



**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA" din BUCUREȘTI**



**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "CAROL DAVILA"
BUCUREȘTI**

**ȘCOALA DOCTORALĂ
DOMENIUL MEDICINĂ**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Conducător de doctorat:

PROF. UNIV. DR. ARMEAN PETRU

Student doctorand:

DR. COJOACĂ MARIAN EMANUEL

- 2023 -

**Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București Strada Dionisie Lupu nr. 37
București, Sector 2, 020021 România, Cod fiscal: 4192910 Cont: RO57TREZ70220F330500XXXX,
Banca: TREZORERIE sect. 2 +40.21 318.0719; +40.21 318.0721; +40.21 318.0722**

www.umfcd.ro



**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA" din BUCUREȘTI**



**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "CAROL
DAVILA" BUCUREȘTI
ȘCOALA DOCTORALĂ
DOMENIUL MEDICINĂ**

**EVALUAREA CALITĂȚII ȘI PERFORMANȚEI
SERVICIILOR MEDICALE FURNIZATE ÎN
CABINETELE MEDICALE**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Conducător de doctorat:

PROF. UNIV. DR. ARMEAN PETRU

Student doctorand:

DR. COJOACĂ MARIAN EMANUEL

- 2023 -

**Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București Strada Dionisie Lupu nr. 37
București, Sector 2, 020021 România, Cod fiscal: 4192910 Cont: RO57TREZ70220F330500XXXX,
Banca: TREZORERIE sect. 2 +40.21 318.0719; +40.21 318.0721; +40.21 318.0722**

www.umfcd.ro

CUPRINS

LISTA DE ABREVIERI	3
INTRODUCERE	4
I. PARTEA GENERALĂ	5
CAPITOLUL 1. SISTEMELE DE SĂNĂTATE – ROLURI ȘI FUNCȚII	5
1.1.Sisteme de sănătate – cadrul conceptual.....	5
1.2.Principii de funcționare a sistemelor de sănătate.....	7
1.3.Scopuri și funcții ale sistemelor de sănătate	11
1.4.Elemente de structură a sistemelor de sănătate.....	15
1.5.Provocări actuale ale sistemelor de sănătate.....	17
CAPITOLUL 2. CALITATEA ȘI PERFORMANȚA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE	19
2.1. Cadru conceptual privind calitatea îngrijirilor de sănătate	19
2.2. Dimensiuni ale calității îngrijirilor de sănătate.....	20
2.3. Măsurarea calității la nivel de structură-proces-rezultat.....	21
2.4. Documente și abordări strategice privind calitatea îngrijirilor de sănătate în asistența medicală primară.....	24
2.5. De la calitate la performanța îngrijirilor de sănătate.....	27
2.6. Evoluții și tendințe în măsurarea performanței sistemelor de sănătate.....	28
II. CONTRIBUȚII PERSONALE	32
CAPITOLUL 3. EVALUAREA ÎNGRIJIRILOR FURNIZATE ÎN CABINETELE MEDICALE DIN PERSPECTIVA CALITĂȚII ȘI PERFORMANȚEI	32
3.1. Ipotezele de studiu	32
3.2. Scopul și obiectivele cercetării. Metodologia generală a cercetării.....	32
CAPITOLUL 4. REZULTATE SI DISCUȚII	40
4.1. Analiza cadrului general de organizare și funcționare a cabinetelor medicale din România	40
4.1.1. Clarificări terminologice.....	40
4.1.2. Parcursul profesional al medicului de familie	41
4.1.3. Forme de organizare și de exercitare a profesiei de medic.....	41
4.1.4. Obligații formale privind funcționarea cabinetelor medicale.....	42
4.1.5. Acoperirea cu furnizori de servicii de asistență primară.....	45
4.1.6. Acoperirea cu servicii de asistență primară în abordarea de-a lungul vieții.....	51
4.1.7. Modalitatea de finanțare.....	55
4.1.8. Sinteza cerințelor de calitate identificate la nivelul asistenței medicale primare.....	57

Concluzii preliminare.....	61
4.2. Indicatori de măsurare a calității asistenței medicale primare în practica internațională	64
4.3. Studiul 1 - Analiza opiniilor profesioniștilor din domeniul sănătății privind calitatea în asistența medicală primară.....	74
4.3.1. Caracteristicile actuariale ale respondenților	74
4.3.2. Opinii ale profesioniștilor din domeniul sănătății privind calitatea serviciilor medical.....	76
4.3.4. Opinia profesioniștilor din domeniul sănătății privind comunicarea cu pacienții.....	81
4.3.5. Opinia profesioniștilor din domeniul sănătății privind formarea profesională în domeniul calității.....	82
4.4. Studiul 2 - Analiza opiniilor pacienților privind calitatea în asistența medical primară.....	85
Concluzii preliminare.....	93
4.5. Definierea unui set de indicatori de măsurare a calității serviciilor din cabinetul medical de asistență primară.....	95
5. CONCLUZII ȘI CONTRIBUȚII PERSONALE	100
5.1. Concluzii.....	100
5.2. Contribuții personale.....	105
5.3. Limitele cercetării.....	105
BIBLIOGRAFIE	107
ANEXE.....	122
Anexa 1. Chestionar pentru profesioniști din domeniul sănătății	122
Anexa 2. Chestionar pentru pacienți.....	126
Anexa 3. Acoperirea cu medici de familie pe județe și pe medii de rezidență, 2022	129

INTRODUCERE

Calitatea îngrijirilor de sănătate și performanța sistemelor de sănătate devin subiecte de tot mai mare actualitate în plan internațional, pe fondul creșterii interesului pentru sănătate ca valoare fundamentală și ca premiză a dezvoltării durabile, dar și coroborat cu provocările globale fără precedent, între care îmbătrânirea populației, problemele economice, dar și recenta pandemie de COVID-19 și conflictele armate tot mai frecvente și mai răsunătoare, inclusiv în Europa.

În acest context tot mai problematic, devine important pentru toate statele lumii să își direcționeze cât mai eficient resursele disponibile pentru sănătate și să asigure o protecție cât mai bună a acesteia.

România este statul UE cu cheltuiala cea mai redusă pentru sănătate pe cap de locuitor și pe an și, de asemenea, cu indicatori de stare de sănătate dintre cei mai defavorabili.

Toate aceste aspecte m-au determinat să abordez în cercetarea mea subiectul deosebit de provocator de măsurare a calității în asistența primară a stării de sănătate, cu intenția de a aduce o modestă contribuție la transformarea pentru viitor a acestui domeniu în care eu cred foarte mult și căruia i-am dedicat o bună parte din viața mea profesională.

Mulțumesc mentorilor mei pentru îndrumare și pentru deschiderea pe care au avut-o și mulțumesc familiei mele, care m-a sprijinit constant în acest demers pe care îl consider deosebit de important pentru viața mea profesională.

I. PARTEA GENERALĂ

CAPITOLUL 1. SISTEMELE DE SĂNĂTATE – ROLURI ȘI FUNCȚII

1.1. Sisteme de sănătate – cadrul conceptual

Conform Constituției Organizației Mondiale a Sănătății, starea de sănătate se caracterizează printr-o stare completă de bine din punct de vedere fizic, psihic și social și nu este dată numai de absența bolii sau a infirmității [1].

Dreptul la sănătate reprezintă unul dintre drepturile fundamentale, iar asigurarea sa într-o măsură cât mai adecvată rămâne o provocare importantă pentru toate statele lumii. Pe de altă parte, asigurarea dreptului la sănătate devine o provocare din ce în ce mai complexă, deoarece sănătatea este un bun public, la care au acces toți oamenii, dar îngrijirile de sănătate pot fi foarte scumpe, iar o parte dintre oameni (adesea cei mai bolnavi) provin din grupuri socio-economice defavorizate și nu și le pot permite.

În plan internațional sănătatea a fost recunoscută de câteva decenii ca fiind o premiză-cheie a dezvoltării durabile și în prezent statele lumii și-au asumat obiective și ținte de dezvoltare durabilă, prin Agenda de Dezvoltare Durabilă 2030, care, între cele șaptesprezece obiective, include obiectivul 3 – ”Asigurarea de vieți sănătoase și promovarea stării de bine pentru toți oamenii, la toate vârstele” [2]

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, în cadrul politic și instituțional al fiecărei țări, **un sistem de sănătate este reprezentat de ansamblul tuturor organizațiilor, instituțiilor și resurselor publice și private care au ca scop primar să îmbunătățească, să mențină sau să restabilească sănătatea**, cuprinzând atât serviciile personale, cât și cele ale populației, precum și activități de influențare a politicilor și acțiunilor altor sectoare pentru a aborda determinanții sociali, de mediu și economici ai sănătății [3].

