

Astăzi în frunte cu șeful de catedră, d.h.ș.m., prof. universitari D. Tintiuc, în cadrul catedrei își desfășoară activitatea corpul profesoral didactic în componența următoare: d.h.ș.m., prof. universitar T. Grejdeanu, d.ș.m., conferențiarilor: Iu. Grossu, S. Poliudov, M. Ciocanu, Svetlana Ștefanet, D. Noroc, M. Ciobanu, V. Frunze, Raisa Puia, V. Savin, N. Bolgan, d.ș.m., asistenții universitari: Corina Vicol, Elena Raevschi, L. Margină, lect. superior A. Lavric, ass. universitari V. Badan, Oxana Țurcan, lab. superior L. Condratiuc și operatorii Liubovi Cristofor și Emilia Veisa.

## **EVOLUȚIA METODELOR DE CONTRACTARE A PRESTATORILOR DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ ÎN CADRUL ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ**

**Constantin Ețco, Ghenadie Damașcan**

Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în medicină

### **Summary**

#### ***The evolution of the hiring methods of the providers of the primary health care within the compulsory insurance of medical assistance***

One of the most important factors which influences the performance of the primary health care, is its financing. In the present work, there was made the analysis of the evolution of the hiring methods of the providers of the primary health care within the compulsory insurance of medical assistance during 2004-2010, there were elucidated the problems generated by the existing payment methods and there is presented a list of suggestions for their overcome.

### **Rezumat**

Printre factorii care influențează esențial performanțele asistenței medicale primare, unul dintre cei mai importanți este finanțarea ei. Pe parcursul lucrării a fost efectuată analiza evoluției metodelor de contractare a prestatorilor de asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pe parcursul anilor 2004 - 2010, elucidate problemele generate de mecanismele existente de plată și date un șir de propuneri pentru depășirea lor.

### **Actualitatea temei**

În structura oricărei societăți, sistemul de sănătate publică este un sector de primă importanță, pentru că el interesează întreaga populație a țării. Printre factorii care influențează esențial performanțele acestui sistem, unul dintre cei mai importanți este finanțarea lui. Toate țările lumii se află într-o continuă reformă a propriilor modele de finanțare ale sistemelor de sănătate, problema devenind deosebit de acută pe parcursul ultimilor 10-15 ani. Aceasta se datorează mai multor trăsături caracteristice ale perioadei menționate: îmbătrânirea populației, costurile ridicate ale noilor tehnologii medicale, creșterea exigențelor pacienților etc., care în cele din urmă duc la sporirea costurilor de întreținere a întregului sistem de sănătate publică. Cheltuielile pentru medicină nelimitate de restricții ale sistemelor de finanțare pot irosi bugetul țării, oricât de bogată nu ar fi ea. De aceea, paralel cu creșterea necesităților sistemelor de sănătate publică, întotdeauna se va cere revederea regulilor de finanțare ale lor, pentru ca retribuția prestatorilor de servicii medicale să fie cost-eficientă și reală pentru fondurile acumulate. Este evident că soluționarea acestor probleme diferă de la o țară la alta, aflându-se în dependență de posibilitățile financiare, tradițiile și structurile sistemelor de sănătate formate istoric.

La o bună organizare, cea mai cost-eficientă asistență este asistența medicală primară. Buna organizare la rândul său depinde de mulți factori, printre ei fiind și metodele de finanțare, care într-o asociație corectă pot stimula sporirea eficienței acestui tip de asistență medicală.

Reieșind din cele expuse, studiul și soluționarea întrebărilor legate de metodele de finanțare

a prestatorilor de asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală prezintă o problemă actuală a managementului sistemului autohton de sănătate publică, având importanță atât științifică, cât și practică, iar rezolvarea corectă a ei este una din condițiile succesului asigurărilor medicale obligatorii în Republica Moldova.

### **Obiectivul lucrării**

Lucrarea își propune drept obiectiv analiza evoluției metodelor de contractare a prestatorilor de asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, cu țelul elucidării problemelor existente în domeniul menționat și pregătirea propunerilor pentru depășirea lor.

### **Rezultate și discuții**

Odată cu implementarea asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2004, modalitatea de plată pentru asistența medicală primară sa schimbat de la buget tradițional (pe articole) la finanțare per capita. Spiritul pozitiv al acestor schimbări pentru instituția medicală a constat în apariția posibilității manevrelor manageriale. Dacă în cazul bugetului tradițional banii care veneau în instituție din start erau repartizați pe articole de cheltuieli (salariu, articole de regie etc.), ceia ce nu stimula implicarea managerului în rezolvarea problemelor specifice locale și crearea condițiilor de neirosire a resurselor, atunci odată cu trecerea la finanțare per capita, la nivelul contractului se specifica suma care urma a fi achitată, iar planul de cheltuieli a instituției a devenit o responsabilitate a administrației acesteia.

