

## MUNCA, ODIHNA, ALIMENTAȚIA ȘI LOCUINȚA

### 15.1. MUNCA

Vorbind despre factorii sociali ai sănătății, e necesar de a lua în considerare condițiile vieții colective: munca, odihna, alimentația și locuința.

A da caracteristică amplă factorilor sociali ce determină sănătatea publică este o problemă destul de dificilă. Complexitatea acesteia se explică nu numai prin imensitatea și diversitatea ei, ci și prin lipsa până nu demult a unor cercetări fundamentale, ce ar evalua acțiunea factorilor sociali asupra sănătății oamenilor.

În ultimii ani s-au efectuat numeroase cercetări sociologice ce dezvăluie diverse aspecte ale vieții colective a populației. Prin cercetările unor sociologi, filozofi, economiști, psihologi și alți reprezentanți ai științelor sociale s-a demonstrat rolul muncii și al altor condiții ale vieții colective asupra sănătății omului. S-au elucidat aspectele economic, profesional, moral, psihologic, etic și estetic ale factorilor sociali, influența acestor factori asupra natalității, mortalității generale și celei infantile etc. O problemă destul de importantă și actuală a sănătății publice o prezintă munca.

**Munca** este o activitate rațională a omului în procesul căreia el exercită o acțiune asupra naturii, folosind-o în scopul creării mijloacelor necesare pentru satisfacerea tuturor necesităților sale vitale.

Munca, după cum se știe, a jucat un rol hotărâtor în procesul formării omului: s-au dezvoltat funcțiile mâinilor, vorbirea, creierul (psihicul), organele de simț. În procesul muncii s-a lărgit sfera percepțiilor și reprezentărilor, iar acțiunile omului au căpătat un caracter conștient.

Munca este condiția primordială a existenței omului. Efect benefic are nu numai procesul muncii ca atare, dar și acele scopuri, legate de rezultatele finale ale muncii, pe care omul tinde să le realizeze.

Munca este nu numai o sursă de existență, dar și o condiție de afirmare socială a personalității, care face posibilă manifestarea capacităților psihologice ale omului. În același timp, munca, devenind o necesitate naturală a organismului omului, condiționează sociologizarea medicinei, crește și se aprofundează influența muncii asupra societății, sănătatea deja nu mai este doar o valoare personală, ci și socială. Sistemul muncă – necesitate în afara orelor de lucru determină o influență pozitivă asupra organismului și psihicului omului, ceea ce oferă posibilități de manifestare a talentului, valorilor culturale și contribuie la formarea modului sănătos de viață.

Capacitatea de muncă este o caracteristică inalienabilă a sănătății omului. Există o corelație directă între anumite moduri de activitate profesională și unele maladii. Încă Hippocrate (aa. 460–378) a observat apariția unor boli specifice la

mineri. Fondatorul igienei profesionale Bernardino Ramazzini (1633–1714) pentru prima dată a reușit să sistematizeze raportul dintre maladiile profesionale și sănătatea publică.

Problemele legate de maladiile profesionale și intoxicații, precum și igiena muncii, micșorarea morbidității cu incapacitate temporară de muncă sunt destul de actuale și în timpul de față. Folosirea noilor utilaje de protecție, mecanizarea, automatizarea muncii fac posibil un regim de muncă cât mai rațional, care să excludă bolile profesionale și traumatismul. Concomitent cu controlul curent de laborator, care se efectuează cercetând factorii mediului, e necesar de a studia, de asemenea, și reacțiile fiziologice ale organismului celor care muncesc. În ultimul timp tot mai des se remarcă apariția unor reacții nespecifice ale organismului în legătură cu acțiunea microdozelor de substanțe nocive.

Munca în condițiile întreprinderilor industriale necesită o atenție deosebită din partea organelor sanitare și mai ales o activitate intensă în domeniul patologiei profesionale. Devine tot mai evident faptul că acțiunea trebuie să fie efectuată atât asupra mediului, cât și asupra organismului. Realizarea acestui principiu determină teoria și practica medicală consacrate problemei muncii și sănătății.

Rolul muncii, ca o necesitate naturală, factor puternic de păstrare și fortificare a sănătății omului, i-a preocupat pe mulți savanți. Majoritatea lor accentuează importanța respectării regulilor igienice, a îmbinării raționale a muncii cu odihna pentru excluderea surmenajului, s-a subliniat, totodată, însemnătatea factorilor de cointerese și pasiune, manifestate în procesul muncii, precum și rolul reacției psiho-emoționale legate de muncă.

Însă din motive obiective și subiective munca nu întotdeauna exercită o influență pozitivă asupra sănătății omului. De exemplu, în țările economic dezvoltate se observă o contradicție între necesitatea dezvoltării productivității muncii în corespundere cu progresul tehnico-științific și posibilitățile organismului uman de a se adapta la noile condiții, care uneori au o influență dăunătoare. În legătură cu aceasta apare problema profilaxiei, elaborării mijloacelor efective de protecție, respectării regulilor sanitaro-igienice etc.

Munca acționează asupra sănătății și prin intermediul unor factori, cum sunt fluctuația cadrelor, stimularea lor materială și morală, raporturile internaționale în colectivele de muncă, care determină climatul psihologic, profesionalismul, corespunderea muncii profesiei, vocației și capacităților omului.

Rezolvarea problemei social-igienice a muncii înseamnă evidențierea acțiunii factorilor sociali și elaborarea pe baza lor a recomandărilor de utilizare a muncii ca mijloc de întărire și îmbunătățire a sănătății publice.

Însemnătatea muncii ca factor de asanare depinde de: organizarea ei; condițiile sanitaro-igienice; stimularea morală și materială; înzestrarea tehnică; disciplină; condițiile psiho-emoționale, de trai, din colectivele de producție; corespunderea aptitudinilor omului caracterului muncii pe care o îndeplinește; alți factori de ordin material și spiritual.

Când vorbim de factorii social-igienici ai muncii avem în vedere condițiile tehnologice și sanitaro-igienice, ca: gradul de intensitate, încadrare și pericolele legate de munca executată; corespunderea muncii capacităților fiziologice și psiho-emoționale; calitățile bio-sociale; caracterul relațiilor internaționale.

Numai prin eforturile specialiștilor în domeniul ocrotirii sănătății este imposibil de a studia tot complexul de factori sociali și de ordin psihologic caracteristici muncii. Aici se cere colaborarea strânsă a reprezentanților diferitor discipline, inclusiv a sociologilor, psihologilor, economiștilor, igieniștilor, prof-patologilor ș.a. Până nu demult, când sănătatea populației era studiată doar în baza datelor statistice ale adresabilității, un studiu aprofundat al sănătății populației nu putea fi realizat.

Studiile complexe cu caracter medico-social demonstrează acțiunea asupra sănătății a factorilor de ordin psihologic. Indicatorii sănătății sunt cu mult mai favorabili la persoanele care muncesc cu tragere de inimă, sunt satisfăcute de munca pe care o îndeplinesc și întrețin relații prietenești cu colegii de muncă.

S-au observat divergențe între nivelurile de sănătate la întreprinderi de același tip care se deosebeau prin condițiile sanitaro-igienice, modul de organizare a muncii și ritmul de lucru. Comparând morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă la uzine în grupuri omogene după sex, vârstă și alte caracteristici, care au fost concediați în decursul anului cu cei care au fost angajați, s-a constatat că lucrătorii concediați se îmbolnăveau de 1,5 ori mai des.

Importanță are și stagiul de muncă. Cu creșterea lui morbiditatea scade.

În unele țări s-au făcut cercetări despre influența șomajului asupra sănătății. Conform datelor publice, în Germania morbiditatea prin boli psihice și de profil general la șomeri era cu 20-30% mai mare decât la cei care lucrează. Dinamica și lipsa de efort fizic asociate cu alți factori de risc preced infarctul miocardic.

Folosirea noilor utilaje, introducerea noilor metode tehnice implică noi măsuri de igienă a muncii care trebuie să anticipeze toate aceste inovații. Recomandările practice trebuie elaborate încă în perioada de proiectare. Progresul tehnic nu a rezolvat deocamdată problema principală – cea a oboselii. Această problemă a căpătat actualmente un nou conținut, deoarece oboseala fizică a fost înlocuită de oboseala „nervoasă”, care este o consecință a tensiunii psihologice și emoționale.

Modul de alegere a profesiei în zilele noastre e de așa natură că nu omul este „ales” pentru o anumită profesie, ci profesia „alege specialiști” din care sunt rebutați peste un timp oarecare o parte din ei, și anume acei care nu s-au adaptat la noile condiții ca urmare a oboselii în lucru, care comiteau greșeli, frecvent se îmbolnăveau ș.a.

O problemă medico-socială prezintă și remunerarea muncii. Prosperitatea materială exercită o influență esențială asupra sănătății publice. Trecerea la economia de piață, scăderea veniturilor reale ale populației și chiar sărăcirea unor pături sociale are drept consecință creșterea mortalității generale, scăderea natalității, duratei medii a vieții și alte fenomene negative.

## 15.2. ODIHNA

*Odihna* este o stare de liniște sau activitate de o așa natură, care lichidează oboseala și contribuie la restabilirea capacității de muncă.

Dreptul la odihnă este un factor important de păstrare și întărire a sănătății oamenilor, precum și de dezvoltare armonioasă a personalității fiecărui om.

Problema organizării odihnei este legată de timpul liber. Folosirea rațională a timpului liber este o condiție de care depinde productivitatea muncii, deoarece contribuie la fortificarea sănătății omului și la dezvoltarea lui multilaterală.

Pe timpuri, noțiunea de odihnă era identificată cu o liniște perfectă și reducere considerabilă a mișcării. La începutul secolului al XX-lea I. Secenov a argumentat în mod convingător teza că oboseala dispare prin trecerea de la un mod de activitate la altul. Odihna, ca problemă social-igienică, este un aspect mai puțin studiat. Totuși, a devenit un adevăr incontestabil faptul că cei care își petrec zilele de odihnă în afara orașului se îmbolnăvesc mai rar.

Problema odihnei este foarte actuală, deoarece când munca este nerațional organizată, se observă dereglări ale ritmului proceselor tehnologice, ca și în cazul muncii legate de suprasolicitarea fizică și emoțională. Normarea regimului muncii și al odihnei prevede reglementarea timpului de lucru și a timpului de odihnă.

Criteriile de bază ale regimului rațional al muncii și odihnei sunt productivitatea muncii, prevenirea surmenajului, micșorarea traumatismului profesional și ocrotirea sănătății muncitorilor.

La reglementarea regimului de muncă și odihnă trebuie să se ia în considerare nu numai specificul procesului de muncă, ci și condițiile în care activează oamenii: temperatura, umiditatea aerului, gradul de poluare a lui, iluminarea, zgomotul, vibrația, care alcătuiesc factorii suplimentari de oboseală.

### 15.3. ALIMENTAȚIA

Unul dintre factorii sociali cu rol decisiv asupra sănătății este alimentația.

Știința medicală dispune de o informație destul de vastă în ceea ce privește fiziologia, igiena și patologia alimentației, mecanismul acțiunii diverselor produse alimentare asupra funcției unor organe în parte și a organismului în întregime. Fără a neglija însemnătatea acestor procese, noi ne vom referi la aspectul social al alimentației.

Îndestularea populației cu produsele alimentare necesare depinde, în primul rând, de starea materială, de nivelul de trai al societății. În țările economic slab dezvoltate condițiile de trai sunt extrem de nesatisfăcătoare, acolo populația suferă de foame și subalimentație. Acuitatea acestei probleme se agravează în condițiile când se observă creșterea sporită a populației, fenomen specific unor state din Asia, Africa și America Latină. Spre exemplu, în America Latină populația crește anual cu 3,5%, pe când producția agricolă – cu 2,5%.

Departamentul agricultură și alimentație al ONU a constatat că mai mult de jumătate din populația globului pământesc suferă de subalimentație ori se alimentează insuficient. Situația se complică ca urmare a accelerării ritmului de creștere a populației, care a căpătat un caracter de explozie, ceea ce nu s-a observat în trecut, și a inegalității sociale în aprovizionarea cu bunuri materiale, inclusiv cu alimente. Conform datelor ONU numai 1/4 din populație se bucură de o alimentație normală; 30–40 mln. de oameni anual mor de foame. Suferă de foame 300–500 milioane. Aici are importanță și inegalitatea reprezentării produselor alimentare. În țările unde locuiește 1/3 din populație (Europa, America de Nord) se produc 3/4 din toate produsele alimentare, în timp ce în Asia, unde se află o jumătate din populația lumii, se produc doar 17-18%.

