

reus în cele 2 loturi am determinat în lotul I o incidență crescută a depistării acestui trigger de 12,5% față de lotul II cu 3,8%, datele ilustrându-le în figura 2.

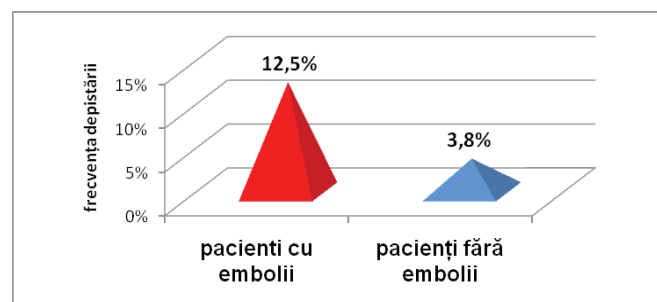


Fig. 2. Frecvența declanșării emboliilor la pacienții cu *Staphylococcus aureus*.

Din figura 2 observăm că, infecția stafilococică s-a depistat de cca 3 ori mai frecvent la pacienții cu EI, complicată cu embolii față de EI fără embolii (12,5% față de 3,8%). Aceste date sunt similare cu cele din literatura de specialitate, care susțin faptul că infecția cu *Staphylococcus aureus* reprezintă un predictor independent al riscului de deces și embolii la pacienții cu EI [5, 6].

Concluzii

1. Complicațiile embolice la pacienții din studiu au survenit în 17% cazuri, cu o frecvență mai înaltă la bărbați, 62,5% versus 37,5% femei.
2. Pacienții cu EI și embolii au fost diagnosticați mai precoce în 18,8% cazuri, comparativ cu 14,1% cazuri, la cei fără sindrom

embolic, datorită internării și cercetărilor efectuate, cu toate că datele din literatura de specialitate specifică o diagnosticare mai tardivă din cauza suspectării altor patologii.

3. La pacienții din studiu au predominat emboliile cerebrale, pulmonare, urmate de cele renale și splenice. Emboliile într-un organ au avut o incidență mai mare – 81,3%, comparativ cu embolizarea a 2 organe – 18,8%. Complicațiile embolice, în special ale SNC și organelor abdominale, rămân în mare parte nediate diagnosticate, datorită evoluției clinice silențioase și necesită investigații paraclinice imagistice (CT, RMN, coronarografie, Doppler vascular).
4. EI complicată cu embolii s-a dezvoltat mai frecvent, în 72,2% cazuri, la pacienții cu vegetații valvulare, și a fost influențată de mobilitatea vegetațiilor în 50%, sediu aortal – în 31,3% și agentul patogen – *Staphylococcus aureus* – în 12,5% cazuri.

Bibliografie

1. Chu VH, Cabell CH, Benjamin Jr DK, et al. Early predictors of in-hospital death in infective endocarditis *Circulation*. 2004;109:1745-1749.
2. Murdoch DR, Corey GR, Hoen B, et al. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study. 2009;169(5):463-73.
3. Thuny et al. *Circulation*. 2005;112:69-75.
4. Grabowski M, Hryniewiecki T, Janas J, et al. Clinically overt and silent cerebral embolism in the course of infective endocarditis. *J Neurol*. 2011;258(6):1133-9.
5. Sy RW, Kritharides L. Health care exposure and age in infective endocarditis: results of a contemporary population-based profile of 1536 patients in Australia. *Eur Heart J*. 2010;31(15):1890-7.
6. Di Salvo G, Habib G, Pergola V, et al. Echocardiography predicts embolic events in infective endocarditis. *J Am Coll Cardiol*. 2001;37:1069-1076.

Analiza comparativă a metodelor de plată, utilizate pentru procurarea serviciilor medicale primare în cadrul asigurării medicale obligatorii

Gh. Damașcan

Department of Economy, Management and Psychopedagogy in Medicine
194B, Stefan cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: 022223019. E-mail: gdamascan@cnam.md

Manuscript received March 02, 2012; revised March 30, 2012

Comparative analysis of methods of payment used to purchase primary medical services in compulsory medical insurance

Primary care is seen as assistance with the greatest impact on human health. Among the different factors that influence this type of assistance, one of the most important is the financing scheme, because it can actively influence the behavior of providers to achieve the requirements of health policies. This study investigated international usage of different mechanisms of payment used to purchase primary medical services and the influence of these mechanisms on medical institutions in the Republic of Moldova. The results of the study revealed a number of particularities of the local health system, which have different impacts from what is to be expected. According to the literature, there are a number of recommendations for improving the system performance of primary health care funding.

