



# MONITORUL OFICIAL

## AL

### ROMÂNIEI

Anul 173 (XVII) — Nr. 935

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 20 octombrie 2005

#### SUMAR

Nr.	Pagina	Nr.	Pagina
<b>DECIZII ALE CURȚII CONSTITUȚIONALE</b>		<b>ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE</b>	
Decizia nr. 455 din 20 septembrie 2005 referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 11 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 85/2001 privind organizarea și funcționarea asociațiilor de proprietari .....	1-3	1.094. — Ordin al ministrului sănătății privind Planul național de intervenție în pandemia de gripă și constituirea Comitetului național și a comitetelor județene de intervenție în caz de pandemie de gripă .....	6-15
Decizia nr. 456 din 20 septembrie 2005 referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 12 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravențiilor	3-5	1.700. — Ordin al ministrului transporturilor, construcțiilor și turismului privind modificarea și completarea Reglementărilor privind condițiile tehnice pe care trebuie să le îndeplinească vehiculele rutiere în vederea admiterii în circulație pe drumurile publice din România — RNTR 2, aprobate prin Ordinul ministrului lucrărilor publice, transporturilor și locuinței nr. 211/2003, cu modificările și completările ulterioare.....	16
<b>ORDONANȚE ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI</b>			
137. — Ordonanță de urgență pentru autorizarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate să garanteze deschiderea unei linii de credit .....	5-6		

## DECIZII ALE CURȚII CONSTITUȚIONALE

### CURTEA CONSTITUȚIONALĂ

#### DECIZIA Nr. 455 din 20 septembrie 2005

**referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 11 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 85/2001 privind organizarea și funcționarea asociațiilor de proprietari**

Ioan Vida — președinte  
Nicolae Cochinescu — judecător  
Aspazia Cojocaru — judecător  
Constantin Doldur — judecător  
Acsinte Gaspar — judecător  
Kozsokár Gábor — judecător  
Petre Ninosu — judecător  
Ion Predescu — judecător  
Șerban Viorel Stănoiu — judecător  
Aurelia Rusu — procuror  
Mihai Paul Cotta — magistrat-asistent

de proprietari, excepție ridicată de Ioan Sîrbu în Dosarul nr. 6.715/C/2004 al Judecătoriei Galați.

La apelul nominal, lipsesc părțile, față de care procedura de citare a fost legal îndeplinită.

Reprezentantul Ministerului Public pune concluzii de respingere a excepției de neconstituționalitate, ca neintemeiată, considerând că regula majorității, instituită de Codul civil în cazul administrării imobilelor, se justifică din punct de vedere constituțional. În consecință, se apreciază că nu sunt încălcate dispozițiile art. 44 alin. (1) din Constituție.

Pe rol se află soluționarea excepției de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 11 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 85/2001 privind organizarea și funcționarea asociațiilor

CURTEA,  
având în vedere actele și lucrările dosarului, constată următoarele:

Prin Încheierea din 10 noiembrie 2004, pronunțată în Dosarul nr. 6.715/C/2004, înregistrat la Curtea Constituțională la 6 mai 2005, **Judecătoria Galați a sesizat Curtea Constituțională cu excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 11 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 85/2001**, excepție ridicată de Ioan Sîrbu în dosarul menționat, având ca obiect soluționarea acțiunii formulate de o asociație de proprietari pentru evacuarea autorului excepției dintr-un spațiu comercial denumit „dependință”.

**În motivarea excepției de neconstituționalitate**, autorul acesteia susține că prevederile art. 11 alin. (1) din Legea nr. 234/2002 încalcă dispozițiile art. 41 alin. (1) din Constituție [devenit art. 44 alin. (1) după republicarea Constituției].

În motivarea acestei susțineri, se arată că „atributele dreptului de proprietate asupra unui bun sunt dreptul de folosință, de a-i culege fructele și de a dispune de acestea potrivit voinței proprietarului. În condițiile în care un bun se află în proprietatea comună a mai multor persoane, nici un fel de act nu poate fi făcut fără acordul unanim al copărtășilor; este așa numita regulă a unanimității”. Or, se arată în continuare, prevederile legale criticate sunt neconstituționale, deoarece prevăd ca „folosința spațiului să fie încredințată pe baza hotărârii adunării generale a proprietarilor unei asociații de proprietari, în condițiile în care o asociație de proprietari este alcătuită din proprietari ai unor imobile din mai multe blocuri, cu mai multe scări [...]”. Aceștia din urmă nu numai că „nu sunt proprietarii spațiului pentru a-și da acordul, dar nu au nici un interes în această chestiune”. De asemenea, autorul excepției susține că, potrivit dispozițiilor criticate, „un spațiu aflat în proprietate comună poate fi folosit doar «pe baza hotărârii adunării generale a proprietarilor unei asociații de proprietari, cu acordul proprietarilor direct afectați»”, încălcându-se astfel regula unanimității.

**Judecătoria Galați** consideră că dispozițiile criticate sunt constituționale, întrucât regula unanimității privește doar actele de dispoziție, nu și actele de administrare. Or, precizează instanța, dispozițiile criticate prevăd că administrarea spațiilor aflate în proprietate comună se face „pe baza hotărârii adunării generale a proprietarilor, care decid cu majoritate simplă și cu acordul proprietarilor direct afectați”. În consecință, instanța consideră că nu se încalcă dreptul de proprietate al coproprietarilor, întrucât regula unanimității ar duce la imposibilitatea efectuării oricărui act.

Potrivit prevederilor art. 30 alin. (1) din Legea nr. 47/1992, încheierea de sesizare a fost comunicată președinților celor două Camere ale Parlamentului, Guvernului și Avocatului Poporului, pentru a-și exprima punctele de vedere asupra excepției de neconstituționalitate ridicate.

**Guvernul** apreciază că excepția de neconstituționalitate este neîntemeiată. Referitor la invocarea încălcării art. 44 alin. (1) din Constituție, se arată că, „în ce privește conținutul și limitele dreptului de proprietate, prevederile constituționale fac trimitere la lege, astfel că sarcina stabilirii acestora îi revine autorității legiuitoare”.

Regula unanimității, apreciază Guvernul, „care, de altfel, este prevăzută de dispozițiile Codului civil, și nu de Constituție, se aplică numai în cazul actelor de dispoziție, nu și al celor de administrare, cum sunt cele la care se referă art. 11 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 85/2001. Aplicarea unanimității și în cazul închirierii sau dării în folosință a unui spațiu aflat în proprietate comună ar conduce, practic, la imposibilitatea efectuării unor astfel de acte, dat fiind că unanimitatea este greu de obținut,

mai ales în situația asociațiilor de locatari, unde numărul coproprietarilor este unul mai mare”.

**Avocatul Poporului** consideră că dispozițiile criticate sunt constituționale. În argumentarea acestei susțineri, în punctul de vedere prezentat se arată că dispozițiile constituționale invocate referitoare la dreptul de proprietate nu sunt aplicabile în materia contractului de închiriere. În acest sens, sunt menționate deciziile Curții Constituționale nr. 6/1992 și nr. 22/2005. În consecință, Avocatul Poporului consideră că închirierea sau folosirea de către persoanele fizice ori persoanele juridice a spațiilor aflate în proprietatea comună a asociațiilor de proprietari nu aduce nici o atingere dreptului de proprietate al acestora.

**Președinții celor două Camere ale Parlamentului** nu au comunicat punctele lor de vedere asupra excepției de neconstituționalitate.

#### CURTEA,

examinând încheierea de sesizare, punctele de vedere ale Guvernului și Avocatului Poporului, raportul întocmit de judecătorul-raportor, concluziile procurorului, dispozițiile legale criticate, raportate la prevederile Constituției, precum și Legea nr. 47/1992, reține următoarele:

Curtea Constituțională a fost legal sesizată și este competentă, potrivit dispozițiilor art. 146 lit. d) din Constituție, precum și celor ale art. 1 alin. (2), ale art. 2, 3, 10 și 29 din Legea nr. 47/1992, să soluționeze excepția de neconstituționalitate ridicată.

Obiectul excepției de neconstituționalitate, astfel cum a fost formulat, îl constituie dispozițiile „art. 11 alin 1 din Legea nr. 234/2002 pentru aprobarea Ordonanței Guvernului nr. 85/2001”. În realitate, legea în cauză având un singur articol, este evident că autorul excepției se referă la dispozițiile art. 11 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 85/2001 privind organizarea și funcționarea asociațiilor de proprietari, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 544 din 1 septembrie 2001, aprobată cu modificări prin Legea nr. 234/2002, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 296 din 30 aprilie 2002.

Dispozițiile criticate, asupra cărora Curtea urmează să se pronunțe, au următorul cuprins:

— Art. 11. alin. (1): *„Închirierea sau folosirea de către persoanele fizice ori juridice a spațiilor aflate în proprietatea comună a proprietarilor se face numai prin contract de închiriere sau de folosință, semnat din partea asociației de proprietari de către președinte, pe baza hotărârii adunării generale a proprietarilor, cu acordul proprietarilor direct afectați.”*

Dispozițiile constituționale considerate a fi fost încălcate prin textul criticat sunt cele ale art. 44 alin. (1), care au următorul cuprins: *„(1) Dreptul de proprietate, precum și creanțele asupra statului, sunt garantate. Conținutul și limitele acestor drepturi sunt stabilite de lege.”*

Autorul excepției susține, în esență, că prevederile legale criticate sunt neconstituționale, deoarece stabilesc ca „folosința spațiului să fie încredințată pe baza hotărârii adunării generale a proprietarilor [...], în condițiile în care o asociație de proprietari este alcătuită din proprietari ai unor imobile din mai multe blocuri, cu mai multe scări [...]”, deși aceștia „nu sunt proprietarii spațiului pentru a-și da acordul [și] nu au nici un interes în această chestiune”. De asemenea, se susține că textul criticat prevede că „închirierea de către persoanele fizice ori juridice a spațiilor aflate în proprietatea comună a proprietarilor se face numai prin contract de închiriere sau folosință, semnat de președinte, pe baza hotărârii adunării generale a



proprietarilor, cu acordul proprietarilor direct afectați”, ceea ce încalcă „regula unanimității”.

Examinând excepția de neconstituționalitate, Curtea reține că, în cauză, se pune problema limitelor stabilite prin lege cu privire la dreptul de proprietate în cazul bunurilor aflate în coproprietate forțată și perpetuă (*condominium pro indiviso*) în blocurile de locuințe cu mai multe locuințe, în care, potrivit legii, se constituie asociații de proprietari [art. 69 alin. 1 din Legea locuinței nr. 114/1996, respectiv art. 1 și 2 din Ordonanța Guvernului nr. 85/2001].

