

DOI: 10.5281/zenodo.3550715
CZU 614.2



EVALUATION OF HEALTH CARE SYSTEM QUALITY IN THE CONTEXT OF MEDICAL REFORM

Gorobievschi Svetlana¹, Caușan Corina^{2*}

¹Technical University of Moldova, 168, Stefan cel Mare Str., Chisinau, Republic of Moldova,

²University of European Political and Economic Studies "Constantin Stere", 200, Stefan cel Mare Str., Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding Author: *causan@list.ru*

Received: 09.04.2019

Accepted: 09.30.2019

Abstract. The article deals with the problem of medical services quality assessment as a factor that increases the average life expectancy and population life quality. In this context, some theoretical conceptions are brought about the quality of life and their connection with the quality of medical services provided to the population. The article presents some methodological and practical debates on the System of medical services quality evaluation proposed by the Russian scholars. The authors partially agree with this method, bringing serious arguments for introducing indicators, that would take into account the evaluation of medical services throughout the chain of medical management. Because in the 21st century the concept of medical treatment has changed: it provides implementation for Family Physicians Centers, undoubtedly, they will contribute to the increase of medical services quality, that is why it is welcome to implement other indicators of primary medical care evaluation as well as family doctors activity.

Keywords: *healthcare, quality of services, quality of life, family health centers, quality indicators, Public health.*

Introducere

Calitatea vieții este un concept larg, care se referă la o serie de dimensiuni diferite. Acest concept cuprinde atât factori obiectivi, precum sănătatea, statutul profesional și condițiile de viață, cât și evaluări subiective ale situației individuale de viață a unei persoane și percepția acesteia asupra calității societății.

Accesibilitatea și calitatea serviciilor publice sunt factori determinanți ai calității vieții. Aceste servicii, inclusiv serviciile de sănătate și de îngrijire, învățământul și locuințele, vin în sprijinul protecției sociale, al coeziunii și incluziunii și sunt strâns legate de nivelurile de încredere în administrația publică și în instituțiile publice.

În acest context, nu e nouă ipoteza secolului XXI că cetățenii țărilor lumii își doresc creșterea permanentă a calității serviciilor medicale, devenind o direcție strategică de menținere a fonului de sănătate a populației. Scimbările în această direcție contribuie radical la creșterea longevității vieții, mai ales în țările cu valoarea mare a Produsului Intern Brut per locuitor. Statistica mondială confirmă acest lucru. În cercetarea sa „Concepte și abordări

metodologice de evaluare și creștere a calității vieții”(2014) autorul menționează: calitatea vieții la nivel național poate fi evaluată prin indicatori obiectivi și subiectivi. Factorii obiectivi reiese din caracteristicile mediului extern și posibilitățile statului de ai oferi individului satisfacerea nevoile umane, iar indicatorii subiectivi reiese din gradul de percepție a cetățenilor satisfacția lor cu viața. Ambii indicatori sunt importanți, deoarece ambii contribuie la elaborarea politicilor economice ai statului [3].

Bineînțeles, în diferite țări ale lumii standardele de viață pot fi diferite, dar pot fi comparate raportând prețul unui pachet de bunuri și servicii la venitul mediu per capita din țară, prin folosirea unei monede naționale comune numită standardul puterii de cumpărare (SPC). Comparând PIB-ul pe cap de locuitor exprimat în SPC obținem o imagine de ansamblu a standardelor de viață comparabile cu cele al țărilor din UE, SUA, Korea, China ș.a.

Organizațiile Nonguvernamentale Internaționale (ONG) permanent supraveghează nivelul de trai și calitatea vieții a popoarelor din diferite țări ale lumii, acestea efectuează un șir de sondaje publice care înregistrează situația economico-socială din aceste țări, apoi se trimit Organizației Națunilor Unite pentru elaborarea politicilor mondiale de susținere acestora și eradicarea sărăciei.

Sondajul European privind Calitatea Vieții (EQLS) este realizat în mai multe țări ale lumii din patru în patru ani. Este realizat în rândul persoanelor adulte (18+) care locuiesc în gospodării private, pe baza unui eșantion statistic și cu luarea în considerare a unei secțiuni transversale a societății. În funcție de mărimea țării și de organizarea la nivel național, ultimul eșantion din 2016 a cuprins între 1000 și 2000 de respondenți din fiecare țară.

