

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.

### Introducere

Unul din beneficiile esențiale ale coșului de garanții din cadrul asistenței medicale primare îl constituie medicamentele compensate. Compensarea din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală a costurilor medicamentelor a fost implementată, începând cu anul 2005, întru sporirea accesului persoanelor asigurate la medicamente, ținând cont de numărul mare al maladiilor ce pot fi tratate în condiții de ambulatoriu.

Suma achitată pentru medicamentele compensate este în permanență creștere de la 7 403,5 mii lei în anul 2005 până la 153 515,0 mii lei în anul 2011 sau de 20,7 ori. Pentru anul 2012 în acest scop este prevăzută suma de 162 600,0 mii lei.

Lista medicamentelor compensate permanent se completează, compensarea costului lor fiind considerată una din cele mai eficiente forme de influență activă asupra performanței tratamentului în cadrul asistenței medicale primare.

Mecanismul asigurării populației cu medicamente compensate prevede:

- 1) Prescrierea medicamentelor de către medicul de familie în volum ce nu poate depăși o sumă-limită stabilită pentru instituția medico-sanitară în cadrul contractării.
- 2) Eliberarea medicamentelor de farmaciile contractate de către Agențiile teritoriale a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, cu achitarea din partea beneficiarului de medicamente compensate doar a diferenței dintre prețul cu amănuntul al medicamentului și suma compensată a lui.
- 3) Achitarea de către farmacii a sumelor compensate pentru medicamentele real eliberate beneficiarului.

Experiența internațională denotă faptul, că sumele destinate medicamentelor compensate, de obicei, sunt depășite. Aceasta impune plafonarea sumelor respective în limitele cărora instituțiile medico-sanitare pot prescrie medicamente compensate. Pe parcursul anilor 2005-2007, suma – limită de finanțare a teritoriului pentru medicamente compensate a fost apreciată după principiul „per capita”. În timp, aceasta a dus la situația, în care o serie de instituții medico-sanitare nu îndeplineau prevederile contractuale la capitolul medicamente compensate, pe când altele – supraîndeplineau semnificativ aceste prevederi.

În acest context, ne-am stabilit drept scop evaluarea eficienței și echității utilizării metodei „per capita” pentru aprecierea sumelor-limită de finanțare a teritoriului destinate medicamentelor compensate și propunerea unor noi metode mai eficiente și echitabile.

### Material și metode

Printr-un studiu integral al tuturor prestatorilor de asistență medicală primară, încadrați în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală a fost cercetată uniformitatea necesităților de medicamente compensate. Acest deziderat a fost realizat prin determinarea și compararea ulterioară a ratei principalelor contingente de utilizatori ai medicamentelor compensate, fiind utilizate datele pentru anul 2010.

Pentru a cerceta impactul, rezultat în urma utilizării metodei de ajustare a sumei-limită pentru medicamente compensate la risc demografic și risc de morbiditate a populației, înregistrate în instituția medico-sanitară în comparație cu metodologia anterioară, a fost efectuată analiza dinamicii procentului de depășire a sumelor respective în anii 2006-2011 de către 17 instituții medico-sanitare, divizate în 3 loturi:

Lotul 1 – instituții medico-sanitare lideri în depășirea sumei-limită apreciate prin metoda „per capita”, pe parcursul anilor 2006-2007.

Lotul 2 – instituții medico-sanitare cu îndeplinire satisfăcătoare a sumei-limită.

Lotul 3 – instituții medico-sanitare care nu au depășit suma-limită pentru medicamente compensate.

### Rezultate obținute

Studiul uniformității necesităților de medicamente a fost efectuat în 2 etape. La prima etapă au fost stabilite principalele contingente de consumatori ai medicamentelor compensate:

1. Femei gravide.
2. Copii cu vârsta de 0-5 ani.
3. Bolnavi cu hipertensiune arterială (HTA).
4. Bolnavi cu diabet zaharat de tip II insulino-independent.
5. Bolnavi cu afecțiuni psihice (schizofrenie și epilepsie).

