

național, destinat serviciilor spitalicești finanțate prin DRG. Implementarea corecției valorilor relative cu coeficientul KP nu va afecta bugetul total național, deoarece există un plafon maxim de decontare în contractul fiecărui spital. Practic, ajustarea de față va acoperi un deficit de finanțare pentru cazurile respective în interiorul contractului încheiat cu spitalul.

Concluzii

1. Faptul că, la începutul anului 2013, o serie de spitale au raportat pierderi financiare pentru pacienții care necesitau protezări a motivat demararea unui studiu privind stabilirea unui mecanism de ajustare a nivelului finanțării spitalelor pentru acoperirea costului consumabilelor costisitoare (protezelor).

2. Pentru soluționarea problemei a fost propusă corecția valorilor relative ale grupurilor interesate, prin aplicarea unor coeficienți de ajustare, care ar reflecta mai corect subcomponenta de proteze.

3. Subcomponenta de proteze a fost obținută pe baza datelor reale de cost ale protezelor, prezentate de spitale.

4. Aplicarea coeficienților KP trebuie privită ca o măsură temporară, acceptată pentru anul 2013. Paralel este necesar să se continue colectarea datelor de cost pentru proteze și pentru DRG-urile implicate, astfel încât să se definitiveze studiul și la sfârșitul anului să se modifice valorile relative, pentru a se reveni la un mecanism DRG clasic.

5. Pe viitor, alături de studiul de costuri per DRG, ar putea fi necesară și schimbarea grupurilor DRG, dacă acestea se dovedesc neomogene în practica și codificarea din Republica Moldova.

Bibliografie

1. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. How-To Manuals. Edited by John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin, Sheila O'Dougherty. The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2009.
2. *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Edited by Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin, Miriam Wiley. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, McGraw-Hill Education, 2011.

Prezentat la 8.07.2013

Mircea Buga, dr. în med.,
CNAM
Tel.: 068383883

EFICIENTIZAREA UTILIZĂRII MIJLOACELOR FINANCIARE DIN FONDURILE ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ DESTINATE TRATAMENTULUI PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ ÎN CONDIȚII DE AMBULATORIU

Constantin EȚCO¹, Mircea BUGA²,
Doina-Maria ROTARU², Ghenadie DAMAȘCAN²,

¹Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie Nicolae Testemițanu;

²Compania Națională de Asigurări în Medicină

Summary

Efficient use of financial resources from mandatory health insurance funds for treating TB patients in outpatient care

The improvement in outpatient treatment of patients with TB continues to be an actual problem, despite of all various scenarios used till now. This thesis highlights the interventions used in the Republic of Moldova, including those proposed and funded by the National Health Insurance Company. The results demonstrate the effectiveness of financial mechanisms implemented in recent years and the motivation and mobilization of TB patients treatment in outpatient care, inclusive by improving compliance and reducing early treatment.

Keywords: tuberculosis, outpatient care, efficiency, compulsory health insurance.

Резюме

Повышение эффективности использования средств фондов обязательного медицинского страхования для лечения больных туберкулезом в амбулаторных условиях

Улучшение амбулаторного лечения больных туберкулезом продолжает оставаться актуальной проблемой, несмотря на различные сценарии, использованные до сих пор. В работе подчеркивается вмешательство, применяемые в Республике Молдова, в том числе предложенные и финансируемые Национальной Медицинской Страховой Компанией. Результаты демонстрируют эффективность финансовых механизмов, реализованных в последние годы, чтобы мотивировать и мобилизовать больных туберкулезом при амбулаторном лечении, в том числе улучшение приверженности пациентов к терапевтическим средствам и сокращение доли отказа от лечения.

Ключевые слова: туберкулез, амбулаторное лечение, эффективность, обязательное медицинское страхование.

Introducere. Republica Moldova face parte din țările cu povară înaltă a tuberculozei multidrogrezistente (MDR-TB), depășind 6,5% de MDR-TB în rândul

cazurilor noi. Studiul rezistenței la medicamentele antituberculoase, efectuat în Republica Moldova, a dovedit o rată de MDR-TB de 29,2% și de 63,4% printre cazurile noi și cazurile tratate anterior.

În ultimii ani, acest fapt preocupă specialiștii din cauza scăderii lente a ratelor de notificare a tuberculozei și MDR-TB, în pofida existenței unui suport substanțial din partea Fondului Global de Combatere a SIDA, Tuberculozei și Malariei (care plasează Republica Moldova pe poziția a doua printre 110 țări după nivelul de fonduri acordate pe locuitor), scădere direct corelată cu rata efectului redus al tratamentului, cauzat de proporția ridicată de abandonuri ale tratamentului.