La nivel de sistem, acesta a fost primul pas de cointeresare a instituțiilor în economisirea resurselor, ceia ce a dus la scăderea costului total al asistenței medicale. Însa monofinanțarea per capita nu stimula creșterea volumului de servicii prestate, metoda de finanțare nefiind legată de rezultatele activității medicale. E bine știut faptul ca creșterea productivității poate fi obținută prin implementarea metodei de plată per serviciu, însă aceasta nu poate fi utilizată pe scară largă pentru asistența medicală primară din cauza diversității mari a serviciilor întâlnite la nivelul acestui tip de asistență medicală și ca urmare a greutății în estimarea costului fiecărui serviciu și practic imposibilității de plafonare adecvată a volumelor de servicii destinate contractării, fără care apare riscul ca plățile să devină necontrolabile. Un alt dezavantaj al metodei de plată per serviciu este costul mare al cheltuielilor administrative, fiecare serviciu urmând a fi controlat și validat spre plată. Toate acestea în final pot duce la creșterea cheltuielilor totale ale sistemului.

Drept soluție pentru rezolvarea problemelor menționate servește implementarea metodelor combinate de plată, în urma cărora se obține neutralizarea dezavantajelor unei metode de plată prin avantajele alteia. Astfel, începând cu anul 2005, pentru prima dată în Republica Moldova, paralel cu plata per capita a fost implementată plata pentru atingerea unor rezultate: bonificația pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate. Pentru anul 2005 au fost stabiliți trei asemenea indicatori:

1. „Imunizare”- realizarea a cel puțin 95% din numărul de imunizări programat pe trimestru conform calendarului de vaccinare.

2. „Supravegherea gravidelor”- îndeplinirea următoarelor condiții:

- cel puțin 70% din gravidele luate la evidența medicului de familie în trimestrul respectiv urmau să fie cu sarcina de pînă la 12 săptămîni;

- urmau să fie realizate cel puțin 75% din investigațiile instrumentale și de laborator obligatorii pentru gravide;

3. „Profilaxia” — îndeplinirea trimestrială a cel puțin 70% din fiecare din următoarele activități profilactice:

- examen ginecologic profilactic, inclusiv examenul citologic, la 12,5% din femeile peste 20 ani - persoane asigurate, înregistrate la prestator;

- măsurarea activă a tensiunii arteriale la 25% din persoanele asigurate în vîrstă de la 18 ani, înregistrate la prestator.

Finanțarea suplimentară pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate a fost utilizată de

prestatorii de servicii medicale primare la remunerarea suplimentară a medicilor de familie și asistentelor medicului de familie care au îndeplinit acești indicatori. În cazul, când în ansamblu pe instituție nu a fost îndeplinit un indicator de calitate și instituția nu a obținut surse suplimentare, prestatorul de servicii medicale primare urma să efectueze remunerarea suplimentară doar a celor medici de familie și asistente ale medicului de familie care au îndeplinit indicatorul de calitate respectiv, însa, din, contul sumelor „per capita”.

Suplimentar la cele menționate începând cu anul 2005, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală a fost introdusă compensarea medicamentelor în asistența medicală primară. Acest proces a fost reglementat prin Hotărârea Guvernului nr.1372 „Cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală”

Regulamentul prevedea că:

- Dreptul de a prescrie medicamente compensate îl au doar medicii de familie din cadrul instituțiilor prestatoare de servicii medicale primare, care au încheiat contracte de acordare a asistenței medicale cu CNAM.

- Medicii de familie vor prescrie medicamente compensate doar dintre cele incluse în listă.

- Medicamentele compensate se prescriu de către medicul de familie numai persoanelor asigurate înregistrate la el în modul stabilit.

- Dreptul de a elibera medicamente compensate către persoanele asigurate îl au doar prestatorii de servicii farmaceutice care activează în conformitate cu legislația, inclusiv cele de stat și cu cota-parte a statului, și au încheiat cu CNAM contracte privind eliberarea către persoanele asigurate a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

- Medicamentele compensate se eliberează pacientului sau reprezentantului lui legal numai în baza rețetelor valabile, prescrise în strictă conformitate cu prevederile regulamentului.