1.2. Principii de funcționare a sistemelor de sănătate

Literatura oferă numeroase exemple de principii pe care ar trebui să se bazeze, în mod ideal, funcționarea sistemelor de sănătate. Cele mai comune dintre acestea, redate în lucrarea de cercetare sunt:

1. **Principiul echității.** Acesta se referă la faptul că toate persoanele ar trebui să aibă șanse egale să își atingă potențialul din punct de vedere al sănătății, fapt care poate fi privit din mai multe perspective [6-9].

2. **Principiul acoperirii universale cu servicii de sănătate (universal health coverage).**

Acest principiu presupune că sistemul de sănătate trebuie să fie astfel organizat, încât toți oamenii obțin serviciile de sănătate de care au nevoie, fără a suferi dificultăți financiare atunci când le plătesc [10-12]. Pentru ca o comunitate sau un stat să obțină o acoperire universală a sănătății, trebuie să aibă un sistem de sănătate puternic, eficient și bine gestionat.

3. **Principiul calității.** Acest principiu presupune ca serviciile de sănătate să fie sigure, centrate pe oameni, oportune, echitabile, integrate și eficiente. Îngrijirea de înaltă calitate îmbunătățește rezultatele sănătății și reduce risipa, fiind parte integrantă a unui sistem de sănătate sustenabil.

4. Un principiu aflat în strânsă legătură cu calitatea îngrijirilor este **siguranța pacientului**, respectiv, prevenirea oricăror erori neintenționate sau neașteptate, sau a oricărei reacții adverse, în timpul acordării îngrijirilor medicale, în esență a nu face rău pacienților [19, 20].

5. Tot în legătura cu calitatea îngrijirilor medicale este **abordarea etică** a îngrijirilor, implicit **consimțământul informat** al pacientului, respectiv dreptul de a decide dacă este de acord cu serviciile medicale, după ce primește informații complete și corecte, adaptate nivelului său de înțelegere [22- 25]

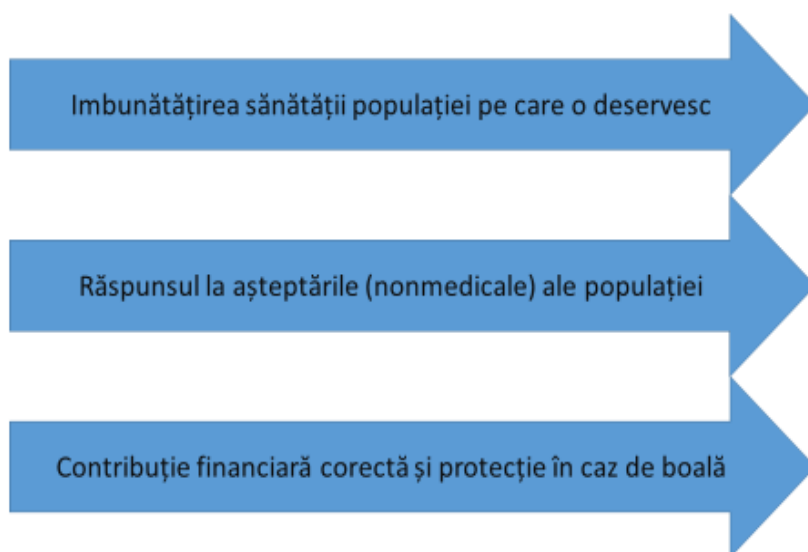
6. **Principiul solidarității**, cu accepțiuni oarecum variabile, presupune, în sens restrâns, ca fiecare individ, indiferent de venit sau situație socială, să primească aceleași servicii prestate de aceiași furnizori de servicii medicale și cu aceleași rezultate clinice.

7. **Principiul eficienței** – sistemele de sănătate trebuie orientate către acele îngrijiri care sunt cele mai necesare și aduc cea mai mare valoare pentru cei mai mulți oameni [3, 28].

1.3. Scopuri și funcții ale sistemelor de sănătate

Raportul Organizației Mondiale a Sănătății din anul 2000, care a conceptualizat din punct de vedere strategic sistemele de sănătate ca ”ansamble de elemente care interacționează între ele pentru a contribui la asigurarea sănătății indivizilor din comunități” a subliniat faptul că acestea au trei scopuri principale (Fig 1.1) :

Fig. 1.1 Scopurile sistemelor de sănătate



Sursa : World Health Organization. *The world health report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva. 2000

1.4. Elemente de structură a sistemelor de sănătate

Macrostructura sistemelor de sănătate se referă la sectoarele/părțile-cheie care intră în componența acestora, și se poate rezuma astfel:

- 1) Cine face regulile/ia deciziile (Parlament, Guvern, minister de resort, alte autorități naționale). Elementul de reglementare este reprezentat în general de puterea legislativă a statului respectiv.
- 2) Cine beneficiază de sistemul de sănătate – pacienții, societatea civilă, prin reprezentanți, organizații de pacienți, organizații ale societății civile care militează pentru drepturi subsecvente sau adiacente domeniului sănătății.
- 3) Cine plătește pentru funcționarea sistemului de sănătate, respectiv autoritățile/entitățile care asigură alocarea și utilizarea finanțării existente.
- 4) Cine asigură funcțiile în sistemul de sănătate – în particular funcția de furnizare de servicii, respectiv profesioniștii și entitățile în care aceștia sunt organizați.

1.5. Provocări actuale ale sistemelor de sănătate

Printre provocările actuale ale sistemelor de sănătate se numără:

1. **Modificările demografice**, reprezentate de îmbătrânirea populației la nivel global.

2. Evoluții în așteptările consumatorilor.

3. Transformările economice și progresul general și în materie de tehnologii și produse medicale.

4. Noile amenințări la adresa sănătății publice. În ultimul deceniu lumea întreagă s-a confruntat cu amenințări teroriste, cu fenomene extinse de migrație din cauze de securitate și economice [47], cu pandemia de COVID-19 care a ucis aproape 7 milioane de persoane [48], sau cu conflicte armate de rezonanță, între care poate cel mai surprinzător este conflictual din Ucraina, cu implicații profunde asupra sănătății publice [49, 50].

CAPITOLUL 2. CALITATEA ȘI PERFORMANȚA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

Sunt mai multe aspecte de considerat și analizat privind calitatea și performanța îngrijirilor de sănătate.

2.1. Cadrul conceptual privind calitatea îngrijirilor de sănătate

Conceptul de calitate a îngrijirilor de sănătate capătă tot mai multă vizibilitate, atât la nivel internațional, cât și în Uniunea Europeană, pe fondul diversității crescânde a practicii medicale, a variațiilor de practică și a conștientizării problemelor de siguranță a pacientului.

2.2. Au fost descrise mai multe **dimensiuni ale calității îngrijirilor medicale**, precum [58]: eficacitatea, siguranța îngrijirilor, centrarea pe pacient (capacitatea de a răspunde nevoilor pacientului), eficiența, echitatea, furnizarea la timp a serviciilor medicale, competența profesională, acceptabilitatea, relevanța, continuitatea îngrijirilor.

2.3. Măsurarea calității la nivel de structură-proces-rezultat

Avedis Donabedian a abordat analiza calității într-o organizație la nivel de structură, proces și rezultat prin asimilarea organizației cu un sistem [59] (Fig. 2.1).