Întru micșorarea numărului de cazuri de abandon al tratamentului, conform evaluărilor experților internaționali [1, 2, 4-7, 12], se recomandă diverse scenarii posibile pentru îmbunătățirea tratamentului ambulatoriu al pacienților cu tuberculoză.

Asigurarea tratamentului în condiții de ambulatoriu este strâns legată de criteriile de spitalizare, de mecanismele actuale de finanțare a serviciilor medicale și de reforma sănătății, care este în continuă desfășurare.

În general, intervențiile menite să îmbunătățească aderența la tratament a pacienților cu tuberculoză și MDR-TB trebuie să fie concentrate pe sistemul de servicii de sănătate și pe fiecare pacient în parte [3]. Standardele internaționale de asistență a tuberculozei [9] și Carta pacienților [8] prezintă responsabilitățile ambelor părți – atât a pacienților, cât și a prestatorilor de servicii medicale.

În prezent, în Republica Moldova se spitalizează toți pacienții infecțioși cu tuberculoză și o mare parte din bolnavii neinfecțioși. Este însă necesar de a reduce numărul de spitalizări, din cauza riscului crescut de infecții nosocomiale și, de asemenea, din cauza costului ridicat, comparativ cu gestionarea tratamentului în condiții de ambulatoriu. Optimizarea paturilor de spital pentru pacienții cu tuberculoză ar putea crea resurse pentru consolidarea tratamentului ambulatoriu. Mai mult ca atât, un număr mai mare de pacienți cu tuberculoză sau MDR-TB vor fi încurajați să demareze tratamentul, deoarece nu vor fi forțați să fie spitalizați.

La moment, există o varietate de mecanisme de suport acordate pacienților cu tuberculoză, dar care au fost fragmentate și neconsecvente pe parcursul anilor, iar impactul acestora asupra rezultatelor tratamentului a fost slab documentat.

Majoritatea pacienților cu tuberculoză și MDR-TB sunt săraci și frecvent au nevoie de suport pentru a-și asigura terapia, pe durata căreia nu sunt capabili să lucreze sau să-și găsească de lucru atât pentru suport social, cât și pentru tratament.

Suportul tratamentului se bazează pe *motivare și mobilizare*. Mecanismele curente de motivare și mobilizare includ:

- stimulente din partea Grantului Fondului Global de Combatere a SIDA, Tuberculozei și Malariei, sub formă de 4 pachete alimentare pe lună. Aceste stimulente sunt oferite pe parcursul fazei de continuare a tratamentului, timp de 4 luni pentru tuberculoza sensibilă la medicamente și 18 luni pentru pacienții cu MDR-TB;
- indemnizații unice pentru pacienții cu tuberculoză ex-deținuți la finisarea tratamentului tuberculozei (în cadrul Proiectului AFI – surse din cadrul Grantului Fondului Global);
- stimulente din cadrul fondului de bază al asigurării obligatorii de asistență medicală.

În acest context, ne-am stabilit drept scop evaluarea utilizării de către prestatorii de asistență medicală contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină a mijloacelor financiare din fondul de bază al asigurării obligatorii de asistență medicală, destinate pentru motivarea pacientului prin eliberarea bonurilor pentru produse alimentare și acoperirea cheltuielilor pentru transport public (tur-retur) pentru persoanele asigurate și neasigurate – bolnavi cu tuberculoză, caz nou și readmis – și propunerea unor modificări în cadrul normativ existent, pentru utilizarea eficientă a sumelor contractuale, în scopul reducerii ratei de abandon al tratamentului.

Metode și materiale. Metodele de cercetare utilizate în studiul dat au fost: analitică, statistică și matematică. Au fost analizate peste 10 surse bibliografice, care vizează problematica dată. Informația prezentată a fost extrasă din formularele de evidență medicală primară și din dările de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Au fost studiate aspectele valorificării de către prestatorii de asistență medicală contractați a sumelor contractuale destinate pentru alimentarea și transportul public (tur-retur) pentru persoanele asigurate și neasigurate – bolnavi cu tuberculoză, caz nou și readmis, perioada supusă analizei fiind anii 2008 – 5 luni ale anului 2013.

Rezultate obținute și discuții. În conformitate cu prevederile Programului Național de Control al Tuberculozei, Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, Strategiei DOTS, precum și în scopul creșterii complianței pacienților cu tuberculoză la tratament în condiții de ambulatoriu, a fost elaborat *Regulamentul cu privire la organizarea de către medicul-ftiziopneumolog a tratamentului bolnavilor cu tuberculoză caz nou și readmis nebaciliferi în condiții de ambulatoriu*, aprobat prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 437 din 20 noiembrie/nr. 210-A din 13 decembrie 2007 [10].

Regulamentul stabilea modul (mecanismul 1) de organizare a tratamentului și motivarea pacientului prin eliberarea bonurilor pentru produse alimentare și acoperirea cheltuielilor pentru transport public (tur–retur) pentru persoanele asigurate – bolnavi cu tuberculoză, caz nou și readmis.

