

## EVALUAREA EFICIENȚEI FORMELOR DE PLATĂ PENTRU CAZURILE DE LUNGĂ DURATĂ

Constantin Ețco, Ghenadie Damașcan, Doina-Maria Rotaru, Nina Globa  
Laboratorul științific *Management și psihologie*, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *The evaluation of the types of payment for the long lasting treatment cases*

The paper emphasizes some practical aspects related to the application of types of payment for the long lasting treatment cases in the Republic of Moldova (specifically related to the hospitalized medical care and home based care). It provides the analyses of the advantages and disadvantages based on the literature review and statistical data. The need to modify the payment mechanism is explained and the new type of financing is proposed.

### Rezumat

Lucrarea scoate în evidență unele aspecte practice privind aplicarea în Republica Moldova a formelor de plată pentru cazurile de lungă durată (în cadrul asistenței medicale spitalicești și îngrijirilor medicale la domiciliu). Sunt analizate avantajele și dezavantajele acestor forme în baza literaturii studiate, cât și a datelor extrase din documentația statistică. Este argumentată necesitatea modificării mecanismului de plată și propusă o nouă metodă de finanțare.

### Actualitatea

Modalitatea și volumul finanțării are o importanță deosebită pentru desfășurarea cu succes a oricărei activități. Mecanismele de plată a furnizorilor de servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală sunt diverse și includ: bugetul global, plata „per capita”, plata „per serviciu”, plata „per caz” [1].

Plata „per caz” a fost introdusă, ca mecanism de finanțare a asistenței medicale spitalicești, în anul 2004, odată cu implementarea în Republica Moldova a asigurării obligatorii de asistență medicală. Spre deosebire de finanțarea bugetară anterioară, acum instituțiile spitalicești urmau să fie retribuite în funcție de volumul serviciilor prestate persoanelor asigurate - număr de cazuri tratate.

Totodată, această metodă a fost aplicată, începând cu anul 2006 și pentru finanțarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. Cazul prevedea efectuarea a 36 de vizite la domiciliu, câte 3 săptămâni, durata cazului fiind prevăzută de 3 luni [5].

Printre avantajele pe care le posedă metoda de plată „per caz” putem enumera:

- retribuirea se face în funcție de volumul de activitate real efectuat;
- este mai ușor de administrat;
- asigură o moderare bună a prețurilor;
- încurajează furnizorul să aplice tehnologii moderne cu scopul micșorării duratei de spitalizare;
- asigură o calitate relativ bună a serviciilor prestate etc.

Cu toate avantajele pe care le are această metodă de finanțare, ea nu și-a dovedit eficiența în cazurile de lungă durată cum ar fi: tuberculoza, bolile mentale, îngrijirile medicale la domiciliu.

Cu referire la serviciile enumerate mai sus, această formă a generat multiple probleme din cauza unor dezavantaje pe care le are.

Unul din ele ar fi că, deși furnizorul de servicii spitalicești are o sumă globală fixată în contract, achitățile se fac doar după realizarea calitativă a cazului, ceea ce este dezavantajos atât pentru cazurile de spitalizare de lungă durată, cât și pentru îngrijirile medicale la domiciliu, unde suma urma să fie achitată doar după rezolvarea cazului – 2-6 luni de la debut, respectiv. Evident o atare situație genera serioase probleme de finanțare pentru prestatorii de servicii medicale, care erau nevoiți să activeze doar din avansul primit lunar de la plătitor.

O altă lacună a formei date ar fi problema validării cazurilor. În spitalizările de lungă durată există situații în care pacientul nu rămânea în spital pentru toată durata stabilită, iar în cazul îngrijirilor medicale la domiciliu, în această perioadă putea surveni decesul și nu se îndeplineau numărul de vizite prevăzute. Astfel, cazurile puteau fi nevalidate, ca fiind nefinisate și, respectiv nefinanțate, situație absolut inconvenabilă instituțiilor care suportau cheltuieli financiare neacoperite de plătitor. Totodată, dacă cazurile erau validate, se crea o situație nefavorabilă pentru plătitor, care trebuia să plătească pentru niște cheltuieli ce real nu au fost suportate de prestatori.

