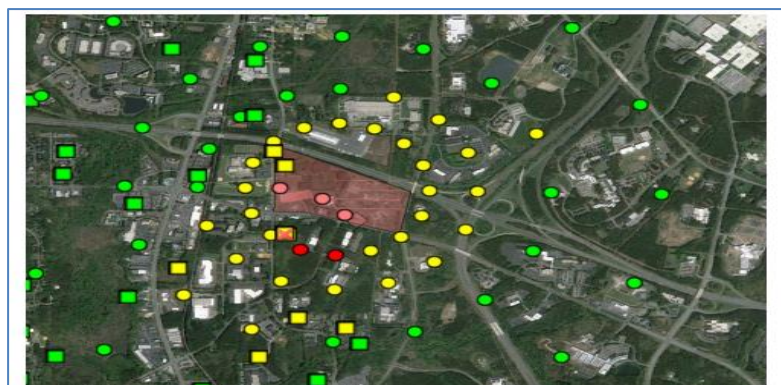


Figura 44 - Prezentare generala HEM-3, vizualizare rezultate pe Google Earth

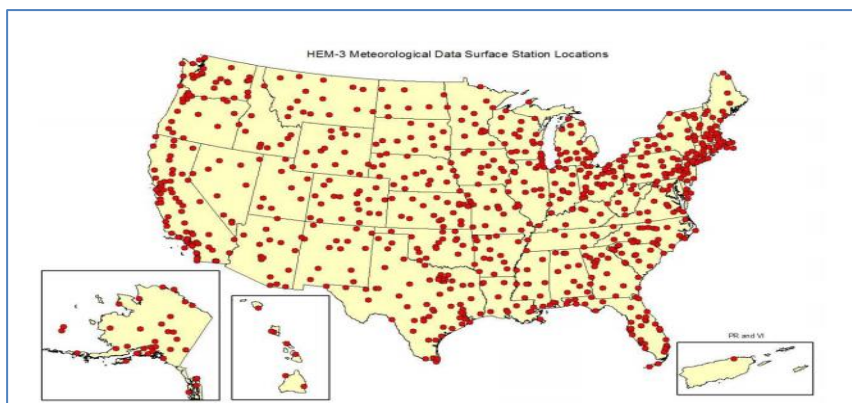


Figura 45 - Prezentare generala HEM-3, vizualizare statii meteorologice

3.2.9. Health Disparities Calculator (HD*Calc)

Calculatorul diferențelor de sănătate (HD * Calc) este un software statistic conceput pentru a genera mai multe măsuri sumare pentru evaluarea și monitorizarea disparităților de sănătate (HD). HD * Calc a fost creat ca extensie a statutului SEER *, care permite utilizatorului să importe date SEER sau alte date de sănătate bazate pe populație și să calculeze oricare din cele unsprezece măsurători de disparitate.

HD * Calc sprijină utilizarea unei game largi de măsuri de disparități în materie de sănătate, permițând cercetătorilor să selecteze și să aplice diferite măsuri pentru datele lor. HD * Calc a fost inițial dezvoltat pentru a extinde gama de măsuri pentru evaluarea disparităților de sănătate legate de cancer. Cu toate acestea, deoarece poate fi folosit cu orice set de date, HD * Calc poate fi folosit în orice arenă de cercetare. Datele transversale și de tendință (de exemplu, ratele de cancer, supraviețuirea, stadiul la diagnostic) clasificate în funcție de grupurile de disparități (de exemplu, starea socio-economică, rasa / etnie, zonele geografice) măsura relativă sumară a disparităților. Rezultatele sunt afișate ca tabele și diagrame, care pot fi exportate pentru a fi utilizate în alte aplicații.

Statisticile asociate includ: erori standard, intervale de încredere și schimbări relative în timp pentru tendințe. Rezultatul este prezentat atât în format tabular cât și grafic; acest lucru permite utilizatorilor să specifice diferite condiții și formate. Rezultatele tabelor de discrepanțe și grafice pot fi exportate din program. În plus față de măsurile sumare, HD * Calc oferă, de asemenea, comparații de perechi care permit utilizatorului să exploreze tendințele subiacente ale datelor.

Calculul disparităților în materie de sănătate (HD * Calc) utilizează datele SEER sau alte date de sănătate bazate pe populație (de exemplu, sondajul național privind interviul asupra sănătății, sondajul Interviului pentru sănătate din California, suplimentul la consumul de tutun al sondajului privind populația curentă și sondajul național privind sănătatea și nutriția) și calculează două tipuri de măsuri de disparitate:

- Disparitatea absolută, care include diferența de domeniu (RD), variația grupului (BGV), indicele de concentrație absolută (ACI) și indicele de înclinare a inegalității (SII)

- Dispersia relativă, care include indicele relativ (RR), indicele disparității (IDisp), deviația medie a logaritmulor (MLD), indicele de concentrație relativ (RCI), indexul tei (T), indicele relativ Kunst Mackenbach (RII).²⁹

Dezvoltat de: National Cancer Institute U.S.

Exemple/imagini HD * Calc

Figura43 prezintă rezultatele din HD * Calc. Indicele de concentrare absolută (ACI) arată că disparitățile în mortalitate prin statutul de SES au început să fie pozitive, indicând mortalitate favorizând grupurile SES scăzute și scăzând la zero la mijlocul anilor 1990, după care disparitățile au devenit negative, indicând mortalitatea favorizând grupul SES ridicat. Rezultatele din indicele de concentrație relativă (RCI) sunt în concordanță cu indicele de concentrație absolută. (Breen și colab., 2017)

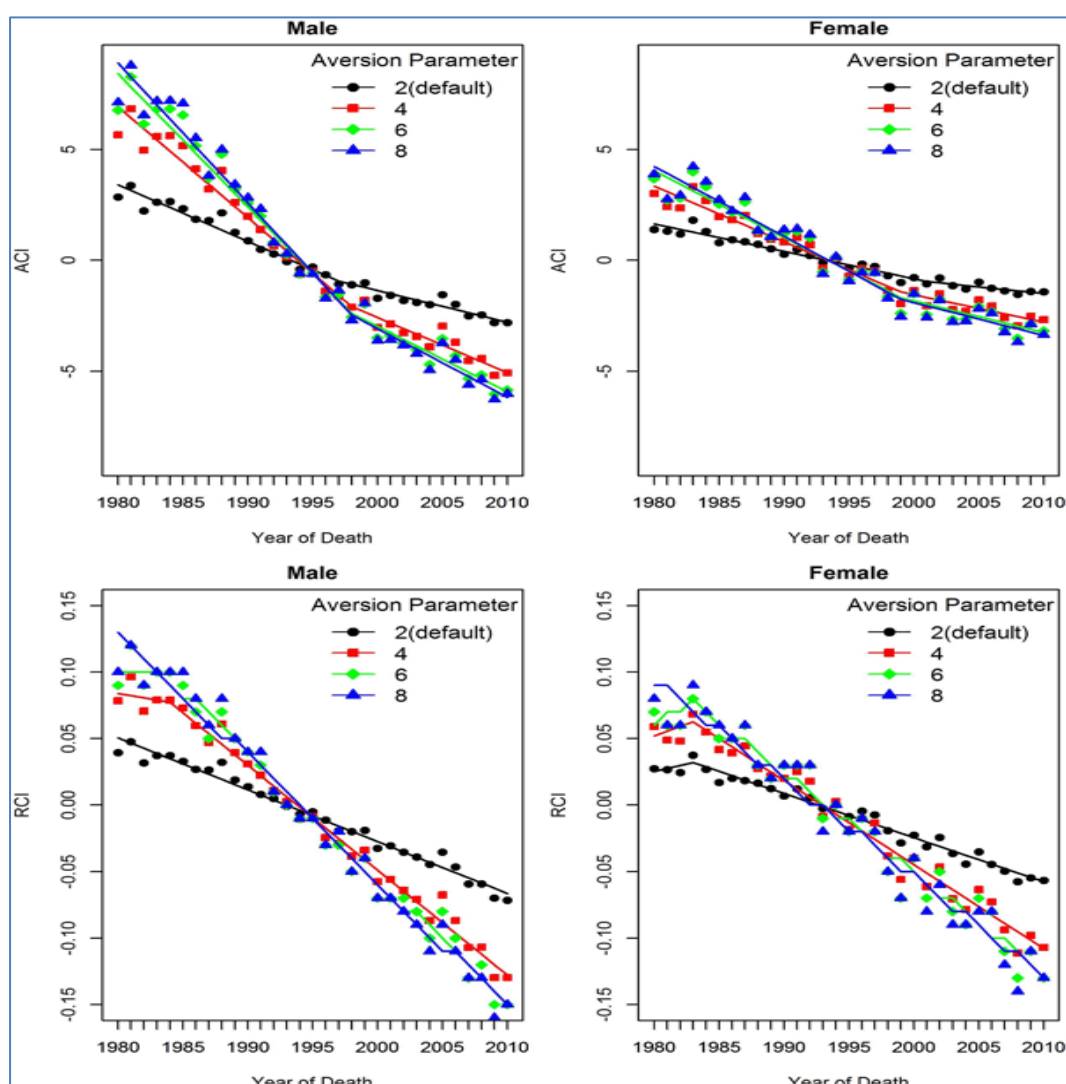


Figura 46 - rezultate HD * Calc. Indicele de concentrare absolută

²⁹Health Disparity Measures in HD*Calc <https://seer.cancer.gov/hdcalc/>

3.2.10. EXAMS (Exposure Analysis Modeling System)

Sistemul de modelare a analizei expunerii (EXAMS) este o aplicație software interactivă pentru formularea modelelor ecosistemelor acvatice și evaluarea rapidă a concentrațiilor de expunere, transport și expunere a produselor chimice organice sintetice, inclusiv pesticide, materiale industriale și levigate din locurile de depozitare.

EXAMS conține un sistem integrat de gestionare a bazelor de date (DBMS), conceput special pentru stocarea și gestionarea bazelor de date ale proiectului solicitate de software. Interacțiunea cu utilizatorul este furnizată de o interfață de linie de comandă (CLI), cu funcții complete, meniuri de ajutor sensibile la context, un dicționar de date on-line și ghidul utilizatorilor CLI și capabilități de plotare pentru revizuirea datelor de ieșire. EXAMS oferă 20 de tabele de ieșire care documentează seturile de date de intrare și oferă rezumate de rezultate integrate pentru ajutor în evaluarea riscurilor ecologice.

EXAMS oferă facilități pentru analiza pe termen lung (starea de echilibru) a deversărilor chimice cronice, valoarea inițială a abordării pentru studiul eliberărilor chimice pe termen scurt și simulări cinetice complete care permit variația parametrilor climatici medii și modificarea încărcărilor chimice la scara zilnică. EXAMENEA a fost scrisă în formă generalizată (N-dimensională) în implementarea algoritmilor de reprezentare a detaliilor spațiului și căile de degradare chimică; complexitatea descrierii de mediu și numărului de substanțe chimice este complet controlat de utilizator. Această implementare permite stocarea directă a fișierelor (UDB) din cinci compuși chimici interactivi și 100 de segmente de mediu; configurații mai complexe pot să fie create și apoi stocate folosind comanda EXAMS 'WRITE'.

EXAMS oferă analize de:

Expunere: concentrațiile de mediu așteptate (concentrații cronice de 96 de ore acute, de 21 de zile și pe termen lung) produse chimice sintetice și produsele lor de transformare,

Soarta: distribuția spațială a substanțelor chimice în ecosistemul acvatic și o analiză a sensibilității importanței relative a fiecărui proces de transformare și transport (important în stabilirea acceptabilității incertitudinea datelor de laborator chimice); și

Persistență: timpul necesar pentru purificarea naturală a ecosistemului (prin export și degradare procese) odată ce se eliberează substanțe chimice (Burns, 2004)

Dezvoltat de: U.S. Environmental Protec

Bibliografie

- Lhachimi SK, Nusselder WJ, Boshuizen HC, Mackenbach JP. Standard tool for quantification in health impact assessment a review. *Am J Prev Med.* 2010 Jan;38(1):78-84. http://www.academia.edu/1011169/Standard_Tool_for_Quantification_in_Health_Impact_Assessment_A_Review
- Lhachimi SK, Nusselder WJ, Smit HA, van Baal P, Baili P, Bennett K, Fernández E, Kulik MC, Lobstein T, Pomerleau J, Mackenbach JP, Boshuizen HC. DYNAMO-HIA--a Dynamic Modeling tool for generic Health Impact Assessments. *PLoS One.* 2012;7(5):e33317. doi: 10.1371/journal.pone.0033317. Epub 2012 May 10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3349723/>
- Pope, S., J. Rhodus, F. Fulk, B. Mintz, and S. O'Shea. The Health Impact Assessment (HIA) Resource and Tool Compilation: A Comprehensive Toolkit for New and Experienced HIA Practitioners in the U.S. U.S. Environmental Protection Agency, Washington, DC, EPA/600/R-15/330, 2016. https://cfpub.epa.gov/si/si_public_record_report.cfm?dirEntryId=334197
- O'Connell E. and F. Hurley. A review of the strengths and weaknesses of quantitative methods used in health impact assessment. April 2009 Volume 123, Issue 4, Pages 306–310 [https://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506\(09\)00040-7/pdf](https://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506(09)00040-7/pdf)
- Paltani S. Monte Carlo Methods. Statistics Course for Astrophysicists, 2010–2011. ISDC Data Center for Astrophysics Astronomical Observatory of the University of Geneva. https://www.unige.ch/sciences/astro/files/2713/8971/4086/3_Paltani_MonteCarlo.pdf
- USEPA (US Environmental Protection Agency). ChemSTEER User Guide. Chemical Screening Tool for Exposures and Environmental Releases. September 30, 2013 https://www.epa.gov/sites/production/files/2015-05/documents/user_guide.pdf
- USEPA (US Environmental Protection Agency). Exposure Analysis Modeling System (EXAMS): User Manual and System Documentation. <https://www.epa.gov/ceam/exposure-analysis-modeling-system-exams-user-manual-and-system-documentation>
- Whitfield GP, Meehan LA, Maizlish N, Wendel AM. The Integrated Transport and Health Impact Modeling Tool in Nashville, Tennessee, USA: Implementation Steps and Lessons Learned. *J Transp Health.* 2017 Jun;5:172-181. Epub 2016 Jul 22 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5006956/>
- Breen N, Riedel D, James L, Gibson T YuSam Harper M. Assessing disparities in colorectal cancer mortality by socioeconomic status using new tools: health disparities calculator and socioeconomic quintiles. February 2017, Volume 28, Issue 2, pp 117–125 <https://link.springer.com/article/10.1007/s10552-016-0842-2>
- Burns LA. Exposure Analysis Modeling System (EXAMS): User Manual and System Documentation. EPA/600/R!00/081 September, 2000 Revision G (May 2004) National Exposure Research Laboratory Office of Research and Development U.S. Environmental Protection Agency. <https://www.epa.gov/sites/production/files/documents/EXAMREVG.PDF>

Capitolul IV. Instituționalizarea și implementarea HIA în Europa și în lume

4.1. Introducere

Evaluarea impactului asupra sănătății (HIA) a fost pledată de către organizații internaționale precum Banca Mondială (World Bank.,1997) și Organizația Mondială a Sănătății (WHO, 1999) și de către agenții de sănătate din mai multe țări, inclusiv Marea Britanie, Canada, Suedia, Australia și Noua Zeelandă (Kemm, 2000). Aceasta oferă un mijloc practic de creștere a nivelului de cooperare între sănătate și alte sectoare pentru a îmbunătăți sănătatea populației. În ultimii ani, a existat un interes crescut în HIA. HIA este privită ca o modalitate de a focaliza în mod sistematic cercetarea în domeniul sănătății publice asupra unor probleme de politică publică cu scopul de a spori sănătatea populației.

Banca Mondială, recunoscând necesitatea integrării sănătății în planificarea dezvoltării, și-a actualizat recent baza de date privind evaluarea de mediu cu o secțiune de sănătate revizuită (World Bank.,1997). Actualizarea Băncii Mondiale și alte publicații recente privind HIA oferă un context important pentru oricine dorește să înțeleagă evoluția acestei componente a evaluării de mediu. Identificarea pericolelor pentru sănătate și managementul riscului pentru sănătate sunt caracteristicile esențiale ale exemplelor HIA publicate în prezent (Konradsen și colab.,1997). Extinderea opțiunilor metodologice pentru HIA ar putea permite o mai mare concentrare asupra interacțiunii dintre problemele socio-demografice, de mediu, economice și de sănătate și o integrare mai ușoară a problemelor de sănătate în planurile de management de mediu.

O mare parte din literatura actuală se bazează pe cadre conceptuale și studii de caz sau se concentrează asupra aspectelor selectate ale HIA. Majoritatea publicațiilor din literatura internațională se referă la un număr limitat de țări. Există o lipsă de comparație între țări, aplicând un cadru conceptual și metodologic comun. Dacă HIA este discutată ca instrument de susținere a luării deciziilor și, în general, pentru promovarea sănătății în Europa, atunci este necesar să se înțeleagă mai bine utilizarea reală a HIA în întreaga Europă. Există variații substanțiale în utilizarea HIA, având în vedere diferențele dintre țările europene în ceea ce privește pozițiile politice, socio-economice și instituționale.

4.2. Instituționalizarea HIA

Evaluarea impactului asupra sănătății a fost folosită de mai mulți ani pe alte continente (National Health and Medical Research Council, 1994; B.C. Ministry of Health,1994). În multe țări, HIA se desfășoară în prezent în afara cerințelor legislative (Wismar, 2007), deși acest lucru variază în mod semnificativ în funcție de context. În prezent, majoritatea deciziilor HIA sunt facultative, fiind preluate de sectorul public din proprie inițiativă, dar și sectorul privat adoptă HIA, fiind stimulat de standardele de bună practică din industrie (IPIECA, 2016; ICMM, 2010) și standardele interne de organizare.

HIA a fost practică în Uniunea Europeană (UE) începând cu anii 1980. În anii 1990, au existat evoluții în metodologia și practica HIA în Germania, Olanda, Suedia și Marea Britanie. La sfârșitul anilor 1990, Centrul European al Politicii de Sănătate al OMS a jucat un rol strategic esențial în dezvoltarea politicilor HIA la nivel european, iar conferința de consens din

1999 de la Gothenburg a produs prima definiție general acceptată a HIA. Deși cerințele și practicile se deosebesc, există exemple de HIA în cadrul EIA, în evaluările individuale de impact și în toate tipurile de politici - de la politici locale până la politici care acoperă întreaga UE. Există politici explicite pentru HIA, dar practica este adesea avansată prin acțiunile unor persoane angajate în acest demers. Granturile de cercetare din partea UE joacă un rol important în facilitarea cercetării și în dezvoltarea tehnicilor și a capacităților pentru HIA. Granturile au finanțat studii multicentrice care implică universități, sectorul public și, ocazional, organisme din sectorul privat din întreaga UE (Abrahams și colab., 2004b; Hilding-Rydevik și colab., 2005; WHO, 2005a, 2005b, 2005c; Wismar și colab., 2007; Gulis și colab., 2008; HEIMTSA Consortium, 2010; IPIECA, 2005).

În cazul în care HIA este susținută de o politică sau de reglementare, diferite jurisdicții au adoptat abordări diferite pentru a dezvolta cadre juridice și de politici pentru a sprijini utilizarea HIA. Acestea se încadrează în două mari categorii (¹Puska și Ståhl, 2010):

- ✓ Prima abordare este legată de crearea unor dispoziții specifice pentru utilizarea HIA prin legi, mandate de reglementare sau politici de susținere.
- ✓ A doua abordare pune accentul pe luarea în considerare a sănătății în cadrul proceselor de luare a deciziilor în întregul guvern, care pot sau nu să includă HIA *per se*. Acest lucru poate implica analizarea impactului asupra sănătății în cadrul altor instrumente de evaluare și guvernare, cum ar fi stabilirea obiectivelor, comitetele interdepartamentale, legislația privind sănătatea publică sau protecția mediului, procesele de formulare a politicilor publice, audierile publice, revizuirile transversale ale cheltuielilor și serviciile analitice și de informații transfrontaliere.

4.2.1. Modelul 1 de abordare legislativă: Prin solicitare, susținere și promovare a utilizării HIA.

Aceasta se realizează pe următoarele căi de reglementare posibile:

1. HIA este considerată ca parte integrantă a EIA sau a unor procese mai largi de evaluare a impactului, cum ar fi SEA sau evaluări de impact asupra mediului, asupra factorilor sociali și asupra sănătății (ESHIA).

Această abordare poate fi observată în legislația națională sau regională privind protecția mediului în multe țări dezvoltate și în curs de dezvoltare din întreaga lume. Din ce în ce mai mult, agențiile internaționale cer ca sănătatea să fie luată în considerare în cadrul proceselor de evaluare mandatate. De exemplu, semnatarii Companiilor Financiare Internaționale (IFC) și Principatelor Ecuator solicită ca sănătatea să fie luată în considerare în mod explicit ca parte a evaluării proiectelor pe care le finanțează (Equator Principles, 2006; IFC, 2009, 2012). Acesta a fost un factor important al practicii HIA în Africa Subsahariană, în special. Un exemplu este proiectul Rio Tinto Simandou din Guineea, unde IFC deține o cotă de 5% în proiect (Winkler, 2012). Legea privind politica națională de mediu a SUA include, de asemenea, referință la sănătatea umană și aceasta a fost utilizată ca bază pentru inițierea evaluărilor de sănătate în EIA în Alaska și în alte părți ale țării (Tamburrini și colab., 2011).

Utilizarea metodelor economice pentru evaluarea impactului asupra mediului ("evaluarea de mediu - EV") a proiectelor și a politicilor a crescut considerabil în SUA și Europa în ultimii ani. Statele Unite au fost în fruntea acestei tendințe, necesitând analiza cost-beneficiu (ACB) a

întreprinderilor majore, alimentând dezbaterile academică și politică cu mai multe aplicații de profil înalt, de exemplu ex post HIA pentru Actul privind aerul curat (USEPA, 1997; 1999) și evaluarea daunelor aduse mediului asupra deversării petrolului de la Exxon Valdez în 1989 (Carson și colab., 2003).

Componenta HIA privind resursele și instrumentele a existat inițial ca un instrument independent, însă va fi integrată într-o hartă HIA - o componentă a instrumentului de monitorizare a expunerii și a riscului comunitar (C-FERST), care se află în prezent în curs de elaborare. C-FERST este un instrument online de cartografiere, accesare a informațiilor și un instrument de evaluare conceput pentru a ajuta la evaluarea riscurilor și a ajuta la luarea deciziilor în cadrul comunităților.

Provincia Québec a avut o experiență diferită în ceea ce privește utilizarea HIA ca parte a unei politici publice sănătoase. Banken (2001) a urmărit legătura dintre mediul înconjurător și sănătate și contribuția robustă la sănătatea publică în timpul audierilor publice privind utilizarea pesticidelor (BAPE, 1983). Această contribuție a condus la un memorandum stabilit între Ministerul sănătății și Ministerul Mediului din Québec. A fost elaborat un cadru legislativ pentru a sprijini memorandumul care a condus la practica sistematică de integrare a sănătății și a mediului în proiecte și politici (Banken, 2004)³⁰.

În unele țări, cum ar fi **Lituania**, sănătatea s-a transformat într-o componentă importantă și obligatorie a evaluării impactului asupra mediului (Wismar și colab., 2006).

2. HIA se desfășoară pe anumite tipuri sau categorii de propuneri.

În **Thailanda**, limitarea cunoștințelor privind problemele de mediu și de sănătate și disponibilitatea limitată a timpului și a resurselor au oferit provocări unice pentru implementarea HIA. Eficiența procesului HIA depinde de includerea unui cadru de învățare participativ, de un număr adecvat de experți în evaluarea impactului, de un cadru de reglementare pentru punerea în aplicare a HIA și de influențarea deciziilor politice și de un mediu care să încurajeze o politică publică sănătoasă (Phoolcharoen și colab., 2003). Legea Națională a Sănătății din **Thailanda** (2007) impune efectuarea unor HIA distincte pentru anumite proiecte majore care depășesc o anumită scară și în anumite sectoare. Politica națională privind evaluarea impactului asupra sănătății (2006) impune ca HIA să fie condusă iar termenii de referință pentru HIA și raportul final HIA să fie aprobați de Ministerul Sănătății. În statul Tasmania din Australia există o cerință permanentă ca HIA să fie conduse de susținătorii de proiecte pentru toate proiectele majore de o anumită scară care sunt adresate directorului pentru sănătate publică (NPHP, 2005).

În **Coreea** a existat îngrijorare cu privire la dublarea care ar putea apărea între EIA și HIA dacă integrarea nu este realizată prin utilizarea de orientări și cadru legal. Kang și colab. au analizat punerea în aplicare a HIA într-un context de promovare a sănătății pentru a promova o politică publică sănătoasă ca parte a unui proces de punere în aplicare a HIA în EIA. Ei au ajuns la concluzia că, deși integrarea HIA în cadrul EIA este recunoscută ca o modalitate

³⁰Banken, R. 2004. HIA de politică în Canada. Pp. 165-175 în evaluarea impactului asupra sănătății: concepte, teorii, tehnici și aplicații, J. Kemm, J. Parry și S. Palmer, eds. Oxford: Oxford University Press https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623109/pdf/0042_9686_82_12_954.pdf

eficientă de evaluare a impactului asupra sănătății, pot exista limitări, cum ar fi lipsa luării în considerare a impactului socio-economic (Kang și colab., 2011).

3. Autoritățile de sănătate sunt investite cu puterea de a solicita o HIA oricând consideră că este cazul

În **Vietnam** evaluarea impactului asupra sănătății a fost considerată inadecvată în cadrul EIA. Nu a existat o evaluare directă a sănătății, din cauza lipsei cerințelor formale din partea guvernului sau a agenției de finanțare, Banca Asiatică de Dezvoltare (ADB). Problemele de sănătate au fost deseori identificate ca riscuri prezentate de proiecte în cadrul evaluării impactului asupra condițiilor de mediu. O considerație mai largă a sănătății a fost limitată. Când rezultatele sociale ale proiectelor au fost prezente în studiile de evaluare a impactului asupra mediului, acestea au fost adesea menționate o singură dată fără o evaluare detaliată sau legată de sănătate. Nu a existat nicio dovadă care să conecteze beneficiile pentru sănătate. Măsurile de atenuare oferite sunt de obicei generice și insuficiente (Pham și colab., 2018). De exemplu, în **Vietnam**, legea privind prevenirea și controlul bolilor infecțioase (2007) menționează faptul că HIA poate fi realizată pentru proiecte de investiții în construcția de parcuri industriale, centre urbane și zone rezidențiale și supravegheată de Ministerul Sănătății. Un alt exemplu este legislația statului **Victoria, din Australia** (Legea privind sănătatea publică și bunăstarea din 2008), în cadrul căreia ministrul sănătății are puterea de a solicita o HIA.

4. Comunitățile potențial afectate au dreptul de a solicita ca propunerea HIA să fie dezbătută public și acestea să fie implicate în procesul HIA (dincolo de simpla includere a sănătății în EIA sau alte evaluări integrate).

Această abordare bazată pe drepturi a fost introdusă în **Thailanda** prin Constituție în anul 2007 și, ulterior, a generat îngrijorări considerabile din partea sectorului de afaceri cu privire la modul în care un astfel de drept ar fi pus în funcțiune. Ghidul a fost elaborat de către Comisia Națională pentru Sănătate din Thailanda, care stabilește procedurile necesare, care includ un proces de definire a domeniului public mai transparent și o perioadă de revizuire publică după finalizarea proiectului raportului HIA (NHCO, 2010).

În **Suedia**, propunerile de politici la nivelul guvernelor locale și regionale sunt acum evaluate pentru HIA, utilizând cunoștințele existente ale agenților guvernamentali și politicienilor locali (Berensson, 1998). Chiar dacă Suedia este deseori menționată ca țară cu o frecvență ridicată de studii HIA, doar un număr mic de HIA au fost incluse în baza de date, deoarece definiția națională utilizată de autoritatea de sănătate publică definește o HIA adecvată atât ca fiind orientată către aspectele de echitate și cât și participativă. Nu toate HIA sunt documentate, în special în țări precum Suedia și Finlanda. Procedurile HIA sunt incluse în procesul decizional regulat la nivel local (Berensson, 2004).

5. Regulamentele sau politicile sprijină utilizarea HIA, dar nu o impun.

Această abordare poate fi văzută în multe reglementări ale guvernelor din **Europa, Asia și America**. Multe agenții de sănătate la nivel internațional, de la Organizația Mondială a Sănătății până la autoritățile locale din domeniul sănătății (WHO, 2008a; Kangși colab., 2011), identifică în mod explicit HIA ca un instrument important pentru facilitarea colaborării cu alte sectoare (cum ar fi utilizarea terenurilor și planificarea transportului) planuri și documente

strategice (WHO. 1997b; Dora și colab., 2003). Un exemplu îl reprezintă Departamentul de Sănătate Publică din San Francisco (**SUA**), care a întreprins și a identificat numeroase HIA ca fiind o activitate cheie în procesul de planificare strategică (Corburn și Bhatia, 2007; Bhatia și Corburn, 2011). O serie de planuri naționale de acțiune pentru sănătatea mediului (NEHAP), a căror dezvoltare a fost promovată de OMS, se referă acum la HIA (Gopalan, 2003). Exemple recente de acest lucru includ NEHAP-urile din **China și Mongolia** (Government of Mongolia, 2016). În **China** (People's Republic of China, 2007), pentru a reglementa schimbările rapide ale industriei și infrastructurii din țară, există mișcări pentru integrarea HIA în procesele de aprobare a dezvoltării. Cu toate acestea, lipsa de capacitate în ceea ce privește numărul de practicieni HIA, sfera limitată a considerentelor privind impactul asupra sănătății și instrumentele imature pentru realizarea HIA rămân provocări în ceea ce privește progresul către standardizarea HIA în orice proces de luare a deciziilor (Huang, 2012). În China, legile și reglementările impun utilizarea evaluării de mediu în EIA, dar practica actuală este rămasă cu mult în urmă. Legea privind evaluarea impactului asupra mediului (EIA) din 2002 necesită utilizarea analizei economice pentru evaluarea impactului (Wang și colab., 2003), dar nu există orientări tehnice privind modul de realizare a unei astfel de analize și, din acest motiv și din alte motive, se află înafara reglementărilor. **Mongolia** are o legislație și procese bine întocmite în domeniul EIA și este acum în măsură să stabilească evaluări ale impactului asupra sănătății în cadrul proceselor de aprobare a proiectelor de dezvoltare.

În **Canada**, sănătatea și mediul sunt sub jurisdicție provincială. Două provincii, Columbia Britanică și Québec, au formalizat HIA ca o componentă a procesului de elaborare a politicilor și oferă experiențe diferite (Gagnon și colab., 2011).

Din anul 1989, structurile și politicile privind HIA au început să fie incluse în politica de sănătate a provinciei **Columbia Britanică** și s-a propus ca HIA să fie condusă pentru toate proiectele, programele și legile guvernamentale. Au fost elaborate ghiduri și au avut loc o serie de ateliere participative pentru a crește gradul de conștientizare și pentru a dezvolta capacitatea pentru efectuarea HIA. După anul 1999, valorile care stau la baza reformei sistemului de sănătate s-au schimbat, iar resursele pentru HIA au fost redistribuite. Ghidurile care impuneau utilizarea HIA în deciziile guvernului nu au fost schimbate, dar ele nu mai erau considerate obligatorii (Banken, 2004).

În **Finlanda**, combinația de evaluare a impactului asupra sănătății și a impactului social este numită *Evaluarea impactului asupra omului*, care este o acțiune voluntară (Melkas, 2013).

Guvernul de stat din Alaska din **SUA** a lansat recent un set de instrumente pentru a sprijini utilizarea HIA (State of Alaska, 2011). De asemenea, ar trebui să se țină cont de cadrul instituțional care diferă de la o țară la alta. În unele procese de luare a deciziilor, HIA se desfășoară doar la două niveluri, ceea ce înseamnă că, pe lângă nivel național, HIA are loc la nivel regional sau local, cum este cazul **Sloveniei**, unde HIA se desfășoară numai la național și regional. Comparațiile între niveluri trebuie să fie prudențiale, deoarece responsabilitățile pentru politici și funcțiile de sănătate publică se situează la diferite niveluri în diferite țări.

În **Marea Britanie**, expertiza în evaluarea impactului asupra sănătății a apărut din constatarea că HIA este adesea neglijată în timpul etapelor de planificare a proiectelor de dezvoltare. Deși este de așteptat ca majoritatea acestor proiecte să fie benefice pentru sănătate, impactul indirect poate fi negativ. Efectele adverse neașteptate afectează adesea grupurile cele mai vulnerabile (Birley, 1995). Planificarea prealabilă poate evita aceste efecte dăunătoare, așa că în 1990, British Overseas Development Administration din Liverpool a finanțat Programul

pentru Impact asupra Sănătății cu scopul de a investiga prospectiv efectele asupra sănătății (Birley și Peralta, 1995). De asemenea, au dezvoltat un curs de instruire pentru funcționarii guvernamentali din țările mai puțin dezvoltate din punct de vedere economic (Birley și colab., 1996).

4.2.2. Modelul 2 de abordare legislativă: HIA în cadrul proceselor guvernamentale.

Aceasta se realizează pe următoarele căi de reglementare posibile care nu sunt neapărat cerințe pentru HIA per se, dar pot fi legate sau pot promova utilizarea HIA:

1. Solicitarea unor revizui HIA sau examinarea tuturor politicilor guvernamentale

De exemplu, **Olanda** a cerut ca toate politicile guvernamentale să fie examinate pentru a determina dacă a fost necesară o HIA, ceea ce a condus la realizarea unui număr de HIA în politicile naționale (den Broeder și colab., 2003). Olanda a implementat screening-ul pentru HIA al tuturor documentelor elaborate de Parlament, pentru propunerile bugetare anuale, precum și pentru rapoartele comitetelor consultative (Putters, 1997; Pettersson, 2002). În cazul în care screening-ul a identificat o relevanță pentru sănătate, institutele de cercetare le-au fost comandate HIA detaliate, ceea ce implică evaluări sistematice sau cercetare comandată special. Astfel de exemple includ politici privind tutunul, previziunile pentru locuințe și reglementări pentru impozitarea energiei (Pettersson, 2002).

Statul New South Wales din **Australia** necesită completarea unei declarații de impact asupra sănătății asupra tuturor inițiativelor din domeniul sănătății, pentru a se asigura că impactul diferențial asupra populațiilor aborigene este identificat și redresat înainte de implementare (NSW Health, 2017). Aceste proceduri prezintă o asemănare cu procedurile generale de screening în HIA.

2. Utilizarea discreționară a altor procese decât HIA pentru a examina problemele de sănătate.

De exemplu, statul Sudic al **Australiei** este lider mondial în dezvoltarea abordării HiAP, și a promovat utilizarea selectivă și strategică a unei "*lentile pentru sănătate*" (Health SA, 2008; Kickbusch și Buckett, 2010). Acesta este un proces structurat de angajare intraguvernamentală, care este similar cu HIA. Scopul său este de a informa alte sectoare cu privire la impactul potențial asupra sănătății al politicilor lor, ca parte a proceselor guvernamentale de planificare și implementare.

Aceste abordări sunt conduse la trei niveluri: prin legislație națională sau statală (Soeberg, 2006; Vohra, 2007); prin intermediul agențiilor și mecanismelor internaționale, cum ar fi IFC și principiile Equator (Equator Principles, 2006; IFC, 2009); și prin utilizarea principiilor de practică voluntară de către industrie și evaluator (IPIECA, 2005; Quigley, 2006; Bhatia, R. 2009; ICMM, 2010).

4.3. Implementarea HIA

În afară de câteva țări, implementarea HIA încă în fază incipientă în Europa. Este supusă cercetării academice sau proiectelor pilot științifice pentru a explora utilitatea conceptului și fezabilitatea implementării acestuia într-un context național specific.

Există numeroase ghiduri care îi ajută pe practicanți să implementeze HIA: de exemplu în **Marea Britanie și Irlanda** (National Assembly for Wales, 1999; Scott-Samuel și colab., 2001; Cave și colab., 2001; WHO, 2005; Douglas și colab., 2007; Kemm, 2007; Coggins și colab.,

2008; Greenspace Scotland, 2008 Metcalfe și colab., 2009; Human Impact Partners, 2011), în întreaga **Europă** (IMPACT, 2004) și în alte **țări** (Bos și colab., 2003; Mahoney și colab., 2004; Health Canada, 2004; IPIECA, 2005; Harris și colab., 2007; Aldrich și colab., 2008; North American HIA Practice Standards Working Group, 2009; IFC, 2009). Rapoartele HIA sunt finalizate fără referire la un anumit standard împotriva căruia împuterniciții sau alte persoane pot revizui calitatea raportului HIA completat.

Acest lucru contrastează cu implementarea EIA, care este o cerință legală pentru anumite proiecte din toate statele membre ale Uniunii Europene³¹ și pentru care Comisia Europeană a recunoscut necesitatea unor ghiduri de revizuire pentru evaluarea calității output-urilor scrise (ERM, 2001).

Standardele internaționale de bune practici există ca principii de orientare privind desfășurarea și raportarea HIA (Quigley și colab., 2006; WHO, 1999). Cu toate acestea, aceste standarde nu oferă îndrumări în ceea ce privește revizuirea rapoartelor privind HIA care se desfășoară la nivel de proiect pentru a se asigura că rapoartele sunt adecvate scopului și respectă cele mai bune practici.

În ghidurile unor țări precum **SUA, Danemarca, Spania și Thailanda**, HIA se desfășoară în mod independent, în timp ce în Canada, Italia și Suedia este integrat cu EIA; În ghidurile din **Marea Britanie, în Scoția și Țara Galilor**, se folosesc diferite tipuri de HIA, cunoscute sub denumirea de evaluări ale impactului egalității (Equity Impact Assessments - EqIA) (Scott-Samuel, 1996; Abrahams și colab. 2004b; Chadderton și colab., 2013). În plus, în unele țări, pentru proiecte importante, cum ar fi industria petrolieră și extractivă, se utilizează un model integrat de evaluare a impactului asupra mediului, social și asupra sănătății (ESHIA) (WHO, 2003)

Nu toate statele membre înregistrează progrese în aceeași direcție. **Olanda** este un exemplu care a avut anterior un record puternic în domeniul HIA, inclusiv implementarea sa la nivel național. Cu toate acestea, de la alegerile generale, capacitățile la nivel național au fost reduse și HIA a devenit din ce în ce mai limitată la nivel local (Broeder și colab., 2005).

HIA necesită o participare largă pentru a stabili o imagine completă a impactului potențial asupra sănătății. Este necesară cooperarea și expertiza unei game largi de părți interesate și persoane care dețin informații-cheie. Participarea publicului în cadrul HIA este esențială, atât pentru a se asigura că preocupările locale sunt abordate, cât și pentru motivele etice ale justiției sociale (Scott-samuel și colab., 1998)

Potrivit unui studiu din anul 2007 (Wismar și colab., 2007), există o multitudine de organisme și entități diferite care deservește funcția de coordonare; cu toate acestea, un rol esențial îl joacă guvernele și administrația sau institutele din sectorul public. Cartografia arată că majoritatea țărilor au creat "agenții principale" care pot acționa ca puncte focale care exercită conducere tehnică și oferă sprijin în ceea ce privește conducerea, organizarea, gestionarea, punerea în funcțiune și supravegherea HIA. Deși guvernele și agențiile guvernamentale joacă un rol important în implementarea și furnizarea HIA, există o mare varietate de alte instituții și organizații implicate în dezvoltarea capacităților și furnizarea HIA, inclusiv autoritățile locale, instituțiile de sănătate publică, observatorii pentru sănătate și unitățile HIA special create,

³¹Council of the European Union. Council Directive 97/11/EC of 3 March 1997 amending Directive 85/337/EEC on the assessment of the effects of certain public and private projects on the environment⁴⁰(L73). 1997. Brussels. Official Journal of the European Community. 5-14. Disponibil la: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31997L0011:EN:HTML>

universități și companii private. Cerințele de informații și informații de sănătate sunt destul de exigente. Informațiile privind starea de sănătate a populației și factorii determinanți ai sănătății trebuie să fie disponibile la fiecare nivel, la care HIA se va desfășura. În mod evident, în multe țări, practicienii HIA au primit un sprijin redus în obținerea informațiilor despre sănătate legate de HIA. Aceștia trebuie să se bazeze pe experiențele lor personale și pe propriile rețele atunci când planifică și conduc HIA, sau trebuie să utilizeze informații furnizate de alte state care nu se pot traduce în propriul cadru legal țării în care trăiesc.

Lipsa resurselor și a finanțelor pentru HIA a agravat problemele legate de informațiile din domeniul sănătății, precum și consolidarea capacităților personalului instruit corespunzător. În unele cazuri, un buget pentru HIA este rezervat în cadrul bugetului general al institutelor naționale sau regionale. Resursele financiare pentru efectuarea HIA provin adesea din bugetul obișnuit al institutelor sau al administrațiilor locale. Dezvoltarea capacităților oferă o contribuție specifică pentru sistemul HIA. Aspectele esențiale sunt elaborarea și instruirea practicanților HIA și crearea unităților de sprijin. Există o legătură strânsă între dezvoltarea capacităților și informațiile de sănătate necesare pentru efectuarea HIA. Țările trebuie să se bazeze pe resursele pe care le au la dispoziție pentru realizarea HIA. Statele care nu dispun de resursele necesare pot efectua HIA la un nivel mai redus de detaliu spre deosebire de statele cu bugetele și infrastructura necesare.