Fig. 2.1. Cadrul de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate



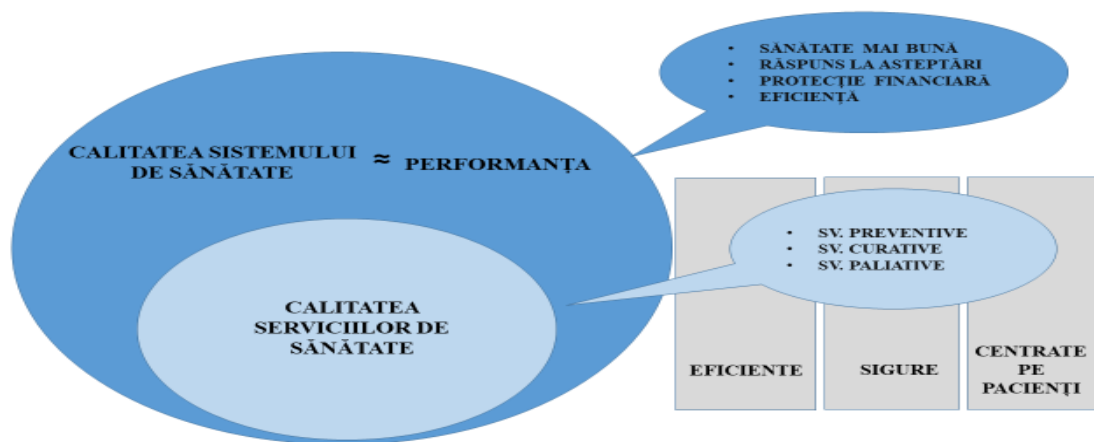
2.4. Pe fondul interesului general pentru calitatea serviciilor medicale, OECD a atras atenția asupra faptului că măsurarea calității asistenței medicale este o completare esențială pentru măsurarea acoperirii universale cu servicii de sănătate și că ar trebui ca statele să aibă resurse special dedicate în acest scop și să utilizeze amestec de indicatori bazați pe populație și indicatori bazați pe servicii [60]. Astfel s-a pus accent pe **documente și abordări strategice privind calitatea îngrijirilor de sănătate în asistența medicală primară**.

2.5. De la calitate la performanța îngrijirilor de sănătate

În ceea ce privește performanța, OMS susține conceptul de evaluare a performanței sistemelor de sănătate (HSPA), care reprezintă „un proces specific fiecărui stat, de monitorizare, evaluare, comunicare și revizuire a gradului de atingere a obiectivelor la nivel înalt ale sistemului de sănătate, bazate pe strategiile acestuia” [65].

La nivel conceptual, calitatea a fost împărțită în [52] (Fig. 2.2):

Fig. 2.2. Relația între calitate și performanță în sistemele de sănătate



Sursa : WHO, Busse, 2019 (adaptat)

2.6. Sunt mai multe evoluții și tendințe în măsurarea performanței sistemelor de sănătate. Un promotor important al dezvoltării conceptuale și tehnice pentru analiza performanței sistemelor de sănătate a fost OECD, care a propus un cadru pentru măsurarea performanței sistemelor de sănătate, cu 70 de indicatori, care a fost utilizat pe scară largă pentru comparații internaționale, inițial pentru țările OECD și mai târziu pentru membrii UE în seria de publicații „Sănătatea dintr-o privire” (Health at a Glance).

OECD a realizat, printr-o anchetă Delphi, o revizuire minoră a acestui cadru și o analiză a indicatorilor utilizați, rezultând un cadru revizuit, cu 57 de indicatori, care se utilizează și în prezent. La nivelul Uniunii Europene au existat, de asemenea, preocupări privind calitatea serviciilor medicale, după Tratatul de la Maastricht, care a acordat competențe de sănătate publică. S-a început cu proiectul European Core Health Indicators (ECHI) și cu includerea în Eurostat a unor indicatori (cheltuieli, resurse, activități, consultații, servicii preventive etc) [73, 74]

II. CONTRIBUȚII PERSONALE

CAPITOLUL 3. EVALUAREA ÎNGRIJIRILOR FURNIZATE DE CABINETELE MEDICALE DIN PERSPECTIVA CALITĂȚII ȘI PERFORMANȚEI

3.1. Ipotezele de studiu

Cercetarea de față a constat în analiza exploratorie a mecanismelor de evaluare a calității și performanței serviciilor furnizate la nivelul cabinetelor de asistență medicală primară din România, în comparație cu modele internaționale, cu intenția de a identifica mecanisme și indicatori care să ofere o imagine mai completă asupra calității și performanței serviciilor medicale de la acest nivel.

Am luat în considerare următoarele ipoteze de lucru:

- 1) În România cabinetele de asistență medicală primară au un cadru de organizare și de funcționare clar reglementate, care asigură calitatea și performanța serviciilor medicale furnizate;
- 2) Există indicatori de măsurare a calității și performanței serviciilor medicale în practica internațională care pot fi preluați și în România;
- 3) Profesioniștii din asistența medicală primară sunt conștienți de importanța calității actului medical și o valorizează;
- 4) Pacienții din România au o percepție favorabilă privind calitatea actului medical în asistența medicală primară.

3.2. Scopul și obiectivele cercetării. Metodologia generală a cercetării

Scopul principal al lucrării a fost ca pe baza analizei cadrului de organizare și funcționare a cabinetelor medicale să stabilim mecanisme de evaluare a calității și performanței serviciilor furnizate la nivelul cabinetelor de asistență medicală primară din România și de a analiza modelele internaționale în acest domeniu. Un alt scop este stabilirea de indicatori care să ofere o imagine cât mai completă asupra calității și performanței îngrijirilor medicale de la nivelul cabinetelor medicale.

Pentru cercetarea de față ne-am propus următoarele obiective :

- Analiza cadrului general de organizare și funcționare a cabinetelor medicale și a mecanismelor de asigurare a calității care le guvernează;
- Analiza de modele și de indicatori de măsurare a calității asistenței medicale primare în practica internațională;
- Analiza opiniei profesioniștilor privind calitatea în asistența medicală primară
- Analiza opiniei pacienților privind calitatea în asistența medical primară;
- Definirea unui set de indicatori de măsurare a calității activității cabinetului de asistență medical primară.

Pentru realizarea Obiectivului 1 – ”Analiza cadrului general de organizare și funcționare a cabinetelor medicale și a mecanismelor de asigurare a calității care le guvernează” - s-au utilizat : analiza critică a literaturii de specialitate, analiza de date cantitative si Metode de cercetare calitativă – analiza pe bază criterială.

Pentru realizarea obiectivului 2 - ”Analiza de modele și de indicatori de măsurare a calității asistenței medicale primare în practica internațională” - s-a efectuat o analiză de tip calitativ, pornind de la indicatorii de calitate în asistența primară ai OECD, care au fost analizați după o grilă autoconcepută.

Pentru obiectivul 3 - ”Analiza opiniei profesioniștilor din domeniul sănătății privind calitatea în asistența medicală primară” - s-a realizat o analiză de date cantitative, colectate pe baza unui chestionar autoconceput.

Pentru obiectivul 4 - ”Analiza opiniei pacienților privind calitatea în asistența medicală primară” - s-a realizat o analiză pe date cantitative, pe baza unui chestionar autoconceput – chestionarul pentru pacienți.

Pentru Obiectivul 5 - ”Definirea unui set de indicatori de măsurare a calității activității cabinetului de asistență medicală primară” - s-a utilizat un demers calitativ de sintetizare a rezultatelor obținute la obiectivele 1-4.

CAPITOLUL 4. REZULTATE ȘI DISCUȚII

În acest proiect de cercetare au fost efectuate două studii, conform subcapitolului 4.3 – Analiza profesioniștilor din domeniul sănătății privind calitatea în asistența medicală primară și subcapitolului 4.4 – Analiza opiniilor pacienților privind calitatea în asistența medicală primară.

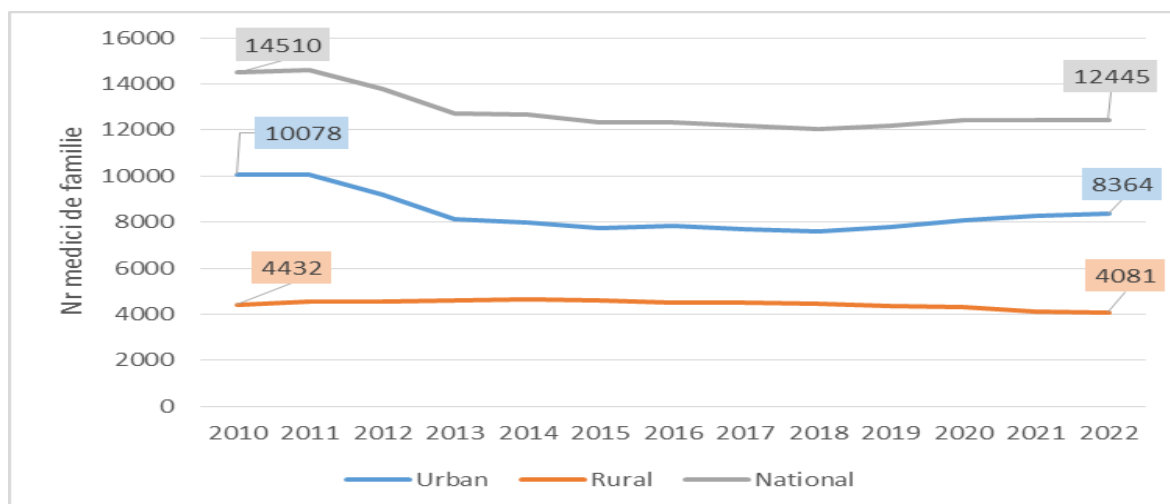
Studiul 1 a cuprins un număr de 224 de medici din 36 de județe și Municipiul București, iar studiul 2 un număr de 177 de pacienți, provenind de pe lista a 15 medici de familie din București.

