



AVOCATUL POPORULUI PENTRU DREPTURILE COPILULUI

RAPORT TEMATIC

**EVALUAREA RESPECTĂRII
DREPTURILOR ȘI LIBERTĂȚILOR
COPILULUI INSTITUȚIONALIZAT
ÎN CENTRELE
FTIZIOPNEUMOLOGICE
DE REABILITARE PENTRU COPII
DIN CORNEȘTI ȘI TÂRNOVA**

CUPRINS

Metodologia raportului	2
Cadrul legal internațional și național privind protecția copiilor care suferă de tuberculoză	3
Centrul ftiziopneumologic de reabilitare pentru copii Cornești	18
Centrul ftiziopneumologic de reabilitare pentru copii Târnova	26
Recomandări	29

METODOLOGIA RAPORTULUI

În procesul de elaborare a Raportului tematic a fost folosită o metodologie complexă, în care au fost utilizate metoda comparativă, analitică, observarea și interviuarea, metode și tehnici, care corespund întru totul necesității elaborării Raportului tematic privind respectarea drepturilor copiilor în instituțiile rezidențiale Centrul Ftiziopneumologic de reabilitare pentru copii Cornești și Centrul Ftiziopneumologic de Reabilitare pentru Copii Târnova.

În scopul de a obține și a prezenta informațiilor cât mai veridice, cu privire la domeniul analizat autorii Raportului au elaborat și transmis un șir de interpelări către principalele instituții de resort: Ministerul Sănătății, Ministerul Educației și Cercetării, direcțiile raionale de asistență socială, direcțiile raionale de educație și centrele de ftiziopneumologie care înseși au constituit obiectul de studiu a prezentului raport.

De asemenea în cadrul procesului de elaborare au fost efectuate vizite la instituțiile vizate, unde au fost plasați copii, au fost purtate discuții cu administrația instituțiilor respective, au fost intervievați colaboratorii instituțiilor rezidențiale și au fost purtate discuții cu copiii care erau plasați la momentul vizitelor în centrele respective.

Problematica abordată și scopul cercetării

În cadrul procesului de monitorizare și de elaborare a raportului tematic Avocatul Poporului pentru drepturile copilului a fost preocupat de problematica respectării drepturilor copiilor pe parcursul plasării în Centrele de ftiziopneumologie menționate. Scopul monitorizării inițiate a constat în analiza procesului de plasament și respectarea drepturilor copiilor pe perioada plasării în Centrul Ftiziopneumologic de reabilitare pentru copii Cornești și Centrul Ftiziopneumologic de Reabilitare pentru Copii Târnova.

Grupul țintă analizat

În cadrul elaborării raportului autorii acestuia au interacționat cu copiii care erau prezenți la momentul efectuării vizitelor și cu colaboratorii instituțiilor rezidențiale vizitate.

Domeniile principale acoperite de studiu

- Analiza cadrului legal în domeniul protecției copiilor plasați în Centrul Ftiziopneumologic de reabilitare pentru copii Cornești și Centrul Ftiziopneumologic de Reabilitare pentru Copii Târnova;
- Analiza serviciilor destinate copiilor, pe care le prestează instituțiile respective și impactul lor asupra drepturilor copilului;
- Analiza eficienței serviciilor sociale destinate copiilor care sunt plasați în centrele respective.

CADRUL LEGAL INTERNAȚIONAL ȘI NAȚIONAL PRIVIND PROTECȚIA COPIILOR CARE SUFERĂ DE TUBERCULOZĂ

Tuberculoza este cea mai răspândită boală infecțioasă la om. Rămâne a fi o problemă majoră în plan Mondial, iar în 1993 a fost declarată de către OMS drept o urgență de sănătate publică. Aproximativ o treime din populația globului este infectată cu *Mycobacteria tuberculosis*. Fiecare persoană infectată cu tuberculoză, poate infecta în mediu între 10 și 15 persoane anual. În lume, la fiecare oră sunt înregistrate circa 49 de cazuri noi cu tuberculoză.

La nivel global, Organizația Mondială a Sănătății a estimat pentru anul 2018 aproximativ 10 000 000 milioane de cazuri noi cu tuberculoză și 1 500 000 milioane de decese cauzate de această boală¹. OMS menționează că tuberculoza rămâne una dintre primele 10 cauze de deces la nivel Mondial, iar milioane de oameni continuă să se îmbolnăvească de tuberculoză în fiecare an. Întru atingerea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă², dar și a Strategiei END TB, Organizația Mondială a Sănătății accentuează asupra necesității de accelerare a acestui declin cu 4-5% anual³.

Tuberculoza este o problemă importantă de sănătate publică în majoritatea țărilor din regiunea europeană a Organizației Mondiale a Sănătății. Chiar dacă s-au înregistrat progrese importante în reducerea incidenței tuberculozei sensibile la medicamente, aceasta rămâne inacceptabil de înaltă în multe țări din Europa de Est și Asia Centrală. În regiunea europeană a OMS, ratele tuberculozei drogrezistente sunt printre cele mai ridicate din lume, iar rata medie de succes al tratamentului pentru tuberculoza rezistentă la medicamente este de doar 54%.

Republica Moldova este în vizorul Organizației Mondiale a Sănătății privind tuberculoza și se regăsește în rândul celor 30 de țări din lume cu o povară înaltă de tuberculoză multidrogrezistentă (TB MDR). Fiind situată în zona cu cea mai mare incidență a tuberculozei dintre toate țările regiunii europene a Organizației Mondiale a Sănătății, țara noastră rămâne a fi un focar de răspândire al acesteia. Situația epidemiologică prin tuberculoză plasează Republica Moldova pe locul doi (după Kazahstan), în aspect de incidență și pe locul patru (după Belarus, Kyrgystan și Kazahstan), pentru TB MDR.

¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>

² <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>

³ *Strategia END TB 2015-2035* - adoptată de statele membre la Adunarea Mondială a Sănătății (mai 2014), scopul căreia constă în stoparea epidemiei, iar ținta - reducerea deceselor prin tuberculoză cu 95% și a incidenței cu 90% între 2015 și 2035 și asigurarea ca nici o familie să nu fie împovărată de cheltuieli exorbitante datorate tuberculozei. Strategia include, de asemenea, ținte care vor fi propuse în viitor pentru 2030, "scopuri de dezvoltare sustenabile" și stabilește repere intermediare pentru anii 2020 și 2025;

În Republica Moldova controlul tuberculozei este realizat prin intermediul Programului Național de Control al Tuberculozei din Republica Moldova, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1160 din 20.10.2016⁴, fiind al cincilea la număr PCNT.

Potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului menționate supra, responsabilitatea primordială pentru controlul tuberculozei în țară îi aparține Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Pe parcursul implementării programelor naționale, Republica Moldova a întreprins acțiuni importante în controlul tuberculozei prin instituirea standardelor internaționale privind măsurile de control și tratament pentru această maladie.

Potrivit Raportului social anual pentru 2018⁵, în ultimii ani se constată o tendință de stabilizare a situației epidemiologice prin tuberculoză. Datele statistice demonstrează o ameliorare a indicatorilor epidemiologici, ca rezultat al asigurării serviciilor de îngrijiri în TB (prevenire, depistare, tratament) centrate pe necesitățile oamenilor. Astfel, ca rezultat al asigurării serviciilor de îngrijiri în TB (prevenire, depistare, tratament) centrate pe necesitățile oamenilor, mortalitatea prin TB pentru anul 2018 a constituit 7.6 la 100 mii populație (304 cazuri), comparativ cu 2017 – 7.9 (320 cazuri) și 2016 – 9,1 (372 cazuri).

În pofida progresului în domeniul prevenirii tuberculozei, această maladie rămâne o problemă de sănătate publică în cele mai multe dintre țările din regiunea europeană a Organizației Mondiale a Sănătății, și în special în cele 18 țări din regiune de înaltă prioritate pentru Stop TB, unde este regăsită și Republica Moldova.

Incidența globală privind tuberculoza în anul 2018 a constituit 75.1 la 100 mii populație (3022 cazuri), în anul 2017 – 83.3 (3352 cazuri), în anul 2016 – 88.5 (3569 cazuri). Se atestă o micșorare cu 15% pe parcursul anilor 2016 - 2018. Din numărul bolnavilor înregistrați, cazuri noi de tuberculoză în anul 2018 au fost 2454, cu o incidență de 61 la 100 mii populație, comparativ cu anul 2017 – 2681 cazuri sau 66.6 la 100 mii populație. În anul 2016 au fost înregistrate 2843 cazuri noi de TB sau 70.5 la 100 mii populație. Se atestă o micșorare cu 13.5% pe parcursul anilor 2016 - 2018. • Incidența globală la copii privind tuberculoza în anul 2018 a constituit 15.9 la 100 mii populație (122 cazuri), în anul 2017 – 21.3 (164 cazuri), în anul 2016 – 18.5 (143 cazuri). Se atestă o micșorare cu 14.1% pe parcursul anilor 2016 - 2018. Din numărul bolnavilor înregistrați, cazuri noi de tuberculoză la copii în anul 2018 au

⁴ <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=367268&lang=1>

⁵ https://msmps.gov.md/sites/default/files/raport_social_anual_2018_final.pdf

fost 119, cu o incidență de 15.5 la 100 mii populație, comparativ cu anul 2017 – 156 cazuri sau 20.3 la 100 mii populație. În anul 2016 au fost înregistrate 139 cazuri noi de TB sau 18 la 100 mii populație. Se atestă o micșorare cu 13.9% pe parcursul anilor 2016 - 2018.