În 1992, Birley a elaborat pentru Banca Asiatică de Dezvoltare un cadru în trei etape pentru evaluarea impactului asupra sănătății. Aceasta a inclus identificarea pericolelor pentru sănătate, interpretarea riscurilor generate de aceste riscuri și gestionarea acestor riscuri. El a propus ca evaluarea impactului asupra sănătății să nu fie o procedură separată, ci să fie inclusă în evaluarea impactului asupra mediului (EIA) (Birley, 1995) pentru a evita duplicarea procedurilor. EIA presupune luarea în considerare a efectelor asupra sănătății, dar acest lucru este rareori realizat. Atunci când sănătatea este examinată în mod explicit, uneori este folosit termenul de evaluare a impactului asupra sănătății mediului (EHIA) (a se vedea mai sus).

4.4. Experiența mondială în instituționalizarea și implementarea HIA

4.4.1. Canada

Legea sănătății publice a provinciei Québec este demnă de remarcat deoarece se concentrează asupra proceselor prin care guvernul va solicita asistență în probleme de sănătate și asupra modului în care această asistență va fi oferită de Ministerul Sănătății. Definirea clară a procesului a contribuit la asigurarea faptului că departamentele guvernamentale solicită contribuția sănătății la scrierea politicii. Ministerul Sănătății a lucrat, de asemenea, pentru a spori gradul de conștientizare și pentru a obține sprijinul altor ministere și agenții guvernamentale (NHMRC, 1994). În acest mod, se deschid canalele de comunicare dincolo de incidența legii între departamentele guvernamentale, ceea ce a dus la integrarea sectorului sănătății (și a considerentelor legate de sănătate) în procesul politico-administrativ. Mai mult, strategia guvernului pentru dezvoltare și transferul informațiilor a consolidat capacitatea de cercetare în domeniul politicilor publice sănătoase în sectoarele academice și în Institutul Național de Sănătate Publică din Québec (St-Pierre și colab., 2011). Deși colaborarea sistematică între sectorul sănătății publice și mediul înconjurător poate fi îmbunătățită, cercetarea modelului legislative din Canada indică faptul că sănătatea este luată în considerare într-o anumită măsură în evaluarea impactului asupra mediului. În ansamblu, Canada are unele dintre cele mai extinse și de succes experiențe de a include HIA în EIA și de a analiza și de a îmbunătăți practica HIA. Aceste lucrări nu sunt întotdeauna etichetate ca

HIA, dar sănătatea este din ce în ce o componentă a unei abordări integrate a evaluării de mediu (Orenstein și colab., 2010; Vohra și colab., 2011).

4.4.2. Uniunea Europeană

Politicile și legile care se aplică în întreaga UE sunt elaborate în principal prin activitatea comună a trei instituții: Comisia Europeană, Parlamentul European și Consiliul Uniunii Europene. Comisia Europeană, care propune noi legi și apoi colaborează cu statele membre pentru a le pune în aplicare, este divizată în departamente și servicii³². Sănătatea publică intră în responsabilitatea Direcției Generale pentru Sănătate și Protecția Consumatorilor (DG-SANCO), iar gestionarea problemelor de mediu reprezintă atribuția Direcției Generale pentru Mediu (DG-ENV). Sănătatea publică este un subiect de politică relativ nou la nivelul UE, iar statele membre continuă să dețină principala responsabilitate pentru politica națională de sănătate.

Acțiunile la nivelul UE completează acțiunile la nivel național, de exemplu, prin abordarea amenințărilor majore la adresa sănătății și a problemelor cu impact transfrontalier sau internațional, cum ar fi pandemiile și bioterorismul; prin abordarea amenințărilor la adresa sănătății legate de libera circulație a mărfurilor, a serviciilor și a persoanelor; prin promovarea unui stil de viață mai sănătos; și prin sprijinirea activității autorităților naționale. Este recunoscut faptul că sănătatea publică nu este doar o problemă pentru politica de sănătate. De exemplu, în 1997, Tratatul de la Amsterdam acerut ca toate politicile Comunității Europene să protejeze sănătatea. Astfel, abordarea HiAP - "sănătate în toate politicile" este necesară pentru politicile interne și externe și sprijinul acordat pentru utilizarea HIA și a altor instrumente care evaluează sănătatea (CEC, 2007).

Înainte de a le adopta, Comisia Europeană evaluează inițiativele privind posibilele consecințe economice, sociale și de mediu³³. În acest proces, sănătatea este considerată ca fiind unul dintre subiectele aflate într-un cadru integrat de evaluare a impactului. Ghidurile de implementare au fost actualizate în anul 2009 pentru a revizui sănătatea și siguranța publică și pentru a spori luarea în considerare a impactului social, inclusiv accesul și efectele asupra sistemelor de protecție socială, sănătate și educație (CEC, 2007). O atenție deosebită a fost acordată efectelor distribuției și efectelor asupra sărăciei și incluziunii sociale în UE și în țările în curs de dezvoltare (EC, 2009b). Revizuirile arată o ușoară creștere mică a numărului de mențiuni ale cuvântului "sănătate" din rapoartele privind evaluarea impactului la Comisia Europeană; astfel încât, deși progresul este lent, accentuarea sănătății în cadrul legislativ este în creștere (Ståhl, 2010).

Cu toate acestea, cadrul legislativ al HIA a fost criticat pentru faptul că nu a luat în considerare îmbunătățirea sănătății publice. De exemplu, politicile se concentrează mai degrabă asupra serviciilor de sănătate specifice și mai puțin asupra sănătății generale a publicului larg astfel încât sănătatea nu este privită ca un factor ce poate diferenția între opțiunile politice; astfel, politicile se concentrează pe efectele asupra economiei sau asupra mediului de afaceri, fiind deschise influențelor nejustificate a intereselor corporatiste (Smith și colab., 2010a; Smith și colab., 2015).

³²https://ec.europa.eu/info/departments_en

³³http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/ia_carried_out/cia_2016_en.htm.

4.4.2.1. Directivele pentru evaluarea impactului asupra mediului (EIA și SEA)

Evaluarea de mediu este un mecanism-cheie pentru evaluarea proiectelor individuale identificate prin Directiva EIA³⁴ sau a planurilor sau programelor publice identificate prin Directiva privind evaluarea strategică de mediu (SEA)³⁵. *"Principiul comun al ambelor directive este să se asigure că planurile, programele și proiectele care pot avea efecte semnificative asupra mediului sunt supuse unei evaluări de mediu înainte de aprobarea sau autorizarea acestora"*³⁶. Consultarea publicului este o caracteristică esențială a procedurilor de evaluare a mediului.

Statele membre sunt libere să suplimenteze procesele de evaluare, însă această suplimentare nu trebuie să excedă cadrul legal prin care proiectele sunt autorizate. Din acest motiv, există o anumită variație a proceselor între statele membre. DG-ENV asigură că fiecare stat membru pune în aplicare directivele EIA și SEA, iar Curtea Europeană de Justiție este arbitru final în cazul în care evaluările sunt contestate. Întrucât ambele directive sunt procedurale, instanțele judecătorești tind să se preocupe de modul în care au fost efectuate evaluările, mai degrabă decât cu exactitatea acestora. Problemele de calitate sunt de obicei lăsate de organizațiile care supraveghează procesul de aprobare, deși acest lucru poate fi problematic; de exemplu, autoritățile de sănătate nu sunt întotdeauna rugate să comenteze asupra componentelor de sănătate ale evaluărilor de mediu.

Deși Directiva EIA prevede că *"efectele unui proiect asupra mediului trebuie evaluate pentru a ține seama de preocupările pentru protejarea sănătății umane"*, sănătatea umană nu este inclusă în mod explicit în lista efectelor directe și indirecte³⁷ ale unui proiect care trebuie identificat, descris și evaluat. Deși EIA ia în considerare protecția sănătății (de exemplu, calculele privind expunerile sigure sunt incluse în derivarea limitelor de mediu pentru emisiile în aer și calitatea apei), evaluările EIA nu se uită în detaliu la populațiile care pot fi expuse. Respectarea concentrațiilor limită din mediu nu înseamnă că nu vor exista efecte asupra sănătății (chiar și creșteri mici ale emisiilor în aer pot avea efecte asupra sănătății).

Guvernele naționale au interpretat **Directiva EIA** în mod diferit, iar interpretările lor determină măsura în care sănătatea este luată în considerare în mod explicit în cadrul EIA (den Broeder și colab., 2014). De exemplu, ministerul englez responsabil pentru planificare s-a opus în mod explicit pentru includerea sănătății în EIA; în schimb, Germania a încercat să abordeze sănătatea în EIA și a adoptat o rezoluție în anul 1992 pentru includerea HIA în contextul EIA (Fehr și colab., 2004). Limitele sunt stabilite de burocrația din structurile guvernamentale ale căror interese adesea constau în evitarea plasării unor sarcini suplimentare asupra instituțiilor sau asupra mediului de afaceri. În mod frecvent, calea adoptată este respectarea legalității cu cheltuieli minime, ceea ce poate duce la o acoperire deficitară a sănătății.

³⁴Council of the European Union. 1985. Council Directive of 27 June 1985 on the assessment of the effects of certain public and private projects on the environment. 85/337/EEC. O.J. Eur. Comm. L 175:40-48 [online]. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1985L0337:20090625:EN:PDF>

³⁵EP/Council (European Parliament and Council of the European Union). 2001. Directive 2001/42/EC of the European Parliament and of the Council of 27 June 2001 on the assessment of the effects of certain plans and programmes on the environment. O.J. Eur. Comm. L 197:30-37. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32001L0042>

³⁶EC (European Commission). 2011c. Environmental Assessment. Europa [online]. <http://ec.europa.eu/environment/eia/home.htm>

³⁷Efectele includ efectele asupra oamenilor, faunei și florei, solului, apei, aerului, climei și peisajului, interacțiunea dintre acestea, bunurile materiale și patrimoniul cultural.

Într-un sondaj realizat în 2009 cu privire la aplicarea directivei EIA, toate state membre noi member ale UE (printre care și România) au raportat că aspectele legate de sănătatea umană sunt evaluate ca parte a rapoartelor EIA. Elementele comune includ identificarea efectelor asupra sănătății umane în timpul etapei de definire a domeniului de evaluare a impactului asupra mediului, consultări cu autoritățile de sănătate sau experți în domeniul sănătății umane și evaluarea efectelor asupra sănătății umane ca parte a documentației de mediu prezentate de un dezvoltator. Puține state membre noi au elaborat ghiduri specifice pentru aceste activități (COWI, 2009).

Cele mai multe state membre noi care au fost chestionate definesc sănătatea în termeni de mediu și implică autoritățile de sănătate publică, în special în ceea ce privește sănătatea mediului. De exemplu, în Ungaria, problemele de sănătate umană sunt examinate în procedurile EIA pentru proiectele de transport (axate pe zgomot), linii de transport (axate pe radiații neionizante), instalații de gestionare a deșeurilor periculoase (axate pe efectele complexe asupra sănătății mediului) mine și fabrici de ciment (axate asupra poluării aerului). Malta este singurul stat membru care menționează bunăstarea și afirmă că, atunci când este relevant, sănătatea și bunăstarea sunt studiate în ceea ce privește efectele socio-economice (COWI, 2009).

Directiva SEA se referă la planuri și programe publice, dar nu la politici. Ideea este de a identifica problemele la nivel strategic, astfel încât acestea să nu apară la un nivel de proiect; în practică, totuși, legătura dintre evaluarea strategică și evaluarea proiectelor s-a dovedit a fi problematică. Deși evaluările SEA sunt utilizate pentru evaluarea planurilor în diferite sectoare, acestea sunt efectuate în primul rând pentru planificarea utilizării terenurilor³⁸. Dacă se consideră că este posibil ca efectele asupra mediului ale planurilor sau programelor să depășească granițele naționale, statul membru pe teritoriul căruia se pregătește planul sau programul trebuie să consulte celelalte state membre³⁹. Directiva SEA, spre deosebire de directiva EIA, necesită în mod explicit luarea în considerare a "efectelor probabile semnificative asupra mediului, inclusiv asupra unor aspecte precum sănătatea umană"⁴⁰. Dezbaterea privind modul de integrare a sănătății în SEA evoluează în Europa⁴¹.

Directiva SEA impune examinarea a numeroase aspecte, inclusiv a sănătății umane, dar nu oferă o definiție detaliată a acestor aspecte. Astfel, sănătatea este abordată în practica SEA în diverse moduri care nu necesită în mod sistematic introducerea sănătății publice sau chiar aprobarea oficială a autorităților de sănătate.

În Danemarca, sănătatea reprezintă o componentă formală în evaluarea planurilor spațiale; zgomotul, apa potabilă, poluarea aerului, odihna și viața în aer liber și siguranța traficului (Kørnø, L. 2009).

³⁸SEA este obligatorie pentru planurile sau programele pregătite pentru o serie de sectoare prescrise și stabilește cadrul pentru acordarea consimțământului pentru dezvoltarea viitoare a proiectelor enumerate în Directiva EIA

³⁹EC (European Commission). 2011d. Strategic Environmental Assessment - SEA. Europa [online]. Available: <http://ec.europa.eu/environment/eia/sea-legalcontext.htm>

⁴⁰EP/Council (European Parliament and Council of the European Union). 2001. Directive 2001/42/EC of the European Parliament and of the Council of 27 June 2001 on the assessment of the effects of certain plans and programmes on the environment. O.J. Eur. Comm. L 197:30-37
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32001L0042>

⁴¹<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:l28036&from=EN>

O revizuire a SEA din Anglia și Germania a constatat că au fost luate în considerare toate aspectele privind factorii fizici, chimici și naturali (cum ar fi zgomotul, emisiile și poluarea) asupra sănătății și aspectele sociale și comportamentale (Fischer și colab., 2015). Asigurarea faptului că efectele importante asupra sănătății sunt identificate în mod satisfăcător nu a determinat deocamdată implicarea în procesul de evaluare sau în planificare a experților în sănătate publică. O dificultate constă în faptul că sectorul sănătății tinde să se situeze în afara procesului de planificare, iar cea mai mare parte a experienței HIA tinde să fie la nivel de proiect (Committee on Health Impact Assessment, 2011). În anul 2010 a fost adoptat protocolul SEA privind EIA de cel puțin 35 de țări membre (UNECE, 2003), care merge mult mai departe decât directiva SEA, făcând referire în mod explicit la impactul asupra mediului și sănătății, indicând faptul că trebuie luate în considerare toate efectele asupra sănătății (nu doar cele asociate factorilor de mediu) și indicând faptul că autoritățile de sănătate ar trebui consultate la diferitele etapele procesului.

Exemple de HIA avansată, independentă de EIA și SEA

Statele membre au abordări diferite pentru HIA avansată în afara procesului de EIA. Începând cu sfârșitul anilor 1990, **Suedia** a folosit HIA ca un mecanism de abordare a factorilor determinanți ai sănătății în procesul de elaborare a politicilor (Finer și colab., 2005). Deși nici o legislație nu impune HIA, agențiile, districtele și municipalitățile continuă să învețe și să o folosească. Politicienii locali din întreaga Suedie s-au implicat activ în elaborarea documentelor inițiale de orientare pentru HIA și au recomandat ca sănătatea să devină o parte incipientă a tuturor discuțiilor politice (Dahlgren și colab., 1997). Decizia de a examina toate propunerile politice pentru a determina care ar trebui să fie în continuare evaluată, a condus la recomandarea HIA pentru multe politici (Nilunger și colab., 2007). În perioada 2005-2008, 11 instituții centrale și toate consiliile de administrație județene din Suedia au fost obligate să pună în aplicare HIA și au fost sprijinite de Institutul Național de Sănătate Publică în acest scop (Knutsson și Linell 2010).

Deși cerința a sporit interesul și sprijinul politic pentru problemele legate de sănătatea publică și în special de HIA, nu există o cerință legală pentru obligativitatea HIA și nu există resurse specifice pentru instituționalizarea sa. Rezultatul este că punerea în aplicare se bazează pe conducerea și buna voință a factorilor locali și pe sprijinul Institutului Național de Sănătate Publică. În cadrul aranjamentului existent, este nevoie de timp pentru a dezvolta capacitatea pentru HIA ca parte integrantă a activităților unei organizații, iar relațiile de muncă între sectoare au fost dificil de realizat (Knutsson și Linell, 2010). Consiliile de administrație județene au făcut următoarele observații (Knutsson și Linell, 2010):

- legislația este necesară pentru a se asigura că sectorul public implementează periodic HIA;
- este de dorit evaluarea integrată a factorilor sociali, economici și de mediu;
- Institutul Național de Sănătate Publică a folosit conștientizarea proceselor EIA ca modalitate de structurare și de introducere a HIA.

O evaluare a utilizării HIA de către o autoritate regională a sănătății (Sud-Vest Stockholm) a constatat că un factor critic pentru succesul HIA a fost acela că managementul la nivel politic a avut relații de lucru strânse cu cel administrativ, realizate și menținute prin oportunități recurente și instruirii prin care HIA a avut potențialul de a influența procesul de elaborare a politicilor (Berensson, 2004).

Slovacia a adoptat legislație în 2007, care impune HIA pentru proiecte, programe și politici (Mannheimer și colab., 2010). Aplicarea legislației a fost amânată pentru a pregăti un cadru instituțional care să includă contribuția sănătății publice. Medicii din cadrul celor 37 de autorități regionale din domeniul sănătății publice examinează proiectele pentru a determina care sunt adecvate pentru HIA. Dacă o HIA este considerată necesară, aceasta va fi externalizată și condusă de sectorul privat și apoi evaluată de autoritatea regională de sănătate publică. Autoritatea Națională de Sănătate Publică are responsabilitatea de a implementa HIA în toate cele 37 de autorități locale.

În perioada 2002-2006, **Finlanda** a integrat HIA în toate politicile și în toate proiecte (Ståhl, și colab., 2006). HIA includea implicarea părților interesate; au fost înființat STAKES, un institut de politică publică cu experiență în domeniul HIA; și a durat aproximativ 2 luni până la finalizare. Structurilor locale le-a fost dată responsabilitatea pentru HIA, iar sprijinul a fost asigurat de institutul de politică publică care a instruit ofițeri EIA și pe oficialii din domeniul sănătății, al educației și din administrațiile locale. Acest proces a fost considerat necesar pentru o perioadă lungă de timp, iar STAKES a elaborat o procedură HIA rapidă pentru ca comitetele guvernamentale locale să sprijine procesul de luare a deciziilor la nivel local. Unele orașe au implementat procedura cu succes, însă unele sectoare au avut obiecții cu privire la evaluările de impact asupra anumitor aspecte. În cazul în care a existat opoziție la HIA, aceasta a fost percepută ca fiind un rezultat al pierderii puterii asupra procesului de luare a deciziilor din cauza necesității de a lua în considerare o gamă mai largă de opțiuni. Mai recent, Finlanda a introdus norme și linii directoare pentru implementarea evaluării integrate a impactului, care a fost cerută de lege de mai mulți ani și este condusă de Ministerul Afacerilor Interne. Normele au stabilit cerințe minime pentru evaluarea impactului și au permis să se ridice întrebări dacă problemele de sănătate nu au fost incluse. Experiența finlandeză indică rolurile esențiale ale legislației, cerințele clare de proces pentru punerea în aplicare a evaluărilor (norme și standarde) și alocarea bugetelor (resurselor) pentru implementarea cu succes a evaluării impactului. În contextul finlandez, utilizarea evaluării integrate a impactului, cerută de lege, este considerată cea mai bună modalitate de integrare a aspectelor de sănătate și de mediu în procesul de elaborare a politicilor (Ståhl, 2011).

În **Marea Britanie**, un act al Parlamentului stipulează că toate strategiile adoptate de primarul din Londra trebuie să reducă disparitățile de sănătate din Londra. Această cerință impune necesitatea de a contribui la sănătatea publică în toate sectoarele, de a pune HIA în mod ferm în procesul de politici pentru a reduce disparitățile din sănătate. Strategiile londoneze privind transportul, locuințele, ocuparea forței de muncă și educația au fost toate supuse HIA (Opinion Leader Research, 2003; London Health Commission, 2011; Herriott și colab., 2010), iar capacitatea pentru HIA a fost dezvoltată la nivel regional și local în jurul Londrei. Cerințele naționale și locale privind HIA sunt susținute de arhivele de informații, de exemplu, portalul HIA, este finanțat de Departamentul de Sănătate al Marii Britanii. Organismele consultative au susținut și propagat utilizarea HIA. De exemplu, Unitatea de asistență pentru evaluarea impactului asupra sănătății din Țara Galilor la Școala de Științe Sociale din Universitatea Cardiff a fost înființată în 2001. A format un parteneriat cu Serviciul Național de Sănătate Publică și lucrează pentru dezvoltarea capacității pentru HIA în Țara Galilor, prin furnizarea de informații și consiliere, cercetare și evaluare.

Exemple de centre similare din alte părți ale Europei includ Institutul Național pentru Sănătate Publică și Mediu (RIVM) din Olanda; Institutul de Sănătate Publică, Renania de Nord-Westfalia, în Germania; și Unitatea de Cercetare Pentru Promovarea Sănătății în

Universitatea de Sud din Danemarca. Unele centre au supervizare informală și roluri consultative. RIVM, de exemplu, oferă consultanță politică Ministerului Sănătății în domeniul sănătății mediului și bolilor cronice și este specializată în cuantificarea efectelor asupra sănătății în care expertiza HIA joacă un rol important (Den Broeder și colab., 2018).

Experiența europeană a demonstrat că este importantă dezvoltarea capacităților, în special pentru transferul de cunoștințe în cadrul unei organizații și între organizații. Deși este recunoscută ca o abordare utilă, HIA este rareori o responsabilitate de bază enumerată în responsabilitățile postului. Specialiștii în domeniul sănătății publice, în sectorul de sănătate, întâmpină dificultăți în a-și dedica timpul la HIA și nu există o cale de carieră clară pentru tinerii profesioniști care doresc să urmeze HIA. În Regatul Unit al Marii Britanii și Irlanda, există câteva cursuri scurte în domeniul HIA, care sunt considerate ca parte a dezvoltării profesionale continue. La Universitatea din Vestul Marii Britanii, este instruit un număr important de planificatori în Facultatea de Mediu Construit. Universitatea dispune de o mare școală de sănătate publică și cere planificatorilor și profesioniștilor din domeniul sănătății publice să facă un curs în domeniul celuilalt. În unele privințe, lipsa capacității este satisfăcută de sectorul privat, deoarece specialiștii în evaluarea de mediu încep să adauge HIA la setul de competențe.

4.4.3. Statele Unite ale Americii

O analiză (Rhodus și colab., 2013) sistematică a evaluărilor impactului asupra sănătății (HIA) din S.U.A. a fost realizată pentru a obține o imagine clară a modului în care sunt implementate HIA la nivel național și pentru a identifica domeniile potențiale pentru îmbunătățirea comunității de practică HIA. În acest context, au fost evidențiate următoarele: utilizarea HIA în luarea deciziilor la nivelul guvernului federal a fost în mare parte, deși nu exclusiv, în contextul implementării *Legii privind politica națională de mediu* (NEPA)⁴². Agențiile federale din ramura executivă au fost, teoretic, obligate să evalueze efectele asupra sănătății ale acțiunilor federale propuse în cadrul NEPA din anul 1969.

În SUA, HIA pentru politici, proiecte și programe din comunitățile locale a fost organizată sau sponsorizată de agenții locale de sănătate publică, organizații nonprofit, agenții de planificare și instituții academice. Este mai frecventă HIA pentru utilizarea terenurilor, a locuințelor și în planificarea transporturilor decât pentru politici sau programe din sectorul muncii, ale educației sau ale serviciilor sociale în contextual NEPA. NEPA a fost, de asemenea, utilizată pentru a măsura impactul asupra sănătății în relație cu modificările propuse în ordonanțele locale de zonare (Bhatia și Wernham, 2008).

În 2006, Washington a devenit primul stat care a adoptat legislația axată pe pregătirea revizuirii impactului asupra sănătății. O analiză a impactului asupra sănătății a fost definită ca o "*revizuire a unei propuneri legislative sau bugetare ... care determină măsura în care propunerea îmbunătățește sau exacerbează disparitățile în materie de sănătate*".

Legea a instituit un mecanism în sarcina Consiliului de Stat al Sănătății de a efectua revizuirii privind impactul asupra sănătății la cererea unui legiuitor statal sau a unui guvernator. Deși

⁴²O lege federală a Statelor Unite care impune agențiilor federale din cadrul executivului să "integreze valorile de mediu în procesul lor de luare a deciziilor, luând în considerare impactul ecologic al acțiunilor propuse și alternativele rezonabile la aceste acțiuni". Acesta stabilește politica de mediu a SUA și Consiliul pentru mediu Calitate

au fost solicitate unele recenzii (WA SBOH, 2007a), dificultățile bugetului de stat au dus la diminuarea capacității de a efectua revizuirii.

Din perspectiva procedurală, nu există o diferență semnificativă între etapele HIA și EIA, cel puțin așa cum se practică în cadrul regulamentelor de punere în aplicare a NEPA. Ambele procese încep cu identificarea acțiunilor propuse care ar trebui să treacă prin proces, spre deosebire de acțiunile propuse care ar putea să ducă la niciun impact sau să îl minimizeze. Agențiile sunt obligate să publice proceduri care oferă categorii de acțiuni pe care o agenție le-a determinat, în general, să solicite pregătirea HIA, EIA și acțiuni care sunt excluse din documentația scrisă.

Următorul pas pentru ambele procese este etapa de scoping (definire a domeniului pentru identificarea problemelor importante), a părților interesate și a activităților care trebuie întreprinse pentru a pregăti o analiză credibilă. Analiza în sine este supusă revizuirii și contribuției publice și include măsuri de atenuare și modalități alternative de atingere a obiectivului. Conform NEPA, agențiile sunt obligate să-și dezvăluie decizia cu privire la o acțiune propusă care face obiectul unui EIS într-o "înregistrare a deciziei". HIA nu are cerințe codificate, dar intenția este ca HIA să fie luată în considerare în procesul de luare a deciziilor.

În ciuda accentului clar pe analiza impactului asupra sănătății umane și asupra preocupării pentru sănătatea publică ca element primar al calității mediului uman, mai mulți factori au condus la o tendință istorică de a minimiza importanța efectelor asupra sănătății umane în contextual NEPA. Litigiile au avut o influență majoră asupra formei, dezvoltării și percepției legilor, iar creanțele specifice legate de sănătatea umană au fost rareori o preocupare majoră. Unele confuzii au provenit din mai multe cazuri evaluări timpurii, care au susținut că efectele sociale și economice în sine nu au declanșat necesitatea pregătirii unui EIS. Un alt factor care a condus la minimizarea efectelor asupra sănătății umane în cadrul evaluărilor este faptul că agențiile federale (care au fost punctul central al atenției activiste, legale și legislative în contextual NEPA) erau agenții care, în mod tradițional, nu aveau expertiză internă în probleme de sănătate publică. În schimb, agențiile federale a căror misiune este axată pe sănătate au fost rareori subiectul atenției din perspectiva NEPA. Colaborarea profesională și funcțională între cele două seturi de instituții federale în contextual NEPA a fost, până recent, necunoscută. Confuzia generată de interpretările greșite ale jurisprudenței, lipsa schimburilor profesionale și a unei pledoarii au condus, timp de mai multe decenii, la o analiză a efectelor asupra sănătății în contextual procesului NEPA, care include procesele EIA analitice și procedurale în cadrul NEPA.

Situația a început să se schimbe pe măsură ce conceptul de HIA a fost introdus în agențiile federale. S-a demonstrat că prin integrarea HIA în EIA în cadrul ANPA, iar asistența profesională a fost oferită părților interesate a determinat includerea reglementărilor referitoare la efectele asupra sănătății în mai multe documente ale NEPA pentru programele din domeniul petrolului și gazelor (USEPA, 2009; U.S. Department of the Interior, 2012). Organizațiile de interes public au devenit, de asemenea, mai conștiente de HIA și au susținut cu succes, includerea sa într-o gamă mai largă de analize NEPA. Trebuie remarcat faptul că agențiile ce acționează sub NEPA sunt obligate să analizeze efectele, indiferent dacă sunt sau nu sub controlul și responsabilitatea agenției proponente. Este mai puțin clară problema legată de ceea ce agențiile pot să ceară solicitanților externi în privința măsurilor de atenuare a riscurilor care implică acțiuni aflate în afara jurisdicției respectivei agenții.

4.4.4 Australia si Noua Zeelandă

În Australia și Noua Zeelandă, HIA se distinge prin patru forme majore de practică:

- *Modelul obligatoriu*: acesta este modelul clasic al practicilor HIA, cerut de legi sau reglementări. Acestea sunt deseori efectuate în cadrul unei evaluări a impactului asupra mediului, dar nu pe o bază voluntară. Accentul se pune pe mediul fizic, și același lucru este valabil și pentru componenta de sănătate; Studiul este adesea condus de experții în domeniul sănătății publice, care folosesc o abordare științifică pentru a analiza aspectele negative și pentru a efectua o revizuire a literaturii.
- *Modelul de sprijin pentru luarea deciziilor*: factorii de decizie, în general, apreciază favorabil acest tip de HIA, care se desfășoară în mod voluntar, acestia colaborează împreună cu experții în domeniul sănătății publice. Partenerii externi, inclusiv cetățenii, participă de asemenea la acest tip de proces. Deoarece acest model este mai flexibil decât modelul anterior, acesta explorează atât aspectele negative, cât și cele pozitive. Iau în considerare nu numai modul în care un proiect va afecta mediul fizic, ci și modul în care acesta va avea un impact asupra sănătății populației.
- *Modelul de advocacy*: grupurile se opun adesea unui proiect și încearcă să atragă opinia publică la cauza lor. Ocazional, își desfășoară singuri HIA-urile, dar uneori sunt implicați și experții în domeniul sănătății publice.
- *Modelul condus de comunitate*: spre deosebire de grupurile de advocacy, reprezentanții comunității care sunt interesați de un proiect HIA nu se opun, ci din contra, participă la acest proiect. Acest model vizează în mod specific să încurajeze participarea comunității.

Este menționată analiza cu meticulozitate pentru rezultatele a 17 din cele 51 de HIA-uri care au fost efectuate până în prezent în Noua Zeelandă. Acest număr este suficient de mare deoarece niciuna dintre aceste HIA nu a fost obligatorie: toate au fost efectuate pe bază de voluntariat.

Revizuirea evaluărilor impactului asupra sănătății – Ministerul Sănătății Noua Zeelandă (Health, Equity and Impact Assessment Research Unit, 2011)

Această revizuire a implicat zece rapoarte HIA, după cum urmează:

- Linia de proiectare urbană Flaxmere HIA
- Implementarea Strategiei de sănătate orală HIA
- Extensii restricționate pentru lichior HIA
- Reorganizarea școlilor secundare
- Planul de gestionare a deșeurilor
- Planul comunității privind graffiti
- Formarea viitorului pentru plaja Waihi
- Evaluarea impactului asupra sănătății privind modificarea planului de calitate a aerului
- Structura planului spatial

Aproximativ în toate rapoartele se remarcă informații demografice despre persoanele afectate (marimea populației, defalcarea etnică și vârsta), cât și informații despre factorii determinanți ai sănătății (mediul social și economic, mediul fizic, ocuparea forței de muncă, rata somajului). Revizuirea acestora a evidențiat mai multe puncte forte comune pentru aproape toate rapoartele, în special un angajament bun cu părțile interesate și luarea în considerare a factorilor determinanți ai sănătății.

Cu toate acestea, revizuirea a subliniat, de asemenea, diferite domenii de îmbunătățire în cadrul rapoartelor HIA, dintre care unele se refera la practicile HIA, cum ar fi etapa de evaluare a impactului asupra sanatatii populatiei și analiza distribuției efectelor. S-a recomandat să se asigure că standardele de practică din Noua Zeelandă sunt în concordanță cu standardele și definițiile HIA acceptate pe plan internațional.

4.5 Studii de caz

A. Agricultura

A.1. Slovenia

În Slovenia (Lock și colab., 2003), cea mai importantă prioritate în materie de sănătate publică în elaborarea politicii agricole este în prezent siguranța alimentară, în ciuda faptului că este relativ mai mare importanța securității alimentare, a alimentației și a altor aspecte legate de sănătatea agricolă în ceea ce privește povara globală a bolilor.

În Slovenia, datorită aderării sale la Uniunea Europeană, s-au efectuat câteva modele HIA fiind pentru prima dată când guvernul a încercat să evalueze efectele politicii agricole la nivel national asupra sănătății populației.

Experiența din Slovenia a demonstrat că procesul HIA a fost un mecanism util pentru ridicarea unor probleme generale privind sănătatea publică pe agenda politicii agricole și a avut deja rezultate pozitive pentru formarea politicilor.

HIA este o abordare utilă pentru elaborarea mai integrată a politicilor între sectoare, dar în mod clar nu este singurul mecanism care permite acest lucru. O comparație a abordării utilizate în Slovenia cu metodele HIA din alte țări și contexte politice arată că există încă multe limitări cu privire la aplicarea HIA la nivel guvernamental.

Au putut fi învățate lecții din aceste studii de caz pentru dezvoltarea și aplicarea ulterioară a HIA, care este mai relevantă pentru factorii de decizie politică, îi ajută să facă alegeri politice mai sănătoase.

A.2. HIA - paianjenii veninoși care intră în Noua Zeelandă prin struguri de masă importati

Potrivit unui raport al din noiembrie 2001 (New Zealand Ministry of Health, 2002), directorul tehnic (conservare) și directorul tehnic (sănătate) au sfătuit Ministerul Agriculturii și Pădurilor că nivelul de protecție pentru importurile de struguri de masă californiene nu era acceptabil, având în vedere numărul de detectări post-frontaliere ale păianjenilor vii, și drept urmare, comerțul a fost suspendat.

Deciziile privind reluarea importului au ținut seama de această evaluare a riscului de sănătate publică reprezentat de păianjenii veninoși, asociate cu importul de struguri de masă în Noua Zeelandă, împreună cu Grupul indigen de floră și faună al Ministerului Agriculturii și Pădurilor.

Dintre cele 58 de interceptări / detectări post-frontiere ale ouălor sau păianjenilor pe loturile de struguri de masă care au sosit în Noua Zeelandă în perioada ianuarie 2000 - februarie 2002, 20 de specii au fost considerate ca fiind cu posibil risc pentru sănătatea publică: patru membri ai genului *Latrodectus* (*Latrodectus mactans*, *Latrodectus hesperus*, *Latrodectus geometricus*

și *Latrodectus hasselti*; *Phidippus johnsoni* (*Johnson jumper*); și *Cheiracanthium inclusum* (păianjenul cu sac galben).

Această evaluare confirmă faptul că toate speciile, cu excepția *Phidippus johnsoni*, reprezintă riscuri pentru sănătatea publică care pot provoca morbidități sau mortalități semnificative. Cu toate acestea, din acele specii care reprezintă un pericol pentru sănătatea publică, doar cei doi păianjeni văduva neagră (*Latrodectus mactans* și *Latrodectus hesperus*) au fost detectați post-frontier cu mai mult decât o singură ocazie. În perioada ianuarie 2000 - noiembrie 2001 au existat 8 detectări post-frontiere ale păianjenilor vii *Latrodectus* în asociere cu importurile de struguri de masă în Noua Zeelandă. Toate aceste detectări post-frontaliere au fost asociate importurilor de struguri de masă din California. Păianjenii adulți din specia văduvei negre sunt responsabili pentru majoritatea mușcăturilor, iar 6 dintre aceste detecții post-frontiere au fost de păianjeni adulți vii de sex feminin.

Păianjenii din specia văduva neagră prezintă un risc moderat de sănătate; mușcaturile păianjenului văduva neagră necesită, în unele cazuri, intervenții medicale, iar într-un număr mic de cazuri efectele mușcăturilor pot fi severe, dar nu reprezintă nivel ridicat pe scala de risc; de exemplu, insectele nu sunt capabile să vectorizeze bolile umane infecțioase.

Detectările post-frontiere ale păianjenilor văduvei negre asigură o expunere individuală ridicată, creând un risc moderat de sănătate publică. Riscul de sănătate publică prezentat de scenariul păianjenilor văduvei negre care se stabilește în Noua Zeelandă este moderat scăzut.

Impactul asupra sănătății umane și a sistemelor de sănătate declanșate de păianjenii văduvei neagră ar fi amplificat de percepția publică asupra riscului de sănătate prezentat de păianjenii văduvei negre într-o țară în care creaturile veninoase sunt rare.

Costurile financiare potențiale asociate detectărilor post-frontiere și stabilirea populațiilor de păianjeni văduve neagră se referă la tratamentul mușcăturilor, la pierderea producției; formare profesională; difuzarea informațiilor profesionale; difuzarea informațiilor publice; stabilirea serviciilor taxonomice de răspuns rapid, auditul, înființarea și întreținerea magazinelor antivenomice, precum și contractarea consultanței experților.

Ar exista, de asemenea, un cost social asociat cu orice stabilire a populațiilor de păianjeni de văduvă neagră legată de modificările de comportament necesare pentru a minimiza riscul nou.

Nu au fost identificate beneficii semnificative pentru sănătate legate de importul de struguri de masă în Noua Zeelandă.

Ministerul recunoaște că, în ciuda a ceea ce a fost considerat un număr inacceptabil de detecție a păianjenului post-frontalier legat de importurile de struguri de masă, până în prezent, nu au existat rapoarte de mușcături ale păianjenilor văduvă neagră pentru persoanele din Noua Zeelandă.

Au fost primite optsprezece observații. În ansamblu, observațiile care au comentat proiectul de evaluare a impactului asupra sănătății au acceptat datele prezentate în evaluare, dar au existat unele dezacorduri cu privire la interpretarea acestor date și la procesul utilizat pentru

a ajunge la unele dintre concluzii. S-au făcut modificări la această evaluare a impactului asupra sănătății, ca urmare a observațiilor prezentate, în principal pentru a clarifica unele secțiuni și, prin urmare, pentru a aborda unele dintre aceste dezacorduri. Ministerul Sănătății, Ministerul Agriculturii și Silviculturii și Departamentul de Conservare au răspuns tuturor observațiilor în revizuirea dosarelor (Ministerul Agriculturii și Silviculturii 2002).

Pe baza acestei evaluări, șeful ofițerului tehnic (sănătate) nu a constatat că riscul de sănătate publică cauzat de păianjeni care intră în țară pe struguri de masă importați justifică continuarea suspendării importurilor californiene. Acesta a constatat că riscul individual pentru sănătate este moderat ridicat, fiind reprezentat de detectările post-vamale ale păianjenilor din specia văduvei negre justifică impunerea unor măsuri prevamele suplimentare pentru a maximiza cât mai mult posibil probabilitatea ca aceste păianjeni să fie interceptate înainte de trecerea frontierei, iar punerea în aplicare a măsurilor post-frontiere pentru atenuarea efectelor oricărei viitoare detectări a păianjenilor este de importanță majoră pentru sănătatea publică în relație cu strugurii de masă importați (New Zealand Ministry of Health, 2002)

B. Aer

HIA- poluarea aerului în 25 de orașe europene⁴³ proiectul Aphekom

Acest proiect a folosit metode tradiționale HIA pentru a evalua impactul poluării aerului asupra sănătății în 25 de orașe europene, mai exact 12 țări din Europa, cu o populație de 39 de milioane de locuitori. Proiectul, s-a desfășurat între 2008 și 2011.

Poluarea aerului în opt orașe Italiene (dupa Martuzzi si colab, 2002)

Aerul din aerul exterior din țările occidentale este poluat cu o varietate de agenți nocivi care pot duce la creșterea morbidității și a mortalității prin expuneri pe termen scurt și lung. Multe studii au demonstrat că PM10 (particule cu dimensiuni mai mici de 10 microni în diametru) este asociat cu o gamă largă de efecte negative asupra sănătății. Având în vedere corelația ridicată dintre poluanți, PM10 poate servi, de asemenea, drept măsură de substituție pentru alți poluanți, inclusiv particule foarte fine (mai puțin de 2,5 microni) și o serie de toxine legate de trafic. Un studiu recent realizat în Austria, Franța și Elveția a estimat un impact major asupra sănătății populației, de exemplu, cu aproximativ 40.000 de decese pe an atribuite PM10 în cele trei țări.