În legătură cu aceasta, Curtea observă că textul criticat al Ordonanței Guvernului nr. 85/2001 stabilește condițiile de închiriere sau folosire a spațiilor aflate în proprietatea comună a proprietarilor, inclusiv aprobarea prealabilă prin hotărâre a adunării generale a proprietarilor, cu acordul proprietarilor direct afectați. Potrivit art. 5 din Ordonanța Guvernului nr. 85/2001, adunarea generală a proprietarilor exercită conducerea asociației de proprietari adoptând hotărâri cu votul a cel puțin jumătate plus unul din numărul proprietarilor apartamentelor și spațiilor cu altă destinație decât cea de locuință din cadrul unei clădiri [art. 4

alin. (1) din Regulamentul-cadru al asociațiilor de proprietari — anexa nr. 2 din Legea locuinței nr. 114/1996].

De asemenea, Curtea reține că dispozițiile art. 44 alin. (1) din Constituție, care reglementează garantarea dreptului de proprietate privată, prevăd, în același timp, că atât limitele, cât și conținutul acestui drept „sunt stabilite de lege”.

Rezultă, în mod evident, că limitele aduse prin lege dreptului de proprietate, în speță asupra părților destinate folosirii în comun de către toți proprietarii dintr-o clădire cu mai multe locuințe, se justifică constituțional prin asigurarea posibilității efective de administrare, folosire, întreținere și exploatare a imobilului în interesul tuturor proprietarilor de locuințe din acel imobil.

În ceea ce privește susținerea autorului excepției, referitoare la respectarea, în speță, a condițiilor prevăzute de lege cu privire la asigurarea folosirii spațiului comun în litigiu, inclusiv a condițiilor de constituire a asociației de proprietari, Curtea reține că aceasta nu reprezintă o problemă de constituționalitate, ci de aplicare a legii de competență exclusivă a instanței judecătorești.

Potrivit considerentelor expuse, în temeiul art. 146 lit. d) și al art. 147 alin. (4) din Constituție, precum și al art. 1—3, al art. 11 alin. (1) lit. A.d) și al art. 29 din Legea nr. 47/1992,

#### CURTEA CONSTITUȚIONALĂ

În numele legii

DECIDE:

Respinge excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 11 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 85/2001 privind organizarea și funcționarea asociațiilor de proprietari, excepție ridicată de Ioan Sîrbu în Dosarul nr. 6.715/C/2004 al Judecătorei Galați.

Definitivă și general obligatorie.

Pronunțată în ședința publică din data de 20 septembrie 2005.

PREȘEDINTELE CURȚII CONSTITUȚIONALE  
prof. univ. dr. **IOAN VIDA**

Magistrat-asistent,  
**Mihai Paul Cotta**

#### CURTEA CONSTITUȚIONALĂ

**DECIZIA Nr. 456**  
din 20 septembrie 2005

**referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 12 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravențiilor**

Ioan Vida	— președinte
Nicolae Cochinescu	— judecător
Aspazia Cojocaru	— judecător
Constantin Doldur	— judecător
Acsinte Gaspar	— judecător
Kozsokár Gábor	— judecător
Petre Ninosu	— judecător
Ion Predescu	— judecător
Șerban Viorel Stănoiu	— judecător
Aurelia Rusu	— procuror
Mihai Paul Cotta	— magistrat-asistent

Pe rol se află soluționarea excepției de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 12 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravențiilor, excepție ridicată de Societatea Comercială „Transbus Codreanu” — S.R.L. Iași în Dosarul nr. 7.758/2004 al Tribunalului Iași.

La apelul nominal, răspunde autorul excepției, prin avocat, lipsind cealaltă parte, față de care procedura de citare a fost legal îndeplinită.

Reprezentantul autorului excepției solicită admiterea acesteia astfel cum a fost formulată. Se arată că, după întocmirea procesului-verbal de contravenție, contestat în prezenta cauză, Legea nr. 521 a fost abrogată, iar art. 12 alin. (1) din ordonanța criticată nu prevede ce se întâmplă în situația în care fapta pentru care s-a stabilit o sancțiune nu mai este considerată contravenție, iar sancțiunea nu a fost executată sub imperiul vechii reglementări.

Reprezentantul Ministerului Public pune concluzii de respingere a excepției de neconstituționalitate, ca neîntemeiată, arătând că, în realitate, autorul excepției nu ridică o problemă de constituționalitate, ci de lămurire și aplicare a legii.



## CURTEA,

având în vedere actele și lucrările dosarului, constată următoarele:

Prin Încheierea din 8 februarie 2005, pronunțată în Dosarul nr. 7.758/2004, **Tribunalul Iași a sesizat Curtea Constituțională cu excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 12 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001**, excepție ridicată de Societatea Comercială „Transbus Codreanu” — S.R.L. Iași în dosarul menționat, având ca obiect judecarea contestației în anulare formulate de autorul excepției împotriva unei decizii civile.

În motivarea excepției de neconstituționalitate, autorul acesteia susține că prevederile art. 12 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001 încalcă dispozițiile art. 15 alin. (2) din Constituție, care, în urma revizuirii, a consacrat principiul retroactivității legii și în materie contravențională. Se arată că prevederile legale criticate reprezintă o normă anterioară Constituției republicate, neputând opera o abrogare implicită a acesteia, în temeiul art. 154 alin. (1) din Legea fundamentală, ci este necesară o abrogare expresă a dispoziției legale neconstituționale, care să fie constatată de Curtea Constituțională.

Autorul excepției consideră că dispoziția legală criticată este neconstituțională în măsura în care un organ constator a aplicat sancțiunea, iar ulterior a intervenit un act normativ nou care a abrogat expres vechiul act normativ și care nu mai prevede și nu mai sancționează contravențional fapta respectivă. Dacă principiul constituțional al retroactivității a fost consacrat și în materie contravențională în aceeași măsură ca în materia penală, înseamnă, în opinia autorului excepției, că atât consecințele, cât și efectele vor fi aceleași. Ca atare, se arată în continuare, dacă un organ constator a aplicat o sancțiune contravențională și, ulterior, printr-un act normativ, fapta nu mai este considerată contravenție, ea nu se mai execută, contravenientul bucurându-se de toate drepturile, fără a mai suporta consecințele pecuniare ale faptei săvârșite.

**Tribunalul Iași** consideră că excepția de neconstituționalitate este întemeiată. Se arată că „în raport cu art. 15 alin. (2) și art. 148 alin. (2) din Constituție, coroborate cu prevederile art. 6 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, nu s-ar putea angaja o eventuală răspundere contravențională unei persoane pentru o contravenție săvârșită în trecut, în condițiile în care această faptă nu mai este considerată contravenție, chiar și atunci când sancțiunea a fost aplicată și nu a fost executată până la apariția noului act normativ care o dezincriminează”.

Potrivit prevederilor art. 30 alin. (1) din Legea nr. 47/1992, încheierea de sesizare a fost comunicată președinților celor două Camere ale Parlamentului, Guvernului și Avocatului Poporului, pentru a-și exprima punctele de vedere asupra excepției de neconstituționalitate ridicate.

**Guvernul** apreciază că excepția de neconstituționalitate este neîntemeiată. În argumentarea acestui punct de vedere, se arată că dispozițiile legale criticate „înstituie, în materia faptelor ce constituie contravenții, o soluție similară celei existente în dreptul penal cu privire la aplicarea retroactivă a legii penale mai favorabile”. Totodată, se apreciază că textul constituțional al art. 15 nu este încălcat „atâta timp cât dispozițiile criticate fac referire la nesancționarea faptelor ce nu mai sunt calificate drept contravenție, fără a se face distincție dacă această nesancționare privește aplicarea sau executarea sancțiunii”.

În punctul de vedere prezentat, este menționată Decizia Curții Constituționale nr. 537 din 7 decembrie 2004, referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 12 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001.

Guvernul arată că prin decizia respectivă Curtea a constatat că, „în realitate, autorul excepției nu ridică o problemă de constituționalitate, ci o problemă de aplicare a legii, de competența instanței de judecată”.

**Avocatul Poporului** consideră că dispozițiile criticate sunt constituționale. În motivarea acestui punct de vedere, se arată, referitor la critica de neconstituționalitate față de prevederile art. 15 alin. (2) din Constituție și cele ale art. 6 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, că „prevederile legale criticate au ca obiect dezincriminarea cu titlu general a faptei săvârșite și produc efecte pentru viitor începând cu momentul intrării în vigoare a actului normativ și, prin urmare, efectele care s-au produs sub imperiul actului normativ anterior rămân câștigate cauzei și încetează de la data apariției noului act normativ”.

Avocatul Poporului face referire la deciziile Curții Constituționale nr. 25/2003, nr. 197/2003, nr. 318/2003, nr. 323/2003 și nr. 83/2004, prin care s-a statuat că legislația din România intră sub incidența prevederilor art. 6 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale. Astfel, se arată în continuare, „o eventuală sancționare contravențională a unei persoane pentru o faptă săvârșită în trecut, în condițiile în care această faptă nu mai constituie, în prezent, contravenție, apare ca fiind nejustificată”.

**Președinții celor două Camere ale Parlamentului** nu au comunicat punctele lor de vedere asupra excepției de neconstituționalitate.

## CURTEA,

examinând încheierea de sesizare, punctele de vedere ale Guvernului și Avocatului Poporului, raportul întocmit de judecătorul-raportor, concluziile autorului excepției și ale procurorului, dispozițiile legale criticate, raportate la prevederile Constituției, precum și Legea nr. 47/1992, reține următoarele:

Curtea Constituțională a fost legal sesizată și este competentă, potrivit dispozițiilor art. 146 lit. d) din Constituție, precum și celor ale art. 1 alin. (2), ale art. 2, 3, 10 și 29 din Legea nr. 47/1992, să soluționeze excepția de neconstituționalitate ridicată.

Obiectul excepției de neconstituționalitate îl constituie dispozițiile art. 12 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravențiilor, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 410 din 25 iulie 2001, aprobată cu modificări prin Legea nr. 180/2002, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 268 din 22 aprilie 2002, cu modificările și completările ulterioare.

Dispozițiile criticate ca fiind neconstituționale au următorul cuprins:

— Art. 12 alin. (1): „(1) Dacă printr-un act normativ fapta nu mai este considerată contravenție, ea nu se mai sancționează, chiar dacă a fost săvârșită înainte de data intrării în vigoare a noului act normativ.”