Key words: payment method, primary medical care, medical insurance.

Сравнительный анализ методов закупки услуг первичной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования

Первичная медицинская помощь считается наиболее влиятельным видом медицинской помощи в отношении здоровья населения. Из многих факторов, которые влияют на этот вид помощи, одним из наиболее важных является метод финансирования, так как он может активно повлиять на поведение поставщиков для соответствия требованиям политики здравоохранения. В статье представлены результаты изучения международного опыта использования механизмов оплаты первичной медицинской помощи, а также исследовано влияние форм оплаты, которые были использованы в ходе обязательного медицинского страхования в Республике Молдова. Был найден ряд особенностей автохтонной системы здравоохранения, которые обусловили иное, чем прогнозируемое литературой влияние методов оплаты на результаты деятельности первичных учреждений и в соответствии с этим были предложены ряд рекомендаций по улучшению системы финансирования первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: методы оплаты, первичная медицинская помощь, медицинское страхование.

Introducere

Asistența medicală primară este considerată drept asistență cu cel mai mare impact asupra sănătății populației. La o bună organizare a serviciului ea este și cea mai cost-eficientă asistență.

Din aceste considerente, factorii care influențează performanțele asistenței primare permanent se află în vizorul sistemelor de sănătate ale tuturor țărilor. Printre acești factori unul dintre cei mai importanți este schema de finanțare, deoarece prin intermediul acesteia, poate fi activ influențat comportamentul prestatorilor pentru a atinge exigențele politicilor de sănătate în domeniu. Un mecanism universal de finanțare nu este găsit deoarece, de la o țară la alta, diferă posibilitățile financiare, tradițiile și structurile sistemelor de sănătate, formate istoric.

Analiza metodelor de plată, utilizate în schemele de finanțare ale asistenței medicale primare, urmează a fi efectuată prin prisma scopurilor puse în fața acestei asistențe:

- îmbunătățirea accesului la serviciile medicale primare;
- îmbunătățirea calității serviciilor și asigurarea continuității lor;
- creșterea satisfacției pacienților și a prestatorilor;
- creșterea cost-eficienței serviciilor prestate.

În unele țări aceste scopuri se realizează prin organizarea accesului de 24 de ore la asistența medicală primară, sporirea ponderii măsurilor profilactice, îmbunătățirea aptitudinilor practice ale nursing-urilor și sporirea accesului la serviciile prestate la acest nivel, implementarea unor noi tehnologii informaționale (atât pentru ajutor în prestarea serviciilor medicale, cât și pentru monitorizarea proceselor în cadrul prestării lor).

Cele expuse mai sus argumentează actualitatea studiilor privind optimizarea sistemului de plată al prestatorilor de asistență medicală primară, întru sporirea cost-eficienței lui și atingerea unui nivel mai bun de sănătate a populației.

Cercetarea prezentă a avut drept scop analiza comparativă a metodelor de plată, utilizate pentru procurarea serviciilor medicale primare, pentru propunerea unui sistem optim de plată a acestei asistențe în condițiile reale din Republica Moldova.

Experiența internațională în utilizarea metodelor de plată pentru procurarea serviciilor medicale primare

Conform datelor literaturii de specialitate, pentru finanțarea asistenței medicale primare, de obicei, se folosesc următoarele metode de plată:

- capitația – se bazează pe populația deservită;
- plata per serviciu – se bazează pe serviciile prestate;
- finanțare pe caz – se bazează pe cazuri de boală, tratate la

nivel de asistență medicală primară (această formă de plată nu se folosește izolat, ci este complementară altor forme);
 - salariul – se bazează pe timp (ore lucrate).

Din aceste metode, cele mai des întâlnite sunt capitația și plata per serviciu. Evident, fiecare din ele are atât avantaje, cât și dezavantaje. Analiza acestora a fost efectuată în trei dimensiuni:

1. accesul populației la serviciile medicale;
2. impactul asupra rezultatelor finale ale tratamentului;
3. costul tratamentului (cost-eficiența lui).

Analiza în contextul accesului populației la serviciile medicale

Plata per capita. Capitația îmbunătățește relația medic-pacient, inclusiv prin încurajarea medicilor de a dezvolta relații de lungă durată cu persoanele înscrise pe lista sa. Caracterul benefic al acestui eveniment constă în faptul, că relațiile de lungă durată creează premise pentru o mai bună cunoaștere a necesităților de sănătate a persoanelor înregistrate pe lista medicului și în timp duc la sporirea calității serviciilor prestate.