În 1998, Ministerul Mediului italian a cerut Ministerului Mediului italian să realizeze un studiu de evaluare a impactului asupra sănătății pentru cele opt mari orașe din Italia: Turin, Milano, Bologna, Genova, Florența, Roma, Napoli și Palermo. Populația din 1991 era de 8,3 milioane de locuitori, 15% din populația națională. Concentrațiile medii de concentrație ale PM10 pentru 1998-99 au fost determinate în fiecare oraș utilizând rețeaua de monitorizare existentă; concentrațiile medii anuale ale PM10 au variat între 44,4 și 53,8 $\mu\text{g} / \text{m}^3$, cu o medie a ponderii populației de 52,6. Mortalitatea, internările în spital și morbiditatea au fost studiate; datele au fost obținute din surse statistice naționale. Coeficienții de răspuns la doză pentru expunerea la PM10 au fost derivați din literatura publicată, inclusiv studiile efectuate în Italia, prin meta-analiză. Acești coeficienți au fost utilizați pentru a calcula ratele care ar predomina la un anumit nivel de concentrație de referință ales arbitrar. Aceste rate au fost apoi comparate cu cele observate pentru a determina proporția și numărul de cazuri pe an care pot fi atribuite expunerii la PM10 care depășește nivelul de referință. Au fost utilizate două niveluri de referință pentru PM10, 20 și 30 $\mu\text{g} / \text{m}^3$. Acestea sunt valori realiste realizabile prin limitările

⁴³<http://aphekom.org/web/aphekom.org/home;jsessionid=1B3731BCD1AA458877EF18C3B03F0B08>

emisiilor, iar prima este limita pentru țările UE pentru 2010 (în timp ce limita pentru 2005 este de $40\mu\text{g} / \text{m}^3$) (CE, 1999). Analiza se bazează pe ipoteze conservatoare și estimări ale numărului de cazuri care pot fi atribuite expunerii la PM₁₀, care ar putea să descrie doar o parte a impactului general asupra poluării aerului (de exemplu, nu sunt incluse efectele altor poluanți). Metodologia de analiză a fost similară cu cea utilizată de Kuenzli et al, deși au utilizat $7.5\mu\text{g} / \text{m}^3$ ca referință și un coeficient mai mare de răspuns la doză pentru mortalitate.

Rezultatele au arătat că: 4,7% din mortalitate (CI 95: 1,7 - 7,5) se datorează concentrațiilor de PM₁₀ mai mari de $30\mu\text{g} / \text{m}^3$. Această proporție crește la 7,0% utilizând $20\mu\text{g} / \text{m}^3$ ca referință. Numărul deceselor cauzate anual este de 3.472, respectiv 5.108. Contribuțiile prin internări în spitale sunt de aceeași ordine de mărime, cu aproximativ 4.500 de cazuri pe an (combinând cauzele respiratorii și cardiovasculare, aproape 7000 cu valoarea de referință inferioară). Au fost estimate zeci de mii de cazuri atribuite prin bronșită la copii și cazuri de exacerbare a astmului, precum și milioane de zile de activitate limitată și episoade de simptome respiratorii.

Aceste date arată că povara socială a poluării aerului urban în orașele italiene, în ceea ce privește mortalitatea, morbiditatea și spitalizarea, este foarte mare. Aceste cifre trebuie interpretate cu prudență atunci când se estimează beneficiile directe pentru sănătate legate de reducerea concentrațiilor de PM₁₀. Unele efecte pe termen lung sunt incluse în aceste estimări, iar importanța relativă a factorilor de risc, alții decât poluarea atmosferică, s-ar putea schimba în timpul necesar pentru a obține câștigurile de sănătate așteptate. Pe de altă parte, impactul global real al poluării aerului va fi probabil mai mare, deoarece în acest studiu a fost luat în considerare doar un poluant, analiza a fost limitată la rezultatele cunoscute pentru sănătății și au fost utilizate relații conservative de răspuns la doză.

Principala sursă de PM₁₀ în orașele italiene este traficul de autovehicule, inclusiv motoarele diesel și motocicletele în doi timpi. În lumina acestor evaluări, este justificată intervenția pentru reducerea volumului de trafic al autovehiculelor în zonele urbane. Beneficiile în materie de sănătate ale politicilor de transport pentru reducerea poluării aerului ar crește în continuare prin reducerea consecvență a accidentelor rutiere, a zgomotului și a efectelor psihosociale, precum și a altor consecințe indirecte indirecte (cum ar fi mersul pe jos și ciclismul). Conformarea cu standardul european de $20\mu\text{g} / \text{m}^3$, care ar fi trebuit să urmeze, ar duce la câștiguri substanțiale în marile orașe italiene, însă limita va fi fost aplicată după anul 2010.

În 2006, un al doilea studiu, privind 13 orașe italiene, s-a axat pe efectele asupra sănătății atât ale PM₁₀, cât și ale ozonului. Acest studiu a utilizat un set actualizat și extins de date; s-au analizat 25 de efecte negative asupra sănătății și mai multe scenarii de expunere. O medie de 8 220 de decese pe an în cele 13 orașe s-a dovedit că pot fi atribuite concentrațiilor de PM₁₀ care depășesc $20\text{mg}/\text{m}^3$. Aceasta corespunde cu 9% din mortalitatea cauzată de toate cauzele (cu excepția accidentelor) la populația cu vârsta peste 30 de ani.

Mărima acestui impact estimat subliniază necesitatea unei acțiuni urgente de reducere a poluării aerului, prin intermediul politicilor care vizează reducerea emisiilor provenite din transportul urban și producția de energie.

Dezvoltarea HIA concentrându-se asupra grupurilor vulnerabile din Londra, Anglia (dupa Wismar și colab., 2007)

Etapa 1 a avut loc între octombrie 2002 și vara 2003. Aceasta a folosit tehnici rapide de evaluare în două mari serii de evenimente de consultare cu părțile interesate, evenimente deschise pentru comunitate și forumuri de afaceri. Rezultatele au fost colectate și analizate pentru a ajuta la informarea procesului de planificare în următoarele domenii cheie: comunitate; impactul construcțiilor; planificare de urgență; probleme economice; probleme sociale și culturale; facilități și servicii; locuințe și mediu; transport.

Etapa 2 a avut loc între februarie și august 2004. Aceasta a implicat o consultare suplimentară cu părțile interesate, în special cu grupuri greu accesibile, utilizând tehnici aprofundate și monitorizând tendințele legate de sănătate și bunăstare.

Documentul a arătat în mod clar că scopul HIA este identificarea impactului potențial al reamenajării asupra sănătății și bunăstării și evidențierea modalităților prin care să se reducă efectele negative și să se sporească impactul pozitiv; maximizează oportunitățile pentru câștigul de sănătate; să prezinte recomandări bazate pe constatările HIA asupra diferitelor organizații și factori de decizie implicați sau afectați de reabilitare; implicarea comunității în proces și luarea în considerare a mijloacelor cele mai adecvate de monitorizare a impactului construcției asupra sănătății populației.

Această evaluare a impactului asupra sănătății a fost considerată oarecum eficientă din toate punctele de vedere luate în considerare în acest studiu, în special în ceea ce privește eficacitatea sănătății.

Bibliografie

- Abrahams, D., A. Pennington, A. Scott-Samuel, C. Doyle, O. Metcalfe, L. den Broeder, F. Haigh, O. Mekel, and R. Fehr. 2004. European Policy Health Impact Assessment: A Guide, University of Liverpool, England; RIVM, Netherlands; Institute of Public Health, Ireland; loegd, Institute of Public Health, NRW Bielefeld, Germany. Prepared for the Health and Consumer Protection Directorate General, European Commission. May 2004
https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf
- Aldrich R, Mahoney M, Harris E, Simpson S, Stewart-Williams J. Building an equity focus in health impact assessment. NSW Public Health Bulletin 2008;16(7-8):118-9. Disponibil la:
https://www.researchgate.net/publication/7412187_Building_an_equity_focus_in_health_impact_assessment
- B.C. Ministry of Health.(1994). Health impact assessment tool kit: a resource for government analysts. Vancouver, BC: Population Health Resource Branch, Ministry of Health
- Banken, R. 2001. Strategies for Institutionalising HIA. ECHP Health Impact Assessment Discussion Paper No. 1. European Centre for Health Policy, Brussels. World Health Organization [online]: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/101620/E75552.pdf
- Banken, R. 2004. HIA of policy in Canada. Pp. 165-175 in Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques and Applications, J. Kemm, J. Parry, and S. Palmer, eds. Oxford: Oxford University Press
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623109/pdf/0042_9686_82_12_954.pdf
- BAPE (Bureau d'audiences publiques sur l'environnement--Bureau of Public Hearing on the Environment). 1983. Program of Aerial Spraying Against the Spruce Budworm [in French]. Investigation Report and Public Hearing No. 11. Office of Public Hearings on Environment, Government of Québec, Sainte-Foy, Canada [online]. Available:
www.bape.gouv.qc.ca/sections/rapports/publications/bape011.pdf
- Berensson K, HIA at the local level in Sweden. In: Kemm J., Parry J., Palmer S. Editors. Health impact assessment. Oxford. Oxford University Press. 2004. p.213-22
- Berensson K. Focusing on health in the political arena. Eurohealth 1998; 4: 34–36
- Bhatia R and Wernham A. Integrating Human Health into Environmental Impact Assessment: An Unrealized Opportunity for Environmental Health and Justice.Environmental Health Perspectives. Vol. 116. No 8 August 2008
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2516559/pdf/ehp0116-000991.pdf>
- Bhatia, R. 2009. *Practice standards for health impact assessment (Version 1) [online]*,Oakland, CA: North American HIA Practice Standards Working Group. http://hiaconnect.edu.au/wp-content/uploads/2012/05/HIA_Practice_Standards.pdf
- Bhatia, R. and Corburn, J. 2011. Lessons from San Francisco: health impact assessments have advanced political conditions for improving population health. *Health Affairs*,30(12): 2410–2418. <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2010.1303>
- Birley M, Bos R, Engel CE, Furu P. A multi-sectoral task-based course: health opportunities in water resources development. Educ Hlth1996; 9: 71–83
- Birley M, Peralta GL. Health impact assessment of development projects. In Vanclay F, Bronstein DA, eds. Environmental and social impact assessment. Chichester: John Wiley and Sons, 1995
- Birley M. Health impact assessment of development projects. In Wood C, Wynberg R, Raimondo J, eds. Impact assessments: involving people in the management of change towards

a sustainable future. Proceedings of the 15th annual IAIA meeting, 26–30 June 1995, Durban, South Africa: Fargo, ND: IAIA, 69–81

- Bos, R., Birley, M., Furu, P., and Engel, C. Health opportunities in development. 2003 World Health Organization. Disponibil la http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96618/9241545631_%28Part1-2%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Carson R, Mitchell R, Hanemann M , Kopp R, Presser S and Ruud P. Contingent Valuation and Lost Passive Use: Damages from the Exxon Valdez Oil Spill. *Environmental and Resource Economics* 25: 257–286, 2003. <http://econweb.ucsd.edu/~rcarson/papers/ExxonERE.pdf>
- Cave, B., Curtis, S., Coutts, A., and Aviles, M. Health impact assessment for regeneration projects. Volumes I-III. 2001. London. East London and the City Health Action Zone and Queen Mary, University of London. Disponibil la https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/4660037/hia_regen_projects.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1532527040&Signature=%2F8LR1bTJ5xI9o1ZMdPGrUgZtekE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DHealth_impact_assessment_for_regenerationio.pdf
- CEC (Commission of the European Communities). 2007. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, White Paper. COM(2007) 630 final. Commission of the European Communities, Brussels, October 23, 2007 [online]. Available: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf
- Chadderton C, Elliott E, Hacking N, Shepherd M, Williams G (2013). Health impact assessment in the UK planning system: the possibilities and limits of community engagement. *Health PromotInt*, 28(4):533-43 PubMed <https://academic.oup.com/heapro/article/28/4/533/556021>
- Coggins, T., Cooke, A., Friedli, L., Nicholls, J., Scott-Samuel, A., and Stansfield, J. Mental well-being impact assessment: a toolkit. A living and working document. 2008 Care Services Improvement Partnership, North West Development Centre. Disponibil la: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi3sL-sq7rcAhUsKpoKHQEwBWwQFggyMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.welllondon.org.uk%2Ffiles%2F934%2Fmental-wellbeing%2F26%2520Mental%2520Well-being%2520Impact%2520Assessment%2520Toolkit.pdf&usq=AOvVaw2pmK24AEm6kYNoRImVpIP0>
- Committee on Health Impact Assessment; National Research Council. (2011). Improving Health in the United States: The Role of Health Impact Assessment. P.34 ISBN 978-0-309-21883-2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83546/>
- Corburn, J. and Bhatia, R. 2007. Health impact assessment in San Francisco: incorporating the social determinants of health into environmental planning. *Journal of Environmental Planning and Management*, 50(3): 323–341 <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.485.4818&rep=rep1&type=pdf>
- COWI. 2009. Study Concerning the Report on the Application and Effectiveness of the EIA Directive, Final report. European Commission DG ENV. June 2009. http://ec.europa.eu/environment/archives/eia/pdf/eia_study_june_09.pdf
- Dahlgren G, Nordgren P, Whitehead M, eds. *Health Impact Assessment of the EU Common Agricultural Policy*. 2nd edition. Stockholm: National Institute of Public Health, F-serie 8/1997. [https://scholar.google.com/scholar?q=Dahlgren+G%2C+Nordgren+P%2C+Whitehead+M%2C+eds.+Health+Impact+Assessment+of+the+EU+Common+Agricultural+Policy.2nd+edition.+Stoc+hholm%3A+National+Institute+of+Public+Health%2C+F-serie+8%2F1997Dorași+colab.,+2003\).](https://scholar.google.com/scholar?q=Dahlgren+G%2C+Nordgren+P%2C+Whitehead+M%2C+eds.+Health+Impact+Assessment+of+the+EU+Common+Agricultural+Policy.2nd+edition.+Stoc+hholm%3A+National+Institute+of+Public+Health%2C+F-serie+8%2F1997Dorași+colab.,+2003).)

- den Broeder L, Devilee J, Van Oers H, Schuit J, Wagemakers A. Citizen Science for public health. *Health Promotion International*, Volume 33, Issue 3, 1 June 2018, Pages 505–514, <https://doi.org/10.1093/heapro/daw086>
- den Broeder Ld. Penris M., Varela Put G. Soft data, hard effects. Strategies for effective policy on health impact assessment – an assessment analysis and procedures in the European experience. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 81(6):404-7
- denBroeder, L., &Vanclay, F. (2014). Health in social impact assessment. In R. Fehr, F. Viliani, J. Nowacki, & M. Martuzzi (Eds.), *Health in Impact Assessments : Opportunities not to be missed* (pp. 69-88). Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe407.https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862003000600008&script=sci_arttext&lng=en
- Douglas, M., Thomson, H., Jepson, R., Hurley, F., Higgins, M., Muirie, J., and Gorman, D. Health impact assessment of transport initiatives: a guide. 2007. Edinburgh. NHS Health Scotland, MRC Social and Public Health Sciences Unit and Institute of Occupational Medicine. Disponibil la: http://www.healthscotland.com/uploads/documents/5039-03686_NHSHIAGuideFinal1.pdf
- EC (European Commission). 2009. The Main Changes in the 2009 Impact Assessment Guidelines Compared to 2005 Guidelines. Memo from Secretariat General Unit C/2, Better Regulation and Impact Assessment, September 2, 2009 [online]. http://ec.europa.eu/governance/impact/commission_guidelines/docs/revised_ia_guidelin
- Equator Principles. 2006. *The Equator Principles: a financial industry benchmark for determining, assessing and managing social & environmental risk in project financing* [online], Washington, DC: Equator Principles Financial Institutions. Disponibil la http://equator-principles.com/wp-content/uploads/2017/03/equator_principles_II.pdf
- ERM. Guidance on Environmental Impact Assessment: EIS Review. 2001. Brussels. Commission of the European Communities. Disponibil la <http://ec.europa.eu/environment/eia/eia-guidelines/g-review-full-text.pdf>
- Fehr, R., O. Mekel, and R. Welteke. 2004. HIA: The German perspective. Pp. 253-264 in *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques and Applications*, J. Kemm, J. Parry, and S. Palmer, eds. Oxford: Oxford University Press.https://www.researchgate.net/publication/289715425_Health_impact_assessment_in_Germany
- Fehr, R., Mekel, O. (eds.) (2010): Quantifying the health impacts of policies – Principles, methods, and models. Scientific Expert Workshop, Düsseldorf, Germany, 16 - 17 March 2010. LIGA.NRW. <http://tinyurl.com/bme7j6o>
- Fischer T, Jha-Thakur U., Samuel Hayes S. Environmental impact assessment and strategic. Environmental assessment research in the UK. *Journal of Environmental Assessment Policy and Management*. Vol. 17, No. 1 (March 2015) 1550016 (12 pages) https://www.researchgate.net/publication/275351980_ENVIRONMENTAL_IMPACT_ASSESSMENT_AND_STRATEGIC_ENVIRONMENTAL_ASSESSMENT_RESEARCH_IN_THE_UK
- Fredsgaard MW, Cave B, Bond A. (2009). A Review Package for Health Impact Assessment Reports of Development Projects. Leeds: Ben Cave Associates. Disponibil la: https://www.researchgate.net/profile/Alan_Bond2/publication/237489850_A_Review_Package_for_Health_Impact_Assessment_Reports_of_Development_Projects/links/00b4951c15a13eaea3000000/A-Review-Package-for-Health-Impact-Assessment-Reports-of-Development-Projects.pdf

- Gagnon F, Michaud M, Termblay S, Turcotte V. Health Impact Assessment and Public Policy Formulation. Canada: Québec Library of National Archives, Québec; 2008. [accessed June 1, 2011]. [online]. Available: http://www.gepps.enap.ca/GEPPS/docs/EnglishPublications/eis_vf20fev09ang2.pdf
- Gopalan, H. 2003. Environmental health in developing countries: an overview of the problems and capacities. *Environmental Health Perspectives*, 111(9): A446–A447. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1241586/pdf/ehp0111-a00446.pdf>
- Government of Mongolia. 2016. *Action program of the government of Mongolia for 2016-2020* [online], Ulan Bator: Government of Mongolia. http://www.mfa.gov.mn/wp-content/uploads/2015/06/2016-2020_Gov_AP_Eng_Revised.pdf
- Greenspace Scotland. Health impact assessment of greenspace: a guide. 2008 Health Scotland, Scottish Natural Heritage and Institute of Occupational Medicine. Disponibil la: <http://cloud.snappages.com/803c0945dd99f78b94cef59b278fec5244df7b24/HIA%20of%20greenspace%20a%20guide%20-%20GS%20HS%20SNH%20IOM%20Scotland%20-%202008.pdf> Gulisși colab., 2008;
- Harris, P., B. Harris-Roxas, E. Harris, and L. Kemp. 2007. Health Impact Assessment: A Practical Guide. Sidney, Australia: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation, the University of New South Wales. August 2007
<https://healthjusticecop.files.wordpress.com/2015/02/health-impact-assessment-a-practical-guide.pdf>
- Health Canada. Canadian Handbook on Health Impact Assessment. Volumes 1-3. 2004. Disponibil la: <http://www.who.int/hia/tools/toolkit/whohia063/en/>
- Health SA. 2008. *South Australia's Strategic Plan... through a health lens*, Adelaide: South Australian Department of Health
<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/ecd6d88043aedc68b559fded1a914d95/healthlenssasp-hiap-sahealth-1004.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-ecd6d88043aedc68b559fded1a914d95-I-WK-ayHEIMTSA> Consortium, 2010;
- Health SA. 2008. *South Australia's Strategic Plan... through a health lens*, Adelaide: South Australian Department of Health
<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/ecd6d88043aedc68b559fded1a914d95/healthlenssasp-hiap-sahealth-1004.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-ecd6d88043aedc68b559fded1a914d95-I-WK-ay>
- Health, Equity and Impact Assessment Research Unit (2011) Review of Health Impact Assessments Conducted under the Ministry of Health Learning by Doing Fund. A report prepared in 2010 by: The Health, Equity and Impact Assessment Research Unit and Quigley and Watts Ltd for the Ministry of Health University of Otago, Wellington, NZ
https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/hia-review-learning-by-doing_0.pdf
- Hilding-Rydevik, T., S. Vohra, A. Ruotsalainen, A. Pettersson, N. Pearce, C. Breeze, M. Hrncarova, Z. Liekovska, K. Paluchova, L. Thomas, and J. Kemm. 2005. Health Aspects in EIA. European Commission Sixth Framework Program [online]. disponibil: http://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/umweltthemen/UVP_SUP_EMAS/IMP/IMP3-Health_Aspects_in_EIA.pdf
- Huang Z. Health impact assessment in China: emergence, progress and challenges. *Environ Impact Assess Rev.* 2012;32:45-49
https://www.researchgate.net/publication/318404256_Health_impact_assessment_in_environmental_impact_assessment_in_China_Status_practice_and_problems

- Human Impact Partners. 2011. A Health Impact Assessment Toolkit: A Handbook to Conducting HIA, 3rd edition. Oakland, CA: Human Impact Partners https://humanimpact.org/wp-content/uploads/A-HIA-Toolkit_February-2011_Rev.pdf
- ICM. 2010. *Good practice guidance on health impact assessment [online]*, London: International Council on Mining and Metals. <https://www.icmm.com/en-gb/publications/health-and-safety/good-practice-guidance-on-health-impact-assessment>
- IFC (International Finance Corporation). Introduction to Health Impact Assessment. 2009. Disponibil la: <https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/a0f1120048855a5a85dcd76a6515bb18/HealthImpact.pdf?MOD=AJPERES>
- IFC. 2012. *Performance standards on social & environmental sustainability [online]*, Washington, DC: International Finance Corporation, World Bank Group. <https://europa.eu/capacity4dev/public-environment-climate/document/performance-standards-social-environmental-sustainability-guidance-notes-ifc-2012>
- IMPACT, Institute of Public Health in Ireland, RIVM, National Institute for Public Health and the Environment, and loegd, Institute of Public Health NRW. European Policy Health Impact Assessment: a guide. 2004. Disponibil la: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf
- IPIECA. 2005. *A guide to health impact assessments in the oil and gas industry [online]*, London: International Petroleum Industry Environmental Conservation Association. <https://www.kpesic.com/sustainable-infrastructure-guidance/guide-health-impact-assessments-oil-and-gas-industry>
- IPIECA. 2016. *A guide to health impact assessments in the oil and gas industry [online]*, London: International Petroleum Industry Environmental Conservation Association. Disponibil la: [http://www.ipieca.org/resources/good-practice/health-impact-assessment-a-guide-for-the-oil-and-gas-industry/Kang_și_colab.,2011\).](http://www.ipieca.org/resources/good-practice/health-impact-assessment-a-guide-for-the-oil-and-gas-industry/Kang_și_colab.,2011).)
- Kang, E., Park, H. J. and Kim, J. E. 2011. Health impact assessment as a strategy for intersectoral collaboration. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 44(5): 201–209 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249257/pdf/jpmph-44-201.pdf>
- Kemm JR. Can health impact assessment fulfill the expectations it raises? *Public Health* 2000;114:431–3. http://www.precaution.org/lib/06/can_hia_fulfill_expectations.001101.pdf
- Kemm, J. (2007). More than a statement of the crushingly obvious: A critical guide to HIA. West Midlands Public Health Observatory. Disponibil la: <http://healthimpactassessment.pbworks.com/f/Critical+guide+to+HIA+more+than+a+statement+of+the+crushingly+obvious+-+WMPHO+England+-+2008.pdf>
- Kickbusch, I. and Buckett, K., eds. 2010. *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*, Adelaide: Department of Health, Government of South Australia. <http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>
- Knutsson, I. și A. Linell. Articolul revizuit: Health impact assessment developments in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2010; 38: 115–120 http://live-sagecompanion.pantheonsite.io/sites/default/files/ch6_Scand%20J%20Public%20Health-2010-Knutsson-115-20.pdf
- Konradson F, Chimbari M, Furu P, Birley MH and Christensen NØ. 1997. The use of health impact assessments in water resources development: A Case Study from Zimbabwe. *Impact Assessment* 15: 55–72 https://www.researchgate.net/publication/10673262_Health_impact_assessment_in_relation_to_other_forms_of_impact_assessment

- Kørnø, L. 2009. Strategic Environmental Assessment as catalyst of healthier spatial planning: The Danish guidance and practice. *Environ. Impact Assess. Rev.* 29(1): 60-65 <http://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/5688.pdf>
- Lock K, Gabrijelcic-Blenkus M, Martuzzi M, Otorepec P, Wallace P, Dora C, Robertson A, Zakotnic JM. Health impact assessment of agriculture and food policies: lessons learnt from the Republic of Slovenia. *Bull World Health Organ.* 2003;81(6):391-8. Epub 2003 Jul 25. <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/6/lock.pdf?ua=1>
- London Health Commission. 2011. HIA Publications. London Health Commission [online]. <https://www.nap.edu/read/13229/chapter/9>
- Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R, Stewart-Williams J (2004). Equity-focused health impact assessment framework. Collaboration for Health Equity Impact Assessment, Deakin, Australia http://hiaconnect.edu.au/old/files/EFHIA_Framework.pdf
- Martuzzi M, Galassi C, Ostro B, (2002) Health impact assessment of air pollution in the eight major Italian cities. World Health Organization (WHO). WHO European Centre for Environment and Health Rome Operational Division WHO Regional Office for Europe. EURO/02/5040650 <http://www.who.int/hia/examples/agriculture/whohia144/en/> ; [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/a086c7502cecdbbacc257836007a2502/\\$FILE/exotic-spiders.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/a086c7502cecdbbacc257836007a2502/$FILE/exotic-spiders.pdf)
- Melkas T (2013). Health in all policies as a priority in Finnish health policy: a case study on national health policy development. *Scand J Public Health*, 41(11 Suppl): 3-28 [PubMed <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494812472296>]
- Metcalfe, O., Higgins, C., and Lavin, T.. Health Impact Assessment guidance. 2009 Institute of Public Health in Ireland. Disponibil la: https://www.publichealth.ie/sites/default/files/documents/files/IPH%20HIA_0.pdf
- National Assembly for Wales. Developing health impact assessment in Wales. 1999 Health Promotion Division. Disponibil la: http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/522/developing_hia_in_wales.pdf
- National Health and Medical Research Council, 1994;.
- New Zealand Ministry of Health, Wellington. A Health Impact Assessment Relating to Venomous Spiders Entering New Zealand in Association with Imported Table Grapes. September 2002 ISBN: 0-478-25534-9 (book) ISBN: 0-478-25535-9 (web)
- NHCO. 2010. *Thailand's rules and procedures for the health impact assessment of public policies [online]*, Nonthaburi, Thailand: Health Impact Assessment Coordinating Unit, National Health Commission Office. <https://en.nationalhealth.or.th/wp-content/uploads/2017/11/RulesAndProceduresHIA-Eng.pdf>
- NHMRC (National Health and Medical Research Council). National framework for environmental and health impact assessment. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1994 https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/eh10.pdf
- Nilunger, Mannheimer L, Lehto J, Östlin P (2007) *Window of Opportunity for Intersectoral Health Policy in Sweden: Open, half-open or half-shut?*, *Health Promotion International*, 22(4): 307-315. <https://academic.oup.com/heapro/article/22/4/307/658292>
- North American HIA Practice Standards Working Group. Practice Standards for Health Impact Assessment (HIA). Version 1. 7-4-2009 North American HIA Practice Standards Working Group. Disponibil la: https://www.ncchpp.ca/docs/HIA-EIS_PracticeStandards_EN.pdf
- NPHP. 2005. *Health impact assessment: legislative and administrative frameworks [online]*, Melbourne: National Public Health Partnership. http://hiaconnect.edu.au/old/files/NPHP_Frameworks.pdf

- NSW Health. 2017. Aboriginal health impact statement and guidelines: incorporating Aboriginal health needs and interests in health policies and programs [online], Sydney: NSW Health. https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2017_034.pdf
- Opinion Leader Research. 2003. Report on the Qualitative Evaluation of Four Health Impact Assessments on Draft Mayoral Strategies for London, London Health Commission, Greater London Authority and the London Health Observatory. Opinion Leader Research, London. August 2003 http://hiaconnect.edu.au/old/files/London_Mayoral_HIAs_Evaluation.pdf
- Orenstein, M., T. Fossgard-Moser, T. Hindmarch, S. Dowse, J. Kuschminder, P. McCloskey, and R.K. Mugo. 2010. Case study of an integrated assessment: Shell's north field test in Alberta, Canada. *IAPA* 28(2):147-157 <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3152/146155110X498816>
- People's Republic of China. 2007. *Action Plan on Environment and Health (2007-2015)* [online], Beijing: People's Republic of China <http://www.china.org.cn/english/environment/238275.htm>
- Pettersson B. A principal health impact assessment model – application and recognition on national level. Oral presentation at 5th IUHPE conference, London, 11–13 June 2002
- Pham T , Riley E , Harris P. Inclusion of Health in Environmental Impact Assessment of Major Transport Infrastructure Projects in Vietnam. *Int J Health Policy Manag* 2018, 7(9), 828–835 http://www.ijhpm.com/article_3492_fdbbb8e736da8146f7ac5aef66b2f2e5.pdf
- Phoolcharoen W, Sukkumnoed D, Kessomboon P. Development of health impact assessment in Thailand: recent experiences and challenges. *Bull World Health Organ*. 2003;81:465-467 <https://pdfs.semanticscholar.org/0702/2062f7e6c26c410ef659a3c34ba217629bdb.pdf>
- Puska, P. and Ståhl, T. 2010. Health in All Policies – the Finnish initiative: background, principles and current issues. *Annual Review of Public Health*, 31(1): 315–328. <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.012809.103658> [Google Scholar]
- Putters K. Health impact screening. Rijswijk: Ministry of Health, Welfare and Sport, 1997
- Quigley, R., L. den Broeder, P. Furu, A. Bond, B. Cave, and R. Bos. 2006. Health Impact Assessment: International Best Practice Principles. Special Publication Series No. 5. Fargo: International Association for Impact Assessment. September 2006 [online]. Available: <http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5.pdf>
- Rhodus J, Fulk F, Autrey B, O'Shea S, Roth A. A Review of Health Impact Assessments in the U.S.: Current State-of-Science, Best Practices, and Areas for Improvement. U.S. Environmental Protection Agency. EPA/600/R-13/354 December 2013 <https://www.epa.gov/sites/production/files/2015-03/documents/review-hia.pdf>
- Scott-samuel A., Birley M., Arden K., Merseyside guidelines for health impact assessment. Liverpool: Merseyside Impact Assessment Steering Group/Liverpool Public Health Observatory; 1998 http://www.precaution.org/lib/06/mersey_hia_guide_2nd_edn.010601.pdf
- Scott-Samuel, A., Birley, M., and Arden, K. The Merseyside Guidelines for health impact assessment. 2nd edition. 2001. Liverpool. International Health Impact Assessment Consortium. http://www.precaution.org/lib/06/mersey_hia_guide_2nd_edn.010601.pdf
- Smith K, Fooks G, Gilmore A. B., Collin j, Weishar H. Corporate coalitions and policymaking in the European Union: How and why British American Tobacco promoted 'Better Regulation'. *J Health Polit Policy Law*. 2015 April ; 40(2): 325–372. doi:10.1215/03616878-2882231. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668595/pdf/nihms734021.pdf>
- Smith, K.E., G. Fooks, J. Collin, H. Weishaar, and A.B. Gilmore. 2010a. Is the increasing policy use of Impact Assessment in Europe likely to undermine efforts to achieve healthy public

- policy? J. Epidemiol. Community Health 64(6):478-487
<https://jech.bmj.com/content/64/6/478.full.pdf>
- Soeberg, M. 2006. Health impact assessment in New Zealand. *Epidemiologia e prevenzione.*, 30(1): 41–45.
http://www.epidemiologiaeprevenzione.it/materiali/ARCHIVIO_PDF/2006/E&P1/E&P1_041_con 2.pdf
 - Ståhl, T., M. Wismar, W. Ollila, E. Lahtinen, and K. Leppo, eds. 2006. Health in All Policies. Prospects and Potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland [online]:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf
 - Ståhl, T.P. 2010. Is health recognized in the EU's policy process? An analysis of the European Commission's impact assessments. *Eur. J. Public Health* 20(2):176-181.
<https://academic.oup.com/eurpub/article/20/2/176/533636>
 - State of Alaska, 2011. Alaska Health Impact Assessment (HIA) program [online]. Anchorage: Department of Health and Social Services, State of Alaska
<http://dhss.alaska.gov/dph/Epi/hia/Pages/default.aspx>
 - St-Pierre L, Mendell A, Burtan M. HIA implementation in Canada: HIA pilot project in Montérégie, Québec. Montreal, QC: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, Institut national de santé publique du Québec; 2011 Jun. Available from:
http://www.ncchpp.ca/133/publications.ccnpps?id_article=666
 - Tamburrini, A., Gilhuly, K. and Harris-Roxas, B. 2011. Enhancing benefits in health impact assessment through stakeholder consultation. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 29(3): 195–204.
<https://www.tandfonline.com/doi/10.3152/146155111X12959673796281>
 - U.S. Department of the Interior, Bureau of Land Management. National Petroleum Reserve- Alaska Final Integrated Activity Plan/ Environmental Impact Statement. Volume 1 Abstract, Executive Summary, Chapters 1-3, 2012 https://eplanning.blm.gov/epl-front-office/projects/nepa/5251/41003/43153/Vol1_NPR-A_Final_IAP_FEIS.pdf
 - UNECE (United Nations Economic Commission for Europe). 2003. Protocol on Strategic Environmental Assessment to the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context, Extraordinary Meeting of the Parties to the ESPOO Convention, May 21, 2003, Kyiv [online].
https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=XXVII-4-b&chapter=27&clang=_en
 - USEPA (U.S. Environmental Protection Agency). 2009. Red Dog Mine Extension Aqqaluk Project. Final Supplemental Environmental Impact Statement. Prepared for U.S. Environmental Protection Agency, Seattle, WA, by Tetra Tech, Inc., Anchorage, AK. October 2009
<http://dnr.alaska.gov/mlw/mining/largemine/reddog/pdf/rdseis2009vol1.pdf>
 - Vohra S, Orenstein M, Viliani F, Cave B, Harris-Roxas B and Silva F. Environmental Assessment and Health Impact Assessment. (2011) The University of West London [online]
<https://repository.uwl.ac.uk/id/eprint/4431/7/Vohra-Salim-Orenstein-Marla-Viliani-Francesca-Cave-Ben-Harris-Roxas-Ben-Silva-Filipe-2018-Environmental%20assessment%20and%20health%20impact%20assessment.pdf>
 - Vohra, S. 2007. International perspective on health impact assessment in urban settings. *New South Wales Public Health Bulletin*, 18(9–10): 152–154.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1028.6861&rep=rep1&type=pdf>
 - WA SBOH (Washington State Board of Health). 2007. Health Impact Review: Building Bridges for Dropout Reductions. February 1, 2007. Washington State Board of Health, Olympia, WA
 citat in National Research Council. Improving Health in the United States: The Role of Health

- Impact Assessment (2011). The National Academies Press. Washington DC. pages.150-155 <https://www.nap.edu/read/13229/chapter/9#156>
- Wang Y, Morgan R and Cashmore M. Environmental impact assessment of projects in the People's Republic of China: new law, old problems. *Environmental Impact Assessment Review*. Volume 23, Issue 5, August 2003, Pages 543-579 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195925517301476>
 - WHO (World Health Organization) (2003). Health Impact Assessment. SEIC Phase 2 Development. http://www.who.int/hia/examples/energy/en/HIA_Chps1_4.pdf
 - WHO (World Health Organization). 1996. Investing in Health Research and Development- Report of the WHO Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Geneva: World Health Organization <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63024>
 - WHO (World Health Organization). 1999. Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approaches-the Gothenburg Consensus Paper. Brussels: European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/09-068510/en/>
 - WHO (World Health Organization). 1999. Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approaches-the Gothenburg Consensus Paper. Brussels: European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/09-068510/en/>
 - WHO (World Health Organization). 2005a. Health Impact Assessment Toolkit for Cities. Document 3. Brochure on How Health Impact Assessment Can Support Decision-Making. EUR/05/5048991. Copenhagen, Denmark: World Health Organization for Europe: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/101509/HIA_toolkit_3.pdf
 - WHO (World Health Organization). 2005b. Health Impact Assessment: Toolkit for Cities. Document 1. Background Document: Concepts, Processes, Methods. Vision to Action. EUR/05/5048991. Copenhagen, Denmark: World Health Organization for Europe [online]. Available: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd32/hia1.pdf>
 - WHO (World Health Organization). 2005c. Health Impact Assessment: Toolkit for Cities. Document 5. Introducing Health Impact Assessment in Bologna, Italy: A Case Study. EUR/05/5048991. Copenhagen, Denmark: World Health Organization for Europe [online]. Available: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd32/hia5.pdf>
 - WHO Centre for Urban Health. (2005) Health Impact Assessment Toolkit for Cities Document 1. Background document: concepts, processes, methods Vision to Action. Disponibil la: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/101500/HIA_Toolkit_1.pdf
 - Winkler, M. S. 2012. Assessing health impacts in complex eco-epidemiological settings in the humid tropics: modular baseline health surveys. *Environmental Impact Assessment Review*, 33(1): 15–22. <http://cms.shapeconsulting.org/publications/Winkler%20et%20al.%202012.pdf>
 - Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J. The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2007 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf
 - Wismar M, Ernst K, Blau J,. Exploring Health Impact Assessment in Europe. *Italian Journal of Public Health* 2007, 4 202-206. <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://ijphjournal.it/article/viewFile/5878/5622>
 - Wismar M., Blau J., Ernst K., Golby A., Lavin T., Stricka M si col. Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe. In: Stahl T. Wismar M., Ollia E., Lahtinen

E., Leppo K., editors. Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and health: 2006. P. 231-52

- World Bank. Health aspects of environmental impact assessment. Environmental assessment sourcebook update 18. Washington DC: World Bank, 1997
<http://documents.worldbank.org/curated/en/528561468740183982/pdf/multi0page.pdf>

Capitolul V. Abordări metodologice referitoare la HIA

5.1. Modele, metode și proceduri aplicate pentru HIA

În prezent, nu există nicio obligație legală de a efectua o evaluare a impactului asupra sănătății, alta decât cerința din politicile UE care ia în considerare sănătatea (Commission of the European Communities, 1995), și nici nu există definiții juridice cu privire la ceea ce constituie o evaluare adecvată a impactului asupra sănătății.

Acestea diferă în profunzime pornind de la o evaluare rapidă, de tip desktopefectuată de către experți, trecând prin revizuri temporale ale dovezilor și ateliere de lucru ale părților interesate (Sheridan și colab., 2001; Hajioff și colab., 2001; Mindell și colab., 2001; Ison și colab., 2002) până la studii speciale de lungă durată (Staatsen și colab., 1994; Gorman și colab., 2000; Aberystwyth health impact assessment Consultancy Group, 2002).

În general, gradul de participare a comunității este proporțional cu durata și resursele pentru evaluarea impactului asupra sănătății. Punctele de vedere ale sănătății utilizate în evaluările impactului asupra sănătății au variat, de asemenea, de la modelul biomedical ("focalizarea îngustă" a lui Kemm (Kemm, 2000)) până la un model socio-economic ("focalizare largă"), având în vedere determinanții pentru sănătatea și bolile.

A fost propusă crearea unei resurse, care să pună la dispoziție baza de date pentru domenii tematice care apar frecvent. Acest lucru ar implica o diviziune a muncii: aspectele tehnice ale asamblării dovezilor robuste din revizuri sistematice ale literaturii pot fi realizate la nivel central și puse la dispoziție "instrumente gata de utilizare" (Joffe și Mindell, 2002).

Expertiza și cunoștințele locale privind practicienii în domeniul HIA ar putea să se concentreze asupra implicării comunităților care ar putea fi afectate, caracterizând situația locală și aplicând dovezile.

5.1.1. Modelele (taxonomia HIA)

Diferitele tradiții și aplicații disciplinare au dat naștere mai multor abordări distincte la HIA din întreaga lume. În general, acestea pot fi clasificate în una din cele trei categorii.

- 1) dialogul comunitar,
- 2) analiza cantitativă și
- 3) pragmatismul birocratic.

Fiecare dintre acestea are propriile puncte forte și limitări care le fac mai mult sau mai puțin adecvate pentru analiza diferitelor inițiative politice în diferite contexte de elaborare a politicilor.

1. Modelul "Dialogului comunitar"

Punctul central al acestei abordări este participarea publicului la luarea deciziilor, membrii comunității angajându-se în mod activ cu planificatorii în ceea ce privește ridicarea preocupărilor și dezvoltarea de idei pentru alternative și / sau pentru atenuarea impactului. Evaluările tind să fie calitative. Atunci când se folosesc metode cantitative, rolul lor este de a facilita luarea deciziilor publice mai bune și nu pentru a indica care decizie este mai bună. Abordarea este similară și a izvorât "Mișcarea Orașelor Sănătoase" a Organizației Mondiale a Sănătății (Cole și colab., 2005).

Puncte tari: Această abordare se potrivește bine cu practicile de guvernare democratică. Se ia în considerare o gamă largă de impacturi și preocupări potențiale. Deși implicarea publicului poate fi percepută ca fiind consumatoare de timp, acesta poate fi de fapt un proces destul de eficient pentru a genera idei despre preocupări semnificative și posibilele alternative.

Tabelul 8 - Puncte tari – Dialog comunitar

Puncte tari	Limitări:
Această abordare se potrivește bine cu practicile de guvernare democratică. Se ia în considerare o gamă largă de impacturi și preocupări potențiale. Deși implicarea publicului poate fi percepută ca fiind consumatoare de timp, acesta poate fi de fapt un proces destul de eficient pentru a genera idei despre preocupări semnificative și posibilele alternative.	Nu este un model replicabil sau testabil. Comparațiile dintre proiecte și standarde sunt dificile deoarece nu există o metrică uzuală. Deciziile bazate pe această abordare pot fi dificil de suportat într-un sistem juridic litigios în care primează datele cantitative "științifice". Pot apărea și probleme despre cine reprezintă "comunitatea". Deși această abordare este eficientă pentru evidențierea impactului potențial, este deseori lipsită de evaluarea și documentarea acestor efecte. De asemenea, nivelurile de incertitudine nu sunt bine abordate.

