

ACCESUL LA MEDICAMENTE CARDIOVASCULARE PRIN PRISMA ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

AVAILABILITY OF MEDICINES THROUGH MANDATORY HEALTH INSURANCE IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Elena Chițan

Catedra de farmacie socială „Vasile Procopișin”, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemițanu”,
Republica Moldova

Autor corespondent: elena.chitan@usmf.md

Rezumat

În cadrul studiului dat s-a determinat accesibilitatea economică a populației la medicamentele cardiovasculare compensate din FOAM de către CNAM pentru anii 2015-2018, luând în calcul coplata pacientului pentru fiecare DCI. Ca rezultat s-a determinat că medicamentele cardiovasculare pentru toți 4 ani sunt inaccesibile economic, pentru populația cu venituri conform quintilei I. Luând în considerare accesibilitatea pentru toate 5 quintile pentru perioada 2015-2018, s-a constatat o creștere a accesibilității economice, numărul de zile lucrătoare necesare pentru o cură lunară de tratament a scăzut cu 36%. Pacienții consumă cel mai frecvent medicamente active pe sistemul renină, și anume inhibitori ai enzimei de conversie - Ramipril.

Cuvinte cheie: medicamente compensate, cardiovasculare, acces, consum.

Abstract

The results of study establish affordability of reimbursed medicines by National Health Insurance Company, indicated in cardiovascular diseases, considering co-payment of patient for each international non-proprietary name. As a result, it has determined that for period of 4 years, the cardiovascular medicines are not affordable for population from quintile I. Taking into account affordability for all 5 quintile of populations for 2015-2018 years, there was an increase in economic accessibility, the number of working days required for a monthly treatment cure decreased with 36%. Patients most often consume agents acting on the renin-angiotensin system active drugs on the renin system, namely ACE inhibitor – Ramipril.

Keywords: reimbursed medicines, cardiovascular, affordability, use.

Introducere

Obiectivele de Dezvoltare Durabilă (ODD) reafirmă angajamentul global al sistemelor de sănătate de a realiza o acoperire universală a sănătății (AUS) până în anul 2030. Acoperirea universală în sănătate în conformitate cu definiția Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) presupune: “asigurarea faptului că toți oamenii pot utiliza serviciile de sănătate promovabile, preventive, curative, de reabilitare și paliative de care au nevoie (și că acestea sunt) de o calitate suficientă pentru a fi efective, asigurând, în același timp, că utilizarea acestor servicii nu expune utilizatorul la dificultăți financiare” [5]. Medicamentele prezintă o contribuție majoră în calea de acces către sănătate și bunăstare a populației, atunci când sunt utilizate rațional și tot ele sunt acelea ce induc cheltuieli catastrofice în sistemele de sănătate și expun pericolului viața pacientului atunci când nu sunt utilizate la necesitate, irațional, și incorect. Cheltuielile pentru medicamente sunt într-o creștere continuă și la nivel global au depășit cifra de 1 trilion de \$ USD pe an [3], și ajung la peste 65% din bugetele pentru asigurare a sănătății. Caracteristic țărilor în curs de dezvoltare este faptul că aceste cheltuieli, pentru medicamente, sunt suportate din plățile de buzunar a populației, ele depășind

cota de 70% din totalul cheltuielilor pentru sănătate în cadrul gospodăriilor. În Republica Moldova (RM), conform raportului Biroul Național de Statistică al RM, pentru anul 2016, cheltuielile suportate de populație la procurarea medicamentelor au constituit 73,5% din totalul cheltuielilor pentru sănătate [6].