EQLS realizat de Organizația Nonguvernamentală Internațională Eurofound, documentează condițiile de viață și situația socială a oamenilor și explorează aspecte relevante pentru viața cetățenilor europeni. În perioada septembrie 2016-martie 2017, Eurofound a efectuat al patrulea sondaj din această serie (care se desfășoară din anul 2003). În cadrul EQLS 2016 au fost intervievate aproape 37 000 de persoane din 33 de țări – cele 28 de state membre ale UE și 5 țări candidate (Albania, Macedonia (fosta Republică Iugoslavă), Muntenegru, Serbia și Turcia).

Rezultatele sondajului oferă informații detaliate cu privire la o mare varietate de aspecte ale vieții ce constă din trei domenii principale:

1. **Calitatea vieții**, care testează starea subiectivă individuală ai cetățenilor, optimismul, sănătatea, nivelul de trai și aspectele deprivării materiale, echilibrul între viața profesională și cea private.
2. **Calitatea societății** - constă în evaluarea securității sociale, percepția asupra excluziunii sociale și asupra tensiunilor din societate, încrederea în oameni și în instituții, participarea și angajamentul în cadrul comunității umane, precum și implicarea în programele de formare profesională/învățare pe tot parcursul vieții.
3. **Calitatea serviciilor publice** testează serviciile de asistență medicală, de îngrijire de lungă durată, de îngrijire a copiilor și alte servicii publice.

Agenția Kantar Public, partenerul Sondajului realizat de Eurofound, a desfășurat interviuri directe în locuințele oamenilor, utilizând o tehnică de intervievare personală asistată de calculator și parcurgând o listă cuprinzătoare de întrebări [1] referitoare la calitatea vieții acestora.

Chestionarul pentru EQLS 2016 a pus un accent considerabil pe serviciile publice: asistența medicală, îngrijirea de lungă durată, îngrijirea copiilor și școlile, precum și pe

măsurarea diferitelor aspecte ale calității, cum ar fi accesul echitabil, facilitățile, personalul și informațiile disponibile pentru cetățeni [2].

Reieșind din cele expuse, elaborarea unui sistem de evaluare a calității serviciilor într-o organizație medicală este o condiție prealabilă pentru construirea unui serviciu orientat către client în Sistemul de sănătate. Măsurarea statisticilor medicale a standardului de sănătate nu îndeplinește pe deplin cerințele dezvoltării rapide a asistenței medicale moderne, în care un rol important este acordat componente sociale a evaluării calității asistenței medicale, permițând să ia în considerare relevanța măsurilor prin prisma relației *utilizator final – pacient*.

Aspecte metodologice de evaluare a calității serviciilor medicale

Pentru a evalua gradul de conformitate a calității serviciilor oferite la așteptările pacientului pe baza statutului social și a experienței obținute ca pacient, se folosește un indicator complet – *Indicatorul de satisfacție a pacientului cu serviciile obținute*.

Acest parametru reflectă nu numai coincidența tratamentului adecvat diagnozei stabilite, ci și a măsurilor de prevenire a bolilor, a absenței de reclamații cu privire la consultări sau a calității asistenței medicale în timpul spitalizării, inclusive, și a componente de serviciu ai activităților instituțiilor medicale - respectarea curățeniei și confortului, culturii și eticii în furnizarea de servicii medicale. Acest parametru de evaluare a calității serviciilor medicale vine în concordanță cu politicile globale în domeniul sănătății. La finele anului 2018 s-au împlinit 40 de ani ai Declarației de la Alma-Ata, care a fost adoptată în cadrul Conferinței Internaționale de asistență medicală primară, în 1978. Cu ocazia aniversării în perioada 26-27 octombrie 2018, la Astana (noua capitală a Kazahstanului) s-a desfășurat Conferința Globală privind asistența medicală primară, sub egida Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și Fondul ONU pentru Copii (UNICEF), în cadrul căreia a fost aprobată o nouă declarație, ce subliniază rolul esențial al asistenței medicale primare din întreaga lume.