În condiții de ambulatoriu puteau urma tratamentul bolnavii care locuiau în mun. Chișinău, mun. Bălți, centrele raionale, cu tuberculoză caz nou și readmis, care nu eliminau micobacterii, cu următoarele forme clinice de tuberculoză: tuberculoză pulmonară cu extinderea până la 3 segmente bilateral și distrucție limitată; tuberculoză extrarapiratorie, cu excepția tuberculozei sistemului nervos, spondilitei tuberculoase, tuberculozei articulațiilor mari.

Responsabili de organizarea tratamentului, procurarea bonurilor pentru produse alimentare și acoperirea cheltuielilor pentru transportul public, în conformitate cu prevederile Regulamentului respectiv, sunt: în mun. Chișinău – asociațiile medico-teritoriale, Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF *Nicolae Testemițanu*, Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății; în mun. Bălți – Spitalul Clinic Municipal; spitalele raionale.

Organizarea tratamentului antituberculos se desfășoară în cabinetele de tratament ftiziopneumologic din cadrul asistenței medicale specializate de ambulatoriu din instituțiile medico-sanitare menționate. Responsabil de inițierea, efectuarea și finalizarea tratamentului antituberculos în faza intensivă este medicul-ftiziopneumolog, iar în faza de continuare – medicul-ftiziopneumolog de comun cu medicul de familie.

Prestatorii contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină asigură procurarea bonurilor, tichetelor pentru produse alimentare în baza listelor întocmite de către medicul-ftiziopneumolog.

Se permite eliberarea produselor alimentare în baza bonurilor (în sumă de 35 lei/zi) prezentate, cu frecvența zilnică sau cumulativ de până la o săptămână. Acoperirea cheltuielilor pentru transportul public (tur–retur) se efectuează de către prestator, după caz, în baza abonamentelor, tichetelor sau a unui echivalent bănesc în sumă de 75 lei lunar. Evidența bonurilor pentru produse alimentare și a sumelor acordate pentru acoperirea cheltuielilor pentru transport (tur–retur) se efectuează conform standardelor naționale de contabilitate.

Pacientul confirmă zilnic, prin semnătură în fișa de tratament al bolnavului (TB-01), despre ridicarea medicamentelor, primirea bonurilor pentru produse alimentare și a sumelor pentru acoperirea cheltuielilor pentru transport (tur–retur).

Sursele financiare alocate din fondul de bază al asigurării obligatorii de asistență medicală și realizate de prestatorii de asistență medicală specializată de ambulatoriu responsabili de organizarea tratamentului, procurarea bonurilor pentru produse alimentare și acoperirea cheltuielilor pentru transportul public pentru persoanele asigurate – bolnavi cu tuberculoză, caz nou și readmis – sunt prezentate în tabelul ce urmează.

Influența mecanismului 1 asupra îndeplinirii condițiilor contractuale de către prestatorii specializați în anii 2008-2012

Anul	Planificat (lei)	Realizat (lei)	% îndeplinirii
2008	5 894 900	731 860	12,4
2009	6 009 586	1 456 658	24,2
2010	5 997 300	1 456 353	24,4
2011	6 724 737	1 866 510	27,8
2012	6 588 537	2 408 576	36,6

Datele prezentate în tabel demonstrează o diferență semnificativă între sumele planificate și cele realizate de către prestatorii contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină. Astfel, ținând cont de faptul că sursele financiare destinate acoperirii cheltuielilor persoanelor asigurate – bolnavi cu tuberculoză, caz nou și readmis – pentru transportul public (tur–retur) și bonuri pentru produse alimentare nu se valorifică, s-a propus, începând cu anul 2011, includerea și a persoanelor neasigurate în categoria celor care pot fi motivați să nu abandoneze tratamentul în condiții de ambulatoriu.

În pofida includerii persoanelor neasigurate în categoria celor care pot beneficia de un suport efectiv al tratamentului în condiții de ambulatoriu prin mecanismul respectiv de motivare, mijloacele financiare planificate pentru acoperirea cheltuielilor de transport și alimentare nu se utilizează în volum deplin.

Totodată, în timpul evaluării Programului Național de Control al Tuberculozei s-a constatat că proporția pacienților cu tuberculoză sensibilă la medicamente, care au abandonat tratamentul și au decedat, s-a micșorat, respectiv, de la 11,4% și 13,6% în trimestrul IV al anului 2010 până la 4,3% și 11%, respectiv, în trimestrul IV 2011. Astfel, aceste date demonstrează că suportul tratamentului, asigurat consecvent, poate descrește semnificativ rata abandonului.