Scopul sistemului farmaceutic (figura 1) este de a asigura, monitoriza și garanta prezența pe piața farmaceutică a medicamentelor calitative, eficiente și sigure, ce vor fi disponibile la toate nivelurile de asistență medicală primară, secundară și terțiară, asigurând echitate în calea de acces a tuturor păturilor sociale de populație, reglementând și negociind prețurile la medicamente astfel încât ele să devină accesibile economic atât pentru populație cât și pentru sistemul de sănătate (implementarea utilizării evaluării tehnologiilor medicale (ETM) prin modele farmacoeconomice: în cadrul procesului de elaborare a Listei de Medicamente Esențiale (LME) naționale și a Formularului Farmacoterapeutic Național, achiziționarea de medicamente prin intermediul sistemului de Achiziții publice centralizate pentru necesitățile Instituțiilor Medico-Sanitare Publice și Programelor Naționale, elaborarea listei de medicamente compensate (LMC) din cadrul fondurilor de asigurare

obligatorie în medicină etc.), monitorizarea continuă a sistemului de utilizare rațională a medicamentelor prin intermediul mijloacelor disponibile din cadrul sistemului de sănătate (Protocoale Clinice Naționale, LME, ETM, LMC etc.).

Comparativ cu secolul XX, în care sistemele de sănătate trebuiau să înfrunte maladiile comunicabile, în secolul XXI se observă o tendință globală de îmbătrânire a populației, a creșterii numărului de maladii non-comunicabile și a prevalenței lor în întreaga populație (inclusiv populația tânără-fenomenul de întinerire a maladiilor cronice), sporirea persoanelor cu dezabilități. Pentru a asigura bunăstarea și sănătatea acestor categorii de populație, există o necesitate tot mai mare în diagnosticarea corectă și la timp, accesul la terapii de durată calitative, și produse farmaceutice necesare îngrijirilor paliative.

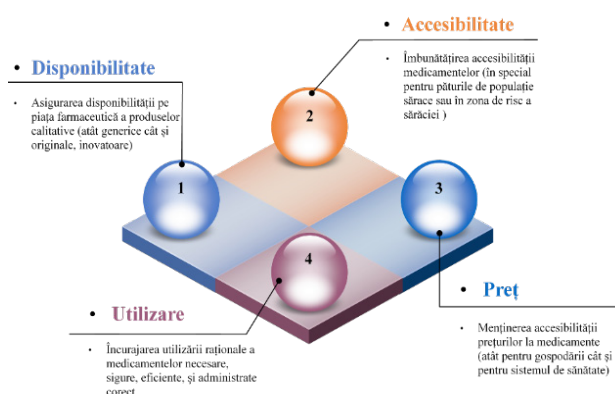


Fig. 1. Scopul și funcțiile de bază a sistemului farmaceutic

Conform datelor statistice a morbidității populației RM în baza principalelor clase de maladii pentru perioada anilor 2015-2017, se constată faptul că pe primul loc se situează maladiile aparatului circulator, prezentând o rată constantă de creștere anuală prin prevalență de +1,96% și o rată de creștere prin incidență de +2,16% [1]. În acest context sistemul de sănătate al RM fiind obligat să garanteze accesul populației la asistența farmaceutică prin intermediul sistemului de compensare al medicamentelor din cadrul fondurilor de asigurare medicală obligatorie în sănătate care este o parte indispensabilă al AUS.

Astfel, scopului studiului dat a fost evaluarea accesibilității medicamentelor compensate indicate în cazul maladiilor cardiovasculare în RM. Pentru realizarea acestui scop au fost propuse următoarele obiective:

- ✓ Evaluarea asortimentului de medicamente compensate în baza clasificării ATC;
- ✓ Determinarea tendințelor de acoperire a necesarului populației cu maladii cardiovasculare cu medicamente compensate conform datelor de consum în baza DDD;
- ✓ Determinarea accesibilității economice pe quintile a populației RM pentru aceste medicamente.

Materiale și metode

Ca materiale de studiu au servit bazele de date a medicamentelor compensate a Companiei Naționale de Asigurări Medicale (CNAM). Datele au fost obținute ca rezultat al colaborării catedrei de Farmacie socială "V. Procopișin" și CNAM. Au fost utilizate registrele pentru anii 2015-2018. Ca metodă de cercetare pentru evaluarea accesibilității economice a fost utilizată metodologia OMS și HAI cu modificările autorilor la etapa de calcul al veniturilor populației (a fost înlocuit salariul minim lunar pe economie cu veniturile populației pe quintile lunare) [5].