În Republica Moldova majoritatea populației este infectată cu M.tuberculosis. Incidența globală, estimată de OMS pentru Moldova în anul 2018 este de 86.0 la 100 000 populație, iar decalajul de 10.0 % între incidența estimată și cea înregistrată (75.1 la 100 000 populație), invocă faptul că un număr de bolnavi cu tuberculoza activă, rămân în continuare nedepistați. Depistarea tardivă a bolnavilor cu tuberculoza se confirmă prin ponderea de 33% a bolnavilor cu distrucție a țesutului pulmonar. Toate cele menționate mai sus mențin rezervorul de infecție TB în societate⁶.

Totuși, severitatea epidemiei tuberculozei în Republica Moldova rămâne a fi condiționată de diversitatea problemelor socio-economice cu care se confruntă pacienții și familiile acestora. Necesitățile pacientului cu tuberculoză sunt de cele mai dese ori multidimensionale, iar serviciile medicale și de suport prevăzute de legislație sunt insuficiente pentru acoperirea lor.

Printre cele mai importante necesități ale pacientului cu tuberculoză sunt legate de asigurarea asistenței medicale, suport social și psihologic

La nivel internațional, primordial studiului de cercetare la nivel legislativ se prezintă a fi Convenția ONU cu privire la drepturile copilului. Astfel, evidențiem faptul că, din perspectiva Convenției ONU,⁷ incidente pentru sistemul de protecție a drepturilor copilului plasat în Centrele ftiziopneumologice de reabilitare pentru copii sunt prevederile art. 24, 25 și 26 analizate în coroborare cu celelalte prevederi expuse în tratatul internațional.

Respectiv, prin prisma prevederilor art. 24 din Convenție, statele semnatare au obligația de a garanta copilului dreptul la sănătate și accesul la servicii sanitare și medicale, cu accent deosebit pe îngrijirea primară și preventivă a sănătății, pe educația sănătății publice și pe diminuarea mortalității infantile. Astfel, la acest capitol evidențiem faptul că art. 24 din Convenție completează și asigură implementarea primordială a art. 6 „Dreptul la viață și dezvoltare” din Convenție. În această ordine de idei evidențiem faptul că, art. 6 subliniază obligația statelor părți de a asigura supraviețuirea, creșterea și dezvoltarea copilului, inclusiv dimensiunile fizice, mentale, morale, spirituale și sociale ale dezvoltării acestuia. Numeroasele riscuri și factori de protecție care stau la baza vieții, supraviețuirii, creșterii și dezvoltării

⁶ http://ifp.md/files/u1/PCN-55_Tuberculoza_la_copil.pdf

⁷ https://drepturilecopilului.md/files/publications/CDC_2005_final.pdf

copilului trebuie identificate în mod sistematic pentru a concepe și implementa intervenții bazate pe dovezi care abordează o gamă largă de factori determinanți pe parcursul vieții.

Din această perspectivă opinăm asupra faptului că trebuie luați în considerare o serie de factori determinanți pentru realizarea dreptului copiilor la sănătate, inclusiv factori individuali, cum ar fi vârsta, sexul, nivelul de studii, statutul socioeconomic și domiciliul; factori determinanți la locul de muncă în mediul imediat al familiilor, colegilor, profesorilor și furnizorilor de servicii, în special violența care amenință viața și supraviețuirea copiilor ca parte a mediului lor imediat; și determinanți structurali, inclusiv politici, structuri și sisteme administrative, valori și norme sociale și culturale.

Analiza normativă a articolului 24 din Convenție mai este necesară și din perspectiva noțiunilor pe care acesta le prezintă și care sunt extrem de necesar a fi implementate și în plan legislativ național. Astfel, susținem că noutatea cu care vine articolul nominalizat în jurisprudența internațională și națională o reprezintă noțiunea de „cel mai înalt standard de calitate”. În această ordine de idei evidențiem faptul că noțiunea de „cel mai înalt nivel de sănătate atins” ține cont atât de condițiile biologice, sociale, culturale și economice ale copilului, cât și de resursele disponibile ale statului, completate de resursele puse la dispoziție de alte entități, inclusiv de organizațiile neguvernamentale, organizațiile internaționale, comunitatea civilă și sectorul privat.

Totodată, o importanță deosebită în asigurarea protecției drepturilor copilului plasat în Centrele de reabilitare fiziopneumologice, reprezintă și art.25 din Convenția ONU. În acest aspect articolul 25 impune înaltelor părți contractante de a asigura evaluarea periodică a plasamentului copiilor care au fost plasați în instituțiilor rezidențiale în vederea îngrijirii, protecției sau tratamentului copilului. Importanța evaluării periodice a plasamentului copilului reprezintă o necesitate de bază în asigurarea respectării drepturilor copiilor care sunt plasați în instituțiile rezidențiale or, aceasta este unul din principiile care asigură raportul de proporționalitate, unde, pe de o parte, survine necesitatea de a separa copilul de propria familie și al plasa într-o instituție rezidențială iar pe partea opusă este necesitatea de implementare în ansamblu a drepturilor copilului.

În acest sens Comitetul ONU pentru drepturile copilului⁸ încurajează statele părți la adoptarea soluțiilor cât mai prietenoase copiilor care suferă de această afecțiune. Comitetul indică faptul că „tuberculoza în calitate de afecțiune va lăsa sechele adânci în aspect medical copilului, astfel statele urmează să se asigure că vor întreprinde toate măsurile necesare pentru

⁸ <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/Pages/CRCIntro.aspx>

a nu admite schingiuirea/stigmatizarea pe plan social”⁹. Comitetul mai remarcă faptul că tuberculoza fiind o afecțiune de ordin medical a șablonat statele în mare parte în acționarea promptă în vederea tratării și eradicării bolii, totodată lăsând pe planul doi aspectele psihosociale care sunt afectate de pe seama acestei maladii. Drept rezultat la etapa actuală, deși organismele internaționale recunosc că majoritatea statelor, inclusiv Republica Moldova, întreprind măsuri pentru diminuarea și eradicarea tuberculozei în rândul copiilor, totuși aspectele conexe dreptului la sănătate care sunt garantate prin alte articole din convenție sunt neglijate în mare parte. Respectiv, la etapa actuală, deși se remarcă faptul că sunt întreprinse măsuri medicale cu privire la tratarea bolii tuberculozei, aspecte precum: dreptul la educație, dreptul la familie, dreptul la asistență socială drepturile și libertățile civile (libertatea de întrunire, asociere, exprimare), sunt în continuare încălcate de către autoritățile naționale ale statelor.

Pe parcursul desfășurării activităților de pregătire a raportului tematic vom face o referire mai amplă despre drepturile care interferează direct cu sistemul de protecție a copilului care suferă de tuberculoză.

În continuare vom face o analiză a cadrului normativ în vigoare al Republicii Moldova și compatibilitatea acestuia cu standardele internaționale din domeniul protecției copiilor care suferă de tuberculoză. Astfel, cu privire la cadrul normativ în vigoare în Republica Moldova în scopul de a preveni și a combate tuberculoza în rândul copiilor menționăm primordial Constituția Republicii Moldova¹⁰ care prin articolul 36 „Dreptul la ocrotirea sănătății”, articolul 47 „Dreptul la asistență și protecție socială” și articolul 50 „Ocrotirea mamei, copiilor și a tinerilor”, oferă o protecție directă sau prin ricoșeu a copiilor care suferă de tuberculoză. Astfel articolul 36 impută statului garantarea dreptului la sănătate pentru asumarea obligațiilor pozitive și negative în scopul : scăderii mortalității nou-născuților, a mortalității infantile și dezvoltarea sănătoasă a copilului; îmbunătățirea tuturor aspectelor igienei mediului înconjurător și ale igienei industriale; profilaxia și tratamentul bolilor epidemice, endemice, profesionale și de alt fel, precum și lupta împotriva acestor boli prin crearea condițiilor ce ar asigura servicii medicale și un ajutor medical în caz de boală; organizarea prin lege a asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și

⁹https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fGC%2f2003%2f3&Lang=en

¹⁰

file:///C:/Users/OMBUDSMAN/Downloads/Constitutia%20RM%20format%20mic%20Rom%20Tipar%2014-07-2016.pdf

recuperare; controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale și alte măsuri menite să protejeze sănătatea persoanei¹¹.

Obligațiile care revin statului în domeniul garantării și asigurării dreptului la sănătate se realizează pe anumite principii și prin modalități diferite. Unul dintre aceste principii se conține în alin. (2) art. 36, conform căruia minimumul asigurării medicale oferit de stat este gratuit. Acest text constituțional conține anumite premise ale unui sistem mixt de asigurare medicală, deoarece stabilește că statul suportă o parte din cheltuielile de asistență medicală, iar în continuare, legea trebuie să stabilească cuantumul taxelor pentru servicii medicale și modul de plată a acestor taxe. Astfel, Legea nr. 1593- XV din 26 decembrie 2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală prevede¹², în articolul 9 prevede că suma transferurilor din bugetul de stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate se stabilește anual prin legea bugetului de stat, reprezentând o cotă procentuală din totalul cheltuielilor aprobate ale bugetului de stat, cu excepția cheltuielilor efectuate din veniturile cu destinație specială prevăzute în legislație, nu mai mică decât 12,1%.