Textul constituțional invocat în susținerea excepției este art. 15 alin. (2), care are următorul cuprins:

„(2) Legea dispune numai pentru viitor, cu excepția legii penale sau contravenționale mai favorabile”.

Autorul acesteia apreciază, în esență, că dispozițiile criticate încalcă principiul legii contravenționale mai favorabile, consacrat de art. 15 alin. (2) din Constituție, întrucât, ulterior, „a intervenit un act normativ nou care



a abrogat expres vechiul act normativ și care nu mai prevede și nu mai sancționează fapta respectivă ca contravenție“.

Examinând excepția de neconstituționalitate, Curtea reține că în jurisprudența sa s-a mai pronunțat asupra excepției de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 12 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001 în sensul respingerii acesteia.

Prin Decizia nr. 537 din 7 decembrie 2004, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 74 din 21 ianuarie 2005, Curtea a respins excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 12 din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001, prin raportare la dispozițiile art. 15 alin. (2) din Constituție. În considerentele deciziei, Curtea a reținut că „între dispoziția legală criticată și textul constituțional invocat nu există incompatibilitate. În realitate,

autorul excepției nu ridică o problemă de constituționalitate, ci o problemă de aplicare a legii, de competența instanței de judecată, eventual, de completare a acesteia, ceea ce depășește competența Curții Constituționale, întrucât, potrivit dispozițiilor art. 2 alin. (3) din Legea nr. 47/1992 privind organizarea și funcționarea Curții Constituționale, «Curtea Constituțională se pronunță numai asupra constituționalității actelor cu privire la care a fost sesizată, fără a putea modifica sau completa prevederile supuse controlului»“.

Soluția Curții Constituționale în cauza respectivă, precum și considerentele care au stat la baza acesteia își păstrează valabilitatea și în cauza de față, întrucât nu se invocă elemente noi de natură a schimba această jurisprudență.

Potrivit considerentelor expuse, în temeiul art. 146 lit. d) și al art. 147 alin. (4) din Constituție, precum și al art. 1—3, al art. 11 alin. (1) lit. A.d) și al art. 29 din Legea nr. 47/1992,

#### CURTEA CONSTITUȚIONALĂ

În numele legii

DECIDE:

Respinge excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 12 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravențiilor, excepție ridicată de Societatea Comercială „Transbus Codreanu” — S.R.L. Iași în Dosarul nr. 7.758/2004 al Tribunalului Iași.

Definitivă și general obligatorie.

Pronunțată în ședința publică din data de 20 septembrie 2005.

PREȘEDINTELE CURȚII CONSTITUȚIONALE,  
prof. univ. dr. **IOAN VIDA**

Magistrat-asistent,  
**Mihai Paul Cotta**

## ORDONANȚE ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

### GUVERNUL ROMÂNIEI

#### ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ pentru autorizarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate să garanteze deschiderea unei linii de credit

Având în vedere că bugetul pentru anul 2005 al Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate nu conține resurse suficiente pentru acoperirea arieratelor aferente anului 2004 și pentru acoperirea pachetului de servicii medicale de bază și contravalorii medicamentelor acordate în anul 2005, precum și riscul de blocare a acordării serviciilor medicale și medicamentelor în ambulatoriu pentru asigurați ca urmare a neîndeplinirii angajamentelor financiare prevăzute de Ordonanța Guvernului nr. 42/2005 privind reglementarea unor măsuri financiare în domeniul sanitar, este necesară identificarea în regim de urgență a unor noi soluții de plată, care să asigure continuarea acordării asistenței medicale pentru populație.

În temeiul art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

**Guvernul României** adoptă prezenta ordonanță de urgență.

Art. 1. — (1) Se autorizează Casa Națională de Asigurări de Sănătate să garanteze deschiderea unei linii de credit la instituții bancare agreeate de Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Finanțelor Publice, în limita sumelor prevăzute de Ordonanța Guvernului nr. 42/2005 privind reglementarea unor măsuri financiare în domeniul sanitar și nedecontate până la

1 octombrie 2005, cu termen de scadență 31 ianuarie 2006.

(2) În bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2006 se vor cuprinde sume pentru acoperirea sumelor utilizate din linia de credit.

Art. 2. — (1) Plățile efectuate din linia de credit către furnizorii de servicii medicale și medicamente în termenul



prevăzut la art. 1 alin. (1) se vor face în condițiile în care furnizorii optează să suporte costurile de finanțare, aplicate paritar în funcție de data la care se va folosi linia de credit.

(2) Costurile aferente utilizării liniei de credit deschise la o instituție bancară în condițiile prevăzute la art. 1 alin. (1), după data de 31 ianuarie 2006, se vor suporta din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Art. 3. — Ministerul Finanțelor Publice, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate vor

elabora norme de aplicare a prevederilor art. 1 și 2 în termen de 15 zile de la publicarea în Monitorul Oficial al României, Partea I, a prezentei ordonanțe de urgență.

Art. 4. — Pe data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență se abrogă art. 5, 6 și art. 7 alin. (1), precum și alte dispoziții contrare din Ordonanța Guvernului nr. 42/2005 privind reglementarea unor măsuri financiare în domeniul sanitar, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 667 din 26 iulie 2005.

PRIM-MINISTRU  
**CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU**

Contrasemnează:  
Ministrul sănătății,  
**Gheorghe Eugen Nicolăescu**  
Ministrul finanțelor publice,  
**Sebastian Teodor Gheorghe Vlădescu**  
Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Cristian Vlădescu**

București, 29 septembrie 2005.  
Nr. 137.

## ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

### ORDIN

**privind Planul național de intervenție în pandemia de gripă și constituirea Comitetului național și a comitetelor județene de intervenție în caz de pandemie de gripă**

În temeiul prevederilor Legii nr. 100/1998 privind asistența de sănătate publică, cu modificările și completările ulterioare, și ale Hotărârii Guvernului nr. 168/2005 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

văzând Referatul de aprobare al Direcției de sănătate publică nr. E.N. 2.274 din 11 octombrie 2005,

**ministrul sănătății** emite prezentul ordin.

Art. 1. — Se aprobă Planul național de intervenție în pandemia de gripă, prevăzut în anexa nr. I.

Art. 2. — Se aprobă componența Comitetului național și a comitetelor județene de intervenție în caz de pandemie de gripă, prevăzută în anexa nr. II.

Art. 3. — Se abrogă prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 861/2004 privind organizarea Comitetului

național și a comitetelor județene de intervenție în caz de pandemie de gripă, precum și alte dispoziții contrare.

Art. 4. — Anexele nr. I și II fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 5. — Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,  
**Gheorghe Eugen Nicolăescu**

București, 13 octombrie 2005.  
Nr. 1.094.



## PLAN NAȚIONAL de intervenție în pandemia de gripă

### Abrevieri:

MS	—	Ministerul Sănătății
CNIP	—	Comitetul Național de Intervenție în caz de Pandemie de Gripă
CJIP	—	Comitetul județean de intervenție în caz de pandemie de gripă
CNG — IC	—	Centrul Național de Gripă — Institutul Cantacuzino
CNAS	—	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
OMS	—	Organizația Mondială a Sănătății
ANM	—	Agenția Națională a Medicamentului
DSP	—	Direcția de sănătate publică
ISP	—	Institutul de Sănătate Publică
MAI	—	Ministerul Administrației și Internelor
MAPN	—	Ministerul Apărării Naționale
MTCT	—	Ministerul Transporturilor, Construcțiilor și Turismului
MJ	—	Ministerul Justiției
MEC	—	Ministerul Educației și Cercetării
SRI	—	Serviciul Român de Informații
SIE	—	Serviciul de Informații Externe
INCDMI	—	Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Microbiologie
„Cantacuzino“	și	Imunologie „Cantacuzino“

### Declarație de principii:

— MS este de acord și susține participarea României la măsurile de intervenție națională, regională și internațională în cazul unei pandemii de gripă.

— MS, prin ministrul sănătății, va asigura implicarea Guvernului și a organelor administrative locale în luarea unor decizii politice, economico-financiare și sociale în cazul apariției unei pandemii de gripă.

— Pandemia de gripă fiind considerată calamitate, Guvernul și implicit MS vor asigura participarea la măsurile de intervenție a reprezentanților tuturor segmentelor de activitate ale societății.

#### A. Obiective:

- reducerea îmbolnăvirilor, complicațiilor și a deceselor;
- limitarea disrupției sociale și a pierderilor economice.

#### B. Direcții (activități/acțiuni)

##### I. Măsurile generale (organizatorice):

- constituirea CNIP și a CJIP;
- elaborarea planurilor locale (județene) de intervenție în pandemia de gripă.

##### II. Măsurile specifice:

1. supraveghere;
2. managementul cazurilor;
3. chimioprofilaxia și vaccinarea extensivă a populației;
4. terapia antivirală a gripei severe și/sau complicate.

##### III. Fazele pandemiei de gripă și nivelurile de pregătire

###### Perioada interpandemică

Faza 1. Nici un nou subtip de virus gripal nu a fost detectat în populația umană. Un subtip de virus gripal care a cauzat infecție umană poate fi prezent la animale. Dacă

este prezent la animale, riscul<sup>1)</sup> infecției sau bolii la om trebuie să fie considerat scăzut.

Faza 2. Nici un nou subtip de virus gripal nu a fost detectat în populația umană. Totuși un subtip de virus gripal circulant la animale are un risc<sup>1)</sup> important de boală la om.

###### Perioada de alertă pandemică

Faza 3. Infecție (infecții) umană (umane) cu un nou subtip, dar fără transmitere de la persoană la persoană sau, în cele mai rare situații, cu răspândire la un contact strâns<sup>2)</sup>.

Faza 4. Mic focar (mici focare) cu noul subtip de virus cu transmitere limitată de la persoană la persoană, dar răspândirea este bine localizată geografic, sugerând că virusul nu este bine adaptat la om<sup>2)</sup>.

Faza 5. Focar mai mare (focare mai mari), dar transmiterea de la persoană la persoană este încă limitată, sugerând că virusul devine din ce în ce mai bine adaptat la om, dar nu poate fi încă pe deplin transmisibil (este un risc important de pandemie)<sup>2)</sup>.

###### Perioada pandemică

Faza 6. Transmitere crescută și susținută în populația generală<sup>2)</sup>.

###### Perioada postpandemică

Revenirea la perioada interpandemică.

#### IV. Comunicatii:

- circuitul informațiilor specializate;
- circuitul informațiilor de interes public;
- alertarea/avertizarea populației.