Un alt avantaj al metodei este faptul că ea încurajează relațiile de angajare profesională reciprocă între medici, ei neavând de pierdut financiar în urma unor asemenea activități.

Drept dezavantaj pentru accesul pacienților la serviciile medicale este considerat faptul că pacienții pot primi asistență medicală la un singur medic.

Plata per serviciu. Din avantajele plății per serviciu este necesar să fie menționată capacitatea de a oferi servicii pentru populația migrantă. Actualitatea acestui avantaj pentru Republica Moldova este cauzată de faptul că în perioada rece a anului au loc migrații importante ale populației vârstnice din zonele rurale în cele urbane, iar aceste contingente de persoane sunt printre principalii consumatori de servicii medicale.

Un alt avantaj al metodei este că ea permite pacientului libertatea de a-și alege singur medicul pentru fiecare act curativ.

Dezavantaje ale plății per serviciu din punct de vedere al accesului la servicii nu au fost stabilite.

Analiza în contextul rezultatelor tratamentului

Plata per capita. Un mare avantaj al metodei este faptul că tratamentul pacientului nu este influențat de profitabilitatea anumitor activități care, în final, ar putea contribui negativ asupra rezultatelor acestuia.

De asemenea, metoda încurajează medicul să folosească măsuri preventive și educaționale. Acestea sunt explicate prin faptul că măsurile menționate sunt mai puțin costisitoare, în comparație cu tratamentul cazurilor de boală.

Ca dezavantaj pot apărea stimulente pentru sporirea neargumentată a numărului de persoane înscrise pe lista medicului de familie ceea ce, de obicei, duce la scăderea accesibilității și calității serviciilor.

Un alt dezavantaj referitor la rezultatele tratamentului îl constituie tendința medicului de a evita pacienții care au nevoie de îngrijiri complexe și costisitoare.

Plata per serviciu. Finanțarea per serviciu stimulează prestarea unui serviciu complex. Aceasta se întâmplă în cazul, când schema de plată se bazează pe complexitatea serviciului.

Un alt avantaj îl constituie faptul, că această formă de plată le oferă medicilor autonomie în luarea deciziilor clinice.

Dezavantaje:

- Stimulează oferirea serviciilor peste necesități, recomandând proceduri, în cazul în care utilizarea lor nu se impune.
- Reduce timpul oferit pacientului.

Analiza în contextul costului total al tratamentului

Avantajele metodei *per capita*:

- Stimulente joase pentru medici de a oferi servicii care nu sunt necesare;
- Cheltuielile pot fi adaptate la numărul și caracteristicile persoanelor înregistrate pe listă.

Analizând tendințele istorice, caracteristice lotului de persoane asistate, instituția poate elabora un program adecvat de activități curative, de dispensarizare și profilactice.

– Oferă previzibilitate privitor la resursele financiare care pot fi utilizate, inclusiv pentru salarizarea medicilor. Aceasta se datorează faptului că plata *per capita* se estimează în avans, permițând din start să fie cunoscute: volumul și periodicitatea de finanțare a instituției medicale pentru toată perioada de contractare.

Dezavantaje:

– Este foarte dificil de a prezice cu precizie costurile reale ale serviciilor, care vor fi utilizate pe întreaga perioadă contractată;

Avantajele metodei *per serviciu*:

- Costurile pot fi ajustate la complexitatea serviciilor.
- Metoda permite ca remunerarea să depindă de rezultatul final al tratamentului.

Dezavantaje:

- Este o metodă costisitoare în administrare.
- Administrarea este neflexibilă și foarte complexă.

Referitor la costurile de administrare, este necesar de menționat că ele sunt considerabil mai mari în comparație cu celelalte metode de plată. Aceasta se datorează costurilor mari de elaborare și întreținere a sistemelor informaționale, utilizate pentru supravegherea serviciilor prestate, antrenării a unui număr important de persoane cu funcții de control (expertiză) a veridicității datelor etc. Fără aceste măsuri costisitoare, în urma cointeresării prestatorilor în creșterea profitului, sistemele largi de plată per serviciu riscă să iasă de sub control, iar aceasta, inevitabil, duce la subminarea durabilității sistemului de plată pentru serviciile medicale.