Rezultate

În anul 2015, Ministerul Sănătății al RM și CNAM au aprobat Ordinul comun Nr. 600/320 din 24.07.2015 cu privire la mecanismul de includere a medicamentelor pentru compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală [4]. Scopul principal al acestui ordin a fost eficientizarea procesului decizional de introduce a noilor medicamente în cadrul LMC (figura 2).

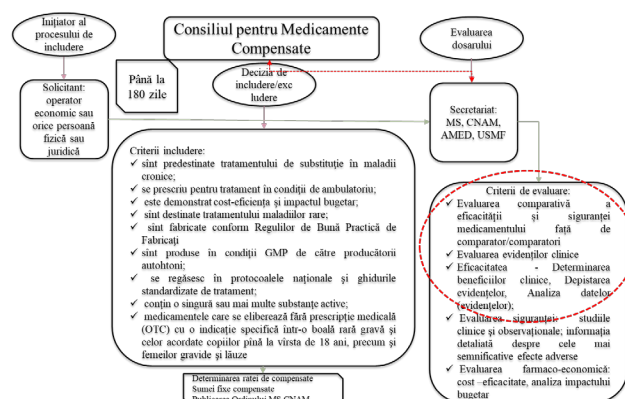


Fig. 2. Procesul decizional de compensare a medicamentelor

Pe parcursul anilor 2015-2018, lista de medicamente compensate prezintă o rată de creștere pozitivă +7% pentru denumiri comune internaționale (DCI) și +14% pentru denumiri comerciale (DC), per total lista a evoluat cu 70% de DCI (figura 3).

Ca rezultat, la etapa de evaluare sunt utilizate metodele ETM ca analiza cost-eficacitate, analiza impactului bugetar. Pentru evaluarea eficacității comparative a produselor farmaceutice se utilizează metodele medicinei bazate pe dovezi (MBD) PICO, bazele de date de evaluare a informațiilor științifice din domeniul medical și farmaceutic: HINARI, Cochrane, Medline, Medscape, Elsevier, PubMed etc. [2].

Analizând lista de medicamente indicate în maladiile cardiovasculare, conform plăților de buzunar, suportate de pacienți, observăm că în medie pe parcursul acestor 3,5 ani se determină o rată negativă, fapt ce confirmă că pacienții suportă o povară financiară mai mică și o rată de compensare din partea CNAM mai mare. În medie cota achitată de pacient a scăzut cu 20% (tabelul 1). Însă, pentru unele medicamente s-a determinat timpul pozitiv de creș-

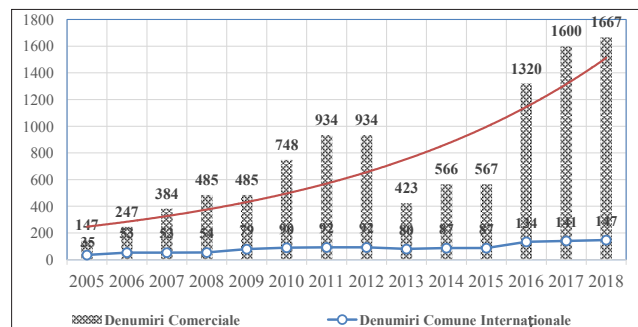


Fig.3. Dinamica listei de medicamentelor compensate anii 2005-2018.

tere a cotei achitate de pacient și anume pentru codurile ATC: B01AC04 + 57%; B01AC06 +1%; C08DA01 +24%; C10AA01 +22%.