Pentru anul 2006 suplimentar la plata “per capita” și compensarea medicamentelor, în asistența medicală primară a fost introdusă o nouă formă de plată: finanțarea pe caz tratat în cadrul cabinetelor de proceduri, staționarelor de zi și la domiciliu. Aceasta se reglementa prin ordinul comun al Ministerului Sănătății și CNAM Nr. 489/215-A „Despre aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulator a unor maladii cronice cu diagnosticul confirmat în stadiul de actualizare, acordat de medicul de familie și echipa sa”. Regulamentul prevedea maladiile și lista medicamentelor de care puteau beneficia persoanele asigurate în cadrul „cazului tratat la domiciliu”.

Cât privește bonificația pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate, pe parcursul anului 2005, a fost observat următorul dezavantaj: activitatea necalitativă a unui număr mic de medici putea duce la neîndeplinirea indicatorului pe întreaga instituție și în final aveau de suferit toți medicii, inclusiv cei care conștiincios au îndeplinit prevederile indicatorului. Din aceste considerente pentru anul 2006 a fost prevăzut ca bonificația pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate să fie un proces intern al instituției medicale. Evaluarea îndeplinirii indicatorilor de performanță profesională de calitate a muncii personalului medical și estimarea plăților urmau să fie efectuate trimestrial de către o comisie internă, componența căreia se aproba prin ordinul conducătorului instituției.

CNAM, ca cumpărător al serviciilor medicale, urma să achite instituției medicale aceeași sumă (apreciată „per capita”) indiferent de îndeplinirea indicatorilor de calitate, ceea ce, evident, nu a dus la sporirea calității serviciilor în cadrul asistenței medicale primare. Ca rezultat al acestei experiențe negative, în anul 2007 a avut loc reîntoarcerea la metoda clasică de bonificare din partea cumpărătorului de servicii medicale. Tot pentru anul 2007, suplimentar la bonificare (indicator: supravegherea persoanelor cu hipertensiune arterială, volumul de finanțare la atingerea rezultatului se aprecia „per capita”) a fost introdusă și plata „per serviciu” pentru serviciile medicale prestate de către medicul de familie și echipa sa. În acest context au fost stabiliți următorii indicatori de performanță profesională :

1. **Supravegherea gravidelor.** *Criteriul de îndeplinire* - luarea la evidență a gravidelor cu sarcină de până la 12 săptămâni.

2. **Depistarea primară a tuberculozei de către medicul de familie.** *Criteriul de îndeplinire* - pentru fiecare caz de tuberculoză depistat primar de medicul de familie și confirmat în modul stabilit;

3. **Tratamentul ambulator a pacienților cu tuberculoză sub supravegherea medicului de familie.** *Criteriul de îndeplinire* - pentru fiecare caz finalizat de tratament ambulator al tuberculozei conform standardelor DOTS.

4. **Depistarea primară a cancerului.** *Criteriul de îndeplinire* – pentru fiecare caz de cancer depistat primar în stadiile precoce de către medicul de familie și confirmat ulterior în modul stabilit.

Pentru cazurile de depășire a cotei trimestriale a numărului estimat de servicii, a fost prevăzut următorul mecanism de plată: costul serviciului se estima în puncte, valoarea cărora se calcula reieșind din cota trimestrială a sumei prevăzute pentru acoperirea serviciului respectiv.

Pentru anul 2008 a fost păstrată finanțarea per capita suplimentată de bonificația (premierea) pentru performanțe profesionale a muncii personalului medical, finanțarea pe caz tratat în cadrul cabinetelor de proceduri, staționarelor de zi și la domiciliu, compensarea medicamentelor. Schimbări a suferit numărul de indicatori achitați „per serviciu” (ei au fost supliți cu indicatorul: „supravegherea copilului primului an de viață”) și metoda de apreciere a sumei-limitate de finanțare a teritoriului pentru medicamente compensate. Aceasta sa calculat conform numărului de gravide și copii 0-5 ani caracteristice teritoriului deservit (conform datelor CNȘPSPMS) și numărului de bolnavi cu HTA înregistrați în registrul de evidență a stării sănătății populației (boli cronice) nr.166-1/e la situația din 01.10.2007 după formula:

$$S_{mc} = (S_{p/gr} \times N_{gr}) + (S_{p/c} \times N_c) + (S_{hta} \times N_{hta}) + (S_a \times N_{pa}), \text{ unde:}$$

$S_{mc}$  – Suma-limită de finanțare a teritoriului pentru medicamentele compensate,  $S_{p/gr}$  – Suma per gravidă,  $N_{gr}$  – Numărul așteptat de gravide,  $S_{p/c}$  – Suma per copil,  $N_c$  – Numărul așteptat de copii,  $S_{hta}$  – Suma per persoană cu HTA,  $N_{hta}$  – Numărul așteptat de bolnavi cu HTA,  $S_a$  – Suma per capita pentru alte maladii,  $N_{pa}$  – Numărul persoanelor asigurate.