Experiența internațională arată că plata per serviciu poate duce la o inflație foarte rapidă a costurilor, ceea ce amenință coșul de garanții în cadrul sistemului de sănătate. Astfel, țări cu tradiții de succes în utilizarea acestei metode de plată, precum Germania, Canada ș.a., deseori recurg la implementarea unor măsuri foarte complicate pentru a contracara tendința de inflație a costurilor.

Dezavantajele menționate ale plății per serviciu sunt atât de importante, încât fac imposibilă utilizarea pe scară largă a acestei metode de plată în țările cu posibilități modeste în finanțarea sistemului de sănătate.

Introducerea metodei de plată *per capita*, ca metodă de bază, pentru procurarea serviciilor primare în cadrul asigurărilor medicale obligatorii a fost, cu certitudine, un pas corect din punct de vedere al cost – eficienței metodei respective și a avantajelor ei, menționate mai sus.

Problema actuală nu este schimbarea metodei de bază de finanțare a asistenței medicale primare, ci găsirea unei combinații de metode optime pentru sistemul autohton care ar permite diminuarea dezavantajelor acesteia. Aceasta ar însemna:

1. Identificarea avantajelor și dezavantajelor plății *per capita* care au acțiune reală în condițiile Republicii Moldova.
2. Perfecționarea criteriilor de estimare a sumelor conform metodei *per capita*;
3. Implementarea pe scară îngustă a plăților per serviciu în acele domenii, în care avantajele plății per serviciu pot diminua dezavantajele plății *per capita*.

Material și metode

Studiul 1. În scopul stabilirii durabilității relației medic-pacient s-a recurs la estimarea ponderii persoanelor care nu și-au schimbat medicul de familie. Aceasta a fost efectuată în baza datelor de înregistrare a populației la medicii de familie prin utilizarea “Registrului persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”.

Studiul 2. Pentru a stabili valoarea dezavantajului pentru Republica Moldova, privind faptul că pacienții pot primi asistență medicală la un singur medic, s-a recurs la estimarea numărului de localități care au câte un singur medic de familie sau, în care medicul de familie lipsește și, prin urmare, situația menționată nu este rezultatul dezavantajului metodei de plată.

Studiul 3. Valoarea avantajului metodei *per capita*, privind încurajarea medicului să ia măsuri preventive, a fost cercetată prin studierea ponderii vizitelor la medicul de familie în scop profilactic. Studiul a fost făcut pentru perioada 2005-2010.

Studiul 4. Pentru estimarea dezavantajului metodei *per capita*, privind sporirea neargumentată a numărului de persoane înscrise pe lista medicului de familie, au fost studiate:

- dinamica numărului de persoane înregistrate în asistența medicală primară pentru perioadele 2005-2006 (estimarea numărului de persoane se efectua conform registrului 166) și 2009-2011 (a fost implementată înregistrarea electronică a pacienților).
- dinamica numărului instituțiilor medicale, în care la un medic a revenit un număr de persoane înregistrate în următoarele diapazoane: până la 1 500 (normativ pentru un salariu); 1 501-1 900; 1 901-2 300; 2 301-2 700; peste 2 701. Studiul a fost efectuat pentru perioada, în care a avut loc înregistrarea electronică a persoanelor.

Studiul 5. Tendința de omitere în cadrul plății *per capita* a pacienților, care au nevoie de îngrijiri complexe și costisitoare, a fost cercetată prin studierea dinamicii ponderii pacienților cu diabet zaharat (lot de pacienți care consumă considerabil mai multe servicii, în comparație cu persoanele obișnuite din teritoriu), cu dinamica numărului de persoane înregistrate pe listele medicilor de familie.

Rezultate obținute

1. În urma studiului comparativ al datelor din „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală” s-a ajuns la concluzia că, în condițiile Republicii Moldova, metoda de bază de finanțare a asistenței medicale primare îmbunătățește relația medic-pacient prin încurajarea medicilor de a dezvolta relații de lungă durată cu persoanele înscrise pe lista lor. Rezultatele studiului pot fi văzute în tabelul 1.

Tabelul 1

Ponderea persoanelor care nu și-au schimbat medicul de familie

	2010	2011
Persoane înregistrate la medicul de familie	3 185 860	3 294 157
Persoane care și-au schimbat medicul de familie	191 624	151 256
Ponderea persoanelor care nu și-au schimbat medicul de familie	94%	95,4%

După cum se observă, în perioada cercetată, aproximativ 95% dintre persoane nu și-au schimbat medicul de familie. Este important de menționat, că pentru studiu au fost selectați anii din perioada de după finisarea înregistrării primare la medicul de familie și, prin urmare, ea a reflectat doar opțiunea persoanelor de a schimba medicul de familie.