O altă problemă o prezintă faptul, că spitalizările de lungă durată se referă la patologii specifice, cazuri, nu rareori, dificil de diagnosticat. Deseori pacienții se spitalizează cu suspiciune la o anumită maladie, ulterior diagnosticul nefiind confirmat, pacienții sunt externați. Cazul dat nu este validat, iar instituția medicală suportă cheltuieli neacoperite de către plătitor.

Există de asemenea probleme și cu achitarea pentru cazurile, în care spitalizarea sau îngrijirea medicală la domiciliu începe la finele anului în curs și finalizează în anul viitor.

Toate cele expuse mai sus ne-au determinat să studiem mai aprofundat problema în cauză. Drept urmare, s-au propus alte metode de plată, plata per zi și plata per vizită, care este benefică pentru prestatorii menționați mai sus [2,3,4].

### **Obiectivele**

Studierea și evaluarea eficienței formei de plată „per caz” pentru cazurile de lungă durată și elaborarea propunerilor privind perfecționarea mecanismului de plată menționat.

### **Material și metode**

Metodele de cercetare utilizate în studiul dat au fost: metoda analitică, metoda statistică și metoda matematică. Au fost analizate peste 50 de surse bibliografice, care vizează problematica dată. Informația prezentată a fost extrasă din formularele de evidență medicală primară și dările de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. S-au studiat aspecte de finanțare „per caz” pentru cazurile de lungă durată pentru instituțiile medicale spitalicești cu profilurile ftiziatrie și ftiziatrie multidrogrezistentă (MDR) și pentru prestatorii de îngrijiri medicale la domiciliu, perioada supusă analizei fiind anii 2006-2011.

### **Rezultate**

Pentru studiarea efectelor plății „per caz” în cazurile de lungă durată, la I etapă a fost analizată durata medie de spitalizare în instituțiile medicale spitalicești încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru profilurile ftiziatrie și ftiziatrie MDR. Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelul 1.

Analiza datelor prezentate în tabelul 1 relevă faptul, că durata medie de spitalizare recomandată pentru profilurile ftiziatrie (60 zile) și ftiziatrie MDR (180 zile) nu este respectată de către instituțiile medicale spitalicești contractate. Durata medie de spitalizare diferă de la o instituție medico-sanitară la alta, variind de la 43,4 zile până la 89,6 zile pentru profilul ftiziatrie sau de 2,1 ori și de la 138,7 zile până la 203,8 zile pentru profilul ftiziatrie MDR sau de 1,5 ori. Aceasta ar însemna, că în anii 2006-2007 Spitalul Raional Soroca a primit o finanțare relatată la o zi de spitalizare relativ mai mare decât Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie, ambele instituții fiind contractate în baza aceluiași cost al cazului tratat pe profilul ftiziatrie. Aceste date relevă faptul, că atunci când plata se efectuează în baza cazului tratat, prestatorii de servicii medicale tind să reducă durata medie de tratament, astfel mărind costul real al zilei de spitalizare.

Pentru a corecta neajunsurile metodei de plată „per caz”, începând cu anul 2008 instituțiile medicale spitalicești pentru profilurile menționate mai sus au fost contractate după metoda „buget global”. Finanțarea instituțiilor pe „buget global” prevedea acordarea întregului volum de asistență medicală pe profilurile ftiziatrie și ftiziatrie MDR, ce se impunea conform nivelului de morbiditate și prevederilor de etapizare a pacienților.