Pentru a analiza dacă a influențat consumul în DDD a acestor medicamente de populație asupra cotei achitate de pacient au fost determinate consumurile acestor coduri ATC pentru anii 2015-2018. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 2. Toate medicamentele au indicat o rată pozitivă de creștere a consumului pe parcursul acestei perioade cu excepția medicamentelor B01AC07 -35%; C01DA08 -75%; C04AD03 -1% și C10AA01 -29%, care au deter-

Table 1. Cota achitată pacient % și numărul de rețete compensate eliberate, anul 2015-2018 (trimestrul I+II) pentru medicamentele maladiilor cardiovasculare

Cod ATC	2015		2016		2017		2018		
	Cota achitată pacient, %	Nr. de rețete	Cota achitată pacient, %	Nr. de rețete	Cota achitată pacient, %	Nr. de rețete	2018, Cota achitată, %	Nr. de rețete	Rata +/- a cotei achitate de pacient
B01AA03	66	27810	63	25657	40	30732	39	25499	-16%
B01AB11			30	4158	29	14260	26	7042	-7%
B01AC04	17	8839	19	11071	66	10905	66	6359	57%
B01AC06	55	157707	54	245342	54	398101	56	278035	1%
B01AC07			46	917	47	1107	43	215	-3%
C01AA05	67	32881	67	41234	54	40509	50	24962	-9%
C01BD01	62	16900	63	20729	61	18277	59	11580	-2%
C01DA08	57	51149	59	19551	0	292	39	308	-12%
C01DA14	49	2697	53	12706	48	37093	45	26526	-3%
C03BA11	54	393202	37	511599	25	494324	18	328627	-31%
C03CA01					34	211	31	344	-9%
C03CA04	70	46515	54	77930	33	93009	31	69417	-24%
C03DA01	60	71609	43	90170	34	97320	31	65585	-20%
C04AD03			33	21513	29	37792	28	14766	-8%
C04AE02					12	2253			
C07AA05			27	106	17	241			-37%
C07AB02	62	33274	45	45777	33	46711	25	30154	-26%
C07AB07	65	259080	51	349001	45	347248	37	232208	-17%
C07AB12							25	356	
C07AG02							24	330	
C08CA01	47	199562	26	264954	24	250955	3	174650	-60%
C08CA13							69	737	
C08DA01	20	1750	14	836	40	1404	38	1239	24%
C09AA01			48	21	48	3589	42	1440	-6%
C09AA02	64	99379	53	108769	51	56	45	56584	-11%
C09AA03	59	225022	43	264305	34	93838	29	156644	-21%
C09AA04							29	88	
C09AA05	32	266599	9	399141	24	246477	19	203915	-16%
C09CA01	46	129800	32	186907	20	331394	11	158693	-38%
C09CA03			20	730	13	219888	13	2114	-19%
C09CA07							34	100	
C10AA01	12	3016	14	2038	37	3064	22	493	22%
Cota Medie	53		37		34	1597	27		-20%

Notă: medicamentul nu a fost prezent în LMC din FAOM.

minat rate negative, consumul lor scăzând semnificativ. Evaluând comparativ rata consumului de medicamente în DDD și rata cotei achitate de pacient pentru aceste medicamente s-au evidențiat următoarele tendințe: pentru ATC B01AC04 rata cheltuielilor de buzunar crește neproportional cu consumul 57% vs 17%, fapt ce poate fi determinat de creșterea prețurilor la DC în cadrul unui DCI, sau pacienții preferă medicamentul original sau brand generic; pentru ATC C08DA01 creșterea dublă a cheltuielilor vs de consum este determinat de creșterea prețului la medicamentul dat (preț per DDD pentru anii 2015-2017 fiind de 0,24 lei MDL, iar în anul 2018 fiind de 1,12 lei MDL); pentru codul ATC C10AA01 rata de consum scade cu -29%, iar rata cheltuielilor crește cu +22%, demonstrând o tendință de micșorare a prețului per DDD cu 54% (de la 3,24 lei MDL per DDD la 1,76 lei MDL per DDD), fapt ce poate fi explicat prin micșorarea sumei fixe compensate de CNAM per comprimat și selectarea de pacient a unei DC mai scumpe.