Garantând dreptul la ocrotirea sănătății, articolul constituțional stabilește obligații în sarcina statului și este firesc să se impună autorității legislative misiunea de a reglementa principalele domenii și aspecte ale realizării dreptului în cauză. Art.36 alin.(3) prevede că structura sistemului național de ocrotire a sănătății și mijloacele de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei se stabilesc potrivit legii organice. Parlamentul și-a realizat obligația respectivă, adoptând Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995¹³, Legea nr. 1402-XIII din 16 decembrie 1997 privind sănătatea mintală, Legea nr. 185- XV din 24 mai 2001 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială. Conform Legii nr. 10-XVI din 03 februarie 2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice, această supraveghere cuprinde toate domeniile de viață și activitate a populației care pot influența negativ sănătatea omului, iar domeniile prioritare în supravegherea de stat a sănătății publice sunt: supravegherea, prevenirea și controlul bolilor transmisibile; supravegherea, prevenirea și controlul bolilor netransmisibile și cronice, generate prioritar de factori exogeni; promovarea sănătății, informarea și educația pentru sănătate; cercetările științifice și de inovare în domeniul sănătății

¹¹ http://www.constcourt.md/public/files/file/informatie_utila/Comentariu_Constitutie.pdf

¹² https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=120073&lang=ro#

¹³ https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128014&lang=ro#

publice; evaluarea determinantilor sociali ai sănătății; sănătatea în relație cu mediul ambiant; prevenirea leziunilor traumatiche; igiena, siguranța produselor alimentare și a altor produse etc¹⁴.

Articolul 47 din Constituție „Dreptul la asistență și protecție socială“, conferă valoare constituțională unuia dintre principiile de bază ale statului democratic. Acest principiu stabilește că dezvoltarea omului liber nu este problema lui personală sau a familiei lui, ci o componentă esențială a politicii de stat. Anume realizările în domeniul protecției și politicii sociale indică nivelul de dezvoltare și prosperitate a statului. Numai dacă există succese în domeniul protecției sociale, se poate spune că statul își realizează obligația constituțională de a apăra drepturile și libertățile omului, de a crea condiții materiale, politice, juridice și de alt gen pentru exercitarea drepturilor și libertăților, pentru implementarea lor în viață. Asistența și protecția socială într-o societate este un domeniu care reunește interesele vitale ale cetățenilor, relațiile de proprietate, metodele legale și mijloacele de reglementare, politica socială a statului și drepturile social-economice ale cetățeanului; de asemenea, este un indiciu al valorilor umane, ca egalitatea, justiția, umanitatea, fundamentele morale ale societății. Obiectivul asistenței și protecției sociale este de a răspunde nevoilor de trai ale persoanelor în vârstă și celor cu handicap. Caracteristicile asistenței sociale cuprind: motive obiective ce necesită mecanisme specifice de protecție socială a cetățenilor, care vizează menținerea sau asigurarea unui anumit nivel de trai (în caz de boală, bătrânețe, invaliditate, șomaj etc.); fonduri speciale, ca sursă pentru asistența socială; modalități speciale de a oferi mijloace de trai; stipularea în legislație a modalităților de acordare a asistenței sociale. Dreptul la asistență și protecție socială este deosebit de complex. Dificultățile pe care le întâmpină multe state în garantarea și realizarea acestuia determină necesitatea unei cooperări internaționale pentru a se asigura un nivel de trai decent pentru toate ființele umane. Importanța pe care nivelul de trai o are pentru persoană, familie și societate în ansamblu face ca eforturile individuale ale fiecărui stat să fie completate de eforturile colective ale comunității internaționale.¹⁵

Originile textului constituțional ale articolului 50 pot fi găsite în actele internaționale, printre care cel mai important loc îl ocupă Convenția internațională cu privire la drepturile copilului, adoptată la 20 noiembrie 1989 la New York¹⁶, care consacră prioritatea intereselor și bunăstării copiilor în toate domeniile vieții publice. Potrivit Convenției, copil este orice ființă umană sub vârsta de 18 ani, cu excepția cazurilor când, în baza legii aplicabile copilului, majoratul este stabilit sub această vârstă. Printre cele mai importante prevederi ale Convenției

¹⁴ http://www.constcourt.md/public/files/file/informatie_utilita/Comentariu_Constitutie.pdf

¹⁵ http://www.constcourt.md/public/files/file/informatie_utilita/Comentariu_Constitutie.pdf

¹⁶ http://artico.md/wp-content/uploads/2017/01/CRC_RO.pdf

sunt cele din articolul 2, care stipulează obligația statelor să respecte și să garanteze drepturile enunțate, fără nicio distincție și discriminare, luând măsuri pentru protejarea efectivă a copiilor împotriva sancțiunilor motivate de situația juridică, de activitățile, de opiniile declarate sau de convingerile părinților lor, ale membrilor familiei și ale reprezentanților legali. Conform articolul 3 din Convenție, interesele supreme ale copilului trebuie să fie luate în considerație cu prioritate, statele părți angajându-se să-i asigure protecția, precum și îngrijirile necesare pentru bunăstarea sa.

Din cadrul blocului legislativ se impune primordial a evidenția Legea nr. 153 din 4 iulie 2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei¹⁷, lege care stabilește cadrul juridic privind realizarea politicii statului în domeniul controlului și profilaxiei tuberculozei în scopul protecției sănătății cetățenilor și asigurării bunăstării sanitar-epidemiologice a populației. Astfel, Legea enunțată prevede că cadrul juridic privind profilaxia tuberculozei se constituie din Constituția Republicii Moldova, din prezenta lege și din alte acte normative, precum și din tratatele internaționale la care Republica Moldova este parte. Mai mult, alin. (3) din art. 1 stipulează faptul că nici prezenta lege, nici alte acte normative în vigoare nu pot limita drepturile cetățenilor la protecție contra tuberculozei și la asistență medicală antituberculoasă.

Totuși legea nu reglementează clar despre protecția persoanelor care sunt supuse măsurilor tratamentului coercitiv stipulând doar la articolul 15 alin. (2) că „Modul de aplicare a tratamentului coercitiv și de supraveghere medicală a categoriei de bolnavi menționată la alin.(1) se stabilește de Guvern”. Astfel, întru implementarea normelor prestabile Guvernul Republicii Moldova adoptă Hotărârea Guvernului nr. 472 din 7 august 2009 pentru aprobarea Regulamentului privind modul de aplicare a tratamentului coercitiv persoanelor bolnave de tuberculoză contagioasă¹⁸, act abrogat ulterior prin Hotărârea Guvernului nr. 295 din 14 mai 2012 pentru aprobarea Regulamentului privind modul de aplicare a spitalizării temporare coercitive în instituțiile medicale specializate antituberculoase a persoanelor bolnave de tuberculoză în formă contagioasă, care refuză tratamentul. Astfel la studierea acestor două acte normative se observă o evoluție involuntară a cadrului juridic pe segmentul tratării tuberculozei în raport cu drepturile omului/copilului. Hotărârea Guvernului nr. 295/2012 oferă o gamă destul de largă a acțiunilor care trebuie să fie respectate obligatoriu înaintea luării deciziei de spitalizare coercitivă a pacientului, fapt care impune deținătorilor de obligații un lucru mai amănunțit și mai responsabil alături de beneficiarii finali (pacienții cu tuberculoză). De

¹⁷ https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=110512&lang=ro

¹⁸ <file:///C:/Users/OMBUDSMAN/Downloads/23348.pdf>

asemenea, autorul actului normativ instituie condiții clare și previzibile în baza cărora vor fi selectate persoanele față de care este necesară aplicarea unei astfel de măsuri de constrângere, fapt ce reprezintă o evoluție pozitivă față de actul abrogat.

O problemă constantă însă la acest capitol este internarea coercitivă a copiilor care sunt diagnosticați cu tuberculoză contagioasă. Deși Legea nr.153/2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei prevede la art. 13, alin. (2) că „Copiilor de până la 18 ani, persoanelor supuse măsurii de ocrotire judiciare sub forma tutelei se acordă asistență medicală antituberculoasă cu consimțământul reprezentantului legal, cu excepția cazurilor prevăzute de prezenta lege și de alte acte legislative și normative în vigoare”¹⁹ iar, la art. 16, alin. (4) stabilește că „...copiii din focarele de tuberculoză se izolează pentru tratament preventiv în instituții de îngrijire specializate”²⁰, fapt ce într-o interpretare *stricto sensu* permite, pe deoparte, concluzionarea stilației precum că internarea coercitivă a copiilor este posibilă, iar pe de altă parte, nu oferă nici un mecanism de control juridic, care ar fi într-o manieră holistică interesului superior al copilului. Astfel, evidențiem faptul că, deși Hotărârea Guvernului 295/2012 instituie niște prevederi mai apropiate standardelor de protecție a drepturilor omului aceasta, nu conține nici unul din cele patru principii generale pe care se bazează Convenția ONU cu privire la drepturile copilului.