Tabelul 1. Durata medie de spitalizare pe profilurile ftiziatrie și ftiziatrie MDR în anii 2006-2010, zile

	profil	a.2006	a.2007	a.2008	a.2009	a.2010
	<i>plata</i>	<i>per caz</i>		<i>buget global</i>		
Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"	Ftiziatrie	61.3	62.5	63.5	63.8	64.3
Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni	Ftiziatrie	-	63.7	71.7	50.4	63.7
Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie	Ftiziatrie	77.5	81.9	85.4	81.7	89.6
Spitalul Clinic Municipal Bălți	Ftiziatrie	67.4	68.8	69.9	76.7	72.9
Spitalul Raional Soroca	Ftiziatrie	43.4	49.4	47.9	48.2	48.0
Spitalul Raional Florești	Ftiziatrie	53.0	51.4	57.4	62.0	66.2
<b>TOTAL</b>	<b>Ftiziatrie</b>	<b>65.9</b>	<b>68.8</b>	<b>72.1</b>	<b>70.9</b>	<b>73.1</b>
Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"	MDR	-	199.6	177.4	163.0	171.6
Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni	MDR	-	-	170.1	167.7	143.0
Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie	MDR	-	-	166.5	166.5	203.8
Spitalul Clinic Municipal Bălți	MDR	-	-	138.7	175.4	180.5
<b>TOTAL</b>	<b>MDR</b>	<b>-</b>	<b>199.6</b>	<b>170.3</b>	<b>167.5</b>	<b>169.5</b>

De obicei, mărimea bugetului global pus la baza contractării era calculată în baza unor indicatori, cum ar fi numărul de cazuri tratate și costul cazului tratat pe profil pentru anul respectiv și nu se schimba pe parcursul perioadei de executare a contractului. Totodată, unul dintre rezultatele utilizării bugetului global este micșorarea cheltuielilor destinate asistenței medicale, deși aceasta poate purta și aspecte negative, în cazul în care se bazează pe nerespectarea nivelului de calitate a serviciilor oferite și reducerea volumului de servicii medicale.

Astfel, la etapa II a fost monitorizată respectarea condițiilor contractuale de către prestatorii contractați după metoda „buget global” pe profilurile ftiziatrie și ftiziatrie MDR. Analiza acestor date denotă, că numărul de cazuri tratate real efectuate în majoritatea spitalelor a fost mai mic comparativ cu numărul de cazuri tratate pus la baza contractului de prestare a serviciilor în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 2.

Pentru a corecta dezavantajele metodei de plată „buget global” prin avantajele formelor de plată în dependență de volumele de activitate prestată, pentru profilurile ftiziatrie și ftiziatrie MDR a fost propusă metoda „per zi”. Astfel, la etapa III a fost comparat numărul de zile-pat efectuat de către instituțiile medicale spitalicești în perioada utilizării metodelor de plată „per caz” (anii 2006-2007), „buget global” (anii 2008-2010) și a celei „per zi” (anul 2011). Rezultatele sunt prezentate în tabelele 3 și 4.

Analiza datelor prezentate în tabelele 3 și 4 denotă faptul, că în lotul spitalelor monopprofil pentru ftiziatrie s-a observat tendința de majorare a numărului de zile-pat efectuate, iar în lotul spitalelor cu profiluri multiple, unde unul dintre care este ftiziatria, această tendință nu a avut loc. Pentru finanțarea instituțiilor medicale spitalicești pe profilurile ftiziatrie și ftiziatrie MDR aceasta este un lucru pozitiv, luînd în considerație faptul, că anterior aceste instituții nu aveau stimulente pentru respectarea normativelor de spitalizare pe profilurile menționate mai sus.

Tabelul 2. Îndeplinirea condițiilor contractuale pe profilurile ftiziatrie și ftiziatrie MDR în anii 2006-2010, %

	profil	a.2006	a.2007	a.2008	a.2009	a.2010
	<i>plata</i>	<i>per caz</i>		<i>buget global</i>		
IMSP Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"	Ftiziatrie	82.9	91.6	92.0	90.1	88.6
IMSP Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni	Ftiziatrie	-	90.0	51.0	12.2	27.3
IMSP Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie	Ftiziatrie	88.6	100.0	100.8	81.6	80.5
IMSP Spitalul Clinic Municipal Bălți	Ftiziatrie	99.8	99.1	98.8	110.8	96.6
IMSP Spitalul Raional Soroca	Ftiziatrie	100.0	102.0	78.2	103.9	100.0
IMSP Spitalul Raional Florești	Ftiziatrie	93.6	102.7	106.1	107.1	107.5
<b>TOTAL</b>	<b>Ftiziatrie</b>	<b>88.0</b>	<b>96.1</b>	<b>87.9</b>	<b>80.6</b>	<b>86.0</b>
IMSP Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"	MDR	-	110.4	131.6	116.0	148.0
IMSP Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni	MDR	-	-	63.3	69.9	98.3
IMSP Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie	MDR	-	-	83.7	325.5	334.5
IMSP Spitalul Clinic Municipal Bălți	MDR	-	-	51.4	85.0	80.0
<b>TOTAL</b>	<b>MDR</b>	<b>-</b>	<b>110.4</b>	<b>79.0</b>	<b>105.1</b>	<b>128.0</b>