La etapa a doua a fost calculată rata fiecărui contingent din populația totală, înregistrată în instituția respectivă. Acest studiu a fost efectuat pentru 96 de instituții medico-sanitare care prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Tabelul 1

Ponderea principalelor grupuri de consumatori ai medicamentelor compensate

Instituția medico-sanitară	Femei gravide (%)	Copii cu vârsta 0-5 ani (%)	Bolnavi cu HTA (%)	Bolnavi cu diabet zaharat (%)	Bolnavi cu afecțiuni psihice (%)
AMT "Botanica"	1,64	2,60	12,87	1,43	0,88
AMT "Buiucani"	1,67	2,83	10,66	1,46	1,28
AMT "Centru"	1,57	4,31	10,25	0,96	0,79
AMT "Ciocana"	1,73	3,29	8,58	1,70	0,75
CMF Bălți	1,53	4,74	11,10	0,98	0,85
CMF Edineț	1,16	3,62	11,13	1,04	1,02
CMF Ocnița	1,11	3,56	16,42	1,91	1,03
CMF Briceni	1,13	3,44	13,76	1,31	0,83
CMF Dondușeni	0,79	3,21	15,50	2,50	0,60
CMF Soroca	1,04	1,75	12,85	1,15	0,80
CMF Orhei	1,14	3,45	8,38	1,42	0,85
CS Pelivan	0,90	3,66	8,97	1,13	0,94
CS Teleșeu	1,34	4,18	11,08	2,09	0,72
CS Sărătenii Vechi	0,81	4,09	10,23	1,47	0,49
CMF Ialoveni	2,30	4,94	12,55	2,72	1,11
CMF Leova	1,17	4,71	9,56	1,01	0,34
CS Iargara	1,12	1,99	9,76	0,59	0,31
CS Sărăteni	1,14	4,16	10,46	0,75	0,47
CMF Basarabeasca	0,88	3,81	9,24	1,29	0,82
CMF Căușeni	1,17	3,49	9,15	1,62	0,53

Ponderea femeilor gravide a variat în limitele de la 0,51% în Centrul de Sănătate Morozeni până la 2,66% în Centrul de Sănătate Biomed, ceea ce a constituit o diferență de 5 ori; ponderea copiilor cu vârsta de 0-5 ani a variat în limitele de la 1,03% în Centrul de Sănătate Vatra până la 6,23% în Centrul de Sănătate Ciorescu, ceea ce a constituit o diferență de 6 ori; ponderea bol-

## MATERIALELE CONGRESULUI III AL MEDICILOR DE FAMILIE

navilor cu HTA a variat în limitele de la 4,73% în Centrul Medicilor de Familie Nisporeni până la 26,49% în Policlinica Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Cancelariei de Stat a Republicii Moldova, ceea ce a constituit o diferență de 5 ori; ponderea bolnavilor cu diabet zaharat de tip II insulino-independent a variat în limitele de la 0,98% în Centrul Medicilor de Familie Ungheni până la 6,14% în Policlinica Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Cancelariei de Stat a Republicii Moldova, ceea ce a constituit o diferență de 6 ori; ponderea bolnavilor cu afecțiuni psihice (schizofrenie și epilepsie) a variat în limitele de la 0,31% în Centrul de Sănătate Iargara până la 2,12% în Centrul de Sănătate Olișcani, ceea ce a constituit o diferență de 6 ori.

Pentru a fi prezentate în tabel au fost selectate câte 5 instituții medico-sanitare care prestează asistență medicală primară din zonele: urbană, rurală nord, rurală centru, rurală sud, astfel încât ele să reprezinte întregul lot de instituții. Rezultatele pot fi văzute în tabelul 1.

Studiul convingător denotă faptul, că ponderea principalelor contingente de consumatori de medicamente diferă semnificativ de la o instituție medico-sanitară la alta, prin urmare diferă elocvent și necesitățile de medicamente compensate, ceea ce demonstrează, că metoda „per capita” este o metodă ineficientă pentru estimarea sumelor-limită de finanțare a teritoriului pentru medicamente compensate. Acest fapt a impus căutarea unor metode mai eficiente de stabilire a acestor sume.

Astfel, pentru anul 2008 a fost propusă o metodologie nouă, esența căreia a constat în ajustarea sumei-limită pentru medicamente compensate la risc demografic și risc de morbiditate a populației, înregistrate în instituția medico-sanitară, după formula:

$$S_{mc} = (Sp/gr \times Ngr) + (Sp/c \times Nc) + (Shta \times Nhta) + Sa \times Npa), \text{ unde:}$$

$S_{mc}$  – Suma-limită de finanțare a teritoriului pentru medicamente compensate.

$Sp/gr$  – Suma estimativă per gravidă.