În opinia profesorului universitar, doctorului habilitat în medicină Ghenadie Curocichin de la Universitatea de Medicină și Familie „Nicolae Testemițanu” a RM, Declarația de la Astana, semnată la 25 octombrie 2018, reafirmă angajamentul țărilor participante privind consolidarea asistenței medicale și acoperirea universală cu servicii de sănătate [4, p. 61]. În viziunea profesorului în medicină Bivol Grigore de la aceeași universitate menționează că: „Un succes semnificativ a fost că reprezentanții internaționali ai medicilor de familie au reușit includerea, în Declarația de la Astana, a rolului medicului de familie în asistența medicală primară. Acest pas a fost foarte corect, căci cel puțin jumătate din populația lumii încă nu are acces la serviciile medicale” [5, p. 62].

După nivelul sănătății/speranței medii de viață a populației RM ocupă ratingul mai jos ca mediu din 188 de țări ale lumii, menționează în cercetarea sa autorii S.Gorobievscchi, G. Buta, L.Nădrag [6]

Apelând la lucrările științifice ai savanților de talie mondială din domeniul medical M. Faezipour și S. Ferreira, se cunoaște faptul că satisfacția populației din Rusia cu serviciile medicale dovedește că, cu creșterea personalului medical și calității serviciilor medicale gradul de satisfacție a calității asistenței medicale la nivelul sistemului medical descrește proporțional prețului serviciilor medicale, nivelului de bunăstare al pacienților și disponibilitatea asistenței medicale. În același timp, un nivel ridicat de satisfacție duce la creșterea nivelului cererii la diverse servicii medicale pe piață, ceea ce în final oricum determină scăderea satisfacției pacienților de serviciile medicale, figura 1 [7].

În acest context, interesantă este metoda propusă de savanții ruși referitor la evaluarea calității serviciilor medicale. Scopul studiului efectuat de savanții ruși a fost elaborarea sistemului de indicatori, care reflectă calitatea asistenței medicale la nivel regional. Materialele și metodele dezvoltării indicatorilor privind calitatea asistenței medicale la nivel regional a fost realizată pe baza abordării propuse de A. Donatabedian În lucrarea sa „Pathology and Laboratory Medicine” (1990), *metoda se bazează pe analiza a trei componente - structură, proces, rezultat*. Evaluarea structurii presupune identificarea capacităților potențiale ale unui subiect medical (instituție sau lucrător medical) de a furniza servicii medicale [8].

Pentru a evalua tehnologia îngrijirii medicale, în mod tradițional, sunt folosiți următorii indicatori: *indicatori ai structurii; indicatori ai proceselor medicale; indicatori de rezultate*.

Indicatorii structurii evaluează cantitativ capacitățile potențiale ale unui subiect medical (instituție sau lucrător medical) pentru a oferi asistență medicală adecvată funcțiilor sale. În același timp, se analizează baza resurselor: finanțare, personal, echipament, condițiile de ședere a pacienților, etc. Indicatori de acest tip pot fi folosiți la orice nivel al sistemului de sănătate: industrie, teritoriu și facilități individuale de asistență medicală. Activitățile care vizează acordarea de licențe pentru activități medicale vizează evaluarea structurii.

Tabelul 1 prezintă exemple de indicatori medicali care caracterizează componentele structurale ale tehnologiei medicale. *Indicatorii de proces* sunt folosiți pentru a evalua managementul corect al pacienților în anumite situații clinice (pentru prevenire, diagnostic, tratament și reabilitare).

La evaluarea procesului se analizează:

1. Corectitudinea organizării sistemului de asistență medicală la diferite niveluri pe baza actelor juridice normative și a standardelor de acreditare (durata de așteptare a unei consultări de specialitate, operația planificată, așteptarea ca pacienții cu cancer să înceapă tratamentul din momentul diagnosticării).

2. Respectarea tehnologiilor medicale, în special, a metodelor de diagnostic obligatorii, instrumentale de cercetare și a măsurilor medicale prevăzute de standardele federale și regionale de asistență medicală aprobate prin procedura stabilită, recomandările clinice și planurile de gestionare a pacienților, tabelul 2.

În același timp, se analizează:

- Baza resurselor de personal, a echipamentului, condițiilor de tratare a pacienților, etc.
- Conformitatea aparatelor medicale cu tehnologiile medicale utilizate în tratament.
- Simplitatea calculelor indicatorilor propuși și relevanța lor în exprimarea calității serviciilor medicale.
- Să fie mai avansați și promițători în comparație cu practica existentă medicală și, în același timp, să coreleze cu nivelul actual al echipamentelor și utlajelor medicale.
- Gradul de realizare a obiectivelor propuse la fiecare etapă de asistență medicală. Această abordare poate sta la baza teoretică pentru formarea indicatorilor de calitate ai serviciilor medicale, care ar trebui să reflecte elementele cele mai semnificative ale structurii procesului de tratament.