2. Modelul "Analizei cantitative" - Analiza riscurilor

Această abordare depășește cuantificarea simplă a datelor pentru a încerca să prezică impactul pe baza unei analize sistematice care implică o specificare atentă a rezultatelor și a efectelor programelor, aplicând metode din economie, toxicologie, analiză de risc și în special epidemiologie. În timp ce studiile epidemiologice tradiționale se concentrează pe estimarea relației cauzale dintre una sau mai multe expuneri și apariția unei singure boli sau a unui rezultat al sănătății într-o populație, HIA se concentrează asupra impactului combinat al uneia sau mai multor intervenții (de exemplu, politici) asupra rezultatelor multiple legate de sănătate. Aceste impacturi pot fi măsurate în moduri diferite, printre care: numărul de decese prevenite, anii de viață câștigați (sau pierduți) (YLL), anii de viață ajustați în funcție de calitate (de exemplu, QALYs și DALYs), raportul cost-eficacitate QALY și un beneficiu monetar net (beneficii - costuri). Reunind cantități mari de informații într-o valoare comună, aceste măsuri facilitează compararea impactului potențial al diferitelor alternative de politică. (Cole și colab 2005)

Tabelul 9 - Puncte tari Analiza cantitativa – Analiza Risc

Puncte tari	Limitări:
Evaluările care utilizează o abordare cantitativă sistematică, așa cum este prezentată mai sus, sunt testabile și reproductibile. Acestea oferă măsuri comune care facilitează compararea alternativelor și monitorizarea continuă a	Aceste evaluări sunt, de obicei, extrem de dure și de costuri mari, ceea ce le limitează aplicarea pe scară largă. Limitele de timp, bani și date restricționează de obicei accentul pe expuneri unice, neamestecate, și necumulate, limitându-le utilitatea ca

impactului programului. Obiectivitatea aparentă a acestei abordări apără modelul în mod legal; totuși, ipotezele și incertitudinile sale în proiecții o fac vulnerabilă la provocarea juridică a experților concurenți. Metodologiile bazate pe un model de rezultate potențiale pot fi aplicate expunerilor cumulative sau dependente de timp, cum ar fi modelarea prin simulare pe calculator.	instrument de evaluare a politicilor cu rezultate multiple. Deși acest tip de evaluare cantitativă poate fi mai obiectiv decât alte abordări, abordarea presupune numeroase ipoteze bazate pe valori și modele care pot sau nu să fie explicite. Ipotezele sunt deosebit de problematice pentru HIA care utilizează abordarea "povara bolii", deoarece aceste metode examinează impactul rezultatelor existente în populație, nu impactul intervențiilor în sine.
--	---

3. Modelul pragmatismului birocratic

Această abordare reprezintă un hibrid al celorlalte două abordări, care se concentrează, de obicei, pe un anumit proiect, program sau politică, pentru a fi aprobat de o agenție guvernamentală. Aceasta se bazează pe cerințele procedurale de evaluare eficientă a impactului, astfel cum se specifică într-o reglementare sau o regulă. Spre deosebire de abordarea "Analiza cantitativă", care plasează accentul pe precizie și sofisticare metodologică, "pragmatismul birocratic" subliniază alegerea metodelor bazate pe reglementări și oportunități. O singură evaluare poate lua în considerare o gamă largă de efecte, utilizând numeroase metode diferite: de la liste de verificare discutate în cadrul întâlnirilor comunității cu tehnici sofisticate de modelare computerizată.

Tabelul 10 - Puncte tari model pragmatism birocratic

Puncte tari	Limitări:
Această abordare poate fi relativ rapidă și eficientă, comparativ cu abordarea "Analiza cantitativă", deși regulile agenției și reglementările care specifică conținutul și metodele pot spori considerabil cerințele de resurse pentru acest tip de evaluare, așa cum a fost cazul declarațiilor de impact asupra mediului din SUA. De obicei, metodele sunt și există o cerință pentru implicarea părților interesate, cum ar fi etapele de scoping și screening ale HIA.	Evaluările din cadrul acestei abordări, luând în considerare elemente ale primelor două abordări, nu pot fi bune. Nevoile birocratice de a lua o decizie cu resurse limitate într-o perioadă limitată de timp pot compromite rigiditatea analitică a abordării nr. 2, "analiza cantitativă" și gradul de participare semnificativă a publicului subliniat în abordarea nr.1. Unele analize pot fi ad-hoc și subiective, cu utilizarea numerelor pentru a da o patină de obiectivitate și o sofisticare specială. Participarea publicului poate fi limitată doar la o verificare a deciziilor deja luate. Există, de asemenea, o anumită întrebare dacă evaluările sunt într-adevăr utilizate în procesul de luare a deciziilor sau dacă acestea sunt doar realizate pentru a îndeplini o cerință birocratică.

5.1.2. Metode și proceduri HIA

Potrivit Ghidurilor Merseyside (Scott-Samuel și colab., 2001), este important să se facă distincția între procedurile și metodele de evaluare a impactului asupra sănătății.

Procedurile sunt cadre pentru împuternicirea și implementarea HIA.

Metodele sunt sistemele de realizare a acestora.

Pe scurt, procedurile pentru HIA implică:

- screening, pentru a selecta politici sau proiecte pentru evaluare
- stabilirea unui Grup de Coordonare și aprobarea Termenilor de Referință (ToR)
- efectuarea evaluării impactului asupra sănătății
- negocierea opțiunilor favorizate pentru obținerea unui impact optim asupra sănătății
- monitorizarea și evaluarea proceselor și rezultatelor HIA și furnizarea de feedback pentru a influența continuarea analizei.

Metodele de realizare a HIA includ:

- analiza politicilor (dacă este cazul)
- elaborarea profilului pentru zonele și comunitățile afectate
- implicarea părților interesate și a persoanelor care dețin informații-cheie în estimarea impactului potențial asupra sănătății, utilizând un model predefinit de sănătate
- evaluarea importanței, amplitudinii și a probabilității pentru impactului previzionat
- luarea în considerare a opțiunilor alternative și elaborarea unor recomandări de acțiune pentru a spori sau atenua impacturile.

Exemple de metode pot fi:

- Colectarea și analizarea datelor secundare corespunzătoare de la autoritățile relevante (de exemplu, statistici naționale sau regionale de sănătate, date de mediu și demografice).
- Intervievarea persoanelor care dețin informații-cheie și desfășurarea de discuții în cadrul grupurilor de interese din părțile interesate (abordări participative).
- Observarea domeniului direct în medii sociale și instituționale.
- Cartografierea cu ajutorul Sistemelor de Informații Geografice (GIS).
- Revizuirea literaturii științifice relevante și a literaturii "gri"

Echipa HIA lucrează în conformitate cu specificul ToR pentru evaluarea în cauză. ToR poate sugera metode specifice de utilizat de către evaluator și subliniază necesitatea de a împărtăși informațiile produse de echipele de mediu și sociale.

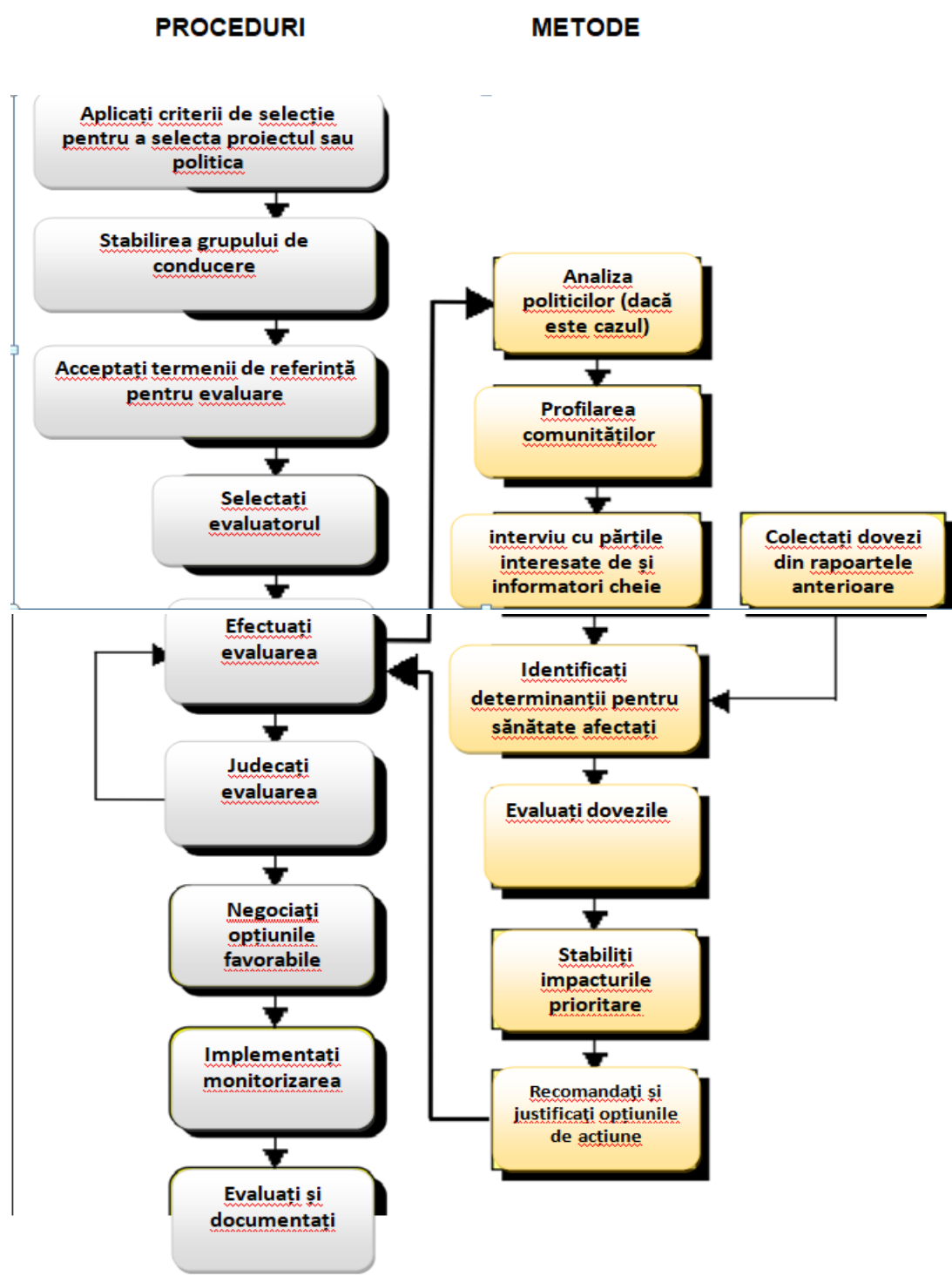


Figura 47 - Stadii procese HIA

În cele mai multe cazuri, nu există timp pentru anchete epidemiologice transversale, dar acestea pot fi efectuate ca parte a evaluării în proiecte cu stadii de planificare extrem de lungi. După caz, poate fi introdusă o evaluare integrată pentru a beneficia de o abordare metodologică comună, economisind timp și reducând costurile evaluării.

Componenta de cercetare a HIA poate fi împărțită în patru evaluări, și anume: factorii socio-demografici, determinanții pentru sănătate, starea de sănătate și sistemele de sănătate.

Aceste evaluări pot fi apoi integrate într-o descriere a problemelor prioritare de sănătate pentru discuții și elaborarea unui plan de acțiune în domeniul sănătății.

Evaluarea sociodemografică

Evaluarea socio-demografică oferă un context pentru HIA prin descrierea populației expuse riscului. Se concentrează pe colectarea datelor disponibile privind demografia populației, indicatorii socio-economici, factorii geografici, agricultura, nutriția, infrastructura, transportul și factorii macroeconomici. Ar trebui descrise structurile sociale și familiale, iar în marile proiecte de dezvoltare va trebui să se acorde atenție tendințelor de relocare și migrației. Evaluarea socio-demografică depinde în mare măsură de datele secundare furnizate de autoritățile guvernamentale și locale, agențiile de dezvoltare, contractorii și specialiștii sociali și economici ai EIA.

Evaluarea factorilor determinanți pentru sănătate

Determinanții de sănătate reprezintă cauzele directe sau indirecte ale unei boli, unei stări sau unui prejudiciu (Lerer și colab., 1998). Evaluarea factorilor determinanți ai sănătății urmărește cuantificarea accesului și calității apei și a canalizării, a siguranței alimentare și a combustibilului, a locuințelor, a poluării, a infrastructurii publice, a gestionării deșeurilor și a altor factori care influențează sănătatea umană. Această evaluare poate fi extinsă pentru a include un simplu "indice de producție pentru sănătate" pentru a stabili rapid, în studii longitudinale, dacă un proiect a avut un impact pozitiv sau negativ asupra gospodăriilor. Indicele ar putea include descrieri simple ale stării fizice a locuinței, accesului și calității apei, canalizării și combustibililor, precum și o anumită măsură a activității economice a gospodăriei (Scudder, 1993).

Metodele utilizate pentru a estima efectele asupra factorilor determinanți ai sănătății sunt destul de diverse, ceea ce nu este surprinzător având în vedere diversitatea factorilor care influențează sănătatea. Pentru factorii fizici și chimici, metodele sunt bine dezvoltate.

Ca o consecință a unei baze de dovezi restrânse, astfel de modele nu sunt disponibile pentru mulți alți factori determinanți. În România cazurile examinate, estimările au fost făcute în mod obișnuit pe baza datelor (nepublicate) furnizate de dezvoltatorii de proiecte. Ultima sursă poate introduce prejudecăți sistematice. Opiniile experților sunt opțiuni de ultimă instanță. În absența metodelor standardizate, validate și a datelor ușor de aplicat, unii autori manifestă o creativitate substanțială în cuantificarea factorilor determinanți socio-economici. Aceste eforturi ar trebui evaluate în mod critic, astfel încât acestea să poată contribui la dezvoltarea unei abordări mai uniforme și robuste.

5.2. Determinanții pentru sănătate luați în considerare în cadrul unui proces HIA

Factori biologici - de exemplu, vârstă, sex, genetică

Expunerea preconceptuală și în utero - de exemplu, nutriția maternă și sănătatea în timpul sarcinii

Comportamentul personal și stilul de viață - de exemplu, dieta, fumatul, alcoolul, exercițiul fizic, asumarea de riscuri

Mediul psihosocial - de exemplu, structura familiei, rețelele comunității, cultura, excluderea socială

Mediul fizic - de exemplu, aerul, apa, locuințele, transportul, zgomotul, eliminarea deșeurilor

Socio-economie - de exemplu, ocuparea forței de muncă, educația

Serviciile publice - de exemplu, calitatea și accesul la serviciile de îngrijire a copiilor, transport, magazine, educație, agrement, sănătate și servicii sociale

Politica publică - de exemplu, politicile economice, de bunăstare, criminalitate, transport și sănătate

Evaluarea stării de sănătate

Metode de cercetare a calitatii vietii

Bazandu-se pe conceptele diverselor discipline cu privire la calitatea vietii s-ar putea sustine o definitie cuprinzatoare care ar avea in vedere resursele esentiale economice si sociale, precum si dimensiunile fizice, mentale si spirituale ale sanatatii unui individ, grup sau chiar a intregii societatii.

Conceptul de calitate a vietii i se poate adauga si o dimensiune dinamica prin studiul factorilor care imbunatatesc conditiile generate ale vietii.

Exista trei tipuri de modele de cercetare a calitatii vietii:

- modele generale care descriu resursele disponibile pentru intreaga populatie
- modele individualizate care studiaza indivizi sau populatii mici-acestea necesita instrumente detaliate, de natura calitativa, care acopera diverse aspecte specifice.
- modele specifice bolii, care evalueaza persoane cu anumite boli sau interventii medicale

Obiectivele evaluarii calitatii vietii la nivel populational:

- cresterea preocuparilor asupra sanatatii, nu doar asupra bolii
- cooperarea interdisciplinara
- imbunatatirea conditiilor de viata, dezvoltarea atitudinilor pozitive si a potentialului sanogen
- imbunatatirea conditiilor grupelor vulnerabile prin imbunatatirea calitatii vietii unei societati
- evaluarea implementarii strategiei “*Sănătate pentru toti*” a OMS in care exista preocupare privind problemele calitatii vietii

Criterii de masurare a calitatii vietii la nivelul unei populatii:

- saracia aceasta se masoara in principal prin intermediul veniturilor sau al consumului indivizilor. In functie de metoda utilizata, aceasta poate fi:
 - absoluta- masurata in functie de *consumul* indivizilor
 - relativa – masurata in functie de *veniturile* indivizilor. Masurarea este dificila pentru veniturile nonbanesti si pentru economia subterana (veniturile nedecarate)

Alte criterii de masurare a calitatii vietii pentru populatia dintr-o anumita zona geografica:

- populatia neocupata (numarul de someri)
- dezvoltarea economica (numarul institutiilor economice si numarul de angajati)
- reseaua de drumuri
- starea de sănătate (mortalitatea infantila, morbiditatea pentru boli ale saraciei)
- poluarea

Calitatea vietii la nivel de indivizi

Masurarea calitatii vietii la nivel de indivizi aduce date suplimentare asupra starii de sănătate a acestora si asupra beneficiilor sau daunelor aduse de ingrijirea medicala

Obiectivele masurarii calitatii vietii la nivel de indivizii:

- probe de screening
- supravegherea cazurilor care prezinta probleme psihosociale sau a evolutiei bolilor cronice
- anchete populationale pentru depistarea problemelor de sănătate
- anchete medicale
- masurarea rezultatelor in serviciile de sănătate sau cercetare evaluative
- cercetari clinice asupra efectelor unui tratament
- analize cost-utilitate in vederea alocarii resurselor sau alegerii intre mai multe programe alternative pentru tratarea acelorasi pacienti

Datele referitoare la starea de sănătate sunt în principal descrieri (atât numerice cât și calitative) ale morbidității și mortalității datorate bolilor, condițiilor și leziunilor. Informațiile despre starea de sănătate facilitează cuantificarea unei probleme de sănătate (Lerer și colab., 1998).

In analiza mortalitatii, exista doua modalitati de abordare

- transversala (sau de moment) – consta in masurarea, descrierea si analiza mortalitatii intr-o perioada determinata de timp, de obicei un an calendaristic
- longitudinala (prospectiv sau retrospectiv) – analiza mortalitatii este o analiza de cohorta sau generatie

Aceasta poate fi calculată ca povară a bolii care poate fi atribuită unei anumite boli, afecțiuni, prejudiciu sau determinant (cum ar fi malnutriția sau tutunul). Raportul privind dezvoltarea mondială din 1993(World Bank.,1993) și Comitetul ad-hoc privind cercetarea în domeniul sănătății privind opțiunile viitoare de intervenție (WHO. 1996) utilizează Disability Adjusted Life Year (DALY) ca principală măsură a gradului de îmbolnăvire în rândul populației. Este puțin probabil ca practicienii HIA din țările mai puțin dezvoltate să dispună de date suficiente pentru a utiliza indicatorii compuși DALY sau chiar mai simpli (Hyder și colab., 1998).

Evaluarea stării de sănătate urmărește descrierea și cuantificarea bolilor și a condițiilor importante pentru a ajuta la determinarea nevoilor de sănătate și pentru a oferi o bază imparțială pentru evaluarea impactului pe termen lung al unui proiect asupra sănătății. Metodologia poate fi bazată în mod liber pe studii epidemiologice rapide (Smith, 1989; Manderson și colab., 1992; Anker și colab.,1993), pentru a descrie succint și precis o gamă largă de indicatori de sănătate. Aceste date pot include rata mortalității infantile, rata mortalității perinatale, rata mortalității sub 5 ani, ierarhizarea cauzelor de deces, rata mortalității materne, ratele abuzului de substanțe, inclusiv alcoolul și fumatul, prevalența HIV și STD⁴⁴, prevalența bolilor infecțioase, transmisibile și netransmisibile.

Unul din scopurile centrale ale epidemiologiei consta in verificarea ipotezelor referitoare la existenta sau inexistenta asociatiilor epidemiologice, definite ca fiind relatia dintre doua categorii diferite: factori de risc (sau de protectie), pe de o parte si boala sau deces, pe de alta parte.

Anchetele epidemiologice sunt:

1. anchetele epidemiologice descriptive – descriu populatia tinta (sau de referinta) din punct de vedere al unor caracteristici. Pot fi grupate in:

⁴⁴ Sexually Transmitted Disease

- caracteristici personale
 - caracteristici temporale
 - caracteristici spatiale
2. anchetele epidemiologice analitice – se numesc așa pentru că verifică analitic, la nivelul indivizilor, existența sau inexistența factorilor de risc (sau de protecție) și a bolii
 3. anchetele epidemiologice experimentale – reprezintă unul din principalele tipuri de investigație epidemiologică. Principalele tipuri:
 - studiile clinice (clinical trials)
 - studiile “în teren” (trials in the field)
 - studiile comunitare (community trials)

Datele de supraveghere disponibile trebuie să fie colectate pentru grupurile majore de risc, inclusiv pentru cei foarte tineri, femeii, adolescenții, persoane cu handicap și vârstnici. Evaluarea antropologică rapidă poate oferi o imagine mai fină a aspectelor care necesită investigații și acțiuni suplimentare.

Evaluarea sistemelor de sănătate

Proiectele de dezvoltare influențează adesea modul în care serviciile de sănătate sunt livrate și utilizate de comunitățile din jur.

O HIA ar trebui să conțină o bună revizuire a sistemului de sănătate în zona proiectului, pentru a se asigura că sunt disponibile facilități, personal și medicamente adecvate. Există mai multe metode pentru a face o evaluare a unui sistem de sănătate regional. Deși este în afara scopului acestei lucrări pentru a descrie abordările de sănătate disponibile, secțiunea sistemelor de sănătate a unei HIA ar trebui să conțină cel puțin o descriere și un simplu audit al instalațiilor actuale în ceea ce privește amplasarea, dimensiunea și furnizarea de servicii (spitale, clinici și lucrătorii din domeniul sănătății comunitare), resurse umane, consumabile farmaceutice și sisteme de achiziții și date. Furnizarea de servicii (cum ar fi sănătatea mamei și copilului, planificarea familială, trauma și promovarea sănătății) ar trebui, de asemenea, evaluate. Dacă nu sunt incluse în evaluarea stării de sănătate, ar trebui să se clasifice cele mai importante condiții ambulatorii, motivele pentru internarea în spital și cauzele de deces cauzate de vârstă. O evaluare mai cuprinzătoare a sistemelor de sănătate poate include măsuri privind utilizarea facilităților, accesibilitatea, procesul și calitatea asistenței medicale (Anker și colab., 1993)

5.3. Abordări metodologice ale HIA

5.3.1. Abordarea EHIA integrat

Termenul “*evaluarea impactului asupra mediului*” (EIA) înseamnă, de obicei, încercarea de a anticipa și de a evalua impactul proiectelor de dezvoltare asupra mediului. Prima dată a fost introdusă ca o procedură formală în Statele Unite (National Environmental Policy Act, 1970), dar în prezent există o varietate de abordări pentru proiectele de dezvoltare publică și privată la nivel mondial, de exemplu abordările sugerate de Programul Națiunilor Unite pentru Mediu (UNEP, 1993) și Banca Mondială (World Bank, 1991).

În Uniunea Europeană, evaluarea impactului asupra mediului se bazează pe o directivă a Consiliului European⁴⁵ care acoperă autostrăzile, liniile de tren, aeroporturile, instalațiile

⁴⁵DIRECTIVA 2011/92/UE A PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI A CONSILIULUI din 13 decembrie 2011 privind evaluarea efectelor anumitor proiecte publice și private asupra mediului, modificată prin DIRECTIVA 2014/52/UE

industriale, instalațiile de eliminare a deșeurilor și multe alte proiecte de dezvoltare. În articolul 3, directiva arată că:

“Evaluarea impactului asupra mediului identifică, descrie și evaluează într-o manieră corespunzătoare, în funcție de fiecare caz, ... efectele directe și indirecte ale unui proiect asupra următorilor factori: oameni, faună și flora, sol, apă, aer, climă și peisaj, bunuri materiale și patrimoniu cultural..interacțiunea acestora”.

O componentă a evaluării impactului asupra mediului care se ocupă în special de impactul asupra sănătății umane este adesea numită "Evaluarea impactului asupra sănătății mediului" (EHIA). Este larg acceptat că EHIA oferă oportunități unice pentru protecția și promovarea sănătății umane (WHO, 1997a,b). În programul "Sănătate pentru toți" al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), managementul ținută al sănătății mediului solicită EHIA⁴⁶. Abordări practice ale EHIA au fost descrise de către OMS (WHO, 1992; ADB, 1992) Consiliul Național de Sănătate și Cercetare Medicală din Australia (Ewan și colab.,1993) și alții.

Următoarele componente au fost identificate ca elemente cheie ale unui model EHIA integrat:

- (1) analiza situației existente,
- (2) predicția impactului și
- (3) evaluarea impactului.

În plus, este necesară comunicarea rezultatelor și evaluarea procedurii generale. Pe baza elementelor mai multor abordări menționate mai sus, a fost conceput un concept "generic" EHIA (Fehr și colab.,1996). Prin adaptări adecvate atât pentru tipuri specifice de proiecte, cât și pentru situații locale, acest concept este destinat să fie aplicabil unei game largi de proiecte de dezvoltare. Modelul este alcătuit din 10 pași (Figura 45), care se etapele se construiesc una peste cealaltă.

Este de așteptat ca analiza proiectului să acopere atât funcționarea normală, cât și emisiile accidentale și să vizeze caracterizarea pericolelor așteptate, inclusiv toxicitatea acută și carcinogenitatea. Analiza regională se referă la fiziologia, meteorologia, caracteristicile naturale și utilizarea terenurilor și include o definiție a zonei de studiu pentru investigații ulterioare. Populația este descrisă după mărime, vârstă, sex, starea de sănătate și modele de comportament, de exemplu, modelele de consum alimentar și activitățile de hobby.

În etapa 4, situația de fond este caracterizată pe baza celor trei etape anterioare și pe baza monitorizării mediu a poluării existente. Folosind analogii și modelarea dispersiei, următorul pas se referă la prognoza viitoarei poluări, inclusiv a aerului, a apelor subterane a solului, a florei și a faunei. Pe această bază se încearcă predicția impactului asupra sănătății.

Etapa 6 este o componentă cheie a întregii proceduri. Se compune din trei componente interdependente.

1. În prima componentă se realizează o evaluare calitativă a schimbărilor privind caracteristicile vecinătății și a calității vieții, precum și a preocupărilor cetățenilor. În conformitate cu raționamentul științific obișnuit, se face o distincție între agenții pentru care poate fi definit un "prag" de expunere, față de alți agenți lipsiți de această caracteristică.

⁴⁶WHO (World Health Organization).Europe. Targets for Health for All: the Health Policy for Europe. European Health for All series, No. 4. Copenhagen
WHO-Europe, 1993

2. În două componente, sunt comparate cu valorile limită adecvate (de exemplu, specifice mediei) pentru agenții cu prag de expunere, nivelurile predictibile ale poluării chimice și intensitățile altor agenți, (cum ar fi zgomotul). Pentru acești agenți, evaluarea este implicată în compararea valorilor de predicție față de valorile limită.
3. În a treia componentă, este necesară evaluarea cantitativă a riscurilor pentru agenții "fără prag", (în special pentru carcinogeni), inclusiv toate căile și agenții relevanți. Pe lângă estimarea cantitativă a riscului, sunt necesare decizii privind "riscul suplimentar acceptabil". Un nivel utilizat în mod obișnuit este un risc de 10^{-5} , adică un caz suplimentar de cancer pe durata de viață la 100 000 de persoane expuse. În etapa următoare, este prezentată o evaluare sumară a impactului anticipat asupra sănătății.

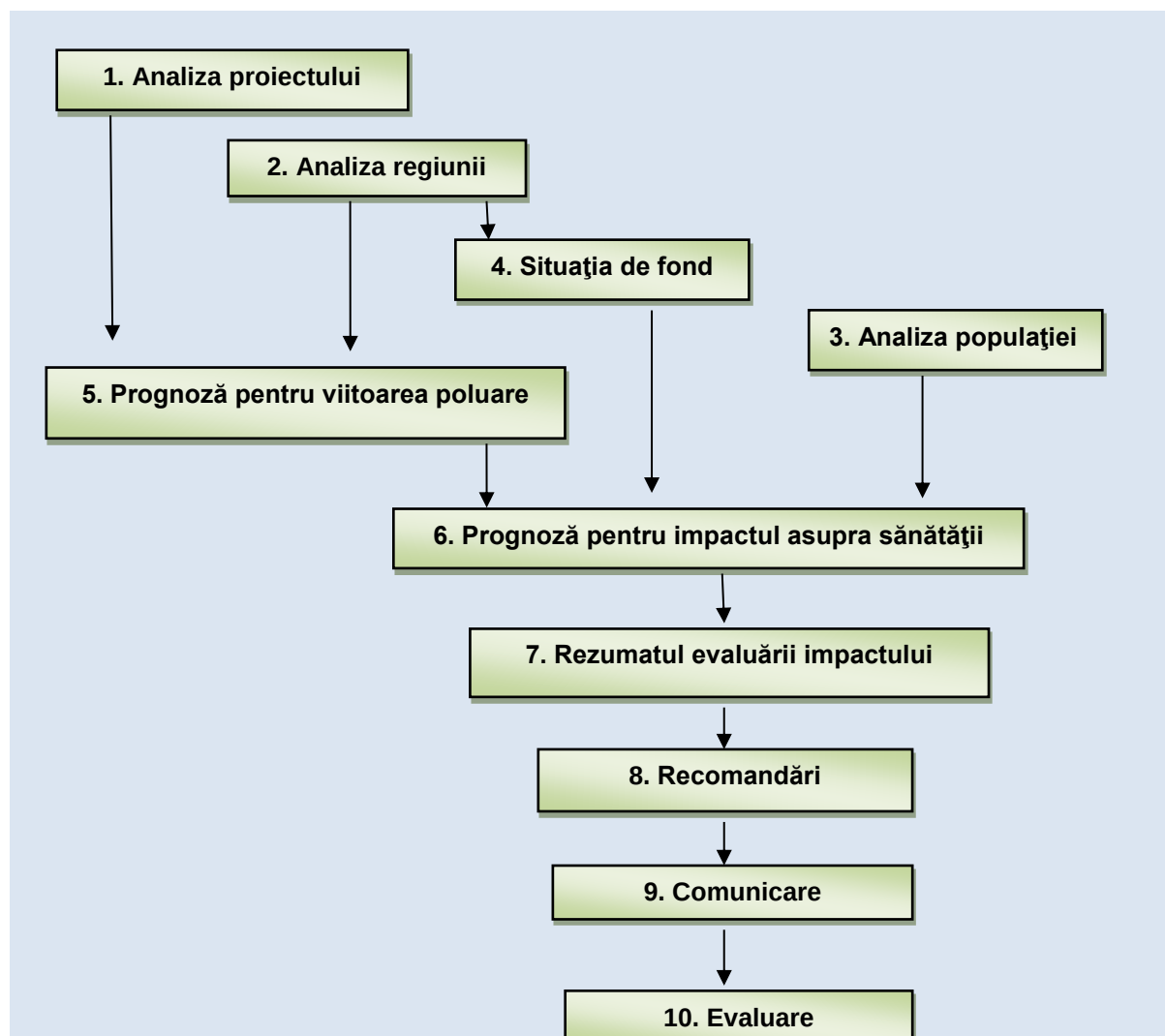


Figura 48 - Modelul în zece pași pentru Evaluarea impactului asupra sănătății

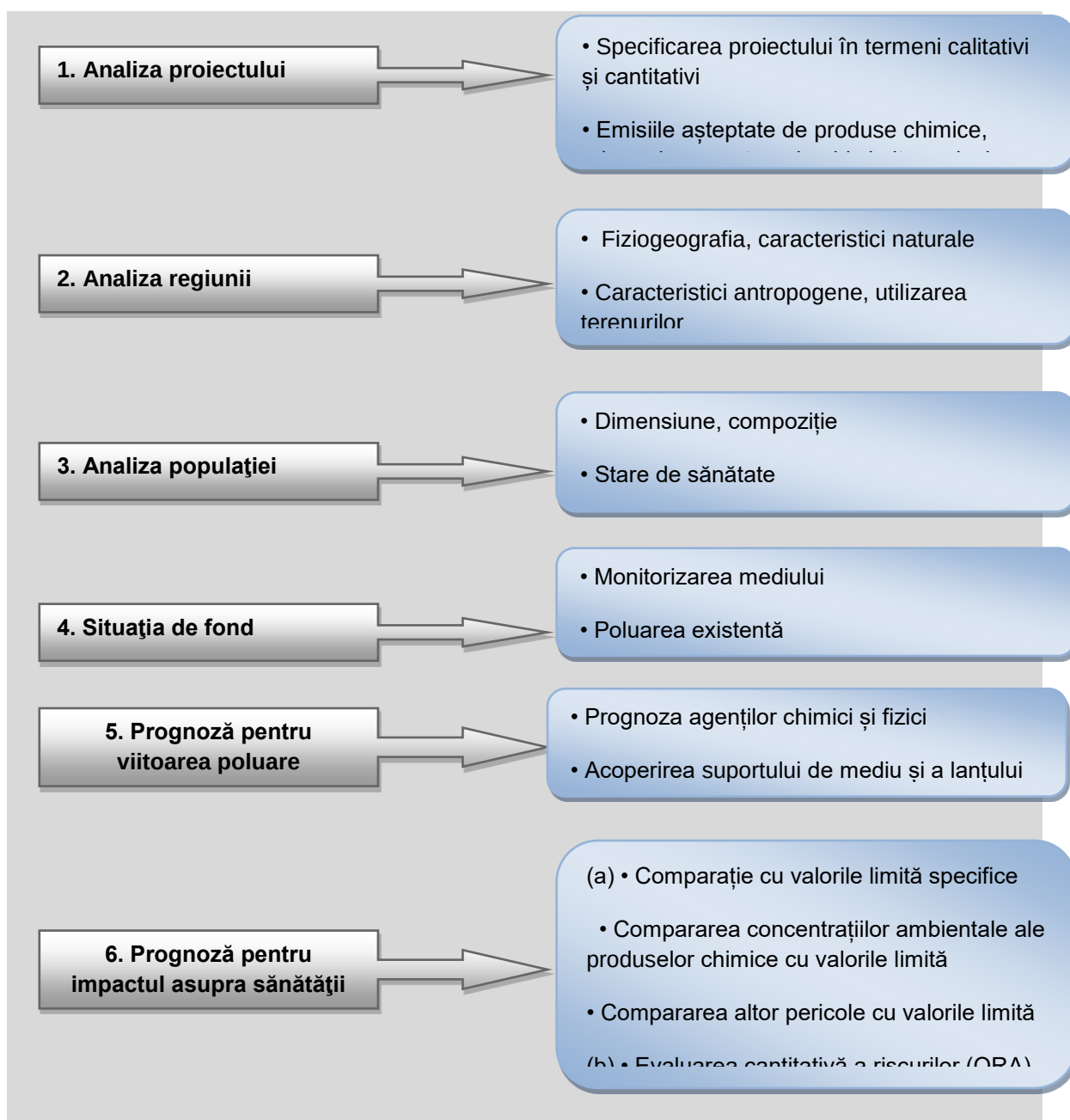


Figura 49 - Pașii 1-6 al evaluării impactului asupra sănătății mediului din cele zece etape

Pe baza tuturor informațiilor din etapele anterioare, sunt date recomandări cu privire la alternativele de planificare, controlul emisiilor, monitorizarea, informarea publicului, post-analiza proiectelor etc. Având în vedere complexitatea procedurii generale, a numeroaselor detalii ale metodelor și a gamei de ipoteze implicate, comunicarea rezultatelor nu este o sarcină ușoară.

EHIA solicită eforturi deosebite pentru a comunica în mod corect și eficient tuturor părților implicate, inclusiv planificatorilor, factorilor de decizie și publicului larg presupunerile fundamentale, previziunile și evaluările rezultate. Compararea riscurilor și metodele de vizualizare pot fi utile în acest sens. Ori de câte ori una dintre alternativele proiectului care au fost examinate prin EHIA este pusă în practică, apare oportunitatea de a evalua metodele și ipotezele EHIA.

Acest lucru se poate face prin compararea cu situația actuală a impactului previzionat, de exemplu prin stabilirea unor proceduri specifice de monitorizare și prin evaluarea continuă a stării mediului, precum și a expunerilor umane și a rezultatelor în materie de sănătate.

În prezent, însă, acoperirea aspectelor legate de sănătatea umană în evaluarea impactului asupra mediului continuă să fie incompletă. Motivele posibile includ următoarele: complexitatea sarcinii de evaluare prospectivă a impactului; metode și instrumente specifice insuficient furnizate; accesul necorespunzător la date care sunt actuale și fiabile; și lipsa evaluării sistematice a aplicațiilor EHIA

Până în prezent, departamentele de sănătate publică par a fi de multe ori lăsate în afara participării, în special din etapa inițială de "scoping", care este de o importanță crucială pentru întreaga procedură EHIA. În ciuda dificultăților menționate mai sus, departamentele de sănătate publică s-au dovedit a fi dispuse să participe la EHIA și și-au exprimat puternic nevoile de formare.

Pentru majoritatea celor zece etape procedurale descrise mai sus, există o serie de instrumente și resurse de informare, cum ar fi sistemele de anchetă sau programele de modelare a expunerii care pot facilita munca practică. Este posibil ca fezabilitatea EHIA să fie mărită prin identificarea, ajustarea și evaluarea unor astfel de instrumente și apoi furnizarea unei selecții adecvate, de exemplu, drept componente ale stațiilor de lucru pentru protecția mediului

EHIA, prin natura și domeniul său de aplicare, depinde de o cooperare interdisciplinară eficientă. Abilitățile epidemiologice sunt esențiale pentru finalizarea etapelor 3, 4, 6 și 10. Analiza situației de fond (pasul 4) este similar cu un diagnostic comunitar standard, iar prognoza de impact (pasul 6) se bazează în mare măsură pe inputul epidemiologic, în special pentru estimarea expunerii. Etapa 10, acolo unde este posibil, se bazează pe tehnicile epidemiologice dezvoltate pentru evaluarea programului. Alți pași ai procedurii, cum ar fi forța probantă a dovezilor în etapele 7 și 8 și comunicarea adecvată cu factorii de decizie și cu publicul (etapa 9), pot beneficia de experiența epidemiologilor profesioniști.

5.3.2. Alte abordări conexe evaluării impactului asupra sănătății

5.3.2.1. Evaluarea riscurilor

Evaluarea riscului a fost definită în 1983 ca fiind: *"utilizarea bazei factuale pentru a defini efectele asupra sănătății ca urmare a expunerii indivizilor sau populațiilor la materiale și situații periculoase* (NRC, 1983). Se utilizează pentru a stabili standarde care limitează expunerea la substanțe toxice (Hertz-Picciotto, 1995). Este o procedură standard în patru etape (Samet, 1999) în care sunt combinate trei elemente pentru a genera evaluarea riscului existent.

Identificarea pericolelor implică identificarea tipurilor de efecte asupra sănătății pe care le poate provoca o anumită expunere. Evaluarea "doză-răspuns" cuantifică acest lucru: pentru un anumit nivel de expunere, va rezulta un anumit efect (sau probabilitatea unui efect). În practică, aceasta este rareori o doză în sensul uzual, care se aplică unui individ, însă este un nivel ambiental la care populația este expusă. Acestea sunt derivate din literatura științifică în domeniile epidemiologiei și / sau toxicologiei.

Evaluarea expunerii identifică agentul (agenții) specifici, determină calea sau căile de expunere și cuantifică cantitatea și durata expunerii (Hertz-Picciotto, 1995). Acestea sunt

combinate pentru a caracteriza riscul sau pentru a estima povara îmbolnăvirilor care poate fi atribuită expunerii curente (Internațional Burden of Disease Network, 1998; Britton și colab., 2001). Aceasta este diferită de modificarea poverii îmbolnăvirilor ce poate fi atribuită unei politici sau altei intervenții, fiind numit Modelul de Evaluare a Politicilor / Riscurilor (PRAM) (Kemm, 2000).

Evaluarea riscului se referă, în general, la situații în care există informații cantitative bune despre un sistem (Deville și Harding, 1997). Acesta este utilizat în principal pentru evaluarea impactului produselor chimice asupra sănătății umane (Eyles, 1999). Acesta a fost principalul obiectiv al lucrărilor inițiale ale OMS asupra evaluării impactului asupra sănătății mediului (EHIA) (Internațional Burden of Disease Network, 1998). OMS a elaborat ghiduri privind evaluarea și utilizarea dovezilor epidemiologice pentru evaluarea riscului asupra sănătății mediului (WHO, 2000a, 2000b)⁴⁷.

Efectele produselor chimice au fost observate în primul rând în studiile epidemiologice ale cohortelor profesionale. Mai recent, evaluarea riscurilor a depins de studiile toxicologice pe animale, deoarece ele pot fi mai reduse și mult mai scurte: ghidurile oficiale din SUA în 1990 au ignorat dovezile epidemiologice (Steve, 2002).