$Ngr$  – Numărul așteptat de gravide.

$Sp/c$  – Suma estimativă per copil.

$Nc$  – Numărul așteptat de copii.

$Shta$  – Suma estimativă per persoană cu HTA.

$Nhta$  – Numărul așteptat de bolnavi cu HTA.

$Sa$  – Suma *per capita* pentru alte maladii.

$Npa$  – Numărul persoanelor asigurate.

Această formulă a fost utilizată pe parcursul perioadei 2008-2009, iar începând cu anul 2010 ea a fost suplimentată cu următoarele poziții:

$$+ (Ndz \times Tp/dz) + (Nps \times Tp/ps), \text{ unde:}$$

$Ndz$  – Numărul de bolnavi cu diabet zaharat de tip II insulino-independent.

$Sp/dz$  – Tarif per persoană cu diabet zaharat.

$Nps$  – Numărul de bolnavi cu afecțiuni psihice.

$Sp/ps$  – Tarif per persoană cu afecțiuni psihice.

Începând cu anul 2011, pentru tarifele pe contingente estimate anterior în lei, s-a recurs la estimarea acestora în puncte. Această schimbare nu a modificat esența de ajustare la risc a metodei propuse. Astfel, pentru fiecare persoană din contingentele menționate mai sus, instituția medicală acumula un anumit număr de puncte, iar suma-limită de finanțare a teritoriului pentru medicamente compensate se estima în baza numărului total de puncte acumulate de instituție.

În rezultatul utilizării metodei propuse a fost obținută următoarea dinamică a procentului de prescriere a medicamentelor compensate (tab. 2).

Analiza datelor, prezentate în tabelul 2, relevă faptul că începând cu anul 2008, odată cu trecerea de la metoda „per capita” pentru aprecierea sumelor-limită de finanțare a teritoriului, destinate medicamentelor compensate la ajustarea sumelor respecti-

**Tabelul 2**

**Evoluția % de prescriere a medicamentelor compensate**

Instituția medico-sanitară	Metoda „per capita”		Metoda ajustată la risc demografic și risc de morbiditate			
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Lotul I</b>						
<b>Policlinica ACSR CS RM</b>	239.93%	202.11%	127.73%	113.07%	165.04%	99.88%
<b>AMT «Botanica»</b>	166.75%	176.81%	128.90%	108.74%	125.56%	104.70%
<b>Direcția MAI</b>	165.19%	204.13%	219.46%	309.56%	335.50%	206.75%
<b>CMF Dondușeni</b>	156.31%	115.71%	80.84%	85.52%	118.61%	95.95%
<b>AMT «Râșcani»</b>	122.17%	132.81%	132.88%	125.10%	134.96%	103.20%
<b>Lotul II</b>						
<b>CS Colonița</b>	95.31%	136.42%	100.56%	61.28%	91.20%	113.90%
<b>AMT «Ciocana»</b>	95.16%	100.72%	116.37%	113.39%	114.68%	94.45%
<b>CMF Edineț</b>	93.44%	101.91%	108.35%	101.25%	111.61%	118.73%
<b>CMF Anenii Noi</b>	93.39%	107.67%	96.47%	84.50%	113.16%	115.85%
<b>CMF Soroca</b>	86.89%	106.10%	86.48%	96.72%	106.65%	102.97%
<b>CS Ciorescu</b>	86.50%	109.83%	102.98%	118.61%	127.98%	99.61%
<b>CS Budești</b>	80.68%	127.02%	86.79%	58.67%	115.88%	99.86%
<b>Lotul III</b>						
<b>CMF Fălești</b>	38.18%	67.53%	62.87%	74.06%	88.53%	103.13%
<b>CMF Nisporeni</b>	37.13%	78.78%	92.44%	113.18%	87.79%	91.59%
<b>CMF Orhei</b>	36.78%	77.04%	88.10%	89.58%	107.89%	109.18%
<b>CMF Vulcănești</b>	36.20%	74.46%	135.25%	132.64%	101.39%	106.39%
<b>CMF Călărași</b>	33.84%	88.31%	82.22%	66.71%	97.91%	98.17%

ve la risc demografic și risc de morbiditate a populației, înregistrate în instituția medico-sanitară:

– pentru instituțiile medico-sanitare, lideri în depășirea sumei-limită apreciate prin metoda „per capita”, procentul de depășire a sumelor destinate medicamentelor compensate s-a redus semnificativ. Este important de menționat, că acest fapt a avut loc nu din cauza diminuării volumului prescris de medicamente, dar din cauza unei calculări prealabile mai corecte a sumelor-limită de finanțare a teritoriului, destinate medicamentelor compensate;

– pentru instituțiile medico-sanitare, lideri în neîndeplinirea sumelor destinate medicamentelor compensate, procentul de valorificare a acestor sume s-a mărit, ceea ce confirmă că suma-limită calculată după metodologia nouă, reflectă mai obiectiv necesitățile teritoriului de medicamente compensate;

– pentru instituțiile medico-sanitare, care au avut o îndeplinire satisfăcătoare a sumelor-limită, metodologia a păstrat această stare de lucruri.

### Concluzii

1. Ponderea principalelor contingente de consumatori de medicamente diferă semnificativ de la o instituție medico-sanitară

la alta, ceea ce argumentează diferența necesităților de medicamente a teritoriilor de deservire ale acestor instituții.

2. Metoda „per capita” nu este o metodă eficientă și echitabilă de apreciere a sumei-limită de finanțare a teritoriului pentru medicamente compensate.
3. Metoda propusă de ajustare a sumei-limită pentru medicamente compensate la risc demografic și risc de morbiditate a populației, înregistrate în instituția medico-sanitară, a avut un impact pozitiv asupra procesului de asigurare a populației cu medicamente compensate, ceea ce a creat premise pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale, acordate în cadrul asistenței medicale primare.

### Bibliografie

1. 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.
2. Normele metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Anexă la Ordinul comun al MS și CNAM nr. 522/207 din 24.12.2009.

## Utilizarea formei de plată “per caz tratat” în cadrul asistenței medicale primare

\*Gh. Damașcan, C. Ețco, N. Prijilevscaia

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

\*Corresponding author: 022223019. E-mail: gdamascan@cnam.md  
 Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

### The use of the payment method “per treated case” in primary care

**Key words:** payment method, primary care.

### Использование оплаты за пролеченный случай в первичной медицинской помощи

**Ключевые слова:** пролеченный случай, первичная медицинская помощь.

### Rezultate

Pe parcursul anilor 2006-2009, o altă formă complementară de plată a fost inaugurată – finanțarea „per caz tratat” în condiții de ambulatoriu pentru cazurile de maladii cu diagnosticul confirmat, care au avut indicații pentru tratament spitalicesc, însă au lipsit contraindicațiile pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu. Acest tratament se efectua în cabinetele de proceduri și în staționare de zi/domiciliu și cuprindea injecții intramusculare, intravenoase, perfuzii s.a, conform unor standarde de tratament predefinite. Trebuie de menționat că Cazul Tratat în condiții de ambulatoriu a fost asigurat cu consumabile și medicamente de către instituțiile medico-sanitare primare, aceste cheltuieli fiind incluse în tarif. Lista maladiilor care ar putea fi tratate în condiții de ambulatoriu cuprindea 21 de poziții și includea așa maladii cum ar fi: hipertensiunea arterială gr II și III; Cardiopatia ischemică; Sechelele bolilor cerebrovasculare; Bronșita simplă și mucopurulentă; Pneumonie comunitară; evoluție ușoară, la adulți sub 60

de ani, fără comorbidități; Gastrită și duodenită; Ulcer gastric și duodenal; Hepatite, formă ușoară și gravitate medie; Angiopatii și alte complicații ale diabetului zaharat ș.a. Pentru maladiile care puteau fi tratate „per caz tratat” în condiții de ambulatoriu, a fost elaborată o listă a medicamentelor, de care puteau beneficia persoanele asigurate. Această listă cuprindea 104 poziții. Pe parcursul utilizării metodei au fost tratate: în 2007 – 194 487 cazuri; în 2008 – 198 158 cazuri; în 2009 – 228 072 cazuri.

### Concluzii

Metoda de plată per caz tratat, în condiții de ambulatoriu, este o bună formă de corecție a caracterului pasiv al plății *per capita* deoarece ea cointerează prestatorul în rezultatele finale ale tratamentului. La o bună organizare a serviciului, ea poate micșora încărcătura spitalelor. Datorită cost-eficienței sale, pentru spectrul de maladii care pot fi tratate ambulatoriu, ea trebuie considerată drept una din metodele de elecție.