Tabel 2. Numărul de DDD a medicamentelor cardiovasculare compensate, eliberate din farmacii, anul 2015-2018

Cod ATC	DDD, 2015	DDD, 2016	DDD, 2017	DDD, 2018	Rata +/-, %
B01AA03	504684	521283	770974	1187281	33%
B01AB11		56972	206300	169414	72%
B01AC04	376886	518575	568476	602409	17%
B01AC06	5675040	10484772	24161472	30809928	76%
B01AC07		2579	3115	1085	-35%
C01AA05	1656995	2083525	2124208	2269128	11%
C01BD01	752250	992331	994786	1118806	14%
C01DA08	1050890	553719	6247	17331	-75%
C01DA14	114180	520139	1454511	1843616	153%
C03BA11	10900004	13061074	18318609	22551577	27%
C03CA01			6991	18549	165%
C03CA04	887878	1651737	2344580	3247935	54%
C03DA01	1201857	1739330	2248722	2848619	33%
C04AD03		96520	162379	93843	-1%
C04AE02	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
C07AA05		613	1188		94%
C07AB02	587440	850838	981791	1142638	25%
C07AB07	6793269	9996938	11478005	13990706	27%
C07AB12				30178	
C07AG02				13067	
C08CA01	13946234	21719068	24799911	32274454	32%
C08CA13				80609	
C08DA01	34325	7937	30877	48234	12%
C09AA01		19607	91941	65286	82%
C09AA02	6765338	8250743	8241049	9078775	10%
C09AA03	11085150	14709645	16822938	19852626	21%
C09AA04				18437	
C09AA05	39544368	73076170	70364224	79730369	26%
C09CA01	5935815	9762604	16035052	23329119	58%

C09CA03		49140	261484	328725	159%
C09CA07				15638	
C10AA01	80899	58005	46253	29363	-29%

Notă: medicamentul nu a fost prezent în LMC din FAOM; n/a – medicamentul nu are DDD.

Analizând consumul de medicamente cardiovasculare conform principului ABC se atestă următoarele categorii de consum conform codului ATC:

anul 2015

Categoria A – C09AA05; C08CA01; C09AA03; C03BA11; C07AB07; C09AA02 – 82% din consumul DDD total;

Categoria B – C09CA01; B01AC06 – 11% din consumul DDD total;

Categoria C – C01AA05; C03DA01; C01DA08; C03CA04; C01BD01; C07AB02; B01AA03; B01AC04; C01DA14; C10AA01; C08DA01 – 6,7% din consumul DDD total.

anul 2016

Categoria A – C09AA05; C08CA01; C09AA03; C03BA11; B01AC06 – 78% din consumul DDD total;

Categoria B – C07AB07; C09CA01; C09AA02 – 16,4% din consumul DDD total;

Categoria C – C01AA05; C03DA01; C03CA04; C01BD01; C07AB02; C01DA08; B01AA03; C01DA14; B01AC04; C04AD03; C10AA01; B01AB11; C09CA03; C09AA01; C08DA01; B01AC07; C07AA05 – 5,6% din consumul DDD total.

anul 2017

Categoria A – C09AA05; C08CA01; B01AC06; C03BA11; C09AA03 – 76% din consumul DDD total;

Categoria B – C09AA03; C09CA01; C07AB07; C09AA02 – 17,6% din consumul DDD total;

Categoria C – C03CA04; C03DA01; C01AA05; C01DA14; C01BD01; C07AB02; B01AA03; B01AC04; C09CA03; B01AB11; C04AD03; C09AA01; C10AA01; C08DA01; C03CA01; C01DA08; B01AC07; C07AA05 – 6,4 % din consumul DDD total.

anul 2018

Categoria A – C09AA05; C08CA01; B01AC06; C09CA01; C03BA11 – 76,5% din consumul DDD total;

Categoria B – C09AA03; C07AB07; C09AA02 – 17,4% din consumul DDD total;

Categoria C – C03CA04; C03DA01; C01AA05; C01DA14; B01AA03; C07AB02; C01BD01; B01AC04; C09CA03; B01AB11; C04AD03; C08CA13; C09AA01; C08DA01; C07AB12; C10AA01; C03CA01; C09AA04; C01DA08; C09CA07; C07AG02; B01AC07 – 6,1% din consumul DDD total.