Cu toate acestea, există multe probleme în extrapolarea de la animale la om, de exemplu echivalența dozei sau a expunerii și efectele specifice speciilor. Prin urmare, există un sprijin mai mare pentru utilizarea studiilor epidemiologice în evaluarea riscurilor (Hertz-Picciotto, 1995). Evaluarea riscului pentru carcinogenitate a utilizat anterior o abordare "a dovezilor pozitive", în care un studiu pozitiv surclasa un număr de studii cu rezultate negative. Aceasta s-a îndreptat spre abordarea "forța probantă a dovezilor (weight of evidence' sau WoE)", în care sunt luate în considerare informațiile din toate studiile de bună calitate, fie experimentale, fie epidemiologice, atunci când se are în vedere carcinogenitatea. Shore avertizează împotriva utilizării studiilor cu doză mică și a expunerilor ocupaționale preferate, dar există probleme în extrapolarea de la aceste concentrații mari la nivelurile inferioare la care populația generală ar fi expusă (Shore, 2002).

Evaluarea riscului pentru sănătatea umană a fost utilizată timp de decenii pentru a încorpora implicațiile asupra sănătății generate de expunere (adesea, prin mediu) în procesul decizional de reglementare. Cu toate acestea, evaluarea riscului, așa cum este practică în mod convențional, se concentrează, în general, pe substanțe chimice individuale sau pe scenarii limitate de expunere limitată la mai multe chimicale și nu captează multitudinea de factori descriși anterior în acest capitol. Deși s-ar putea susține că evaluarea riscurilor poate fi aplicată într-o manieră care să abordeze toate dimensiunile influențelor politicii asupra sănătății și că recenta evaluare spre evaluarea cumulativă a riscurilor recunoaște necesitatea de a lua în considerare o gamă largă de expuneri chimice și non-chimice (NRC, 2009) evaluarea riscului fără o redefinire substanțială a domeniului este puțin probabil să se aplice într-o varietate de politici, programe, proiecte și planuri care ar putea avea implicații asupra sănătății.

În plus, evaluarea tradițională a riscurilor tinde să se concentreze mai degrabă asupra efectelor negative și adverse asupra sănătății decât asupra efectelor benefice. De asemenea, subliniază rezultatele cantitative ca puncte principale de bază în majoritatea aplicațiilor. Deși

⁴⁷World Health Organization Working Group. Evaluation and use of epidemiological evidence for environmental health risk assessment: WHO guideline document. Environ Hlth Perspectives 2000; 108: 997–1002. <http://ehpnet1.niehs.nih.gov/docs/2000/108p997-1002krzyzanowski/abstract.html>

evaluările riscurilor includ elemente calitative - cum ar fi identificarea pericolelor - și implică descrieri calitative în caracterizarea riscurilor, ele sunt, în general, secundare elementelor cantitative, iar rezultatele relevante nu pot fi cuantificate pentru luarea deciziilor. Chiar și în contextul evaluării cumulative a riscurilor, a subliniat importanța menținerii atributelor cheie ale evaluării cantitative a riscurilor. În cele din urmă, în mică măsură se atrag părțile interesate și comunitățile într-un proces deliberativ. Astfel, în ciuda mecanismelor de reglementare bine stabilite pentru evaluarea riscului de sănătate și a potențialului său de a fi modificat pe termen lung, este puțin probabil ca toate consecințele pentru sănătate ale deciziilor de politică și planificare să poată fi capturate în mod corespunzător prin evaluarea convențională a riscurilor anumite situații.

5.3.2.2. Evaluarea ciclului de viață (LCA)

Instrumentul existent care poate fi cel mai strâns aliniat la luarea în considerare a cauzelor multiple și de bază este evaluarea ciclului de viață (LCA)(Curran, 2000). LCA examinează un proces sau un produs și caracterizează întregul spectru al implicațiilor sale în amonte și în aval, inclusiv efectele asupra sănătății umane, ecosisteme și alte puncte de interes pentru factorii de decizie. LCA se bazează în mod obișnuit pe o combinație de dovezi cantitative și calitative pentru a compara diferite abordări pentru a atinge un obiectiv. Cu toate acestea, LCA este, în general, mai concentrat asupra unor aplicații cum ar fi analiza de fabricație sau a ciclului de combustibil și constă în mai multe caracterizări generice decât în caracterizările specifice locației. Astfel, LCA încearcă să caracterizeze situațiile tipice adesea dintr-o perspectivă națională sau globală, în timp ce tipurile de politici și deciziile de planificare în care dimensiunile de sănătate trebuie luate în considerare sunt adesea locale și au atribute specifice site-ului care ar trebui luate în considerare.

5.3.2.3. Evaluarea impactului asupra mediului

Evaluarea impactului asupra mediului a fost solicitată în SUA prin Actul Național de Politică a Mediului (NEPA) din 1969(Interorganizational Committee on Guidelines and Principles, 1994; Joffe și Sutcliffe, 2000). A 35-a Adunare Mondială a Sănătății a adoptat în 1982 o rezoluție privind evaluarea impactului asupra sănătății mediului (Biddulph și colab.,2001). În UE, Directiva 85/337/CEE a impus evaluarea impactului asupra mediului pentru anumite proiecte ample, de exemplu, proiecte de construcții mari. Până în 1997, mai mult de 100 de țări au utilizat evaluarea impactului asupra mediului.

Cu toate acestea, există o serie de probleme recunoscute cu privire la procesul de evaluare a impactului asupra mediului (EIA) (Birley, 1999). În special, deși evaluarea impactului asupra mediului trebuie să *"identifice, să descrie și să evalueze ... efectele directe și indirecte ale unui proiect asupra ... ființelor umane"* (Fehr,1999), luarea în considerare a impactului potențial asupra sănătății umane este rareori efectuată (Birley, 1995), în special pentru transportul rutier (Walter și Machtolf, 1998). Un sondaj a constatat că 28% din evaluările impactului asupra mediului examinate au acoperit în mod adecvat potențialele efecte asupra sănătății (Birley și colab., 1998).

Un seminar al OMS din 1978 privind evaluarea impactului asupra sănătății mediului a luat în considerare modul în care componenta de sănătate ar trebui încorporată în procesul general. Etapa a patra finală a evaluării impactului asupra mediului este de a explica măsurile propuse pentru compensarea sau reducerea efectelor negative (Regional Office for Europe, 1979). Aceasta explică de ce evaluarea impactului asupra sănătății mediului s-a axat pe atenuarea

efectelor negative înainte ca să fie extins conceptul de evaluare a impactului asupra sănătății pentru a include potențialul de creștere a efectelor benefice asupra sănătății.

Cu toate că o viziune generală toxicologică bazată pe îmbolnăviri a fost luată în considerare în cadrul EIA, o reuniune a OMS din 1986 a considerat bunăstarea psihologică poate fi un exemplu de impact asupra mediului (Banken, 1999).

5.3.2.4. Evaluarea strategică de mediu (SEA)

Au existat și alte critici privind evaluarea impactului asupra mediului (și evaluarea impactului asupra sănătății asupra mediului). O astfel de evaluare este în general efectuată atunci când proiectul a fost deja decis, deci este prea târziu pentru a influența alegerea posibilelor opțiuni pentru a atinge un obiectiv dat. Evaluarea este necesară la etapele anterioare (strategice) (Therivel și colab., 1992). În timp ce evaluarea impactului asupra mediului se aplică proiectelor unice, evaluarea strategică de mediu (SEA) se aplică politicilor, planurilor și programelor. Impacturile asupra mediului considerate sunt mai generale, legate de impactul global și regional, dar mai puțin detaliate în comparație cu EIA unui proiect local. În 1992, guvernul britanic a publicat îndrumări privind evaluarea politicilor și mediul (Great Britain: Department of the Environment, 1992). Potrivit lui Therivel (Therivel și colab., 1992), obiectivele SEA sunt următoarele:

- (1) să asigure o examinare completă a altor opțiuni de politică, inclusiv opțiunea "a nu face nimic", într-un stadiu incipient;
- (2) să permită coerența între diferite sectoare de politici, facilitând compromisurile;
- (3) să se asigure că sunt luate în considerare consecințele mai complexe, distale și neintenționate, astfel încât să se prevină impactul advers;
- (4) să evalueze impactul asupra mediului al politicilor fără o dimensiune de mediu evidentă;
- (5) în luarea deciziilor, să includă preocupările de mediu, precum și cele economice și sociale.

UE a adoptat o directivă privind evaluarea strategică de mediu (Com/96/0511 FINAL-SYN 96 // 0304). Spre deosebire de evaluarea impactului asupra mediului, există o cerință de a monitoriza punerea în aplicare atât a planului, cât și a măsurilor de protecție a mediului pentru a evalua corectitudinea predicțiilor și eficiența măsurilor de atenuare (Tomlinson., 2000). În general, sănătatea nu a fost luată în considerare în evaluarea strategică de mediu (Sadler și Brooke, 1998). Oficiul Regional al OMS pentru Europa sprijină un protocol privind evaluarea strategică de mediu la Convenția de la Espoo, care include evaluarea impactului asupra sănătății (Breeze și Lock, 2001).

5.3.2.5. Evaluarea impactului social (SIA)

Evaluarea impactului social (SIA) s-a dezvoltat, de asemenea, în SUA pentru a îndeplini cerințele legale în cadrul Agenției Naționale de Protecție a Mediului. Aceasta a impus evaluarea impactului asupra mediului uman. Evaluarea impactului social, de obicei, o parte a evaluării impactului asupra mediului în SUA, este preocupată de estimarea prospectivă a consecințelor sociale probabile ale politicilor specifice sau acțiunilor guvernamentale (Interorganizational Committee on Guidelines and Principles, 1994). *'Prin impacturi sociale înțelegem consecințele asupra populației umane a oricăror acțiuni publice sau private care modifică modul în care oamenii trăiesc, lucrează, se joacă, se relaționează unul cu altul, se organizează pentru a-și satisface nevoile și, în general, se descurcă în calitate de membri ai*

societății (Interorganizational Committee on Guidelines and Principles,1994). Întrucât aceasta acoperă factorii determinanți ai sănătății și viziunea holistică asupra sănătății care se utilizează cel mai adesea în evaluarea impactului asupra sănătății, nu este surprinzător faptul că, în SUA, nu a fost resimțită necesitatea HIA ca entitate separate (Interorganizational Committee on Guidelines and Principles,1994).

În Australia și în Marea Britanie, SIA este folosită și pentru propunerile care nu necesită o evaluare a mediului. SIA se aseamănă cu EIA atât în cadrul procesului, cât și în ipoteza conform căreia scopul este de a identifica în prealabil impacturile potențiale negative, pentru a le atenua (Interorganizational Committee on Guidelines and Principles,1994). Acesta include, de obicei, implicarea publicului (Banken.,1999) și luarea în considerare a distribuției efectelor asupra populației și a efectelor asupra grupurilor vulnerabile (Interorganizational Committee on Guidelines and Principles,1994). Principalele impacturi luate în considerare sunt caracteristicile populației, structurile comunitare și instituționale, resursele politice și sociale, schimbările individuale și familiale și resursele comunitare (Interorganizational Committee on Guidelines and Principles,1994).

5.3.2.6. Evaluare integrată

Multe propuneri necesită sau ar putea beneficia de mai multe tipuri de evaluări. Acestea includ impactul potențial asupra mediului, sănătății, inegalităților, întreprinderilor mici și mijlocii și grupurilor care se disting prin etnie, sex sau vârstă. Metodele utilizate se suprapun, cu interdependențe între diferitele criterii finale examinate. Acum există un interes crescut în ceea ce privește conceptul de evaluare a *impactului integrat*, cu cel puțin un progres în direcția integrării în etapa de screening.

Un avantaj important al evaluării integrate constă în faptul că ar putea reduce sarcina administrativă de obligație de a efectua un număr mare de evaluări de impact înainte ca propunerile să poată fi luate în considerare pentru a lua o decizie. Prin urmare, este probabilă existența unei presiuni de consolidare a numeroaselor evaluări ale impactului și pentru trecerea la o formă de evaluare integrată.

O altă problemă cu care se confruntă persoanele care trebuie să efectueze evaluări de impact, ca parte a rolului lor de dezvoltare a politicilor, este că vor avea adesea puține cunoștințe despre sănătate sau despre celelalte domenii. În prezent, se utilizează, în general, o listă de verificare, însă depinde de nivelul de înțelegere al persoanei care o utilizează. Se sugerează ideea unei baze de dovezi centrale care să poată fi extinsă în afara domeniului sănătății iar experții din fiecare domeniu tematic ar putea pune la dispoziție un set de ghiduri ca "*instrumente gata de utilizare*" la baza de dovezi, care să acopere acele situații frecvente pentru politici (Thomson și colab., 2003). Un instrument util pentru promovarea înțelegerii este acela de a oferi un ajutor vizual care prin legături intermediare "mapează" căile ce leagă opțiunile de politici cu diferitele tipuri de rezultate (Kemmer, 1979).

O trecere la o evaluare integrată ar putea reprezenta o oportunitate de a reevalua practicile existente. De exemplu, o critică a EIA constă în faptul că de obicei este o activitate finanțată și adesea comandată de dezvoltator, ceea ce poate limita independența sa. Pe de altă parte, este în general bine finanțată, cel puțin în comparație cu HIA. În acest context, trebuie corroboreate "cele mai bune practici" pentru diferitele activități.

5.3.2.7. Alte abordări

Evaluarea impactului asupra bunăstării a fost propusă ca o alternativă la evaluarea impactului asupra sănătății. Acest lucru este similar cu evaluarea impactului larg asupra sănătății. Deși starea de sănătate depinde în principal de factori care nu se află în afara serviciilor de sănătate (McKeown, 1979), este încă o eroare comună că sănătatea este doar responsabilitatea serviciilor medicale (sau a individului).

Evaluarea impactului asupra bunăstării are avantajul potențial de a fi mai explicit pentru autoritățile locale. Sunt uneori pledate evaluări economice, cum ar fi costuri-beneficii, rentabilitate sau analiză cost-utilitate. Pentru a include rezultatele în domeniul sănătății, astfel de analize necesită în primul rând o evaluare a impactului asupra sănătății, astfel încât acestea să poată fi evaluate sau valorificate. De exemplu, un proiect OMS a estimat în trei țări efectele asupra sănătății ca urmare a expunerii a particulelor prin aplicarea estimărilor efectului din literatură (McKeown, 1979) la date de modelare privind expunerea populației (Filliger și colab.,1999). Costurile acestor efecte au fost apoi evaluate (Sommer și colab.,1999).

Alte instrumente folosite pentru a încorpora sănătatea în procesul de luare a deciziilor includ analiza cost-beneficii sau cost-eficiență, care utilizează adesea rezultatele obținute din evaluarea riscului pentru sănătate și costurile implementării strategiilor de control sau a altor intervenții. Aceste instrumente analitice utilizează în mod obișnuit un cadru decizional teoretic în care sunt luate în considerare diferite intervenții și optimizarea alegerii pe baza rezultatelor analizei. Cu toate acestea, există limitări similare cu cele din jurul evaluării tradiționale a riscurilor, inclusiv accentul pe aspectele mai analitice decât deliberative ale procesului decizional și lipsa unui mecanism evident pentru includerea informațiilor calitative și participarea părților interesate.

5.4. Elemente esențiale pentru HIA

Evaluările complexe pentru impactul asupra sănătății (HIA) ar trebui să includă următoarele elemente minime, care să facă distincția între HIA și alte procese utilizate pentru evaluarea și informarea deciziilor:

1. HIA se desfășoară pentru a evalua consecințele potențiale asupra sănătății ale unui program, ale unei politici, ale unui proiect sau ale unui plan propuse; acestea sunt luate în considerare de factorii de decizie și se desfășoară înaintea de luarea deciziei în cauză
2. HIA implică și angajează părțile interesate afectate de propunere, în special populațiile vulnerabile.
3. HIA analizează sistematic întreaga gamă de impacturi potențiale ale propunerii asupra factorilor determinanți ai sănătății, asupra stării de sănătate și asupra echității în sănătate.
4. HIA oferă un profil al condițiilor existente pentru populațiile afectate de propunere, inclusiv rezultatele lor de sănătate, factorii determinanți ai sănătății și subgrupurile vulnerabile din cadrul populației, relevante pentru problemele de sănătate examinate în HIA.
5. HIA caracterizează impactul propunerii asupra sănătății, determinanților pentru sănătate și echității în materie de sănătate, documentând în același timp sursele de date și metodele analitice, calitatea dovezilor utilizate, ipotezele metodologice și limitările.

6. HIA oferă recomandări, după caz, cu privire la acțiunile fezabile și eficiente de promovare a impactului pozitiv asupra sănătății și de atenuare a impactului negativ al deciziei asupra sănătății, identificând, după caz, alternative sau modificări ale propunerii.

7. HIA produce un raport accesibil publicului care include, cel puțin, documentația cu privire la scopul, constatările și recomandările HIA precum și documentația proceselor și metodelor implicate, sau trimiterea la o sursă externă de documentare a acestor procese și metode. Raportul ar trebui să fie comunicat factorilor de decizie și altor părți interesate.

8. HIA propune indicatorii, acțiunile și părțile responsabile, acolo unde este indicat, un plan de monitorizare a punerii în aplicare a recomandărilor, precum și efectele asupra sănătății și rezultatele propunerii.

5.5. Reguli generale pentru HIA

Se recomandă respectarea următoarelor reguli pentru a avansa practica HIA eficientă:

1 HIA este o activitate prospectivă menită să informeze factorii de decizie despre un program, o politică, un proiect sau un plan propus; cu toate acestea, o HIA poate evalua un program, o politică, un proiect sau un plan existent pentru a informa o decizie retrospectivă.

2 O HIA ar trebui să includă etapele de screening, scoping, evaluare, recomandări, raportare și evaluare.

3 Fiecare proces HIA trebuie să înceapă cu obiective scrise explicit, care pot fi folosite pentru a evalua succesul și impactul unui proces HIA.

4 HIA ar trebui să răspundă nevoilor și calendarului procesului de luare a deciziilor.

5 HIA necesită integrarea cunoștințelor din mai multe discipline, precum și informații din partea comunităților afectate. Echipa practicianului sau practicianul trebuie să ia măsuri rezonabile pentru identificarea, solicitarea și utilizarea acestei expertize pentru a identifica și a răspunde la întrebări cu privire la impacturile potențial semnificative asupra sănătății.

6 Participarea semnificativă și incluzivă a părților interesate (de exemplu, comunitatea afectată, instituțiile publice, factorii de decizie) în fiecare etapă a HIA sprijină calitatea și eficacitatea HIA. Fiecare HIA ar trebui să aibă o abordare specifică de implicare și participare care să utilizeze metode participative sau deliberative adecvate nevoilor părților interesate și ale contextului.

7 Monitorizarea este o activitate importantă de urmărire în procesul HIA. HIA ar trebui să propună un plan de monitorizare pentru urmărirea rezultatelor legate de sănătate ale unei decizii și ale implementării acesteia.

8 HIA integrat în cadrul unui alt proces de evaluare a impactului ar trebui să respecte aceste reguli de practică în cea mai mare măsură posibilă.

Bibliografie

- Aberystwyth health impact assessment Consultancy Group. (2002) Health impact statement of Monmouthshire County Council's transport plan. Aberystwyth: University of Wales
- ADB (Asian Development Bank)). Guidelines for the Health Impact Assessment of Development Projects. ADB Environment Paper No. 11. Manila, Philippines: ADB, 1992
- Anker M, Guidotti RJ, Orzeszyna S, Sapirie SA, Thuriaux MC. 1993. Rapid evaluation methods (REM) of health services performance: methodological observations. *Bulletin of the World Health Organization* 71: 15–21
- Banken R. 1999. From concept to practice: including the social determinants of health in environmental assessments. *Can J Publ Hlth* 1999; 90: S27–S30
- Biddulph J, McCarthy M, Gallivan S, Utley M. Environmental health impact assessment – developing a quantitative model. Oral presentation at the joint conference of the Society for Social Medicine and the International Epidemiological Association European Group, 12–15 September 2001, Oxford. *J EpidemiolCommun Hlth*2001; 55: A31.
- Birley M, Peralta GL. Health impact assessment of development projects. In Vancly F, Bronstein DA, eds. *Environmental and social impact assessment*. Chichester: John Wiley and Sons, 1995
- Birley M. Procedures and methods for health impact assessment. Health impact assessment: report of a methodological seminar. London: Department of Health, 1999http://hiaconnect.edu.au/old/files/HIA_introductory_paper.pdf
- Birley M, Boland A, Davies L, et al. Health and environmental impact assessment. An integrated approach. London: Earthscan Publications Ltd, 1998.
- Breeze CH, Lock K. Health impact assessment as part of strategic environmental assessment. Rome: WHO, Regional Office for Europe, 2001
- Britton A, McPherson K. Mortality in England and Wales attributable to current alcohol consumption. *J EpidemiolCommun Hlth*2001; 55: 383–388
- Cole, B.L., R. Shimkhada, J.E. Fielding, G. Kominski, and H. Morgenstern. 2005. Methodologies for realizing the potential of health impact assessment. *Am. J. Prev. Med.* 28(4):382-389 <https://pdfs.semanticscholar.org/6ce2/89920de1b95373cbdf72a57ca561ea362a80.pdf>.
- Commission of the European Communities. Report from the commission to the council, the European parliament and the economic and social committee on the integration of health protection in community policies. (COM (95) 196 final of 29 May 1995.) Brussels: CEC, 1995
- Curran M. (2000) Life cycle assessment: An international experience. *Environmental Progress & Sustainable Energy*. American Society of Chemical Engineering (AIChE), New York, NY, 19(2):65-71, https://cfpub.epa.gov/si/si_public_record_Report.cfm?dirEntryID=64890
- Deville A, Harding R. Applying the precautionary principle. Sydney: The Federation Press, 1997
- Ewan C, Young A, Bryant E, Calvert D. National framework for environmental and health impact assessment. Canberra, Commonwealth of Australia: National Health and Medical Research Council, 1993
- Eyles JD. Health, environmental assessments and population health: tools for a complex process. *Can J Publ Hlth*1999; 90: S31–S34
- Fehr R, Kobusch A-B, Protoschill-Krebs G, Serwe H-j. Environmental health impact assessment (EHIA): new 10-step model applied to waste disposal and highway planning. Presented at the 8th Annual Conference of International Society of Environmental Epidemiology, Edmonton, Alberta, Canada, 1996

- Fehr R. Environmental health impact assessment: evaluation of a tenstep model. *Epidemiology*1999; 10: 618–625
- Gorman D, Douglas M, Conway L. Health impact assessment of the City of Edinburgh Council's urban transport strategy. Glasgow: SNAP, 2000
- Great Britain: Department of the Environment. Policy appraisal and the environment. London: HMSO, 1992
- Hajioff S, Sheridan L, Samson-Barry H, Mindell J, Atkinson S. The use of health impact assessment as a tool to integrate policy. Oral presentation at the 4th UK health impact assessment conference, Liverpool, 16–17 October 2001
- Hertz-Picciotto I. Epidemiology and quantitative risk assessment: a bridge from science to policy. *Am J Publ Hlth*1995; 85:484–491.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615131/>
- Hyder AA, Rotllant G, Morrow RH. 1998. Measuring the burden of disease: Healthy life-years. *American Journal of Public Health* 88: 196–202
- International Burden of Disease Network. Report of the foundation meeting in Atlanta, Georgia, USA, 24–26 February 1998. Liverpool: IBDN, 1998
- Interorganizational Committee on Guidelines and Principles. Guidelines and principles for social impact assessment. *Impact Assessment*1994; 12: 107–152<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07349165.1994.9725857?needAccess=true>
- Ison E. Rapid appraisal tool for health impact assessment in the context of participatory stakeholder workshops. Commissioned by the Directors of Public Health of Berkshire, Buckinghamshire, Northamptonshire and Oxfordshire. London: Faculty of Public Health Medicine, 2002.http://www.fphm.org.uk/policy_and_consultations/Faculty_Policy_HTML_documents/Rapid_appraisal_toolkit
- Joffe M, Sutcliffe J. Developing policies for a healthy environment. *Hlth Prom Int*1997; 12: 169–173https://watermark.silverchair.com/12-2-169.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAiLwggleBgkqhkiG9w0BBwagggIPMIICCwIBADCCAgQGCSqGSib3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQM9n9SkkT7NQslCGf7AgEQgIIB1T1da3GiTVCRNpa_Dtz3gUlyzVywyvgqmmTREtpNUh6-DvBr7x6Nbpjw1qhzhr663zTbIXMYyratmHv9DdxvVstLbmwp1QTVb9j8l_A7IRiGtWUcvUWAgBPbQDhW891Edg8cQM4dV5Y3RaOX9-j_sHrjwCEE1xC2N96E1U9rqZFXCrK___IWRaJ98mTe-I25zrNGhsAx3aKLLMdggzOmIVx2zeM4muKNfW9y8UC5lqOQ1zPV4-3nXSuZg_1jfpB0TI55xSYDzICmJ3R278tJRUDgB1IyeSFFAkrUnvOGWavRyDRSRkRXJKEhvIX34dKSJMbhr6MNXoiOrTJsNM81qMdr2JgXfkeYBb45f1YT-naddQIV1pXsLa-P8rpl33KxGxDeFIFF6PNWbEUfYhjSQSojOIRIsOhQlqB7CVdyKCXsxFC1Yrbr5aK4dZUzrcJDChlbcsQmP1XgUV1FOI2o7vaENSQyVCE6SL67u7DMITTtUcjbv4l8g4ij6acR-w8s61GQQzJ_uF89OlzHRoDlzf9WxHhrkbY1BOquLiQUYqhmb1_8h1s7pXvD-yH5oI_fvHR_zVBvsuxcFdx5NFj823_Szws2mJcbr3278N7qxOwnrfsGpSVI
- Joffe M, Mindell J. A framework for the evidence base to support health impact assessment. *J EpidemiolCommun Hlth*2002; 56: 132–138
- Kemm JR. Can health impact assessment fulfill the expectations it raises? *Public Health* 2000;114:431–3.http://www.precaution.org/lib/06/can_hia_fulfill_expectations.001101.pdf
- Kemm, J. (2001). Health Impact Assessment: a tool for healthy public policy. *Health Promotion International* 16(1): 79-85 <https://academic.oup.com/heapro/article/16/1/79/615011>
- Kemm, J. (2007). More than a statement of the crushingly obvious: A critical guide to HIA. West Midlands Public Health Observatory. Disponibil la:

<http://healthimpactassessment.pbworks.com/f/Critical+guide+to+HIA+more+than+a+statement+of+the+crushingly+obvious+-+WMPHO+England+-+2008.pdf>

- Lerer LB, Yach D, Lopez A, Kjellstrom T. 1998. Health-for-all: From vision to strategy – the role of health status and determinants. *World Health Statistical Quarterly* 51: 7–20 https://www.researchgate.net/publication/12350540_The_evidence-based_approach_in_health_policy_and_health
- Manderson L, Aaby P. 1992. An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research. *Social Science and Medicine* 35: 839–850 https://www.researchgate.net/publication/21743399_An_Epidemic_in_the_Field_Rapid_Assessment_Procedures_and_Health_Research
- McKeown T. The role of medicine. Oxford: Basil Blackwell, 1979 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447153/>
- Mindell J, Sheridan L, Joffe M, et al. Health impact assessment as an agent of policy change: improving the health impacts of the Mayor of London's draft transport strategy. Oral presentation at the 4th UK health impact assessment conference, Liverpool, 16–17 October 2001 https://www.researchgate.net/publication/6316275_Health_impact_assessment_as_an_agent_of_policy_change_Improving_the_health_impacts_of_the_mayor_of_London's_draft_transport_strategy
- National Environmental Policy Act, 1.1.1970, 42 USC 4321; 40 CFR 1500.1 (1970) <https://www.law.cornell.edu/cfr/text/40/1500.1>
- NRC (National Research Council and Committee on the Institutional Means for Assessment of Risks to Public Health). Risk assessment in the federal government: managing the process. Washington, DC: National Academic Press, 1983. Citat de Samet JM. Risk assessment and air pollution. In Holgate ST, Samet JM, Koren HS, Maynard RL, eds. Air pollution and health. London: Academic Press, 1999: 881–897 <https://www.nap.edu/read/366/chapter/1>
- NRC (National Research Council). 2011. Improving Health in the United States: The Role of Health Impact Assessment. Washington, D.C.: The National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83546/>
- Regional Office for Europe. Environmental health impact assessment. Report on a WHO Seminar. Euro Reports and Studies. Copenhagen: World Health Organization, 1979 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/334673/enhancing-HIA-Czech-Republic.pdf
- Sadler B, Brooke C. Strategic environmental appraisal – report of the international seminar, Lincoln, 27–29 May 1998. London: DETR, 1998 https://www.researchgate.net/profile/Barry_Sadler/publication/237337463_Strategic_Environmental_Assessment_Institutional_Arrangements_Practical_Experience_and_Future_Directions/links/541211930cf2fa878ad39657/Strategic-Environmental-Assessment-Institutional-Arrangements-Practical-Experience-and-Future-Directions.pdf
- Samet JM. Risk assessment and air pollution. In Holgate ST, Samet JM, Koren HS, Maynard RL, eds. Air pollution and health. London: Academic Press, 1999: 881–897
- Scott-Samuel, A., Birley, M., and Ardern, K. The Merseyside Guidelines for health impact assessment. 2nd edition. 2001. Liverpool. International Health Impact Assessment Consortium. http://www.precaution.org/lib/06/mersey_hia_guide_2nd_edn.010601.pdf
- Scudder T. 1993. Monitoring a large-scale resettlement programs with repeated household interviews. In Kumar K, Editor. *Rapid Appraisal Methods*. Regional and Sectoral Studies. Washington D.C.: The World Bank <http://documents.worldbank.org/curated/en/888741468740959563/pdf/multi0page.pdf>

- Sheridan L, Mindell J, Hajioff S, et al. The London process of rapid appraisal for assessing the health impacts of draft mayoral strategies. Oral presentation at the 4th UK health impact assessment conference, Liverpool, 16–17 October 2001.http://hiaconnect.edu.au/old/reports/HIA_London_Mayoral_Statement_on_Biodiversity.pdf
- Shore RE. Epidemiological data in risk assessment – imperfect but valuable. *Am J Publ Hlth* 2002; 85: 474–476 <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.85.4.474>
- Smith GS. 1989. Development of rapid epidemiologic assessment methods to evaluate health status and delivery of health services. *International Journal of Epidemiology* 18: S2–S15 <http://apps.who.int/iris/handle/10665/126920>
- Staatsen B, Franssen E, Lebrecht E. Health impact assessment Schiphol airport. Executive summary. Bilthoven, Netherlands: RIVM, 1994. https://www.researchgate.net/publication/27452876_Health_Impact_Assessment_Schiphol_airport_Overview_of_results_until_1999
- Steve George. Teaching Epidemiology: a guide for teachers in epidemiology, public health and clinical medicine, second edition. Jorn Olsen, Rodolfo Saracci and Dimitrios Trichopoulos (eds). December 2002. *Journal of Public Health* 24(4) p. 241. DOI: 10.1093/pubmed/24.4.345. disponibil la : <https://books.google.ro/books?id=5Ly6BwAAQBAJ&pg=PA241&lpg=PA241&dq=HIA+USA+epidemiological+proof+ignoring&source=bl&ots=Xm0ylZsuWB&sig=zcpLCMzjSa2rmT9PZ5uv541kg1k&hl=ro&sa=X&ved=2ahUKEwjV8IKjldrcAhXB-qQKH7nAcYQ6AEwCHoECAEQAAQ#v=onepage&q=HIA%20USA%20epidemiological%20proof%20ignoring&f=false>
- Therivel R, Wilson E, Thomson S, Heaney D, Pritchard D. Strategic environmental assessment. London: Earthscan Publications Ltd, 1992. https://www.researchgate.net/publication/231981039_Strategic_Environmental_Assessment_in_Action
- Thomson H, Petticrew M, Douglas M. Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence. *J Epidemiol Commun Hlth* 2003; 57: 11–16 <http://jech.bmjjournals.com/cgi/content/full/57/1/11>
- Tomlinson P. Directive on the assessment of the environmental effects of certain plans and programmes. *SEA and Transport Planning* 2000; 2–3. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM%3A2017%3A234%3AFIN>
- UNEP (United Nations Environment Programme). Consultative expert group meeting on Environmental Impact Assessment. Environmental Economics Series, Paper No. 7. New York: United Nations, 1993 <https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/12715/GreenEconomyinaBlueWorld%20FullReport.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Walter U, Machtoff M. Status quo analysis of the topic health as far as the practice of environmental impact assessment in North Rhine Westphalia is concerned. Oral presentation at the scientific meeting on Health Impact Assessment of transportation – the regional perspective, 17–18 May 1999, Bielefeld, Germany https://jech.bmj.com/lookup/google-scholar?link_type=googlescholar&gs_type=article
- WHO (World Health Organization), Europe and Centre for Environmental Management and Planning (CEMP). Environmental and Health Impact Assessment of Development Projects. London: Elsevier Applied Science, 1992 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/190537/e96852-final.pdf

- WHO. (World Health Organization)1997b. Report on a Conference on Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the 21st Century, 20–23 April 1997, Halifax, Nova Scotia, Canada [online], World Health Organization and the Canadian Public Health Association.http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63657/WHO_PPE_PAC_97.6.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO (World Health Organization). 1996. Investing in Health Research and Development- Report of the WHO Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Geneva: World Health Organization<http://apps.who.int/iris/handle/10665/63024>
- World Bank. 1993. *World Development Report: Investing In Health*. New York: Oxford University Press for the World Bankhttps://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/5976/9780195208900_fm.pdf
- World Bank. Environmental Assessment Sourcebook. vols. I-III. Environment Department. Washington DC: World Bank Technical Paper Nos. 139,140, și 154, 1991<http://documents.worldbank.org/curated/en/415971468137388990/Environmental-assessment-sourcebook-volume-2-sectoral-guidelines>

Capitolul VI. Comunicare si echitate în HIA

6.1. Strategia de comunicare a HIA

O HIA poate fi utilizată pentru a îmbunătăți comunicarea dintre departamentele locale de sănătate și factorii de decizie ai comunității, permițând acestora din urmă să ia în considerare modele îmbunătățite care să favorizeze promovarea sănătății sau să minimizeze efectele adverse asupra sănătății. De exemplu, o HIA a unui aeroport propus în Marea Britanie s-a concentrat pe zgomot, poluarea aerului, congestia traficului și ocuparea forței de muncă la nivel local și a dus la schimbări de promovare a sănătății în planurile dezvoltatorului (Azizși colab., 2004). Dezvoltarea HIA în ultimii ani a crescut în parte din evaluările impactului social și asupra mediului al proiectelor mari (Kemmsi colab., 2004). Evaluările impactului asupra mediului (EIA) se concentrează pe calitatea aerului și a apei și pe alte consecințe ale propunerilor asupra mediului, cu o atenție redusă asupra impactului asupra sănătății (Cole și colab., 2004). Atât HIA și cât EIA promovează răspunderea publică pentru consecințele deciziilor care afectează comunitățile; dar acestea diferă în ceea ce privește impactul analizat și procesul de punere în aplicare.

6.1.1. Participarea părților interesate

Procesele HIA în multe țări includ participarea activă a părților interesate (United Nations Economic Commission for Europe., 1998: Dietz, 2003). Avantajele acestei participări includ promovarea echității sociale și a justiției de mediu⁴⁸, prin identificarea problemelor relevante la nivel local, îmbunătățirea transparenței procesului de luare a deciziilor, furnizarea de informații pentru estimarea sau atenuarea impacturilor și facilitarea emancipării comunității. Participanții locali pot, de asemenea, contribui la promovarea recomandărilor privind HIA decidenților.

Potrivit metodologiei UrHIA (Dreaves și colab., 2015), participarea părților interesate organizaționale și comunitare (persoane cu interese de orice natură în rezultatul HIA, de exemplu, susținătorii, personalul de sănătate publică, planificatorii) și informatorii-cheie (personae având cunoștințe relevante despre comunitățile afectate, precum experți, asistenți comunitari, comercianți) caracterizează toate formele de HIA, altele decât HIA de tip desktop. Acest lucru necesită resurse și abilități pentru aplicarea metodelor calitative adecvate de cercetare, după cum sa convenit în scopul HIA. Este importantă câștigarea încrederii și a susținerii celor care pot fi cel mai afectați de politică sau de proiect.

Participanții comunitari pot fi indivizi sau reprezentanți ai organizațiilor, cum ar fi furnizorii de servicii, asociațiile de afaceri sau de cartier sau grupurile de susținere. Participarea semnificativă la luarea deciziilor poate fi dificilă pentru persoanele cu resurse economice sau politice limitate (Wright și colab., 2005). Persoanele care desfășoară HIA au nevoie de abilități precum sensibilitate culturală, ascultare responsabilă și respectul față de experiența comunității. Acestea ar trebui să se asigure că participanții comunității înțeleg obiectivele procesului și rolurile acestora. Aceste roluri ar putea varia de la furnizarea unor contribuții pentru a fi luate în considerare până la votarea deciziei. Nivelul participării comunității poate fi influențat de importanța problemei, domeniul de aplicare al evaluării și disponibilitatea

⁴⁸US Environmental Protection Agency. Environmental Justice Web site.
<http://www.epa.gov/compliance/environmentaljustice>

timpului și a resurselor. Este posibil ca factorii de decizie să fie nevoiți să judece semnificația informațiilor furnizate de participanții din comunitate.

Scopul abordărilor participative și calitative este de a strânge dovezi din experiența, cunoștințele, opiniile și percepțiile populațiilor afectate de politică sau proiect. Acest lucru poate oferi o descriere detaliată a factorilor determinanți pentru sănătate afectată, o înțelegere despre modul în care populațiile afectate gândesc acest impact în termenii rezultatelor pentru sănătate, o contribuție la prioritizarea impacturilor și o perspectivă asupra inegalităților din sănătate și asupra echității în sănătate.

Metodele de cercetare calitativă, cum ar fi, anchetele telefonice, exercițiile Delphi și interviurile semistructurate sunt adesea folosite în HIA, în funcție de sfera lucrării. Eșantionarea de tip snowball⁴⁹ ("bulgăre de zăpadă") sunt adesea folosite pentru a stabili o hartă a părților interesate adecvate, din care pot fi extrași reprezentanți și membri ai comunității.

Eșantionarea reprezentativă nu este esențială în HIA, dar trebuie făcute eforturi în acest sens și trebuie evidențiate în raportul complet. Există dovezi din literatura de specialitate cu privire la utilitatea metodelor online și adecvarea lor pentru anumite grupuri de populație (de exemplu, grupuri de vârstă mai înaintată) care ar trebui să fie luate în considerare la etapa de scoping. Utilizarea mijloacelor de comunicare socială ca mijloc de colectare a dovezilor în cercetarea științifică este dezbătută în prezent și nu este încă utilizată pe scară largă în HIA.

Consimțământul trebuie consemnat fie în format audio sau în format scris, fie într-o înregistrare a răspunsurilor anonime. Pentru a demonstra deschiderea și transparența, toate răspunsurile ar trebui publicate ca anexe într-un raport complet al HIA, în limba utilizată de părțile interesate

În mod ideal, invitațiile ar trebui să fie transmise cu cel puțin trei săptămâni înainte de eveniment părților interesate. Fiecare persoană care ar putea fi afectată de politică sau proiect ar trebui să aibă șanse egale de participare. Ar trebui să se țină seama de accesibilitatea și oportunitatea jurisdicțiilor și tehnicilor, precum și de capacitatea de participare a persoanelor. În etapa de scoping a HIA, ar trebui luate în considerare și abordate problemele de potențial acces pentru persoanele cu dificultăți de învățare, persoanele cu handicap și persoanele în vârstă, părinții cu copii și persoanele cu venituri reduse sau fixe, prin consultarea prealabilă cu persoanele afectate.

Instrumentele (de exemplu, tabelele / matricile) pentru a nota în mod sistematic dovezile furnizate de părțile interesate ar trebui să fie proiectate pe baza unei examinări preliminare, a unei analize politice și a unei activități de profilare a comunității. Acest lucru va ajuta analiza tematică a dovezilor colectate.

În urma analizei tematică, este o bună practică să se redea constatările inițiale (de exemplu, într-un atelier de construire a consensului sau prin buletine de știri) către părțile interesate, iar rezultatele / recomandările HIA să le fie distribuite.

Unii practicieni cred că HIA este incompletă fără contribuția părților interesate din comunitate. Pentru o HIA a unei politici care afectează o populație mare, participarea extensivă este

⁴⁹În cercetarea sociologică și statistică, eșantionarea de tip snowball (sau eșantionarea în lanț) este o tehnică de non-probabilitate în care subiecții de studiu recrutează subiecți viitori dintre cunoscuții lor. Astfel, se spune că grupul de probe se dezvoltă ca un bulgăre de zăpadă. Pe măsură ce eșantionul se acumulează, sunt strânse suficiente date pentru a fi utile pentru cercetare. Această tehnică de eșantionare este adesea folosită pentru populațiile ascunse.

deseori adecvată, implicând un consiliu consultativ care include părțile interesate și este împuternicit cu supravegherea și comunicarea constatărilor sale. În cazul în care HIA se face în regim de urgență, implicarea comunității în proces este limitată sau nu se face deloc (Parry J, Wright, 2003). Literatura existentă privind implicarea comunității în HIA descrie diverse abordări și impactul acestora în diverse situații (Wright și colab., 2005; Abelson și colab., 2003).

