

Bibliografie

1. Ецко К. Роль Кишиневского Государственного Медицинского Института в развитии здравоохранения МССР. „Здравоохранение”, Кишинев, 1973, nr. 1, стр. 14-15.
2. Тестемицану Н., Зоркин А., Попушой Е., Ецко К., Иокса В. Кишиневский Государственный Медицинский Институт (Монография). Изд.-во «Штиинца», Кишинев, 1984, 319 с.
3. Grossu Iu. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Chișinău: Inconcom, 1995, 511 p.
4. Grossu Iu. Cronica meditativă a unei promoții. Chișinău: Medicina, 2001, 450 p.
5. Grossu Iu. Originea și itinerariile unei promoții Chișinău: Bioritm, 2002, 696 p.

IMPLEMENTAREA MECANISMELOR DE PLATĂ PENTRU PERFORMANȚĂ ÎN CADRUL ASIGURĂRILOR MEDICALE OBLIGATORII

Ghenadie Damașcan, Constantin Ețco, Mihail Moroșanu

Catedra Economie, Management și Psihopedagogie, USMF „N. Testemițanu”

Summary

Implementing mechanisms for Pay for Performance in the Mandatory Health Insurance

In the Republic of Moldova, like in the most European countries, in order to optimise the reimbursement schemes for health services, the methods of payment are combined. Thus, for types of health care for which the basic method of financing is passive (ie "per capita"), usually it is combined with active methods of payment - payment "per service" . In the local system , such situations are found in urgent health care at pre-hospital stage and primary health care.

It should be noted, that in some forms of payment mechanism like "per service", such payment like per " case treated " , could also be implemented incentives for performance .

In this study were elucidated mechanisms for performance incentive currently in use in the field of Mandatory Health Insurance.

Rezumat

În Republica Moldova, similar ca și în majoritatea țărilor europene, în scopul eficientizării schemelor de rambursare a serviciilor medicale se recurge la combinarea metodelor de plată. Astfel tipurile de asistență medicală pentru care metoda de bază de finanțare este pasivă (spre exemplu „per capita”) de obicei se combină cu metode active de plată – plăți „per serviciu”. În sistemul autohton, asemenea situații se întâlnesc în asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească și asistența medicală primară.

Este de menționat faptul, că și cadrul unor forme a mecanismului de plată „per serviciu”, cum ar fi plata per „caz tratat”, de asemenea pot fi implementate măsuri de stimulare a performanței.

În cadrul studiului de față, au fost elucidate mecanismele de stimulare a performanței utilizate în prezent în domeniul asigurărilor medicale obligatorii.

Introducere

În structura oricărei societăți, sistemul de sănătate publică este un sector de primă importanță, pentru că el interesează întreaga populație a țării. Printre factorii care influențează esențial performanțele acestui sistem, unul dintre cei mai importanți este finanțarea lui. Toate țările lumii se află într-o continuă reformă a mecanismelor de finanțare în scopul eficientizării sistemelor de sănătate.

Rezultate

În Republica Moldova, similar ca și în majoritatea țărilor europene, în scopul eficientizării mecanismelor de plată se recurge la combinarea metodelor de plată. Astfel tipurile de asistență medicală pentru care metoda de bază de finanțare este pasivă (spre exemplu „per capita”) de obicei se combină cu metode active de plată - așa numita plată pentru performanță. În sistemul autohton, asemenea situații se întâlnesc în asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească și asistența medicală primară.

Este de menționat faptul, că și cadrul mecanismelor de plată „per serviciu” (per „caz tratat”) deasemenea pot fi implementate măsuri de stimulare a performanței.

Scopul studiului în cauză a fost elucidarea mecanismelor de stimulare a performanței utilizate în prezent în cadrul asigurărilor medicale obligatorii.

Astfel, în asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească, temei pentru plată servește îndeplinirea următorilor indicatori de performanță:

a) Indicatorul 1: Lipsa divergențelor între diagnosticul serviciului asistență medicală urgentă prespitalicească și diagnosticul clinic stabilit.