<sup>1)</sup> Diferența dintre fazele 1 și 2 se bazează pe riscul infecției umane sau al bolii cauzate de tulpini circulante la animale. Distincția se bazează pe diferiți factori și pe importanța lor conform cu cunoștințele științifice. Factorii pot include: patogenitatea la animal și om; apariția la animalele domestice și din ferme sau numai la cele sălbatice; dacă virusul este enzoonotic ori epizoonotic, localizat geografic sau larg răspândit; alte informații despre genomul viral și/sau alte informații științifice.

<sup>2)</sup> Distincția dintre fazele 3, 4, 5 și 6 se bazează pe evaluarea riscului unei pandemii. Trebuie să fie luați în considerare diferiți factori și importanța lor conform cu cunoștințele științifice. Factorii pot include: rata de transmitere; localizarea geografică și răspândirea; severitatea bolii; prezența genelor provenind din tulpini umane (dacă virusul a derivat dintr-o tulpină animală); alte informații despre genomul viral și/sau alte informații științifice.



## C. Metodologie

### I. Măsurile generale

#### a. Structuri de comandă/coordonare/decizie

##### 1. la nivel central: CNIP (MS, CNG—IC) — componența (model OMS)

###### • lărgită:

a) reprezentanți ai autorității (care poate funcționa în caz de necesitate):

— MS — Direcția de sănătate publică (director, director adjunct);

— DSP județene și a municipiului București (director executiv, director adjunct — medicină preventivă);

— ANM (președinte sau șef compartiment produse biologice);

— MS — Direcția generală farmaceutică și aparatură medicală (director general);

— CNG — IC (șef centru și responsabil compartiment diagnostic);

— directorul Institutului de Virusologie și/sau șeful laboratorului de gripă;

— copreședinții Comisiei Naționale de Epidemiologie;

— copreședinții Comisiei Naționale de Boli Infecțioase;

b) Asociația Națională a Medicilor de Familie (președinte); asociațiile județene ale medicilor de familie (președinți); directorul Institutului Național de Pneumologie „Marius Nasta”; șefii secțiilor de pneumologie județene sau pneumologi desemnați de aceștia; reprezentant al sindicatului sau al Asociației Naționale a Asistenților Medicali; un reprezentant al Colegiului Medicilor din România și un reprezentant al Colegiului Farmaciștilor din România;

c) șefii compartimentelor de virusologie și epidemiologie din ISP-uri (București, Cluj-Napoca, Timișoara, Iași); șefii catedrelor de microbiologie sau ai disciplinelor de virusologie (București, Arad, Craiova, Cluj-Napoca, Brașov, Iași, Constanța, Sibiu, Oradea, Timișoara); șefii disciplinelor de epidemiologie din aceleași universități; șefii clinicilor și ai catedrelor de boli infecțioase;

d) directorul Laboratorului Central de Diagnostic Veterinar și/sau șeful compartimentului de virologie; șefii laboratoarelor sanitar-veterinare județene și/sau virologi desemnați; șefii catedrelor de microbiologie sau ai disciplinelor de virologie din facultățile de medicină veterinară;

e) reprezentanți ai producătorului național de vaccin gripal (directorul adjunct de producție și coordonatorul ariei de producție a vaccinului gripal din INCDMI „Cantacuzino”);

f) reprezentanți ai Asociației Importatorilor și Exportatorilor de Produse Farmaceutice și ai distribuitorilor;

g) un reprezentant al Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei;

h) reprezentanți ai direcțiilor județene de asistență și protecție socială;

i) șeful compartimentului de combatere și profilaxie a bolilor infecțioase din direcțiile de sănătate ale MAPN și MAI;

j) un reprezentant al apărării civile — organ central;

k) un reprezentant al Crucii Roșii — organism central și, eventual, al Semilunii Roșii;

l) reprezentant/reprezentanți al/ai cultelor religioase;

m) reprezentanți ai mass-media (ziare, televiziuni, agenții de presă, radio);

• nucleu central (executiv) cu activitate permanentă:

— un reprezentant al direcției de sănătate publică (director);

— un reprezentant al Direcției generale farmaceutice și aparatură medicală din MS;

— un reprezentant al Direcției generale de asistență medicală, structuri sanitare și salarizare (director general/director adjunct) din MS;

— un reprezentant al CNG — IC (șef centru);

— director adjunct programe de sănătate din INCDMI „Cantacuzino”;

— un specialist în producția de vaccin gripal;

— directorul general al INCDMI „Cantacuzino”;

— un reprezentant al Institutului Național de Pneumologie „Marius Nasta” (director);

— un reprezentant al Direcției medicale din MAPN (director adjunct);

— un reprezentant al Direcției medicale din MAI (director adjunct);

— un reprezentant al Direcției medicale din MTCT (epidemiolog-șef);

— un reprezentant al structurii medicale din MJ;

— un reprezentant al structurii medicale din SRI;

— un reprezentant al structurii medicale din SIE;

— un reprezentant al MAI (personal nemedical, ca reprezentant al administrației locale);

— un reprezentant al Inspectoratului General pentru

Situații de Urgență (personal de specialitate, nemedical);

— copreședinții Comisiei Naționale de Epidemiologie

a MS;

— copreședinții Comisiei Naționale de Boli Infecțioase

a MS;

— un reprezentant al ANM (șef compartiment produse

biologice);

— un reprezentant al Asociației Naționale a Medicilor

de Familie;

— un reprezentant al mass-media;

##### 2. la nivel local: componența recomandată a CJIP (DSP):

— director adjunct medicină preventivă din DSP;

— șef compartiment epidemiologie din DSP;

— șefi ai clinicilor universitare/secțiilor cu profil de boli infecțioase, medicină internă, pediatrie, pneumologie;

— un reprezentant al colegiului județean al farmaciștilor;

— șef laborator județean microbiologie al DSP;

— un reprezentant al casei județene de asigurări de sănătate;

— un reprezentant medical al MAI, din cadrul centrelor medicale județene, respectiv al municipiului București, din rețeaua proprie;

— un reprezentant medical al MAI;

— un reprezentant al structurii medicale din SRI;

— un reprezentant al structurii medicale din SIE;

— un reprezentant al autorității județene sanitar-veterinare;

— președintele asociației județene a medicilor de familie;

— directorul stației de salvare județene;

— un reprezentant al mass-media.

##### b. Unități efectoare:

— supraveghere: DSP-uri județene și a municipiului București (cabinete medici de familie, laboratoare județene, compartiment epidemiologie), direcții medicale (compartiment epidemiologie: MAPN/MAI/MTCT, CNG — IC, Institutul de Diagnostic și Sănătate Animală);

— managementul cazurilor: DSP-uri județene (medici de familie, spitale, stații de ambulanță, farmacii, depozite de medicamente);

— chimioprofilaxia și vaccinarea extensivă a populației: DSP-uri județene (cabinete medici de familie, centre de vaccinare);

— producția de vaccin: INCDMI „Cantacuzino” (în funcție de posibilități, suplimentare de doze prin achiziții/redistribuire

— OMS); distribuția de vaccin și antivirale: națională (MS), locală (DSP-uri, farmacii și depozite);



— tratamentul antiviral al gripei severe/complicate: cabinete medici de familie, spitale.

## II. Măsurile specifice

### 1. *Supraveghere:*

a) monitorizarea circulației virusurilor gripale umane prin izolarea/detecția de virusuri din produsele patologice recoltate în orice zonă a țării din focare și de la persoane cu afecțiuni compatibile cu gripă, din ambulator, internate sau care provin/au efectuat călătorii din/în zone afectate în sezonul curent sau în afara acestuia în cazul izbucnirii unei pandemii;

b) monitorizarea circulației virusurilor gripale animale de către autoritățile sanitare veterinare cu asistența CNG — IC;

c) extinderea folosirii diagnosticului serologic cu asistența CNG — IC în toate laboratoarele județene (DSP) și/sau în laboratoarele din clinicile (spitalele) de boli infecțioase (unde este cazul, dotare și instruire de personal);

d) prepararea și furnizarea de reactivi pentru diagnosticul serologic (HI) laboratoarelor județene de către CNG — IC;

e) supravegherea evoluției indicatorilor nespecifici ai activității gripale (morbidity, mortalitate, absenteism, consum de medicamente etc.);

f) prepararea de reactivi pentru diagnosticul virologic (caracterizarea antigenică a izolatelor) din virusurile de referință pentru sezonul curent și din virusul pandemic (sursa OMS) de către CNG — IC.

### 2. *Managementul cazurilor:*

a) asigurarea asistenței primare (consultații, vizite la domiciliu);

b) asigurarea asistenței de urgență (ambulanță, camere de gardă, terapie intensivă);

c) asigurarea spațiilor de spitalizare;

d) asigurarea rezervelor de medicamente și a materialelor sanitare (seringi, ace, măști etc.).

### 3. *Chimioprofilaxia și vaccinarea extensivă a populației:*

— alegerea strategiei vaccinale și stabilirea necesarului optim de doze de vaccin;

— stabilirea necesarului de antivirale pentru profilaxie și tratarea cazurilor severe.

## III. Descrierea fazelor și nivelurilor de pregătire:

### *Perioada interpandemică*

Faza 1. Nici un nou subtip de virus gripal nu a fost detectat în populația umană. Un subtip de virus gripal care a cauzat infecție umană poate fi prezent la animale. Dacă este prezent la animale, riscul infecției sau bolii la om trebuie să fie considerat scăzut.

Faza 2. Nici un nou subtip de virus gripal nu a fost detectat în populația umană. Totuși un subtip de virus gripal circulant la animale posedă un risc important de boală la om.

Acțiuni ce trebuie luate: supravegherea și controlul gripei conform cu planul anual de acțiune.

### *Perioada de alertă pandemică*

Faza 3. Infecție (infecții) umană (umane) cu un nou subtip, dar fără transmitere de la persoană la persoană, sau în cele mai rare situații, cu răspândire la un contact strâns.

Acest nivel de pregătire se instituie după primele raportări privind izolarea unui nou subtip viral, fără să existe dovezi clare de răspândire a unui astfel de virus sau a unei activități în focar asociate noului virus.

### Acțiuni ce trebuie luate:

— intensificarea supravegherii prin creșterea izolatelor de virus gripal și diagnostic serologic;

— cererea de reactivi — de la OMS — pentru noul subtip de virus gripal;

— caracterizarea antigenică, izolatele care diferă semnificativ de tulpinile circulante sunt trimise centrelor regionale de referință;

— monitorizarea persoanelor care călătoresc către sau dinspre zonele unde noul subtip de virus gripal a fost izolat.

Faza 4. Mic focar (mici focare) cu noul subtip de virus cu transmitere limitată de la persoană la persoană, dar răspândirea este bine localizată geografic, sugerând că virusul nu este bine adaptat la om.