Sunt prezentate succint mai jos, o parte dintre rezultatele și concluziile studiilor.

Scădere accelerată a numărului de medici ridică problema acoperirii cu profesioniști pe termen mediu (3-5 ani). Coroborată și cu media de vârstă a profesioniștilor, această analiză ar putea evidenția o situație și mai defavorabilă, în sensul că media de vârstă este de așteptat să fie avansată, iar sistemul medical să se confrunte cu un val important de retrageri din activitate pe criteriul ”vârstă” în următorii 5-10 ani.

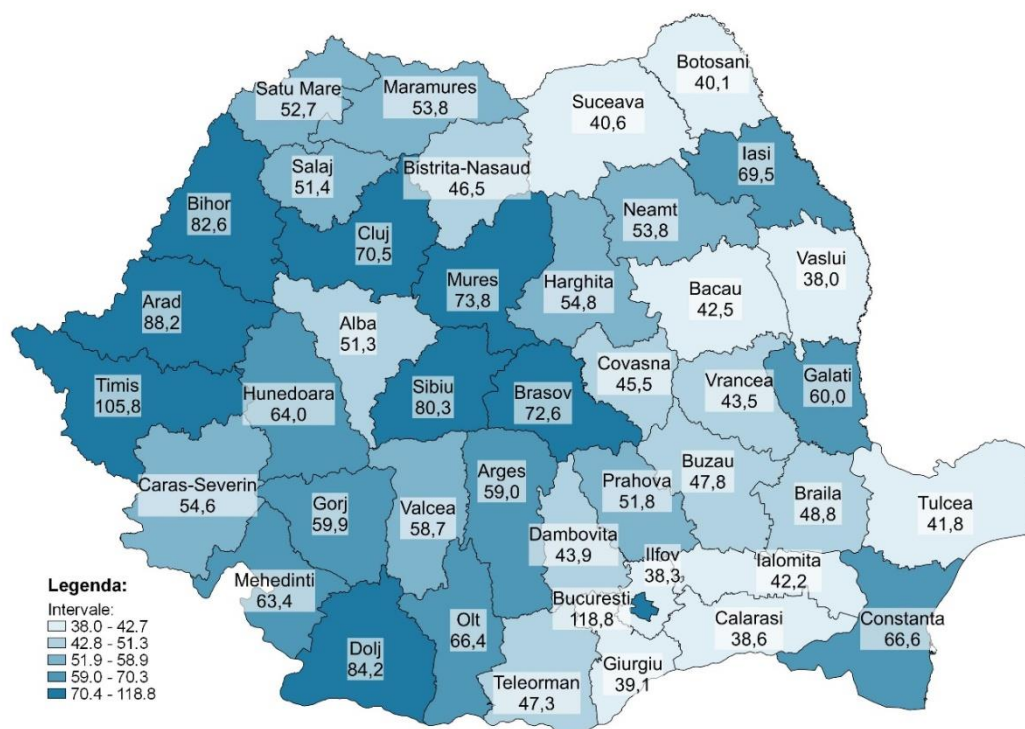
Detalii privind evoluția anuală a numărului de medici sunt prezentate în fig. 4.4.

Fig. 4.4. Evoluția numărului de medici de familie în perioada 2010 – 2022, național și pe medii de rezidență



O altă problemă importantă, dincolo de scăderea dramatică a numărului de profesioniști, este cum sunt ei răspândiți în plan geografic, având în vedere faptul că atât eficacitatea îngrijirilor, cât și echitatea accesului presupun șanse egale, sau eforturi egale de acces. În acest sens, am calculat acoperirea cu medici de familie la 100000 locuitori (Fig. 4.5.)

Fig. 4.5. Acoperirea cu medici de familie la 100000 locuitori, România, 2022



Se constată că, deși vorbim doar despre medici de familie, caracteristicile de acoperire respectă caracteristicile generale privind personalul medical, respectiv :

- a. sunt acoperite cel mai bine centrele universitare cu universități/facultăți de medicină și județele din proximitatea acestora ;
- b. regiunea NE (cu excepția județelor Iași și Neamț), cea de SE și parțial cea de Sud sunt vizibil mai deficitare din perspectiva acoperirii.

Analiza acoperirii pe medii de rezidență confirmă aceste concluzii de etapă și relevă, în plus, deficitul mai accentuat pentru mediul rural (Fig. 4.6 și Fig 4.7.).

Fig. 4.6. Acoperirea cu medici de familie la 100000 locuitori, mediul urban, 2022

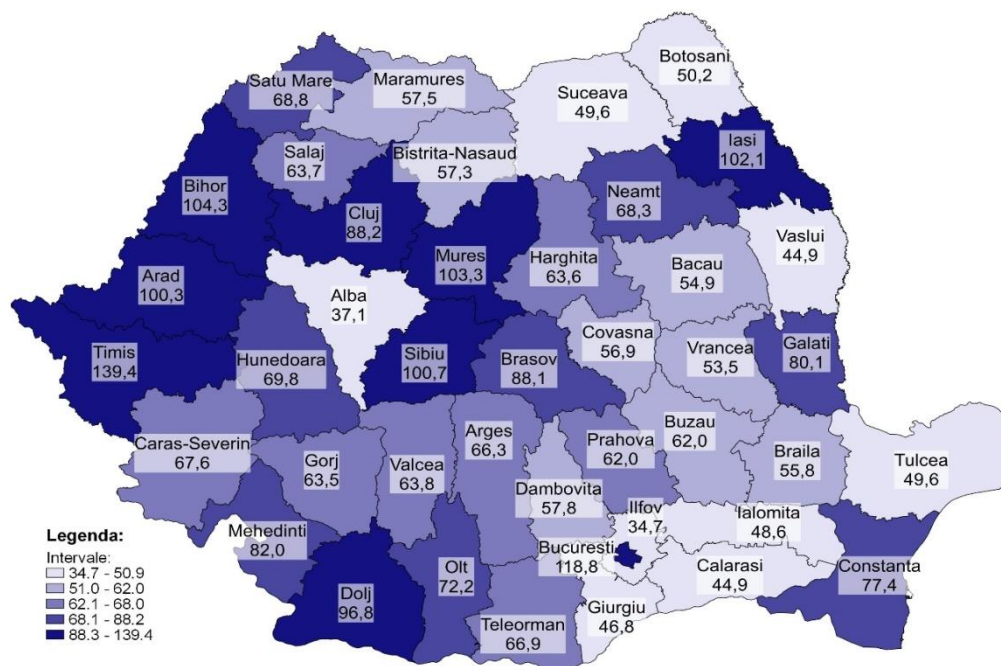
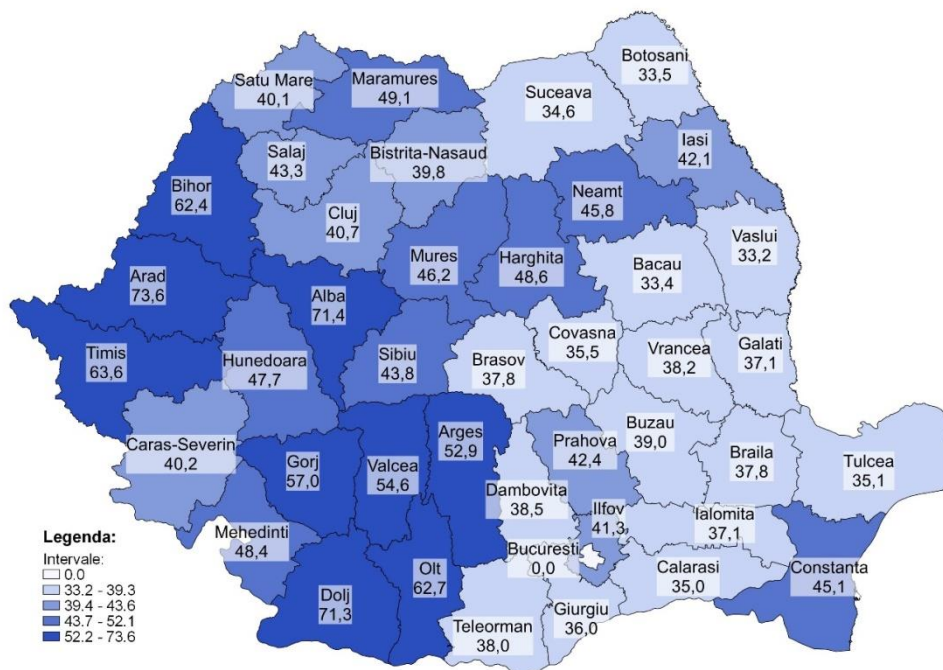