Criteriul de îndeplinire – rata coincidenței diagnosticului serviciului asistență medicală urgentă prespitalicească și diagnosticul clinic stabilit nu mai mică de 85% cu condiția prezentării a cel puțin 90% cotoare a foilor de însoțire a pacienților transportați la spital (formular 144/e) care au solicitat asistență medicală de urgență (pentru persoanele care nu au fost spitalizate servește diagnosticul din secția de internare).

b) Indicatorul 2: Asigurarea stației zonale cu medici.

Criteriul de îndeplinire – asigurarea stației zonale cu medici (2,5 unități ocupate la 10 000 populație totală a teritoriului deservit).

În asistența medicală primară, temei pentru plată servește îndeplinirea următorilor indicatori de performanță:

a) Indicatorul 1: Internarea programată

- numărul internărilor efectuate programat (în instituțiile spitalicești cu raportare electronică către CNAM pe bază de DRG) la trimiterea medicului de familie în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte pentru fiecare internare programată efectuată a pacientului.

b) Indicatorul 2: Depistarea și supravegherea maladiilor nontransmisibile

- numărul persoanelor cu vârsta peste 18 ani cărora li s-a măsurat tensiunea arterială în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 1 punct;

- numărul persoanelor cu hipertensiune arterială care se află la evidență și primesc tratament antihipertensiv conform protocolului clinic național sub supravegherea medicului de familie în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 3,5;

- numărul persoanelor cu hipertensiune arterială instruite conform programului „Școala pacientului hipertensiv”. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte;

- numărul persoanelor cărora li s-a apreciat indicele SCORE în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte;

- numărul persoanelor peste 45 ani și din grupul de risc investigate la glicemie în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte;

- numărul persoanelor cu diabet zaharat care se află la evidență și primesc tratament conform protocolului clinic național. Valoarea realizării indicatorului constituie 3,5;

- numărul persoanelor cu diabet zaharat instruite conform programului „Școala pacientului cu diabet zaharat”. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte;

- numărul examenelor ginecologice profilactice cu prelevarea citologiei. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte;

- numărul persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne: forme vizuale - st.I, formele nevizuale - st.I-II. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte.

c) Indicatorul 3: Supravegherea gravidei și copilului

- numărul gravidelor luate la evidență în termen de gestație pînă la 12 săptămîni . Valoarea realizării indicatorului pentru fiecare gravidă raportată constituie 30 puncte;
- numărul gravidelor cărora li s-a indicat administrarea acidului folic în primul trimestru al sarcinii în. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte;
- numărul gravidelor cărora li s-a indicat administrarea preparatelor de fier în primul trimestru al sarcinii. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte;
- numărul gravidelor investigate prin examen ultrasonor în termenele stabilite. Valoarea realizării indicatorului la fiecare termen raportat constituie 5 puncte;
- numărul gravidelor, care au efectuat vizitele la medicul obstetrician-ginecolog în termenele stabilite. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte;
- numărul gravidelor, care au efectuat vizitele la medicul de familie în termenele stabilite. Valoarea realizării indicatorului 5 puncte;
- numărul copiilor supravegheați conform standardelor în vigoare și care au împlinit 3 luni în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte;
- numărul copiilor supravegheați conform standardelor în vigoare și care au împlinit 6 luni în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte;
- numărul copiilor supravegheați conform standardelor în vigoare și care au împlinit 12 luni în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte.

d) Indicatorul 4: Depistarea și supravegherea tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulator

- numărul persoanelor din grupul de risc investigate la tuberculoză în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte;
- numărul persoanelor luate la evidență primar cu tuberculoză în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte;
- numărul de cazuri finalizate de tratament a pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulator conform standardelor DOTS. Valoarea realizării indicatorului constituie 80 puncte.

Raportarea către CNAM a îndeplinirii indicatorilor de performanță în asistența medicală primară se efectuează lunar, inclusiv în formă electronică.

Volumul bonificației se estimează lunar în dependență de numărul de puncte acumulate de instituția medico-sanitară și valoarea calculată a unui punct. Valoarea unui punct se calculează lunar prin raportarea $\frac{1}{12}$ parte a cuantumului anual pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță la numărul total de puncte acumulate și raportate de prestatorii de AMP pentru luna respectivă.

În concluzie, pentru a stimula performanța în cadrul tipurilor de asistența medicală la care metoda de bază de finanțare este pasivă (per capita), se recurge la combinarea acestei metode cu plăți per serviciu (indicatori de performanță). Asemenea situație o putem întâlni în cadrul asistenței de urgență la etapa prespitalicească și asistenței medicale primare.