Pacienții achiziționează cel mai frecvent din farmacii medicamentele din categoria produselor active pe sistemul renină – angiotensină 4 DCI din categoria de consum A și B, pe primul loc după consum pe parcursul a 4 ani consecutivi plasându-se DCI Ramipril – cu un consum

mediu de 36%, celelalte DCI sunt Lisinopril; Enalapril și Losartan; al doilea DCI după categoria de consum este din grupa blocanților canalelor de calciu Amlodipin – consum mediu de 12%. În baza relatatelor precedente s-a constatat că medicii au crescut semnificativ prescrierea de Acid acetilsalicilic pacienților cu maladii cardiovasculare, rata de consum în DDD pe parcursul a 4 ani a crescut cu 76%. Acest fapt vorbește despre creșterea măsurilor de profilaxie medicamentoasă, și anume prevenirea primară a complicațiilor tardive în cazul maladiilor cardiovasculare și indicarea lui pacienților cu alte maladii cronice din grupul de risc de dezvoltare a maladiilor cardiovasculare.

Un alt aspect al studiului dat a constatat în determinarea accesibilității economice a populației RM în baza veniturilor pe quintile, pentru medicamentele utilizate în maladiile cardiovasculare. Studiul a fost realizat utilizând metodologia WHO/HAI de determinarea accesibilității economice a populației la medicamente. Pentru a determina accesibilitatea economică au fost utilizate date statistice despre veniturile populației pe quintile pentru perioadele respective 2015-2017, pentru anul 2018, veniturile au fost calculate utilizând coeficientul de multiplicare 5,6% vis a vis de anul 2017, conform www.statistica.md. Rezultatele studiului sunt prezentate în figurile 4-5. Un medicament este accesibil pentru pacient atunci când el achită până la 1 zi lucrătoare pentru el. În cazul medicamentelor cardiovas-

culare, a fost utilizat necesarul de tratament pentru o lună de zile (30 zile) – conform metodologiei de calcul. Prețurile pentru o cură lunară, au fost calculate în baza co-plăților pacientului pentru medicamentul dat (preț de farmacie – suma compensată de CNAM).

Pentru anul 2015, în baza prețului medianic pentru o cură de 30 de zile de tratament, medicamentele cardiovasculare au fost accesibile, ele constituind 0,75 zile lucrătoare. Pentru anul 2015 și 2016 cel mai defavorizată este populația din quintila I, care au achitat un preț medianic de 1,13 și respectiv 1,15 zile lucrătoare pentru un medicament, în mediu, în anul 2016, populația a achitat 0,73 zile pentru un medicament. Pe parcursul a doi ani medicamentele cardiovasculare au devenit mai inaccesibile economic pentru populația din quintila I, pentru restul populației, accesibilitatea a crescut nesemnificativ. Pentru anul 2015 cel mai inaccesibil pentru pacienți a fost DCI Warfarin, cu un preț medianic pe o cură lunară de 102 lei MDL și DCI Torasemid cu un preț medianic pentru 30 de zile de tratament de 101 lei MDL. În anul 2016, cele mai inaccesibile medicamente au fost DCI Sulodexid – 182 lei MDL; DCI Dipiridamol – 139 lei MDL și DCI Captopril – 113 lei MDL.