2. Pentru a estima valoarea dezavantajului, privind faptul că pacienții pot primi asistență medicală la un singur medic, s-a recurs la estimarea numărului de localități care au câte un singur medic de familie sau în care medicul de familie lipsește. În rezultatul acestui studiu a fost stabilit că pentru 616 localități din republică (281 au un singur medic de familie, iar în 335 de localități medicul de familie lipsește) dezavantajul menționat va fi păstrat, indiferent de metoda de plată și, prin urmare, nu poate fi considerat drept dezavantaj al acesteia.

3. Pentru a vedea cum, în condiții autohtone, metoda de plată *per capita* a influențat medicul să folosească măsurile preventive, s-a recurs la studierea ponderii vizitelor la medic în scop profilactic. Rezultatul studiului poate fi văzut în tabelul 2.

Tabelul 2

Dinamica ponderii vizitelor la medic în scop profilactic

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ponderea vizitelor la medic în scop profilactic	31,1%	29,0%	28,2%	29,1%	27,5%	29,1%

După cum arată rezultatele studiului, contrar datelor literaturii de specialitate, în Republica Moldova metoda de plată *per capita* nu a influențat medicul de familie să folosească măsurile preventive și, prin urmare, acestea trebuie stimulate prin alte metode de plată.

4. Rezultatele privind numărul de persoane înregistrate în asistența medicală primară, pentru perioadele 2005-2006 (estimarea conform registrului 166) și 2009-2011 (înregistrare electronică a persoanelor) sunt prezentate în tabelul 3.

Tabelul 3

Dinamica numărului de persoane înregistrate în AMP

2005	2006	2009	2010	2011
3 621 300	3 755 700	3 111 500	3 185 800	3 294 100

Pe parcursul anilor 2005-2006, în calitate de ofertă pentru contractare, de la instituțiile medicale se cerea prezentarea numărului de persoane înregistrate în instituție conform datelor registrului 166. După cum se vede în tabel, numărul populației prezentate a fost exagerat de mare și avea tendință de creștere. Aceasta s-a întâmplat datorită dublării persoanelor pe listele diferitor instituții. În rezultat, datele eronate nu au fost puse la baza contractelor, CNAM utilizând datele oficiale ale Biroului Național de Statistică. Neobiectivitatea datelor preluate din registrul 166 au servit drept temelie pentru elaborarea unui sistem informațional, care a exclus posibilitatea dublării lor. El a fost implementat la mijlocul anului 2008 și, începând cu anul 2009, în tabel poate fi văzut un tablou considerabil diferit de cel din prima perioadă evaluată.

Studiul a confirmat că în lipsa sistemelor informaționale, metoda de plată *per capita* stimulează sporirea neargumentată (prin dublare) a numărului de persoane, înscrise pe lista medicului de familie.

Rezultatele studiului privind dinamica numărului instituțiilor medicale, în care la un medic de familie a revenit un număr de persoane înregistrate în diapazoanele prestabilite, sunt prezentate în tabelul 4.

Tabelul 4

Dinamica numărului instituțiilor medicale, în care la un medic de familie a revenit un anumit număr de persoane înregistrate

Nr. de persoane înregistrate la un medic de familie	2009	2010	2011
Până la 1 500	30	27	21
1 501-1 900	20	23	27
1 901-2 300	10	10	10
2 301-2 700	7	5	7
Peste 2 701	6	8	8

După cum se poate vedea din tabel, variații ale indicatorului menționat, practic, au avut loc în diapazoanele “până la 1 500” și “1 501-1 900”, ele fiind reprezentate de un număr acceptabil de persoane înregistrate la un medic. Aceasta mai curând denotă faptul că în anul 2009, o parte din persoanele din teritoriu încă nu au fost înregistrate electronic. Mai mult ca atât, situația în teritoriile în care la un medic îi revine un număr considerabil de persoane înregistrate peste normă, este creată nu în rezultatul dezavantajului metodei de plată *per capita*, ci a dotării insuficiente cu medici de familie a teritoriilor respective. Prin urmare, după implementarea evidenței electronice a datelor, tendința de majorare neargumentată a numărului de persoane, înregistrate la medicul de familie, s-a stopat și nu urmează a fi considerată drept dezavantaj al metodei de plată *per capita*.