Acest nivel de pregătire se instituie în momentul în care s-au confirmat două sau mai multe cazuri de infecție cu noul subtip viral la om, dar când capacitatea virusului de a se răspândi imediat de la om la om și de a cauza multiple focare care ar putea duce la apariția epidemiilor rămâne redusă (mică).

### Acțiuni ce trebuie luate:

— transmiterea definiției de caz referitoare la noul subtip viral tuturor partenerilor din sistemul de supraveghere;

— intensificarea supravegherii naționale prin creșterea numărului de izolate și caracterizarea lor, folosindu-se reagenți preparați pentru noul subtip viral — trimiterea de urgență a izolatelor asemănătoare noului subtip viral la centrele regionale de referință;

— supravegherea persoanelor;

— participarea intensă la supravegherea regională și internațională;

— pregătirea producătorului național în vederea preparării vaccinului cu noul subtip viral;

— creșterea capacității de producție, autorizarea și distribuirea rapidă a vaccinului;

— activarea planului de pregătire pandemică.

Faza 5. Focar mai mare (focare mai mari), dar transmiterea de la persoană la persoană este încă limitată, sugerând că virusul devine din ce în ce mai bine adaptat la om, dar nu poate fi încă pe deplin transmisibil (este un risc important de pandemie).

Acest nivel de pregătire se referă la situația în care transmiterea la om a noului subtip viral a fost confirmată de existența unor dovezi clare privind răspândirea de la om la om, în rândul populației generale, cum ar fi cazurile secundare care rezultă în urma contactului cu un caz indice, cu cel puțin un focar având o durată de minimum două săptămâni într-o țară.

### Acțiuni ce trebuie luate:

— transmiterea definiției de caz referitoare la noul subtip viral tuturor partenerilor din sistemul de supraveghere;

— creșterea numărului de izolate și caracterizarea lor, folosindu-se reagenți preparați pentru noul subtip viral și cele care sunt diferite de tulpinile de referință sunt trimise la centrul regional de referință pentru gripă;

— prepararea vaccinului, folosindu-se noul subtip, simultan cu prepararea vaccinului pentru sezonul curent;

— evaluarea capacității de producție, alocarea de fonduri guvernamentale pentru producție, optimizarea distribuției vaccinului și studierea posibilității (prin consultări internaționale — via OMS) pentru a cumpăra de la alți producători un număr de doze pentru a crește acoperirea vaccinală a populației;



— intensificarea diseminării informațiilor primite de la OMS cu privire la caracteristici particulare la noul virus, răspândirea și controlul acestuia;

— folosirea informațiilor referitoare la noul subtip pentru activarea și reactualizarea planului național de pregătire.

#### *Perioada pandemică*

Faza 6. Transmitere crescută și susținută în populația generală<sup>2)</sup>.

Debutul unei pandemii se declară în momentul în care OMS confirmă faptul că un virus cu un nou subtip hemaglutinic, în comparație cu tulpinile epidemice recente, începe să provoace apariția mai multor focare în cel puțin o țară și să se răspândească în alte țări, având un model epidemiologic al bolii care indică existența unei mari probabilități de apariție a morbidității severe și a mortalității în cel puțin un segment al populației.

Acest nivel de pregătire este necesar în momentul în care apar focare și epidemii în mai multe țări și are loc o răspândire a virusului de la o regiune la alta.

Creșterea activității în statele sau regiunile afectate inițial a încetat sau s-a modificat, dar în alte zone continuă să apară focare și epidemii.

Pe baza experienței acumulate, se așteaptă ca în decurs de 3—9 luni de la data primei epidemii să apară cel puțin al doilea val sever de epidemie în unele state.

Acțiuni ce trebuie luate:

— diseminarea recomandărilor OMS cu privire la compoziția și folosirea vaccinului preparat cu noul subtip (doze, scheme);

— asigurarea acoperirii vaccinale conform opțiunilor strategice adoptate și creșterea acesteia prin import de vaccinuri;

— diseminarea instrucțiunilor de folosire a antiviralelor;

— reactualizarea măsurilor de răspuns, în funcție de caracteristicile noului virus și implementarea lor rapidă conform cu planul național de pregătire;

— monitorizarea intensificată a virusurilor gripale (izolare și caracterizare) și supravegherea evoluției indicatorilor nespecifici (mortalitate, morbiditate, absenteism etc.);

— participarea la activități comune cu diferite state (vecini);

— continuarea monitorizării noului subtip de virus gripal și impactului său;

— evaluarea distribuției de vaccin, acoperirii vaccinale și posibilităților de creștere;

— diseminarea instrucțiunilor reactualizate de folosire a antiviralelor;

— evaluarea eficienței măsurilor de intervenție și necesitatea sprijinului internațional pentru situații speciale;

— continuarea participării la acțiuni regionale;

— continuarea supravegherii intensive a evoluției pandemiei;

— evaluarea eficienței antiviralelor și necesitatea sprijinului internațional pentru asigurarea unor cantități suficiente pentru controlul pandemiei;

— evaluarea nivelului de acoperire vaccinală față de rata de atac.

#### *Perioada postpandemică*

Revenirea la perioada interpandemică.

OMS va raporta momentul în care perioada pandemiei s-a încheiat, existând o mare probabilitate de reapariție în decurs de 2—3 ani.

Acțiuni ce trebuie luate:

— evaluarea impactului pandemic global și eficiența măsurilor de intervenție, precum și modificarea coresponsătoare a planului național de pregătire.

## IV. **Comunicații**

### *1. Circuitul informațiilor specializate*

a) perioadele interpandemice:

OMS (FLUNET/e-mail/WER) → CNG/MS (e-mail, fax, tel., Basic) → DSP-uri (unități sanitare)/ISP-uri

EISS/EUROGROG (site-internet/buletine/e-mail) CNG (e-mail/fax, tel., Basic) → DSP-uri/ISP-uri → (unități santinelă);

b) în pandemie:

OMS (celula de criză)/EISS (FLUNET, site-EISS, e-mail, fax, tel., buletine electronice → CNIP &MS&CNG) → (e-mail, fax, tel., buletine zilnice) DSP/ISP-uri (toate unitățile sanitare)

### *2. Circuitul informațiilor de interes public:*

a) în perioadele interpandemice:

MS & CNG — birou de presă (comunicate periodice, note, conferințe de presă, buletine, site-MS/CNG, publicații, → radio, tv., agenții de presă);

b) în pandemie:

CNIP (MS/CNG) — birou de presă (comunicate zilnice, conferințe de presă, buletin zilnic, site-MS/CNG — pentru mass-media → publicații, radio-tv, agenții de presă

### *3. Alertarea/avertizarea populației*

— directă prin: postere, afișe, fluturași, site-CNIP pentru public, hote-line telefonic;

— indirectă prin mass-media (publicații, radio-tv).

## D. **Legislație și reglementări**

## E. **Baza materială a intervenției**

### PREGĂTIREA INTERVENȚIEI

## A. **Măsuri specifice:**

### I. **Supraveghere**

#### 1. Gripă umană

##### 1.1. Perioadele interpandemice:

a) *izolări și detecții de virusuri gripale:*

— se vor recolta produse patologice și se vor trimite la CNG — IC (conform unui protocol transmis unităților sanitare prin DSP-uri): săptămânal (monitorizare activă) de către cele 17 unități santinelă în perioada octombrie— aprilie și în orice moment al sezonului, de către toate unitățile sanitare din țară, în cazul apariției de focare sau episoade epidemice (suspiciuni). Trimiterea produselor patologice se poate face prin curier sau prin poștă rapidă;

— în spitalele de boli infecțioase (cel puțin în cele din centrele universitare) sau în orice spital (în funcție de posibilități) se poate efectua un diagnostic rapid (ELISA) la cazurile clinice de gripă severă sau complicată dacă se are în vedere un tratament antiviral, dar în mod obligatoriu se vor trimite produse patologice și pentru izolare de virusuri gripale (monitorizarea noilor variante);

— în funcție de posibilități, se va încerca selectarea cazurilor și implicit a produselor patologice cu teste rapide de tip directigen de către medicii din sistemul santinelă (după o analiză cost-beneficiu);

b) *diagnosticul serologic:*

— se poate efectua în orice laborator de spital sau centru de diagnostic și tratament (de stat ori privat), pe seruri perechi recoltate de la bolnavii în faza de debut și convalescență, cu condiția folosirii reagenților de diagnostic adaptați sezonului curent și procurați de la CNG — IC;

— este obligatoriu de executat în spitalele de boli infecțioase și în laboratoarele compartimentelor de epidemiologie județene, furnizorul de reactivi fiind CNG — IC;

— CNG — IC prepară reagenții de diagnostic din virusurile gripale circulante în sezonul curent trimise de OMS;

<sup>2)</sup> Vezi nota 2) de la pag. 7.



c) *supravegherea serologică:*

— se efectuează în 16 laboratoare județene pe seruri unice recoltate de la persoane aparent sănătoase aparținând grupelor de vârstă: 0—6, 7—14, 15—29, 30—59, > 60 de ani;

— dă indicații asupra circulației virusurilor gripale și a statusului imun al populației.

## 1.2. Perioadele pandemice:

a) *izolarea și detectarea de virusuri gripale:*

— la indicația expresă a OMS, izolarea tulpinii pandemice se poate limita la laboratoarele de tip P3, pentru că, de regulă, virusul nou poate fi de origine aviară sau porcină care are o agresivitate excesivă pentru om. CNG — IC va elabora o metodologie specială care va specifica cine și cum va recolta produsele patologice, unde și cum se vor trimite;

— dacă OMS nu indică măsuri speciale de manipulare a produselor patologice, acestea se vor trimite în mod obligatoriu de urgență la CNG — IC fără a mai încerca un diagnostic rapid;

— în cazul bolnavilor de gripă care vin din zonele în care a apărut focarul cu noul virus (confirmare OMS), aceștia vor fi izolați (spital), iar recoltarea de produse patologice va fi efectuată doar cu avizul CNG — IC și eventual de specialiștii acestuia;

b) *diagnosticul serologic:*

— ținând cont că prepararea reagenților din noua tulpină pentru testul HI poate dura circa două luni, se poate folosi RFC care poate preciza diagnosticul de gripă, mai ales dacă se are în vedere instituirea unui tratament antiviral;

— reactivii pentru RFC sunt preparați de CNG — IC și vor fi puși la dispoziție laboratoarelor județene.