Analiza datelor cu privire la accesibilitatea economică pentru anii 2017 și 2018 (figura 5) au demonstrat o micșorare esențială a cheltuielilor de buzunar pentru pacienții cu maladii cardiovasculare. Pentru quintila I în anul 2018, s-a

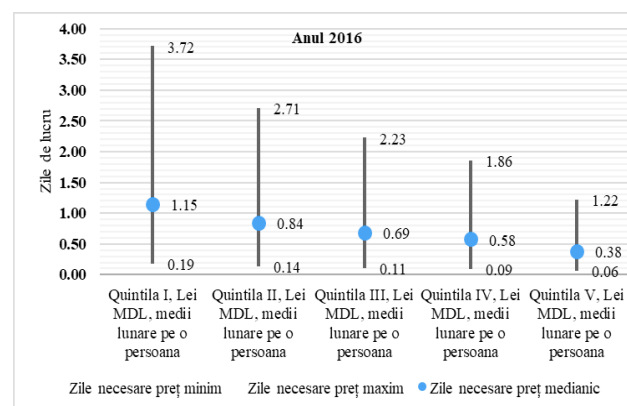
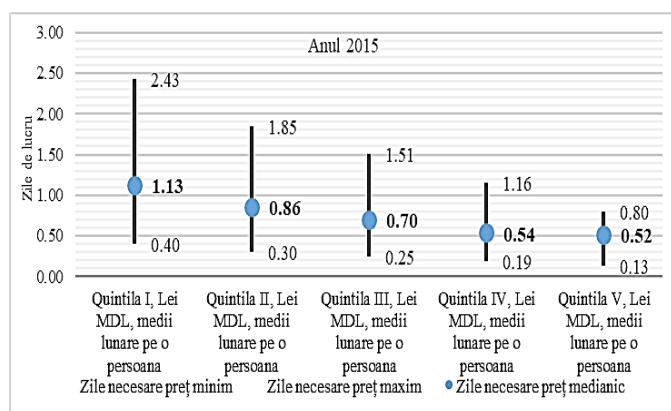


Fig. 4. Accesibilitatea economică a medicamentelor compensate cardiovasculare anii 2015-2016.

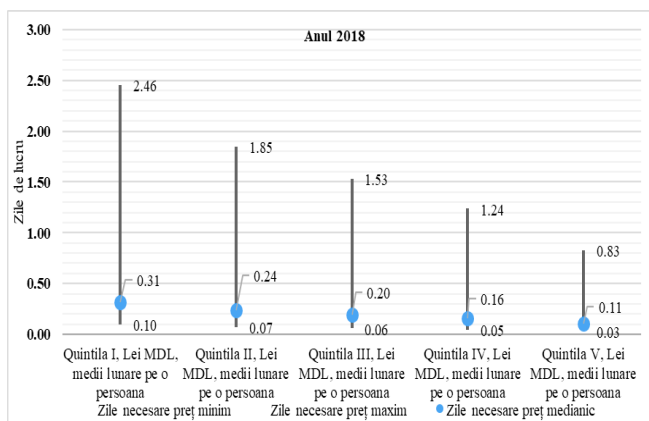
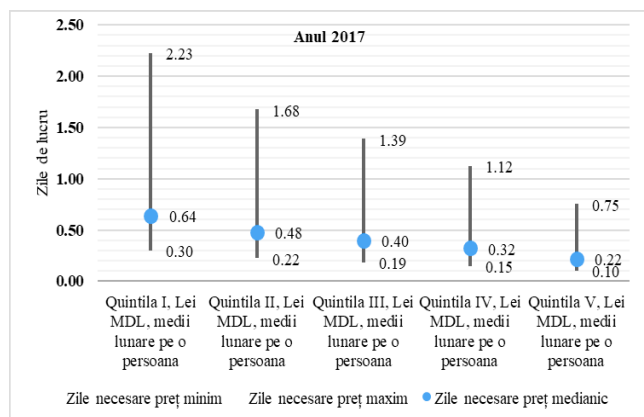


Fig. 5. Accesibilitatea economică a medicamentelor compensate cardiovasculare anii 2017-2018.