În primul rând, actul normativ enunțat urmează a fi coroborat cu *principiul respectării dreptului la viață și dezvoltare a copilului*. Deși principiul respectiv este unul general și se regăsește în majoritatea tratatelor internaționale iar legislatorul național îl transferă în majoritatea cazurilor în acquis-ul național, acesta totuși comportă o particularitatea care este omisă în majoritatea normelor legislative. Astfel, deferența majoră între tratatele din domeniul protecției drepturilor omului și cele de pe segmentul protecției drepturilor copilului rezidă în faptul că la interpretarea dreptului la viață, majoritatea actelor cu privire la drepturile omului se referă la simpla protecție a vieții față de o „lipsire arbitrară”, care nu este acceptată în societatea statului de drept. Cât privește paradigma interpretării dreptului la viață din perspectiva normelor de protecție a dreptului la viață atunci, statele au conceput acestor norme o interpretare mult mai largă și impută deținătorilor de obligații protecția nu doar a vieții ca fenomen, ci prin extindere solicită asigurarea bunei dezvoltări a copilului pe tot parcursul evoluției sale până la atingerea vârstei de 18 ani. Astfel, actul normativ urma să reglementeze situații prin care să

¹⁹ https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=110512&lang=ro

²⁰ Idem;

asigure dezvoltarea copiilor în cazul plasării lor în instituțiile specializate pentru tratamentul tuberculozei.

Un alt principiu la care urma să se racordeze autorul actelor normative analizate este *principiul nediscriminării*, consacrat în art. 2 din Convenția ONU cu privire la drepturile copilului. Deși se evidențiază faptul că acesta este un principiu general care este recunoscut uniform în toate instrumentele de protecție a drepturilor omului, copiii în calitate de grup special urmează să beneficieze de o protecție specială în raport cu acesta. În urma analizei principiului dat rămân nesoluționate un șir de lacune ale actelor analizate. În consecință nu este clar cum se va asigura nediscriminarea copiilor în raport cu integrarea/reintegrarea copilului în mediul social pre și post spitalizare, elemente care sunt primordiale pentru buna implementare a drepturilor copilului. Integrarea socială și anume sentimentul că copilul este acceptat de societate este unul din pilonii de bază care îl fac să se simtă comod și fără pericol în habitatul în care se află.

Principiul interesului superior al copilului este cel de-al treilea element de baza în îndeplinirea protecției drepturilor copilului. Astfel, în implementarea actelor normative din segmentul tuberculozei autorul proiectelor legislative urmează să se asigure că toate acțiunile care vor fi întreprinse de deținătorii de obligații vor fi în strictă concordanță cu acest principiu și nu vor dăuna intereselor copilului. Deși la prima vedere ar fi logic și corect de considerat că în problemele legate de sănătate celelalte drepturi sunt plasate pe un loc secundar, totuși această opinie este una greșită și nu este în spiritul Convenției, care stabilește faptul că toate drepturile urmează a fi implementate într-un concurs ideal (concomitent), pe măsura posibilității realizării lor. Nu este posibil de anulat exercitarea unui drept din considerentul exercitării celui alt. Convenția prestabilește implementarea uniformă a tuturor drepturilor consacrate și impune condiții destul de clare și restrictive pentru cazurile de limitare a unor drepturi, acolo unde este posibil.

Ultimul principiu care urma să fie incorporat în legislația națională analizată este *principiul respectării opiniei și participării copilului în procesul de luare a deciziilor pe segmentele care îl vizează*. Astfel evident este faptul că nici Legea 153/2008 și nici Hotărârea Guvernului 295/2012 nu prevede un mecanism de antrenare a copilului în procesul de luare a deciziei, în consecință, copilul este exclus total din procesul de luare a deciziilor pe acest segment. Argumentul precum că problemele legate de sănătate sunt mult prea serioase pentru a fi discutate cu copiii nu poate fi acceptat, deoarece obligația statului este de a prezenta orice tip de informații într-o manieră cât mai prietenoasă și pe înțelesul nivelului de dezvoltare a copilului.

Astfel ajungem la concluzia că actele normative analizate nu corespund nici unui din principiile prestabilite de Convenția ONU cu privire la drepturile copilului, fiind necesară o remaniere a situației existente, prin modificarea actelor normative existente.

Din domeniul protecției sociale a copiilor care suferă de tuberculoză, este necesar să menționăm Legea nr. 140 din 14 iunie 2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți. Deși Legea nr. 140/2013 nu instituie o măsură specială de protecție a copiilor care suferă de tuberculoză sau a copiilor aflați în focare de tuberculoză, aceasta prin ricoșeu are o influență asupra situației lor prin prisma prevederilor art. 8, lit. d) „copiii sunt lipsiți de îngrijire și supraveghere din partea părinților din cauza absenței acestora de la domiciliu din motive necunoscute”²¹. Astfel, în situația în care părinții copiilor au fost diagnosticați cu tuberculoză și au fost îndreptați pentru a trece procedura de tratament în instituția medicală specializată, autoritățile tutelare de nivelul I și II urmează să întreprindă câteva măsuri concrete în scopul de a asigura protecția copiilor evidențiați.

În primul rând, copiii din focarele de tuberculoză vor fi direcționați către instituția medicală teritorială pentru consultația medicului-ftiziopneumolog și prelevarea probelor Mantoux, pentru confirmarea sau infirmarea infectării copiilor. În cazul în care copiii prezintă semne de infecție și rezultate confirmă acest fapt atunci sfera de influență a sistemului social se diminuează și copiii urmează să fie încadrați similar părinților în instituția specializată de tratare a tuberculozei la copii. Problema majoră privind protecția copiilor survine în cazul în care părinții sunt diagnosticați pozitiv iar copiii au rezultatele testelor negative. În asemenea situații, odată ce copiii au ieșit din instituția medicală, aceștia sunt considerați ca și copii în situație de risc, potențial fiind copii care pot practica vagabondajul sau cerșitul. Situația respectivă se întâmplă din cauza stigmatizării sociale a familiilor cu membri care suferă de tuberculoză și din cauza că autoritățile tutelare de nivelul I (primăriile) nu doresc sau nu reușesc să ofere o protecție eficientă a copilului venit din focarul de tuberculoză.

În scopul de a evita înrăutățirea situației de risc a copilului rămas temporar fără îngrijire părintească, din cauza internării reprezentanților legali în instituțiile medicale, autoritatea tutelară locală de comun cu specialistul local pentru protecția copilului (dacă există, conform ultimilor date erau doar 17 specialiști în toată țara) sau împreună cu asistentul social urmează să decidă asupra plasamentului de urgență a copilului în termen de 72 de ore. Conform standardelor internaționale și a celor naționale din domeniu, în asemenea situații urmează să aibă prioritate plasamentul de urgență în cadrul familiei biologice extinse (bunei, unchi, mătuși)

²¹ https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=110518&lang=ro

totuși, în realitate acești copii se pomenesc a fi refuzați, cât de localitatea în care au locuit, atât și de propriile rude, iar copilul urmează a fi plasat în unul din centrele specializate din Cornești sau Târnova.

Totuși, deși putem evidenția că statul în mare parte oferă o protecție elementară copiilor din focarele de tuberculoză pentru a nu rămâne în stradă, există și o problemă esențială la nivelul legislativ coroborată Legii 140/2013. Esența problemei respective rezidă în faptul că datorită abordării tangențiale a copiilor din focarele de tuberculoză drept copii aflați în situație de risc Legea ca și în alte situații conexe nu a prevăzut norme concrete cu privire la „revederea periodică a plasamentului copilului”, norme prevăzute de Convenția ONU cu privire la drepturile copilului în articolul 25 „Statele părți recunosc copilului care a fost plasat de către autoritatea competentă pentru a primi îngrijiri, protecție sau un tratament fizic sau mintal, dreptul la verificare periodică a tratamentului respectiv și oricăror altor împrejurări legate de plasarea sa”²². Drept rezultat copii care inițial urmează a fi plasați pentru un termen de maxim 6 luni se pot afla în asemenea instituții mai mulți ani, fără ca cineva din rude sau autorități să se intereseze de soarta lor.

În concluzie se consideră necesară acțiunea de modificare a Legii nr. 140/2013 în contextul aspectelor specifice copiilor care se află/s-au aflat în focarele de tuberculoză și a prevederilor legate de revederea plasamentului copiilor instituționalizați în centrele specializate de recuperare.

Un alt act din blocul legislativ care urmează a fi analizat este Legea nr. 10 din 3 februarie 2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice și din Programul național de imunizări pentru anii 2016 – 2020, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1113 din 6 octombrie 2016. Astfel, pe de o parte statul prin prisma prevederilor articolului 52, alin. (6) din Legea 10/2009 „*admiterea copiilor în colectivități și instituții educaționale și de recreere este condiționată de faptul vaccinării lor profilactice sistematice*”²³ prevede obligativitatea vaccinării copiilor și totodată nu instituie un mecanism de constrângere pentru părinții care refuză această procedură. În această ordine de idei menționăm că, deși prezentele acte normative nu se referă direct la tematică abordată în prezentul studiu analitic, totuși insistăm asupra analizei detaliate a acesteia, pentru a ne crea o opinie clară asupra politicii statului cu privire la prevenirea tuberculozei la copii în Republica Moldova, dat fiind faptul că vaccinarea copiilor împotriva tuberculozei face parte din *Programul național de imunizări pentru anii 2016-2020*.

