

IMPLEMENTAREA UNUI MODEL
NOU DE ESTIMARE A VOLUMELOR
CONTRACTUALE PENTRU PRESTATORII DE
ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

Constantin EȚCO, Ghenadie DAMAȘCAN,
Mircea BUGA,
Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie N. Testemițanu

Summary

The implementation of a new model for estimating the contractual volume for the primary medical care providers

During 2008 and 2009 in Republic of Moldova was developed and implemented a new model for estimating the necessary funding for signing contracts with primary medical care providers within the limits of the mandatory care insurance. The mentioned model provided the possibility of a transition from funding for the estimated number of people taken from the National Bureau of Statistics, to funding for the real number of people registered in medical institutions.

With this purpose there was: elaborated a new informational program for online registration of the population in the medical institutions; organized the registration process of the population in the primary medical institutions; solved implementing period problems; found the solution for preventing medical institutions' bankruptcy because of the exceeding number of served people and in case the changes in funding would be beyond the possibilities of settling them.

The implementation of this model allowed the representation of the contracting process of the primary health care providers and created the possibility of funding correction by adjusting age risk.

Key words: financing, efficiency, mandatory medical insurance, primary medical care.

Резюме

Внедрение новой модели определения объемов финансирования поставщиков первичной медицинской помощи.

На протяжении 2008-2009 годов в Республике Молдова была разработана и внедрена новая модель для определения объемов финансирования поставщиков первичной медицинской помощи. Модель предусматривает переход от финансирования за количество населения предоставляемое Национальным бюро статистики, к финансированию за фактическое количество лиц, зарегистрированных в медицинском учреждении. С этой целью была разработана новая программа для on-line регистрации населения в медико-санитарных учреждениях предоставляющих первичную помощь, произведена регистрация, а также решены множество проблем периода внедрения, в том числе найдено решение по недопущению банкротства медицинских учреждений из-за невозможности быстрой адаптации к новым условиям финансирования.

Внедрение данной модели позволило объективизировать процесс контрактирования поставщиков первичных медицинских услуг в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: финансирование, эффективность, обязательное медицинское страхование, первичная медицинская помощь.

Actualitatea temei

Finanțarea prestatorilor de servicii medicale este o problemă de importanță majoră a fiecărui sistem de sănătate publică, pentru că sănătatea populației este unul dintre cei mai sensibili barometri ai situației economico-sociale, morale și politice din societate. Creșterea necesităților sistemelor de sănătate publică cere revederea continua a regulilor de finanțare a lor, astfel ca retribuiția să fie cost-eficientă și reală pentru fondurile acumulate.

Cea mai cost-eficientă asistență medicală este considerată asistența medicală primară. Pe parcursul implementării asigurărilor medicale obligatorii metodele de finanțare a asistenței medicale primare au cunoscut o evoluție de la monofinanțare „per capita” în anul 2004 la metode combinate de finanțare, pentru anul 2009 ele fiind:

- plata „per capita”;
- bonificația (premierea) pentru performanțe profesionale a muncii personalului medical;
- finanțarea pe caz tratat în cabinetele de proceduri, staționarele de zi și la domiciliu.

Diversitatea mare a serviciilor prestate la nivelul asistenței medicale primare face problematică utilizarea pe scară largă a plăților „per serviciu”, când prestatorii de servicii medicale sunt plătiți pentru fiecare act terapeutic sau produs pe care îl furnizează. Deși sunt pozitive prin spiritul lor de piață, în cazul diversității mari a serviciilor exista riscul ca aceste plăți să devină necontrolabile. Din aceste considerente, cea mai mare parte a finanțării asistenței medicale primare se efectuează după principiul „per capita”. Ea a constituit 77,9% sau 770 530 200 lei din cei 989 118 100 prevăzuți pentru asistența medicală primară în anul 2009.

În aceste condiții, este foarte importantă problema aprecierii veridice a numărului de persoane înregistrate în instituția medico-sanitară primară. În perioada implementării asigurărilor obligatorii de sănătate drept sursă pentru estimarea numărului de persoane înregistrate a servit *Registrul 166-e*. La scurt timp după aceasta, conduși de motivația de maximizare a veniturilor, prestatorii au început înregistrarea necontrolată a persoanelor pe listă, astfel încât una și aceeași persoană deseori era înregistrată pe listele mai multor instituții medicale, ceea ce a condus la discreditarea posibilității de utilizare a *Registrului 166-e* pentru estimările de finanțare a instituțiilor medicale primare.