II. **Managementul cazurilor**

## 1. Diagnosticul clinic (definiție de caz):

a) în perioadele interpandemice se va utiliza de către medicii practicieni definiția OMS: boală cu un debut brutal al unor simptome respiratorii (tuse, coriză, rinită) într-un context infecțios acut (febră, astenie, cefalee, mialgii etc.). Se va insista pe diagnosticul diferențial al gripei cu răcelile obișnuite (*common cold*);

N.B. — apariția testelor rapide de diagnostic a dus la formularea definiției TRS (test rapid de supraveghere): debut brutal cu febră la care se asociază cel puțin unul dintre simptomele generale (frison, transpirații, astenie, mialgii, somnolență) și cel puțin un simptom respirator (tuse, faringită, coriză, rinită);

b) în perioada pandemică experții OMS vor formula definiția de caz adaptată manifestărilor clinice ale variantei nou-apărute și o vor difuza imediat autorităților naționale și organismelor implicate în intervenția în caz de pandemie;

— CNG (IC)—MS—CNIP—DSP—CJIP vor transmite definiția de caz tuturor unităților sanitare de stat și private.

## 2. Asistența bolnavilor:

a) *consultații și vizite la domiciliu:*

— rata de atac medie a epidemiilor este de 3% (1%—5%), iar în cazul unor rate de 10%, 25% și chiar 50% este de așteptat ca numărul consultațiilor și vizitelor la domiciliu să crească de 3, 8 și, respectiv, 16 ori, ceea ce impune o sporire a numărului medicilor din asistența primară prin rezidenți și studenți mediciști din anii clinici, dar și al personalului mediu, prin elevii din liceele sanitare sau școlile sanitare postliceale. În prezent sunt circa 11.000 de medici de familie și circa 25.000 de asistente și surori medicale;

— organizarea de permanente, acolo unde este posibil, în cabinetele medicilor de familie, în special în unitățile din mediul rural;

— raportul dintre consultații și vizite la domiciliu se va inversa, pentru că, în ciuda creșterii ratei de spitalizare în medie de până la 15%, marea majoritate a bolnavilor vor fi izolați la domiciliu din motive de limitare a contaminării, de insuficiența locurilor din spitale și de conduită de tratament (repaus);

b) *asistența de urgență:*

— serviciile de ambulanță de stat și private vor suplimenta numărul de mașini și personal medico-sanitar, având în vedere creșterea solicitărilor în funcție de rata de atac care la copii, precum și la adulți poate fi de 428, 1.142 sau 2.272 pe zi la o populație de circa 2 milioane (București), iar la o populație în medie de 500.000 de persoane x 40 de județe, 4.240, 11.420 și 22.720 de solicitări pe zi. Se va studia posibilitatea folosirii rezidenților, studenților în medicină, elevilor din școlile sanitare și, respectiv, a mijloacelor de transport militare, poliție și pompieri. Se va mări și proporția de ambulanțe dotate pentru intervenții în urgențele cardiovasculare și respiratorii;

— camerele de gardă ale spitalelor, indiferent de profil, vor avea amenajat un compartiment special care să acorde asistență bolnavilor cu gripă severă și/sau complicată, reținând bolnavii în secții special organizate, sau să-i direcționeze spre alte unități;

— se va vaccina în totalitate personalul care acordă asistență de urgență (categorie prioritară la vaccinare);

c) *internarea în spital a cazurilor cu evoluție severă și/sau gripă complicată:*

— se vor amenaja, în funcție de spații și circuite, saloane sau chiar secții pentru bolnavii mai sus menționați în spitale de orice profil, fără a se perturba major activitatea acestora, mai ales dacă ele acordă asistență de urgență;

— se va urmări vaccinarea în totalitate a personalului medico-sanitar (categorie prioritară la vaccinare);

— se va face o aprovizionare în cantități suficiente (eventual stocuri) cu medicamente specifice tratamentului complicațiilor gripei (antibiotice, antitermice, antitusive etc.), dar se vor avea în vedere și cele care se adresează terapiei intensive (cardiovasculare, respiratorii, șoc septic sau vascular);

— în funcție de rata de atac, numărul de internări va crește, dar va exista o restricție (limită) impusă de capacitățile efective ale unităților spitalicești și de menținerea unei asistențe optime a altor boli care necesită obligatoriu internare;

d) *capacități de spitalizare:*

1. total paturi în România: 164.156;
2. nr. de paturi pentru adulți, copii (inclusiv creșe, nou-născuți) = 108.790; 55.360;
3. nr. de paturi pe unele specialități:
  - boli interne: 34.716;
  - pediatrie: 14.077;
  - boli infecțioase: 8.352;
  - pneumoftiziologie: 9.861;

e) *ierarhizarea unităților spitalicești în funcție de ponderea internărilor în caz de epidemii majore sau pandemii:*

1. spitale/clinici/secții de boli infecțioase de la 50%—90% (4.176—7.516 paturi disponibile);
2. spitale/clinici/secții de pneumologie de la 30%—80% (2.958—7.888 paturi disponibile);
3. spitale/clinici/secții medicale (adulți, copii) de la 20%—50%;



- boli interne (aduți): 6.943—17.358 de paturi disponibile;
- pediatrie: 2.815—7.038 de paturi disponibile;
- disponibilitatea de paturi în caz de epidemii severe sau pandemii variază între 16.892—39.800;

4. spitale/clinici/secții de geriatrie de la 30%—100% (internarea doar a bolnavilor în vârstă cu gripă).

N.B.:

- unitățile menționate vor avea asigurate circuite și spații separate și vor dispune de saloane cu terapie intensivă;
- ministerele cu rețea sanitară proprie (MApN, MAI, MTCT etc.) vor organiza spitalizarea cazurilor apărute la personalul asistat, iar la nevoie pot oferi MS secții și/sau clinici;

- în județele, orașele, municipiile în care există mai multe spitale/clinici/secții de profil nemedical (chirurgical) se poate menține, în funcție de situația reală, câte o secție/clinică pentru asistența de specialitate (în special de urgență), iar celelalte pot interna în exclusivitate bolnavi cu gripă severă și/sau complicată. Fac excepție clinicile de neuropsihiatrie, chirurgie înalt performantă, obstetrică-ginecologie, secțiile de terapie intensivă, secțiile de nou-născuți;

- în funcție de rata de atac a gripei, se pot improviza mai ales în cămine, orfelinate, internate sau în alte instituții cu caracter închis izolatoare cu paturi doar în condițiile supravegherii bolnavilor de către cel puțin un medic și un cadru mediu sanitar;

f) evoluția posibilă a numărului de îmbolnăviri, internări, complicații și decese în epidemiile curente și pandemii, conform ratelor de atac ale gripei observate pe perioade mari de timp:

#### Scenariu — epidemii:

1. epidemii ușoare — rată de atac 1%—2%:
  - nr. de îmbolnăviri: 224.500—450.000 pe o durată de 4 săptămâni;
  - nr. de internări: 11.225—22.500;
  - nr. de complicații: 56.125—112.500 cu internări între 8.017—16.071;
  - nr. de decese: 1.084—2.173;
2. epidemii medii — rată de atac 3%—4%:
  - nr. de îmbolnăviri: 673.500—898.000 pe durată a 4—6 săptămâni;
  - nr. de internări: 33.675—53.880;
  - nr. de complicații: 168.375—224.500 cu internări între 25.256—33.675;
  - nr. de decese: 3.253—4.338;
3. epidemii severe — rată de atac 5%—7%:
  - nr. de îmbolnăviri: 1.122.500—1.571.500 pe o durată de 6—8 săptămâni;
  - nr. de internări: 56.125—78.575;
  - nr. de complicații: 280.625—392.875 cu internări între 33.675—47.145;
  - nr. de decese: 5.422—7.591.

#### Scenariu — pandemii:

4. pandemie cu rată de atac de 10%:
  - nr. de îmbolnăviri: 2.245.000 pe o durată de 4—6 luni;
  - nr. de internări: 157.150;
  - nr. de complicații: 561.250 cu circa 84.187 internări;
  - nr. de decese: 10.845;
5. pandemie cu rată de atac 25%:
  - nr. de îmbolnăviri: 5.612.500 pe o durată de 6—9 luni;
  - nr. de internări: 392.875;
  - nr. de complicații: 1.403.125 cu circa 210.468 internări;
  - nr. de decese: 27.113;

6. pandemie cu rată de atac de 50% pe o durată de 9—12 luni:

- nr. de îmbolnăviri: 11.225.000;
- nr. de internări: 673.500;
- nr. de complicații: 2.806.250 cu circa 420.937 internări;
- nr. de decese: 54.227;

g) asigurarea rezervelor de produse farmaceutice și de materiale sanitare:

- alegerea antibioticelor se va face de către o comisie de specialiști (infecționiști, pediatri, interniști, pneumologi și bacteriologi) care va ține cont de frecvența și tipul complicațiilor, dar și de germenii mai des implicați (penumococ, hemophilus influenzae, stafilococ), comisie care va stabili și proporția orale/parenterale (administrabile de preferat la internați);

- în funcție de rata de atac trebuie luate în considerare următoarele tratamente (media ambulatoriu = 4 zile; spital = 7 zile):

- 5% ..... 280.000 de cazuri x 4 zile/internări = 39.200 x 7 zile;
- 10% ..... 561.000 de cazuri x 4 zile/internări = 84.100 x 7 zile;
- 25% ..... 1.403.000 cazuri x 4 zile/internări = 210.000 x 7 zile;
- 50% ..... 2.806.000 cazuri x 4 zile/internări = 420.000 x 7 zile;

- în principiu se poate lua în calcul necesarul în situația unei rate de atac de 10% cu disponibilizare imediată, iar în funcție de evoluție se vor face suplimentări după posibilități;

- rezervele se fac la nivel județean, iar intervalul de refacere se stabilește numai de către autoritățile sanitare locale.