Inițiativa de sporire a performanței în asistența medicală spitalicească a cunoscut o altă abordare. Forma de plată în cadrul asigurărilor medicale obligatorii pentru acest tip de asistență este per „caz tratat”. În scopul stimulării performanței în acest caz s-a recurs la perfectarea mecanismelor de separare a grupurilor de cazuri tratate prin introducerea sistemului de plată pe DRG (Case-mix).

Sistemul grupelor de diagnostice (DRG) este o schemă de clasificare a pacienților externăți în funcție de diagnostic, care permite de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate. Grupele de diagnostice au două caracteristici esențiale: omogenitatea clinică, adică într-un anume DRG cazurile sunt asemănătoare din punct de vedere clinic și omogenitatea costurilor, adică fiecare DRG conține cazuri ce necesită un consum asemănător de resurse.

Pentru a implementa un sistem DRG, au fost necesare:

- Stabilirea unei metode de codificare a morbidității clinice a pacientului, fapt ce a necesitat selectarea și utilizarea unui sistem de clasificare pentru diagnostice și proceduri. A fost

acordată o atenție deosebită selectării sistemelor de codificare, deoarece anume combinația diferitor diagnostice și proceduri este cea care alocă pacientii și formează grupurile DRG;

- Stabilirea unui set de date clinice la nivel de pacient și crearea pe baza lui a unui sistem de colectare și raportare a datelor pentru spitale;
- Stabilirea unui sistem de grupare, care ar atribui pacienții în grupuri DRG (cu diagnostice și proceduri similare din punct de vedere clinic și a costului);
- Stabilirea unei metodologii de formare a costului și a unui mecanism de colectare a datelor de cost la nivel de pacient și secție spitalicească, pentru a servi drept bază pentru stabilirea prețului pentru grupurile DRG. Ca rezultat - asigurarea unui set de valori relative care au servit drept referință pentru complexitatea cazului;
- Stabilirea unui tarif de bază pentru cazul mediu la nivel de spital, grup de spitale sau național
- Stabilirea unei politici de plată corecte și echitabile, care ar acorda spitalelor suficient timp pentru adaptare.
- Elaborarea unui mecanism de monitorizare a calității în vederea evaluării activității spitalelor și înțelegerii parametrilor necesari pentru menținerea în timp a sistemului de rambursare în bază de case-mix.

Conceptul de formare a grupurilor de diagnostic este următor:

Inițial grouper-ul aplica un lot de editări demografice și clinice pentru a verifica validitatea articolelor de date folosite pentru grupare. Editările demografice verifică vârsta, sexul, greutatea la admitere, durata de spitalizare, starea internării de zi, starea legală a sănătății mentale și modul de separare.

Editările clinice sunt folosite pentru a valida toate codurile de diagnostice și proceduri în termenii ICD-10 și, de asemenea, în termenii vârstei și sexului pacientului. Diagnosticul principal este verificat pentru a fi acceptabil ca un diagnostic principal.

La etapa a doua, grouperul alocă fiecare episod de îngrijiri unei Categoriei majore de diagnostic (CMD). Aceste categorii se bazează, în general, pe un sistem anatomic, funcțional sau pe o etiologie care este asociată cu o anumită specialitate medicală.

Cu toate că de obicei stabilirea CMD este efectuată pe baza unui diagnostic principal, sunt excepții când un episod poate fi alocat unui CMD în cursul procesării pre-CMD.

Procesarea pre-CMD identifică DRG-urile cu costuri extrem de mari.

Dacă un episod nu poate fi alocat unui CMD, el este considerat Negrupabil.

La etapa a treia, în dependență de prezența sau absența procedurilor efectuate în sala de operații, CMD-urile se împart în trei diviziuni separate: chirurgicală, alta sau medicală.

- pentru ca un episod să fie alocat unei diviziuni chirurgicale, este nevoie de cel puțin o procedură în sala de operații;

- un episod este alocat unei 'alte' diviziuni dacă nu include o procedură în sala de operații, dar include cel puțin o procedură care nu este efectuată în sala de operații considerată semnificativă pentru CMD;

- dacă un episod nu include nici o procedură în sala de operații și nici o procedură semnificativă local care nu este efectuată în sala de operații, acesta este alocat unei diviziuni medicale.