O problemă acută este deficitul de proteine, în special de proveniență animală. În unele țări revin câte 3–4 g de proteine animale pe cap de locuitor, ceea ce corespunde cu 2-3 kg de carne pe an (norma – 60-70 kg).

Deficitul proteic reflectă nivelul scăzut al economiei, al venitului național. Deficitul alimentar este scăzut, de asemenea, și de puterea calorică mică a unor produse alimentare. Pentru populația unor state din Asia, Africa și America de Sud acest indice abia atinge 2 200 calorii/zi. Insuficiența proteinelor acționează dăunător mai ales asupra generației tinere în faza de creștere a organismului. O adevărată tragedie în țările economic slab dezvoltate o constituie așa boli, ca kwashiorkor, beri-beri, bolile de ochi de proveniență alimentară ș.a.

Subalimentația provoacă creșterea mortalității generale, și mai ales, a mortalității infantile. OMS, în legătură cu această problemă, afirmă următoarele: indicele mortalității copiilor de 1-4 ani poate fi considerat drept criteriu de evaluare al nivelului alimentației în țara respectivă după cum mortalitatea infantilă caracterizează starea sănătății și nivelul social-economic al țării. Într-adevăr, în țările unde penuria de proteine se resimte tare, iar calorajul general este scăzut, mortalitatea infantilă alcătuiește 30-59% din mortalitatea generală, și invers, în țările unde asemenea insuficiență e rară mortalitatea infantilă alcătuiește doar 10% din mortalitatea generală.

Soluționarea problemei penuriei de alimente este posibilă prin intensificarea agriculturii. Este suficient să se obțină pe suprafețele agricole folosite în prezent recolte la nivelul țărilor dezvoltate ca să se asigure cu alimente mai mult de 9 miliarde de oameni. Dacă s-ar folosi toate terenurile arabile (9,390 miliarde km<sup>2</sup>), recoltele ar îndeștula cu produse alimentare 65 miliarde de oameni, iar folosind suplimentar și algele mărilor și oceanelor – 290 miliarde de oameni.

Conform calculului oceanografului L. Zenkevici productivitatea mărilor e de 1 000 de ori mai mare decât a pământului arabil. De pe o unitate de suprafață subacvatică se pot obține 50 de tone de produse față de 4 tone de cereale care se recoltează de pe o suprafață terestră. În afară de aceasta, algele conțin de 4-5 ori mai multe substanțe organice decât plantele terestre. Folosirea rațională a plantelor maritime numai de pe litoralurile mărilor și oceanelor ar îndeștula cu produse alimentare 58 miliarde de oameni. Aceste date vorbesc în favoarea posibilităților vaste de folosire a resurselor naturale pentru asigurarea nu numai a generației contemporane, ci și a viitoarelor generații umane ale planetei noastre cu toate produsele alimentare necesare.

O importanță deosebită capătă și studierea alimentației și influenței acesteia asupra sănătății anumitor grupuri de populație. Sunt cunoscute multe boli de proveniență alimentară. Cauza lor este frecvent ablaclarea sugarilor. Copiii în cauză suferă frecvent de boli acute ale aparatului digestiv, rahitism, pneumonie și hipotrofie. Problema alimentării copiilor este într-adevăr o problemă medico-socială, deoarece ea se referă la generația tânără.

Unele investigații cu caracter medico-social tratează detaliat acțiunea asupra sănătății a regimului de alimentare al diferitor grupe sociale, atât din punct de vedere profesional, cât și sub aspect de vârstă.

Dacă vom urmări schimbările ce au avut loc în modul de alimentare a locuitorilor din țările economic dezvoltate în anii 60-70, vom constata că pentru ele, cu excepția Marii Britanii și a Suediei, au fost caracteristice mărirea puterii calorice, în special pe contul creșterii consumului de proteine și grăsimi. O particularitate a alimentației japonezilor este folosirea largă a legumelor și zarzavaturilor.

În ultimii 70 de ani schimbări considerabile au avut loc și în rația alimentară a populației SUA: a sporit consumul de carne, pește, produse lactate, untdelemn,

fructe, zarzavaturi, zahăr; s-a micșorat consumul ouălor, cartofului, făinoaselor, cafelei. Consumul de unt și grăsimi de porc a scăzut cu 74 și 81%, în schimb s-a mărit de 2 ori întrebuințarea untdelemnului și de 8 ori a margarinei.

Specialiștii au formulat 7 cerințe principale în domeniul igienei alimentației:

1. A se evita supraalimentația, care duce la obezitate, prin micșorarea consumului de alimente și mărirea cheltuielilor energetice.
2. A spori consumul glucidelor compuse și a zaharoaselor naturale (fructoza, lactoza) de la 28% la 48% din calorajul general.
3. A reduce consumul de zahăr rafinat de la 45% la 10%.
4. A reduce consumul grăsimilor de la 42% la 30% din calorajul general, pe contul cărnii, ouălor, folosirii laptelui degresat.
5. A micșora cu 10% consumul de uleiuri naturale.
6. A se evita produsele bogate în colesterol, cu reducerea aportului de colesterol de la 500 la 300 mg/zi.
7. A limita consumul sării de bucătărie până la 5 g/zi.

Alimentația rațională este o problemă de care se preocupă savanții din toate țările. În Suedia, de exemplu, a fost creat un Comitet de experți în acest domeniu. O recomandare a lor este de a micșora întrebuințarea grăsimii de la 40% până la 30% și a zahărului de la 18% la 10% în calorajul general. Cu propagarea modului rațional de alimentare se ocupă organele administrative, mass-media, sindicatele, instituțiile medicale. A sporit cu mult producția sucurilor de fructe, a căror utilizare aici e pe primul loc în lume.

În Canada, savanții au demonstrat că familiile cu venituri mici folosesc mai puțină carne, pește, carne de porc ouă și fructe. Ponderea obezilor în rândul bărbaților era mai mare la acei care aveau venituri mai ridicate, iar la femei – invers (ele consumă mai multe glucide – făinoase și cartofi).

O situație catastrofală s-a creat în țările în curs de dezvoltare. Dacă 10% din populația Globului suferă de foame, apoi insuficiența calitativă a alimentației o resimt 50% din locuitori. Se constată, în primul rând, insuficiența albuminelor de valoare biologică completă. În majoritatea acestor țări consumul albuminelor animale alcătuiește doar 8 g/zi.

Toate produsele de hrană se împart în 4 grupe:

1. calorigene (400-900 kcal la 100 g de produs alimentar) – grăsimi animale, untdelemn, mezeluri, zahăr, ciocolată, halva, prăjituri;
2. produse cu putere calorică înaltă (250-400 kcal) – pâine albă, pesmeți, crupe, macaroane, carne de vită, de porc, șuncă, brânză de vaci, smântână, înghețată, miere, nuci, dulceață;
3. produse calorice (nivel obișnuit – 100-250 kcal) – pâine de secară, caimac, brânză cu 90% grăsime, carne de vită, de oaie, de porc, de iepure, scrumbie, stavrid, costraș;
4. produse cu puține calorii (<100 kcal) – toate zarzavaturile, cartofii, fructele, laptele, brânza de vaci degresată, carnea de vită slabă, de găină, peștele – cambulă, crap, somn, șalău, știucă.

Consecința alimentației incorecte este obezitatea și alte boli. În SUA suferă de obezitate în formă gravă 4,9% din bărbați și 7,2% din femei. În republicile din ex-URSS boala se înregistrează la 26% din populație. În grupele de vârstă 40-60 de ani frecvența cazurilor de obezitate atinge 30%, iar la cei peste 60 de ani – 45%.

Savanții din SUA consideră, că 60% din tumori la femei și mai mult de 40% la bărbați sunt legate de alimentația nerațională. A fost stabilită o corelație directă între mortalitatea condiționată de cancerul intestinal și consumul abuziv de grăsimi, carne, zahăr, ouă, bere; mortalitatea din cauza cancerului stomacal s-a stabilit mai frecvent la persoanele care făceau abuz de zahăr și produse cerealiere.

În SUA, unde au fost elaborate și aplicate principiile alimentației raționale, cancerul stomacal este în prezent un fenomen rar, pe când la noi el ocupă locul II în structura tumorilor maligne.

În genere, alimentația se află pe primul loc printre factorii de risc cancerigeni (ponderea 35%), iar fumatul pe al doilea loc (30%).

Academicianul rus N.N. Trapeznikov afirmă, că azi probabilitatea de a se îmbolnăvi de boli canceroase a de 20,5% la bărbați și de 16,1% la femei. În mileniul trei fiecare al treilea om va fi amenințat de riscul de a se îmbolnăvi de cancer.

Pentru micșorarea pericolului cancerului intestinal se recomandă reducerea consumului de grăsimi, renunțarea la tot ce e prăjit, afumat. E necesar de a spori consumul produselor ce conțin celuloză (pâine neagră, zarzavaturi, fructe), a include în rație diverse soiuri de varză, sucul căreia stimulează fermentația proteinelor. Celuloza ajută la evacuarea normală a intestinului, împreună cu conținutul lui fiind înlăturați și acizii biliari, care pot intensifica cancerogeneza.

Cancerul mamar și al uterului este legat, de asemenea, de alimentația nerațională (supraalimentare, abuz de grăsimi). Un alt grup de boli ale căror evoluție depinde în mod direct de alimentație sunt bolile cardiovasculare, care provoacă mai mult de jumătate din mortalitatea generală. S-a stabilit că în Japonia frecvența relativ mică a bolii coronariene este rezultatul abținerii de la întrebuințarea în alimentație a grăsimilor. Efecte negative asupra vaselor creierului are abuzul sării de bucătărie.

La rândul ei subalimentația cauzează creșterea numărului eclamsiilor, avorturilor, nașterilor premature, născuților morți.

Un rol important se atribuie sporirii consumului de proteine de care depinde imunitatea organismului, de vitamine și fier cu rol în procesul de producere a sângelui etc.

Probleme complicate au apărut în ultimul timp în legătură cu utilizarea îngrășămintelor artificiale, pesticidelor, substanțelor chimice în industria alimentară.

Problema alimentației publice, în afară de aspectul medico-social, capătă tot mai mult și un caracter social-economic. Durata vieții omului poate fi prelungită cu mult cu ajutorul dietei, ce ar conține toate substanțele nutritive necesare, reducând însă cu o treime numărul de calorii calculate pentru masa normală a corpului.

În ultimul timp se practică tratamentul unor maladii prin înfometare. Este o metodă riscantă, care impune controlul riguros al medicilor. Se folosește, de asemenea, degrevarea alimentară, fiind necesar și de această dată avizul medicului.

#### 15.4. LOCUINȚA

O altă problemă medico-socială destul de importantă prezintă locuința. Se au în vedere dimensiunile ei, spațiul locativ, confortul și comoditățile de trai.

Nu ne vom opri asupra metodelor de estimare și de studiere a condițiilor microclimaterice ale locuințelor, deoarece acestea sunt obiectul de studiu al unui com-

partiment special al igienei. Aici vom elucida doar probleme de ordin medico-social, mai ales sub aspectul influenței locuințelor asupra sănătății publice.

Amintim că locuința avea o importanță vitală încă din vremurile străvechi, chiar la omul primitiv. Acesta din urmă se ascundea în peșteră (locuința lui), la intrarea în care ardea permanent rugul. O altă modalitate de locuit ce-i permitea omului să se apere de animalele sălbatice erau locuințele construite pe piloni îngropați, pe apa vreunui lac, legate de mal prin pod, care noaptea era tras în casă.

Desigur, nu era ușor de trăit în peșteri ori în locuințele lacustre, dar și astăzi, când omul are posibilități să construiască locuințe în blocuri moderne de tipul zgârie-norilor, apar probleme destul de complicate legate de asigurarea lui cu spațiu locativ și în ceea ce privește influența locuinței asupra sănătății publice.

Construcțiile locative optime sunt necesare, în primul rând, pentru prosperitatea și sănătatea omului și a familiei sale.