²² https://drepturilecopilului.md/files/publications/CDC_2005_final.pdf

²³ http://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=106570&lang=ro

Astfel, dilema de bază în abordarea acestei tematici rămâne în continuare consimțământul, care este principiul prin care indivizii trebuie să acorde permisiunea lor înainte de a accepta un medic, o intervenție sau o procedură. Conform legilor și reglementărilor în vigoare, în majoritatea țărilor, inclusiv Republica Moldova, consimțământul este necesar pentru o serie de intervenții medicale sau proceduri, de la un simplu test de sânge la procedura de transplant a unui organ, inclusiv vaccinările. În foarte puține circumstanțe bine descrise, cum ar fi situațiile de urgență în timpul vieții, pot fi consimțite unele excepții de la preluarea consimțământului. Consimțământul derivă din principiul autonomiei și constituie o parte importantă a eticii medicale și de sănătate publică. Pentru ca consimțământul să fie valabil, acesta trebuie informat, înțeles și voluntar, iar persoana care consimte trebuie să aibă capacitatea de a lua decizia.

Al doilea aspect din sfera vaccinării pe segmentul protecției drepturilor copilului care suferă de tuberculoză este acordul, această noțiune se referă la procesul implicării copiilor la luarea deciziilor referitoare la vaccinare (sau alte intervenții medicale). Acordul nu este reglementat în lege ca și consimțământul și astfel, este calificat drept o obligație morală, imperativă domeniului protecției copilului, strâns legată de bunele practici în abordarea pacienților. Dreptul internațional oferă un sprijin puternic pentru drepturile copiilor de a participa la decizii despre sănătatea și îngrijirea sănătății lor și, de asemenea, în planificarea și furnizarea serviciilor de sănătate relevante.

Totodată notăm că în cazul principiilor bazate pe concepte despre vaccinuri ca bun public, sau privind obiectivele de sănătate publică de eliminare a bolilor și controlul focarelor, statul poate identifica unul sau mai multe vaccinuri, pentru a le include într-un act legislativ ca fiind obligatorii astfel, excluzând necesitatea acordării consimțământului. Actualmente, din cauza faptului că este necesar consimțământul obligatoriu, vaccinarea depinde de natura juridică a regulii prestabilite. Or, odată ce vaccinarea este obligatorie și legiuitorul trebuie să stabilească concret în lege lista unor vaccinuri obligatorii și condițiile în care acestea pot fi administrate, consimțământul poate să nu fie necesar.

Această opinie rezidă din faptul că actualmente politica vaccinării în Republica Moldova este bazată pe o lege *soft* care, deși instituie obligativitatea vaccinării nu oferă pârghiile necesare pentru implementarea sa, unica restricție prevăzută de lege fiind *interzicerea admiterii în colectivități*. Astfel, statul nu reușește la moment să instituie un mecanism bine definit de asigurare a dreptului la sănătate a copilului, bazat pe principiile Convenției ONU cu privire la drepturile copilului.

Un alt act normativ care urmează a fi analizat în contextul protecției copiilor care suferă de tuberculoză este *Hotărârea Guvernului nr. 1160 din 20 octombrie 2016 privind aprobarea Programului național de control al tuberculozei pentru anii 2016-2020*, deși asemenea programe au fost adoptate încă din perioada anului 2001 astfel, primul Program național fiind legiferat prin Hotărârea Guvernului nr. 559 din 28 mai 2001 pentru perioada anilor 2011-2005. Deși au trecut practic 20 de ani de la adoptarea primului program național situația în domeniul prevenirii tuberculozei nu a cunoscut careva înclinații pozitive ci din contra s-a înrăutățit. Dacă în perioada anului 2001 când a fost elaborat primul Program național de control al tuberculozei numărul persoanelor care erau infectate cu această maladie era de 2895²⁴, atunci în perioada anului 2020, conform datelor Institutului de Ftiziopneumologie, numărul persoanelor bolnave de tuberculoză a ajuns la 3255, dintre care copii -159²⁵.

Analizând actele respective menționăm faptul că acestea nu corespund principiului interesului superior al copilului și nu pot asigura pe deplin o protecție eficientă copiilor care suferă de tuberculoză. Deși legiuitorul pe parcursul timpului a adoptat, a modificat patru Programe naționale de control a tuberculozei, acestea nu fac altceva decât să înrăutățească situația reală a copilului vizând doar aspectul de sănătate iar celelalte aspecte sociale necesare pentru buna dezvoltare a copilului sunt neglijate practic total. Din analiza efectuată constatăm că toate patru acte deși conțin cel puțin câte o mențiune cu privire la copii cu tuberculoză acestea se referă fie la internarea coercitivă a copilului în instituții rezidențiale fie la depistarea rapidă a tuberculozei la copii, drept un grup social vulnerabil. Menționăm că abordarea respectivă este una eronată și care contravine standardelor internaționale de protecție a drepturilor copilului, în special asigurarea interesului superior al copilului, atingerea celui mai înalt standard de calitate a sănătății și asigurarea dreptului la participare în chestiuni care îi vizează.

Din perspectiva legislației analizate, concluzionăm faptul că deși Republica Moldova posedă o legislație pertinentă protecției persoanelor împotriva tuberculozei, implementarea acesteia este una imperfectă. De asemenea este necesar de operat modificări în instrumentele juridice naționale care vor oferi specialiștilor posibilitatea de a aborda o politică holistică în aspectul de respectare a interesului superior al copilului.

Este necesar inițierea unui proces amplu de consultări a copiilor care s-au aflat în contact sau se află în continuare cu mediul și instituțiile de protecție a tuberculozei. Asigurarea implicării urmează a fi efectuată conform tuturor standardelor de calitate a participării copilului

²⁴ https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=47137&lang=ro

²⁵ <http://ftiziopneumologie.asm.md/>

consacrate în Comentariul General nr. 12 (2009) cu privire opinia și participarea copilului²⁶. Totodată statul urmează să fortifice acțiunile de promovare și de informare a acțiunilor de prevenire a infectării cu tuberculoză în rândul populației de până la 18 ani. Aceste acțiuni urmează a fi întreprinse în instituțiile de învățământ prin lecții publice, mese rotunde, acțiuni de caritate, sau statul urmează să invite reprezentanții copiilor la procesul de elaborare a cadrului normativ pertinent pentru prevenirea infectării copiilor cu tuberculoză.

În concluzie, Avocatul Poporului pentru drepturile copilului conchide faptul că autoritățile naționale urmează să implementeze un șir de acțiuni la nivel legislativ astfel, încât să ridice nivelul de compatibilitate dintre cadrul normativ naționale cu cel internațional.

²⁶https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=5&DocTypeID=11

CENTRUL FTIZIOPNEUMOLOGIC DE REABILITARE PENTRU COPII CORNEȘTI

La 14 decembrie 2021 grupul de lucru a efectuat o vizită în scopul familiarizării și monitorizării pe loc a situației privind respectarea drepturilor copiilor plasați în Centrul de reabilitare din Cornești. Interviuul a fost realizat în prezența expertului național contractat în scopul de a elabora raportul tematic și a șefului Direcției Drepturile Copilului din cadrul Oficiului Avocatului Poporului, din partea instituției rezidențiale au participat medicul-șef al instituției Viorica Bânzari, asistenta superioară Irina Bugoi și asistentul social prin cumul și psihologul instituției Tatiana Paladi.

Centrul Ftiziopneumologic de Reabilitare pentru Copii Cornești a fost constituit în baza Hotărârii Guvernului nr. 212 din 22 februarie 2002 cu privire la reorganizarea sanatoriilor pentru copii din subordinea Ministerului Sănătății, în baza fostului sanatoriu antituberculos pentru copii din Cornești, cu preluarea funcțiilor ultimului. Centrul Cornești reprezintă o instituție medico-sanitară publică subordonată Ministerului Sănătății și este specializată în reducerea proceselor de tuberculoză la copii prin asigurarea accesului la servicii de tratament preventiv, tratament în faza de continuare a tratamentului tuberculozei și reabilitarea copiilor din grupurile cu risc sporit de infectare față de maladia respectivă. La fel, centrul asigură suportul medico-social, epidemiologic, cu aplicarea intervențiilor pe nevoile pacientului.

Centrul Cornești reprezintă o instituție bugetară, de nivel republican, are statut juridic, cu toate drepturile și obligațiunile instituției de acest tip: posedă parafă proprie cu stema de stat, foaie de antet, cont bancar. Centrul are abilitatea de a încheia/rezilia în nume propriu contracte, are de a se reprezenta în fața autorităților publice de nivel local și central inclusiv în fața instanțelor de judecată. Bugetul alocat pentru perioada anului 2020 a constituit 7430753,06 (șapte milioane patru sute treizeci de mii șapte sute cincizeci și trei 06 lei), fiind majorat în perioada anului 2021 până la 7986200,06 (șapte milioane nouă sute optzeci și șase de mii două sute),06 lei, iar la data vizitei (14 decembrie 2021), în buget mai fiind disponibili aproximativ două milioane de lei.