La etapa patra, pentru fiecare subdiviziune a CMD are loc alocarea unui DRG adiacent (ADRG). Episoadele sunt alocate DRG-urilor adiacente în principal pe baza codurilor de diagnostic și procedură. DRG-urile adiacente din diviziunile „chirurgicală” și „alta” sunt organizate ierarhic, de obicei, în ordinea decrescătoare a consumului de resurse.

Deoarece consumul de resurse poate fi foarte diferit în dependență de prezența comorbidităților și dezvoltării complicațiilor în timpul unui episod de îngrijiri, următorul pas al grupării cazurilor (etapa 5) prevede diferențierea DRG-urilor adiacente pe nivele, în dependență de severitatea bolii.

Cu acest scop a fost introdusă noțiunea de „cod CC” - „complicații și/sau comorbidități”. Codurile CC sunt diagnostice adiționale care determină un consum semnificativ mai mare de resurse. Grouper-ul alocă un nivel de severitate fiecărui cod CC pe care-l întâlnește într-o înregistrare a pacientului. Este folosit un algoritm pentru a calcula severitatea bolii pacientului,

numit nivelul complexitatii clinice a pacientului. Acest algoritm prevede două noțiuni: nivelul complexitatii diagnosticului (NCD) și nivelul complexitatii cazului (NCC).

La ultima etapă are loc alocarea propriu zisă a cazului tratat către un grup DRG care are un cod numeric.

Așteptările legate de implementarea noului mecanism de plată sunt:

- Îmbunătățirea modului de furnizare a serviciilor de sanătate în termeni de calitate, acces și eficiență;
- Înțelegerea tipului de pacienți tratați și a resurselor necesare pentru tratament;
- Existența unui mecanism de monitorizare și îmbunătățire a calitatii serviciilor și furnizarea acestora în cele mai potrivite instituții;
- Distribuția obiectivă și echitabilă a resurselor limitate disponibile. Baniile vor fi direct legați de tipul și volumul de pacienți tratați;
- Existența de stimulente pentru a reduce ineficiența și risipa;
- Introducerea de stimulente pentru a furniza îngrijirile într-un mod mai eficient și cu o calitate crescută;
- Mutarea îngrijirilor în timp în cele mai potrivite instituții;
- Disponibilitatea informațiilor pentru management în procesul de luare a deciziilor.

Concluzii

1. În scopul sporirii performanței serviciilor asistenței medicale de urgență la etapa prespitalicească și asistenței medicale primare în cadrul asigurărilor medicale obligatorii, s-a recurs la combinarea metodei de bază de finanțare „per capita” (care este o metodă pasivă), cu „plată per serviciu” (pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță).
2. În scopul sporirii performanței serviciilor spitalicești, s-a recurs la implementarea sistemului DRG (Case-mix), care prezintă o schemă de clasificare a pacienților externati în funcție de diagnostic și permite de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate.

Bibliografie

1. Ordinul MS și CNAM nr. 1239/253-A din 10.12.2012 „Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”.
2. Riku Elovainio. Performance incentives for health in high-income countries - key issues and lessons learned. World Health Report (2010) Background Paper, No 32, 46 p.
3. Nahra T.E., Reiter K.L., Hirth R.A., Shermer J.E. and Wheeler J.R. Cost-Effectiveness of Hospital Pay-for-Performance Incentives. *Medical Care Research and Review*. 2006;63 (1)
4. Hutchison B. Pay for Performance in Primary Care: Proceed with Caution, Pitfalls Ahead *Healthcare Policy*. 2008;4(1): 10–15

CAUZELE DE DECES A PERSOANELOR LONGEVIVE

**Anatol Negară, Tudor Grejdian, Leonid Margine, Vlad Bădan, Natalia Blaja – Lisnic,
Felicia Lupașcu-Volentir, Alixandr Lavric**

Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie din Republica Moldova
Catedra Medicină Socială și Management Sanitar „Nicolae Testemițanu”

Summary

Causes of death of the longevous persons

This paper describes the situation of the elderly populations aging process and the structure of causes of death at national and international level.