înregistrat mediana prețului de 0,31 zile lucrătoare vs de anul 2015 de 1,13 zile lucrătoare. Cu toate acestea creșterea accesibilității economice nu s-a îmbunătățit esențial pentru populația din quintila IV și V. În anul 2018, se observă o tendință de majorare a numărului de zile lucrătoare necesare pentru tratament per ansamblu pentru toate 5 quintile, fapt ce poate fi determinat de fluctuația prețurilor la medicamente pe piața farmaceutică a RM, sau o altă cauză ar fi introducerea de noi DCI în lista de compensare, care sunt compensate de CNAM la o cotă joasă, (ex. DCI Lercanidipin, pacientul achită 69% din costul medicamentului).

Pentru anul 2017 cel mai inaccesibil pentru pacienți a fost DCI Sulodexid – 168 lei MDL, coplata pentru o cură lunară de tratament; în anul 2018 coplata pentru DCI Sulodexid a fost de – 146 lei MDL și pentru DCI Dipiridamol – 117 lei MDL.

Concluzii

Rezultatele studiului dat, au confirmat tendința creșterii morbidității populației RM prin maladii cardiovasculare prin faptul creșterii exponențiale a consumului de medi-

camente pentru această categorie de pacienți, determinată în baza DDD (dozei zilnice definite). Studiul dat prezintă unele limitări, prin faptul că nu se cunoaște numărul de pacienți unici ce au administrat fiecare DCI separat, pentru a concluziona dacă a crescut gradul de acoperire cu medicamente compensate sau a crescut doar consumul în cadrul aceleiași număr de pacienți.

Accesibilitatea economică pentru medicamentele cardiovasculare (în baza prețului medianic pentru o cură lunară de tratament) prin coplata pacientului s-a majorat pe parcursul a 4 ani: în anul 2015 -0,73 zile lucrătoare; anul 2016 – 0,73 zile lucrătoare; anul 2017 – 0,41 zile lucrătoare și anul 2018 -0,2 zile lucrătoare, procentual prezentând o rată de scădere -36%.

Pacienții achiziționează cel mai frecvent din farmacii medicamente din grupul produselor active pe sistemul renină – angiotensină, pe primul loc după consum pe parcursul a 4 ani consecutivi plasându-se DCI Ramipril – cu un consum mediu de 36% din totalul medicamentelor cardiovasculare consumate.

Bibliografie

1. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. [www.statistica.md](http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/30%20Statistica%20sociala/30%20Statistica%20sociala__08%20SAN__SAN020/SAN020200.px/table/tableViewLayout1/?rxid=9a62a0d7-86c4-45da-b7e4-fecc26003802). fără an. http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/30%20Statistica%20sociala/30%20Statistica%20sociala__08%20SAN__SAN020/SAN020200.px/table/tableViewLayout1/?rxid=9a62a0d7-86c4-45da-b7e4-fecc26003802 (accesat Decembrie 5, 2018).
2. CHIȚAN, E., BALAN, A. „Medicina bazată pe dovezi în cadrul asistenței farmaceutice comunitare și spitalicești.” Materialele conferinței științifice cu participare internațională „Farmacia etică: istorie, realități și perspective” dedicată memoriei Vasile Procopișin și Nadejda Ciobanu, aprilie 19-21, 2018: 70-84.
3. Informatics, IMS Institute for Healthcare. The global use of medicines: outlook through. 2016.
4. MS al RM, CNAM. „www.lex.justice.md” fără an. <http://www.lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=360789> (accesat Decembrie 4, 2018).
5. Organization, World Health. 2012. <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/quality-uhc/en/> (accesat Decembrie 3, 2018).
6. Statistică, Biroul Național de „ACCESUL POPULAȚIEI LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE. Rezultatele studiului în gospodărie.” 2017.
7. World Health Organization, Health Action International. Measuring Medicine Prices, Availability, Affordability and Price Components. 2. Geneva: World Health Organization, 2016.