Fig. 4.7. Acoperirea cu medici de familie la 100000 locuitori, mediul rural, 2022



CAPITOLUL 5. CONCLUZII ȘI CONTRIBUȚII PERSONALE

5.1. Concluzii

1. Analiza modului de organizare și de funcționare a cabinetelor medicale a relevat un cadru normativ de organizare clar definit și o acoperire teritorială inegală și cu tendință de scădere, în condițiile în care parcursul profesional al unui medic de familie până la a deveni specialist impune cel puțin 10 ani de studii universitare și postuniversitare.
2. Din exercițiul de identificare a criteriilor de calitate utilizate în asistența medicală primară s-a evidențiat faptul că legislația din România include un număr important de prevederi referitoare la calitatea actului medical (autorizare, evaluare, acreditare, realizare și raportare a serviciilor furnizate în pachetul de servicii de bază). Aceste prevederi legislative se concretizează în cerințe clare, evaluabile ca îndeplinite/neîndeplinite și încadrabile în dimensiunile calității din modelul OECD (eficacitate, siguranță, răspuns la așteptări).
3. Standardele ANMCS utilizează ca niveluri de referință, respectiv management organizational, management clinic și etică și drepturile pacientului, această clasificare se încadrează în principiile de funcționare a sistemelor de sănătate și de evaluare a performanței acestora.
4. Cerințele autorităților nu sunt însoțite la momentul actual de indicatori care să asigure măsurarea calității. Această etapă, de dezvoltare de indicatori, va fi necesară în viitor pentru a putea măsura în mod real calitatea serviciilor de sănătate.
5. Pachetul de servicii de bază respectă abordarea de-a lungul vieții, fiind prevăzute distinct servicii necesare pe etape ale vieții, dar măsura în care aceste servicii sunt primite de către cei eligibili nu reiese din datele publice disponibile. Mai mult, unele servicii emblematice ale asistenței medicale primare (ex. serviciul de vaccinare, serviciile de screening pentru cancerul de col uterin, colon și sân) nu sunt incluse în analiza activității medicilor de familie.
6. Actualele surse oficiale de date oferă informații mai curând limitate despre procesele realizate la nivelul asistenței primare. Analiza realizată confirmă prima ipoteză de cercetare, și anume că în România cabinetele de asistență medicală primară au un cadru de organizare și de funcționare clar reglementate, care urmărește să asigure calitatea și performanța serviciilor medicale furnizate, dar acest cadru se concretizează mai ales prin cerințele normative și într-o măsură mai redusă prin indicatori concreți. Chiar și atunci

când se urmăresc indicatori, sau se stabilesc repere (ex. max. 3 ecografii/oră) pare că se urmărește mai curând controlul costurilor. Indicatori care să se refere la rezultatele în termeni de stare de sănătate nu sunt utilizați de rutină.

7. În ceea ce privește modelele internaționale, OECD a perfecționat modelul de analiză a performanței sistemelor de sănătate al OMS și a dezvoltat o serie de indicatori de măsurare a calității serviciilor de sănătate care se utilizează de aproximativ 10 ani.

8. Analiza indicatorilor OECD după criteriile ”fezabilitate”, ”importanța problemei”, ”comparabilitate” a relevat faptul că toți indicatorii au importanță mare, dar numai doi sunt utilizați de rutină în prezent în România. Anumiți indicatori pot fi implementați pe termen scurt, fără eforturi adiționale, iar alții s-ar putea implementa pe termen mediu, cu condiția ameliorării comparabilității. Pentru o parte dintre indicatori, ar fi posibilă colectarea de date și calculul indicatorilor, fie prin realizarea unor anchete, fie prin introducerea unor programe populaționale noi și a unor variabile noi în sistemul informational actual (pentru programele de screening). Există însă o serie de indicatori importanți, a căror implementare este problematică. Într-un scenariu optimist, aceștia ar putea fi implementați pe termen mediu sau lung, cu eforturi substanțiale de interoperabilitate a datelor.

9. Opinia specialiștilor privind calitatea în asistența medicală primară a fost analizată pe baza unui chestionar autoconceput, care a preluat unele întrebări din instrumentele OECD și a avut ca domenii de investigare opinia specialiștilor privind calitatea și siguranța serviciilor medicale furnizate, opinia privind comunicarea cu pacienții, opinia privind importanța calității și pregătirea profesională în acest domeniu. Cei mai mulți dintre medicii de familie respondenți au fost cel puțin mulțumiți de calitatea serviciilor medicale pe care le furnizează în cabinet și au considerat că această calitate este susținută în principal prin pregătirea și experiența profesională, prin comunicarea cu pacienții și prin existența ghidurilor de practică medicală, dar este, totodată, limitată de infrastructura și dotarea cabinetelor, de sistemul informational și de legislație.

10. Medicii de familie au avut o opinie favorabilă despre nivelul de satisfacție al pacienților, aproape două treimi dintre ei apreciind că pacienții lor sunt cel puțin mulțumiți de serviciile primite.

11. În ceea ce privește posibilitatea îmbunătățirii calității serviciilor furnizate aproape 80% dintre medici au răspuns afirmativ și au enumerat pe primele locuri sistemul informatic, legislația și infrastructura și dotarea cabinetelor.

12. Două treimi dintre medici au putut preciza indicatori de calitate care nu sunt raportați în mod curent, ceea ce denotă o preocupare personală pentru măsurarea unor indicatori de calitate, chiar dacă acești nu sunt, formal, solicitați de autorități.

13. În ceea ce privește siguranța serviciilor medicale, peste trei sferturi dintre medicii chestionați au considerat că oferă servicii foarte sigure sau sigure pacienților lor. Cu toate acestea cei mai mulți medici fie nu au răspuns, fie au răspuns negativ la întrebările legate de eventuale raportări de greșeli medicale sau de greșeli de medicație pe parcursul îngrijirii, ceea ce relevă faptul că acest aspect este mai puțin dezvoltat în practica uzuală.

14. Numai o treime dintre medici sunt de părere că petrec suficient timp cu pacientul, în timp ce alți aproape o treime erau siguri într-o oarecare măsură. În ceea ce privește furnizarea de explicații ușor de înțeles de către pacienți, 63% dintre medici sunt siguri că fac acest lucru, iar referitor la implicarea pacientului în actul terapeutic, numai 28% dintre medici au răspuns afirmativ cu siguranță. Acest rezultat susține nevoia unor programe de formare în domeniul parteneriatului cu pacientul și al deciziei comune privind actul medical (shared-decision).

15. În ceea ce privește opinia despre formarea profesională în domeniul calității, am constatat că medicii acordă o importanță foarte mare calității actului medical și aproape jumătate dintre medici consideră că au o formare ”în general bună” în acest domeniu, dar cei mai mulți și-au exprimat disponibilitatea de a mai urma un program de formare privind calitatea serviciilor medicale.

16. Pacienții chestionați au fost selectați conjunctural, prin intermediul unor medici de familie. Distribuția pe genuri a fost în favoarea femeilor (66.1%), iar pacienții au fost cu predilecție vârstnici.

17. Aproape 50% dintre pacienții chestionați în studiul nostru aveau o părere cel puțin bună despre propria stare de sănătate, proporție inferioară proporției caracteristice populației României din Eurostat (50% față de 73.3% în Eurostat), fapt derivat din modul de selecție conjuncturală a pacienților (pacienți care s-au prezentat la medicul de familie, posibil pentru o problemă de sănătate), mod de selecție care a generat și o distribuție pe grupe de vârstă profund deplasată spre dreapta (predomină pacienții în vârstă).

18. În ceea ce privește accesul la consultație cei mai mulți pacienți fuseseră la medicul de familie în urmă cu 1-3 luni, au obținut programare în aceeași zi sau în cel mult o săptămână sau s-au prezentat neprogramați la consultație.