Centrul este organizat pentru 100 paturi, predestinat pentru copiii cu vârsta de la 3 la 11 ani din Republica Moldova, copii cu procese locale tuberculoase în fază involutivă, cu sechele posttuberculoase, în perioada precoce sau tardivă de contaminare tuberculoasă, cu reacții hipergice și salt tuberculinic, contaminați și necontaminați din focarele de tuberculoză, cu

maladii nespecifice cronice ale organelor respiratorii și copii care fac frecvent infecții respiratorii.

Centrul este dotat cu un bloc două nivele și demisol, în bloc este amplasată administrația instituției, cabinetele medicale, sălile de studii, dormitoare, camerele de recreare. Astfel, la demisolul blocului au fost amplasate unitatea alimentară, depozitul de produse alimentare, spălătoria și cazangeria. La primul etaj al blocului este amplasată administrația instituției, vestiarul sălile de joc și odină pentru gr. II și III, dormitoare gr. II și III, izolatorul, cabinetul de kinetoterapie și masaj, cabinetul de proceduri medicale, cabinetul stomatologic, cabinetul asistentului social și psihologului, depozitul pentru hainele copiilor din gr. II și III arhiva, blocul sanitar pentru gr. II și III. La etajul doi a fost amplasată sala de activități pentru gr. I, trei săli de clasă, cabinetul de fizioterapie, depozitul de medicamente, laboratorul clinic, contabilitatea, cancelaria și 14 dormitoare pentru copii.

Instituția dispune de un sistem autonom de încălzire pe bază de combustibil solid, nu este contactată la apeductul centralizat, deoarece localitatea Cornești nu dispune de un astfel de apeduct, dar este asigurată cu apă potabilă din cadrul a patru fântâni arteziene, iar cu apă tehnică instituția este aprovizionată în baza unui contract de vânzare-cumpărare încheiat cu un agent economic, dispune de sistem de canalizare și este asigurată cu apă potabilă „OM”, în butelii a câte 19 litri.

În activitatea sa Centrul Cornești se conduce de un șir de acte legislative printre care se enumeră: Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995, Legea nr. 338 din 15 decembrie 1994 privind drepturile copilului, Legea nr. 153 din 4 iulie 2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei, Protocolul Clinic Național „Tuberculoza la copii”, PNC-440, Protocolul Clinic Național „Profilaxia Tuberculozei”, Ordinul Ministerului Sănătății nr. 783 din 11 octombrie 2017 cu privire la aplicarea Programului Național de control a tuberculozei, Ordinul Ministerului Sănătății nr. 411 din 31 mai 2017 cu privire la măsurile de eficientizare a depistării tuberculozei precum și alte acte conexe domeniului de protecție a copilului care este afectat de tuberculoză. În baza actelor enunțate la data de 18 martie 2002 a fost adoptat Statutul Centrului Ftiziopneumologic de Reabilitare pentru Copii Cornești, dar care la etapa actuală nu mai corespunde necesităților de activitate a instituției. Astfel, în perioada anului 2019, administrația Centrului a elaborat un nou proiect de Regulament de activitate, care a fost transmis spre avizare și aprobare către Ministerul Sănătății, dar care nu a fost aprobat nici până la etapa actuală.

În anul 2021 Centrul găzduia 199 de copii, dintre care 114 băieți și 85 de fete, ceea ce este în creștere față de aceeași perioadă a anului 2020, când numărul total de copii internați a

constituit 128. Creșterea, în mare parte, este cauzată de acomodarea la situația de criză provocată de COVID-19, astfel în anul 2019 autoritățile s-au activizat după situația din pandemie fapt care a generat și o ușoară creștere a numărului de copii internați.

Din cadrul vizitei de monitorizare s-a atras atenția asupra respectării drepturilor tangențiale sistemului rezidențial al instituției. Astfel, cu privire la respectarea **dreptului la educație** din interviul petrecut s-a concluzionat faptul că instituția dispune de 12 cadre didactice care asigură exercitarea fizică a dreptului copilului la educație. Datorită faptului că instituția este specializată în instituționalizarea copiilor de la 3-11 ani aici în mare parte se asigură procesul educațional de la ciclul preșcolar și din ciclul primar al învățământului general. Se evidențiază de asemenea și faptul că Centrul Cornești asigură copiii cu manualele necesare conform Curriculumului și cu rechizitele de birou necesare, din bugetul instituției. Din analiza programului de studiu se remarcă faptul că în cadrul instituției se realizează programul de învățământ conform Curriculumului național, iar obiectele de studiu corespund domeniului aprobat de Ministerul Educației și Cercetării.

Totuși, din cadrul discuțiilor cu administrația instituției, autorii au evidențiat faptul că nu se atestă o colaborare oficială între direcția de învățământ raională în cărei rază teritorială se află Centrul Cornești, motiv din care sunt anumite probleme cu privire la acordarea gradelor de calificare pentru personalul didactic încadrat în instituția rezidențială. Problema este cauzată de faptul că Centrul ftizio pneumologic se află în subordinea Ministerului Sănătății și efectiv acesta nu a asigurat o colaborare eficientă instituțiilor din subordine cu entitățile din domeniul educației. Astfel, observăm din răspunsurile recepționate din partea Direcției Educație a raionului Ungheni, o atitudine indiferentă față de procesul educațional care se desfășoară în cadrul instituției date²⁷.

Problema respectivă este menținută inclusiv și de către Ministerul Educației Cercetării care, deși este instituția primordială în asigurarea politicilor din domeniul educației, nu a întreprins măsuri concrete pentru a garanta nivelul de calitate a studiilor oferite în cadrul instituției vizate. Astfel, Ministerul Educației și Cercetării, ca și autoritățile locale își pasează

²⁷ Din răspunsul Direcției Educație Ungheni: „Conform Anexei nr.5 la Hotărârea Guvernului cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății nr. 148 din 25 august 2021, fondatorul I.P. „Centrul ftizio pneumologic de Reabilitare pentru Copii Cornești”, este Ministerul Sănătății. Potrivit pct. 7 sbpct. 11) din Regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, una din funcțiile de bază ale acestuia constă în coordonarea și monitorizarea activității autorităților administrative din subordine și a instituțiilor publice în care Ministerul deține calitate de fondator.”;

responsabilitatea și nu doresc să-și asume responsabilitatea în vederea redresării situației create²⁸.

A mai fost constatat și faptul că deși înșiși colaboratorii centrului menționează că în cadrul instituției există anumite cazuri de abuz și violență între copii, dar și un Registru de evidență a cazurilor de abuz și violență, creat și ținut în conformitate cu Ordinul Ministerului Educației nr. 77/2013 completarea acestui registru este un proces formal, iar o evidență a cazurilor de violență nu este ținută.

Din analiza domeniului **dreptului la educație** se mai evidențiază și faptul că deși instituția rezidențială asigură în mare parte minimul de calitate solicitat de actele normative din domeniul respectiv, au fost înregistrate carențe considerabile în asigurarea implementării articolului 29 al Convenției ONU cu privire la drepturile copilului. Centrul asigură doar partea îngustă a implementării dreptului la educație prin asigurarea condițiilor de predare a materiilor de studiu incluse în programa națională de învățământ lăsând la o parte aspectul general al dreptului la educație în raport cu Convenția ONU și anume formarea copilului drept un individ activ al societății care își conștientizează drepturile și responsabilitățile și poate face uz de el în caz de necesitate. Menționăm că angajații centrului nu au putut prezenta programe educaționale consacrate drepturilor copilului, care au fost realizate în incinta instituției.

În concluzie constatăm că, deși asigurarea dreptului la educație atinge standardele minime de calitate solicitate de Curriculumul național, per general dreptul copilului la educație nu este racordat la standardele prestabilite de Convenția ONU cu privire la drepturile copilului.

Respectarea dreptului la familie, a fost un alt segment analizat în cadrul monitorizării efectuate în procesul de elaborare a raportului. Este necesar de remarcat faptul că în Centrul de reabilitare Cornești sunt instituționalizați copiii, care suferă de tuberculoză și care și efectiv necesită o îngrijire specializată. Totodată, se mai remarcă și faptul că majoritatea copiilor care se află în centrul respectiv provin din familii socialmente vulnerabile, cu condiții precare de trai. În aceste condiții, Avocatul Poporului pentru drepturile copilului remarcă faptul că, contactul cu familia biologică sau cel puțin cu familia biologică extinsă este foarte important pentru buna dezvoltare a copilului. Asigurarea contactului cu familia nu presupune doar asigurarea contactului părinților/rudelor cu copilul, dar și implicarea lor activă în procesul de

²⁸ Din răspunsul MECC nr. 03/1-09/125 din 17 ianuarie 2022: „Centrele Ftizio pneumologice de Reabilitare pentru Copii din localitățile Cornești și Târnova asigură continuitatea procesului educațional prin intermediul personalului didactic angajat în cadrul instituțiilor. De menționat că, în conformitate cu Hotărârea Guvernului nr. 148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, ambele Centre Ftizio pneumologice sunt incluse în lista instituțiilor publice în care Ministerul Sănătății are calitatea de fondator. La solicitare, Ministerul Educației și Cercetării realizează vizite de monitorizare la Centrele menționate. Un mecanism instituțional de cooperare între Ministerul Educației și Cercetării și Ministerul Sănătății nu există.”;

reabilitare și în procesul de educare a copilului atâta timp, cât acesta se află în instituția respectivă.