În anii următori CNAM a utilizat datele preluate de la Biroul Național de Statistică. Însă aceste date au fost estimate pe teritorii, și nu pe instituții medico-sanitare, ceea ce cauza probleme enorme la repartizarea persoanelor teritoriului în cazul în care acesta era deservit de mai multe instituții medicale primare. Cele menționate au impus căutarea unor noi soluții pentru estimarea numărului de persoane înregistrate în instituțiile medico-sanitare primare, care activează în condițiile asigurărilor medicale obligatorii.

Rezultate și discuții

La începutul anului 2008 noi am elaborat principiile unui model nou de înregistrare a persoanelor în instituțiile medico-sanitare primare, care ar exclude dublările în înregistrări și, ținând cont de faptul că finanțările „*per capita*” deseori nu sunt echitabile din punct de vedere al inegalității între teritorii pe plan demografic, ar permite corectarea acestui neajuns prin ajustare la riscul de vârstă.

Conform acestui model, pentru a beneficia de asistență medicală primară achitată din fondurile CNAM, atât persoanele asigurate, cât și cele neasigurate sunt obligate să se înregistreze la medicul de familie în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de sănătate. Alegerea liberă de către persoană a medicului de familie constituie principiul de bază al înregistrării populației în instituția medico-sanitară. Toți membrii familiei cu același loc de trai, de regulă, urmează să se înscrie la același medic de familie. Se permite înregistrarea persoanei într-o singură instituție medico-sanitară, fiind recomandată cea mai apropiată instituție din sectorul unde ea își are domiciliul. Persoanele care doresc să se înregistreze la un medic de familie din teritoriul de deservire al altei instituții medico-sanitare, inclusiv din altă localitate, sunt obligate să asigure deplasarea medicului de familie sau a asistentului medical la domiciliul său, ori de câte ori va fi nevoie.

Pentru a fi înregistrată în instituția medico-sanitară, persoana urmează să completeze *Cererea de*

înregistrare în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și să o prezinte medicului de familie. Cererea se completează de către persoana care o depune. Cererile pentru minori, analfabeți sau pentru persoanele cu capacitatea de exercițiu limitată pot fi completate de reprezentanții legali (părinți, tutori, curatori). În lipsa acestora, cererea poate fi scrisă de către persoana responsabilă din instituția medico-sanitară. Medicul de familie verifică corectitudinea completării cererii și o prezintă persoanei responsabile din cadrul instituției medico-sanitare. Instituția medico-sanitară organizează introducerea datelor 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*.

În afară de luarea primară la evidență în instituția medico-sanitară, au fost făcute un șir de propuneri privind schimbarea instituției medico-sanitare. Astfel, aceasta a fost permisă o dată pe an pe parcursul lunilor septembrie – octombrie, cu excepția cazurilor în care persoanele și-au stabilit locul de trai în altă localitate. Pentru a schimba instituția medico-sanitară, persoana completează cererea cu selectarea la p. 5 a subrubricii *Schimbarea instituției medico-sanitare primare*. Medicul de familie verifică corectitudinea completării cererii și o prezintă persoanei responsabile din cadrul instituției medico-sanitare. Cererile se transmit de către persoana responsabilă la agențiile teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină. Modificările în baza de date în cazul schimbării instituției medico-sanitare se operează doar în agențiile teritoriale ale CNAM. Înregistrarea cererii de instituția medico-sanitară nou-aleasă condiționează excluderea automată a persoanei de la evidența instituției medico-sanitare precedente. După înregistrarea în baza de date agențiile teritoriale ale CNAM remit cererile instituțiilor medico-sanitare. Cererile de înregistrare se păstrează atâta timp cât persoanele se află la evidență în instituția aleasă. Principiile menționate au fost puse la baza instrucțiunii *Cu privire la înregistrarea populației în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală*.

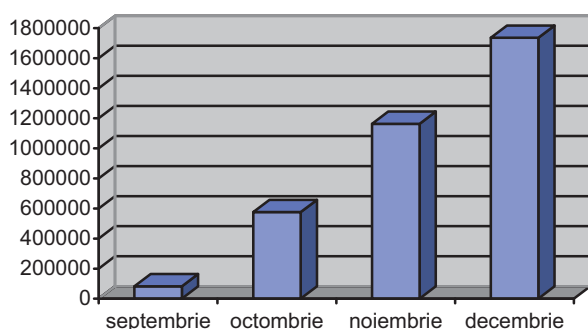
Paralel cu aceasta, CNAM a conceput, elaborat și testat programul informațional *Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală*, destinat acoperirii informaționale a prevederilor instrucțiunii menționate. Astfel, la începutul lunii august a anului 2008, pregătirile către demararea procesului de înregistrare a populației în instituțiile medico-sanitare primare au fost finisate, iar instrucțiunea care reglementează această înregistrare a fost aprobată

prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și CNAM nr. 316/138-A din 04.08.2008.