6.1.2. Timpul și guvernanta procesului HIA

Momentul realizării HIA afectează probabilitatea de a influența factorii de decizie. O HIA la începutul procesului de luare a deciziilor permite o mai mare implicare și atragere a factorilor de decizie și a părților interesate (Parry și Stevens, 2001). Timpul disponibil influențează profunzimea și amplitudinea HIA. În această revizuire, termenul HIA se referă la un proces prospectiv. Opiniile sunt împărțite asupra faptului dacă evaluările concurență și retrospectivă ale proiectelor și politicilor ar trebui să fie considerate HIA (Mindell și colab., 2003). Ca și în cazul proceselor de evaluare, activitățile nonprospectiv pot influența un factor de decizie să modifice un proiect numai după începerea proiectului.

Practicanții HIA și factorii de decizie ar trebui să colaboreze pe parcursul procesului de evaluare. HIA pot fi folosite pentru a educa funcționarii din sănătate cu privire la constrângerile de planificare și pe planificatori cu privire la efectele deciziilor asupra sănătății (¹Regeneration and Planning Task Group of the Health of Londoners, 2004).

Implicarea strânsă alături de factorii de decizie, care pot sprijini sau se pot opune unei propuneri, ar putea compromite independența HIA. Pentru a contribui la menținerea credibilității, factorii de decizie și evaluatorii impactului asupra sănătății ar trebui să aibă un acord scris care să definească domeniul de aplicare, guvernanta, produsele, utilizarea și diseminarea HIA. Integritatea procesului HIA este îmbunătățită prin aderarea la valorile transparenței, democrației, echității, sustenabilității și utilizării etice a dovezilor descrise în orientările de la Gothenburg (World Health Organization Regional Office for Europe, 1999) și Merseyside (Scott-Samuel și colab., 2001).

6.1.3. Instruirea părților implicate

6.1.3.1. Instruirea profesioniștilor din domeniul sănătății publice

Formarea profesioniștilor în domeniul sănătății publice este necesară pentru a construi capacitatea de a efectua evaluări de impact. Pentru a influența factorii de decizie, profesioniștii HIA trebuie să fie credibili și competenți. Un curriculum de formare trebuie să includă abilități de înțelegere a procesului HIA, identificarea părților interesate, analizarea politicilor, identificarea și cuantificarea impactului asupra sănătății, comunicarea rezultatelor și înțelegerea planificării utilizării terenurilor și transportului (Malizia, 2005). Deși oficialitățile din domeniul sănătății publice posedă deja multe dintre aceste competențe, HIA necesită formare și educare continuă a echipelor multidisciplinare, inclusiv alți oficiali publici, planificatori, persoanele calificate în științe sociale, epidemiologi, economiști și specialiști în domeniul sănătății mediului. Instruirea părților interesate din comunitate pentru a oferi informații este, de asemenea, utilă.

Pentru a construi capacități, ar trebui dezvoltate oportunități de formare, cum ar fi școli /cursuri de sănătate publică, ateliere și module de învățământ la distanță (Université Laval, 2018).

Diferite materiale de instruire HIA și studii de caz sunt disponibile online⁵⁰⁵¹⁵²⁵³. Materialele europene de instruire existente pot fi adaptate pentru a fi utilizate în România. Pe măsură ce cererea crește, dezvoltarea cursurilor de "instruire a formatorului" ar fi valoroasă (Mindell și Boltong, 2005). Un proces de certificare pentru practicienii HIA ar trebui luat în considerare, similar cu cel al profesioniștilor din domeniul protecției mediului⁵⁴.

6.1.3.2. Instruirea planificatorilor și a factorilor de decizie

Planificatorii și factorii de decizie ar fi mai probabil să solicite și să utilizeze procesele HIA dacă sunt instruiți să înțeleagă valoarea lor. Materialele de instruire existente, cum ar fi manualul University of Birmingham⁵⁵ și altele pe site-ul web HIA Gateway⁵⁶, acoperă în mare măsură metodele de bază ale HIA și ar putea fi revizuite pentru a le încorpora într-o metodologie națională. Seminariile HIA, instructajele, cursurile scurte, studiile de caz și cunoștințele primare ar putea fi oferite de organizațiile de planificare națională, de sănătate publică și de mediu.

Formarea HIA pentru planificatori și factori de decizie ar trebui să fie interdisciplinară, bazată pe probleme și nu excesiv de tehnică. Au fost create programe comune de formare în care profesioniștii din domeniul sănătății, planificatorii, factorii de decizie și participanții publici interesați ar putea învăța împreună. Familiaritatea cu elementele de bază ale HIA ar fi sporită dacă ar fi predate în mod obișnuit în toate școlile de planificare și de sănătate publică. Sunt necesare eforturi suplimentare pentru a dezvolta stimulente pentru realizarea HIA, astfel încât planificatorii, factorii de decizie și comunitățile vor solicita informații privind impactul asupra sănătății, ca parte a proceselor de luare a deciziilor. De exemplu, valoarea HIA pentru îmbunătățirea proceselor de luare a deciziilor trebuie să fie mai bine documentată.

6.1.4. Comunicarea constatărilor unui studiu HIA

Pentru a avea un impact, constatările HIA trebuie comunicate decidenților care solicită informații concise și sintetizate prezentate într-o manieră convingătoare. Alte audiențe interesate includ membri ai comunității, organizații de advocacy, jurnaliști și profesioniști din domeniul sănătății publice. În plus față de rezultatele studiului, un raport HIA în ar trebui să comunice scopurile, rațiunea și validitatea metodelor HIA în general.

Rapoartele HIA trebuie să se bazeze pe analize cantitative și calitative. Standardele de consens pentru dovezi ar sprijini legitimitatea HIA (Mindell și colab., 2004). Pentru factorii de decizie politică și părțile interesate din comunitate, un raport non-tehnic al HIA ar trebui să includă fundalul de bază, metode, constatări privind impactul asupra sănătății și recomandări.

⁵⁰National Institute for Health and Clinical Excellence. Health Impact Assessment Gateway. <https://www.evidence.nhs.uk/Search?q=Health+Impact+Assessment+Gateway>

⁵¹University of Liverpool. International Health Impact Assessment Consortium. Learning <https://www.liverpool.ac.uk/engage/archive-events/core,events/core,events/archive/2010-2011/hia/>

⁵²London Health Observatory. HIA training courses. <http://www.lho.org.uk/HIA/HIA1DayPage1.aspx>.

⁵³World Health Organization *Intersectoral Decision-Making Skills in Support of Health Impact Assessment of Development Projects*. Geneva, Switzerland; 2000. http://www.who.int/water_sanitation_health/resources/wsh0009low.pdf

⁵⁴The Academy of Board Certified Environmental Professionals Web site.: <http://www.abcep.org>

⁵⁵University of Birmingham. Health Impact Assessment Research Unit. *A Training Manual for Health Impact Assessment*. Birmingham, England: University of Birmingham <http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/PublicHealth/research/centers/Irpc/Documents/Online%20Training%20Planning%20for%20Healthy%20Places%20with%20Health%20Impact%20Assessments.pdf>

⁵⁶National Institute for Health and Clinical Excellence. Health Impact Assessment Gateway. <https://www.evidence.nhs.uk/Search?q=Health+Impact+Assessment+Gateway>

Pentru publicul instruit tehnic, raportul ar trebui să includă un rezumat, scopul impactului asupra sănătății luat în considerare, un cadru logic care să prezinte posibile legături între propunere și efectele asupra sănătății (Cole și colab., 2005), o revizuire a literaturii, metode analitice și ipoteze, analize de sensibilitate pentru rezultate cantitative, discuții despre incertitudini analitice, opinii discrepante, compromisuri, aspecte legate de echitatea în sănătate și recomandări pentru modificarea propunerilor pentru a maximiza impactul pozitiv și pentru a minimiza impactul negativ asupra sănătății. Elaborarea ghidurilor pentru formatul rapoartelor HIA ar îmbunătăți comunicarea cu publicul larg și ar facilita evaluarea analizelor HIA (Parry și Kemm, 2005).

6.2. Echitate

Evaluările de impact asupra sănătății (HIA) oferă o oportunitate de avansare a echității, însă practicienii se luptă adesea cu modul în care pot comunica eficient și strategic despre această valoare de bază a HIA. O abordare eficientă a comunicării, inclusiv elaborarea unui plan concret pentru conținutul și prezentarea raportului HIA și a altor materiale, este esențială pentru a asigura că HIA pot avea un impact asupra politicilor și pot sprijini schimbarea.

Echitatea este una dintre valorile fundamentale ale evaluării impactului asupra sănătății (HIA). Mulți practicanți HIA se angajează în efortul de a aborda diferențele injuste și evitabile în factorii importanți pentru sănătate între grupurile de populație. Există multe argumente morale, economice și de sănătate convingătoare pentru prioritizarea și integrarea echității în practica HIA.

Evaluarea impactului asupra sănătății axată pe evaluarea echității urmărește:

- să se preocupe de echitate și de reducerea inegalităților în sănătate în planificare și politicile în care în prezent nu este luată în considerare,
- să ofere o abordare flexibilă, dar structurată, pentru identificarea și determinarea în mod obișnuit și consecvent a posibilelor impacturi ale politicilor și practicilor asupra diferitelor grupuri de populație și
- să ofere un mijloc de a adăuga dovezi privind inegalitățile și consecințele inechității în procesul de luare a deciziilor la toate nivelurile de guvernare.

Există două motive principale pentru care este necesară EFHIA⁵⁷.

1. Consolidarea proceselor și a abordărilor HIA actuale

Echitatea a fost identificată ca un principiu și / sau scop central în aplicarea mai largă a HIA. Cu toate acestea, în prezent nu există o cale de rutină pentru examinarea și identificarea efectelor diferențiate asupra sănătății sau pentru a evalua dacă aceste impacturi diferențiale sunt inechitabile. EFHIA încearcă să ofere o astfel de abordare și / sau să deschidă discuția cu privire la cel mai bun mod de a realiza acest lucru.

2. În mod propriu, EFHIA permite factorilor politici să se concentreze în mod specific asupra nevoilor diferite ale grupurilor de populație

Frecvent, grupurile țintă pentru o propunere sunt lăsate intenționat nelămurite, intenția exprimându-se că această abordare va lărgi rețeaua și va include mai mulți oameni. Există o acceptare generală că aceasta este o abordare sensibilă în ceea ce privește elaborarea politicilor, planificarea și / sau dezvoltarea programelor. Această abordare generalizată poate

⁵⁷Equity Focused Health Impact Assessment

totuși să conducă la excluderea acelor persoane / grupuri de populație care ar beneficia probabil cel mai mult din politică sau serviciu - ceea ce va avea ca rezultat un impact neașteptat și neprevăzut asupra sănătății asupra anumitor grupuri de populație. De exemplu, atunci când folosim termenul "focusare pe echitate" nu înseamnă egalitate pentru toți, ci că ar trebui să se pună la dispoziția grupurilor celor mai vulnerabile și dezavantajate din societate resurse mai mari și mai multe servicii sau să fie luate în considerare aspecte legate de redistribuire. EFHIA oferă o abordare structurată pentru a lua în considerare impactul potențial diferențiat al propunerii sau al practicii existente și / sau al modului în care aceasta ar putea sau în prezent dezavantajează anumite grupuri. Aceste informații pot ajuta factorii de decizie să vizeze resursele pentru a reduce inegalitățile.

6.2.1. Principiile care stau la baza EFHIA

Există un consens general că cele patru valori de bază care stau la baza utilizării HIA în procesul de luare a deciziilor sunt:

- *Democrația*: dreptul oamenilor de a participa la un proces transparent de formulare, implementare și evaluare a politicilor care le afectează viața, atât direct, cât și prin intermediul factorilor de decizie politică;
- *Echitate*: HIA nu că este interesată numai de impactul agregat al politicii evaluate asupra sănătății populației, dar și de distribuția impactului în cadrul populației, în funcție de sex, vârstă, origine etnică și statut socio-economic;
- *Dezvoltarea durabilă*: subliniind că se iau în considerare atât impacturile pe termen scurt, cât și pe termen lung, precum și pe cele mai puțin directe; și
- *Utilizarea etică a dovezilor*: accentuând faptul că utilizarea probelor cantitative și calitative trebuie să fie riguroasă și bazată pe diferite discipline și metodologii științifice pentru a obține o evaluare cât mai completă posibil a impactului preconizat (Lehto și Ritsatakis 1999).

În plus față de acestea, EFHIA se bazează pe următoarele principii generale care sunt importante pentru considerente de echitate:

- sănătatea și boala reprezintă consecința condițiilor sociale, de mediu, politice, economice, precum și a celor biologice, iar inegalitățile decurg din distribuția inegală a factorilor determinanți ai sănătății;
- din punct de vedere social și echitabil, toate politicile, programele și proiectele trebuie să caute să fie corecte prin scopurile și rezultatele lor,
- multe inechități și inegalități în sănătate sunt în mare măsură evitabile,
- factorii de decizie ar trebui să fie responsabili față de comunitățile pe care le deservesc și sunt necesare acțiuni pentru a include participarea publicului în acest proces și
- experiențele individuale servesc drept reprezentări valide ale experiențelor trăite și astfel, ar trebui considerate o formă de dovadă și să fie luate în considerare de factorii de decizie. (Barnes și Cooke, 2001)

6.2.2. Componentele cadrului EFHIA

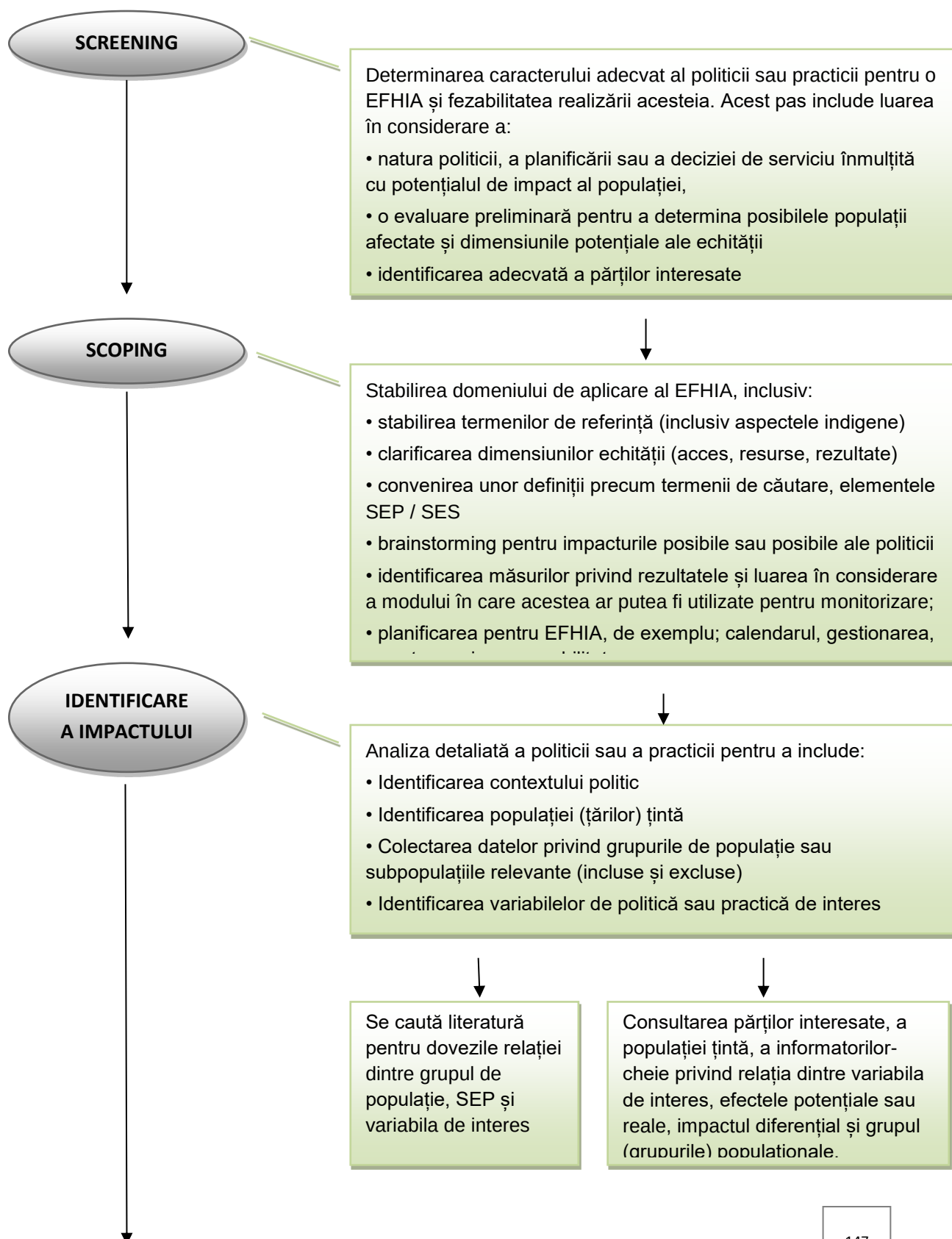
Echitatea focusată asupra HIA urmează cele șase etape general acceptate ale HIA.

Pentru a efectua o EFHIA, trebuie să: se examineze (screening), să se stabilească scopul (scoping), să se identifice impactul și să evalueze aceste judecăți pe baza considerentelor de

echitate, să se dezvolte recomandări și să se evalueze și să aplice în mod activ un accent pe echitate pentru fiecare etapă.

Următoarea diagramă prezintă pașii și componentele cadrului EFHIA

Equity Focused Health Impact Assessment Framework, the Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA).



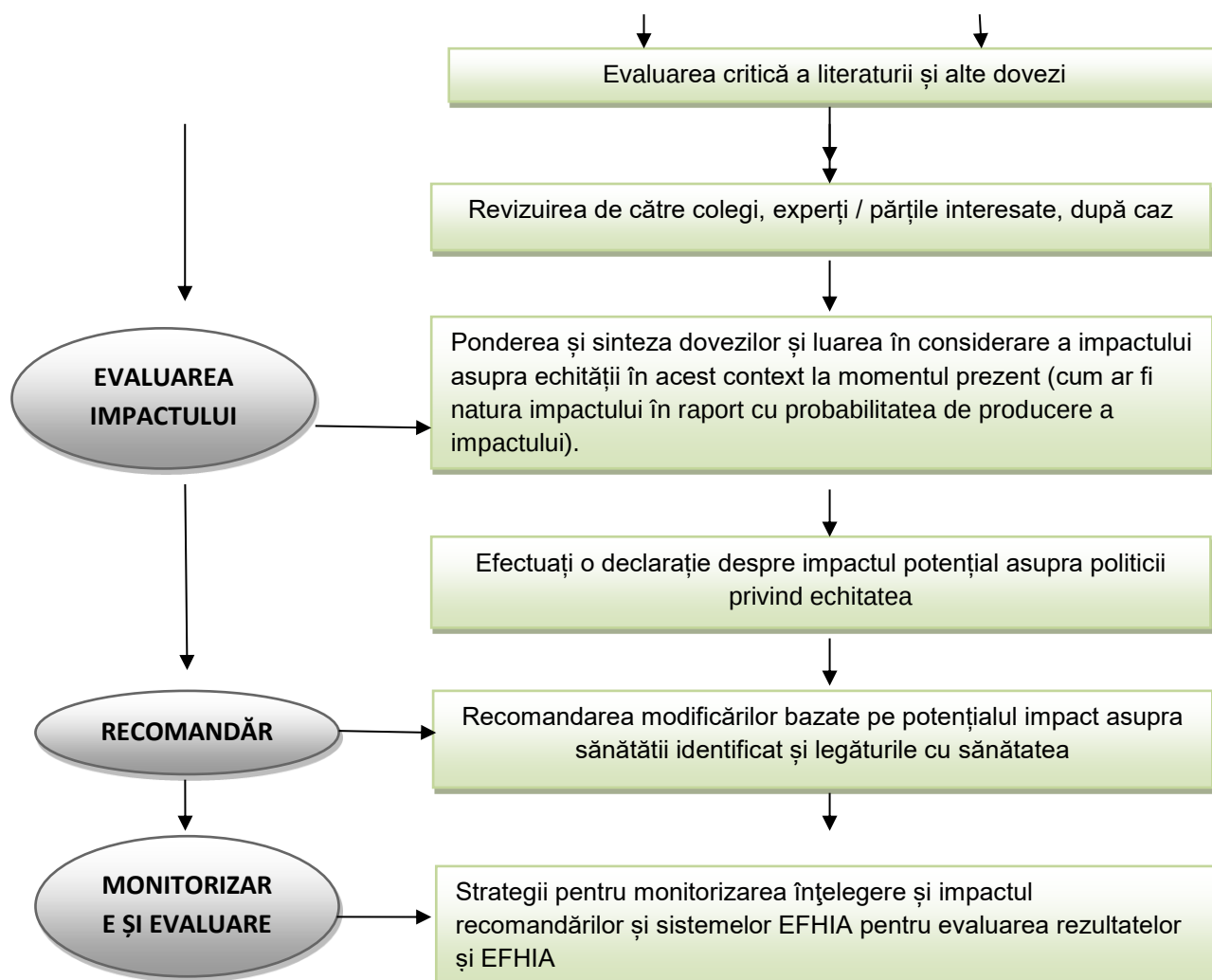


Figura 50 - Cadrul EFHIA (dupa Mahoney și colab., 2004)

Dacă trebuie aplicată unei politici sau unei practici existente, EFHIA ar trebui să fie încadrată ca și cum ar fi o propunere pentru acțiuni viitoare.

6.2.3. Instrumente pentru măsurarea (metrica) echității în HIA

Practicanții și evaluatorii HIA au constatat că multe dintre HIA ar putea fi îmbunătățite prin abordări mai precise și mai amănunțite a impactului asupra echității (Harris-Roxas și colab., 2004) și au căutat să remedieze acest lucru prin noi instrumente (Harris-Roxas și colab., 2011) și îndrumări (Heller și colab., 2013). Nu este disponibil un set de metrice clare pentru evaluarea gradului în care un HIA a încorporat cu succes în echitatea, deși astfel de indicatori ar ghida practicienii și evaluatorii HIA, precum și susținătorii echității, să promoveze luarea în considerare a echității în practică.

Grupul de Lucru pentru Echitate al SOPHIA a colaborat într-un proces de consens pentru a dezvolta acest set de metrici privind procesele și rezultatele legate de promovarea echității prin HIA.

Această metrică furnizează mai multe detalii în Standardele de Practică HIA privind încorporarea echității în practica HIA (North American HIA Practice Standards Working Group, 2010)

Valorile au fost organizate în patru rezultate asociate cu echitatea:

1. Procesul HIA și produsele se concentrează pe echitate.
2. Procesul HIA crează capacitatea și abilitatea comunităților care se confruntă cu inegalități în de a se implica în viitoarele HIA și în luarea deciziilor în general.
3. HIA a condus la o schimbare a puterii în beneficiul comunităților care se confruntă cu inegalități.
4. HIA a contribuit la schimbările care au redus inechitățile și inechitățile în sănătate în determinanții sociali și de mediu ai sănătății. Cele două rezultate finale pot fi obținute din realizarea cu succes a rezultatelor 1 și 2.

Unii autori⁵⁸ transmit ipotezele teoretice conform cărora distribuția inegală a puterii, în toate formele sale, este principala sursă de inechitate și că emanciparea comunității poate avea un impact susținut asupra acestei distribuții a puterii. Abilitarea comunității abordează acești factori sociali, politici, economici și de mediu care stau la baza inegalităților în materie de sănătate și de sănătate. Emanciparea implică mai mult decât participarea comunităților, ci mai degrabă asumarea de către comunitate a proceselor, planificării și acțiunilor care încearcă să schimbe factorii determinanți ai sănătății. Se presupune că oamenii sunt valorile, iar un rol al practicianului HIA este de a facilita un proces HIA care conduce la emanciparea comunității. Emanciparea comunităților ca o abordare a promovării echității are succes atunci când acțiunile sunt susținute și coordonate pentru a realiza redistribuirea puterii. Realizarea HIA având echitatea ca scop explicit poate emancipa comunitățile care se confruntă cu inegalități și contribuie la reforma instituțională, la schimbarea sistemelor și la redistribuirea puterii în procesul de luare a deciziilor.

6.2.3.1. Utilizarea instrumentelor pentru măsurarea echității în HIA – metrici de echitate HIA

Acest instrument poate fi utilizat într-o varietate de moduri, în funcție de obiectivele, timpul și alte resurse ale utilizatorului. Pentru o evaluare completă și exactă a gradului în care HIA a încorporat cu succes echitatea, va fi necesară o analiză atentă a tuturor măsurătorilor și a numeroaselor surse de date (inclusiv revizuirea documentelor și interviurile cu alte părți interesate).

Exemple de alte metode care pot fi folosite pot include:

- Un practician HIA ar putea folosi întregul set de valori ca un exercițiu auto-reflexiv, printr-o abordare mai scurtă, cu o analiză limitată sau a lua în considerare analiza surselor suplimentare de date.

⁵⁸http://grassrootspolicy.org/wp-content/uploads/2018/05/GPP_34FacesOfPower.pdf

- Practicanții HIA ar putea compara mai multe HIA-uri folosind un subset al metricilor pentru a evalua modul în care aceste HIA-uri au abordat aspecte specifice ale echității.
- Părțile interesate de HIA ar putea evalua o HIA împreună ca grup, utilizând metricile ca întrebări de discuție.
- At the start of an HIA, practitioners could use the tool to aid in planning their approach to addressing equity.
- Decidenții politici ar putea utiliza un subset de metrici ca repere în legislația referitoare la HIA și HiAP.

Pentru fiecare metric, un practician sau un evaluator poate acorda un scor pentru HIA la o scară definită, în care un scor mai mare indică o încorporare mai reușită a echității. O măsură (Metrica 2.a) este măsurată pe o scară mai largă (de la 0 la 6, nu de la 0 la 2), reflectând diversitatea modurilor în care părțile interesate pot fi angajate în mod semnificativ în fiecare etapă a HIA (Stakeholder Participation Working Group, 2011), care este parte integrantă a realizării echității în practica HIA.

Acest sistem de notare poate fi utilizat pentru a compara HIA-urile (de exemplu, o HIA completat anterior de către un practician poate fi măsurată față de una mai recentă), cu scopul de a îmbunătăți practica, deoarece se referă la echitate. Acesta poate fi, de asemenea, utilizat pentru a identifica zonele de îmbunătățire a abordării unui practician sau pentru a planifica în mod intenționat includerea echității în procesul și în rezultatele HIA. Scorul total al unui HIA unic nu are nicio valoare pe cont propriu; scorurile sunt destinate doar pentru a fi utilizate în sine.

Multe dintre acești metrici pot fi evaluați imediat după finalizarea unei HIA și luarea deciziilor cu privire la această problemă, bazată pe HIA. Cu toate acestea, este probabil ca analiza ultimelor valori să necesite timp suplimentar; de exemplu, schimbările de putere sau reducerile inechităților pot evolua de-a lungul timpului. În plus, ultimul metric - îmbunătățirea rezultatelor pentru sănătate ca rezultat al HIA - este aspirațională, având în vedere că multe boli sunt multifactoriale și că legăturile dintre HIA, schimbarea politicilor și dintre rezultatele în domeniul sănătății ar fi dificil de validat.

Recomandările practicienilor HIA pentru promovarea echității (Goff și colab., 2016):

- Construiți relații cu grupuri care lucrează la probleme care duc la inechități.
- Depuneți eforturi în încercarea de obține date dezagregate sau alocați timp și bani pentru a vă colecta propriile date care vor include diferențe rasiale și socio-economice.
- Fiți umili și răspundeți pozitiv criticilor atunci când nu faceți o treabă destul de bună.
- Includeți cercetarea și cunoașterea pagubelor istorice care au rezultat din sistemele pe care le-am creat colectiv.
- Nu vă fie frică să începeți conversația cu agențiile și factorii de decizie cu privire la modul în care sistemele existente influențează echitatea.
- Construiți parteneriate cu persoane care sunt bune la strategie (organizatori comunitari, avocați).

Bibliografie

- Aziz MIA, Radford J, McCabe J. The Finningley Airport HIA: a case study. In: Kemm J, Parry J, Palmer S, eds. *Health Impact Assessment*. Oxford, England: Oxford University Press; 2004:285–297.
- Kemm J, Parry J. The development of HIA. In: Kemm J, Parry J, Palmer S, eds. *Health Impact Assessment*. Oxford, England: Oxford University Press; 2004:15–23.
- Cole BL, Wilhelm M, Long PV, Fielding JE, Kominski G, Morgenstern HJ Prospects for health impact assessment in the United States: new and improved environmental impactassessment or something different? *Health Polit Policy Law*. 2004 Dec; 29(6):1153-86
- United Nations Economic Commission for Europe. Aarhus Convention. Convention on Access to Information, Public Participation in Decision-Making and Access to Justice in Environmental Matters. Aarhus, Denmark, 25 June 1998.: <http://ec.europa.eu/environment/aarhus/index.htm>
- ¹Dietz T. What is a good decision? Criteria for environmental decision making. *Hum Ecology Rev*. 2003;10(1): 33–39 http://www.academia.edu/2847331/What_is_a_good_decision_Criteria_for_environmental_decision_making
- Dreaves H, Pennington A, Scott-Samuel A (2015) Urban Health Impact Assessment methodology (UrHIA). Liverpool: IMPACT, University of Liverpool. www.healthimpactassessment.co.uk
- Wright J, Parry J, Mathers J. Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values. *Bull World Health Organ*. 2005;83:58–63 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623465/>
- Parry J, Wright J. Community participation in health impact assessments: intuitively appealing but practically difficult. *Bull World Health Organ*. 2003;81:388 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572470/pdf/12894318.pdf>
- Wright J, Parry J, Mathers J. Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values. *Bull World Health Organ*. 2005;83:58–63. <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/1/58.pdf>
- Parry J, Wright J. Community participation in health impact assessments: intuitively appealing but practically difficult. *Bull World Health Organ*. 2003;81:388. Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/6/en/parry.pdf>.
- Abelson J, Forrest PG, Eyles J, Smith P, Martin E, Gauvin FP. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Soc Sci Med*. 2003;57:239–251 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765705>
- Parry J, Stevens A. Prospective health impact assessment: pitfalls, problems, and possible ways forward. *BMJ*. 2001;323:1177–1182. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121649/>

- Mindell J, Ison E, Joffe M. A glossary for health impact assessment. *J Epidemiol Commun Health*. 2003;57:647–651
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732576/>
- Regeneration and Planning Task Group of the Health of Londoners Project. *A Guide to Health and Health Services for Town Planners in London*. London, England: East London and the City Health Authority; 2004
http://publichealthwell.ie/node/27078?source=relatedblock&content=resource&member=6744&catalogue=none&collection=none&tokens_complete=true
- World Health Organization Regional Office for Europe *Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approach*. Brussels, Belgium: European Centre for Health Policy; 1999. Gothenburg Consensus Paper.
http://www.impactsante.ch/pdf/HIA_Gothenburg_consensus_paper_1999
- Scott-Samuel A, Birley M, Arden K. *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*. 2nd ed. Liverpool, England: International Health Impact Assessment Consortium; 2001
http://www.precaution.org/lib/06/mersey_hia_guide_2nd_edn.010601.pdf
- Malizia EE. City and regional planning: a primer for public health officials. *Am J Health Promot*. 2005;19(5 suppl): 1–13
<https://pdfs.semanticscholar.org/0668/4a9b01e65043b1e305ee98f9f76534c5c889.pdf>
- Université Laval, Faculté de médecine. Health Impact Assessment online training module.
http://evaluationeducation.ca/wp-content/uploads/2018/07/Inventory_Full_Canadian_Graduate_Evaluation_Education_July-2018.pdf
- Mindell J, Boltong A. Supporting health impact assessment in practice. *Public Health*. 2005;119:246–252. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15733683>
- Mindell J, Boaz A, Joffe M, Curtis S, Birley M. Enhancing the evidence base for health impact assessment. *J Epidemiol Commun Health*. 2004;58:546–551. Available at: <http://jech.bmjournals.com/cgi/reprint/58/7/546.pdf>.
- Cole BL, Shimkhada R, Fielding JE, Kominski G, Morgenstern H. Methodologies for realizing the potential of health impact assessment. *Am J Prev Med*. 2005;28:382–389
<https://pdfs.semanticscholar.org/6ce2/89920de1b95373cbdf72a57ca561ea362a80.pdf>
- Parry JM, Kemm J. Criteria for use in the evaluation of health impact assessments. *Public Health*. 2005;119:1122–1129
<https://pdfs.semanticscholar.org/6f93/fe2ed84aa077cfbde5457ba21be5cd5db5af.pdf>
- Lehto, J. & Ritsatakis, A. (1999). *Gothenburg consensus paper: Health Impact Assessment Main concepts and suggested approach*. Brussels: European Centre for Health Policy, World Health
- Organisation Regional Office for Europe

- ¹Barnes, R. Cooke, A. Ellis D. Gee, N. & James, S. (2001). *Health Impact Assessment of Regeneration Programmes Part 3: Toolkit for rapid HIA*. London Borough of Hammersmith and Fulham.

<https://www.healthyurbandevelopment.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/HUDU-Rapid-HIA-Tool-Jan-2013-Final.pdf>
- Mahoney M., Simpson S., Harris E., Aldrich R., Stewart Williams J. (2004) *Equity Focused Health Impact Assessment Framework*, the Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA).
- Harris-Roxas B, Simpson S, and Harris E. (2004). Equity Focused Health Impact Assessment: A literature review. Sydney: CHETRE on behalf of the Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment.:
http://www.healthimpactproject.org/resources/document/Harris-Roxas_B_2004_Equity_Focused_HIA.pdf
- Harris-Roxas, BF, Harris PJ, and Kemp LA. (2011). A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan: An Australian case study and impact evaluation. *Int J Equity Health*. 10:6
<https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1475-9276-10-6>
- Heller J, Malekafzali S, Todman L, and Wier M. (2013). Promoting Equity Through the Practice of Health Impact Assessment.
<https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Community-Health/HIA-Promoting-Equity.pdf>
- North American HIA Practice Standards Working Group (Bhatia R, Branscomb J, Farhang L, Lee M, Orenstein M, Richardson M). Minimum Elements and Practice Standards for Health Impact Assessment, Version 2. North American HIA Practice Standards Working Group. Oakland, CA: November 2010
- Stakeholder Participation Working Group of the 2010 HIA in the Americas Workshop. (2011). Best Practices for Stakeholder Participation in Health Impact Assessment. Oakland, CA. Available at:
<http://www.healthimpactproject.org/resources/document/Guide-for-Stakeholder-Participation.pdf>.
- Goff G, Givens M, Heller J, Yuen T, Bourcier E, Gould S. (2016) Promoting Equity through Health Impact Assessment: Evaluating Three Case Studies Using the Equity Metrics Human Impact Partners and the SOPHIA Equity Working Group

Capitolul VII. Contextul din Romania

7.1. Strategii și politici care contin elemente de HIA si domeniile in care sunt integrate

Întrucât strategia HIA a fost colateral menționată în Programul de guvernare (2017-2020)⁵⁹, în politicile generale de sănătate, obiectivul revizuirii a fost să furnizeze un model executiv pentru punerea în aplicare a HIA în mod eficient la nivel național în România.

Instrumentul cheie de planificare pe termen mediu în sectorul sănătății este Strategia Națională în Domeniul Sănătății (Ministerul Sănătății, 2014) care se axează pe: sănătatea publică, serviciile de sănătate și măsurile la nivelul întregului sistem, stabilind obiective-cheie pentru fiecare. Punerea în aplicare a strategiei este una dintre condițiile de accesare a noilor finanțări UE. În prezent se depun eforturi pentru a face strategia operațională, inclusiv prin elaborarea unor planuri specifice pentru prioritățile de prevenire (European Commission, 2017). Un cadru de monitorizare va facilita implementarea (Ministerul Sănătății, 2016)

Dincolo de activitatea de cercetare recunoscută formal, la nivelul sistemului de sănătate există nevoi multiple de evaluare a stării de sănătate, a riscurilor pentru sănătate (prevalență, tendințe), a eficacității și eficienței intervențiilor în domeniul sănătății (de exemplu a programelor naționale de sănătate), cât și a serviciilor de sănătate (consum necesar, consum realizat, calitate, impact asupra stării de sănătate etc) (Ministerul Sănătății, 2014).

Strategia de Sănătate 2020 și Obiectivele de Dezvoltare Durabile furnizează o bază solidă pentru întreprinderea de activități intersectoriale, în vederea abordării unor astfel de factori determinanți, acordând o atenție deosebită inegalităților în materie de sănătate, bunăstării și calității vieții, precum și durabilității pe termen lung. O viziune de ansamblu asupra sănătății și factorilor determinanți ai acesteia este, prin urmare, esențială. Este, de asemenea, necesar să se implementeze abordări și metode de analiză a efectelor complexe asupra sănătății și a impactului în domeniul mediului, precum și pentru a oferi consiliere politică realistă, bazată pe dovezi, guvernelor și agențiilor executive.

7.2. Evaluarea impactului asupra mediului

România utilizează analiza impactului de reglementare (RIA) asupra tuturor proiectelor legislative care urmează să fie aprobate de Guvern. RIA ia în considerare impacturile potențiale sau reale (atât pozitive cât și negative) ale unei măsuri cu caracter normativ în termenii celor trei piloni ai dezvoltării durabile, și anume economic, social și de mediu (ANAF, 1990). Deși RIA acoperă în principiu și impactul asupra mediului, în practică, se pare că aceste impacturi sunt de obicei prezentate doar calitativ și nu în profunzime și nu există un control al calității (UNECE, 2012).

România a aliniat pe deplin evaluarea strategică de mediu pentru planuri și programe (SEA) și evaluarea impactului asupra mediului pentru proiecte (EIA). În Uniunea Europeană,

⁵⁹ Prevede constituirea unui Grup Interministerial care va cuprinde specialiști care să evalueze impactul asupra sănătății cetățenilor și asupra sănătății publice a politicilor din alte domenii: educație, mediu, economie, transporturi, etc, în vederea instituirii principiului „Sănătatea populației în toate politicile”.

evaluările impactului asupra mediului întemeiate pe o directivă a Consiliului European⁶⁰ care acoperă autostrăzile, liniile de tren, aeroporturile, uzinele industriale, instalațiile de depozitare a deșeurilor și multe alte proiecte de dezvoltare. Transpunerea directivei EIA revizuite reprezenta o oportunitate de a raționaliza cadrul de reglementare privind evaluările de mediu și de a spori calitatea evaluărilor de impact efectuate.

Evaluarea impactului asupra mediului este un concept pe care România l-a asimilat și l-a dezvoltat încă din anii '90 odată cu publicarea Legii nr. 137/1995 privind protecția mediului. În baza acestei legi s-a dezvoltat legislație subsecventă în anii 1996 și 1997 care a permis structurilor de protecție a mediului înființate cam în aceeași perioadă să solicite evaluarea impactului asupra mediului pentru reglementarea activităților noi. Evaluarea impactului asupra mediului se aplică acelor proiecte publice și private care pot avea efecte semnificative asupra mediului.

Transpunerea directivelor europene în legislația națională a statelor membre reprezintă o obligație pe care România a îndeplinit-o și cu privire la Directiva 85/337/EEC privind evaluarea efectelor anumitor proiecte publice și private asupra mediului (denumită Directiva EIA). Modificările ulterioare ale acestei directive au condus de fiecare dată la modificarea legislației naționale de transpunere și de implementare.

În anul 2009 Guvernul României a emis Hotărârea nr. 445/2009 privind evaluarea impactului anumitor proiecte publice și private asupra mediului, pentru a transpune prevederile Directivei Consiliului 85/337/CEE din 27 iunie 1985 privind evaluarea efectelor anumitor proiecte publice și private asupra mediului, modificată și completată prin Directiva Consiliului 97/11/CE din 3 martie 1997 și Directiva 2003/35/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 26 mai 2003 de instituire a participării publicului la elaborarea anumitor planuri și programe privind mediul și de modificare a directivelor Consiliului 85/337/CEE și 96/61/CE în ceea ce privește participarea publicului și accesul la justiție.

Hotărârea Guvernului nr. 445/2009 privind evaluarea impactului anumitor proiecte publice și private asupra mediului a fost modificată și completată prin Hotărârea Guvernului nr. 17/2012 pentru a pune de acord legislația României cu noile prevederi ale Directivei 2009/31/EC privind stocarea geologică a dioxidului de carbon, care adăugă pe lista proiectelor supuse evaluării impactului asupra mediului și proiectele referitoare la transportul, capturarea și stocarea CO₂.

Având în vedere că Directiva 85/337/CEE a fost modificată de mai multe ori și în mod substantial, s-a hotărât la nivelul UE, din motive de claritate și de raționalizare, să se codifice directiva menționată. Astfel, în 2011, a apărut varianta codificată a directivei – Directiva 2011/92/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 13 decembrie 2011, care a armonizat principiile evaluării impactului proiectelor asupra mediului prin introducerea de cerințe minime, în ceea ce privește tipul de proiecte evaluate, principalele obligații ale inițiatorilor proiectelor, conținutul evaluării și participarea autorităților competente și a publicului. Varianta codificată, respectiv Directiva 2011/92/UE, reprezintă versiunea unită/consolidată a tuturor modificărilor introduse prin Directivele 97/11/CE și 2003/35/CE a căror transpunere a fost asigurată prin H.G. nr. 445/2009.