19. Timpul de așteptare pentru programare a fost o problemă pentru 42.6% dintre pacienți (desi cei mai mulți fie veneau direct, fie erau programați în cel mult o săptămână), iar timpul de așteptare pentru a fi preluat la consultație a reprezentat o problemă pentru 28.8% dintre pacienți.

20. În ceea ce privește opinia pacienților privind comunicarea cu medicii, 25% dintre pacienți au fost siguri sau într-o oarecare măsură siguri, că medicii nu petrec timp suficient cu ei la consultație, 29% au fost siguri sau într-o oarecare măsură siguri, că medicii nu le oferă explicații pe înțelesul lor, iar 22% au fost siguri sau siguri într-o oarecare măsură, că medicii nu îi implică suficient în deciziile de îngrijire și tratament.

21. Pe baza rezultatelor obținute de la pacienții intervievați există în proporție mai mare un nivel de satisfacție al pacientului mai redus în legătură cu experiențele cu serviciile medicale, comparativ cu media pacienților din cele 9 state raportoare OECD (Olanda, Estonia, Portugalia, Luxemburg, Germania, Franța, Slovenia, Polonia, Suedia).

22. Pacienții din România au fost siguri/siguri într-o oarecare măsură, că medicii petrec suficient timp cu ei într-o proporție ceva mai redusă decât media celor 9 state.

23. Comparațiile dintre opiniile pacienților și opiniile medicilor privind aspectele de comunicare și opiniile privind calitatea au fost semnificativ diferite. În general, medicii au avut tendința să fie foarte mulțumiți la toate cele patru variabile într-o proporție mai mare decât pacienții.

OECD a propus un cadru de măsurare a performanței sistemelor de sănătate, care pune accent pe calitate, pe abordarea de-a lungul vieții și pe asistența medicală primară și publică anual un set de indicatori privind calitatea în asistența medicală primară, indicatori care au fost analizați din punct de vedere al fezabilității, importanței și comparabilității, în funcție de sursele de date actuale din România și s-a evidențiat faptul că acești indicatori ar putea fi preluați parțial sau total în trei etape.

În contextul în care România are clar definit un pachet de servicii de bază în asistența medicală primară, care reflectă abordarea de-a lungul vieții, iar studiile exploratorii pe profesioniști și pe pacienți, realizate prin cercetarea de față au relevat interesul acestor părți pentru asigurarea calității, inclusiv cu preluarea unor întrebări din instrumente OECD, care au fost posibil de colectat, este important ca țara să își amelioreze sistemul informational și informatic în materie de sănătate, mai ales în condițiile angajamentului pentru accesul la

OECD. Memorandumul de acces include obiective referitoare la performanța sistemului de sănătate și la calitatea serviciilor medicale.

5.2. Contribuții personale

Numeroase surse din literatura de specialitate confirmă faptul că asistența medicală primară este fundația unui sistem de sănătate eficace, eficient și receptiv la nevoile pacienților. Pentru a obține acest lucru sunt necesare analize suplimentare pentru asigurarea comparabilității, iar rolul cercetării de față a fost doar acela de a explora utilizarea unui instrument internațional la pacienți din România, aceasta fiind, după cunoștința noastră, prima cercetare de acest fel în România până la momentul actual. Deși la nivel de spital sau în organizații private furnizoare de servicii medicale se utilizează de rutină chestionare de satisfacție a pacienților, aceste chestionare nu sunt de uz comun în serviciile ambulatorii și la medicul de familie.

Prin urmare, pe baza rezultatelor descrise, prin cercetarea de față s-a reușit definirea unui set de indicatori pentru măsurarea calității în asistența medicală primară în România.

Am arătat că inițierea acestui demers poate fi posibilă, în contextul finanțărilor europene din Programul Național de Redresare și Reziliență și respectiv din Programul Sănătate.

5.3. Limitele cercetării

O limită care se impune a fi exprimată este aceea că cercetarea de față a îmbinat metode cantitative și calitative de analiză a calității serviciilor medicale care pot genera răspunsuri subiective care să ducă la rezultate neconforme cu realitatea.

BIBLIOGRAFIE

1. Organizația Mondială a Sănătății. Preambul la Constituția Organizației Mondiale a Sănătății, adoptată ca Conferința Internațională de la New York, 1946, și intrată în vigoare la 7 aprilie 1948. [http://www.who.int/bulletin/archives/80\(12\)981.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf).
2. UN General Assembly, *Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development*, 21 October 2015, A/RES/70/1, disponibilă la: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
3. World Health Organization. The world health report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva. 2000. Disponibil la: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
4. Dever, G. E. A. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. *Social Indicators Research*. 1976. 2(4), 453–466. <http://www.jstor.org/stable/27521768>
5. Lee, A., Leung, S. (2014). Health Outcomes. In Michalos, A.C. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1251
6. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2004;58:655-658. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.017731>
7. Culyer AJ. Equity—some theory and its policy implications. *J Med Ethics*. 2001;27:275–83.
8. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med* 2001;53:1149–62.
9. Reibling, N. Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access. *Journal of European Social Policy*, 2010. Vol 20(1): 5–18. <https://doi.org/10.1177/0958928709352406>
10. Verrecchia, R., Thompson, R., & Yates, R. (2019). Universal Health Coverage and public health: a truly sustainable approach. *The Lancet. Public health*, 4(1), e10–e11. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30264-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30264-0)
11. Endalamaw, A., Gilks, C. F., Ambaw, F., & Assefa, Y. (2022). Universality of universal health coverage: A scoping review. *PloS one*, 17(8), e0269507. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269507>

12. Watkins, D. A., Jamison, D. T., Mills, T., Atun, T., Danforth, K., Glassman, A., Horton, S., Jha, P., Kruk, M. E., Norheim, O. F., Qi, J., Soucat, A., Verguet, S., Wilson, D., & Alwan, A. 2017. Universal Health Coverage and Essential Packages of Care. In D. T. Jamison (Eds.) et. al., *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. (3rd ed.). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30212154/>
13. United Nations. *Leaving No One Behind: Equality and Non-Discrimination at the Heart of Sustainable Development. The United Nations System Shared Framework for Action*. United Nations, New York, 2017. Disponibil la: <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind>
14. Zamora G, Koller TS, Thomas R, Manandhar M, Lustigova E, Diop A, Magar V. Tools and approaches to operationalize the commitment to equity, gender and human rights: towards leaving no one behind in the Sustainable Development Goals. *Glob Health Action*. 2018;11(sup1):1463657. doi: 10.1080/16549716.2018.1463657. PMID: 29808773; PMCID: PMC5974708. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5974708/>
15. Buzeti T, Madureira Lima J, Yang L, Brown C. Leaving no one behind: health equity as a catalyst for the sustainable development goals. *Eur J Public Health*. 2020 Mar 1;30(Suppl_1):i24-i27. doi: 10.1093/eurpub/ckaa033. PMID: 32391900; PMCID: PMC7213538. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7213538/>
16. OECD/WHO/World Bank Group. *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative*, WHO, Geneva, 2018. Disponibil la: <https://doi.org/10.1787/9789264300309-en>
17. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Busse, Reinhard, Klazinga, Niek, Panteli, Dimitra. et al. *Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2019. Disponibil la: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327356>
18. Coles E, Anderson J, Maxwell M, Harris FM, Gray NM, Milner G, MacGillivray S. *The influence of contextual factors on healthcare quality improvement initiatives: a*

- realist review. *Syst Rev.* 2020 Apr 26;9(1):94. doi: 10.1186/s13643-020-01344-3. PMID: 32336290; PMCID: PMC7184709.
19. World Health Organization, G. Conceptual framework for the international classification for patient safety. In: Version 1.1 final technical report January 2009; 2009. Disponibil la: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf
 20. Gaal S, Verstappen W, Wensing M. What do primary care physicians and researchers consider the most important patient safety improvement strategies? *BMC Health Serv Res.* 2011;11:102.
 21. WHO Director General . *Patient Safety: Global Action on Patient Safety [Internet]. 72nd World Health Assembly.* 2019. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf.
 22. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? *JAMA* 2000; 283: 2701–2711.
 23. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract.* 2021;30(1):17-28. doi: 10.1159/000509119. Epub 2020 Jun 4. PMID: 32498071; PMCID: PMC7923912.
 24. Wallis KA, Eggleton KS, Dovey SM, et al. Research using electronic health records: Balancing confidentiality and public good, *J Prim Health Care* 2018; 10(4): 288–291.
 25. Hermann, H., Trachsel, M., Elger, B. S., Biller-Andorno, N. Emotion and Value in the Evaluation of Medical Decision-Making Capacity: A Narrative Review of Arguments. *Frontiers in psychology*, 2016. 7(765). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00765>
 26. Houtepen R, Ter Meulen R. New types of solidarity in the European welfare state. Special Issue: Solidarity in Health Care. In: Houtepen R, Ter Meulen R, Houtepen R, Ter Meulen R, editors. *Health Care Analysis*. 8. 2000. pp. 333
 27. Saltman RB, Dubois HFW. The historical and social base of social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, editors. *Social Health Insurance*