Condițiile locative nefavorabile pot contribui la răspândirea unor infecții, bunăoară, cele gastrointestinale, ale aparatului respirator, precum și altor boli care pot apărea din cauza lipsei de apă potabilă calitativă, înlăturării imperfecte a murdăriei, existenței insectelor, rozătoarelor etc.

Suprapopularea locuințelor creează condiții pentru tensionarea relațiilor dintre locatari. În legătură cu aceasta crește și mai mult rolul locuințelor ca factor important al sănătății publice a omului.

Comitetul de experți al OMS apreciază noțiunea „condiții locative sănătoase” drept existența locuinței individuale pentru fiecare familie.

Condițiile minime pe care trebuie să le prezinte orice locuință sunt următoarele:

- a) numărul necesar de camere cu suprafața locuibilă utilă și cubaj ce ar corespunde normelor sanitaro-igienice;
- b) posibilitatea izolării unor membri ai familiei;
- c) distribuirea camerelor astfel încât copiii și adulții de sex diferit (afară de soț și de soție) să aibă dormitor separat;
- d) aprovizionarea suficientă cu apă potabilă calitativă pentru îndeplinirea tuturor necesităților;
- e) amenajarea canalizației în corespundere cu regulile sanitare;
- f) existența condițiilor necesare pentru spălat, pregătirea mâncării și depozitarea produselor alimentare;
- g) ventilarea suficientă, excluderea prezenței substanțelor toxice în locuință;
- h) iluminarea naturală și artificială satisfăcătoare.

Problema locativă în legătură cu urbanizarea și în condițiile economiei socialiste ineficiente, care a existat până nu demult, a devenit tot mai acută. Procesul de urbanizare cunoaște ritmuri destul de pronunțate în Republica Moldova. Populația urbană către anul 1989 a crescut comparativ cu 1959 de 3,1 ori și constituia 2 057 mii locuitori, în timp ce în ex-URSS și în Ucraina vecină numai de 1,8 ori. Suprafața locativă pe cap de locuitor, în 1988, în Republica Moldova era în medie egală cu 8,6 m<sup>2</sup> (în fosta Uniune – 9,4 m<sup>2</sup>, în Ucraina – 9,8 m<sup>2</sup>).

Conform cercetărilor selective efectuate în 1989, din numărul celor care aveau nevoie de spațiu locativ în localitățile urbane 33,7% așteptau rândul 5-10 ani, iar 18,3% – mai mult de 10 ani.



### **Condițiile locative.**

Condițiile locative determină în mare măsură nivelul de trai al oamenilor și influențează asupra sănătății lor.

S-a stabilit că morbiditatea printre persoanele care dispun de un spațiu locativ de numai 6 m<sup>2</sup> pentru fiecare locatar este mai mare decât la cei cu 9 m<sup>2</sup>. În rândul muncitorilor din industrie, care au spațiu locativ mai mare de 9 m<sup>2</sup> pentru o persoană, morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă e cu 10% mai mică decât la cei cu spațiul locativ de 6–9 m<sup>2</sup> și cu 20% decât la cei care dispun de un spațiu sub 6 m<sup>2</sup>. Cam aceeași proporție se păstrează și în cazul celor care au locuințe proprii comparativ cu locatarii de la bloc.

Acțiunea asigurării cu spațiu locativ asupra sănătății se observă și în localitățile rurale. Condițiile bune de trai, spațiul locativ suficient, camerele luminoase și temperatura optimă favorizează sănătatea copiilor, mai ales în ceea ce privește morbiditatea prin rahitism.

Este cunoscut și faptul că de mărimea spațiului locativ depinde numărul de copii în familie, precum și nivelul mortalității infantile. Asigurarea populației cu locuințe în cea mai mare parte de țări, inclusiv la noi, este neîndestulătoare. Conform datelor ONU cca 180 milioane de oameni nu au locuințe, iar 12% trăiesc în cocioabe.

Pentru a lichida problema locuințelor e necesar, după calculul specialiștilor ONU, de a construi în țările dezvoltate 30 milioane, iar în țările slab dezvoltate cel puțin 150 milioane de noi locuințe.

Conform unei investigații întreprinse de OMS, în orașul Calcuta 15% din populație locuiesc în prăvălii, 17% în genere sunt lipsiți de locuințe, iar pentru 30% revine câte o cameră la câteva familii. În genere, asigurarea cu locuințe constituie o problemă acută pentru 63% din populația orașului. E natural că neasigurarea cu locuințe este una din cauzele principale ale morbidității. Din publicațiile OMS aflăm, că în Rio-de-Janeiro din cei 830 mii de oameni, care locuiesc în fundături – 40%, suferă de dilatarea aortei din cauză că ei sunt nevoiți să aducă apa de la mari distanțe pe dealuri înalte; 20% au fost atacați de tuberculoză, iar 95% – de helmintiază.

În SUA norma medie de asigurare cu suprafață locativă utilă e de aproximativ 48 m<sup>2</sup>. Fiecare locuință e compusă în medie din 5,1 camere. Fondul de locuințe este într-un volum de 80% asigurat cu încălzire centralizată, 75% au canalizare, 90% din locuințe sunt telefonizate.

J. Yarnell afirmă, că morbiditatea prin boli ale aparatului respirator la copii și indicii morbidității din cauza acestor boli sunt strâns legate de suprapopularea locuințelor, de numărul și suprafața camerelor.

Conform datelor OMS, există un raport invers proporțional între cubatura aerului ce revine la 1 locatar, numărul de bacterii pe care le conține acest volum de aer (inclusiv bacteriile cavității bucale și nazale, spre exemplu streptococul) și numărul cazurilor de îmbolnăvire.

În blocurile cu multe etaje concentrația bacteriilor în aerul din încăperi e mai mare decât în casele cu 1 sau 2 etaje. În casele cu multe etaje sunt mai frecvente cazurile de boli psiho-neurologice și boli respiratorii acute. Aceasta se explică prin faptul că pe măsură ce se mărește numărul etajelor se înrăutățește componența chimică și proprietățile fizice ale aerului. Temperatura la etajul 12 se mărește cu 5°,

umiditatea aerului cu 8,3%, concentrația oxidului de carbon e 66,6%. În comparație cu etajul 1, la etajul 12 numărul firelor de praf la 1 m<sup>3</sup> de aer este pe palier de 5 ori mai mare.

Morbiditatea din cauza bolilor cardiovasculare, afecțiunilor aparatului respirator și ale sistemului nervos depinde și de existența spațiilor verzi în orașe.

Sursele de poluare a atmosferei locuințelor sunt multiple. Ele rezultă din activitatea vitală a omului: substanțele eliminate în timpul pregătirii hranei, fumatului sau emanate din materialele de construcție, mobilă sau îmbrăcăminte. Un pericol oarecare îl pot prezenta și mijloacele de igienă personală, produsele cosmetice, deodorantele și dezinfectantele, detergenții etc. Se va lua în considerare faptul că din cauza spațiului mic al locuințelor, chiar și cantități nu prea mari de substanțe toxice pot crea concentrații destul de mari.

În concluzie, menționăm că factorii sociali – munca, odihna, alimentația și locuința, din punct de vedere metodic, au fost examinați izolat unul față de altul în mod intenționat, pentru a evidenția mai clar rolul lor asupra sănătății publice. În realitate toți acești factori acționează în ansamblu.

De exemplu, când e vorba de alimentație nesatisfăcătoare, la persoanele în cauză, ca regulă, și condițiile locative sunt proaste, ele dispun de mijloace bănești modeste, și alți factori sociali nu corespund condițiilor optime. Aceasta se explică prin faptul că există o evidentă interconexiune și interdependență între condițiile de viață, nivelul de trai și sănătatea omului.

Desigur, că interconexiunea factorilor sociali, această legitate nestrămutată, impune necesitatea unui studiu medico-social complex, care ar evidenția acțiunea multiplexelor cauze și factori, ce determină sănătatea populației în ansamblu.

## BIBLIOGRAFIE

1. Afilon Jompan. Medicina familiei. Cartea medicului de familie. Editura Helicon. Timișoara, 1997, – 190 pag.
2. Armean P.: Managementul calității serviciilor de sănătate, București, 2002.
3. Armean P.: Management sanitar: noțiuni fundamentale de Sănătate publică, București, 2004.
4. Baron T., Anghelache C., Țițan Emilia. Statistică. Editura economică, 1996, – 168 pag.
5. Baron T., Biji E., Tovissi L. ș.a. Statistica teoretică și economică.-București. 1996, – 518 pag.
6. Bill Scott. Arta negocierilor. Editura tehnică. București, 1996.
7. Boca I.cea C., Neamțu G., Elemente de asistență socială, Ed. Polirom, Iași, 1996, – 207 pag.
8. Carta de la Ljubljana referitoare la reforma sistemelor ocrotirii sănătății în Europa. Organizația Mondială a Sănătății. Biroul Regional pentru Europa. Copenhaga, 1996, – 6 pag.
9. Ciobanu Gh. Asistența medicală de urgență în Republica Moldova. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale 1 (10) 2007, Chișinău, p. 7–33.
10. Ciobanu Gh. Fortificarea Serviciului Asistență Medicală Urgentă în Republica Moldova în anii 2006-2010. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale 1 (10) 2007, Chișinău, p. 199–211.
11. Conferința Internațională pe Asistența Medicală Primară. Alma-Ata, 1978 – 137 pag.
12. Contract-cadru din 18.XII.2002 privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar, precum și a serviciilor de recuperare a sănătății, în cadrul Sistemului de asigurări sociale de sănătate.
13. Dale Carnegie. Secretele succesului. Cum să vă faceți prieteni și să deveniți influent. Editura Curtea Veche, București, 1997.
14. Declarația Universală a drepturilor omului. - ONU, 1948, – 83 pag.
15. Dezvoltarea asistenței medicale primare. Consolidarea managementului sănătății în Moldova/ Plan de acțiuni/ TACIS, MS R. Moldova. 1997, –119 pag.
16. Dezvoltarea Asistenței Medicale primare. Consolidarea Managementului Sănătății în Moldova / Tacis / Plan de acțiuni. – Swede Health, 1997, – 153 pag.
17. Duda Rene. Sănătate Publică și Management. – Iași: Moldtip, 1996, – 213 pag.
18. Enăchescu D. Medicina socială. Elemente de biostatistică. București, 1990. – 204 pag.
19. Enăchescu D. Medicină socială note și suporturi de curs. – București, 1992, – 196 pag.
20. Enăchescu D., Marcu G. – Sănătate Publică și Management – București: Editura ALL, 1994, – 234 pag.
21. Enachescu D. Tratat de igiena mintală – Collegium Polirom 2004, ediția a III-a, –374 pag.
22. Ețco C., Goma L., Reabov E. și al. Economia ocrotirii sănătății. –Chișinău, 2000. –376 p.
23. Fisher Rober, Ury William, Patton Brucei. Succesul în negocieri. Cluj-Napoca. Editura Dacia, 1995.
24. Gherguț, Alois. Managementul serviciilor de asistență psihopedagogică și socială: ghid practic / Alois Gherguț. – Iași: Polirom, 2003, – 208 pag.