Din analiza stării de fapt conchidem că asigurarea dreptului la familie a copilului este una superficială, fapt cauzat, în mare parte, de lipsa de interes din partea părinților, dar și de posibilitățile reduse ale instituției. Respectiv, din cele analizate, ajungem la concluzia că copiii, în multe cazuri, sunt practic abandonați în centrele respective, rudele invocând diverse motive pentru ca să nu vină în vizită la propriii copii precum: lipsa resurselor financiare, boala, lipsa condițiilor de trai etc.. De asemenea remarcăm și faptul că nici instituția nu întreprinde măsuri suficiente prin intermediul mecanismului multisectorial de activitate, pentru a implica familia sau autoritățile tutelare de la locul de trai al copilului, în cele mai multe cazuri acest contact există doar la momentul instituționalizării copilului și la momentul de externare.

Din cele analizate din cadrul interviului cu administrația instituției reiese faptul că deși instituția depune eforturi pentru menținerea contactului familie-copil, acesta nu poate fi realizat doar prin aportul unilateral al centrului. Astfel, colaboratorii menționează că, odată cu instituirea regimului de carantină, în pandemie situația cu privire la respectarea dreptului la familie a devenit mult mai complicată. Până la instituirea carantinei din perioada pandemică vizitele părinților erau mai frecvente și chiar au fost cazuri când copiii puteau merge în vacanțe pe câteva zile la domiciliu, fapt care s-a schimbat brusc în perioada anului 2020.

La compartimentul respectării dreptului la familie se mai evidențiază și faptul că deși administrația Centrului Cornești susține că permite și chiar încurajează părinții și rudele să mențină un contact pozitiv cu copiii instituționalizați, totuși din monitorizarea efectuată se remarcă faptul că instituția nu dispune de o cameră amenajată în scopul vizitelor, acestea în mare parte având loc în holul instituției sau în camera de zi a copiilor. De asemenea, Centrul Cornești nu dispune de o cameră separată în care părinții ar putea rămâne cu copiii în cazul vizitelor de lungă durată (1-2 zile). În aceste condiții evidențiem faptul că deși administrația instituției susține necesitatea de creare a unui astfel de spațiu, la etapa actuală acest lucru nu este posibil din cauza limitării resurselor financiare.

La etapa monitorizării contactul cu familia biologică în mare parte se menține prin telefon. Astfel, în incinta instituției copiii au posibilitatea să vorbească cu părinții de la telefonul staționar care este amplasat în anticamera directorului instituției sau în cazul copiilor care au telefoane mobile, ei pot vorbi de la telefonul mobil, doar că toate telefoanele mobile, în scopul de a evita acțiuni infracționale și conflictele între copii sunt depozitate și păstrate la directorul instituției. Astfel ajungem la concluzia că contactul telefonic, indiferent de tipul dispozitivului staționar/mobil, se face doar cu acordul administrației instituției fapt ce reprezintă un obstacol

în comunicarea copiilor cu propria familie. Avocatul Poporului pentru drepturile copilului în constatăriile sale anterioare, inclusiv în rapoartele anuale, a subliniat de mai multe ori importanța contactului telefonic liber al copiilor instituționalizați, a căror deplasare este restricționată sau interzisă din cauza regimului instituției în care se află. Contactul cu familia biologică sau cu persoanele din afara instituției reprezintă o premisă pentru o resocializare mai rapidă a copilului în situația când acesta va termina tratamentul și se va întoarce în societate.

În aceste condiții concluzionăm că instituția publică Centrul de Reabilitare Cornești înregistrează carențe la stabilirea și menținerea contactului între copil și familia biologică extinsă și nu asigură o implementare corespunzătoare a dreptului la familie garantate prin prisma prevederilor art. 5, 9 și 10 din Convenția ONU cu privire la drepturile copilului²⁹.

În ceea ce ține de asigurarea **dreptului la sănătate** se constată faptul că Centrul de Ftiziopneumologie Cornești, fiind instituție cu specific medical, în domeniul prevenirii și profilaxiei tuberculozei, își desfășoară activitatea în concordanță cu legislația din domeniul sănătății și a Protocoalelor Naționale citate anterior. Totuși, din perspectiva asigurării drepturilor copilului s-au constatat un șir de carențe care urmează a fi înlăturate, cât la nivel instituțional, atât și prin intervenția Ministerului Sănătății, în calitate de instituție care coordonează activitatea centrului. Astfel, în cadrul procedurii de monitorizare s-a constatat o discrepanță în procesul de internare a copiilor. Respectiv, din discuțiile purtate cu administrația instituției a fost constatat că la momentul când copiii sunt internați în Centrul de reabilitare în urma avizului medicului ftiziopneumolog și al comisiei de profil acesta, în multe cazuri este adus în centru fie de asistentul social din localitate, de un colaborator medical, sau o rudă din cadrul familiei biologice. Respectiv, se constată problema cu privire la semnarea acordului cu privire la internarea copilului și cu privire la administrarea tratamentului medicamentos. În această ordine de idei conchidem că, în conformitate cu legislația în vigoare, reprezentanții legali ai copilului sunt părinții, tutorii sau curatorii or persoanele care înlocuiesc aceste persoane. Când copilul este adus de o persoană care nu are nici un fel de împuterniciri cu privire la reprezentarea copilului în fața autorităților publice, semnarea acordului urmează a fi interpretată ca fiind nulă de principiu.

De asemenea, o altă problemă conexă respectării dreptului la sănătate a copilului o reprezintă perioada tratamentului administrat. Este de menționat faptul că termenul plasamentului este decis de comisia specializată, ulterior prelungirea tratamentului este decisă de un comitet specializat compus din trei medici din cadrul spitalului IMSP IFP „Chiril

²⁹ https://drepturilecopilului.md/files/publications/CDC_2005_final.pdf

Draganiuc”. Mai mult, persoanele intervievate susțin faptul că tratamentul de reabilitare a copiilor care suferă de tuberculoza urmează a fi administrat anume în incinta instituțiilor specializate, pentru a asigura administrarea medicamentelor conform graficului prestabilit, un regim alimentar adaptat le nevoile specifice tratamentului tuberculozei și efectuării periodice a analizelor. În aceste condiții, deși Ombudsmanul Copilului susține necesitatea administrării corecte și corespunzătoare a tratamentului, totuși, informațiile analizate denotă faptul că în mai multe cazuri de internare au avut loc din motivul că reprezentanții anumitor autorități publice locale au văzut internarea ca pe „o soluție” de a scăpa de copiii problematici de pe teritoriul administrativ subordonat, iar internarea într-o asemenea instituție sau o instituție similară reprezintă pentru unii reprezentanți ai autorităților tutelare locale o formă de „repaos”. Drept consecință, copiii sunt plasați în aceste instituții pe perioade care pot depăși și doi ani, iar însuși faptul plasării copilului în această instituție ridică multe semne de întrebare în cazul când copilul nu are un diagnostic legat de profilul instituției, deoarece este admisă în multe cazuri o confundare intenționată între destinația de reabilitare medicală a instituției și reabilitarea socială a copiilor în situație de criză, dar care nu au probleme de sănătate, în special nu suferă de tuberculoză.

În concluzie susținem faptul că autoritățile urmează să reevalueze procedeele de instituționalizare a copiilor în Centrul de Reabilitare Ftiziopneumologic Cornești.

Neadmiterea discriminării și reîncadrarea socială au fost alte două domenii care au fost analizate de către experții grupului de lucru în cadrul elaborării prezentului raport. Respectiv, se evidențiază faptul că copiii care suferă de tuberculoză, ca și copiii care sunt infectați cu HIV/SIDA, sunt în continuare marginalizați și stigmatizați de societate. Totodată, pandemia a îngreunat cu mult procesul de încadrare socială a copiilor care suferă de tuberculoza astfel, aceștia rămânând în continuare o problemă nesoluționată de către autoritățile publice centrale și locale. Centrul de reabilitare Cornești menține legături slabe cu instituțiile conexe astfel că copii nu sunt implicați în alte activități decât cele care se petrec pe teritoriul instituției cu mici excepții atunci când sunt donații sau programe din afara instituției, de la partenerii non-guvernamentali cu care colaborează instituția.

O altă problemă depistată în cadrul Centrului de Reabilitare Cornești o reprezintă divergența datelor de internare. Respectiv, conform răspunsului parvenit din cadrul instituției la 10 decembrie 2021, în anul 2021 din totalul de copii internați în instituția rezidențială cei mai mulți au parvenit din raionului Nisporeni – 82, Strășeni 39, Chișinău – 20, Anenii-Noi – 22. Totuși, în urma analizei răspunsurilor parvenite din cadrul instituțiilor medicale teritoriale se constată o divergență considerabilă în datele raportate. Astfel, în baza răspunsului parvenit de

la instituția medico-sanitară publică Centrul de sănătate Nisporeni, cu semne de tuberculoză au fost depistați doar 4 copii, care au fost repartizați în Centrele de reabilitare Cornești și Târnova³⁰.