- Systems in Western Europe. Maidenhead, Berkshire, UK: Open University Press/McGraw-Hill Education; 2004. pp. 23.
28. Mitchell, PM. The cost-effectiveness of what in health and care?. In V. W. Kohlhammer et. al., J. Schildmann (Eds.) et. al., *Defining the Value of Medical Interventions: Normative and Empirical Challenges*. W. Kohlhammer GmbH. 2021. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34383398/>
 29. The Council of the European Union. Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems. 2006/C 146/01. Disponibil la: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52006XG0622%2801%29>
 30. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, 2007. Disponibil la: file:///C:/Users/User/Downloads/9789241596077_eng.pdf
 31. Jarvis, T., Scott, F., El-Jardali, F. *et al.* Defining and classifying public health systems: a critical interpretive synthesis. *Health Res Policy Sys* **18**, 68 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00583-z>
 32. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Quarterly*. 2001;79(2):281–315. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751188/>
 33. Tynkkynen LK, Pulkki J, Tervonen-Gonçalves L, Schön P, Burström B, Keskimäki I. Health system reforms and the needs of the ageing population-an analysis of recent policy paths and reform trends in Finland and Sweden. *Eur J Ageing*. 2022 Apr 15;19(2):221-232. doi: 10.1007/s10433-022-00699-x. PMID: 35465210; PMCID: PMC9012246. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9012246/>
 34. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 2015. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29064645/>
 35. Greer SL, Lynch J, Reeves A, Falkenbach M, Gingrich J, Cylus J, Bambra C. Ageing and health: the politics of better policies. *European observatory on health*

- systems and policies: Cambridge University Press, 2021. Disponibil la: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/ageing-and-health-the-politics-of-better-policies>
36. Cristea M, Noja GG, Stefea P, Sala AL. The Impact of Population Aging and Public Health Support on EU Labor Markets. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 24;17(4):1439. doi: 10.3390/ijerph17041439. PMID: 32102277; PMCID: PMC7068414.
 37. Hickmann, E., Richter, P. & Schlieter, H. All together now – patient engagement, patient empowerment, and associated terms in personal healthcare. *BMC Health Serv Res*, 2022. **22**, 1116. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08501-5>
 38. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M, et al. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:252.
 39. McAllister M, Dunn G, Payne K, Davies L, Todd C T. Patient empowerment: The need to consider it as a measurable Patient-Reported Outcome for Chronic Conditions. *BMC Health Services Research* 2012; 13;12:157
 40. Wakefield, D, Bayly, J, Selman, LE, Firth, AM, Higginson, IJ, Murtagh, FE. Patient empowerment, what does it mean for adults in the advanced stages of a life-limiting illness: A systematic review using critical interpretive synthesis. *Palliative medicine*, 2018. 32(8), 1288–1304. <https://doi.org/10.1177/0269216318783919>
 41. Sarwar S, Alsaggaf MI, Tingqiu C. Nexus among economic growth, education, health, and environment: dynamic analysis of world-level data. *Front Public Health*, 2019.7:307. doi: 10.3389/fpubh.2019.00307
 42. Simon Lange , Sebastian Vollmer, The effect of economic development on population health: a review of the empirical evidence, 2017. *British Medical Bulletin*, 121(1): p47–60. Disponibil la: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldw052>
 43. Bloom DE, Khoury A, Kufenko V, Prettner K. Spurring economic growth through human development: research results and guidance for policymakers. *Popul Dev Rev*. (2020) 47:377–409. doi: 10.1111/padr.12389

44. World Health Organization. Policies to protect children from the harmful impact of food marketing: WHO guideline. Geneva: World Health Organization; 2023.. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075412>
45. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, Howe A, Francis S A. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 2012. 16(30), i–509. <https://doi.org/10.3310/hta16300>
46. Walker RC, Tong A, Howard K, Palmer SC. Patient expectations and experiences of remote monitoring for chronic diseases: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *International journal of medical informatics*, 2019. 124, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.01.013>
47. Alhaffar, M.H.D.B.A., Janos, S. Public health consequences after ten years of the Syrian crisis: a literature review. *Global Health*, 2021. 17, 111. Disponibil la: <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00762-9>
48. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
49. Dzhus M, Golovach I. Impact of Ukrainian- Russian War on Health Care and Humanitarian Crisis. *Disaster medicine and public health preparedness*, 2022. 17, e340. Disponibil la: <https://doi.org/10.1017/dmp.2022.265>
50. Baker MS, Baker J, Burkle FM. Russia's Hybrid Warfare in Ukraine Threatens Both Healthcare & Health Protections Provided by International Law. *Annals of global health*, 2023. 89(1), 3. Disponibil la: <https://doi.org/10.5334/aogh.4022>
51. Catussi Paschoalotto MA, Lazzari EA, Rocha R, Massuda A., Castro MC. Health systems resilience: is it time to revisit resilience after COVID-19?, *Social Science & Medicine*, 2023. 320:115716. Disponibil la: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115716> .
52. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Busse, Reinhard, Klazinga, Niek, Panteli, Dimitra. et al. Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2019. Disponibil la: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327356>

53. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Michigan, USA: Health Administration Press; 1980.
54. IOM. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1. Washington (DC), US: National Academies Press; 1990.
55. The Council of Europe. The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. Recommendation No. R (97) 17 and explanatory memorandum. Strasbourg: The Council of Europe; 1997
56. European Commission. EU Actions on Patient Safety and Quality of Healthcare. European Commission, Healthcare Systems Unit. Madrid: European Commission; 2010. https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2015_patient_safety_quality_care_en_0.pdf
57. World Health Organization. Handbook for national quality policy and strategy – A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponibilă la: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565561>
58. Berwick DM. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. Health affairs (Project Hope), 2002. 21(3), 80–90. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.3.80>
59. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed?. *JAMA*, 1988. **260** (12): 1743–8. [doi:10.1001/jama.1988.03410120089033](https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033)
60. OECD. *Situating health care quality measurement and improvement within the uhc agenda*. OECD Publishing, Paris 2014. Disponibil la: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Situating-HCQ-in-UHC.pdf>
61. OECD. Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, 2017. Disponibil la: <https://doi.org/10.1787/9789264267787-en>
62. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponibil la: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
63. World Health Organization. Regional Office for Europe. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. World Health Organization. Regional

- Office for Europe, 2008. Disponibil la: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349648>
64. World Health Organization. Astana Declaration. Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Disponibilă la: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
65. World Health Organization. Pathways to health system performance assessment: a manual to conducting health system performance assessment at national or sub-national level. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.
66. Murray CJL, Frenk J. A WHO framework for health system performance assessment. Geneva: World Health Organization; 1999, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66267> (accessed 2 August 2022)
67. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization, Geneva, 2010. Disponibil la: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734>
68. Mattke S et al. Health Care Quality Indicators Project: Initial Indicators Report. *OECD Health Working Papers*, No. 22, OECD Publishing, Paris, 2006. Disponibil la: <https://doi.org/10.1787/481685177056>.
69. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. *OECD Health Working Papers*, No. 23, OECD Publishing, Paris, 2006. Disponibil la: <https://doi.org/10.1787/440134737301>.
70. Hofmarcher M, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance through better Care Coordination, *OECD Health Working Papers*, No. 30, OECD Publishing, Paris, 2007. Disponibil la: <https://doi.org/10.1787/246446201766>.
71. Arah OA, Westert GP, Hurst J et al. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *Int J Qual Health Care*, 2006;18 (suppl 1):5–13. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16954510/>
72. Carinci F, Van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora EC, Januel JM, Arispe I, Kim SM, Klazinga NS, on Behalf of The OECD Health Care Quality Indicators Expert Group. [Towards actionable international comparisons of health system](#)