25. Ghid al serviciilor de planificare familială. / E. Gladun, V. Moșin, M. Strătilă și col.; Editat cu sprijinul UNFPA. – Chișinău, 2000, – 284 pag.
26. Grossu Iu. Învățământul medical superior și știința medicală în Sistemul universitar și cel al Ocrotirii sănătății din Republica Moldova. CEP Medicina, 2000, – 60 pag.
27. Holdevici I. Psihoterapia de scurtă durată, București, 2004.
28. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1114 din 09.12.97 Despre dezvoltarea sectorului primar de asistență medicală.
29. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 749 din 4.08.99 mun. Chișinău. Pentru aprobarea actelor normative despre executarea Legii privind minimul de asistență medicală gratuită, garantat de stat.
30. Ilicea Eugeniu. Medicina familiei. Editura Fundației Academice, V. Voiculescu, 2001, – 511 pag.
31. Jan Cornelis van Es. Medicul de familie și pacientul său. Manual pentru medicul de familie. Editura LIBRA. București, 1997, – 495 pag.
32. Jana Chihai, A. Nacu, Larisa Boderscova. Sănătatea Mintală și medicina generală: noțiuni de bază, repere pentru colaborare și sisteme de referință (Ghid pentru medici de familie) / Chișinău, 2003.
33. Jean – M. Hiltrop, Sheila Udall. Arta negocierii. Editura Teora, 1998.
34. Legea ocrotirii sănătății // Monitorul oficial al Republicii Moldova. – 1995, - nr. 34 (55) – p. 3.
35. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. –nr. 1585-XIII din 27.02.1998.
36. Legea Republicii Moldova „Privind asigurarea sar .taro-epidemiologică a populației”. – nr. 14.13-XII din 16.06.1993.
37. Managementul asistenței medicale primare în Republica Moldova / Dumitru Tintiuc, Victor Savin, Corina Moraru, Lucia Stadler; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. – Ch.: Gunivas, 2005, – 280 pag.
38. Managementul financiar al sistemului sănătății / I. Mereuță, V. Cojocaru, C. Ețco, V. Gherman, S. Lupu. – Ch.: „Info-med”, 2003, Tip. AȘ RM. – 173 pag.
39. Marcu Aurelia, Marcu Gr.M., Vîtcu Luminița, ș.a. Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate. Institutul de Sănătate Publică - București, 2002, – 299 pag.
40. Marcu M., Mincă Dana. Sănătate Publică și Management Sanitar. Note de curs pentru învățământul postuniversitar. Editura universitară „Carol Davila”. – București. 2003, – 366 pag.
41. Monitorul Oficial nr. 623 din 22 august 2002. Hotărârea nr. 826 din 31 iulie 2002 pentru aprobarea Strategiei naționale privind reforma în unitățile sanitare cu paturi din România.
42. Monitorul Oficial nr. 104 din 19 februarie 2003, ORDIN Nr. 29 din 20 ianuarie 2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România.
43. Monitorul Oficial nr. 1034 din 27 decembrie 2006, Hotărârea nr. 1842 din 21.XII.2006 – partea II: pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007 din România.
44. Medicina de familie – veriga primordială a reformării sistemului de sănătate // Materialele congresului I al medicilor de familie din Republica Moldova – Chișinău, 2000. – 95 pag.
45. Medicii de familie din Republica Moldova, Congresul II al Medicilor de familie din Republica Moldova: . 25-26 oct. 2006/ col. red.: Gr. Bivol, . – Ch.: USMF, 2006 (CEP Medicina). – 186 pag.
46. Mereuță I., Popușoi E., Ețco C., Eftodi M. Sănătatea publică și managementul în medicină. – Chișinău, 2000. –367 p.

47. Moldovan Mona, Dragomirișteanu Aurora, Mihăescu-Pinția Constanța, ș.a. Management pentru medicul de familie. - București, 2002, - 150 pag.
48. Moraru Corina. Studiul morbidității familiilor rurale și organizarea asistenței medicale primare prin intermediul medicului de familie: Autoreferatul tezei de d.ș.m. 14.00.33. - Chișinău, 2003, - 22 pag.
49. Moșneaga T. Concepția de dezvoltare și reformare a sistemului sănătății în Republica Moldova în condițiile social-economice noi. // Strategia de dezvoltare și reforme a sistemului sănătății din Republica Moldova în condițiile economice noi. - Chișinău: T.C.I., 1995, - p. 1-7.
50. Mureșan P. Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate. București, 1989, - 574 pag.
51. Noroc D., Friptu N., Noroc A., Borș D., Stempovschi Elena. Particularitățile organizării asistenței medicale primare pe principiul medicului de familie în condițiile economice noi (recomandări metodice). - Chișinău, 1999, - 20 pag.
52. Olteanu M.: Renașterea Sistemului Sanitar: printr-o reformă bazată pe dovezi, București, 2005.
53. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 200 "Privind reforma medicini primare în R. Moldova" din 19 august 1997.
54. Ordinul Ministerului Sănătății Nr. 309 din 06.11.2002 "Cu privire la elaborarea Concepției Sistemului Informațional Medical Integrat". - Chișinău. - 1998.
55. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova Nr. 163 "Referitor continuității reformelor asistenței medicale primare pe principiul medicului de profil general / de familie" din 21.05.1998.
56. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 190 din 23 iunie 2003.
57. Organizarea serviciilor pentru sănătatea mintală / Proiectul de Sănătate Mintală a Pactului de Stabilitate „Sporirea Coeziunii Sociale prin Fortificarea Serviciilor Comunitare de Sănătate Mintală în țările Europei de Sud-Est”. Organizația Mondială a Sănătății, 2003, - 284 pag.
58. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova Nr. 190 "din 23 iunie 2003 „Cu privire la instituirea structurii sistemului sănătății raionale / municipale”.
59. Pantea V. Starea igienică a obiectivelor – argumente și priorități pentru ameliorarea sănătății publice./ Medicina preventivă-strategie oportună a sistemului de sănătate, - Tip. Sirius-Chișinău, 2005, 332-335 pag.
60. Pantea V., Cotorcea A., Starea sănătății populației raionului Briceni, factorii care o determină și măsuri de prevenție. /Medicina preventivă-strategie oportună a sistemului de sănătate, Tip. Sirius-Chișinău, 2005, 335-339 pag.
61. Principles of Epidemiology. An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics. // - CDC,Atlanta-SUA, -Ediție didactică, specială / Multiplicată în CNȘPMP cu susținere financiară și tehnică a reprezentanței UNICEF și Guv. Japoniei, (Traduc.din eng.) a. 1999, - 424 pag.
62. Rugină Valeriu. Curs de medicină socială. -Iași, 1986. -483 p.
63. Rusu A. Etapele de reformare și strategiile de dezvoltare continue a sistemului sănătății al Republicii Moldova. //”Politici ale reformelor sistemelor de sănătate și îngrijirile în sistemul primar în România și țările est-europene”. 15-18 .11.2000, Sinaia//Buletin Informativ pentru Medicii de Familie. №11. Vol. 3. Ed. Colegiul Medicilor Iași, România. - 2000.
64. Savin V. Consolidarea asistenței medicale primare în condiții urbane. Autoreferatul tezei de d.ș.m., 14.00.33. - Chișinău, 2003. - 22 pag.
65. Spinei L., Popușoi E. Handicapul infantil ca problemă medico-socială. - Chișinău, 2000. - 208 p.
66. Starea sanitaro-igienică și epidemiologică. //Anuar statistic privind indicii de activitate a Serviciului sanitaro-epidemiologic de stat al Republicii Moldova, / Ed. CNȘPMP, a. 1992-2002.

67. Statistica / red. prof. dr. L. Tovissi ș.a./ ASE, București, 1981, –552 pag.
68. Stephen R. Covey Eficiența în 7 trepte sau un abecedar al înțelepciunii. Editura ALL, București 1997.
69. Tintiuc D., Ețco C. Grossu Iu. ș.a., Sănătate Publică și Management, CEP Medicina, Chișinău, 2002, – 720 pag.
70. Tulchinsky T. H. Noua sănătate publică: introd. în sec. XXI / H. Th. Tulchinskz; trad din engl. de Alexandru Jalbă, Pavel Jalbă. – Ch. Ulzse, 2003, – 744 p.
71. Tulchinsky Th.H., Varavicova E.A. Noua Sănătate Publică. Introducere în secolul XXI. Ed. Combinatul Poligrafic, Chișinău, 2003, 695 pag.
72. Vlădescu C., Mioara Predescu, Em. Stoicescu – Sănătate publică și management sanitar. - București: Ed. EXCLUS s.r.l., 2002, – 187 pag.
73. Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ. – 1979. - Т. 33. - № 3 – С. 123-156.
74. Баганенко С.Ф., Верткин А.Л., Мирошниченко А.Г., М.Ш. Хубуття Руководство по скорой помощи. Изд. «ТЭОТАР–Медиа», 2007, стр.1-23.
75. Бивол Г. Эволюция подготовки врачей общей практике в Республике Молдова и их роль в развитии первичной медицинской помощи.// Российский семейный врач.- 2000. -№1. стр. 68-69.
76. Бурдаев В.П., Полудов С.И. “Кластерный анализ в социально-гигиенических исследованиях “ / АН МССР Институт математики с ВЦ /- Кишинев, 1986, –52 с.;
77. Воблый К. Г. Статистика. Пособие для учащихся и самообразования. Киев, 1924. – 288 с.
78. Вучков И., Бояджиева Л., Солаков Е. “Прикладной линейный регрессионный анализ”/ перевод с болгарского- М.:”Финансы и статистика”, 1987, –239 с.
79. Гладун Е. В., Мошин В. Н., Гропа С. А. Планирование семьи и репродуктивное здоровье: Руководство для акушеров-гинекологов и семейных врачей – Ch.: S.n. 2002, Tipografia „Метромаш”. – 352 с.
80. Здоровье 21 – Вступление к политике достижения здоровья для всех в Европейском регионе. - Всемирная Организация Здравоохранения. Европейский Региональный Комитет. EUR/RC 48/9. Копенгаген, 1998, – 26 с.
81. Корнилов И.А., Токарев В.П. “Методы математического программирования в решении задач оптимизации при управлении здравоохранением” / под ред. к.т.н. В. М. Тимонина-Москва, 1982 – 69 с.
82. Коротков Ю.А. Научные основы реформирования первичного звена здравоохранения на принципах общей врачебной / семейной практики: Автореф. дис... д.м.н.: 14.00.33 / НИИСГОЗ им. Н.А. Семашко - М., 1999. – 46 с.
83. Лисенков А.Н. “Математические методы планирования многофакторных медико-биологических экспериментов” / -Москва, Из-во Медицина,-1979-343 с.
84. Математические методы в социологическом исследовании/ отв.ред. Т.В.Рябушкин - Из-во Наука, 1981, –334 с.
85. Михайлович В.А., Мирошниченко А.Г. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. 3-е изд. Изд. «Невский диалект», 2001, стр. 16-90.
86. Обмен опытом развития медико-санитарной помощи населению // Хроника ВОЗ. – 1984. – Т. 38, № 5. стр. 37- 40.
87. Оценка стратегии достижения здоровья для всех к 2000г. - Женева, ВОЗ, 1987. –144 с.
88. Полудов С.И., Морошану М.И. Проектирование компьютерных технологий в здравоохранении/ МЗ Р.Молдова, ГМУ им. Н. Тестемидану/ -под ред. проф. И.Ф. Присакаръ- Кишинев,1983, –148 с.;

89. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения/ - под ред. проф. Ю.П.Лисицына - Москва, Из-во Медицина, 1987- том. 1, 432 с., том 2. 463 с.
90. Рациональное размещение медицинских учреждений в Молдавской ССР на перспективу. / Тестемичану Н.А., Раевский М.И., Тинтюк Д.В. и др. / Отв. Ред. Присакарь И.Ф. – Кишинев: Штиинца, 1983. – 275 с.
91. Серенко А.Ф., В.В. Ермакова, Социальная гигиена и организация здравоохранения. / 2-е изд. – М.: Медицина, 1984. - 640 с.
92. Сафар П., Бичер Н.Дж. Сердечно-легочная и церебральная реанимация, Москва «Медицина», 2003, стр.1-14.
93. Система оценки и контроля качества деятельности центров госсанэпиднадзора и структурных подразделений центров. / Методические указания, МУ 5.1.661-97, - Москва, 1997ю
94. Случанко И.С., Церковный Г.Ф. Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения / -Москва, Из-во"Медицина",-1983- 192 с.
95. Сепетлиев Д. Статистические методы в научных медицинских исследованиях / под ред. проф. А.М. Мерков -Москва, -Из-во Медицина,-1968-419 с.
96. Салтман Р.Б., Фшейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М. ГЭОТАР Медицина, 2000. – 432 с.
97. Сквирская Г.Л. Развитие общей врачебной / семейной практики в России. Пути активизации и совершенствования ее деятельности: Автореф. Дисс. ... к.м.н. 14. 00. 33. – М., 1999. – 27 с.
98. Тестемичану Н.А. – Пути сближения уровней медицинской помощи городскому и сельскому населению. – Кишинев: Штиинца, 1974. – 305 с.
99. Тестемичану Н.А., Пасечник И.И., Гутцул В.И. Пути сближения уровней амбулаторно-поликлинической помощи городскому и сельскому населению. – Кишинев: «Штиинца», 1987. – 128 с.
100. Тестемичану Н.А., Раевский М.М., Тинтюк Д.В. Рациональное размещение медицинских учреждений в Молдавской ССР на перспективу. – Кишинев: «Штиинца», 1983. – 183 с.
101. Тестемичану Н.А., Тинтюк Д.В. Пути сближения уровней стационарной помощи городскому и сельскому населению. – Кишинев: «Штиинца», 1987. – 125 с.
102. Типология и классификация в социологических исследованиях/ под ред. к.ф.н. В. Андреенков, к.э.н. Ю.Н.Толстова/ -Из-во Наука,1982-296 с.
103. Хименко Л.Р., Руководство по скорой медицинской помощи, Киев «Здоровья», 1991, стр. 5-14.
104. Хромченко О.М., Куценко Г.И. /Санитарно-эпидемиологическая служба - Москва, Из-во Медицина, -1990- 272 с.
105. Хей Дж. Введение в методы байесовского статистического вывода/перевод с англ.- М.: Финансы и статистика, 1987-335 с.
106. Хубрих В. Развитие первичной медико-санитарной помощи в Европе. // От Алматы к 2000 году – взгляд с половины пути: Сб.ст. – М. Медицина, 1988. - С. 31-39.
107. Чекман И.С., Скорая и неотложная медицинская помощь, Киев «Здоровья», 2002, стр.5-28.
108. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях/ -Москва, Из-во Медицина, 1986-208 с.
109. American Heart Association Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care International consensus on science Supplement to Circulation, Vol.102, Nr.8. August 22. 2000 pp 1-21.