### III. Chimioprofilaxia și vaccinarea extensivă a populației

#### 1. Vaccinarea antigripală

a) Alegerea strategiei vaccinale:

- în perioadele interpandemice se va încerca atingerea parametrilor optimi ai controlului gripei (150 de doze/1.000 de locuitori și acoperirea a cel puțin 50% din populația cu risc crescut, adică circa 2.500.000 de doze). În prezent în România se realizează 66 de doze/1.000 de locuitori și o acoperire de circa 13% a persoanelor cu risc crescut. O creștere semnificativă s-ar putea realiza prin compensarea vaccinului de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) la persoanele cu risc crescut (bătrâni, bolnavi cronici etc.), așa cum se practică în toate țările europene, și nu de MS care, datorită restricțiilor bugetare, nu poate cumpăra decât cantități limitate de vaccin (în anul 2003 s-au achiziționat de către MS 1.058.882 de doze);

- în pandemie: avându-se în vedere că în această situație furnizorul principal (posibil unicul) de vaccin este producătorul național (IC), se estimează că opțiunea a 3-a din planul OMS poate fi realizată în România, adică producerea a circa 5.500.000 de doze de vaccin monovalent, care ar asigura o acoperire de aproximativ 25% din populația țării, cu condiția extinderii și modernizării actualei arii de producție prin suport guvernamental. În funcție de rata de atac și de evoluția pandemiei se poate apela prin OMS și UE la alți producători pentru a mări acoperirea vaccinală;

b) producția și distribuția de vaccin gripal:

- numărul de doze și durata producției autohtone sunt prezentate în anexa nr. II;



— distribuția va fi coordonată și controlată de MS și DSP-urile județene, care vor asigura și mijloacele de transport pentru toate zonele țării;

c) administrarea vaccinului:

— grupe prioritare. Conform OMS se vor lua în considerare următoarele priorități: personalul medico-sanitar, personalul care lucrează în serviciile esențiale și strategice comunitare, persoanele instituționalizate de orice vârstă pentru motive sociale și/sau patologice, persoanele cu risc crescut la infecția gripală (bătrâni, bolnavi cronici de orice vârstă), gravidele, copiii mici etc.;

— mod: — administrarea vaccinului va fi asigurată de echipe prestabilite care pot avea sedii fixe (cabinete medicale, centre de sănătate, centre de vaccinare) sau care se vor deplasa în alte locuri (inclusiv locuințe);

— se va asigura o vaccinare rapidă a populației propuse (25%) în condiții de siguranță;

— se vor respecta cu strictețe prioritățile în caz de pandemie și se va ține o evidență clară a vaccinațiilor și a cantităților de vaccin;

— se vor înregistra și se vor urmări reacțiile adverse.

N.B.: Avându-se în vedere experiența acumulată în România în decursul mai multor ani privind administrarea intradermică a vaccinului gripal cu aparate de tip jet injector echipate cu capete de inoculare de unică folosință, se va lua în considerare și această metodă de imunizare în masă care a primit și avizul OMS (reuniunea de la Geneva, 30 iunie 2004). Avantajele sunt nete: economie de vaccin (de la 0,5 ml/doză la 0,1 ml/doză), seringi și ace și nu în ultimul rând rapiditate în administrare, ceea ce înseamnă creșterea numărului de vaccinare pe unitatea de timp.

## 2. Vaccinarea antipneumococică

România nefiind producătoare de vaccin, se pot lua în considerare următoarele măsuri:

— constituirea unei rezerve de vaccin de circa 50.000—100.000 de doze achiziționate din import, care să fie refăcută anual prin administrare la spitalele de geriatrie și pneumologie;

— menționăm că unele țări, din rațiuni economice (reducerea complicațiilor, internărilor și deceselor prin pneumoniile determinate de gripă), administrează concomitent cu vaccinul gripal și vaccin pneumococic la persoanele cu risc crescut (bătrâni, persoane cu afecțiuni cronice bronhopulmonare);

— se vor vaccina sub un control strict în special persoanele cu risc instituționalizate.

## 3. Profilaxia prin antivirale

a) inhibitori M2;

b) structura: substanțe din grupa amantadinei (rimantadinei);

c) sursa: import;

d) caracteristici:

— avantaje: costuri relativ mici;

— dezavantaje: rezistență crescută (30%), toxicitate, spectru redus (doar virusuri de tip A cu diferențe între subtipuri);

e) necesarul de doze va fi calculat în funcție de acoperirea unor grupe prioritare pe o durată de cel puțin 30 de zile. Dacă luăm în considerație că personalul medico-sanitar reprezintă circa 130.000 de persoane, copiii și adulții instituționalizați — 100.000, personalul din serviciile esențiale comunitare, aproximativ 300.000, iar dintre persoanele peste 65 de ani, cele cu afecțiuni cronice sunt în număr de 800.000, rezultă un total de 1.330.000 de indivizi care ar putea fi vizati de această profilaxie;

f) dozajul se recomandă a fi de:

— 200 mg/zi adulți;

— 100 mg/zi la persoane cu vârsta cuprinsă între 10—15 ani și peste 65 de ani;

— 2—4 mg/kg corp la copiii în vârstă de 1—9 ani;

g) durata administrării: cel puțin 4 luni în perioada în care vaccinul gripal pandemic nu este încă disponibil.

## 4. Antineuraminidazice:

a) sursa: import;

b) caracteristici:

— avantaje: spectru larg, rezistența extrem de scăzută;

— dezavantaje: proveniența exclusivă din import și costuri relativ mari;

c) condiții de alegere: se va lua în considerare ca acestea să fie achiziționate în vrac (posibil de stocat și costuri mai mici), să fie ușor de administrat, să aibă o eficacitate între 5—10 ani și să poată fi administrat și la copii;

d) durata de administrare: cel puțin 4 luni în perioada în care vaccinul gripal monovalent nu este disponibil;

e) necesar doze în profilaxie:

— se va defini populația-țintă (aceeași ca la inhibitorii M2) și se vor asigura rezerve pentru cel puțin 4 săptămâni;

— în instituțiile închise (100.000 de persoane) se vor asigura doze pentru cel puțin două săptămâni;

— protecția indivizilor în perioada dintre vaccinare;

— dezvoltarea protecției care variază între 2—6 săptămâni, în funcție de folosirea unei singure doze sau a două doze de vaccin pandemic;

— protecția indivizilor expuși la gripa pandemică — cel puțin o săptămână;

f) dozaj: în funcție de antiviralul ales;

g) asigurarea de stocuri (rezerve): pentru profilaxia gripei pandemice la grupele prioritare ar fi necesare circa 1 milion de doze. Pentru crearea unui stoc în limitele eficacității este bine ca în perioadele interpandemice o cantitate de circa 400.000 de doze să poată fi menținută pentru tratarea gripei severe/complicate apărute la persoanele cu risc crescut.

## IV. Terapia antivirală a gripei severe/complicate:

a) principiu: orice persoană care contractează gripa poate beneficia de tratament antiviral;

b) pot avea prioritate unele grupe de persoane:

— lucrătorii din serviciile esențiale (inclusiv personalul medico-sanitar);

— persoanele cu risc crescut de deces și de complicații severe (ambulatoriu, internate);

c) alegerea substanței antivirale și controlul tratamentului de către medicii practicieni;

d) compensarea costurilor prin casa de asigurări de sănătate;

e) durata tratamentului: 5 zile începând din primele 48 de ore de la debutul bolii;

f) dozaj: în funcție de antiviralul folosit.

## V. Comunicații

Amenințarea unei pandemii necesită luarea unor măsuri care să asigure:

1. pregătirea comunității în perioada interpandemică:

— sistemul sanitar: materiale informative (scrisori metodologice, articole în presa medicală), expuneri, simpozioane, reuniuni ale asociațiilor profesionale ale medicilor și asistenților medicali;

— administrația centrală și cea locală: adrese de informare, transmiterea de materiale ale OMS și UE;



— populație: articole în presa cotidiană de mare tiraj, dar și în presa locală, debateri la posturi de radio și televiziune cu mare audiență;

— servicii esențiale și/sau strategice (poliție, armată, pompieri, transporturi etc.): materiale informative și elaborarea unor planuri de măsuri;

— organizații nonguvernamentale cu activități în domeniul sanitar (Crucea Roșie din România): materiale de informare și elaborarea unor planuri de măsuri;

— organisme implicate în caz de calamități (apărarea civilă): materiale informative și elaborarea unor planuri de măsuri.

#### 2. Managementul informației:

— transmiterea rapidă a informațiilor (eventual sistem electronic) și feedback-ul lor (vezi schema de intervenție în epidemii și pandemii);

— evitarea panicii și scăderea presiunii asupra sistemului sanitar prin implicarea administrației centrale și a celor locale, dar și folosirea unor specialiști reputați sau a unor persoane importante din viața publică (politicieni, prelați, profesori, actori etc.) în difuzarea comunicatelor;

— monitorizarea emisiunilor de radio, televiziune și a presei scrise, ajutând și intervenind pentru folosirea unor surse de informație sigure, competente;

— folosirea unor afișe, postere, fluturași, elaborate și avizate de autoritățile locale (sanitare și administrative) pentru atenționări, recomandări, interdicții, unele expuse în locurile publice sau distribuite în instituții, întreprinderi sau la administratorii de blocuri și eventual în locuințe;

— folosirea sistemului de comunicare tip hot-line central (CNG, MS, CNIP) și local (CJIP, DSP-uri) care să fie deservit de către specialiști (24 h/24h);

— o publicație cotidiană a CNIP (informații interne/internaționale) distribuită în toată țara pentru personalul medico-sanitar/eventual o variantă adaptată pentru publicul larg și/sau pagină pe Internet.

#### VI. Cadru legislativ, politic și economic de acțiune

##### Măsura-cheie:

— recunoașterea și asimilarea pandemiilor de gripă în categoria evenimentelor catastrofale pentru comunitate (calamități, războaie, terorism etc.), evenimente care necesită intervenții planificate reglementate prin legi speciale sau hotărâri/ordonanțe ale Guvernului;

— alocare de fonduri pentru constituirea stocurilor de antivirale, medicamente și materiale sanitare;

— alocare de fonduri pentru producția națională de vaccin (mărirea capacității);

— reglementări oportune privind urgentarea procedurilor de control și autorizare a vaccinului autohton și eventual simplificarea și scurtarea formalităților vamale pentru vaccinurile importate;

— susținerea prin fonduri speciale a supravegherii gripei animale și umane;

— constituirea prin ordin al ministrului sănătății a CNIP și a CJIP;

— reglementări privind participarea în intervenția în pandemie a unor instituții ale statului (MAPN, MAI, transporturi, administrație locală și centrală etc.) și organizații (apărarea civilă, Crucea Roșie), altele decât cele sanitare;

— instituirea de restricții în unele activități comunitare (școlare, culturale, sportive) sau suspendarea lor, măsuri care au ca scop reducerea răspândirii gripei;

— reglementări privind instituirea de carantine sau limitări de acces în unele instituții cu circuit închis sau semiînchis;

— reglementări privind distribuția vaccinului și a antiviralelor: respectarea priorităților, repartiție echitabilă teritorială, transport și administrare rapidă, evidență strictă pentru evitarea speculei;

— reglementări privind managementul deceselor (depozitare, transport, înhumare/incinerare);

— reglementări privind creșterea mijloacelor de transport al bolnavilor prin folosirea chiar a unor vehicule nespecializate (armată, MAI etc.).