⁶⁰ DIRECTIVA CONSILIULUI din 27 iunie 1985 privind evaluarea efectelor anumitor proiecte publice și private asupra mediului (85/337/CEE). Official J. of the Europ. Communities No. L 175140, 5 July 1985

Cu toate acestea, ulterior, au fost necesare alte modificări ale Directivei EIA pentru a se asigura îmbunătățirea protecției mediului, utilizarea eficientă și durabilă a resurselor, protejarea biodiversității, combaterea schimbărilor climatice și a riscurilor de accidente sau catastrofe, creșterea eficienței resurselor și sprijinirea unei creșteri durabile în Uniunea Europeană. Toate acestea sunt elemente importante în procesul de evaluare și în cel decizional. Astfel, în anul 2014, Parlamentul European și Consiliul Uniunii Europene au adoptat Directiva 2014/52/UE din 16 aprilie 2014, de modificare a Directivei 2011/92/UE privind evaluarea efectelor anumitor proiecte publice și private asupra mediului, publicată în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, seria L, nr. 124 din 25 aprilie 2014. Ca urmare, Directiva 2014/52/UE privind evaluarea efectelor anumitor proiecte publice și private asupra mediului a devenit noua Directivă EIA.

Această nouă modificare impusă prin Directiva 2014/52/UE asigură următoarele:

- consolidează calitatea procedurii de evaluare a impactului asupra mediului;
- aliniază procedura respectivă la principiile reglementării inteligente și
- îmbunătățește coerența cu alte dispoziții juridice din dreptul Uniunii și cu alte politici ale Uniunii, precum și cu strategiile și politicile elaborate de statele membre în domenii de competență națională

Procedura de evaluare a impactului asupra mediului (EIA) constă în:

- parcurgerea etapelor ce au ca obiect stabilirea necesității supunerii unui proiect evaluării impactului asupra mediului;
- evaluarea impactului asupra mediului;
- consultarea publicului și a autorităților publice cu responsabilități în domeniul protecției mediului;
- luarea în considerare a raportului evaluării impactului asupra mediului și a rezultatelor acestor consultări în procesul decizional;
- luarea deciziei de emiterere/respingere a acordului de mediu;
- asigurarea informării asupra deciziei luate.
- acordul de mediu își păstrează valabilitatea pe toată perioada punerii în aplicare a proiectului.

În cazul în care intervin elemente noi, necunoscute la data emiterii acordului de mediu sau se modifică condițiile care au stat la baza emiterii, autoritatea competentă decide, după caz, pe baza notificării titularului, menținerea acordului de mediu sau necesitatea revizuirii acestuia, informând titularul cu privire la această decizie.

Până la adoptarea unei decizii de către autoritatea competentă, este interzisă realizarea proiectului care ar rezulta în urma modificărilor care fac obiectul notificării.

Procedura de reglementare și competențele de emiterie a acordului de mediu sunt prevăzute în HG nr. 445/2009 și OM nr. 135/2010.

Etapetele procedurale ce trebuie parcurse în vederea evaluării adecvate sunt stabilite conform OM nr. 19/2010 pentru aprobarea Ghidului metodologic privind evaluarea adecvată a efectelor potențiale ale planurilor sau proiectelor asupra ariilor naturale protejate de interes comunitar.

Autoritatea publica pentru protectia mediului face o localizare a amplasamentului in planul de urbanism corespunzator pentru a verifica pozitia acestuia fata de: reseaua ecologica Natura 2000, arii protejate sau zone tampon, monumente ale naturii sau arheologice, zone cu restrictii de construit.

In functie de aceasta analiza pot apare mai multe situatii:

- Amplasarea proiectului pe un sit aflat in reseaua Natura 2000 indica un potential impact semnificativ
- Daca pozitia proiectului in raport cu celelalte obiective mentionate indica necesitatea aplicarii unor prevederi legale specifice, proiectul va fi identificat ca avand impact redus.
- Atunci cand nu apare nici-una din cele doua situatii anterioare, proiectul este identificat ca avand impact nesemnificativ

Etapele din procedura de reglementare se desfășoară conform Ordinului nr. 863/2002 privind aprobarea ghidurilor metodologice aplicabile etapelor procedurii-cadru de evaluare a impactului asupra mediului. În cazul în care proiectele supuse evaluării impactului asupra mediului au impact transfrontier se aplică prevederile Convenției Espoo ratificată prin Legea nr. 22/2001 pentru ratificarea Convenției privind evaluarea impactului asupra mediului în context transfrontieră adoptată la Espoo la 25 februarie 1991 și procedura de reglementare se desfășoară conform prevederilor Ordinului nr. 864/ 2002 pentru aprobarea Procedurii de evaluare a impactului asupra mediului în context transfrontieră și de participare a publicului la luarea deciziei în cazul proiectelor cu impact transfrontieră.

7.3. Evaluarea impactului asupra sănătății

Ministerul Sănătății asigură finanțarea și derularea, prin structurile sale, a unui program național care are ca și obiectiv principal protejarea sănătății publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc din mediul de viață și muncă. Acesta asigură îndeplinirea obligatiilor ce revin structurilor MS de implementare a regulamentelor și directivelor, privind supravgherea și managementul riscurilor in relatie cu: apa potabila, calitatea apei de imbaiere, calitatea aerului inconjurator, gestionarea deseurilor care rezulta din activitatea medicala, produsele biocide, produsele pentru protectia plantelor. Evaluarea impactului asupra sănătății comunităților și populației în relație cu programe, strategii și politici de sănătate ale tuturor sectoarelor de activitate cu impact asupra determinantilor stării de sănătate a populației reprezintă o modalitate de implementare a principiilor de sănătate publică⁶¹.

7.4. Structuri responsabile și atribuții; niveluri de autoritate/decizie

Informațiile privind sănătatea trebuie sa includa date privind starea de sănătate a populației și mortalitatea în timp, cauzarea problemelor de sănătate, asocierile dintre rezultatele în materie de sănătate și factorii de risc sau de protecție și eficacitatea intervențiilor din domeniul sănătății publice. Cu toate acestea, disponibilitatea informațiilor privind sănătatea nu conduce, în mod inerent, la o utilizare sporită în procesul politic de luare a deciziilor. Diverse instrumente și mecanisme pot contribui la sporirea utilizării informațiilor privind sănătatea în dezvoltarea politicilor, făcând factorii de decizie să aprecieze, să înțeleagă și să includă informațiile privind sănătatea în deciziile politice.

⁶¹Legea Sănătății. Titlul I Sanatatea public. Cap 2 Principii si domenii de interventie ale sanatatii publice. Art. 8 lit.d). M.Of. nr. 372/28 apr. 2006

La nivel interministerial funcționează Consiliul permanent pentru afaceri sociale, sănătate și protecția consumatorului, care subsumează comisii și grupuri de lucru pe diverse teme cu impact asupra sănătății. Atât Consiliul, cât și subcomisiile au numai rol consultativ.

Ministerul Sănătății (MS), care lucrează prin Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) și direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București (DSP), monitorizează impactul factorilor de mediu asupra sănătății umane. Monitorizează calitatea apei potabile, a apei utilizate de producător în produsele alimentare și calitatea apei îmbuteliate. MS urmărește dezvoltarea sistemului de sănătate publică la nivel național, regional și local pentru supravegherea și controlul eficient al bolilor transmisibile și netransmisibile și evaluarea impactului factorilor de mediu asupra sănătății umane⁶².

7.5. Rezultatele cercetării calitative

Deși abordarea sănătății în toate politicile și evaluarea impactului asupra sănătății sunt menționate ca obiective în documente strategice ⁶³ importante, preocuparea pentru transpunerea acestora în practică, prin metodologii care să dovedească angajamentul factorilor de decizie de a proteja sănătatea populației și a asigura echitatea în toate domeniile și deciziile cu impact asupra determinantilor sănătății, este aproape inexistentă. Așa cum se întâmplă și în alte domenii cu conceptele impuse, HiAP și HIA par să fie menționate în documentele de politici publice strict formal, fără intenția de a fi aplicate într-un viitor apropiat.

7.5.1. Metodologie

Pentru a explora opiniile stakeholderilor implicați în structuri și la niveluri diverse din sănătate față de aplicarea HiAP și HIA în diverse domenii cu impact asupra sănătății, am folosit interviurile semistructurate. În perioada septembrie – octombrie 2018 au fost făcute 20 de interviuri față în față sau prin skype cu reprezentanți ai organizațiilor neguvernamentale, asociațiilor de pacienți, mediului academic și autorităților publice.

Durata medie a fiecărui interviu a fost de 45 de minute. Întrebările au fost grupate pe două teme majore: 1. conceptul de sănătate în toate politicile - HiAP, unde am urmărit contextul - opinia despre particularitățile acestei abordări, factori favorizanți și bariere în aplicarea conceptului în România, actorii cheie și structurile necesare și 2. evaluarea impactului asupra sănătății - HIA ca instrument de aplicare a HiAP, unde am urmărit contextul actual, factorii implicați și niveluri de decizie. Înainte de a trece la întrebările legate de HiAP, respective HIA, operatorul a dat definițiile de lucru ale celor două concepte, pentru a fi siguri că persoanele intervievate înțeleg temele de discuție.

S-a lucrat cu următoarele definiții:

Sănătatea în toate politicile (HIAP) este o abordare intersectorială a politicilor publice care ia în considerare în mod sistematic implicațiile deciziilor asupra sănătății în scopul evitării efectelor negative ale acestora asupra sănătății și accesului echitabil la sănătate în rândul populației.

⁶²United Nations Economic Commission for Europe (2012). Environmental Performance Reviews Series No. 37–Romania.Second Review. ECE/CEP/166

⁶³ Strategia Națională de Sănătate 2014 - 2020 și Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României. Orizonturi 2013 – 2020 - 2030

Evaluarea impactului asupra sănătății (HIA) este o procedură de analiză anticipată a efectelor posibile asupra sănătății a unei decizii legate de un proiect, program sau politică, cu o metodologie bine stabilită.

Interviurile au fost înregistrate acolo unde a existat acordul persoanei intervievate. În celelalte situații, pe baza însemnărilor din timpul discuției a fost făcut un rezumat. Înregistrările și notele pentru analiză au fost anonimizate, pentru a păstra confidențialitatea datelor persoanelor intervievate.

7.5.2. Analiza datelor

Deși cele două concepte, HiAP și HIA sunt legate, cel de-al doilea fiind un instrument de aplicare a sănătății în toate politicile, în această secțiune ele vor fi analizate separat.

7.5.2.1. Sănătatea în toate politicile – HiAP

Contextul pentru aplicarea sănătății în toate politicile în România

Deși definiția HiAP a fost menționată la începutul interviurilor pentru a evita nelămuririle, din analiza răspunsurilor primite reiese că termenul este neclar pentru o parte dintre persoanele intervievate, indiferent de structura din care fac parte (autoritate publică, societate civilă). Oportunitatea aplicării HiAP în România este o chestiune privită diferit de persoanele intervievate:

“Concepte de genul asta elaborate de catre institutii internaționale vizeaza intreaga comunitate internaționala. Doar ca situația nu este egală în rândul comunității internaționale. În cazul nostru, cu toate că sună bine și este de dorit, ea este puțin aplicată. Cu alte cuvinte, nu am ajuns încă în stadiul respectiv. Întâi ar trebui să ne implicăm în elaborarea politicilor în domeniul sănătății și pe urmă să ne gândim cum mai multe politici care se fac în educație ar trebui să țină cont și de sănătate.”

Interviu expert, mediul academic.

“Este prevăzută în legislație, de ce nu? (...) Doar că fără o masă critică de specialiști în sănătate publică care să vină cu competența și autoritatea specializării, HiAP nu se face.”

Interviu expert, instituție publică centrală

“Există baza legală pentru a începe să se facă. Acest lucru s-a făcut în alte țări și trebuie să se facă și în România. Problema nu este că nu se poate face, nici că nu e oportun, ci că trebuie să se coaguleze oamenii. Deci trebuie să fie un grup de inițiativă care să miște lucrurile. Nu știu câte strategii au în obiective HiAP. Nu știu dacă nu cumva Strategia de Sănătate Publică are acest obiectiv. Deci trebuie să fie cineva care să se ocupe și să aloce resurse umane în principal și resurse de timp pentru că altfel sunt întrunite condițiile.”

Interviu expert, instituție publică

Caracteristica principală a HiAP, subliniată de aproape toate persoanele intervievate, este intersectorialitatea abordării, care necesită colaborare între instituții și structuri din domenii diferite, inclusiv consultări între societatea civilă și ministere. Numai că această colaborare interinstituțională nu există în România.

„Dacă vorbim despre sănătatea prin prevenție, este un tip de abordare special, în care este necesară colaborarea între o paletă largă de instituții, ceea ce-i foarte greu de făcut în România.”

Interviu expert, ONG.

„(...) problema este că noi nu reușim să convingem autoritățile să capete această deprindere de a se consulta cu toți cei interesați, inclusiv în domeniul sănătății. Ori în condițiile în care noi nu facem treaba asta, să încercăm să dezvoltăm abordarea sănătății în toate domeniile e bine, dar s-ar putea să fie un pic prematur.”

Interviu expert, mediul academic.

„Colaborarea între ministere este foarte greoaie. În general la întâlniri vin oameni din Ministerul Sănătății și Educației, foarte rar din Ministerul Muncii și niciodată din Ministerul Finanțelor.”

Interviu expert, instituție publică

„(...) noi nu avem cutuma lucrului împreună.”

Interviu expert, instituție publică centrală

Din punctul de vedere al persoanelor intervievate, au fost identificate trei soluții la dificultățile de colaborare actuale: a) reglementarea colaborării interministeriale prin hotărâre de guvern, ceea ce înseamnă obligarea tuturor instituțiilor interesate într-o anumită problemă să participe la întâlniri/cosultări și să raporteze pe baza rezultatelor, b) stabilirea obligativității consultărilor cu diverși actori, inclusiv cu reprezentanți ai societății civile, c) dezvoltarea societății civile și profesionalizarea abordării problemelor și politicilor de sănătate de către aceasta.

Temele de interes pentru persoanele intervievate, care sunt pe agenda publică și se pretează unei abordări de tip HiAP, sunt diverse: violența domestică, educația tinerelor mame, înființarea unei structuri pentru protecția pacientului, consumul de alcool, tutun etc. și corespund domeniului de activitate al instituției/organizației sau experienței persoanei intervievate.

„Alcoolul, tutunul, nutriția, activitatea fizică, toți factorii comportamentali au nevoie de abordare intersectorială, de aceea încercăm să facem planuri de acțiune și strategii.”

Interviu expert, instituție publică centrală

„Accesul la servicii de sănătate pentru femei, educația parentală în contextual relației mama-copil, alimentația, urmărirea unui stil de viață sănătos, diminuarea și combaterea consumului de alcool și tutun și sănătatea copilului. ”

Interviu expert, ONG

În general aceste teme trebuie abordate, în opinia persoanelor intervievate, la nivel central. Descentralizarea nu funcționează neapărat în beneficiul populației atunci când este vorba de județe slab dezvoltate, în care lipsesc oportunitățile economice și sociale. Sunt însă și situații în care abordarea locală este mai potrivită. Un exemplu ar fi elaborarea de ghiduri de orientare pentru autoritățile locale, pe baza evaluării nevoilor din comunitate, care să le ajute pe acestea

să aleagă cele mai potrivite abordări pentru o problemă specifică comunității pe care o reprezintă.

„În primul rând trebuie inventariate problemele de sănătate (...) care diferă în funcție de context (...). (...) trebuie să admitem că sunt probleme specifice care necesită soluții specifice. Cred că elaborarea unor ghiduri pentru autoritățile locale ar fi foarte utile pentru a-i orienta pe aceștia în activitatea lor. De exemplu, am un număr mare de nașteri la adolescente. Ce trebuie făcut pentru asta? (...) Autorităților locale trebuie să li se dea instrumente punctuale pentru intervenții. ”

Interviu expert, ONG

Părțile interesate în proces

În opinia persoanelor intervievate, principalele părți interesate în proces sunt instituțiile publice centrale (ministerele), experții care lucrează pe respectiva temă (inclusiv la nivel local), ONGurile, agenții economici și, eventual, mediul academic. Populația a fost amintită doar în calitate de beneficiar final, nu de participant la proces. Agenții economici nu sunt în general văzuți ca parteneri de discuție pe teme de sănătate, desi sunt percepuți ca fiind importanți din perspectiva impactului economic al problemelor medicale. O parte dintre cei intervievați au accentuat importanța profesionalizării ONGurilor și nevoia ca acestea să devină credibile, să aibă expertiză tehnică în probleme de sănătate și analiză de politici pentru a câștiga încrederea ministerelor.

Structuri posibile pentru implementarea HiAP

În opinia experților intervievați, există deja structuri care ar putea fi adaptate și folosite pentru aplicarea HiAP. De exemplu, în cadrul Consiliului interministerial pentru afaceri sociale, sănătate, protecția consumatorului, înființat prin Hotărârea de Guvern nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente, funcționează mai multe comisii pe probleme cu impact asupra sănătății. În plus, sunt structurile prevăzute de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care ar putea fi folosite pentru analiza soluțiilor intersectoriale ale problemelor cu impact asupra sănătății publice. Referitor la aceste structuri însă, părerile sunt împărțite, deoarece rolul lor este consultativ și nu decizional. În plus, fluctuațiile de personal datorate numirilor pe criterii politice afectează construirea expertizei în cadrul unor astfel de structuri și credibilitatea membrilor.

”Totuși, în cazul unor decizii politice majore care trebuie să se bazeze pe studii de impact, cum au fost cele din ultima vreme cu creșterea salariilor, pensiilor etc. nu se poate să nu vină nimeni care să spună că nu sunt fezabile, nu se poate să nu gândești ce efecte vor avea asupra viitorului sau asupra unor domenii. Comitetele interministeriale ar avea rolul să facă o evaluare pe orizontală, deci să spună ce efecte ar avea deciziile politice luate pe verticală, dar având în vedere lucrurile grosiere care s-au întâmplat, am rezerve că aceste comitete au ceva de spus în această problemă. ”

Interviu expert, mediu academic

”Ispita este mare să spui că ne-ar trebui o structură. (...) Structurile existente ar putea să-și schimbe un pic abordarea pentru a integra conceptul asta. S-ar putea să nu funcționeze pentru că inerția structurilor instituționale în România este foarte mare, iar rata de decapitare a

ministrilor este foarte mare. (...) Poate în cadrul fiecărui minister să existe câte un expert pe așa ceva sau o instituție/comisie specializată la care să vină instituțiile care nu-și permit un expert intern – un fel de resursă comună. ”

Interviu expert, ONG

”Atât Legea 95/2006 cât și cea de funcționare a Ministerului Sănătății prevăd care sunt structurile ce se pot înființa pentru a gestiona probleme intersectoriale. În Legea 95 sunt prevăzute grupuri de lucru, sunt prevăzute comisii și subcomisii ale Ministerului Sănătății.”

Interviu expert, instituție publică

Opiniile persoanelor intervievate referitoare la cine ar trebui să coordoneze o astfel de structură pentru aplicarea HiAP au fost diverse: Ministerul Sănătății, Cabinetul primului ministru, Președinția, secretariatul general al Guvernului.

7.5.2.2. Evaluarea de impact asupra sănătății - HIA

Această secțiune a interviului a inclus întrebări mai tehnice decât prima parte, prin urmare rata nonrăspunsurilor a fost mai mare.

Descentralizarea HIA

Întrebările referitoare la posibilitatea descentralizării evaluărilor de impact pe obiective de la nivelul Institutului Național de Sănătate Publică (INSP), care le face în prezent, la nivelul Direcțiilor de Sănătate Publică (DSP) județene au generat răspunsuri variate. Persoanele intervievate sunt de acord că este nevoie de oameni pregătiți să facă acest lucru, și de o structură care să răspundă de evaluările de impact asupra sănătății.

”În primul rând trebuie să fie cineva care le face, aceștia sunt experții, și o structură care ar trebui să răspundă de aceste evaluări. La nivel teoretic analizele de impact trebuie făcute de niște oameni pregătiți în domeniul asta. Deci, dacă ele ar trebui făcute permanent, s-ar justifica pregătirea unor oameni care să se ocupe de chestia asta. Din punctul ăsta de vedere, cred că ar fi utilă existența unui department în cadrul unei instituții care să se ocupe de asta. Și aceștia ar trebui să colaboreze cu experți pentru a adapta evaluarea la contextul specific. Eu i-aș ajuta să obțină și să interpreteze datele pe domeniul meu, deci fiecare pe domeniul lui.”

Interviu expert, instituție publică

În același timp sunt experți care au suspiciuni în privința capacității angajaților din DSPuri (care sunt foarte puțini, uneori 1 – 2 oameni) de a realiza HIA, datorită faptului că specialiștii în sănătate publică sunt din ce în ce mai puțini, iar cei care sunt, au rămas ancorați în cunoștințe și metode învechite. Numai în condițiile în care acestora le va fi furnizată o metodologie clară (care nu trebuie reinventată, ci adaptată la condițiile României), training și suport pe perioada de acomodare din partea INSP, mutarea HIA pe obiective în responsabilitatea DSP ar putea funcționa. De altfel, INSP are în plan o procedură de înregistrare a evaluatorilor independenți ai impactului asupra sănătății pe obiective, pe baza unor criterii care să certifice experiența și expertiza furnizorului.

”Acum există o singură evaluare de impact, fără metodologie. Evaluare de impact a funcționarii obiectivelor, cel mai de jos nivel, nu cel de formulare a politicilor și strategiilor. Pe RIA (regulatory impact assessment) a existat un proiect, al cărui beneficiar a fost SGG și pe

care s-a elaborat și un ghid. Acolo nu se mai întâmplă nimic pentru că nu este instituționalizată. Cea cu funcționarea obiectivelor este instituționalizată. Nu există o metodologie clară pe baza căreia se face evaluarea. (...) Metodologia de evaluare a obiectivelor este cel mai urgent de reglementat. Este ca la mediu. În oglindă. (...) Unele evaluări trebuie descentralizate la nivel local, cum sunt chestiunile de proprietăți.”

Interviu expert, instituție publică centrală

“DSPurile nu au resurse și nu au nici dorința să-și asume responsabilitatea pentru evaluările de mediu. Funcționarii din DSPuri nu vor să muncească în plus, nu știu să facă, se tem că vor fi expuși ca incompetenți și că-și pierde postul. Și colaborarea între structurile teritoriale și centrale ale aceleiași instituții este problematică.”

Interviu expert, ONG

Colectarea datelor

Referitor la nevoia de date suplimentare în general pe sănătate și în particular pentru evaluarea de impact asupra sănătății, opinia împărtășită de mai mulți experți intervievați a fost aceea că este nevoie de un sistem centralizat de colectare a datelor pe perioade îndelungate (efectele asupra sănătății pot apărea după perioade foarte lungi de timp), care să elimine obstacolele actuale legate de comunicarea datelor între instituții din domenii diferite (ex. între mediu și sănătate). În acest sens, metodologia HIA la care s-a făcut referire mai sus oferă inclusiv informații despre tipul de date necesare analizei de impact pentru diverse categorii de obiective.

“ (...) avem nevoie de date de monitorizare de mediu pentru obiectivele mari. Sunt situații în care efectele apar după 20 de ani. În unele situații în care evaluările nu s-au mai făcut până acum, putem lua și modele din alte țări și le putem aplica. Celelalte instituții nu sunt dispuse să ofere date, cooperarea este dificilă. Datele sunt acolo, trebuie doar să le ceri. (...) Trebuie să te gândești care sunt indicatorii de sănătate specifici evenimentului la care te raportezi.”

Interviu expert, instituție publică centrală

“ În toate țările sunt instituții care fac aceste numărători, instrumente statistice. Datele despre sănătate ar trebui adunate în mod sistematic de o singură instituție. Ar trebui să fie longitudinale, pe o perioadă mai mare de timp, astfel încât să surprindă evoluțiile în timp și să fie comparabile. (...) ar trebui să fie o instituție nu neapărat cu profil de sănătate, ci de statistică. La noi e un mare haos. Când se schimbă instituțiile, dispar toate datele. Dacă nu lucrăm sistematizat și nu adunăm date reale – poți să vezi cu alimentația, cu consumurile etc. – pe care ar trebui să le avem pentru sănătate publică.”

Interviu expert, instituție publică

7.5.3. Concluzii

Analiza interviurilor ne oferă o imagine tentativă asupra opiniei experților din structuri diferite (instituții publice centrale și locale, ONGuri, mediul academic) și cu experiențe profesionale atât pe nivelul decizional cât și pe cel operational, asupra aplicabilității conceptului de sănătate în toate politicile în contextul actual din România și a fluidizării evaluărilor de impact pentru obiective, singurul tip de evaluare a impactului asupra sănătății reglementat în prezent.

Cercetarea este utilă pentru că evidențiază potențialele dificultăți și obstacole (mai puțin factorii favorizanți) în aplicarea conceptului HiAP din optica acestor experți, precum și posibillii susținători ai demersului. În ciuda reținerilor legate de aplicarea unor prevederi legale în vigoare și funcționalitatea unor structuri deja existente, majoritatea persoanelor intervievate au considerat că, devreme ce HiAP este prevăzută în două strategii importante – cea de sănătate și cea de dezvoltare durabilă – efortul de a introduce HiAP ca abordare la nivel decizional merită început, folosind structurile interministeriale deja existente. Problema este însă că aceste structuri nu au capacitate decizională (au doar rol consultativ) și în acest caz și în condițiile existenței expertizei tehnice a membrilor în domeniul sănătății publice, introducerea analizei sistematice a impactului proiectelor de politici/planuri/strategii și, mai departe, a proiectelor/propunerilor de acte normative poate rămâne un ideal.

Referitor la descentralizarea aplicării HIA pe obiective de la nivelul INSP la DSPuri, temerile majore ale experților intervievați sunt legate de subdimensionarea personalului DSPurilor județene, de lipsa de experiență a acestuia și de frica de asumare a responsabilității. În condițiile în care aceste aspecte sunt remediate și un cadru și metodologie clare de evaluare sunt furnizate, atunci procesul poate începe. Elaborarea metodologiei de HIA pe obiective este prioritară, în condițiile în care aceasta din urmă este reglementată, de ci trebuie să se facă, dar nu există instrucțiuni despre cum se face.

Bibliografie

Agenția Națională a Funcționarilor Publici (ANAF). Ghid de evaluare a impactului reglementării. Implementarea Reformei Serviciului Public în România. EuropeAid/121990/D/SV/RO

European Commision. State of Health in the EU Romania Country Health Profile 2017 <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264283534-en.pdf?expires=1531665456&id=id&accname=guest&checksum=691133F58EA2EA03EBF9DDB21DB8A098>

Ministerul Sănătății (2016) Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 “Sănătate pentru prosperitate”. Raport anual privind stadiul implementării 2015: <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/09/Raport-Implementare-SNS-2015.pdf> ,

Ministerul Sănătății. Strategia Națională de Sănătate 2014-2020. p.64

UNECE, 2012. Environmental Performance Reviews – Romania. http://www.unece.org/fileadmin/DAM/env/epr/epr_studies/Romania_II.pdf [citată în Environmental Implementation Report – Romania]

Capitolul VIII. Concluzii și recomandări

8.1. Concluziile revizuirii literaturii

- ✓ În ultimele decenii, evaluarea impactului asupra sănătății (HIA) a fost discutată în întreaga lume ca fiind un instrument important pentru dezvoltarea politicilor în sănătate. HIA este un instrument utilizat în țări din întreaga lume pentru a evalua și raporta impactul negativ și pozitiv al proiectelor, programelor și politicilor asupra sănătății.
- ✓ Cu toate acestea, chiar dacă este pus în aplicare pe scară mai largă, nu este clar modul în care HIA va fi integrat în procesul de elaborare a politicilor. Sănătatea nu este singurul considerent în elaborarea politicilor, iar deciziile finale vor ține cont de o serie de alte probleme.
- ✓ Există diferențe în implementarea și instituționalizarea HIA în diferite țări și regiuni
- ✓ Atunci când HIA este efectuat independent are un impact mai mare, dar este inclus în strategiile naționale de implementare, fiind de multe ori voluntar
- ✓ HIA devine obligatoriu în situația în care este integrat în EIA sau SIA, prin reglementare la nivel național, dar rezultatele din HIA sunt privite secundar celor din studiul EIA
- ✓ Indiferent de abordarea HIA, este esențial ca rezultatele și concluziile studiilor existente să devină accesibile publicului; prin aceasta se vor crea oportunități pentru dezvoltarea de metodologii noi sau îmbunătățirea celor existente
- ✓ Revizuirea diferitelor experiențe ar putea fi de mare interes pentru implementarea HIA în România
- ✓ Evaluarea eficacității HIA este importantă pentru identificarea celor mai bune practici, demonstrarea valorilor HIA, influențarea deciziilor, îmbunătățirea calității, facilitarea formării profesionale, consolidarea relațiilor instituționale, creșterea gradului de conștientizare pentru factorii de decizie și examinarea aderării proceselor la valorile fundamentale.
- ✓ Expertiza, metodele și cunoștințele despre HIA există în România, dar aplicarea lor este limitată de lipsa unui suport legislativ specific și a ghidurilor.
- ✓ Metodologiile de evaluare a impactului se aplică la nivelul UE și al statelor membre. Prima directivă europeană privind evaluarea impactului asupra mediului (EIA) a fost adoptată în 1985. Există, de asemenea, experiență în ceea ce privește evaluarea impactului social, evaluarea sustenabilității și evaluarea impactului integrat.
- ✓ Statutul voluntar al HIA în cadrul UE este în contrast cu cel al EIA și al evaluării strategice de mediu (SEA), care au un temei legal
- ✓ Consolidarea procesului HIA la nivel internațional (OMS, UE) și integrarea abordărilor HiAP contribuie la consolidarea HIA în România.
- ✓ Deși protecția sănătății este definită în legislația EIA, în practică la nivel european s-au realizat puține progrese privind integrarea considerentelor de sănătate în proces, fiind fie complet absente, fie limitate la aspecte tehnice precum nivelurile de poluanți. Proprietatea asupra proceselor EIA, SEA sau a altor procese de evaluare a impactului de către agențiile care nu au responsabilități directe în domeniul sănătății populației este considerată un obstacol în calea integrării eficiente a problemelor legate de sănătate.
- ✓ Au fost dezvoltate diferite abordări, influențate de metodele HIA din afara Europei (precum celor din SUA). Astfel de instrumente (toolkituri) HIA sunt disponibile pe scară largă pe internet și prezintă multe asemănări metodologice.

- ✓ a doua abordare, EHIA, se axează pe perspectiva mai limitată referitoare la sănătatea mediului. Exemple pot fi găsite în Polonia, Ungaria, Lituania, Republica Cehă, Slovacia și Estonia, aplicându-se EHIA pentru proiecte precum poluarea aerului și gestionarea deșeurilor.
- ✓ În timp ce unele țări au folosit abordarea EHIA mai limitată, cea mai comună abordare a HIA din prezent este cea care se bazează pe determinantii generali pentru sănătate
- ✓ Au fost acumulate suficiente experiențe în Europa, Canada și în alte părți pentru a demonstra că HIA poate fi un instrument util pentru un avans al obiectivelor de sănătate public
- ✓ Cu toate acestea, chiar dacă s-a luat o decizie de instituționalizare a HIA, lipsa resurselor umane rămâne o constrângere importantă în multe state membre
- ✓ În multe state membre ale UE rămân obstacole considerabile în calea implementării unor abordări intersectoriale, cum ar fi HIA, printre care: identificarea celor mai adecvate metode care trebuie utilizate, instituționalizarea procesului, dezvoltarea mecanismelor de participare intersectorială.
- ✓ În România, studiile HIA se efectuează ca urmare a solicitării de un factor de decizie sau a unei comunități, ca parte a EIA. Ghiduri privind includerea sănătății în evaluările de mediu sunt disponibile de la Banca Mondială și din alte surse

8.2. Recomandări ca urmare a revizuirii literaturii

1. *Întărirea capacităților interne:* prin alocarea resurselor, integrarea HIA în toate procesele de luare a deciziilor
2. *Initiative juridice pentru instituționalizarea HIA* prin intermediul unor prevederi specifice prin care se va defini HIA, se vor stabil responsabilitati si se va organiza la nivel national procedura HIA.
3. *Furnizarea unui program de instruire pentru profesioniști în evaluarea HIA*
4. *Elaborarea unor metodologii unitare pentru elaborarea studiilor HIA*
5. *Crearea unui registru al studiilor HIA* - pentru a contribui la gasirea celor mai bune practici și a orientari pentru cazuri similare
6. *Crearea unei baze de date pentru HIA*

Sistemele de informare geografică și sistemele de supraveghere ale stării de sănătate a populației sunt utile pentru multe HIA.

.

ANEXA 1

Ghid de interviu care poate fi folosit ca bază pentru discuții și luarea deciziilor de către persoanele care punctează HIA cu ajutorul metricilor de echitate

Rezultatul 1: Procesul și produsul HIA se concentrează pe echitate			
Metrica 1.a	Propunerea analizată în HIA a fost identificată și / sau relevantă pentru comunitățile care se confruntă cu inegalități	Scala de măsurare 0 = Nu 1 = Propunerea identificată de către practicianul HIA ca fiind relevantă pentru comunitățile care se confruntă cu inegalități 2 = Propunerea este prioritizată de comunitățile care se confruntă cu inegalități ca fiind importantă pentru sănătatea lor	Comentarii _____ _____
	Colectarea datelor Interviuri cu practicanții HIA și participanții la comunitate, precum și raportul HIA	Intrebări de interviu Pentru practicienii HIA și participanții din comunitate: • Cine a fost implicat în identificarea propunerii analizate în HIA? - Au fost membrii comunității afectați de propunerea implicată în identificarea acestui subiect ca potențial HIA? - Dacă nu, comunitatea a avut motive de îngrijorare cu privire la chestiunile care au fost relevante pentru această propunere? - Dacă nu, cum a fost aceasta HIA relevantă pentru comunitățile care se confruntă cu inegalități? Cum a fost determinată aceasta? • A fost această propunere de interes pentru practicantul HIA și nu lipsită de interes sau irelevantă pentru comunitate? • A fost efectuată o analiză pentru a înțelege modul în care decizia analizată pentru această HIA se încadrează în contextul mai amplu de elaborare a politicilor și cum ar putea fi utilizată HIA pentru a promova mai bine echitatea? • Procesul și produsele HIA reflectă o înțelegere a puterii, politicii și contextului istoric al deciziilor?	Exemple de activități / rezultate cu punctaj ridicat Practicantul HIA a întrebat comunitatea care se confruntă cu inechitatea despre ce politică sau plan ar crede că ar avea un impact asupra sănătății lor și a avansat răspunsul ca subiect HIA; practicianul a întrebat comunitatea care se confruntă cu care au fost principalele preocupări în materie de sănătate, a identificat un subiect HIA bazat pe acest răspuns și au câștigat sprijinul comunității pentru a avansa HIA; Practicantul HIA a analizat puterea, politica și contextul istoric al deciziei pentru a înțelege relevanța sa pentru echitate
Metrica 1.b	Scopul HIA - inclusiv obiective, întrebări de cercetare și metode - abordează în mod clar echitatea	Scala de măsurare 0 = Nu 1 = Scopul include obiective, întrebări sau metode legate de echitate 2 = Scopul include obiective, întrebări și metode legate de echitate	Comentarii _____

Rezultatul 1: Procesul și produsul HIA se concentrează pe echitate

	Colectarea datelor Raportul HIA (sau interviu cu practicianul HIA și cu participanții din comunitate dacă obiectivele, întrebările de cercetare și metodele nu sunt incluse în raportul HIA)	Intrebari de interviu Pentru practicienii HIA și participanții din comunitate: • Care au fost obiectivele HIA și întrebările de cercetare? • (Dacă nu menționează echitatea) Scopul și întrebările de cercetare au luat în considerare echitatea? Dacă da, cum? Ce inechități au fost abordate? • Metodele de cercetare au abordat echitatea? Dacă da, cum?	Exemple de activități / rezultate cu punctaj ridicat Cel puțin unul dintre obiectivele principale ale HIA este de a evalua impactul asupra echității, indiferent dacă se utilizează sau nu termenul de “echitate”; întrebările de cercetare necesită concentrarea asupra comunităților care se confruntă cu inegalități
Metrica 1.c	S-a analizat distribuția impactului asupra sănătății și echității în întreaga populație (de exemplu, condițiile existente, impactul anticipat asupra populațiilor specifice) pentru a aborda inechitățile; HIA a folosit cunoștințele și experiența comunității ca dovezi	Scala de măsurare 0 = Distribuția impactelor nu a fost evaluată și cunoștințele / experiența comunității nu sunt incluse 1 = Distribuția impacturilor evaluate sau cunoștințele / experiența comunității sunt incluse 2 = Distribuția impacturilor evaluate și cunoștințele / experiența comunității sunt incluse	Comentarii _____ _____ _____ _____
	Colectarea datelor Raport HIA		Exemple de activități / rezultate cu punctaj ridicat Evaluarea cantitativă a impacturilor disproporționate (și potențialele impacturi cumulative) asupra comunităților care se confruntă cu inechități incluse în HIA; concentrare asupra grupurilor și / sau sondaje realizate în comunități care se confruntă cu inegalități
Metrica 1.d	Recomandările se concentrează asupra impactului asupra comunităților care se confruntă cu inegalități și răspund preocupărilor comunității	Scala de măsurare 0 = Recomandările nu abordează probleme legate de echitate 1 = Recomandările abordează impactul asupra echității 2 = Recomandările abordează impactul asupra echității și răspund la preocupările comunității	Comentarii _____

Rezultatul 1: Procesul și produsul HIA se concentrează pe echitate

	Colectarea datelor Raportul HIA, precum și interviurile cu practicienii HIA și cu participanții din comunitate	Intrebari de interviu Pentru practicienii HIA și participanții din comunitate: • Recomandările s-au axat asupra echității impactului și / sau a impactului asupra comunităților care se confruntă cu inegalități? Dacă da, cum? • Comunitățile care se confruntă cu inechități au contribuit la recomandări? Dacă da, puteți descrie procesul de colectare și integrare a contribuției comunității? • Oricare dintre recomandări reflectă contribuția specifică a comunităților care se confruntă cu inegalități? Dacă da, cum?	Exemple de activități / rezultate cu punctaj ridicat Recomandările cheie se concentrează asupra impactului asupra celor care se confruntă cu inegalități, nu doar pentru îmbunătățirea sănătății populației generale; recomandările reflectă prioritățile comunității
Metrica 1. e	Constatările și recomandările au fost diseminate în și prin comunitățile care se confruntă cu inegalități utilizând o gamă largă de medii și platforme adecvate din punct de vedere cultural și lingvistic	Scala de măsurare 0 = Nici o diseminare în sau prin comunitățile care se confruntă cu inegalități 1 = Diseminarea are loc în sau prin comunități care se confruntă cu inegalități 2 = Diseminarea are loc cu mijloace și platforme adecvate, în și prin comunitățile care se confruntă cu inegalități	Comentarii
	Colectarea datelor Interviu cu practicianul HIA și cu participanții din comunitate, precum și revizuirea comunicărilor (de exemplu, sumarul documentelor, rezultate media)	Intrebari de interviu Pentru practicienii HIA și participanții din comunitate: • Au fost difuzate constatările în comunitățile care se confruntă cu inegalități? Dacă da, cum anume? De cine / în ce format? Aveți idee câți oameni au primit sau le-au citit? De unde știți că oamenii le-au primit / citit? • Au fost constatările comunicate într-un mod care a fost ușor de înțeles pentru mulți oameni din comunitate? De unde știți? • Comunitățile care s-au confruntat cu inechități au fost implicate în dezvoltarea produselor de diseminare sau determinarea audiențelor-cheie și a punctelor de comunicare? Dacă da, cum anume?	Exemple de activități / rezultate cu punctaj ridicat Constatări și recomandări traduse în limbi și formate media relevante (de ex., media sociale) și distribuite; liderii comunității comunică constatările în nume propriu factorilor de decizie politică și altor membri ai comunității

Rezultatul 1: Procesul și produsul HIA se concentrează pe echitate

Metrica 1.f	Planul de monitorizare și evaluare (M & E) a inclus obiective clare de monitorizare a impactului asupra echității în timp și a un mecanism de responsabilitate (adică declanșatoare de responsabilitate, acțiuni și părți responsabile) pentru a aborda impacturile adverse care ar putea apărea	Scala de măsurare 0 = Impactul asupra echității neinclus în planul de M & E 1 = Impactul asupra echității inclus în planul M & E 2 = Impactul asupra echității inclus în planul de M & E și mecanismele de responsabilitate sunt puse în aplicare	Comentarii
	Colectarea datelor Planul de raportare / monitorizare și evaluare HIA	Intrebari de interviu	Exemple de activități / rezultate cu punctaj ridicat În cazul M & E, dacă se constată un impact negativ asupra echității, factorii de decizie sunt responsabili pentru implementarea unui plan de îmbunătățire și raportarea către comunitate

Rezultatul 2: Procesul HIA a construit capacitatea și capacitatea comunităților care se confruntă cu inegalități în sănătatea să se implice în viitoarele HIA și în luarea deciziilor în general

Metric 2.a	Comunitățile care se confruntă cu inechități conduc sau sunt implicate în mod semnificativ în fiecare etapă a HIA	Scala de măsurare 0 1 2 3 4 5 6 0 = Nici o implicare a comunităților care se confruntă cu inegalități; Punct adițional pentru fiecare etapă a HIA în care comunitățile care se confruntă cu inegalități sunt implicate în mod semnificativ	Comentarii

Rezultatul 2: Procesul HIA a construit capacitatea și capacitatea comunităților care se confruntă cu inegalități în sănătatea să se implice în viitoarele HIA și în luarea deciziilor în general

Colectarea datelor

Interviu cu practicantul HIA și participanții comunității

Intrebări de interviu

Pentru practicienii HIA și participanții din comunitate:

- Comunitățile s-au confruntat cu inechități au fost implicate în mod semnificativ în fiecare etapă a HIA? Dacă da, puteți descrie pentru fiecare etapă, cum anume? Puteți descrie domeniul de interes sau tipurile de părți interesate din comunitate care au participat la fiecare etapă a acestei HIA?