Astfel recomandăm instituirea unui mecanism eficient de monitorizare și raportare cu privire la internare copiilor în Centrul de reabilitare Cornești.

Cu privire la respectarea **drepturilor și libertăților civile** (libertatea de asociere, exprimare, participare) se evidențiază că centrul nu organizează activități și nu dispune de strategii de implicare a copilului în procesul decizional.

Grupul de lucru a avut posibilitatea să poarte discuții confidențiale cu copiii, în cadrul acestor discuții copiii au menționat că sunt satisfăcuți în mare parte de condițiile din centru, dar vor să revină cât mai curând acasă.

³⁰ Răspunsul IMSP Nisporeni nr. 01-14/391 din 23 decembrie 2021;

CENTRUL FTIZIOPNEUMOLOGIC DE REABILITARE PENTRU COPII TÂRNOVA

La 21 decembrie 2021 grupul de lucru, care a fost constituit în scopul de a elabora raportul tematic, a efectuat o vizită de lucru în cadrul Centrului Ftiziopneumologic de Rehabilitare pentru copii Târnova. Interviuul a fost susținut în mare parte cu suportul directorului Centrului, Vera Sprâncenatu. Centrul Ftiziopneumologic de Rehabilitare pentru copii Târnova a fost constituit în baza Hotărârii Guvernului nr.212 din 22 februarie 2002 cu privire la reorganizarea sanatoriilor pentru copii din subordinea Ministerului Sănătății, în baza fostului Sanatoriu antituberculos pentru copii din Târnova, cu preluarea funcțiilor ultimului. Centrul Târnova, reprezintă o instituție medico-sanitară publică subordonată Ministerului Sănătății și este specializată în reducerea tuberculozei la copii prin asigurarea accesului la servicii de tratament preventiv, tratament în faza de continuare a tratamentului tuberculozei și reabilitarea copiilor din grupurile cu risc sporit de infectare față de maladia respectivă. La fel, centrul asigură suportul medico-social, epidemiologic, cu aplicarea intervențiilor pe nevoile pacientului.

Centrul Târnova reprezintă o instituție bugetară, de nivel republican, are statut juridic, cu toate drepturile și obligațiunile instituției de acest tip: posedă parafă proprie cu stema de stat, foaie de antet, cont bancar. Centrul are abilitatea de a încheia/rezilia în nume propriu contracte, are de a se reprezenta în fața autorităților publice de nivel local și central inclusiv în fața instanțelor de judecată. Bugetul alocat pentru perioada anului 2021 a constituit 23 840 400 lei (douăzeci și trei de milioane opt sute patruzeci de mii patru sute lei), la data vizitei (14 decembrie 2021) în buget fiind disponibili câteva milioane care au rămas de pe urma achiziționării produselor alimentare, din cauza că nu a fost suplinit numărul total de paturi preconizat pentru perioada anului 2021. Autorii raportului atrag atenția asupra discrepanței inexplicabile de moment cu privire la diferența dintre sumele bugetare alocate care constituie practic 300% respectiv bugetul alocat pentru Centrul de reabilitarea din Târnova este de 3 ori mai mare decât bugetul Centrului de reabilitare Cornești, deși numărul copiilor plasați în cadrul Centrului de reabilitare Târnova, în anul 2021 este mai mic față de numărul copiilor din instituția rezidențială Cornești 135/199. Deși membrii grupului de lucru au încercat să obțină o informație la acest capitol, nici colaboratorii instituțiilor rezidențiale și nici autoritatea publică centrală, Ministerul Sănătății, nu au oferit un răspuns plauzibil în acest sens.

Centrul este organizat pentru 200 paturi predestinat pentru copiii cu vârsta de la 7 la 16 ani din Republica Moldova, copii cu procese locale tuberculoase în fază involutivă, cu sechele post tuberculoase, în perioada precoce sau tardivă de contaminare tuberculoasă, cu reacții hiperergice și salt tuberculinic, contaminați și necontaminați din focarele de tuberculoză, cu maladii nespecifice cronice ale organelor respiratorii și copii care fac frecvent infecții respiratorii.

În instituția vizată au fost depistați 9 copii care se află în centrul respectiv mai mult de 49 de luni(!), cu toate că internarea recomandată constituie termenul maxim de 6 luni cu posibilitatea de prelungire la recomandarea Comitetului format din 3 medici. În perioada anului 2021, cei ai mulți copii au fost instituționalizați din cadrul raioanelor Dondușeni și Anenii Noi câte 25 și respectiv 26 de copii.

Centrul dispune de cinci blocuri dintre care trei sunt locative obținând ultima acreditare în perioada anului 2018. Instituția dispune de apeduct cu canalizare, din punct de vedere tehnic nu se înregistrează probleme.

Reieșind din considerentul că observațiile constatate în cadrul Centrului de reabilitare Târnova sunt similare celor listate mai sus în capitolul destinat Centrului Cornești vom enunța punctat aspectele cele mai importante.

- Internarea copilului are loc, în majoritatea cazurilor, în prezența persoanelor străine copilului, care nu dispun de împuternicirile necesare pentru a semna acordul de internare și acordul cu privire la administrarea tratamentului medicamentos;
- Acordurile și informația cu privire la internare sunt comunicate și discutate cu persoanele mature fără a implica copilul în discuțiile respective sau cel puțin fără a îi comunica despre starea lucrurilor de fapt;
- La internare copilul este examinat de medicul de gardă împreună cu asistenta medicală;
- Centrul nu dispune de un mecanism concret de internare a pacientului, aceasta rămânând în mare parte la discreția medicului de gardă;
- Contactul copilului cu familia biologică este redus, în mare parte, din cauza interesului scăzut al părinților, dar și din cauza conlucrării slabe a instituției rezidențiale cu autoritățile tutelare locale;
- Contactul copilului cu părinții sau rudele se face în mare parte prin telefonul mobil sau prin telefonul fix. Copiii nu dispun de intimitatea necesară în momentul discuțiilor cu persoanele apropiate;
- Centrul dispune camere de vizită de lungă durată unde părinții pot rămâne peste noapte;

- În perioada 2021 contactul copilului cu familia a fost destul de redus, din cauza condițiilor pandemice COVID-19;
- Instituția nu dispune de un articol bugetar cu privire la procurarea vestimentației pentru copii, aceasta fiind, în mare parte, asigurată de către familia copilului sau de organizațiile filantropice cu care colaborează centrul;
- Centrul dispune de cadrele didactice necesare pentru asigurarea implementării programului de studiu pentru ciclul primar și gimnazial;
- Instituția nu asigură copiii cu manuale;
- Instituția nu duce o evidență, conform legislației în vigoare, a cazurilor de abuz și violență asupra/între copii;
- Participarea copilului în procesul decizional este una formală fără respectarea recomandărilor Comitetului ONU pentru drepturile copilului³¹;
- Centrul nu implementează politici de reîncadrare socială a copilului după momentul externării și în scopul de a evita stigmatizarea copiilor care au fost tratați de tuberculoză;
- În cadrul vizitei de monitorizare administrația Centrului Târnova nu a permis membrilor grupului de lucru să poarte discuții confidențiale cu copiii care se aflau în instituție la ziua vizitei;
- În discuțiile purtate în prezența directorului centrului, copii au menționat că sunt satisfăcuți de condiții, dar doresc să plece cât mai repede acasă;
- Implementarea prevederilor Convenției ONU cu privire la drepturile copilului în cadrul Centrului Ftiziopneumologic de Reabilitare pentru Copii Târnova este una nesatisfăcătoare, în acest scop este necesară intervenția autorităților atât la nivel local, cât și la nivel central.

³¹https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f12&Lang=en

RECOMANDĂRI

În contextul elaborării Raportului Tematic „Evaluarea respectării drepturilor și libertăților copilului instituționalizat în centrele ftiziopneumologice de reabilitare pentru copii din Cornești și Târnova” Avocatul Poporului pentru drepturile copilului, împreună cu grupul de lucru, înaintează următoarele **RECOMANDĂRI**:

- Ministerul Sănătății urmează să reia consultările publice cu privire la adoptarea statutelor noi pentru Centrele de reabilitare Târnova și Cornești;
- Ministerul Sănătății urmează să elaboreze un mecanism de colaborare împreună cu Ministerul Educației și Cercetării în scopul de a evalua și acredita periodic, conform legislației în vigoare, instituțiile didactice din cadrul centrelor de reabilitare;
- Ministerul Sănătății urmează să reevalueze politica de instituționalizare a copiilor în faza de reabilitare a tuberculozei, evitând la maxim posibil plasarea copilului în sistemul rezidențial;
- Ministerul Sănătății împreună cu Ministerul Educației și Cercetării vor găsi soluții cu privire la asigurarea fondului de carte a Centrelor de reabilitare Târnova și Cornești, în special cu manuale pentru predarea obiectelor de studiu din cadrul Curriculumului național;
- Ministerul Sănătății împreună cu autoritățile tutelare locale vor întreprinde măsuri pentru a evita plasamentul copilului în scopuri care excedă tratamentul tuberculos al copilului (sejur de lungă durată);
- Ministerul Sănătății va modifica mecanismele de lucru în cadrul instituțiilor monitorizate cu racordarea acestora la prevederile Convenției ONU cu privire la drepturile copilului.