Tabelul 3. Numărul de zile-pat realizat de instituțiile medicale spitalicești în anii 2006-2010

	profil	a.2006	a.2007	a.2008	a.2009	a.2010
	<i>plata</i>	<i>per caz</i>		<i>buget global</i>		
Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"	Ftiziatrie	81 004	48 016	56 900	67 160	66 587
Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni	Ftiziatrie	-	28 082	23 432	3 380	2 610
Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie	Ftiziatrie	73 235	77 530	100 336	89 017	93 011
Spitalul Clinic Municipal Bălți	Ftiziatrie	27 361	29 024	34 087	47 243	43 941
Spitalul Raional Soroca	Ftiziatrie	8 679	9 883	10 160	11 626	12 586
Spitalul Raional Florești	Ftiziatrie	3 868	3 910	6 022	7 507	8 544
<b>TOTAL</b>	<b>Ftiziatrie</b>	<b>198 862</b>	<b>201 096</b>	<b>236 073</b>	<b>232 103</b>	<b>235 909</b>
Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"	MDR	-	10 578	18 446	18 907	25 401
Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni	MDR	-	-	23 127	37 399	40 482
Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie	MDR	-	-	5 993	29 801	37 504
Spitalul Clinic Municipal Bălți	MDR	-	-	2 496	14 905	14 443
<b>TOTAL</b>	<b>MDR</b>	<b>-</b>	<b>10 578</b>	<b>50 062</b>	<b>101 012</b>	<b>117 830</b>

Tabelul 4. Numărul de zile-pat realizat de instituțiile medicale spitalicești în anul 2011

	profil	Ianuarie-aprilie		Mai-decembrie	
		Nr.ZP efectuat	Nr.ZP estimativ	Nr.ZP efectuat	Nr.ZP estimativ
	<i>plata</i>	<i>buget global</i>		<i>zi-pat</i>	
Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"	Ftiziatrie	22 752	68 256	48 610	72 915
Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni	Ftiziatrie	644	1 932	2 758	4137
Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie	Ftiziatrie	24 883	74 649	49 147	73 721
Spitalul Clinic Municipal Bălți	Ftiziatrie	15 470	46 410	28 885	43 328
Spitalul Raional Soroca	Ftiziatrie	3 920	11 760	7 182	10 773
Spitalul Raional Florești	Ftiziatrie	2 695	8 085	4 066	6 099
<b>TOTAL</b>	<b>Ftiziatrie</b>	<b>70 364</b>	<b>211 092</b>	<b>140 648</b>	<b>210 972</b>
Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"	MDR	5 862	17 586	16 820	25 230
Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni	MDR	12 669	38 007	25 852	38 778
Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie	MDR	14 790	44 370	28 260	42 390
Spitalul Clinic Municipal Bălți"	MDR	4 676	14 028	8 535	12 803
<b>TOTAL</b>	<b>MDR</b>	<b>37 997</b>	<b>113 991</b>	<b>79 467</b>	<b>119 201</b>

Pentru a corecta dezavantajele metodei de plată „per caz” prin avantajele formelor de plată în dependență de volumele de activitate prestată, pentru îngrijirile medicale la domiciliu a fost propusă metoda „per vizită”. Astfel, la etapa respectivă a fost comparat numărul de vizite efectuat de prestatorii de îngrijiri medicale la domiciliu în perioada utilizării metodei de plată „per caz” (anul 2008) și a celei „per vizită” (anul 2009). Pentru studiu au fost selectate instituțiile medico-sanitare care prestează îngrijiri medicale la domiciliu din zonele: urbană, rurală nord, rurală centru, rurală sud, astfel încât ele să reprezinte întregul lot de instituții. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 5.