110. Abas Metal (1995) Health service and community-based responses to mental ill-health in urban areas. In: Harpham T, Blue I, eds. Urbanisation and mental health in developing countries, Avebury Aldershot.
111. Blettery B., Urgence Four les praticien Ed. MASSON 2002, pp 1-26.
112. Ben-Tovim DJ (1987) Development psychiatry: mental health and primary health care in Botswana. London: Tavistock Publications.
113. Cameron P., Jelinek Gh., Everitt I., et.al. Textbook of Paediatric Emergency Medicine Ed. Churchill Livingstone Elsevier, 2006, pp 13< 465-475.
114. Degoulet P., Fieschi M.: Informatique medicale, III-e Edition, Masson, Paris, 1998.
115. Freeman M (2000) Using all opportunities for improving mental health examples from South Africa. Bulletin of the World Health Organization, 78:508-10.
116. Grand Larousse Universel nr.8, Paris, 1993.
117. Grand Larousse en 10 volumes, Larousse, Paris, 1990.
118. Jacob KS (2001) Community care for people with mental disorders in developing countries. Problems and possible solutions. British Journal of Psychiatry, 178: 296-8.
119. Memo, Vol. I, Larousse, Paris, 1999.
120. Memo Universal, Larousse, Paris, 1993.
121. Managing risk using index-linked catastrophic loss securities./ By J. David Cummins, David Lalonde, Richard D. Phillips, WEB-2002,-37 pag.
122. Murthy SR (1998). Rural psychiatry in developing countries. Psychiatric Services, 49: 967-9.
123. National Academy of Sciences, National Research Council: Accidental Death and Disability, the Neglected Disease of Modern Society. Division Medical Sciences – National Academy of Sciences, Washington DC, 1966.
124. Petit Larousse 2003, Larousse, Paris, 2002.
125. Pantridge J.F., Geddes J.F: Amobile intensive care unit in the management of myocardial infarction. Laneet 2:271, 1967.
126. Parson P.Э., Wiener-Kronish J.P. Critical Care Secrets Third Ed. HANLEY BELFUS. INC. Philadelphia, 2003, pp 588-605.
127. Primary Health Care reforms. Fifth Forum on Primary Health Care Development in Southern Europe and its relevance to countries of Central and Eastern Europe – the Way Forward., 1993. – 117 p.
128. Quid 2005, de Dominique et Michele Fremi, Editions Robert Lofont, 2004.
129. Schwartz G.R., Cayten C.G., Mandelsen M.A., et. al. Principles and Practice of Emergency Medicine Third ed. Vol.II, Lea Febiger, 1992, pp 3115-3343.
130. Starfield, B. Primary care: concept, evaluation and policy, Baltimore, Johns Hopkins University, 1992. – 46 p.
131. Tintinalle J.E., Krome, R.L., Ruiz E. Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide, McGRAW-HILL, INC. third Edition, 1992, pp 189-197.
132. The disability-adjusted life year (daly) definition, measurement and potential use\*/ By Nuria Homedes, 2000, WEB- page.
133. Trisnantoro L (2002) Decentraliyation policy on public mental hospitals in Indonesia> a financial perspective. Paper presented at the seminar on Mental Health and Health Policy in Developing Counteriea (15 may 2002). Harvard University.
134. Targets for health for all. The health policy for Europe. Summary of the updated edition, September 1991. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 (document EUR/ ICP/HSC 013).
135. Tarimo E., Webster E.G. Primary Health Care: Concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata Revisited. – Geneva: WHO. - 341 p.



136. Vohlner, I. et al. Re-organizing primary medical care in Finland: the personal doctor program. // Health policy, 13: 65-79 (Volovei V., Tintiuc D., Rusu A. Strategia de dezvoltare și reformare a sistemului sănătății din Republica Moldova în condițiile noi. – Chișinău: TCI, 1995. - 55 p. 989).
137. Watt W.D. Le medecin de famille: Gardien du systeme de soins. Canad. Fam. Physician. – 1987. – 33. - № june. – P. 1359-1362.
138. Wienke G.W. Boerma, Frans A.J.M. de Jong, Peter H. Mulder. Health care and general practice across Europe. Utrecht Netherlands Institute of Primary Health Care, 1993. – 127 p.
139. World Health Organization, Primary health care developments in Czechoslovakia. Report on a workshop held in Brno. - Copenhagen: WHO, 1991 – 23 p.
140. [http://209.85.135.104/search?q=cache:qBj208R5QioJ:www.cs.ro/dsp/Munteanu%2520Eugen.doc+principii+functionare+spital&hl=ro&ct=clnk&cd=50&gl=md&lr=lang\\_ro](http://209.85.135.104/search?q=cache:qBj208R5QioJ:www.cs.ro/dsp/Munteanu%2520Eugen.doc+principii+functionare+spital&hl=ro&ct=clnk&cd=50&gl=md&lr=lang_ro)
141. [http://209.85.135.104/search?q=cache:OTluzv5BXAkJ:www.pnl.ro/index.php%3Fid%3Dprint%26ArtID%3D1418+principii+functionare+spital&hl=ro&ct=clnk&cd=52&gl=md&lr=lang\\_ro](http://209.85.135.104/search?q=cache:OTluzv5BXAkJ:www.pnl.ro/index.php%3Fid%3Dprint%26ArtID%3D1418+principii+functionare+spital&hl=ro&ct=clnk&cd=52&gl=md&lr=lang_ro)
142. [http://209.85.135.104/search?q=cache:w5yYx1OJ6bIJ:www.postamedicala.ro/info-pult/noutati-legislative/lege-nr.-95-din-14-aprilie-2006-privind-reforma-in-domeniul-sanatatii.html+principii+functionare+spital&hl=ro&ct=clnk&cd=65&gl=md&lr=lang\\_ro](http://209.85.135.104/search?q=cache:w5yYx1OJ6bIJ:www.postamedicala.ro/info-pult/noutati-legislative/lege-nr.-95-din-14-aprilie-2006-privind-reforma-in-domeniul-sanatatii.html+principii+functionare+spital&hl=ro&ct=clnk&cd=65&gl=md&lr=lang_ro)
143. <http://www.unibuc.ro/eBooks/StiinteADM/secretariat/12.htm>
144. <http://www.unibuc.ro/eBooks/StiinteADM/management/4.htm>
145. <http://www.emedic.ro/Legislatie/31.htm>
146. <http://www.oamr-nt.go.ro/legea952.doc>
147. <http://www.postamedicala.ro/info-pult/noutati-legislative/legea-spitalelor.html>
148. [http://209.85.135.104/search?q=cache:8UgOdZMS9DAJ:www.cdep.ro/comisii/sanatare/pdf/1998/pv0624.pdf+spital+sistemul+de+organizare&hl=ro&ct=clnk&cd=1&gl=md&lr=lang\\_ro](http://209.85.135.104/search?q=cache:8UgOdZMS9DAJ:www.cdep.ro/comisii/sanatare/pdf/1998/pv0624.pdf+spital+sistemul+de+organizare&hl=ro&ct=clnk&cd=1&gl=md&lr=lang_ro)
149. <http://www.stirimedicala.ro/stiri.php?cat=5&id=2075>
150. [http://ro.wikipedia.org/wiki/Psihologie\\_clinic%C4%83#PSIHOLOGIE\\_CLINIC.C4.82\\_.C5.9E1\\_MEDICAL.C4.82](http://ro.wikipedia.org/wiki/Psihologie_clinic%C4%83#PSIHOLOGIE_CLINIC.C4.82_.C5.9E1_MEDICAL.C4.82)
151. <http://omniasig.oltenia.ro/Html/lexic/lexic.htm>
152. <http://www.stetoscop.ro/arhiva/2005/38/medlex.php>
153. <http://www.hospitals.be/francais/loihop/index.html>
154. [http://www.lrqf.fr/frsite/template.asp?name=fr\\_sante\\_securite#principes\\_cles](http://www.lrqf.fr/frsite/template.asp?name=fr_sante_securite#principes_cles)
155. <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=1231&p=18&r=104&fr>
156. <http://www.hospitals.be/francais/loihop/index.html>
157. [www.2.cmb.ro/cfmr/8.doc](http://www.2.cmb.ro/cfmr/8.doc)
158. <http://www.pnl.ro/index.php?id=platforma&offset=7>
159. <http://www.cjasmh.ro/>
160. <http://www.soim.ro/solutii/index.htm#med>
161. <http://www.medfam.ro/modsis/article.php?sid=154>
162. <http://www.medfam.ro/modsis/article.php?sid=24>
163. [www.ms.ro/afis/dbdown.asp?ID=1948](http://www.ms.ro/afis/dbdown.asp?ID=1948)

## CUPRINS

---

### PREFAȚĂ

#### Sănătatea publică și Managementul ca știință și obiect de studiu

Aspecte istorice .....	5
Noua Sănătate publică: scopul, sarcinile, principiile .....	7
Medicina socială: sarcinile și metodele de investigație .....	10
Principiile de bază ale Ocrotirii sănătății în Republica Moldova .....	12

### PARTEA I

#### BIOSTATISTICA

#### ȘI METODELE DE STUDIU ALE SĂNĂTĂȚII PUBLICE

##### Capitolul 1

<b>Bazele teoretice și metodologice ale biostatisticii .....</b>	<b>15</b>
1.1. Scurt istoric .....	15
1.2. Noțiuni generale .....	16
1.3. Metode de cercetare .....	18
1.4. Totalitatea statistică .....	20
1.5. Elemente de Teorie a probabilității .....	21
1.6. Eșantionajul .....	23
1.6.1. Teoria selecției .....	24
1.6.2. Mărimea eșantionului reprezentativ .....	25
1.7. Calcularea indicatorilor statistici .....	26
1.7.1. Valorile relative .....	26
1.7.2. Seria variabilă. Valorile medii .....	30
1.7.3. Seria cronologică și analiza ei .....	32
1.8. Testarea certitudinii valorilor relative și medii .....	35
1.8.1. Eroarea standard .....	35
1.8.2. Eroarea standard a valorilor relative .....	35
1.8.3. Eroarea standard a mediei aritmetice .....	36
1.8.4. Intervalul de încredere .....	37
1.8.5. Diferența semnificativă dintre două valori medii sau relative .....	38
1.8.6. Compararea valorilor absolute sau a distribuțiilor de frecvență - testul $\chi^2$ .....	38
1.8.7. Standardizarea prin metoda directă .....	46

1.9. Analiza corelației dintre fenomene și semne .....	49
1.9.1. Calcularea coeficientului de corelație .....	50
1.9.2. Interpretarea coeficientului de corelație.....	52
1.9.3. Eroarea coeficientului de corelație lineară.....	53
1.9.4. Corelograma .....	53
1.9.5. Corelația multiplă .....	54
1.9.6. Corelația rangurilor (Spearman) .....	54
1.9.7. Coeficientul de asociere .....	56
1.10. Regresia .....	56
1.11. Alte metode statistico-matematice de analiză a informației .....	58
1.12. Prezentarea materialului statistic .....	61
1.12.1. Prezentarea prin tabele .....	61
1.12.2. Reprezentarea grafică a datelor statistice .....	63
1.13. Organizarea cercetării statistice .....	66