Indicatori de structură al maladiilor

Nº	Denumirea indicatorilor	Formula de calcul
1.	Numărul mediu de ședințe de hemodializă înregistrat la 100.000 de locuitori	Numărul de cazuri în care copiii erau în lista de așteptare a transplantului de rinichi peste 3 ani, abs. sau raportat la 100.000 de locuitori
2.	Numărul de cazuri în care copiii erau pe lista de așteptare a transplantul de rinichi peste 3 ani, abs. sau la 100.000 de locuitori	Numărul de pacienți cu leucemie mielogenă cronică care au primit terapie cu imatinib/Numărul total de pacienți cu leucemie mielogenă cronică) x 100%
3.	Acoperirea pacienților cu leucemie mielogenă cronică cu terapie cu imatinib,%	Numărul de pacienți cu leucemie mielogenă cronică care au primit terapie cu imatinib/Numărul total de pacienți cu leucemie mielogenă cronică) x 100%
4.	Proporția cazurilor avansate de cancer de sân,%	Numărul de cazuri de cancer de sân detectate în stadiul 3-4/ Numărul total de cazuri de cancer de sân diagnosticate la femei x 100%
5.	Punctualitatea înregistrării femeilor însărcinate,%	Numărul de femei înregistrate până la 12 săptămâni. sarcină/ Numărul total de femei gravide înregistrate pentru maternitate x 100%
6.	Proporția copiilor născuți vii cu greutate mică și foarte mică,%	Numărul de nașteri vii ale copiilor cu greutate la naștere mică și foarte mică/ Numărul total născut în viață) x 100%
7.	Avorturi la 1000 de femei în vârstă fertilă	Numărul de avorturi / Numărul de femei în vârstă fertilă x1000
8.	Numărul de cezariene (COP) la 100 de nașteri	Numărul secțiunilor Kesarevo / Numărul nașterilor acceptate) x 100%
9.	Numărul de cazuri de Eclampsie la 1000 de femei însărcinate (frecvența de eclampsie)	Numărul de cazuri de Eclampsie / Numărul de femei înregistrate cu sarcină și nașteri) x 1000 locuitori
10.	Frecvența osteomielitei (ca complicații după o leziune), la 1000 de pacienți observați pentru leziuni	Numărul de cazuri de osteomielită/ Numărul de pacienți observați diagnosticați cu leziuni ale extremităților superioare și inferioare) x 1000 locuitori
11.	Frecvența osteomielitei (ca complicații după o leziune), la 1000 de pacienți observați pentru leziuni	Numărul de cazuri de infecții nosocomiale detectate / numărul total de pacienți spitalizați) x 1000 locuitori

Continuare Tabelul 1

12.	Disponibilitatea medicamentelor anti-tuberculoză din primul și al doilea rând la bolnavi	Furnizarea de medicamente anti-tuberculoză din primul rând și al doilea rând ai bolnavilor din țară
13.	Asigurarea pacienților cu hemofilie cu factorii IX și VIII III	Numărul de unități de factori IX și VIII (contabilizați pe cap de locuitor)

Sursa: Donabedian A. Arch. Pathology and Laboratory Medicine. 1990. Vol. 114., p. 1115

Tabelul 2.