Datele prezentate în tabelul 5 demonstrează o diferență în numărul de vizite per caz la diferiți prestatori, ceea ce relevă faptul, că costul relativ al unei vizite este foarte diferit (spre exemplu, în CS Iargara costul relativ al unei vizite a constituit 117,50 lei, iar în CMF Taraclia, respectiv 24,20 lei). Aceasta atestă, că metoda de plată „per caz” nu este o metodă eficientă de finanțare în cazul îngrijirilor medicale la domiciliu. Din aceste considerente, începând cu anul 2009 pentru aceste îngrijiri a fost introdusă metoda de plată „per vizită”.

### Concluzii

1. Metoda de plată „per caz” nu este o metodă eficientă și echitabilă pentru finanțarea cazurilor de lungă durată (ftiziatrie, îngrijiri medicale la domiciliu).

2. Substituirea metodelor de plată „per caz” și „buget global” prin metoda „per zi” („per vizită”) a avut un impact pozitiv asupra finanțării prestatorilor de servicii medicale pentru tratamentul patologiilor cu durată lungă de spitalizare și a creat premise pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale acordate în cadrul asistenței medicale spitalicești și îngrijirilor medicale la domiciliu

Tabelul 5. Numărul de vizite realizat de prestatorii de îngrijiri medicale la domiciliu, anii 2008-2009

	a.2008			a.2009		
	Nr. vizite efectuate	Nr. cazuri efectuate	Nr. vizite/caz	Nr. vizite efectuate	Nr. cazuri efectuate	Nr. vizite/caz
CS Iargara	20	2	10.0	125	1	125.0
CMF Ceadâr-Lunga	1441	117	12.3	1930	157	12.3
CMF Vulcănești	360	23	15.7	266	29	9.2
CMF Leova	119	6	19.8	47	1	47.0
AO "Prosperare-Zubrești"	1600	64	25.0	3253	142	22.9
CMF Comrat	1268	50	25.4	1168	57	20.5
CMF Ocița	864	28	30.9	1080	30	36.0
AMT Buiucani	2419	70	34.6	2520	36	70.0
CMF Soroca	2376	66	36.0	2160	60	36.0
CMF Drochia	1476	41	36.0	1296	36	36.0
CMF Florești	1692	47	36.0	2664	74	36.0
CS Pîrjolteni	180	5	36.0	224	8	28.0
CMF Glodeni	1486	40	37.2	1836	51	36.0
CMF Dubasari	969	25	38.8	896	18	49.8
CMF Briceni	2018	51	39.6	2340	65	36.0
CMF Hîncești	1188	30	39.6	1632	60	27.2
CMF Ștefan Vodă	1529	38	40.2	3193	79	40.4
CMF Cahul	1800	43	41.9	1242	26	47.8
CMF Taraclia	1359	28	48.5	298	7	42.6

AMT – Asociația Medicală Teritorială, AO – Asociație Obștească, CMF – Centrul Medicilor de Familie, CS – Centrul de Sănătate

### Bibliografie

1. Ețco C., Buga M., Ciocanu M., Damașcan Gh., Ursu P. Asigurarea obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova: realizări și perspective. Chișinău, Epigraf SRL, 2011, 432 p.
2. Normele metodologice de aplicare în anul 2008 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, Anexă la Ordinul comun al MS și CNAM nr. 462/214-A din 14.12.2007.
3. Normele metodologice de aplicare în anul 2009 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, Anexă la Ordinul comun al MS și CNAM nr. 473/213-A din 10.12.2008.
4. Normele metodologice de aplicare în anul 2011 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, Anexă la Ordinul comun al MS și CNAM nr. 348/56-A din 29.04.2011.
5. Ordinul Ministerului Sănătății nr.333 din 19.08.2008 „Cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu”.