## Capitolul 2

<b>Aplicarea metodelor epidemiologice de studiu în Sănătatea Publică .....</b>	<b>70</b>
2.1. Istoric. Aspecte generale .....	70
2.2. Epidemiologie. Definiție, obiective, domenii de aplicare .....	71
2.3. Nivelele cercetării epidemiologice .....	73
2.4. Metodele de cercetare utilizate în epidemiologie .....	73
2.5. Metodologia anchetelor descriptive .....	75
2.6. Anchete epidemiologice prospective .....	76
2.7. Anchete epidemiologice prospective de tip 2 .....	77
2.8. Anchete epidemiologice analitice retrospective .....	78
2.9. Avantajele și dezavantajele diferitor tipuri de anchete epidemiologice analitice.....	80
2.10. Anchete epidemiologice experimentale și operaționale .....	81
2.11. Metodologia anchetelor epidemiologice experimentale .....	82

## Capitolul 3

<b>Sănătatea populației și metodele de studiere a ei .....</b>	<b>85</b>
3.1. Demografia medicală .....	85
3.1.1. Aspecte generale.....	85
3.1.2. Modalități de culegere a datelor și informațiilor în demografie .....	86
3.1.3. Conceptele fundamentale cu care operează demografia .....	86
3.1.4. Metode generale de măsurare a fenomenelor demografice .....	87
3.1.5. Statica populației .....	89
3.1.5.1. Numărul populației .....	90
3.1.5.2. Densitatea populației .....	92
3.1.5.3. Structura populației după mediul de reședință .....	92
3.1.5.4. Structura populației pe sexe .....	93
3.1.5.5. Structura populației pe grupe de vârstă .....	94
3.1.5.6. Structura populației în funcție de starea civilă .....	96
3.1.5.7. Repartiția populației în funcție de participarea la viața economică .....	97
3.1.5.8. Implicațiile staticii populației .....	98
3.1.6. Dinamica populației .....	100
3.1.6.1. Mișcarea naturală a populației .....	100
3.1.6.1.1. Măsurarea natalității și fertilității .....	101
3.1.6.1.2. Măsurarea mortalității .....	105
3.1.6.1.3. Măsurarea mortalității infantile .....	109
3.1.6.1.4. Durata medie a vieții .....	116
3.1.6.2. Mișcarea mecanică (migratorie) a populației .....	117
3.1.7. Îmbătrânirea populației. Elemente de gerontologie medico-socială .....	117

3.2. Morbiditatea populației .....	129
3.2.1. Metodele de studiere a morbidității .....	131
3.2.2. Morbiditatea studiată prin metoda adresabilității .....	131
3.2.2.1. Morbiditatea generală .....	131
3.2.2.2. Morbiditatea infecțioasă .....	134
3.2.2.3. Morbiditatea neepidemică .....	135
3.2.2.4. Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă .....	136
3.2.2.5. Morbiditatea spitalicească .....	137
3.2.3. Studiul morbidității în baza rezultatelor examenelor medicale .....	138
3.2.4. Studiul morbidității în baza cauzelor deceselor .....	140
3.2.5. Morbiditatea copiilor din mediul rura .....	141
3.2.6. Clasificarea internațională a maladiilor .....	144
3.3. Dezvoltarea fizică .....	147
3.3.1. Noțiuni generale .....	147
3.3.2. Evaluarea dezvoltării fizice a copiilor .....	148
3.3.3. Factorii dezvoltării psiho-somatice a copilului .....	149
3.3.4. Etapele și perioadele de dezvoltare a copilului .....	151
3.3.5. Caracteristica somato-funcțională și psiho-emoțională în perioadele de dezvoltare a copilului .....	153
3.3.6. Prelucrarea statistică a datelor dezvoltării fizice .....	157
3.3.7. Accelația dezvoltării fizice .....	161
3.3.8. Dezvoltarea fizică a copiilor și adolescenților în Republica Moldova .....	162

## PARTEA II

### MANAGEMENTUL

#### ÎN DOMENIUL OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

##### Capitolul 1

<b>Managementul în sistemul de sănătate .....</b>	<b>164</b>
1.1. Introducere în management. Noțiuni generale .....	164
1.2. Sarcinile managementului .....	169
1.3. Funcțiile managerului .....	170
1.4. Concepțiile și principiile managementului .....	173
1.5. Factorii determinanți ai managementului .....	176
1.6. Autoritatea și responsabilitatea .....	178
1.7. Tipuri și mecanisme de luare a deciziei. Teoria deciziei .....	184

##### Capitolul 2

<b>Managementul organizațional în sfera serviciilor de sănătate .....</b>	<b>188</b>
2.1. Definiție. Obiectivul managementului organizației și factorii eficienței organizaționale .....	188
2.2. Activități ale managementului organizațional .....	189
2.3. Cultura organizațională .....	193
2.4. Managementul culturii organizaționale .....	196
2.5. Managementul echipei – componentă a managementului culturii .....	197
2.6. Managementul flexibilității .....	198
2.7. Managementul timpului de lucru .....	199

<b>Capitolul 3</b>	
<b>Managementul schimbării în procesul de dezvoltare a sistemului de sănătate</b>	202
3.1. Definiție. Noțiuni generale	202
3.2. Descrierea managementului schimbării	204
3.3. Caracteristicile schimbării	206
3.4. Ghid pentru managementul schimbării	208
<b>Capitolul 4</b>	
<b>Managementul proiectelor</b>	210
4.1. Etapele generale ale managementului proiectelor	210
4.1.1. Definirea proiectului și colectarea informației	210
4.1.2. Definirea obiectivelor	211
4.1.3. Generarea de soluții alternative	212
4.1.4. Judecarea alternativelor	212
4.1.5. Planificarea acțiunilor	212
4.1.6. Realizarea acțiunilor	215
4.1.7. Evaluarea rezultatelor	216
<b>Capitolul 5</b>	
<b>Managementul cercetării evaluative</b>	217
5.1. Definiții, concepte și metode	217
5.2. Relațiile dintre un program de sănătate și evaluare	219
5.3. Evaluarea normativă	220
5.4. Evaluarea calității managementului în serviciile de sănătate	223
5.5. Monitorizarea și măsurarea calității	225
5.6. Cercetarea evaluativă	226
5.6.1. Analiza strategică	226
5.6.2. Analiza intervenției	227
5.6.3. Analiza productivității	227
5.6.4. Analiza randamentului	228
5.6.5. Analiza efectelor	228
5.6.6. Analiza de implementare	229
5.7. Evaluarea, ca sursă de informații pentru procesul de luare a deciziei	229
<b>Capitolul 6</b>	
<b>Managementul calității serviciilor de sănătate</b>	231
6.1. Definiția și componentele calității îngrijirilor de sănătate	231
6.2. Managementul calității. Abordare generală	232
6.3. Managementul calității serviciilor medicale	235
6.3.1. Componentele esențiale ale managementului calității	236
6.3.2. Modelele de proces în managementul calității	237
6.4. Argumente pentru implementarea managementului calității în serviciile medicale	238
6.5. Criterii medicale de evaluare	240
6.6. Ciclul PEVA	243
<b>Capitolul 7</b>	
<b>Managementul resurselor umane</b>	247
7.1. Definiții și obiectivele managementului resurselor umane	247
7.2. Asigurarea cu resurse umane	250
7.3. Menținerea resurselor umane	253

7.4. Dezvoltarea resurselor umane .....	253
7.5. Recrutarea resurselor umane .....	257
<b>Capitolul 8</b>	
<b>Managementul în economia serviciilor de sănătate</b> .....	260
8.1. Introducere în economia sanitară. Definiție și obiect de studiu .....	260
8.2. Utilitatea economiei sanitare .....	262
8.3. Sistemul pieței libere .....	263
8.4. Piața îngrijirilor de sănătate .....	266
8.5. Cumpărarea și contractarea serviciilor de sănătate .....	269
8.6. Evaluarea economică a îngrijirilor de sănătate .....	271
<b>Capitolul 9</b>	
<b>Managementul finanțelor în sistemul sănătății</b> .....	278
9.1. Finanțarea îngrijirilor de sănătate. Aspecte conceptuale .....	278
9.2. Colectarea veniturilor. Opțiuni .....	280
9.2.1. Finanțarea de la bugetul de stat .....	280
9.2.2. Asigurări private de sănătate .....	283
9.2.3. Asigurări sociale de sănătate .....	286
9.2.4. Plata directă de către consumator .....	288
9.2.5. Alte modalități de colectare a fondurilor pentru finanțarea serviciilor de sănătate .....	294
9.3. Mecanisme de alocare a resurselor: rambursare și remunerare .....	297
9.3.1. Structura sistemelor de plată .....	297
9.3.2. Alocarea resurselor orientate către populație .....	299
9.4. Mecanisme de plată .....	303
9.4.1. Plata per serviciu .....	303
9.4.2. Plata bazată pe diagnostic .....	304
9.4.3. Capitația .....	308
9.4.4. Bugetul global .....	308
9.4.5. Salariul .....	310
9.4.6. Plata după timpul lucrat .....	310
<b>Capitolul 10</b>	
<b>Planificarea sistemului sănătății</b> .....	311
10.1. Planificarea sanitară .....	311
10.2. Necesitatea și importanța planificării serviciilor medicale .....	312
10.3. Principiile de bază ale planificării sanitare .....	313
10.4. Metodele și formele de planificare .....	314
10.5. Etapele procesului de planificare sanitară .....	316
10.6. Planificarea strategică în Sistemul de sănătate .....	318
<b>Capitolul 11</b>	
<b>Bazele teoretice ale marketingului</b> .....	325
11.1. Noțiuni generale .....	325
11.2. Funcțiile marketingului .....	327
11.3. Mediul de marketing .....	330
11.3.1. Conținutul și rolul mediului de marketing .....	330
11.3.2. Mediul intern al marketingului .....	331
11.3.3. Mediul extern al marketingului .....	334
<b>Capitolul 12</b>	
<b>Arta negocierilor în activitatea medicilor manageri</b> .....	338
12.1. Definiții. Etapele negocierii .....	338
12.2. Pregătirea negocierii sau crearea terenului pentru negocieri .....	338

12.3. Elaborarea strategiei de negociere .....	340
12.4. Începerea negocierii .....	340
12.5. Deschiderea negocierilor sau clarificarea pozițiilor celor două părți .....	341
12.6. Negocierea efectivă .....	341
12.7. Încheierea negocierii .....	350
<b>Capitolul 13</b>	
<b>Sisteme de sănătate în străinătate. Organizația Mondială a Sănătății .....</b>	<b>351</b>
13.1. Aspecte generale .....	351
13.2. Aspecte particulare ale sistemelor de sănătate existente în lume .....	353
13.2.1. Sistemul național de sănătate de tip Beveridge .....	353
13.2.2. Sistemul de sănătate bazat pe asigurări private din SUA .....	355
13.2.3. Asigurarea medicală obligatorie – modelul Bismarck .....	356
13.3. Organizația Mondială a Sănătății .....	361
13.3.1. Istoric .....	361
13.3.2. Structura OMS .....	361
13.3.3. Activitatea OMS .....	362
<b>Capitolul 14</b>	
<b>Tipologii și caracteristici ale sistemelor de sănătate .....</b>	<b>364</b>
14.1. Modelul cu plată voluntară – „din buzunar” .....	364
14.2. Modelul de asigurare voluntară cu rambursarea pacienților .....	365
14.3. Modelul de asigurare obligatorie cu rambursarea pacienților .....	366
14.4. Modelul de asigurare voluntară contractuală .....	367
14.5. Modelul public contractual .....	368
14.6. Modelul de asigurare voluntară cu integrare între furnizor și asigurător ....	369
14.7. Modelul de asigurare obligatorie cu integrare între furnizor și asigurător ...	370
<b>Capitolul 15</b>	
<b>Managementul Asistenței Medicale Primare .....</b>	<b>381</b>
15.1. Introducere .....	381
15.2. Concepte generale .....	381
15.3. Evoluția dezvoltării AMP în Republica Moldova .....	383
15.4. Asistența Medicală Primară la nivel rural .....	387
15.5. Asistența Medicală Primară la nivel urban .....	393
15.6. Particularitățile activității medicului de familie .....	397
15.7. Dirijarea fluxului de pacienți în secția de Medicină generală a CMF .....	406
15.8. Dispensarizarea populației .....	408
15.9. Aspecte etice în activitatea Medicului de familie .....	412
<b>Capitolul 16</b>	
<b>Managementul Asistenței Medicale de Urgență .....</b>	<b>414</b>
16.1. Istoric. Aspecte generale .....	414
16.2. Dezvoltarea Medicinii de Urgență în Republica Moldova .....	423
16.3. Premisele reformării și perfecționării Serviciului Asistență Medicală Urgentă.....	425
16.4. Obiectivele de dezvoltare a Asistenței Medicale de Urgență în R. Moldova ....	426
16.5. Strategiile de dezvoltare a Asistenței Medicale de Urgență în Republica Moldova .....	426
16.6. Structura organizațională a Serviciului Asistență Medicală Urgentă .....	427
16.7. Funcțiile Serviciului Asistență Medicală Urgentă .....	429
16.8. Organizarea Asistenței Medicale de Urgență populației la etapa de prespital ....	430
16.9. Organizarea activității Stației de Asistență Medicală Urgentă .....	432
16.10. Secția operativă a Serviciului Asistență Medicală Urgentă .....	438