Principala schimbare în modalitatea de plată pentru asistența medicală primară pentru anul 2009 a fost trecerea de la finanțarea pentru numărul estimativ de persoane la finanțarea pentru numărul de persoane înregistrate în Baza de date „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”. Luînd în considerație ca trecerea menționată putea genera diferențe mari în finanțare pentru aceeași instituție, cu țel de acomodare la noile volumuri contractuale, noi am propus ca această trecere să fie efectuată treptat, în patru perioade pe parcursul unui an, după următoarea schemă:

1. Sumele anuale destinate finanțării „per capita” pentru persoanele asigurate și neasigurate au fost divizate în 4 părți egale, ele devenind sume trimestriale destinate finanțării „per capita”.

2. Pentru trimestru I - suma trimestrială destinată finanțării „per capita” sa distribuit conform numărului populației estimative.

3. Pentru trimestru II - 75 % din suma trimestrială destinată finanțării „per capita” sa distribuit conform numărului populației estimative, iar 25% conform Bazei de date.

4. Pentru trimestru III - 50 % din suma trimestrială destinată finanțării „per capita” sa distribuit conform numărului populației estimative, iar 50% conform Bazei de date.

5. Pentru trimestru IV - 25 % din suma trimestrială destinată finanțării „per capita” sa distribuit conform numărului populației estimative, iar 75% conform Bazei de date.

Paralel cu faptul că schimbările menționate au ridicat nivelul de obiectivitate la estimarea sumelor contractuale pentru prestatorii de asistență medicală primară (instituția urmând să fie finanțată nu în baza unui număr statistic al populației, ci în baza numărului real de persoane înregistrate la medicul de familie), ele deasemenea au permis crearea terenului pentru ajustare la risc de vîrsta, ținând cont de faptul, că finanțările per capita deseori nu sunt echitabile din punct de vedere a inegalității între teritorii pe plan demografic. Ajustarea la risc de vîrstă a fost cu succes implementată începînd cu anul 2010, când la planificarea volumului de finanțare a fost luat numărul total de persoane înregistrate în „Registrul persoanelor luate la evidență în

instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”, ajustat conform următoarelor trei grupuri de vârstă: 1) de la 0 până la 5 ani; 2) 5-50 ani; 3) peste 50 ani.

### **Concluzii**

1. Metodele de plată în mod direct influențează performanțele asistenței medicale primare.

2. Mai eficiente sunt metodele combinate de plată, în urma cărora se obține neutralizarea dezavantajelor unei metode de plată prin avantajele alteia.

3. Obiectivizarea procesului de apreciere a volumelor contractuale în asistența medicală primară a fost posibilă în urma implementării sistemului informațional: „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”

4. Utilizarea evidenței electronice a persoanelor înregistrate la medicul de familie a permis corecția inegalității între teritorii pe plan demografic, prin ajustarea sumelor „per capita” la risc de vârstă.

### **Bibliografie**

1. Ginsburg P. Payment and the future of primary care. *Ann Intern Med.* 2003; 138: 233 - 34.

2. Glazier R, Klein-Geltink J, Kopp A, Sibley L, Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *CMAJ.* 2009 May 26; 180 (11): E72–E81.

3. Lamers L. M. Risk-adjusted capitation based on the Diagnostic Cost Group Model: an empirical evaluation with health survey information. *Health Serv Res* 1999; 33: 1727–1744.

4. Margolis J., Pope C. Perspective on patient payment. *MGMA Connex.* 2010 Apr;10(4):36-41

## **ASPECTE JURIDICE ALE ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

**Mircea Buga, Constantin Ețco, Mihai Moroșanu**

Catedra Economie, management și psihopedagogie în medicină

### **Summary**

#### *Legal aspects of mandatory health insurance in Republic of Moldova*

Public health reform is possible under some legislation that would adjust the ways and means of achieving its intended purpose - improving and strengthening health level - would establish an equity in health services to all producers regardless of their ownership and a population accessibility to health care quality performance.

Analysis of legislation governing medical work in Republic of Moldova, showed the presence of confusion, doubt, to oppose, inaccuracies which process the national public health system difficult and complicated. Competence is a need for better medical legislation with structural changes and content of existing legislation in the compulsory health insurance.

### **Rezumat**

Reformarea sistemului de sănătate publică este posibil în baza unor acte legislative, care ar regla căile și modalitățile de atingere a scopului propus – îmbunătățirea și fortificarea nivelului sănătății populației – ar stabili o echitate în prestarea serviciilor medicale de către toți producătorii acestora indiferent de forma de proprietate, și un accesibilitatea populației la servicii