#### 1. Ordine ale ministrului sănătății

— planuri de acțiune anuale pentru controlul gripei în perioadele interpandemice;

— susținerea materială a supravegherii gripei în perioadele interpandemice (program 23);

— informatizarea supravegherii gripei în sistem santinelă;

— creșterea acoperirii vaccinale la persoanele cu risc crescut și a numărului total de doze distribuite conform standardelor internaționale, concomitent cu includerea vaccinului gripal pe lista compensărilor de medicamente ale CNAS;

— creșterea numărului personalului care asigură managementul cazurilor în pandemie prin folosirea rezidenților, cadrelor medicale pensionate, studenților mediciști (cu avizul MEC) și a elevilor din școlile/liceele sanitare;

— creșterea numărului de paturi pentru cazurile complicate în cazul unor rate de atac foarte mari, prin disponibilizarea unor secții sau chiar clinici și eventual folosirea unor staționare, dormitoare din cămine, creșe, cu condiția asigurării unei asistențe medicale autorizate.

#### 2. Alte reglementări:

— accelerarea înregistrării și eliberării autorizației de comercializare a vaccinului gripal monovalent și a medicamentelor antivirale — antineuraminidazice de către ANM, la propunerea MS și CNIP;

— integrarea supravegherii gripei umane și gripei animale într-un sistem unic sub coordonarea CNG — IC și a autorității sanitare veterinară naționale;

— se vor conecta la sistemul național de supraveghere al MS rețelele antiepidemice ale armatei, MAI, MTCT și ale altor ministere cu rețele sanitare proprii, pentru o supraveghere integrată a gripei.

#### VII. Baza materială a intervenției (model)

##### 1. Costurile supravegherii:

##### 1.1. Supravegherea virologică:

a) în perioada interpandemică, costul supravegherii virologice într-un sezon (2000/2001) este de circa 12.000 \$, sumă pe care trebuie să o suporte MS prin programul de control al bolilor emergente și reemergente;

b) în cazul unei pandemii se estimează în funcție de rata de atac următoarele costuri ale supravegherii: la 10% = 50.000 \$, la 25% = 125.000 \$, iar la 50% = 250.000 \$, sume pe care le alocă Guvernul printr-o hotărâre specială.

##### 1.2. Supravegherea clinică:

a) în perioada interpandemică (sezon de referință: 2000/2001) costul prestațiilor medicale (consultații și vizite la domiciliu) pentru afecțiuni compatibile cu gripa simplă sau complicată este de circa 2.750.000 \$, sumă suportată de CNAS;

b) în cazul unei pandemii în funcție de rata de atac, putem aprecia următoarele costuri: la 10% = 5.500.000 \$, la 25% = 13.000.000 \$, iar la 50% = 25.000.000 \$, bani suportați de CNAS, dar și de Guvern, printr-o alocație specială.



**2. Costurile tratării bolnavilor și asistenței de urgență**

2.1. Tratatamentul bolnavilor de gripă simplă sau complicată în ambulator ori internați în spital

a) în perioada interpandemică (sezon de referință 2000/2001) costurile pot fi de circa 6.000.000 \$, sumă suportată integral de CNAS;

b) în cazul unei pandemii putem estima următoarele costuri: la 10% = 12.000.000 \$, la 25% = 30.000.000 \$, iar la 50% = 60.000.000 \$, bani care vor fi plătiți de CNAS, dar și de Guvern.

**2.2. Asistența de urgență**

a) în perioada interpandemică (același sezon de referință) costul este de circa 150.000 \$, sumă suportată de CNAS;

b) în cazul unei pandemii în funcție de rata de atac, costurile pot fi: la 10% = 300.000 \$, la 25% = 750.000 \$, iar la 50% = 1.500.000 \$, sume suportate de CNAS și de Guvern printr-o alocație specială.

**3. Strategia vaccinală și costurile ei**

3.1. În perioada interpandemică, dacă ne referim doar la ultimul sezon, numărul de doze achiziționate de MS a fost de circa 1.058.882 de doze, pentru care s-au plătit

circa 2 \$/doză, deși necesarul pentru acoperirea optimă a persoanelor cu risc crescut este de aproximativ 2.500.000 de doze. În contextul unei distribuții record în sezonul trecut (1.500.000 de doze) trebuie menționat că această creștere s-a făcut și pe seama vânzării libere pe piață a vaccinului și nu a unei strategii corespunzătoare care presupune compensarea vaccinului de către CNAS și implicit a măririi numărului de vaccinări la persoanele cu risc crescut.

3.2. În cazul unei pandemii se recomandă acoperiri vaccinale care să atingă proporții de 30%—50% din totalul populației care s-ar putea realiza în principal prin producție proprie și mai puțin prin import, pentru că în această situație OMS recomandă direcționarea rezervelor de vaccin spre țările neproducătoare. Producătorul unic național este INCDMI „Cantacuzino“, iar capacitatea maximă de producție în acest moment este de circa 5.500.000 de doze (25%) într-un interval de circa 60 de zile de la primirea virusului vaccinal de sămânță de la OMS. Costul aproximativ al celor 5.500.000 de doze ar fi de 14.300.000 \$, bani alocați printr-o hotărâre a Guvernului.

ANEXA Nr. II

I. Comitetul Național de Intervenție în caz de Pandemie de Gripă este format din:

1. un reprezentant al Direcției de sănătate publică (director) din MS;

2. un reprezentant al Direcției generale farmaceutice și aparatură medicală din MS;

3. un reprezentant al Direcției generale de asistență medicală, structuri sanitare și salarizare (director general/director adjunct) din MS;

4. un reprezentant al CNG — IC (șef centru);

5. director adjunct programe de sănătate din INCDMI „Cantacuzino“;

6. un specialist în producția de vaccin gripal;

7. directorul general al INCDMI „Cantacuzino“;

8. un reprezentant al structurii medicale din MJ;

9. un reprezentant al structurii medicale din SRI;

10. un reprezentant al structurii medicale din SIE;

11. un reprezentant al MAI (personal nemedical, ca reprezentant al administrației locale);

12. un reprezentant al Inspectoratului General pentru Situații de Urgență (personal de specialitate, nemedical);

13. un reprezentant al Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor;

14. un reprezentant al Institutului Național de Pneumologie „Marius Nasta“ (director);

15. un reprezentant al Direcției medicale din MAPN (director adjunct);

16. un reprezentant al Direcției medicale din MAI (director adjunct);

17. un reprezentant al Direcției medicale din MTCT (epidemiolog-șef);

18. copreședinții Comisiei Naționale de Epidemiologie a MS;

19. copreședinții Comisiei Naționale de Boli Infecțioase a MS;

20. un reprezentant al ANM (șef compartiment produse biologice);

21. un reprezentant al Asociației Naționale a Medicilor de Familie;

22. un reprezentant al mass-media.

II. Comitetele județene de intervenție în caz de pandemie de gripă sunt formate din:

1. director adjunct medicină preventivă din DSP;

2. șef compartiment epidemiologie din DSP;

3. șefi ai clinicilor universitare/secțiilor cu profil de boli infecțioase, medicină internă, pediatrie, pneumologie;

4. un reprezentant al colegiului județean al farmaciștilor;

5. șef laborator județean microbiologie al DSP;

6. un reprezentant al casei județene de asigurări de sănătate;

7. un reprezentant medical al MAPN;

8. un reprezentant medical al MAI, din cadrul centrelor medicale județene, respectiv al municipiului București, din rețeaua proprie;

9. un reprezentant al structurilor medicale din SRI și SIE;

10. un reprezentant al autorității județene sanitar- veterinar;

11. președintele asociației județene a medicilor de familie;

12. directorul stației de salvare județene.

MINISTERUL TRANSPORTURILOR, CONSTRUCȚIILOR ȘI TURISMULUI

**ORDIN****privind modificarea și completarea Reglementărilor privind condițiile tehnice pe care trebuie să le îndeplinească vehiculele rutiere în vederea admiterii în circulație pe drumurile publice din România — RNTR 2, aprobate prin Ordinul ministrului lucrărilor publice, transporturilor și locuinței nr. 211/2003, cu modificările și completările ulterioare**

În temeiul prevederilor art. 5 alin. (2) lit. i) și ale art. 50 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 109/2005 privind transporturile rutiere, precum și ale art. 5 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 412/2004 privind organizarea și funcționarea Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, cu modificările și completările ulterioare,

**ministrul transporturilor, construcțiilor și turismului** emite următorul ordin:

**Art. I.** — Reglementările privind condițiile tehnice pe care trebuie să le îndeplinească vehiculele rutiere în vederea admiterii în circulație pe drumurile publice din România — RNTR 2, aprobate prin Ordinul ministrului lucrărilor publice, transporturilor și locuinței nr. 211/2003, publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 275 și 275 bis din 18 aprilie 2003, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

— **Punctul 2 al capitolului V va avea următorul cuprins:**

„2. Vehiculele istorice sunt cele pentru care perioada trecută de la încetarea fabricației tipului respectiv de vehicul (care a utilizat același tip de caroserie și același tip de motor) este de cel puțin 30 de ani. Vehiculele istorice pot fi originale, restaurate și reconstruite, sens în care deținătorii lor vor obține un atestat de vehicul istoric, emis de către autoritatea națională a FIVA (Federația

Internațională a Vehiculelor Istorice) în România, Retromobil Club România. Pentru vehiculele istorice, Registrul Auto Român eliberează CIV dacă vehiculul deține un atestat de vehicul istoric și dacă el corespunde în ceea ce privește verificarea stării tehnice, având în vedere caracteristicile tehnice de la data fabricației. Registrul Auto Român menționează în CIV eliberate vehiculelor istorice textul «Vehicul istoric». Totuși, dacă Registrul Auto Român constată că un vehicul cu atestat de vehicul istoric nu îndeplinește condițiile necesare pentru încadrarea în această categorie, nu eliberează CIV. De asemenea, tot pe baza atestatului de vehicul istoric se va înscrie textul «Vehicul istoric» și în CIV deja eliberate pentru vehiculele istorice înmatriculate în România.“

**Art. II.** — Regia Autonomă „Registrul Auto Român“ va duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

**Art. III.** — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul transporturilor, construcțiilor și turismului,  
**Gheorghe Dobre**

București, 12 octombrie 2005.  
Nr. 1.700.

---

---

**EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR**

Regia Autonomă „Monitorul Oficial“, Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București,  
IBAN: RO75RNCB5101000000120001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea“ București  
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București  
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 318.51.29/150, fax 318.51.15, E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,  
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, tel./fax 410.77.36 și 410.47.23

Tiparul: Regia Autonomă „Monitorul Oficial“



5 948368 063471