Indicatori de procese

Nº	Denumirea indicatorilor	Formula de calcul
1.	Proporția persoanelor infectate cu HIV care primesc medicamente antivirale,%	Numărul de persoane infectate cu HIV care primesc medicamente antivirale / Numărul total de pacienți înregistrați cu HIV) x 100%
2.	Frecvența detectării cazurilor de corpuri străine uitate în rana chirurgicală, la 1000 de operații	Numărul de pacienți cu limfogranulomatoză care au trăit 5 ani dela diagnostic / Numărul total de pacienți cu limfogranulomatoză) x 100
3.	Durata medie de ședere a pacientului în sanatoriu, zile	Durata medie de ședere a pacientului în sanatoriu, zile
4.	Ponderea apelurilor de urgență (SMP) despre epilepsie în structura generală a apelurilor,%	Numărul de apeluri ambulatorii provocate de epilepsie / Numărul total de apeluri ambulatorii) x 100%
5.	Durata medie de deplasare a echipei de ambulanță din momentul apelului, min.	Timpul mediu de sosire la fața locului a echipei de ambulanță medicală de la apel a, min.
6.	Acoperirea cotelor de asigurare medicală scumpă în regiune,%	Numărul de cazuri de repartizare a pacienților pe cote în funcție de tipuri de furnizare și îngrijire costisitoare / Numărul total de cote alocate pe regiun) x 100
7.	Frecvența autopsiilor anatomice patologice în grupuri individuale de morți, la 100 de decese din grupul corespunzător	Numărul de autopsii ale pacienților operați decedați / Numărul total de pacienți operați decedați) x 100; Număr de autopsii ale femeilor însărcinate decedate, femei la naștere / Numărul total de femei însărcinate decedate, femei aflate în naștere x 100; Numărul de autopsii ale deceselor cauzate de boli infecțioase ai făturilor, nașterilor mortale, nou-născuților, copiilor și adolescenților / Numărul total de decese cauzate de boli infecțioase ai făturilor, nou-născuților, copiilor și adolescenților) x 100.

Sursa: Donabedian A. Arch. Pathology and Laboratory Medicine. 1990. Vol. 114, p.1116-1117

Indicatorii rezultatului evaluează gradul de îndeplinire a sarcinilor stabilite și atingerea obiectivelor stabilite a organizației medicale în fiecare etapă a asistenței medicale, tabelul 3.

Tabelul 3.

Indicatori de calitate ai serviciilor medicale (Indicatori ai rezultatelor)

Nº	Denumirea indicatorilor	Formula de calcul
1.	Handicap primar în rândul copiilor, la 10.000 de copii	Numărul de copii cu dizabilități sub vârsta de 17 ani inclusiv cu un handicap nou descoperit / Numărul mediu anual de copii sub vârsta de 17 ani inclusiv) x 10.000
2.	Numărul de pacienți cu limfogranulomatoză, care au trăit 5 ani de la momentul diagnosticului, la 100 de pacienți	Numărul de pacienți cu limfogranulomatoză care au trăit 5 ani de la diagnostic/ Numărul total de pacienți cu limfogranulomatoză) x 100
3.	Numărul de pacienți care au trăit mai mult de 5 ani de la diagnosticul cancerului de sân, la 100 de pacienți	Numărul de pacienți care au trăit mai mult de 5 ani de la diagnosticul cancerului de sân / Numărul total de pacienți diagnosticați cu cancer de sân) x 100
4.	Mortalitatea maternă	Numărul de femei care au murit în timpul sarcinii, în timpul nașterii și în termen de 42 de zile după naștere inclusiv/ Numărul total de nașteri vii) x 100.000
5.	Mortalitatea femeilor ca urmare a operațiilor obstetrice, la 100 de femei	Numărul de femei care au decedat în urma unei intervenții chirurgicale obstetrică în spital / Numărul total de femei care au suferit o intervenție chirurgicală obstetrică în spital) x 100
6.	Mortalitatea perinatală	Numărul nou-născuților morți cu vârsta cuprinsă între 0-6 zile. ± numărul de nașteri decedate / Număr total de nașteri vii și morți) x 1000
7.	Mortalitate prin forme active de tuberculoză	Numărul de decese cauzate de tuberculoza activă / Populația medie anuală) x 1000
8.	Mortalitatea din cauza complicațiilor anesteziei în timpul operației la 1000 de operații	Numărul de decese cauzate de complicații ale ajutorului anestezic în timpul intervenției/ Numărul total de intervenții chirurgicale) x 1000
9.	Frecvența complicațiilor asociate instalării cateterelor vasculare centrale (D), la 1000 de manipulări	Numărul de complicații raportate, asociate cu instalarea cateterelor vasculare centrale/ Numărul total de manipulări medicale) x 1000
10.	Numărul de cereri de asistență medicală satisfăcute, abs. sau la 100.000 de populație sau la 100 de pretenții	Numărul de cereri de recuperare a pagubei de la acordarea asistenței medicale incorecte, abs. sau la 100.000 populație, sau la 100 de pretenții

Continuare Tabelul 3

11.	Rata mortalității spitalicești, la 100 de ambulatori	Numărul de decese în spital /Numărul total de pacienți tratați la spital (Suma totală a celor tratați în spital și celor care au murit în spital) x 100
12.	Mortalitatea pacienților aduși cu urgența la spital , care au fost supuși intervenției chirurgicale de urgență (total) la 100 de spitalizați	Numărul de pacienți decedați cu patologie chirurgicală acută (operați și neoperați) / Numărul total de pacienți internați la spital din motive chirurgicale de urgență x 100

Sursa: Donabedian A. Arch. Pathology and Laboratory Medicine. 1990. Vol. 114, p. 1118.