Tot în luna august a anului 2008 a fost organizat un seminar tematic *Demararea procesului de înregistrare on-line a populației în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală* cu participarea tuturor medicilor-șefi ai instituțiilor medico-sanitare primare și a reprezentanților agențiilor teritoriale ale CNAM. După aceasta a început înregistrarea propriu-zisă a populației în aceste instituții.

Evoluția numărului de înregistrări pe parcursul anului 2008 poate fi vizualizată în următoarea diagrama.

Evoluția numărului de înregistrări în instituțiile medico-sanitare primare pe parcursul anului 2008



În urma analizei desfășurării procesului de înregistrare a populației în instituțiile medico-sanitare au fost depistate o serie de încălcări, cea mai frecventă fiind falsificarea înregistrării persoanelor, care a constat în faptul că un șir de instituții au făcut înregistrări în baza de date fără ca persoana să completeze și să depună cererea de înregistrare. De obicei această încălcare se asociază cu dezinformarea populației prin neexplicarea dreptului persoanelor de a-și alege instituția medico-sanitară și medicul de familie (art. I 1, alin. (I) p. a) din *Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*, nr. 1585-XIII din 27.02.1998, p. 4 din Instrucțiune). O altă încălcare a fost nerespectarea p. 12 din Instrucțiune, conform căruia instituția medico-sanitară este obligată să informeze persoana despre faptul înregistrării sale într-un timp de până la 15 zile calendaristice din momentul depunerii cererii.

Paralel cu aceste încălcări, în unele instituții au avut loc refuzuri neîntemeiate de a acorda asistență medicală persoanelor aflate la moment la evidență, dar care au optat pentru deservirea în alte instituții medico-sanitare începând cu anul 2009, fapt ce a încălcat dreptul fundamental al persoanei la acordarea asistenței medicale în volumul prevăzut de *Programul unic*. În urma depistării încălcărilor menționate, CNAM a emis o circulară către instituțiile medico-sanitare primare, prin care a avertizat ultimele asupra:

- 1) faptelor de falsificare a înregistrărilor, menționând că acestea întrunesc semnele infracțiunii prevăzute de art. 332 din Codul penal *Falsul în actele publice*;
- 2) faptelor de încălcare a dreptului pacientului la informare (art. 5 din *Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului*, nr. 263-XVI din 27.10.2005);
- 3) nerespectării grave a condițiilor contractuale în cazul refuzului neîntemeiat în acordarea asistenței medicale persoanelor aflate la moment la evidență în instituția medico-sanitară.

Astfel, CNAM a recurs la blocarea posibilității de înregistrare a operatorilor care au comis falsificarea înregistrării persoanelor, deblocarea fiind posibilă doar după prezentarea în scris din partea persoanei responsabile din instituția medico-sanitară a lămuririi privind situația creată. De asemenea, CNAM a avertizat instituțiile medicale că, deoarece datele despre numărul persoanelor înregistrate la instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară se utilizează pentru calcularea sumelor contractuale, falsificarea lor duce la prejudicierea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală. În cazul depistării unor asemenea fraude, CNAM și-a rezervat dreptul de a transmite materialele respective organelor de drept competente.

Drept soluționare a situației create, CNAM a propus instituțiilor care au comis falsificări să prezinte benevol listele înregistrărilor falsificate la adresa agențiilor teritoriale ale CNAM pentru a fi excluse din baza de date. Acțiunile menționate au permis ocolirea situațiilor de conflict dintre prestatorii de servicii medicale și atenuarea insatisfacției persoanelor în contextul înregistrării în instituția medico-sanitară.

Ca urmare, către finele anului 2008 în baza de date au fost înregistrate 1735073 de persoane, ceea ce a însemnat o reușită semnificativă a procesului de înregistrare, ținând cont de faptul că numărul menționat de înregistrări a fost efectuat doar pe parcursul a 4 luni. Cu toate acestea, inițial a fost clar că pe parcursul unui timp atât de restrâns înregistrarea totală a persoanelor realmente nu va fi posibilă, iar aceasta ar putea pune sub semnul întrebării posibilitatea utilizării bazei de date pentru contractarea asistenței medicale primare în anul 2009.

Totodată, înregistrarea a scos la iveală un tablou demografic diferit de cel preluat de la Biroul Național de Statistică, permițând stabilirea loturilor afiliate de persoane nu la nivel de teritoriu, ci la nivel de prestator. Paralel cu aceasta, în loturile înregistrate a devenit posibilă estimarea veridică a numărului de persoane asigurate și al celor neasigurate, aceste momente fiind puncte-cheie pentru estimarea corectă a volumelor contractuale.