Exemple de activități / rezultate cu punctaj ridicat

De exemplu, în etapa de definire a scopingului (domeniului de aplicare) ar putea fi incluse comunitățile care se confruntă cu inegalități, dar care au autoritate decizională asupra scopingului final; în etapa de evaluare acest lucru ar putea include utilizarea metodelor participative ale comunității

Ca rezultat al HIA, au sporit cunoștințele și conștientizarea proceselor de luare a deciziilor ale comunităților care se confruntă cu inegalități și acestea au obținut o capacitate mai mare de a influența procesele de luare a deciziilor, inclusiv capacitatea de a planifica, organiza, finanța și acționa în contextul decizional

Scala de măsurare

0 = Nu au sporit cunoștințele sau conștientizarea proceselor de luare a deciziilor

1 = Comunitățile care se confruntă cu inechități dobândesc cunoștințe și informații

2 = Comunitățile care se confruntă cu inegalități dobândesc cunoștințe, informații și o capacitate mai mare de acțiune

Comentarii

Metric 2.b

Rezultatul 2: Procesul HIA a construit capacitatea și capacitatea comunităților care se confruntă cu inegalități în sănătatea să se implice în viitoarele HIA și în luarea deciziilor în general

Colectarea datelor

Interviu cu practicantul HIA și participanții comunității

Intrebări de interviu

Pentru practicienii HIA și participanții din comunitate:

- Dacă există, ce anume este diferit pentru comunitățile care se confruntă cu inegalități, ca rezultat al HIA? De exemplu:
 - există orice schimbări în cunoștințele sau conștientizarea proceselor de luare a deciziilor? Vă rugăm să descrieți în mod specific. Ce vedeți sau auziți că există o astfel de schimbare? Exemple specifice?
 - există orice schimbări în capacitatea comunității de a planifica, organiza, strânge fonduri sau lua măsuri în legătură cu viitoarele decizii similare? Ce vedeți sau auziți că există o astfel de schimbare? Exemple specifice de măsuri luate?
- Ca parte a procesului HIA, comunități care se confruntă cu inegalități au fost angajate în mod semnificativ pentru a înțelege puterea, politica și contextul istoric al deciziei propuse?
- (pentru factorii de decizie) Au existat schimbări în cultura sau practicile organizaționale în ceea ce privește participarea membrilor comunității în propunerea / decizia care a fost ținta acestei HIA? Dar pentru deciziile situate în afara țintei HIA?

Exemple de activități / rezultate cu punctaj ridicat

Procesul HIA a implicat instruirea conducerii pentru membrii comunităților care se confruntă cu inegalități; HIA a fost realizat în așa fel încât să sporească înțelegerea cercetării de acțiune ca instrument de schimbare a comunității; membrii comunității au o înțelegere mai bună a modului de analiză a puterii, politicii și contextului istoric al deciziilor.

Rezultatul 3: HIA a condus la o schimbare a puterii în beneficiul comunităților care se confruntă cu inegalități

Metric 3.a	Comunitățile care se confruntă cu inegalități au sporit influența asupra deciziilor, politicilor, parteneriatelor, instituțiilor și sistemelor care le afectează viața	Scala de măsurare	Comentarii
		0 = Nu crește capacitatea de influență 1 = Persoanele și grupurile au avut o influență sporită asupra deciziei care a fost punctul central al HIA 2 = Persoanele și grupurile au crescut influența asupra unei game largi de decizii și sisteme care le afectează viața N.D. = Datele nu sunt încă disponibile	

Rezultatul 3: HIA a condus la o schimbare a puterii în beneficiul comunităților care se confruntă cu inegalități

	Colectarea datelor	Intrebări de interviu	Exemple de activități / rezultate cu punctaj ridicat
	Interviuri cu factorii de decizie și participanții din comunitate (și verificarea suplimentară pentru actualizări în timp)	Pentru factorii de decizie și participanții din comunitate: • Membrii comunității au o influență sporită asupra deciziilor, politicilor, parteneriatelor, instituțiilor sau sistemelor care au fost ținta acestei HIA? Dacă da, de unde știți? Puteți descrie schimbarea influenței? - a crescut gradul de participare al comunității la luarea deciziilor, ca rezultat al HIA? Dacă da, de unde știți? Puteți descrie această participare? - instituțiile și comunitățile și-au schimbat ideile despre ceea ce este considerat o dovadă sau date valabile? Puteți da exemple? - au fost invitați membrii comunității să participe la viitoarele eforturi de planificare sau luare a deciziilor în această privință? - a existat o învățare reciprocă care a condus la o schimbare a culturii, atât în cadrul comunităților, cât și în cadrul instituțiilor cu privire la luarea în considerare a preocupărilor comunității în luarea deciziilor? • Comunitățile participante au o capacitate crescută de a influența deciziile, politicile, parteneriatele, instituțiile sau sistemele care le afectează viața dincolo de ținta acestei HIA? Dacă da, puteți da exemple de unde au putut să-și mărească sfera de influență și putere? De exemplu, membrii comunității au fost invitați să participe la consiliile consultative comunitare, consilii, grupuri de lucru sau alte structuri care le-ar da influență în alte domenii sau sectoare dincolo de obiectivul specific al acestei HIA? • Au fost acordate comunități puteri decizionale suplimentare prin schimbări în procese sau în alte moduri? Puteți să descrieți asta?	O schimbare a culturii, atât în interiorul instituțiilor, cât și printre comunități, cu privire la ceea ce se consideră dovezi (adică date sau cunoștințe comunitare ca "expert" și dovezi valide); membrii comunităților care se confruntă cu inegalități sunt invitați să aibă un loc la scaunul de luare a deciziilor
Metric 3.b	Guvernul și instituțiile sunt mai transparente, mai incluzive, mai receptive și / sau colaborative	Scala de măsurare 0 = Nici o creștere a transparenței instituționale sau a incluziunii 1 = Instituții mai transparente și mai incluzive 2 = A fost implementată o schimbare la nivel de sistem care permite o influență susținută N.D. = Datele nu sunt încă disponibile	Comentarii

Rezultatul 3: HIA a condus la o schimbare a puterii în beneficiul comunităților care se confruntă cu inegalități

Colectarea datelor

Interviuri cu factorii de decizie și participanții din comunitate (și verificări suplimentare pentru actualizări în timp); revizuirea documentelor publice

Intrebări de interviu

Pentru factorii de decizie și participanții din comunitate:

- Dacă există, ce anume este diferit pentru guvern și instituții, ca rezultat al HIA? Au existat schimbări în practicile administrative care le fac mai transparente, mai incluzive, mai receptive sau colaborative cu comunitatea care se confruntă cu inegalități? Dacă da, puteți da câteva exemple?

- De exemplu, abordarea inechităților este o parte nouă a misiunii sau a obiectivelor instituției?

- Au fost alocate resurse noi pentru a aborda sănătatea sau echitatea, cum ar fi un birou nou, personal nou sau un program nou?

- Instituția va evalua și monitoriza în timp starea inechităților din sănătate, măsurată prin indicatori creați cu contribuția comunităților care se confruntă cu inegalități? Și dacă da, sunt necesare acțiuni dacă persistă inechitățile?

- A existat o îmbunătățire a modului în care datele sunt accesibile comunității?

- Este acum comunitatea mobilizată mai bine de către instituție decât înainte de HIA? Ce este diferit? Ce vedeți sau auziți este mai bine?

Exemple de activități / rezultate cu punctaj ridicat

Modificarea designului instituțional, cum ar fi Consiliile Consultative Comunitare, noi birouri pentru echitate în sănătate sau integrarea echității în toate misiunile

Rezultatul 4: HIA a contribuit la schimbări care au redus inechitățile în sănătate și inechitățile în factorii determinanți sociali și de mediu pentru sănătate.

Metric 4.a	În cadrul comunității, HIA a influențat determinanții sociali și de mediu pentru sănătate și a scăzut diferența acestor determinanți dintre comunitățile care se confruntă cu inegalități și alte comunități	Scala de măsurare	Comentarii
		0 = Nici o schimbare în factorii determinanți 1 = Comunitățile care se confruntă cu inegalități înregistrează îmbunătățiri în determinanții pentru sănătate 2 = Comunitățile care se confruntă cu inechități realizează îmbunătățiri în determinanții pentru sănătate și reduc lacunele în ceea ce privește inegalitățile N.D. = Datele nu sunt încă disponibile	

Rezultatul 4: HIA a contribuit la schimbări care au redus inechitățile în sănătate și inechitățile în factorii determinanți sociali și de mediu pentru sănătate.

	Colectarea datelor	Intrebari de interviu	Exemple de activități / rezultate cu punctaj ridicat
	Monitorizarea datelor referitoare la factorii determinanți pentru sănătate (de exemplu, din partea agențiilor guvernamentale) la finalizarea HIA		Factorii determinanți ai sănătății care au fost vizate de HIA sunt îmbunătățiți în comunitățile care se confruntă cu inegalități cu o rată mai mare decât cea a populației generale
Metric 4.b (aspirational)	HIA a influențat problemele de sănătate fizică, mentală și socială în cadrul comunității și au scăzut diferențele pentru aceste rezultate de sănătate dintre comunitățile care se confruntă cu inegalități și alte comunități	Scala de măsurare 0 = Nici o schimbare în rezultatele din domeniul sănătății 1 = Comunitățile care se confruntă cu inegalități înregistrează îmbunătățiri în ceea ce privește rezultatele în domeniul sănătății 2 = Comunitățile care se confruntă cu inechități realizează îmbunătățiri în ceea ce privește rezultatele în domeniul sănătății și reduc la minimum disparitățile de sănătate N.D. = Datele nu sunt încă disponibile	Comentarii _____ _____
	Colectarea datelor	Intrebari de interviu	Exemple de activități / rezultate cu punctaj ridicat
	Monitorizarea datelor referitoare la rezultatele de sănătate (de exemplu, de la agențiile de sănătate și spitale) pe baza finalizării HIA		Rezultatele din domeniul sănătății care au fost vizate de HIA sunt îmbunătățite în comunitățile care se confruntă cu inegalități cu o rată mai mare decât cea a populației generale

ANEXA 2

LEGISLAȚIE PENTRU EVALUAREA IMPACTULUI ASUPRA MEDIULUI

Evaluarea impactului asupra mediului pentru proiecte se efectueaza conform prevederilor dintr-o serie de acte legislative nationale din domeniul mediului si din alte domenii conexe:⁶⁴

- Legea Protectiei Mediului nr. **137/1995**
- Ordonanța de urgență nr. **91/2002** pentru modificarea și completarea Legii protecției mediului nr. 137/1995
- **Ordonanța de urgență nr. 195/2005 privind protecția mediului**
- Legea nr. 86/2000 pentru ratificarea Conventiei privind accesul la informatie, participarea publicului la luarea deciziei si accesul la justitie in problemele de mediu
- Legea 645/2002 pentru aprobarea Ordonantei de Urgenta nr. 34/2002 privind prevenirea, reducerea si controlul integrat al poluarii abrogata de Ordonanta de urgenta 152/2005
- Ordonanța de urgență nr. 152/2005 privind prevenirea si controlul integrat al poluarii abrogata de Legea 278/2013
- Legea nr.278/2013 privind emisiile industriale
- Legea nr.22/2001 pentru ratificarea Conventiei privind evaluarea impactului asupra mediului in context transfrontiera adoptata la Espoo la 25 februarie 1991
- Legea 462/2002 pentru aprobarea Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 236/2000 privind regimul ariilor naturale protejate, conservarea habitatelor naturale, a florei si faunei salbatice abrogata prin Ordonanță de urgență 57/2007
- Legea 655/2001 pentru aprobarea Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 243/200 privind protectia atmosferei abrogata de Legea 104/2011
- Legea 104/2011, privind calitatea aerului inconjurator
- Legea nr. 426/2001 pentru aprobarea Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 78/2000 privind regimul deseurilor abrogata de Legea 211/2011
- Legea nr.211/2011 (r)1 privind regimul deseurilor, republicarea 1 din Monitorul Oficial, Partea I, nr. 220 din 28.03.2014 (M.Of. nr. 220/2014)
- Hotararea Guvernului nr. 918/2002 privind stabilirea procedurii-cadru de evaluare a impactului asupra mediului și pentru aprobarea listei proiectelor publice sau private supuse acestei proceduri, abrogata de HG 1213/2006
- Hotararea nr. 1213/2006 privind stabilirea procedurii-cadru de evaluare a impactului asupra mediului pentru anumite proiecte publice si private abrogata de HG nr.445/2009
- HG nr.445/2009 privind evaluarea impactului anumitor proiecte publice si private asupra mediului
- Hotararea Guvernului nr. 1115/2002 privind accesul liber la informatia privind mediul abrogata de HG 878/2005
- Hotararea nr.878/2005 privind accesul publicului la informatia privind mediul
- Hotararea Guvernului nr. 162/2002 privind depozitarea deseurilor abrogata de HG 349/2005
- Hotararea nr.349/2005 privind depozitarea deseurilor
- Hotararea Guvernului nr. 95/2003 privind controlul activitatilor care prezinta pericole de accidente majore in care sunt implicate substante periculoase abrogata de HG 804/2007

⁶⁴www.anpm.ro/anpm_resources/migrated_content/.../90539_7570_manual_EIA.doc

- Hotararea nr.804/2007 privind controlul asupra pericolelor de accident major in care sunt implicate substante periculoase abrogata de Legea nr.59/2016
- Legea nr. 59/2016 privind controlul asupra pericolelor de accident major in care sunt implicate substante periculoase
- Ordinul 860/2002 al ministrului apelor, padurilor si protectiei mediului stabileste procedura detaliata de evaluare a impactului asupra mediului si de emitere a acordului de mediu pentru proiecte, abrogata prin ordinul 135/2010
- Ordinul nr. 135/2010 privind aprobarea Metodologiei de aplicare a evaluării impactului asupra mediului pentru proiecte publice și private
- Ordinul nr. 863/2002 privind aprobarea ghidurilor metodologice aplicabile etapelor procedurii cadru de evaluare a impactului asupra mediului
- Ordinul nr. 864/2002 pentru aprobarea Procedurii de evaluare a impactului asupra mediului în context transfrontiera si de participare a publicului la luarea deciziei in cazul proiectelor cu impact transfrontiera
- Ordinul nr.1388/2002 al ministrului apelor, padurilor si protectiei mediului privind organizarea și funcționarea Colectivului de Analiză Tehnică în cadrul procedurii de reglementare a activităților cu impact asupra mediului
- Ordinul nr. 1182/2002 pentru aprobarea Metodologiei de gestionare si furnizare a informatiei privind mediul, detinuta de autoritatile publice pentru protectia mediului
Hotărârea nr. 918/2002 privind stabilirea procedurii-cadru de evaluare a impactului asupra mediului și pentru aprobarea listei proiectelor publice sau private supuse acestei proceduri,abrogata si inlocuita prin Hotararea 1213/2006, aceasta scoate in evidenta urmatoarele:
 - *autoritatile de mediu sunt autoritatile competente pentru a conduce procedura de evaluare a impactului asupra mediului;*
 - *lista cu tipuri de proiecte care se supun obligatoriu evaluarii impactului asupra mediului (Anexa 1 la HG 918/2002) si lista cu tipuri de proiecte pentru care necesitatea evaluarii impactului asupra mediului se stabileste in urma unei analize efectuata pentru fiecare caz in parte (Anexa nr. 2 la HG 918/2002);*
 - *cele trei etape principale ale procedurii cadru de evaluare a impactului asupra mediului si de emitere a acordului de mediu, si anume: incadrare, definirea domeniului evaluarii si revizuirea calitatii raportului la studiul de evaluare.*
- Hotararea nr. 1213/2006 privind stabilirea procedurii-cadru de evaluare a impactului asupra mediului pentru anumite proiecte publice si private abrogata și înlocuita prin Hotarare 445/2009.
- Hotararea nr. 445/2009 privind evaluarea impactului anumitor proiecte publice și private asupra mediului
- Legea 645/2002 pentru aprobarea OG 34/2002 introduce lista de activitati care necesita acord integrat de mediu pentru proiectele de investitii aferente acestora (Anexa nr. 1 la OG 34/2002), abrogata prin Ordonanta de urgenta 152/2005.
- Ordonanta de urgenta nr. 152/2005 privind prevenirea si controlul integrat al poluarii abrogata si inlocuita prin Lege 278/2013.
- Legea nr. 278/2013 privind emisiile industriale⁶⁵

⁶⁵ <http://lege5.ro>

ANEXA 3

LEGISLAȚIE PENTRU EVALUAREA IMPACTULUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII

APA POTABILA

- Legea calitatii apei potabile 458/2002 Republicata - Prezenta lege reglementeaza calitatea apei potabile, avand ca obiectiv protectia sanatatii oamenilor impotriva efectelor oricarui tip de contaminare a apei potabile prin asigurarea calitatii ei de apa curata si sanogena.
- HOTARARE Nr. 974 din 15 iunie 2004 - Pentru aprobarea Normelor de supraveghere, inspectie sanitara si monitorizare a calitatii apei potabile și a Procedurii de autorizare sanitară a productiei si distributiei apei potabile
- Ordinul nr. 299/2010 - Privind aprobarea Metodologiei de acordare a derogarilor pentru parametrii chimici, în conformitate cu prevederile art. 9 din Legea nr. 458/2002 privind calitatea apei potabile
- Legea nr. 301/2015 - Privind stabilirea cerintelor de protectie a sanatatii populatiei in ceea ce priveste substantele radioactive din apa potabila
- Ordinul nr. 536/1997 - Pentru aprobarea Normelor de igiena si a recomandarilor privind mediul de viata al populatiei abrogata de Ordinul 119/2014
- Ordinul nr. 119/2014 pentru aprobarea Normelor de igiena si sănătate publica privind mediul de viata al populatiei
- Ordinul nr. 341/2007 - Pentru aprobarea normelor de igienă și a procedurii de notificare a apelor potabile îmbuteliate, altele decât apele minerale naturale sau decât apele de izvor, comercializate sub denumirea de apă de masă.

CALITATEA APEI DE IMBAIERE

- Hotarare Nr. 459/2002 privind aprobarea Normelor de calitate pentru apa din zonele naturale amenajate pentru îmbăiere ,abrogata de HG 546/2008
- Hotarare Nr. 546/2008 privind gestionarea calitatii apei de imbaiere
- Hotarare Nr. 88/2004 privind aprobarea Normelor de supraveghere, inspectie sanitara si control al zonelor naturale utilizate pentru imbaiere

CALITATEA AERULUI INCONJURATOR

- Legea nr.104/2011 – privind calitatea aerului inconjurator
- Hotărârea Guvernului nr. 257/2015 privind aprobarea Metodologiei de elaborare a planurilor de calitate a aerului, a planurilor de acțiune pe termen scurt și a planurilor de menținere a calității aerului
- Hotărârea Guvernului nr. 336/2015 pentru modificarea anexelor nr. 4 și 5 la Legea nr. 104/2011 privind calitatea aerului înconjurător
- Ordinul ministrului mediului, apelor și pădurilor nr. 1206/2015 pentru aprobarea listelor cu unitățile administrativ-teritoriale întocmite în urma încadrării în regimuri de gestionare a ariilor din zonele și aglomerările prevăzute în anexa nr. 2 la Legea nr. 104/2011 privind calitatea aerului înconjurător abrogata de Ordinul 598/2018
- Ordinul nr. 598/2018 privind aprobarea listelor cu unitățile administrativ-teritoriale întocmite în urma încadrării în regimuri de gestionare a ariilor din zonele și aglomerările prevăzute în anexa nr. 2 la Legea nr. 104/2011 privind calitatea aerului înconjurător
- Ordinul ministrului mediului, apelor și pădurilor nr. 36/2016 pentru aprobarea listelor cu unitățile administrativ-teritoriale întocmite în urma încadrării în regimurile de evaluare a

ariilor din zonele și aglomerările prevăzute în anexa nr. 2 la Legea nr. 104/2011 privind calitatea aerului înconjurător

- Hotărârea Guvernului nr. 806/2016 pentru modificarea anexelor nr. 4, 5, 6 și 7 la Legea nr. 104/2011 privind calitatea aerului înconjurător

GESTIONAREA DESEURILOR CARE REZULTA DIN ACTIVITATEA MEDICALA

- Hotarare Nr. 856 din 16 august 2002 privind evidenta gestiunii deseurilor si pentru aprobarea listei cuprinzând deseurile, inclusiv deseurile periculoase
- Hotarare Nr. 1061 din 10 septembrie 2008 privind transportul deșeurilor periculoase și nepericuloase pe teritoriul României
- Hotarare Nr. 162 din 20 februarie 2002 privind depozitarea deseurilor abrogata de HG 349/2005
- Hotarare Nr. 349/2005 privind depozitarea deseurilor
- Hotarare Nr. 1470 din 9 septembrie 2004 privind aprobarea Strategiei nationale de gestionare a deseurilor si a Planului national de gestionare a deseurilor abrogata de HG 942/2017
- Hotararea nr. 942/2017 privind aprobarea Planului national de gestionare a deseurilor
- Hotarare Nr. 128 din 14 februarie 2002 privind incinerarea deseurilor abrogata de Legea 278/2013
- Legea 278/2013 privind emisiile industriale
- Legea 211/2011 privind regimul deseurilor republicata in 2014
- Ordinul nr. 613/2009 privind aprobarea Metodologiei de evaluare a autovehiculelor utilizate pentru transportul deșeurilor periculoase rezultate din activitatea medicală
- Ordin Nr. 536/1997 pentru aprobarea Normelor de igienă și a recomandărilor privind mediul de viață al populației abrogat si inlocuit prin Ordin 119/2014.
- Ordinul nr. 119/2014 pentru aprobarea Normelor de igiena si sănătate publica privind mediul de viata al populatiei

PRODUSELE BIOCIDIE

- Ordinul nr. 629/900/82/2017 privind aprobarea Normelor metodologice pentru aplicarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 617/2014 privind stabilirea cadrului instituțional și a unor măsuri pentru punerea în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 528/2012 al PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI din 22 mai 2012 privind punerea la dispoziție pe piață și utilizarea produselor biocide.
- Hotărârea nr. 345/2016 pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 617/2014 privind stabilirea cadrului instituțional și a unor măsuri pentru punerea în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 528/2012 al PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI din 22 mai 2012 privind punerea la dispoziție pe piață și utilizarea produselor biocide.
- ORDIN Nr.10 din 8 ianuarie 2010 privind aprobarea procedurii de avizare a produselor biocide care sunt plasate pe piata pe teritoriul Romaniei. ACT EMIS DE: MINISTERUL SANATATII si PUBLICAT IN: MONITORUL OFICIAL NR. 196 din 29 martie 2010. Ultima actualizare s-a facut pe data de 29 iunie 2017 conform Ordinului nr. 604/880/78/2017 publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 493 din 29 iunie 2017, care modifica precedenta actualizare din data de 09.09.2016 conform Ordinului nr. 910/2016 publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 694 din 07.09.2016
- Ordinul nr. 433/1042/92/2014 pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății, al ministrului mediului și pădurilor și al președintelui Autorității Naționale Sanitare

Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor nr. 10/368/11/2010 privind aprobarea procedurii de avizare a produselor biocide care sunt plasate pe piață pe teritoriul României

- Hotărârea nr. 617/2014 privind stabilirea cadrului instituțional și a unor măsuri pentru punerea în aplicare a Regulamentului (UE) nr.528/2012 al PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI din 22 mai 2012 privind punerea la dispoziție pe piață și utilizarea produselor biocide
- Ordinul nr. 10/2013 (actualizat la data de 10.09.2017 conform Ordinului nr. 870/1170/98/2017 publicat în Monitorului Oficial al României, Partea I, 801/10.X.2017) privind tarifele pentru plasarea pe piață a produselor biocide și pentru solicitarea privind înscrierea substanțelor active în anexa nr. I, IA sau IB la Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 956/2005 privind plasarea pe piață a produselor biocide, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice, al ministrului mediului și gospodăririi apelor și al președintelui Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor nr. 1.321/2006/280/90/2007
- Ordinul nr. 871/1300/104/2017 pentru modificarea anexelor nr. 1 și 2 la Ordinul ministrului sănătății, al ministrului mediului și pădurilor și al președintelui Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor nr. 637/2.492/50/2012 privind aprobarea membrilor Comisiei naționale pentru produse biocide și a regulamentului de organizare și funcționare a acesteia. În vigoare de la 26 octombrie 2017. Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 849 din 26 octombrie 2017.

PRODUSELE PENTRU PROTECTIA PLANTELOR⁶⁶⁶⁷

- Ordin nr.292 din 22 februarie 2013 privind incetarea aplicabilității Ordinului ministrului mediului și dezvoltării durabile nr.334/2008 prin care se aprobă Regulamentul privind organizarea și funcționarea Comisiei de Avizare a produselor pentru protecția plantelor, precum și procedura de emitere a avizului de mediu
- Ordin nr.3309 din 29 august 2012 privind stabilirea unor măsuri aplicabile managementului produselor de protecție a plantelor în condiții de siguranță pentru mediu
- Hotărâre nr. 360 din 12.06.2013 pentru modificarea anexei la Hotărârea Guvernului nr. 1.559/2004 privind procedura de omologare a produselor de protecție a plantelor în vederea plasării pe piața și a utilizării lor pe teritoriul României
- HOTĂRÂRE nr. 19 din 17 ianuarie 2018 privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr. 136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România
- ORDIN nr. 837 din 22 iunie 2016 privind aprobarea tarifelor pentru efectuarea inspecțiilor fitosanitare din domeniul protecției plantelor și carantinei fitosanitare și pentru controlul comercializării și utilizării produselor de protecție a plantelor
- ORDIN nr. 1692 din 3 iulie 2015 pentru aprobarea listei punctelor de trecere a frontierei de stat în care este organizat control fitosanitar, precum și a programului de lucru pentru inspectoratele de carantină fitosanitară vamală
- ORDIN nr. 1891 din 19 august 2015 privind aprobarea tarifelor pentru efectuarea analizelor și examenelor de laborator în vederea depistării și identificării organismelor dăunătoare și fenomenelor de fitotoxicitate la plante și produse vegetale

⁶⁶<http://www.anpm.ro/ro/produse-pentru-protectia-plantelor>

⁶⁷<http://www.madr.ro/protectia-plantelor-si-carantina-fitosanitar/legislatie-nationala-fitosanitar.html>

- ORDIN nr. 1881 din 17 august 2015 privind stabilirea condițiilor în vederea introducerii sau punerii în circulație în România ori în anumite zone protejate din România, în scopuri experimentale sau științifice, și în vederea realizării de lucrări pentru selecții varietale a anumitor organisme de carantină dăunătoare, plante, produse vegetale și a altor obiecte prevăzute în anexele nr. I-V la Hotărârea Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr. 136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România
- ORDINUL ministrului agriculturii și dezvoltării rurale și al președintelui Agenției Naționale de Administrare Fiscală nr. 1713/1991/2015, privind stabilirea listei codurilor tarifare la care se clasifică în nomenclatura Tarifului Vamal Comun plantele, produsele vegetale și alte obiecte care fac obiectul Hotărârii Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr. 136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România
- HOTĂRÂREA GUVERNULUI nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr. 136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România
- HOTĂRÂRE nr. 1030 din 18 noiembrie 2014 privind abrogarea art. 22-25 din Hotărârea Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr. 136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România
- ORDIN nr. 626 din 5 septembrie 2006 pentru stabilirea condițiilor minime de desfășurare a inspecțiilor fitosanitare în România la posturi de inspecție, altele decât cele de la locul de destinație, pentru plante, produse vegetale sau alte obiecte care provin din țări terțe
- HOTĂRÂRE nr. 810 din 17 septembrie 2014 privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr. 136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România
- HOTĂRÂRE nr. 352 din 30 aprilie 2014 pentru abrogarea pct. 1 al lit. (a) din secțiunea II a părții A din anexa nr. I la Hotărârea Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr. 136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România
- ORDIN nr. 1501 din 20 decembrie 2013 privind stabilirea procedurilor pentru efectuarea controalelor fitosanitare
- ORDIN nr. 34 din 7 februarie 2011 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea controlului de calitate și fitosanitar la importul și exportul semințelor și materialului săditor
- ORDIN nr. 860 din 28 august 2013 pentru modificarea art. 46 alin. (2) lit. a), c), d) și e) din Regulamentul privind organizarea controlului de calitate și fitosanitar la importul și exportul semințelor și materialului săditor, aprobat prin Ordinul ministrului agriculturii și dezvoltării rurale nr. 34/2011

- HOTĂRÂRE nr. 5 din 5 ianuarie 2011 privind modificarea alin. (11) al art. 3 din Hotărârea Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr. 136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România
- ORDIN nr. 139 din 8 iunie 2010 privind controlul nematozilor cu chiști ai cartofului
- HOTĂRÂRE nr. 259 din 24 martie 2010 pentru modificarea anexelor nr. II-IV la Hotărârea Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr. 136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România
- Hotărâre nr. 1566 din 16 decembrie 2009 privind modificarea anexelor nr. II-V la Hotărârea Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr. 136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România
- Legea nr.165/2009 (Monitorul Oficial, Partea I, nr. 331 din 19 mai 2009) pentru aprobarea Ordonanței de urgență a guvernului nr.201/2008 pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr.136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România.
- Hotărârea Guvernului nr.107/2009 (Monitorul Oficial, Partea I, nr.114 din 25 februarie 2009)privind modificarea anexei nr.IV la Hotărârea Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr.136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România (Directiva Comisiei 2008/109/CE).
- Hotărârea Guvernului nr.441/2009 (Monitorul Oficial nr. 313 din 12 mai 2009) privind modificarea și completarea anexelor nr. I, II, IV și V la Hotărârea Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr. 136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România (Directiva Comisiei 2009/7/CE).
- Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 201/2008 (Monitorul Oficial, Partea I, nr.826 din 9 decembrie 2008) pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România.
- Hotărârea Guvernului nr.1085/2008 (Monitorul Oficial, Partea I nr.667 din 25 septembrie 2008) privind modificarea și completarea anexelor I, II, III și IV la Hotărârea Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr.136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România (Directiva Comisiei 2008/64/CE).
- Ordin MADR nr.378/2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr.360 din 28 mai 2007) privind măsurile pentru combaterea și prevenirea răspândirii păduchelui din San José (Directiva Comisiei 91/2006).

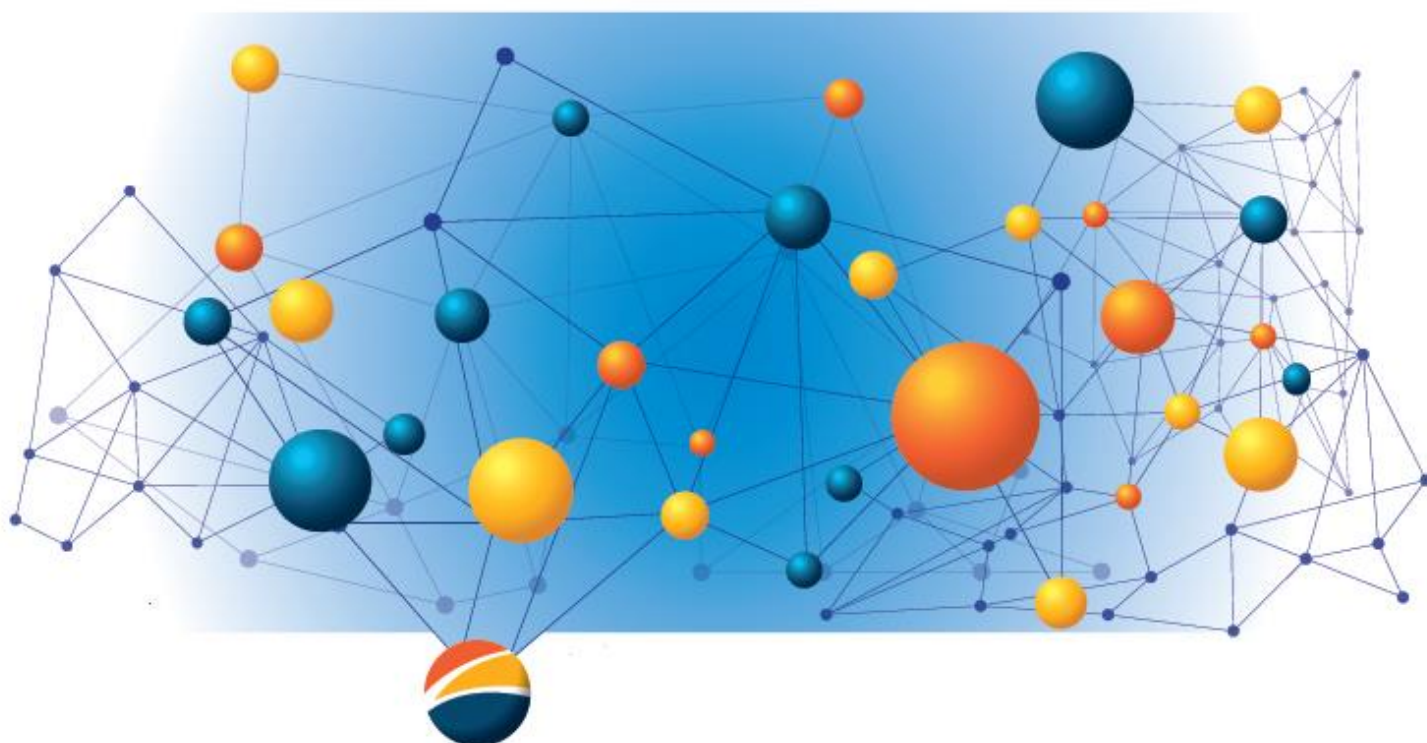
- Ordin MADR nr.387/2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr.417 din 22 iunie 2007) pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului agriculturii, pădurilor și dezvoltării rurale nr. 912/2004 privind controlul putregaiului inelar al cartofului, produs de *Clavibacter michiganensis* ssp. *sepedonicus* (Directiva Comisiei 93/85 și 2006/56).
- Ordin MADR nr. 583 /2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr.497 din 25 iulie 2007) privind stabilirea unui grad de standardizare pentru pasapoartele fitosanitare utilizate pentru circulația anumitor plante, produse vegetale sau alte obiecte în Comunitate și stabilirea procedurilor detaliate de eliberare a pasapoartelor fitosanitare, condițiilor și procedurilor detaliate de înlocuire a acestora (Directiva comisiei 92/105).
- Ordin MADR nr. 579/2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr.499 din 25 iulie 2007) privind stabilirea modelelor de certificate fitosanitare sau de certificate fitosanitare pentru reexport oficiale, care însoțesc plantele, produsele vegetale sau alte obiecte care provin din țări terțe și care sunt menționate în Hotărârea Guvernului nr. 563/2007 (Directiva Comisiei 105/2004).
- Ordin MADR nr.580/2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr.499 din 25 iulie 2007) privind procedura de înregistrare a producătorilor și importatorilor de plante, produse vegetale sau alte obiecte și de stabilire a anumitor obligații pentru aceștia (Directiva Comisiei 92/90).
- Ordin MADR nr.582/2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr.499 din 25 iulie 2007) privind stabilirea unei proceduri pentru notificarea interceptării unui transport de marfă sau a unui organism dăunător din țări terțe și care prezintă un risc fitosanitar iminent (Directiva Comisiei 94/3).
- Ordin MADR nr.584/2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr.499 din 25 iulie 2007) privind stabilirea regulilor pentru circulația anumitor plante, produse vegetale sau altor obiecte printr-o zonă protejată și pentru circulația acestor plante, produse vegetale sau altor obiecte originare dintr-o zonă protejată și care circulă într-o astfel de zonă protejată (Directiva Comisiei 93/51).
- Ordin MADR nr. 585/2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr.502 din 26 iulie 2007) privind controlul de identitate și controlul fitosanitar ale plantelor, produselor vegetale sau ale altor obiecte, prevăzute în partea B din anexa nr. V la Hotărârea Guvernului nr. 563/2007, care pot fi efectuate în alt loc decât punctul de intrare în Comunitate sau într-un loc apropiat acestuia, și care specifică condițiile legate de aceste controale (Directiva Comisiei 2004/103).
- Ordin MADR nr.586 /2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr.524 din 02 august 2007) privind controlul bacteriei *Ralstonia solanacearum* (Smith) Yabuuchi et al (Directiva Consiliului 98/57 și 2006/63).
- Ordin MADR nr. 698/2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr. 602 din data de 31 august 2007) privind extinderea procedurii de înregistrare a producătorilor unor plante care nu sunt prevăzute în partea A a anexei nr. V la Hotărârea Guvernului nr. 563/2007 sau a depozitelor colective ori a centrelor de expediere din zonele de producție.
- Ordin MADR nr. 756/2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr. 634 din data de 14 septembrie 2007) din 30 august 2007 privind inspectorii fitosanitari împuterniciți să elibereze certificate fitosanitare pentru plante, produse vegetale sau alte obiecte destinate exportului.
- OM nr.686/2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr.583 din 24 august 2007) privind procedura de încasare a tarifelor fitosanitare stabilite în Anexa nr.VIII din Hotărârea Guvernului nr.

563/2007 pentru efectuarea controalelor documentare, de identitate și fitosanitare la plantele, produsele vegetale și alte obiecte.

- Hotararea Guvernului nr.1135/2007 (Monitorul Oficial, Partea I nr.662 din 27 septembrie 2007) pentru modificarea și completarea anexelor II, IV și V la Hotărârea Guvernului nr. 563/2007 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței Guvernului nr.136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România (Directiva Comisiei 2007/41/CE).
- Legea nr.93/2007 (Monitorul Oficial, Partea I, nr.263 din 19 aprilie 2007) pentru modificarea Legii nr.37/2006 privind reorganizarea activității de protecție a plantelor și carantina fitosanitară.
- Ordin MAPDR nr. 653/2006 (Monitorul Oficial, Partea I nr. 819 din 4 octombrie 2006) privind unele măsuri de carantină pentru stabilirea și combaterea raiei negre a cartofului (Directiva Consiliului 69/464/CEE).
- Legea nr.37/2006 (Monitorul Oficial, Partea I, nr.200 din 3 martie 2006) privind reorganizarea activității de protecție a plantelor și carantina fitosanitară.
- ORDIN nr. 912 din 3 decembrie 2004 privind controlul putregaiului inelar al cartofului, produs de *Clavibacter michiganensis* ssp. *Sepedonicus*
- Ordin MAAP nr. 560/2002 (Monitorul Oficial, Partea I nr. 914 din 16 decembrie 2002) privind stabilirea regulilor pentru monitorizarile efectuate în scopul recunoașterii unei zone protejate (Directiva Comisiei 92/70/CEE).
- Legea nr.214/2001 (Monitorul Oficial, Partea I, nr. 213 din 26 aprilie 2001) pentru aprobarea Ordonanței Guvernului nr.136/2000 privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România.
- Ordonanța Guvernului nr.136/2000 (Monitorul Oficial, Partea I, nr. 431 din 2 septembrie 2000) privind măsurile de protecție împotriva introducerii și răspândirii organismelor de carantină dăunătoare plantelor sau produselor vegetale în România, aprobată și modificată prin Legea nr. 214/2001(Directiva Consiliului 2000/29/CEE).

PRODUSE COSMETICE

- Hotarare Nr. 560/2001 privind unele măsuri pentru păstrarea confidențialității unor ingrediente din compoziția produselor cosmetice
- REGULAMENTUL (CE) NR. 1223/2009 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI din 30 noiembrie 2009 privind produsele cosmetice (reformare), cu amendamentele ulterioare
- REGULAMENTUL (UE) NR. 655/2013 AL COMISIEI din 10 iulie 2013 de stabilire a unor criterii comune pentru justificarea declarațiilor utilizate în legătură cu produsele cosmetice
- DECIZIA DE PUNERE ÎN APLICARE A COMISIEI din 25 noiembrie 2013 privind orientările vizând anexa I la Regulamentul (CE) nr. 1223/2009 al Parlamentului European și al Consiliului privind produsele cosmetice
- HOTĂRÂRE Nr. 147/2015 privind adoptarea unor măsuri pentru crearea cadrului de aplicare a prevederilor Regulamentului (CE) nr. 1.223/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 30 noiembrie 2009 privind produsele cosmetice, precum și ale Regulamentului (UE) nr. 655/2013 al Comisiei din 10 iulie 2013 de stabilire a unor criterii comune pentru justificarea declarațiilor utilizate în legătură cu produsele cosmetic



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin
Programul Operațional Capacitate Administrativă 2014-2020!

Titlul proiectului: RePaS - Responsabilitate și Parteneriat pentru Sănătate
Codul proiectului: SIPOCA 212/ MySMIS+ 112263
Denumirea beneficiarului: Asociația Română pentru Promovarea Sănătății
Data publicării: octombrie 2018

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu
poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.