16.11. Organizarea activității Punctului de Asistență Medicală Urgentă .....	441
16.12. Conlucrarea Serviciului Asistență Medicală Urgentă cu Serviciul Asistenței Medicale Primare și serviciul spitalicesc .....	445
16.13. Regulamentul de activitate al medicului de urgență .....	448
16.14. Indicii activității Serviciului Asistență Medicală Urgentă .....	453
16.15. Instruirea și pregătirea cadrelor în domeniul medicinei de urgență .....	454
16.16. Fortificarea Serviciului Asistență Medicală Urgentă în Republica Moldova .....	456
<b>Capitolul 17</b>	
<b>Managementul Asistenței Medicale Spitalicești .....</b>	<b>460</b>
17.1. Istoria dezvoltării spitalelor .....	460
17.2. Definirea și incursiunile conceptului de spital. Aspecte specifice Republicii Moldova .....	463
17.3. Clasificarea spitalelor .....	465
17.4. Managementul spitalicesc .....	469
17.5. Finanțarea spitalelor .....	474
17.6. Calitatea asistenței medicale spitalicești .....	476
17.7. Indicii de analiză a activității staționarului .....	480
17.8. Acreditarea spitalelor .....	482
17.9. Farmacia spitalului .....	483
17.10. Inginerie biomedicală. Gospodărie .....	484
17.11. Reforme .....	486
<b>Capitolul 18</b>	
<b>Ocrotirea sănătății mamei și copilului .....</b>	<b>489</b>
18.1. Caracteristica generală a Sistemului ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului .....	489
18.2. Funcțiile managerilor în dirijarea Sistemului Sănătății Mamei și Copilului .....	491
18.3. Organizarea Asistenței obstetrico-ginecologice primare .....	493
18.3.1. Organizarea Asistenței curativo-profilactice pentru gravide .....	495
18.3.2. Organizarea Asistenței ginecologice de ambulatoriu .....	497
18.4. Organizarea Asistenței medicale spitalicești și specializate de staționar – Centrul perinatologic de nivelul II .....	497
18.5. Indicii activității Serviciului obstetrico-ginecologic .....	502
18.6. Ocrotirea sănătății copilului .....	504
18.6.1. Organizarea Asistenței medicale primare copiilor .....	504
18.6.2. Organizarea Asistenței medicale în colectivitățile de copii .....	509
18.6.3. Organizarea Asistenței spitalicești specializate copiilor .....	511
18.6.3.1. Organizarea activității Secției de internare .....	511
18.6.3.2. Organizarea activității Secțiilor clinice ale spitalului .....	512
18.6.3.3. Indicii activității spitalului pentru copii .....	515
18.6.4. Particularitățile organizării Asistenței medicale femeilor și copiilor în localitățile rurale .....	516
<b>Capitolul 19</b>	
<b>Sănătatea și patologia familiei .....</b>	<b>519</b>
19.1. Scurt istoric .....	519
19.2. Unitatea familială .....	521
19.3. Structura și funcțiile familiei .....	522
19.4. Probleme speciale ale sănătății și patologiei familiei .....	525



<b>Capitolul 20</b>	
<b>Sănătatea reproductivă și planificarea familiei</b> .....	530
20.1. Noțiuni generale .....	530
20.2. Principiile de organizare a asistenței medicale în planificarea familiei în Republica Moldova .....	531
20.3. Prioritățile și beneficiile planificării familiale .....	533
20.4. Caracteristica indicatorilor sănătății reproductivă .....	533
20.5. Caracteristica și evaluarea factorilor de risc preconcepționali .....	536
20.6. Prioritățile de aplicare a planingului familial în diferite grupe de vârstă .....	540
20.6.1. Contracepția la adolescente .....	540
20.6.2. Contracepția la femei după 35 de ani .....	543
20.6.3. Contracepția după naștere .....	544
20.6.4. Contracepția după avort .....	544
20.7. Metodele contemporane de planificare familială .....	545
20.8. Practica internațională în organizarea planificării familiale .....	545
20.8.1. Asigurarea necesităților nesatisfăcute ale consumatorilor .....	545
20.8.2. Integrarea și diversificarea serviciilor de planificare familială .....	546
20.8.3. Realizarea dreptului la un avort fără pericol .....	547
20.8.4. Implementarea educației sexuale în școală .....	548
 <b>Capitolul 21</b>	
<b>Reabilitarea medico-socială și profesională</b> .....	550
21.1. Aspecte generale .....	550
21.2. Scopul și sarcinile reabilitării medico-sociale și profesionale .....	550
21.3. Principiile organizatorice de bază ale reabilitării .....	551
21.4. Etapele, necesitatea și aspectele organizatorice ale reabilitării medico-sociale și profesionale .....	552
 <b>Capitolul 22</b>	
<b>Organizarea asistenței balneo-sanatoriale</b> .....	555
22.1. Istoric .....	555
22.2. Factorii curativi de bază aplicați în stațiunile balneo-climaterice .....	556
22.3. Organizarea asistenței balneo-climaterice .....	560
22.4. Caracteristica generală a sanatoriilor Republicii Moldova .....	564
 <b>Capitolul 23</b>	
<b>Managementul Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat</b> .....	566
23.1. Etapele principale de dezvoltare. Organizarea și principiile de activitate ...	566
23.1.1. Principiile generale de organizare a Serviciului Sanitaro-Epidemiologic .....	569
23.2. Structura Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat și subdiviziunile lui ...	571
23.3. Relațiile interdepartamentale ale organelor și instituțiilor Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat .....	574
23.4. Planul de activitate al Centrului de Medicină Preventivă .....	575
23.5. Laboratoarele Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat .....	576
23.5.1. Organizarea activității de laborator .....	577
23.5.2. Volumul și structura cercetărilor de laborator .....	578
23.5.3. Documentația de laborator .....	581
23.5.4. Indicii de evaluare a activității de laborator .....	581
23.5.5. Examinarea și optimizarea activității de laborator .....	583

23.6. Organizarea asistenței medicale preventive .....	584
23.7. Evaluarea stării sanitaro-epidemiologice în teritoriu și a activității Centrului de Medicină Preventivă .....	591
23.8. Informația Medicală și Tehnologiile informaționale în procesul analitic .....	591
23.9. Documentația Statistico-medicală a Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat .....	592
23.10. Indicatori de evaluare a activității Serviciului Sanitaro-Epidemiologic .....	594
23.10.1. Metode de analiză a indicatorilor Serviciului Sanitaro-Epidemiologic .....	595
23.10.2. Starea sanitaro-epidemiologică a obiectivelor semnificative .....	597
23.11. Drepturile și obligațiile organelor și instituțiilor Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat .....	600
<b>Capitolul 24</b>	
<b>Expertiza medicală a vitalității</b> .....	606
24.1. Noțiuni generale .....	606
24.2. Principii de bază ale CMC .....	606
24.3. Reducerea vitalității temporare .....	608
24.4. Tipurile de concediu medical .....	608
24.4.1. Concediu medical în caz de boală sau traumatism .....	608
24.4.2. Concediu medical pentru îngrijirea bolnavului .....	611
24.4.3. Concediu medical în caz de carantină .....	612
24.4.4. Concediu medical în legătură cu transferul de serviciu .....	612
24.4.5. Concediu medical pentru tratament balneo-sanatorial .....	612
24.4.6. Concediu medical pentru protezare .....	613
24.4.7. Concediu de maternitate .....	613
24.5. Modul de păstrare, evidență și completare a certificatului .....	614
24.6. Reducerea permanentă a vitalității (invaliditatea) .....	615
24.6.1. Ordinea de adresare la Consiliul de Expertiză Medicală a Vitalității .....	615
24.6.2. Procedura de efectuare a expertizei medicale a vitalității .....	616
24.6.3. Criteriile de stabilire a invalidității .....	617
24.6.4. Cauzele invalidității .....	617
24.6.5. Termenul invalidității .....	619
24.6.6. Tipurile de asistență socială .....	619
<b>Capitolul 25</b>	
<b>Serviciul hemotransfuzional în Sistemul Sănătății</b> .....	620
25.1. Scurt istoric .....	620
25.2. Organele regulatorii ale Serviciului de Sânge .....	621
25.3. Reglementarea Serviciului de Sânge .....	621
25.4. Optimizarea organizatorică și economică a activității Serviciului de Sânge .....	621
25.5. Asigurarea calității și securității produselor sangvine .....	623
25.6. Colectarea și producerea preparatelor sangvine .....	625
25.7. Perspectiva dezvoltării Serviciului de Sânge în Republica Moldova .....	625
<b>Capitolul 26</b>	
<b>Sistemul asistenței cu medicamente</b> .....	628
26.1. Aspecte generale .....	628
26.2. Clasificarea farmaciilor .....	628
26.3. Principiile activității și extinderii farmaciilor comunitare .....	629
26.4. Extinderea și amplasarea rețelei farmaceutice .....	629
26.5. Regimul de lucru al farmaciilor .....	630

26.6.	Asistența cu medicamente a bolnavilor în condiții de staționar .....	631
26.6.1.	Farmaciile autogestionare de spital și interspitalicești .....	632
26.6.2.	Farmacia instituției medico-sanitare .....	633
26.7.	Particularitățile activității farmaciilor de spital în condiții de finanțare limitată a medicamentelor .....	636
26.8.	Farmaciile specializate .....	638
<b>Capitolul 27</b>		
<b>Asigurările obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova .....</b>		<b>640</b>
27.1.	Cadrul legislativ .....	640
27.1.1.	Aspecte conceptuale .....	641
27.1.2.	Compania Națională de Asigurări în Medicină .....	643
27.2.	Serviciile medicale prevăzute în Programul Unic al Asigurărilor obligatorii de asistență medicală .....	646
27.2.1.	Asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească .....	647
27.2.2.	Asistența medicală primară .....	647
27.2.3.	Asistența medicală spitalicească .....	648
27.2.4.	Asistența medicală specializată de ambulatoriu .....	648
27.2.5.	Serviciile aferente asistenței medicale .....	649
27.3.	Sisteme de plată a furnizorilor de servicii medicale în cadrul asigurărilor obligatorii .....	652
27.3.1.	Sistemul de plată „per capita” .....	653
27.3.2.	Sistemul de plată „per serviciu” .....	653
27.3.3.	Sistemul de plată „per caz tratat” .....	654
27.4.	Fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală .....	654
27.5.	Autonomia financiară a instituțiilor medicale și administrarea serviciilor .....	657
27.6.	Contractarea instituțiilor medicale în cadrul Asigurărilor obligatorii de asistență medicală .....	660
<b>Capitolul 28</b>		
<b>Acreditarea în Sistemul de Sănătate - obiectiv decizional al managementului calității .....</b>		<b>662</b>
28.1.	Aspecte generale .....	662
28.2.	Aspecte istorice în practica acreditării în sănătate din lume .....	663
28.3.	Acreditarea în Sistemul de sănătate – garanție a calității serviciilor medicale ...	664
28.4.	Reglementarea procesului de Evaluare și Acreditare în Sănătate în RM .....	665
28.5.	Organizarea procesului de evaluare și acreditare .....	667
<b>Capitolul 29</b>		
<b>Strategia de dezvoltare a Sistemului de Sănătate în Republica Moldova .....</b>		<b>670</b>
29.1.	Scopul și prioritățile de bază .....	670
29.2.	Analiza de situație .....	671
29.2.1.	Starea de sănătate a populației .....	671
29.2.2.	Evoluția recentă a Sistemului de Sănătate din Republica de Moldova .....	672
29.2.3.	Asigurările de sănătate .....	673
29.2.4.	Spitalele .....	673
29.2.5.	Medicii și asistentele medicale .....	674
29.3.	Obiectivele generale și specifice .....	674
29.3.1.	Dirijarea Sistemului de Sănătate .....	674