Pentru soluționarea problemelor menționate, noi am propus ca la estimarea sumelor alocate „per capita” în asistența medicală primară să fie efectuată o trecere treptată 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*. Această trecere a fost efectuată în modul următor:

1) Populația estimativă (asigurată/neasigurată) a fost calculată trimestrial și a fost compusă din populația prezentă în teritoriul deservit (în baza datelor Biroului Național de Statistică, ajustată conform cotei prognozate pentru anul 2009, populația mun. Chișinău fiind repartizată între prestatori în conformitate cu cotele procentuale ale acesteia, puse la baza contractelor anului precedent) și excedentul persoanelor (asigurate/neasigurate), în cazul în care populația înregistrată în baza de date a depășit populația estimativă formată pe baza datelor BNS.

2) 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”.

3) Pentru trimestrul I suma trimestrială destinată finanțării „per capita” a fost distribuită conform numărului populației estimative.

4) Pentru trimestrul II 75% din suma trimestrială destinată finanțării „per capita” a fost distribuită conform numărului populației estimative, iar 25% – conform bazei de date.

5) Pentru trimestrul III 50% din suma trimestrială destinată finanțării „per capita” a fost distribuită conform numărului populației estimative, iar 50% – conform bazei de date.

6) Pentru trimestrul IV 25% din suma trimestrială destinată finanțării „per capita” a fost distribuită conform numărului populației estimative, iar 75% – conform bazei de date.

7) Suma anuală destinată finanțării „per capita” pentru indicatorul *Supravegherea persoanelor cu hipertensiune arterială* a fost divizată în 4 părți egale, ele devenind sume trimestriale.

8) Pentru trimestrul I suma trimestrială destinată finanțării indicatorului „per capita” a fost distribuită conform numărului populației adulte estimative și numărului de persoane cu hipertensiune arterială, înregistrate în *Registrul de evidență a stării sănătății populației (boli cronice) F 166-1/e*.

9) Începând cu trimestrul II, sumele trimestriale destinate finanțării indicatorului „per capita” au fost distribuite conform numărului populației asigurate adulte, înregistrate în baza de date, și numărului persoanelor asigurate supraviețuite cu hipertensiune arterială din cei înscriși în baza de date.

Trecerea treptată de la finanțarea pentru numărul estimativ de persoane la finanțarea pentru numărul de persoane înregistrate în baza de date a cerut un volum enorm de lucru din partea CNAM. Astfel, procesul de contractare a serviciilor în asistența medicală primară pe parcursul anului 2009 a fost efectuat de patru ori, cu respectivele modificări ulterioare ale devizurilor de venituri și cheltuieli etc. În același timp, această trecere a permis acomodarea treptată la noile condiții de contractare pentru instituțiile „cu probleme” privind numărul de persoane deservite, în vederea neadmiterii falimentării lor.

Concluzii

1. Pe parcursul anilor 2008-2009, în Republica Moldova a fost elaborat și implementat un nou model de estimare a volumelor de finanțare pentru încheierea contractelor cu prestatorii de asistență medicală primară în cadrul asigurărilor medicale obligatorii.

2. La baza modelului propus a stat trecerea de la finanțarea pentru numărul estimativ de persoane preluat de la Biroul Național de Statistică la finanțarea pentru numărul de persoane real înregistrat în instituția medico-sanitară.

3. Implementarea modelului propus a fost posibilă în urma elaborării unui nou program informațional pentru înregistrarea on-line a populației în instituțiile medico-sanitare – 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*.

4. A fost găsită soluția pentru neadmiterea falimentării instituțiilor medico-sanitare „cu probleme” privind numărul de persoane deservite, în caz că schimbările din finanțare ar fi depășit posibilitățile de acomodare la ele.

5. Implementarea modelului expus a permis obiectivizarea procesului de contractare a prestatorilor de asistență medicală primară și a creat posibilitatea de corecție a finanțării prin ajustare la riscul de vârstă.

Bibliografie

- Ginsburg P., *Payment and the future of primary care*, în *Ann. Intern. Med.*, 2003, nr. 138, p. 233–234.
- Glazier R., Klein-Geltink J., Kopp A., Sibley L., *Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation*, în *CMAJ*, 2009, May 26, nr. 180(11), p. E72–E81.
- Rosen K., Reid R., Broemeling A., Rakovski C., *Applying a Risk-Adjustment Framework to Primary Care: Can We Improve on Existing Measures?*, în *Ann. Fam. Med.*, 2003, May, nr. 1(1), p. 44–51.
- Богомаз В.М., Гура А.В., *Влияние способа оплаты медицинских услуг на уровень удовлетворенности пациентов качеством амбулаторной медицинской помощи*, 2007.

Prezentat la 05.07.2010