Reieșind din cele menționate și în scopul utilizării eficiente a mijloacelor financiare, în anul 2012 s-a propus să fie operate modificări în cadrul normativ existent în domeniu. În acest context, a fost elaborat un Regulament nou cu privire la organizarea

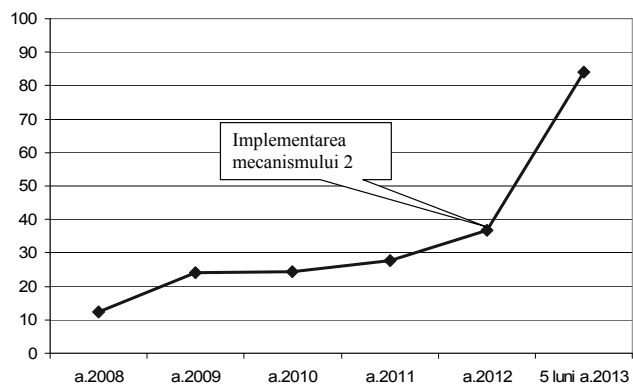
tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou și readmis, în condiții de ambulatoriu, care ulterior a fost aprobat prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 1285/265-A din 20.12.2012 *Cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou și readmis, în condiții de ambulatoriu* [11], cu abrogarea regulamentului aprobat anterior.

Modificările propuse (mecanismul 2) vizează faptul că, în condiții de ambulatoriu, pot urma tratament bolnavii care locuiesc și în localitățile rurale, cu tuberculoză, caz nou și readmis, care întrunesc următoarele condiții:

- tuberculoză pulmonară, caz nou și readmis, nebaciliferi, pe toată durata tratamentului;
- pacienții cu tuberculoză, caz nou și readmis, după externare și/sau în faza de continuare.

Evoluția valorificării surselor financiare de către instituțiile medico-sanitare contractate, după implementarea mecanismului 2, este prezentată în diagrama ce urmează.

Îndeplinirea condițiilor contractuale de către prestatorii specializați după implementarea mecanismului 2



Datele prezentate denotă faptul că procentul de valorificare a surselor contractuale este în creștere, ceea ce argumentează modificările operate în Regulamentul cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou și readmis, în condiții de ambulatoriu.

Concluzii

1. Mecanismele curente de motivare și mobilizare a pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulatoriu pot ameliora complianța și pot reduce rata de abandon al tratamentului în următorii ani, dar necesită o planificare continuă, în concordanță cu reforma curentă în sănătate.

2. Modificările propuse și aprobate în Regulamentul cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou și readmis, în condiții de ambulatoriu au avut un impact pozitiv asupra eficienței valorificării surselor contractuale pentru transportul public (tur-retur) și bonuri pentru produse alimentare, cu scopul de a-i motiva pentru a nu abandona tratamentul în condiții de ambulatoriu.

Bibliografie

1. Berger D. *Community Involvement in Tuberculosis Care and Prevention: Republic of Moldova – Situational Analysis on the Model and Implementation of Round 9 of the Global Fund*. TB/HIV and Community Engagement (THC) Unit of the Stop TB Department of WHO, 2011.
2. Cercone J. *Technical assistance to the Ministry of Health and The National TB Programme in investment planning and improvement of TB service delivery system in the Republic of Moldova*. Consultancy report. Chisinau, 2012.
3. Orr P. *Adherence to tuberculosis care in Canadian Aboriginal populations, Part 2: a comprehensive approach to fostering adherent behavior*. In: Int. J. Circumpolar Health, 2011.
4. Salakaia A., Mirtskhulava V. *The Global Drug Facility mission report, the Republic of Moldova*. Monitoring mission fifth year direct procurement, 3-7 October 2011.
5. Schreuder B. *KNCV-WHO/Europe collaboration on HSS and M/XDR-TB*. HSS AND M/XDR-TB mission report to Moldova. Final version. The Hague, 2011.
6. Thybo S. *GLC Monitoring Mission to the Republic of Moldova, 2010*.
7. Thybo S. *GLC Monitoring Mission to the Republic of Moldova, October 2011*.
8. *The Patients Charter for Tuberculosis Care*. World Care Council, 2006.
9. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. *International standards for tuberculosis care (ISTC)*. The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006.
10. Ordinul Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 437 din 20.11/nr. 210-A din 13.12.2007 *Cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou și readmis, nebaciliferi în condiții de ambulatoriu*.
11. Ordinul Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 1285/nr. 265-A din 20.12.2012 *Cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou și readmis, în condiții de ambulatoriu*.
12. WHO. *Joint tuberculosis control programme review to the Republic of Moldova*, 6-9 September 2009. Consolidated report. Copenhagen, WHO, 2012.

Prezentat la 08.07.2013

Ghenadie Damașcan, dr. în med., CNAM
Tel.: 079512198