- [performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators.](#)
International Journal for Quality in Health Care, 2015. 27(2):p. 137-146. Disponibil la: <https://academic.oup.com/intqhc/article/27/2/137/1787909>
73. European Core Health Indicators. Bruxelles. Directorate-General for Health and Food Safety; 2018. Disponibil la: https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi/echi-european-core-health-indicators_en
74. Baza de date Eurostat. Disponibilă la: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
75. European Commission. COM 2014 (215). Communication from the Commission on effective, accessible and resilient health systems. Disponibil la: https://health.ec.europa.eu/publications/communication-commission-com2014-215-final_en
76. European Commission, the Expert Group on Health System Performance Assessment. So what? Strategies across Europe to assess quality of care. Report of the Expert Group Health System Performance Assessment. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015. Disponibil la: https://health.ec.europa.eu/health-systems-performance-assessment/priority-areas-hspa_en
77. European Commission, the Expert Group on Health System Performance Assessment. A new drive for primary care in Europe – Rethinking the assessment tools and methodologies. Report of the Expert Group Health System Performance Assessment. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018. Disponibil la: https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-03/2018_primarycare_eg_en_0.pdf
78. European Commission, the Expert Groups on Health System Performance Assessment. Assessing the resilience of health systems in Europe. An overview of the theory, current practice and strategies for improvement. Report by the Expert Group Health System Performance Assessment. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-10/2020_resilience_en_0.pdf
79. Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N. Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018

- (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 55).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519096/>
80. Auraen, A., K. Saar and N. Klazinga. System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation. *OECD Health Working Papers*, No. 120. OECD Publishing, Paris, 2020. Disponibil la: <https://doi.org/10.1787/2abdd834-en>
81. Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A., & Figueras, J. (Eds.). *Health system performance assessment: A framework for policy analysis*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2022. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37023239/>
82. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, 2022. Disponibil la: <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
83. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, 2020. Disponibil la: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
84. Weatherburn CJ. Data quality in primary care, Scotland. *Scottish medical journal*, 2021. 66(2); 66–72. Disponibil la: <https://doi.org/10.1177/0036933021995965>
85. Vallejo-Torres L, Morris S. Primary care supply and quality of care in England. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 2018. 19(4), 499–519. Disponibil la: <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0898-2>
86. Hysong SJ, Arredondo K, Hughes AM, Lester HF, Oswald FL, Petersen LA, Woodard L, Post E, DePeralta S, Murphy DR, McKnight J, Nelson K, Haidet P. An evidence-based, structured, expert approach to selecting essential indicators of primary care quality. *PLoS One*. 2022 Jan 18;17(1):e0261263. doi: 10.1371/journal.pone.0261263. PMID: 35041671; PMCID: PMC8765671.
87. Contandriopoulos D, Benoît F, Bryant-Lukosius D et al. Structural analysis of health-relevant policy-making information exchange networks in Canada. Implementation.2017. Sci 12(116). Disponibil la: <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0642-4Biosat>

88. Rosner B. Fundamentals of Biostatistics. Boston :Brooks/Cole, Cengage Learning, 2011
89. Andersen PK, Borgan Ø, Gill RD, Keiding N. Statistical Models Based on Counting Processes. Springer, New York.1993.
90. Panaitescu E, Iliuta L, Rac-Albu M, Poenaru E: „Biostatistica pentru studenti”, Editura Universitară „Carol Davila” , 2013
91. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva;; 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.15). Licence: CC BY-NC-SA3.0 IGO. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>
92. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva, 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibil la: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1
93. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: 2022. Licence:CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>
94. Legea privind reforma în sănătate nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare
95. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications, consolidate version 10/12/2021. Disponibil la: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A02005L0036-20211210>
96. Hotărârea nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
97. Hotărârea nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor

și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022

98. Decizia CMR nr. 12/2018 privind reglementarea sistemului național de educație medicală continuă, a criteriilor și normelor de acreditare a furnizorilor de educație medicală continuă, precum și a sistemului procedural de evaluare și creditare a activităților de educație medicală continuă adresate medicilor
99. Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare
100. Ordinul ministrului sănătății nr. 153/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare
101. Institutul Național de Statistică. Baza de date Tempo online. Disponibil la: <http://statistici.INSSE.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/INSSE-table>
102. Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Raport de activitate pe anul 2022. Disponibil la: <https://CNAS.ro/rapoarte-de-activitate/>
103. Ordinul ministrului sănătății nr. 1030/2009 privind aprobarea procedurilor de reglementare sanitară pentru proiectele de amplasare, amenajare, construire și pentru funcționarea obiectivelor ce desfășoară activități cu risc pentru starea de sănătate a populației, cu modificările și completările ulterioare
104. Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
105. Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 353/09.10.2019 privind aprobarea Standardelor Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate pentru serviciile de sănătate acordate în regim ambulatoriu
106. Ordinul comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 din 29 iunie 2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări

- sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, cu modificările și completările ulterioare
107. Ordinul comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a H.G. nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare
 108. Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Valoarea definitivă a punctelor pe anul 2022. Disponibil la: <https://cnas.ro/valoarea-punctelor/>
 109. OECD, European Cancer Inequalities Registry. European Country Cancer Profile 2023. Romania. Disponibil la: <https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/country-cancer-profiles>
 110. Council of the European Union. Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC. Disponibil la: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_22_7548
 111. Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Rapoarte de activitate. Disponibile la: <https://cnas.ro/rapoarte-de-activitate/>
 112. OECD. Roadmap for the OECD accession process of Romania. 2022. Disponibil la: <https://gov.ro/en/news/the-roadmap-for-romania-s-accession-to-the-oecd-officially-approved>
 113. OECD. *Situational Analysis Report: The Development of the Estonian Health System Performance Assessment Framework*, 2022. Disponibil la: <https://www.oecd.org/health/Development-of-Estonian-Health-System-Performance-Assessment-Framework.pdf>.
 114. Fujisawa, R. and N. Klazinga (2017), “Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016”, OECD Health Working Papers, No. 102, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/893a07d2-en>.

115. OECD. Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS), OECD, Paris, 2021. Disponibil la: <http://www.oecd.org/health/paris.htm>.
116. INSP: Raportul de activitate pe anul 2022. Disponibil la: <https://insp.gov.ro/rapoarte-si-studii/>
117. Proiect POCU/757/4/9/136824 ”Furnizarea serviciilor de sănătate din programele de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al leziunilor precanceroase colorectale - ROCCAS II - Bucuresti-Ilfov. Disponibil la: <https://screeningroccas2-bif.ro/>
118. Proiect POCU. „Fii responsabilă de sănătatea ta – programe regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de sân – etapa II. Disponibil la: <https://mfe.gov.ro/pocu-apelul-fii-responsabila-de-sanatatea-ta-programe-regionale-de-preventie-depistare-precoce-diagnostic-si-tratament-precoce-al-cancerului-de-san-etapa-ii/>
119. Proiect POCU/759/4/9/136812 „Screening pentru Cancerul de Col Uterin și tratament precoce - SCCUT” disponibil la: https://www.insmc.ro/wp-content/uploads/2021/05/Prezentare-proiect_site-INSMC.pdf
120. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. BMC Fam Pract. 2018 Jun 30;19(1):104. doi: 10.1186/s12875-018-0793-7. PMID: 29960590; PMCID: PMC6026504.
121. Hannawa AF, Wu AW, Kolyada A, Potemkina A, Donaldson LJ. The aspects of healthcare quality that are important to health professionals and patients: A qualitative study. Patient Education and Counseling, 2022.105(6):1561-70. Disponibil la : <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.10.016>
122. OECD. Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris, 2021. Disponibil la: <https://doi.org/10.1787/9a5ae6da-en>
123. **Cojoaca Marian Emanuel**, Babalau Ana Maria, Musetescu Alina, Armean Petru – Current trends in health system performance assessment – What could be used for the Romanian Health System?

Research and Science Today, no. 2(24)/2022 ISSN-P:2247-4455/ISSN-E 2285-9632 (pag. 323-330) <https://www.rstjournal.com/rst-224-2022/>

(capitolele 3 si 4)

124. **Cojoaca Marian Emanuel** Primary Medicine – 2015 Year's Results
Research and Science Today no. 2 (12)/2016 (pag. 132-136)
<https://www.rstjournal.com/rst-212-2016/> (capitolele 3 si 4)
125. **Cojoaca Marian Emanuel** Speciality Clinics Ambulatory in 2015
Research and Science Today no. 2 (12)/2016 (pag. 137-143)
<https://www.rstjournal.com/rst-212-2016/> (capitolele 3 si 4)