Agendă: Prelucrarea statistică a fost efectuată folosind pachetele soft STATISTICA 6.0 și BioStat 2008.

Rezultate obținute și dezbateri

Din punctul de vedere al elementelor procesului de diagnostic medical și rezultatelor obținute, indicatorii propuși pentru evaluarea calității serviciilor medicale relaționează cu acele fenomene care depind cel mai mult de calitatea muncii lucrătorilor medicali și nu de alți factori, care determină starea de sănătate, prin exemplu, stilul de viață, mediul și factorii de ereditate.

Datorită variabilității cursului bolilor, măsurarea corectitudinii îngrijirii medicale folosind indicatorii de calitate (întrucât ideea eficienței indicatorilor selectați se bazează, în majoritatea cazurilor, pe o ipoteză, și nu pe rezultatele cercetărilor științifice), prin urmare, nu ne permite să tragem concluzii lipsite de ambiguitate despre acestea. Cu toate acestea, valoarea indicatorilor constă în capacitatea lor de a identifica zona în care apar erori de sistem.

Autorii sunt de opinia că cât de important nu ar fi factorii legați de mediul spitalier, modalitatea de organizare și calitatea serviciilor medicale, nu putem nega importanța factorilor profilactorii și de îngrijire permanentă ai cetățenilor până la momentul îmbolnăvirii.

De aceea considerăm oportun ca în metoda propusă de savanții ruși de evaluare a calității serviciilor medicale prin Indicele complex al calității serviciilor medicale e bine de completat cu evaluarea calității serviciilor medicale prestate prin asistența medicală primară, ceea ce încă în anii 1970 era propus de marele savant din Republica Moldova Nicolae Testemițanu [9], actualmente recunoscut la nivel mondial prin Declarația de la Astana.

Concluzii și propuneri

În sistemul prezentat lipsesc totalmente indicatorii medicinei de familie. Reieșind din noul concept și Strategia de dezvoltare a managementului medical la nivel global despre importanța implementării Centrelor medicilor de familie, incontestabil, este binevenită implementarea și altor indicatori de calitate, care ar permite evaluarea asistenței medicale primare, inclusiv, nemijlocit și al activității medicilor de familie.

Bibliografie

1. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_survey/files_ef_document/4th_egls-final_master_source_questionare_12_june_2017_07_septamber_2017.pdf.
2. <https://www.eurofound.europa.eu/ro/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2016>

3. Gorobievski S. Concepte și abordări metodologice de evaluare și creșterea calității vieții. Chișinău: Tehnica-Info, 2014. ISBN 978-9975-63-346-8
4. Curocichin Gh. Sănătate pentru toți, versus sănătate pentru unii. În: Politici de sănătate, Chișinău, martie 2019, p.61. ISBN2567-3652
5. Bivol G. Cel puțin jumătate din populația lumii încă nu au acces la serviciile medicale. În: Politici de sănătate, Chișinău, martie 2019, p.62. ISBN2567-3652
6. Gorobievski S., Buta G., Nădrag L. *Morbidity issues concerning child population under 18 years of age in Moldova, by birth defects, 2004-2015*. În The Journal of Academic Research in Economics, ISSUE, Vol.8, Nr. 3, decembrie 2016. Spiru Haret University, Faculty of Accounting Financial Management, Constanta, www.icbe-ct.com/downloads/ICBE_2016_Program.pdf
7. Iuriev A. C., Axsentieva M. B., Vorobiev P.A., Gorbunov S. N. Metodiceskie podhodî k formirovaniu aktualnih indikatorov kacestva mediținskoï pomoșci. În: Problemî standartizații v zdravohranenii, Ed. 2005, nr.8, p.23-30.
8. Donabedian A. Arch. Pathology and Laboratory Medicine. 1990. Vol. 114. P. 1115-1118.
9. Testemițanu N. Puti sbligenia urovnei ambulatorno-polіclinicescoi pomoșci gorodscomu i selisckomu naseleniu. Chișinău: Știința, 1974, 128 p.