5. Din 73 de instituții primare, care au activat în perioada 2010-2011, în 33 (45,2%) ponderea pacienților cu diabet zaharat a descrescut, iar în lotul celorlalte instituții, acest indicator a

avut tendință de păstrare a nivelului sau de sporire neînsemnată. Aceasta confirmă tendința de omitere a pacienților, care au nevoie de îngrijiri complexe și costisitoare în cadrul plății *per capita*.

Concluzii și propuneri

1. Introducerea metodei de plată *per capita* ca metodă de bază pentru procurarea serviciilor medicale primare, în cadrul asigurărilor medicale obligatorii, a fost un pas corect atât din punct de vedere a cost – eficienței metodei respective și a avantajelor acesteia, cât și din punct de vedere al nivelului de dezvoltare a acestui tip de asistență medicală în Republica Moldova.
2. Metoda de plată *per capita* are o serie de dezavantaje, dar problema actuală nu este schimbarea acestei forme de plată, ci găsirea unei combinații de metode, care ar permite neutralizarea dezavantajelor ei.
3. Tendința de omitere în cadrul plății *per capita* a pacienților, care au nevoie de îngrijiri complexe și costisitoare, urmează a fi corectată prin perfecționarea modelului de ajustare la risc de vârstă și implementarea ajustării la risc de morbiditate.

4. O serie de dezavantaje a plății *per capita* pot fi diminuate prin implementarea pe scară îngustă a plăților per serviciu. O condiție ar fi ca serviciile să fie complexe, iar remunerarea prestatorilor să fie făcută în funcție de rezultatele atinse.

Bibliografie

1. Richard H. Glazier, Julie Klein-Geltink, Alexander Kopp, et al. Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *CMAJ*. 2009;180(11):E72-E81.
2. Halladay JR, Stearns SC, Wroth T, et al. Cost to primary care practices of responding to payer requests for quality and performance data. *Ann Fam Med*. 2009;7(6):495-503.
3. Stephen J. Spann. Report on Financing the New Model of Family Medicine. *Ann Fam Med*. 2004;2(Suppl 3):s1-s21.
4. Allan H. Goroll, Robert A. Berenson, Stephen C. Schoenbaum, et al. Fundamental Reform of Payment for Adult Primary Care: Comprehensive Payment for Comprehensive Care. *J Gen Intern Med*. 2007;22(3):410-415.
5. Cykert S, Hansen C, Layson R, et al. Primary care physicians and capitated reimbursement. Experience, attitudes, and predictors. *J Gen Intern Med*. 1997;12(3):192-4.

Optimizarea metodei de estimare a sumelor destinate procurării medicamentelor compensate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

*Gh. Damașcan, C. Ețco, M. Maruseac, D. Rotaru

Department of Economy, Management and Psychopedagogy in Medicine
194B, Stefan cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova
National Company of Medical Insurance

*Corresponding author: 022226356. E-mail: gdamascan@cnam.md
Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

An optimization of the method for estimating the amounts for purchasing reduced cost drugs in health insurance

One of the main benefits of the package of guaranties in primary care medicine is the offsetting of drug costs. The amount paid for compensated medicines during 2005-2011 has increased by 20.7 times. This study shows that the main share of the contingent of drug consumers differs significantly from one institution to another. Therefore, using the method "per capita" is neither effective nor fair for assessing the amount limits for financing the compensated medicines in the territory. A scheme was proposed to adjust the amount limit for demographic and morbidity risk, which also had an obvious positive impact on the process of supplying the population with reduced cost drugs.

Key words: payment method, primary medical care, health insurance.

Оптимизация метода определения сумм для приобретения компенсированных лекарств при обязательном медицинском страховании

Одной из важнейших гарантий в пакете услуг первичной медико-санитарной помощи являются компенсированные медикаменты. Сумма, затрачиваемая с этой целью, с 2005 по 2011 год увеличилась в 20,7 раз. В ходе исследований представленных в статье, было доказано, что доля контингентов основных потребителей лекарств существенно отличается от одного учреждения к другому и, следовательно, использовать метод "на душу населения" для определения объема финансирования не является эффективным и правильным. В связи с этим была предложена схема коррекции сумм предназначенных для финансирования компенсированных медикаментов в соответствии с демографическим риском и риском заболеваемости. Предложенная схема была внедрена в 2008 году и оказала положительное влияние на процесс, связанный с обеспечением населения компенсированными лекарственными средствами.

Ключевые слова: методы оплаты, первичная медицинская помощь, медицинское страхование.