29.3.2. Finanțarea Sistemului de Sănătate și mecanisme de plată a serviciilor de sănătate .....	676
29.3.3. Prestarea serviciilor de sănătate .....	678
29.3.4. Gestionarea resurselor .....	680
29.4. Implementarea Strategiei, monitorizarea și evaluarea rezultatelor .....	682
29.4.1. Etapele de implementare a Strategiei .....	682
29.4.2. Monitorizarea strategiei de dezvoltare .....	683
29.4.3. Evaluarea rezultatelor .....	686
<b>Capitolul 30</b>	
<b>Managementul Sistemului informațional medical .....</b>	<b>687</b>
30.1. Domenii de aplicare. Indicatori ai sănătății și activității instituțiilor medico-sanitare .....	687
30.2. Metodele de colectare a datelor .....	691
30.2.1. Recensământul .....	692
30.2.2. Statistica vitală .....	693
30.2.3. Studiile populaționale .....	695
30.2.4. Informații privind serviciile de sănătate .....	698
30.2.5. Conturile Naționale de Sănătate .....	699
30.3. Sursele de informație și managementul datelor primare .....	699
30.3.1. Evaluarea produselor informaționale .....	700
30.3.2. Sinteză și utilizarea datelor .....	701
30.4. Dezvoltarea Sistemului informațional medical integrat .....	702
30.4.1. Aspecte conceptuale .....	702
30.4.2. Obiectivele sistemului informațional medical integrat .....	703
30.5. Arhitectura Sistemului informațional .....	704
30.6. Sistemul informațional – furnizor de servicii informaționale medicale .....	707
30.6.1. Descriere generală .....	707
30.6.2. Componente ale sistemului – furnizori de servicii medicale .....	707
30.6.3. Medicina de familie .....	712
30.6.4. Alte funcții necesare .....	713
30.7. Sistemul informațional de teleradiologie .....	713
30.7.1. Descriere generală .....	713
30.7.2. Prezentare fluxului de lucru .....	714
30.8. Medicina de urgență .....	715
30.9. Medicina preventivă .....	716
30.9.1. Descriere generală .....	716
30.9.2. Alte funcționalități .....	717
30.9.3. Cerințe funcționale de flexibilitate ale aplicației .....	718
30.10. Componenta Compania Națională de Asigurări în Medicină .....	718
30.11. Componenta destinată consumatorilor de informație .....	719
30.12. Servicii statistice .....	720
30.13. Echipamente HARDWARE și sisteme de comunicație .....	721
30.14. Condițiile de mediu și specificațiile electrice .....	722
30.15. Cadrul juridic .....	723
<b>Capitolul 31</b>	
<b>Știința medicală în Republica Moldova .....</b>	<b>724</b>
31.1. Aspecte istorice generale .....	724
31.2. Organele de conducere ale științei și direcțiile de cercetare .....	726
31.3. Cercetări fundamentale și aplicative .....	727
31.4. Pregătirea și formarea cadrelor științifice .....	729

## PARTEA III

### SANALOGIE ȘI MEDICINĂ SOCIALĂ

#### Capitolul 1

<b>Modul sănătos de viață – baza profilaxiei</b> .....	732
1.1. Aspecte metodologice ale modului de viață .....	732
1.2. Calitatea vieții – indicator al sănătății .....	733
1.3. Sanalogia – concepție despre sănătatea celor sănătoși .....	738
1.4. Modul de viață sănătos .....	740
1.5. Promovarea Modulului sănătos de viață .....	743

#### Capitolul 2

<b>Educație pentru sănătate a populației</b> .....	746
2.1. Definiție, scopuri, funcțiile și obiectivele EPS .....	746
2.2. Formele și mijloacele de instruire și educație pentru sănătate .....	751
2.3. Tipurile de educație pentru sănătate .....	755
2.4. Organizarea activității educativ-sanitare .....	760

### PROBLEMELE MEDICO-SOCIALE ALE UMANITĂȚII

#### Capitolul 3

<b>Bolile cardiovasculare</b> .....	762
3.1. Aspecte de epidemiologie descriptivă .....	762
3.2. Prevenirea bolilor cardiovasculare și asistența medicală bolnavilor .....	768
3.3. Organizarea serviciului cardiologic .....	771

#### Capitolul 4

<b>Maladiile oncologice</b> .....	772
4.1. Aspecte generale .....	772
4.2. Impactul patologiilor neoplazice .....	772
4.3. Factorii de risc al maladiilor oncologice .....	773
4.4. Aspecte de epidemiologie descriptivă .....	775
4.5. Caracteristica morbidității oncologice în Republica Moldova .....	776
4.6. Organizarea serviciului oncologic în Republica Moldova .....	777
4.7. Profilaxia cancerului .....	778

#### Capitolul 5

<b>Traumatismul</b> .....	779
5.1. Definiție. Aspecte epidemiologice .....	779
5.2. Argumente definitorii ale traumatismului ca problemă medico-socială .....	779
5.3. Factorii predispozanți ai traumatismului .....	780
5.4. Clasificarea, factorii influenți, structura și particularitățile de manifestare a traumatismului .....	780
5.5. Organizarea asistenței traumatologice .....	784
5.6. Profilaxia traumatismului .....	784

#### Capitolul 6

<b>Maladiile gastrointestinale</b> .....	786
6.1. Aspecte generale .....	786
6.2. Cauzalitatea patologiei digestive .....	786
6.3. Prevenirea maladiilor gastrointestinale și asistența medicală bolnavilor .....	788

Capitolul 7	
<b>Diabetul zaharat</b>	790
7.1. Problemele actuale și aspectele epidemiologice	790
7.2. Din istoricul diabetului zaharat	790
7.3. Definiție, etiologie, factori de risc	792
7.4. Impactul diabetic și optimizarea serviciului medical	796
7.5. Măsurile de depistare și combatere a diabetului zaharat	803
Capitolul 8	
<b>Sănătatea mintală</b>	809
8.1. Definiție. Aspecte generale	809
8.2. Epidemiologia Sănătății mintale	810
8.3. Descrierea și analiza Serviciilor pentru Sănătate mintală din lume	811
8.4. Impactul de Sănătate Publică al tulburărilor mintale	816
8.5. Prevenția ca element esențial al abordării în Sănătatea Publică	818
8.6. Programele comunitare orientate de Sănătatea mintală	819
8.7. Promovarea Sănătății mintale	821
Capitolul 9	
<b>Alcoolismul</b>	826
9.1. Aspecte generale. Istoric	826
9.2. Formele de consum a alcoolului	827
9.3. Impactul medico-social al alcoolismului	830
Capitolul 10	
<b>Narcomania</b>	833
10.1. Scurt istoric	833
10.2. Politica și strategia națională de combatere a narcomaniei	833
10.3. Definiție. Aspecte generale	834
10.4. Răspândirea narcomaniei în Republica Moldova	836
10.5. Măsurile cu caracter medical în combaterea narcomaniei	836
10.6. Factorii care favorizează consumul de droguri	837
10.7. Problemele narcomaniei în medicină	838
10.8. Instituțiile de educație și profilaxie a narcomaniei	839
10.9. Familia și problemele narcomaniei	840
Capitolul 11	
<b>Tuberculoza</b>	841
11.1. Aspecte generale. Elemente de epidemiologie descriptivă	841
11.2. Colaborarea internațională în problema combaterii TBC	842
11.3. Activitatea CMP în combaterea TBC	846
11.4. Programul Național AntiTBC	846
Capitolul 12	
<b>Sindromul imuno-deficitar achiziționat (HIV/SIDA)</b>	849
12.1. Aspecte generale	849
12.2. Epidemiologia HIV/SIDA în Republica Moldova	850
12.3. Programul național de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA	853

Capitolul 13	
<b>Invaliditatea populației</b> .....	855
13.1. Noțiuni generale .....	855
13.2. Evoluția și structura invalidității populației .....	855
13.3. Evoluția și structura invalidității la copii .....	857
13.4. Reabilitarea copiilor invalizi .....	858
Capitolul 14	
<b>Avortul</b> .....	859
14.1. Aspecte generale .....	859
14.2. Cadrul legislativ și normativ național .....	861
14.3. Clasificare .....	861
14.4. Consecințele avortului .....	861
14.5. Consilierea ca metodă de prevenire a avortului .....	862
14.6. Profilaxia avorturilor prin planificarea familială .....	862
Capitolul 15	
<b>Munca, odihna, alimentația și locuința</b> .....	865
15.1. Munca .....	865
15.2. Odihna .....	867
15.3. Alimentația .....	868
15.4. Locuința .....	871
<b>Bibliografie</b> .....	875

Capitolul 7	Capitolul 13
Diabetul zaharat	Investițiile populatiei
7.1. Problemele actuale și aspecte generale	13.1. Noțiuni generale
7.2. Dimensiunile diabetului zaharat	13.2. Evoluția și structura investițiilor populatiei
7.3. Definiție, etiologie, factori de risc	13.3. Evoluția și structura investițiilor în capital
7.4. Impactul diabetului zaharat asupra sănătății	13.4. Realizarea capitalului investit
7.5. Prevenirea și tratamentul diabetului zaharat	
Capitolul 8	Capitolul 14
Sănătatea mintală	Avortul
8.1. Definiție, Aspecte generale	14.1. Aspecte generale
8.2. Epidemiologia Sănătății mintale	14.2. Gradul legalizării și normativ național
8.3. Descrierea și analiza Serviciilor de Sănătate Mintale	14.3. Conștientizare
8.4. Impactul de Sănătate Publică al Sănătății Mintale	14.4. Conștientizarea avortului
8.5. Prevenirea și tratamentul Sănătății Mintale	14.5. Conștientizarea caracterului de trezvie și avortului
8.6. Programul național de sănătate mintală	14.6. Avortul și evoluția sa în Republica Moldova
8.7. Promovarea Sănătății mintale	
Capitolul 9	Capitolul 15
Alcoolismul	Munca, odihna, alimentația și locuința
9.1. Aspecte generale, Istorie	15.1. Munca
9.2. Prevenirea și tratamentul alcoolismului	15.2. Odihna
9.3. Intervențiile la nivel comunitar	15.3. Alimentația
9.4. Intervențiile la nivel individual	15.4. Locuința
	15.5. Bibliografie
Capitolul 10	
Narcomania	
10.1. Scurt istoric	
10.2. Politică și strategie națională de combatere a narcomaniei	
10.3. Definiție, Aspecte generale	
10.4. Răspândirea narcomaniei în Republica Moldova	
10.5. Măsurile cu caracter medical în combaterea narcomaniei	
10.6. Factorii care favorizează consumul de droguri	
10.7. Problemele narcomaniei în consumul de droguri	
10.8. Institutii de educație și profilaxie a narcomaniei	
10.9. Familia și problemele narcomaniei	
	Com. 4059
Capitolul 11	Întreprinderea de Stat, Firma Editorial-Poligrafică "Tipografia Centrală",
Tuberculoza	MD-2068, Chișinău, str. Florilor, 1
11.1. Aspecte generale, Etimologie	tel. 43-03-60, 49-31-46
11.2. Combaterea internațională în problema combaterii TBC	
11.3. Activitatea CMP în combaterea TBC	
11.4. Programul Național AntiTBC	
Capitolul 12	
Sindromul imunodeficienței dobândite (HIV/SIDA)	
12.1. Aspecte generale	
12.2. Epidemiologia HIV/SIDA în Republica Moldova	
12.3. Programul național de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA	