

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
IP UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMITANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA**

Cu titlu de manuscris
CZU: 614.2+368.9.06 (043.2)

DAMAȘCAN GHENADIE

**METODOLOGII DE CONTRACTARE A SERVICIILOR
MEDICALE ÎN CADRUL ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE
SĂNĂTATE**

331.03 MEDICINĂ SOCIALĂ ȘI MANAGEMENT

Autoreferatul tezei de doctor habilitat în științe medicale

CHIȘINĂU, 2015

Teza a fost elaborată la Catedra Economie, Management și Psihopedagogie a IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova.

Consultant științific: Ețco Constantin, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Referenți oficiali:

Tintiuc Dumitru, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Mereuță Ion, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Ceban Vasiliu, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Universitatea de Stat de Medicină din Bucovina, Cernăuți, Ucraina

Componenta Consiliului științific specializat:

Spinei Larisa, președinte, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Grejdeanu Tudor, secretar, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Lozan Oleg, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Ciocanu Mihail, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar

Magdei Mihail, doctor habilitat în științe medicale

Zanoschi Georgeta, Doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Universitatea de Medicină și Farmacie ”Grigore T. Popa”, Iași

Susținerea va avea loc la 23 septembrie 2015, ora 14:00 în ședința Consiliului științific specializat DH 50 331.03-03 din cadrul IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova (bd. Ștefan cel Mare și Sfânt nr. 165, Chișinău, MD-2004).

Teza de doctor habilitat și autoreferatul pot fi consultate la biblioteca IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova (bd. Ștefan cel Mare și Sfânt nr. 165, Chișinău, MD-2004) și pe pagina web a C.N.A.A. www.cnaa.md.

Autoreferatul a fost expediat la 17 august 2015

Secretar științific al Consiliului științific specializat,

Grejdeanu Tudor,

doctor habilitat în științe medicale,
profesor universitar

Consultant științific,

Ețco Constantin,

doctor habilitat în științe medicale,
profesor universitar

Autor,

Damașcan Ghenadie,

doctor în științe medicale

REPERE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII

Actualitatea temei. Printre factorii care influențează esențial performanțele sistemului de sănătate, unul dintre cei mai importanți este finanțarea lui [11, 25]. Toate țările lumii se află într-o continuă reformă a propriilor modele de finanțare din cauza îmbătrânirii populației, costurilor ridicate ale noilor tehnologii medicale, creșterii exigențelor pacienților etc. Cheltuielile pentru medicină, fără a fi limitate de restricții ale sistemelor de finanțare, pot irosi bugetul țării, oricât de bogată ar fi ea. De aceea, paralel cu creșterea necesităților sistemelor de sănătate, întotdeauna se va cere revederea regulilor stabilite de finanțare ale lor, pentru ca în cele din urmă retribuția serviciilor să fie cost-eficientă și reală, reieșind din posibilitățile bugetului țării respective [15].

Descrierea situației în domeniul de cercetare și identificarea problemelor de studiu. Analiza situației medico-demografice, începând cu ultimul deceniu al secolului XX, a demonstrat înrăutățirea principalilor indicatori de sănătate. Indicele natalității a înregistrat o diminuare semnificativă și în anul 2003 a constituit 10,1‰ în comparație cu 16,5‰ în anul 1991, iar mortalitatea generală a crescut atingând nivelul de 11,9‰, față de 10,5‰. Speranța de viață a cunoscut o descreștere de la 69,1 ani în 1989 la 66,6 ani în 2002. În urma comparării cu țările europene dezvoltate, pentru aceeași perioadă, au fost stabilite următoarele trăsături nefaste ale sistemului de sănătate autohton [1, 3, 14]:

- a) Prioritizarea cheltuielilor pentru sectorul spitalicesc, ponderea lor din bugetul destinat asistenței medicale a constituit 75-80%, față de 35-50% în țările europene dezvoltate;
- b) Nivelul înalt de spitalizare a bolnavilor: 200-210 ‰ față de 120-170 ‰;
- c) Implicarea pe larg a medicilor specialiști de profil în consultarea bolnavilor din sectorul de asistență medicală primară: 30% față de 10%;
- d) Asigurarea insuficientă a serviciului de asistență medicală primară cu medici pregătiți în medicina de familie: 30%-35% față de 50%-60%.

Toate acestea provocau pierderi economice mari și în cele din urmă au cauzat o gravă degradare a sistemului de sănătate. Asigurarea financiară a activității instituțiilor medicale progresiv se micșora, atingând doar 2,9% din PIB în anul 2000 [1].

Deteriorarea semnificativă a stării de sănătate a populației, inechitatea pronunțată în accesul la serviciile medicale și costurile crescute ale plăților din buzunar au servit drept argumente pentru implementarea AOAM în Republica Moldova. Printre problemele cele mai importante care au fost soluționate odată cu implementarea AOAM urmează a fi menționate: creșterea substanțială a finanțării sistemului de sănătate; formarea unui fond unic centralizat, care a permis redistribuirea riscurilor; schimbarea statutului instituțiilor medicale și finanțarea lor pe bază de contract; aprobarea pachetului unic de servicii medicale; sporirea accesului populației la servicii medicale; reducerea poverii financiare a persoanelor în caz de îmbolnăvire [1, 3, 8].

Implementarea AOAM a necesitat elaborarea unor noi mecanisme de finanțare a instituțiilor medicale [4, 10]. Eficiența acestora a fost influențată de mai mulți factori, inclusiv de structura organizatorică a sistemului de sănătate, care a cunoscut schimbări esențiale. Astfel, dacă în anul 2004 spitalele raionale înglobau asistența spitalicească, specializată de ambulatoriu și cea primară, atunci către anul 2010 s-a creat un tablou cu totul diferit, obținut atât prin detașarea structurilor de asistență medicală primară de la cea spitalicească, precum și prin descentralizarea ulterioară a structurilor primare. Au apărut servicii și prestatori de tip nou - centre comunitare de sănătate mintală, centre prietenoase tinerilor, instituții hospice etc. Este evident că, în asemenea condiții, unele dintre metodele utilizate de plată pentru serviciile medicale au devenit mai puțin eficiente și, respectiv, urmau să fie modificate, pentru a corespunde rigorilor politicilor noi de sănătate [8, 14].

Un alt aspect care a impus identificarea unor metodologii mai avansate de contractare a serviciilor medicale bazate pe argumentări științifice a fost legat de creșterea considerabilă a fondului de bază al asigurărilor medicale obligatorii (destinat procurării serviciilor medicale) de la 1 006 439,2 mii lei în anul 2004 până la 3 955 999,9 mii lei în anul 2013 și faptul că CNAM este principala sursă de finanțare a instituțiilor medicale din republică [13].

Scopul lucrării a fost elaborarea metodologiilor noi de procurare a serviciilor medicale, pentru sporirea eficacității procesului de contractare a instituțiilor medicale în cadrul AOAM.

Obiectivele lucrării:

1. Formarea conceptelor de procurare și de contractare a serviciilor medicale.
2. Elaborarea metodologiei de contractare a serviciilor medicale pentru perioada de demarare a AOAM.
3. Analiza impactului utilizării metodei de plată "per capita" în calitate de metodă de bază pentru finanțarea tipurilor de asistență medicală prespitalicească.
4. Dezvoltarea strategiei de procurare a serviciilor prespitalicești pentru înlăturarea neajunsurilor plății „per capita”, încurajarea accesibilității la aceste servicii și îmbunătățirea calității lor.
5. Dezvoltarea mecanismelor de procurare a medicamentelor compensate în cadrul AOAM.
6. Cercetarea aspectelor de finanțare a asistenței spitalicești prin metoda "per caz tratat".
7. Argumentarea necesității trecerii la forme de finanțare bazate pe complexitatea cazului prestat. Dezvoltarea componentelor de bază a sistemului DRG pentru Republica Moldova și elaborarea etapelor de implementare a acestuia.
8. Evaluarea impactului implementării mecanismului de plată bazat pe DRG (Case-mix).
9. Argumentarea științifică a direcțiilor strategice de dezvoltare a sistemului de plată pentru serviciile medicale în cadrul AOAM.

Metodologia cercetării științifice. Prin intermediul studiului descriptiv a fost făcută descrierea fenomenelor întâlnite în cadrul procesului de procurare a serviciilor medicale. Prin metoda observației statistice a fost monitorizată desfășurarea aspectelor legate de sistemul de finanțare a sănătății, pentru posibilitatea de comparare și analiză în dinamică a acestora. Metoda istorică a fost utilizată pentru cercetarea evoluției unor indicatori importanți din punct de vedere a sistemului de plată, reieșind din faptul că, orice fenomen economic are o evoluție istorică - apare, se dezvoltă, apoi dispare sau se transformă în alte fenomene. Metoda sociologică a fost utilizată pentru a studia opinia managerilor din sănătate privind manifestarea deficiențelor mecanismelor de plată în acțiune și eficacitatea măsurilor propuse de înlăturare ale lor. Metoda de evaluare prin experți a fost utilizată în cuantificarea părerii experților asupra utilității metodelor de plată elaborate pentru domeniile antrenate. Analiza SWOT a fost utilizată pentru cercetarea complexă a aspectelor economice, tehnice, juridice și manageriale ale sistemului de plată pentru serviciile medicale și la proiectarea unei viziuni de ansamblu asupra etapelor de dezvoltare a acestuia. Prin metoda unității dintre analiză și sinteză fenomenele cercetate au fost descompuse în elementele sale componente și a fost făcută cercetarea fiecăruia dintre acestea, ca părți necesare ale întregului. Sinteza a presupus unirea elementelor analizate separat în cadrul întregului unitar, legat prin resorturi interne cauzale și funcționale. Astfel, pentru cercetarea impactului asupra fondurilor de sănătate a Bugetelor induse de activitate formate în urma implementării unui nou mecanism de plată prin DRG (Case-mix), inițial s-a recurs la divizarea factorilor care au provocat formarea bugetelor menționate (numărului de cazuri furnizate, indicelui de complexitate a cazurilor și tarifelor proprii), iar apoi a fost făcută analiza separată a acestora. Prin metoda abstracției științifice au fost stabilite trăsăturile dominante ale fenomenelor cercetate, ceea ce a permis depistarea fenomenelor de supracodificare, nivelului exagerat de spitalizare etc. Sinteza rezultatelor acestor analize au scos la iveală riscul sporit al migrării resurselor financiare de la instituțiile strategice în scenariul aplicării modalității inițial propuse al primei etape de unificare a tarifelor proprii, și în cele din urmă a permis ocolirea distorsiunilor majore în finanțarea spitalelor. Metoda economică a fost utilizată la cercetarea aspectelor legate de finanțarea furnizorilor de servicii medicale și aprecierea eficacității metodelor propuse de plată. Prin metoda modelării matematice a fost făcută reproducerea schematică a proceselor economice legate de sistemul de plată, sub forma unor sisteme liniare, ceea ce a permis elaborarea unor scenarii de evoluție a acestora.

Noutatea și originalitatea științifică. În premieră a fost efectuat un studiu complex al sistemului de plată utilizat pentru procurarea serviciilor medicale în cadrul AOAM din Republica Moldova, care a contribuit la crearea pieței autohtone a serviciilor medicale, elaborarea și implementarea mecanismelor de contractare a serviciilor medicale, evidențierea deficiențelor

manifestate în diferite perioade de dezvoltare ale sistemului de plată pentru serviciile medicale și argumentarea mecanismelor de perfecționare ale lui.

Rezultatele principal noi pentru știință și practică obținute, care au determinat soluționarea unei probleme științifice și aplicative, de importanță majoră constau în fundamentarea din punct de vedere științific și metodologic a sistemului de contractare a serviciilor medicale, ceea ce a determinat sporirea eficacității finanțării instituțiilor medicale în cadrul AOAM.

Semnificația teoretică. În cadrul studiului au fost elaborate componentele (logistice, juridice, informaționale etc.) ale primului sistem de plată pentru serviciile medicale utilizat în perioada de implementare a AOAM. Ulterior, pe măsura utilizării lui, au fost evidențiate neajunsurile apărute și argumentate căile de înlăturare ale acestora. Rezultatele studiului au servit temei pentru dezvoltarea mecanismelor de plată pentru performanță în cadrul AMU și AMP, îmbunătățirea sistemului de asigurare a populației cu medicamente compensate. Pentru AMS, studiul a demonstrat necesitatea trecerii la finanțări în funcție de complexitatea cazului tratat și a argumentat selectarea componentelor sistemului DRG (Case-mix) corespunzătoare condițiilor reale ale sectorului spitalicesc autohton. Au fost elaborate combinații noi de metode de plată, care au determinat sporirea eficacității procesului de procurare a serviciilor medicale.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în elaborarea, ajustarea și dezvoltarea aspectelor legate de contractarea instituțiilor medicale în cadrul AOAM. Unele rezultate ale studiului și conceptele lansate au fost utilizate la elaborarea și modificarea a trei Hotărâri ale Guvernului Republicii Moldova și o serie de Ordine ale Ministerului Sănătății și CNAM. În baza materialelor elaborate a fost conceput, aprobat și implementat compartimentul ce ține de modalitățile de plată pentru serviciile medicale al Normelor Metodologice de aplicare a Programului Unic în cadrul AOAM (Ordinul nr.522/207-A din 24.12.2009 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Ordine similare pentru anii: 2012 - Ordinul nr. 1021/206-A din 29.12.2011; 2013 - Ordinul nr.796/150-A din 09.08.2012 ș.a.). Rezultatele studiului au servit material de reper pentru elaborarea unui nou concept de contractare a instituțiilor medicale în cadrul AOAM (Ordinul cu privire la contractarea instituțiilor medico-sanitare în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, nr. 159-A din 15 .09. 2008; nr. 130A din 13 septembrie 2011; nr.120-A din 02.07.2012; Ordinul nr. 214-A din 26.11.2010 "cu privire la aprobarea modelului anexei la Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală", ș.a.). Rezultatele studiului au servit la elaborarea conceptului de asigurare cu medicamente compensate în cadrul AOAM și contractare a instituțiilor farmaceutice (O serie de ordine "Cu privire la medicamentele compensate din

fondurile obligatorii de asistență medicală" - nr. 545/215-A din 30 decembrie 2009; - nr. 459/117-A din 01.07.2010; -nr. 496/81-A din 16.06.2011; -nr.337/54-A din 26.04.2011 ș.a.). Rezultatele studiului au permis dezvoltarea strategiei de procurare a serviciilor medicale în scopul încurajării accesibilității și calității acestora (Ordin nr. 13/11-A din 14.01.2013 "Despre aprobarea Regulamentului privind modul de calculare și achitare a plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță a muncii personalului instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară). Cercetarea a argumentat necesitatea trecerii la sisteme de finanțare de tip DRG (Case-mix), a contribuit la dezvoltarea componentelor sistemului de finanțare bazat pe complexitatea cazului și a etapelor de implementare a acestui sistem în Republica Moldova (Ordinul nr.1034/217-A din 30.12.2011 privind aprobarea Regulamentului cu privire la rambursarea spitalelor în funcție de complexitatea cazurilor (DRG și CASE-MIX). Ordinul nr.683/122-A din 03.07.2012 privind aprobarea Regulamentului cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX); Ordinul nr.170-A din 04.09.2012, privind înregistrarea și transmiterea electronică a datelor clinice la nivel de pacient ș.a.).

Rezultatele științifice principale înaintate spre susținere.

1. Modelul elaborat de contractare a prestatorilor de servicii medicale pentru perioada de implementare a AOAM a fost adecvat sistemului de sănătate autohton.
2. În condițiile reale din Republica Moldova, sporirea accesului la serviciile medicale poate fi atinsă prin implementarea formelor de plată per serviciu.
3. Implementarea metodei de plată per capita în calitate de metodă de bază pentru procurarea serviciilor primare a fost un pas corect din punctul de vedere al cost-eficienței, avantajelor și nivelului de dezvoltare a AMP în Republica Moldova.
4. Deși metoda per capita are o serie de dezavantaje, problema urmează a fi soluționată nu prin schimbarea acestei metode de plată, ci prin găsirea unei combinații de metode care ar permite neutralizarea dezavantajelor ei.
5. Ponderea principalelor contingente de consumatori de medicamente compensate diferă semnificativ de la o instituție medico-sanitară la alta, ceea ce face ca metoda „per capita” să nu fie o metodă eficientă pentru estimarea sumelor-limită de finanțare a medicamentelor compensate. Metoda elaborată de ajustare a sumei-limită la risc demografic și risc de morbiditate a populației înregistrate în instituția medico-sanitară înlătură acest neajuns.
6. Implementarea formei de plată pe caz tratat duce la creștere esențială a nivelului de spitalizare și diminuarea duratei medii de spitalizare.

7. Principalul dezavantaj al sistemului de plată pe caz tratat pe profil îl constituie faptul că el permite disproporții mari între costurile diferitor patologii care se întâlnesc în cadrul aceluiași profil.

8. Forma de plată pe DRG este mai eficace în comparație cu forma precedentă de plată per caz tratat pe profil, deoarece permite finanțarea IMS în baza unui grad mai mare de factori care reflectă costul serviciilor prestate, iar sumele calculate spre decontare reflectă mai corect cheltuielile spitalului.

9. Formarea bugetelor induse de activitate, în mare măsură a fost influențată de nivelul foarte înalt al spitalizărilor în Republica Moldova, și de apariția fenomenului de supracodificare.

10. Un sistem optim de plată poate fi obținut prin combinarea mecanismelor: per buget, per serviciu și bonificare, fiind bazat pe diminuarea reciprocă a dezavantajelor mecanismelor prospectiv și retrospectiv de organizare a plății în combinație cu stimularea atingerii rezultatului așteptat.

Implementarea rezultatelor științifice. Mecanismele elaborate de procurare a serviciilor medicale, pe parcursul anilor 2004-2013 au fost puse la baza contractării tuturor prestatorilor de servicii medicale în cadrul AOAM (peste 400 instituții medico-sanitare).

Aprobarea rezultatelor. Rezultatele lucrării au fost prezentate și discutate la: Conferința științifico-practică “Probleme actuale ale managementului financiar din sistemul de sănătate” (Chișinău, 2009); Congresul XX ALASS (Luxembourg, 2009); Conferința Internațională „Realizările proiectului pilot și implementarea sistemului de plată a spitalelor în funcție de complexitatea cazurilor (DRG, Case-mix) (Chișinău, 2011); Conferința „Moving towards universal health coverage in Moldova – strengthening health financing policy” (Chișinău, 2012); Dialogul de politici privind plățile pentru performanță în asistența medicală primară (Chișinău, 2013); Conferința Internațională „The XIX-th Session of the Balkan Medical days and the Second Congress of Emergency Medicine of the Republic of Moldova” (Chișinău, 2013); Congresul Specialiștilor din Domeniul Sănătății Publice și Managementului Sanitar din Republica Moldova (Chișinău, 2013); Всероссийская конференции с международным участием „Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения России” (Moscow, 2014). Teza a fost discutată și recomandată spre susținere la ședința catedrei „Economie, Management și Psihopedagogie” a USMF „Nicolae Testemițanu” din 20.06.2014, la Seminarul Științific de Profil (extern) ”Urgențe medicale” din 19.12.2014 și la Seminarul Științific de Profil „Medicină Socială și Management” din 21.04.2015.

Publicații la tema tezei. La subiectul tezei au fost publicate 43 lucrări științifice, dintre care: 4 monografii, 4 articole în reviste din străinătate recunoscute, 26 articole în reviste din

Registrul național al revistelor de profil (16 în reviste de categoria „B” și 10 de categoria „C”) ș.a.

Volumul și structura tezei. Teza este expusă pe 247 pagini (text de bază) și este constituită din: introducere, 6 capitole (inclusiv revista literaturii, materiale și metode de cercetare), concluzii generale și recomandări, bibliografie cu 312 surse. Lucrarea este ilustrată cu 30 tabele și 42 figuri.

Cuvinte-cheie: metodă de plată, asistență medicală, contract, eficacitate mecanism, p4p, DRG.

CONȚINUTUL TEZEI

1. ANALIZA TENDINTELOR CONTEMPORANE ÎN APLICAREA METODOLOGIILOR DE CONTRACTARE A SERVICIILOR MEDICALE

Capitolul prezintă o analiză detaliată a publicațiilor științifice din țară și de peste hotare referitor la mecanismele de finanțare a sistemelor de sănătate publică. O atenție deosebită este acordată analizei comparative a metodelor de plată utilizate pentru procurarea serviciilor medicale cu descrierea avantajelor și dezavantajelor acestora. Este redată experiența internațională, atât pozitivă, cât și negativă, în implementarea lor, căile de înlăturare a riscurilor caracteristice fiecărei metode. De asemenea, sunt descrise rezultatele cercetărilor recente privind factorii care influențează performanțele sistemului medical. Este expusă sinteza diferitor abordări ale noțiunilor de ”accesibilitate” și ”calitate” a serviciilor medicale, eficacitate a procesului de contractare etc. Sunt analizate posibilitățile cuantificării pieței serviciilor medicale prin intermediul sistemelor de indicatori.

2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE

Lucrarea reprezintă o cercetare complexă, întemeiată pe studii cantitative, calitative și experimentale, ele fiind desfășurate în conformitate cu specificul specialității ”Medicină Socială și Management”. În procesul de studiu au fost utilizate următoarele metode de cercetare: istorică, de observație (statistică și prin expertiză), sociologică, metoda abstracției științifice, metoda unității dintre analiză și sinteză, economică, experimentală (de modelare) ș.a. În calitate de obiect al cercetării a servit sistemul de plată pentru serviciile medicale în cadrul AOAM. Printre subiectele cercetate au fost tendințele de dezvoltare a metodologiilor de procurare a serviciilor medicale; manifestarea avantajelor și dezavantajelor metodelor utilizate de plată în diferite perioade de timp; influența metodelor de plată asupra accesibilității și calității serviciilor furnizate; particularitățile influenței metodelor de plată asupra comportamentului instituțional al furnizorilor de servicii medicale; așteptările beneficiarilor sistemului AOAM. După volumul eșantioanelor studiile au fost integrale și selective. Prin studii integrale a fost analizat impactul implementării și utilizării metodelor de plată de bază pentru finanțarea tuturor tipurilor de

asistență medicală, mecanismelor de plată pentru performanță, mecanismelor de procurare a medicamentelor compensate, impactul sistemului de plată pe caz tratat asupra asistenței medicale spitalicești, evaluarea opiniei conducătorilor instituțiilor spitalicești referitor la impactul finanțării spitalelor pe baza mecanismului de plată pe caz tratat pe profil ș.a. Studiile selective s-au realizat în funcție de necesitatea atingerii unor obiective specifice: privind estimarea coeficienților de utilizare a resurselor în cadrul elaborării mecanismului de indexare la risc de vârstă în AMP, pentru a examina eficacitatea mecanismului de plată pe DRG în comparație cu mecanismul anterior de plată pe caz tratat, estimarea stimulentei sistemului DRG asupra tendințelor de stopare a creșterii nivelului de spitalizare, tendințelor de supracodificare ș.a.

În cadrul cercetării au fost modelate: procesul de contractare a spitalelor pe bază de DRG după principiul de buget neutru și tarif propriu pe spital; impactul acceptării bugetelor induse de activitate asupra sistemului spitalicesc; schimbările în finanțarea sistemului spitalicesc, care ar fi apărut în rezultatul primei etape de unificare a tarifelor de bază proprii pe datele inițiale ale anului 2013; coeficienții de ajustare a unor valori relative, cu aplicabilitate selectivă, pentru rezolvarea problemei de subfinanțare a grupurilor de cazuri tratate cu utilizarea consumabilelor costisitoare ș.a.

3. ELABORAREA MODELULUI DE CONTRACTARE A SERVICIILOR MEDICALE PENTRU PERIOADA DE IMPLEMENTARE A ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ.

Implementarea AOAM a determinat necesitatea inițierii în Republica Moldova a pieței serviciilor medicale și a condiționat elaborarea conceptelor de procurare și contractare a acestora.

Elaborarea mecanismelor de plată pentru serviciile de AMP, a fost începută cu analiza comparativă a metodelor potențiale pentru utilizare, per capita și per serviciu, în următoarele dimensiuni: 1) Accesul populației la serviciile medicale; 2) Impactul asupra rezultatelor finale ale tratamentului; 3) Costul tratamentului (cost-eficiența lui). Rezultatele studiului au demonstrat eficacitatea utilizării metodei per capita în calitate de metodă de bază pentru finanțarea tipurilor de asistență medicală prespitalicească [4]. Pe lângă faptul, că această formă de plată îmbunătățește relația medic - pacient, relațiile de lungă durată creând premise pentru o mai bună cunoaștere a necesităților de sănătate ale persoanelor înregistrate, în favoarea selectării metodei menționate au servit și următoarele argumente: 1) tratamentul pacientului nu este influențat de profitabilitatea anumitor activități care în final ar putea avea un impact negativ asupra rezultatelor acestuia; 2) cheltuielile pot fi adaptate la numărul și caracteristicile persoanelor înregistrate pe listă și ca rezultat instituția poate elabora un program adecvat de activități curative, de dispensarizare și profilactice; 3) oferă previzibilitate privitor la resursele financiare care pot fi utilizate, inclusiv pentru salarizarea medicilor; 4) simplitate în implementarea și

calcularea sumelor pentru finanțare; 5) prestatorii de asistență medicală erau foarte mari (în cadrul AMP, pentru populația întregului raion, contractul se încheia cu un singur CMF), ceea ce făcea ca diferențele demografice și de morbiditate între teritoriile de deservire ale diferitor prestatori să nu fie semnificative; 6) metoda nu presupunea riscul depășirii sumelor contractuale.

Paralel cu avantajele plății per capita, în favoarea utilizării ei au servit și dezavantajele depistate ale scenariului utilizării plăților per serviciu, cele mai importante fiind tendința spre inflația tarifelor la serviciile medicale, stimulentele de prestare a serviciilor peste necesități, dar și costurile administrative mari. Suplimentar, la elaborarea Strategiei de procurare a AMP s-a ținut cont de faptul că această asistență cuprinde un spectru foarte larg de servicii, ceea ce face utilizarea metodelor per serviciu extrem de complicată. Cât privește situația din Republica Moldova în acea perioadă, o listă bine determinată a serviciilor primare cu desăvârșire lipsea, și în consecință dezvoltarea mecanismelor retrospective de plată, bazate pe decontări de servicii a fost imposibilă [4, 8, 10].

La elaborarea *strategiei de procurare a AMU* s-a ținut cont de un șir de particularități de dezvoltare a serviciului menționat în perioada respectivă. Deși, în baza analizei experienței internaționale, se știa că metoda optimă pentru contractarea serviciului de urgență prespitalicească este finanțarea prin buget global, acesta fiind un serviciu „de veghe”, totuși, a fost considerat că pentru perioada de implementare a AOAM această metodă ar fi nepotrivită. Cauza acestei decizii a fost accesul foarte jos al populației la acest tip de servicii medicale (în anul 2003 - 168 solicitări la 1000 populație) [2]. Situația s-a creat în rezultatul degradării bazei tehnico-materiale a serviciului de urgență, care a avut loc la sfârșitul anilor `90. O asemenea situație dezastruoasă putea fi corijată doar prin metode active de procurare a serviciilor medicale, care ar stimula productivitatea. În baza celor expuse, pentru anul 2004, prestatorii de asistență medicală de urgență prespitalicească au fost contractați după metoda de plată “per serviciu”. Sub “serviciu” se înțelegea solicitarea deservită. Programul unic prevedea lista urgențelor medico-chirurgicale și tipurilor de transport medical asistat ce au ținut de serviciul prespitalicesc de asistență medicală urgentă. În rezultatul implementării acestui sistem de plată a avut loc sporirea accesibilității la serviciile de urgență la etapa prespitalicească, nivelul solicitărilor deservite crescând de la 162,4‰ în anul 2002 până la 254,6‰ în 2005.

Strategia de procurare a AMS. Către anul 2004, asistența medicală spitalicească a fost finanțată prin metoda de „buget” pentru îndeplinirea minimului garantat. O altă sursă de venit pentru spitale o constituiau serviciile contra plată, ceea ce în condițiile veniturilor mici ale gospodăriilor casnice, a dus la scăderea vădită a accesibilității la serviciile spitalicești. Acest fapt a fost menționat în calitate de punct slab în cadrul analizei SWOT și a servit temei pentru trasarea obiectivului de sporire a accesibilității la aceste servicii. Pentru redresarea situației a fost

propusă trecerea la mecanismul de plată pe „caz tratat”. Odată cu implementarea lui a fost făcută o schimbare radicală a mecanismului de finanțare, acum instituțiile spitalicești urmând a fi retribuite în funcție de volumul real efectuat de activitate [7, 8].

Trecerea la noul mecanism de finanțare a impus definirea unităților de măsură a volumelor de asistență medicală care urmau a fi utilizate pentru încheierea contractelor cu instituțiile spitalicești. Până la finele anului 2003, evaluarea volumelor de asistență medicală se realiza prin relatare la profilul secției. Specificarea profilurilor se efectua în baza „Nomenclatorului unificat al profilurilor patului”, elaborat de Centrul Științifico-Practic de Sănătate Publică și Management Sanitar în anul 2000. Nomenclatorul menționat specifică în total 69 de profiluri. Analizând grupurile de cazuri tratate, formarea cărora reieșea din documentul în cauză, au fost depistate următoarele neajunsuri: 1) Divizarea profilurilor a fost bazată pe principii exclusiv medicale. Pe vremuri, aceasta putea satisface necesitățile clinice, dar odată cu implementarea plății pe caz tratat, ea nu mai putea satisface cerințele sistemului de finanțare a sectorului spitalicesc. Imperativ al timpului a devenit necesitatea divizării profilurilor pe principii economice; 2) O serie de profiluri erau similare pentru instituțiile medicale de diferit nivel, deși caracterul îngrijirilor prestate diferea mult. Pentru a diminua aspectele negative ale divizării cazurilor tratate după nomenclatorul menționat, s-a recurs la aprecierea unor costuri diferite pentru profilurile similare ale instituțiilor spitalicești de diferit nivel. Astfel, la baza primei contractări au fost puse 120 de costuri ale cazurilor tratate. În urma implementării mecanismului menționat de procurare a serviciilor spitalicești a avut loc creșterea numărului de cazuri tratate la 1000 populație de la 139 în a. 2002 la 165 în a. 2005, sau cu 18,7%. Aceasta ne permite să afirmăm că, scopul de sporire a accesibilității la serviciile spitalicești prin intermediul stimulentei mecanismului de plată propus a fost atins.

Rezultatele obținute au permis să concluzionăm că, în condițiile reale din Republica Moldova, sporirea accesului la serviciile medicale de asistență medicală de urgență la etapa prespitalicească și asistență medicală spitalicească, au putut fi atinse prin implementarea formelor de plată per serviciu: per solicitare în cazul AMU și respectiv per caz tratat în cazul AMS. Sistemul de plată elaborat pentru perioada de demarare a AOAM a fost eficace, deoarece a fost simplu și pe înțelesul tuturor actorilor implicați, iar mecanismele selectate au permis încadrarea lentă în noile condiții de plată fără a compromite implementarea AOAM. Modelul elaborat de contractare a prestatorilor de servicii medicale (atât forma contractului, cât și schema circuitului informațional necesară pentru gestionarea lui) a fost adecvat sistemului de sănătate autohton, ceea ce a contribuit la succesul implementării AOAM la început în raionul pilot Hîncești, iar mai apoi pe întreg teritoriul Republicii Moldova.

4. EVOLUTIA MECANISMELOR DE PLATĂ PENTRU FINANȚAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRESPITALICEȘTI

După finalizarea perioadei de implementare a AOAM, exigențele politicilor de sănătate s-au ridicat la un nivel nou ceea ce a impus analiza corespunderii metodelor utilizate de plată noilor cerințe.

Studierea impactului utilizării metodei de plată "per capita" în calitate de metodă de bază pentru finanțarea asistenței medicale primare. Au fost efectuate următoarele studii:

1. În scopul stabilirii durabilității relației medic-pacient s-a recurs la estimarea ponderii persoanelor care nu și-au schimbat medicul de familie, iar valoarea avantajului metodei per capita privind încurajarea medicului să folosească măsuri preventive a fost cercetată prin studierea ponderii vizitelor cu scop profilactic.

2. Pentru estimarea dezavantajului metodei per capita privind sporirea neargumentată a numărului de persoane înscrise pe lista medicului de familie, a fost studiată dinamica numărului de persoane înregistrate în asistența medicală primară pe perioadele 2004-2006 (estimarea numărului de persoane se efectua după Registrul 166-e).

3. Pentru a vedea influența plății per capita asupra productivității instituțiilor de AMP:

a) în aspect cantitativ - a fost cercetată dinamica numărului total de vizite prestate în asistența medicală primară;

b) în aspect calitativ - a fost cercetată dinamica ponderii vizitelor cu scop profilactic;

c) în aspect teritorial și la nivel de asistență medicală - a fost cercetat numărul mediu de vizite la o persoană înscrisă pe listă.

4. Inechitatea plății per capita privind acoperirea volumelor acordate de asistență medicală a fost cercetată prin stabilirea diferenței costurilor medii al unei vizite, formate în diferite instituții primare.

Rezultate obținute: 1. Studiul privind estimarea ponderii persoanelor care nu și-au schimbat medicul de familie a fost bazat pe compararea 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”. Acest studiu a arătat că în perioada cercetată peste 95,0% din persoane nu și-au schimbat medicul de familie, ceea ce confirmă influența asupra durabilității relației medic-pacient. Paralel studiul a demonstrat că, contrar datelor din literatură, în Republica Moldova metoda de plată per capita nu a influențat pozitiv medicul de familie să folosească măsurile preventive și, prin urmare, acestea trebuie stimulate prin alte mecanisme.

2. Rezultatele studiului privind numărul persoanelor înregistrate la medicul de familie conform Registrului 166-e al MS pe parcursul anilor 2004-2006 au scos la iveală faptul că

numărul populației prezentat de IMS avea tendință pronunțată de creștere și către anul 2006 au fost prezentate cifre exagerat de mari privind populația înregistrată. Acestea sau întâmplat datorită dublării persoanelor pe listele diferitor instituții. 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.

3. Rezultatele cercetării impactului metodei per capita asupra productivității instituțiilor la nivel de asistență medicală sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1. Evoluția productivității în cadrul AMP pe parcursul anilor 2005 - 2010

Anul	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Numărul total de vizite la medicul de familie (în mii)	9 934	9 725	9 876	9 972	10 220	10 314
Numărul mediu de vizite la o persoană	2,8	2,7	2,8	2,8	2,9	2,9
% vizitelor cu scop profilactic	31,1	29,0	28,2	29,1	27,5	29,1

Observăm că în aspect cantitativ, numărul total de vizite la medicul de familie pe parcursul anilor 2005-2008 practic nu a suferit schimbări, situându-se la un nivel anual de aproximativ 9,9 milioane de vizite. Pentru perioada 2009-2010 observăm o sporire neînsemnată a acestui indicator – cu 2,4% în 2009 și 0,9% în 2010.

Numărul mediu de vizite al unei persoane înscrise pe lista medicului de familie a constituit circa 2,8 cu devieri pe parcursul perioadei cercetate de doar $\pm 0,1$ vizite, iar ponderea vizitelor cu scop profilactic a cunoscut o descreștere de la 31,1% în 2005 până la 27,5% în 2009.

Studiul a arătat că necătând la lărgirea pachetului de servicii medicale primare și majorarea considerabilă a volumului de finanțare (de la 239 399 mii lei în anul 2004 până la 894 535 mii lei în anul 2010), pe parcursul perioadei examinate practic nu a avut loc sporirea numărului de vizite la medicul de familie, iar ponderea vizitelor cu scop profilactic a cunoscut o descreștere.

Cât privește studiul privind numărul mediu de vizite al unei persoane la nivel de teritoriu, în cadrul acestuia a fost efectuată o cercetare integrală pentru toate teritoriile republicii. Studiul a arătat că deși tarifele per capita (și, respectiv, veniturile instituțiilor medicale pe persoană) sunt aceleași pentru întreg teritoriul republicii, volumele de activitate a instituțiilor medicale diferă semnificativ, prin urmare, plata per capita are un efect pasiv asupra productivității instituțiilor medicale.

4. Inechitatea metodei per capita privind acoperirea volumelor acordate de asistență medicală a fost cercetată prin stabilirea diferenței în costurile medii estimative a unei vizite prestate în diferite instituții primare. Studiul a fost integral și a cuprins toți prestatorii de AMP pentru perioada anului 2011. Conform datelor obținute, cel mai mic cost estimativ al unei vizite

prestate a fost în CS Colonița, el constituind 34,92 lei, iar cel mai mare în CS Sărăteni – 153,16 lei. Diferența a constituit aproximativ 440,0%, ceea ce denotă o inechitate vădită a metodei de plată per capita privind acoperirea volumelor acordate de asistență medicală.

Totalizând rezultatele obținute, putem afirma că, deși implementarea metodei de plată per capita în calitate de metodă de bază pentru procurarea serviciilor primare a fost un pas corect din punctul de vedere al cost-eficienței, avantajelor și nivelului de dezvoltare a AMP în Republica Moldova, totuși această metodă are o serie de dezavantaje esențiale. Problema urmează a fi soluționată nu prin schimbarea metodei de plată per capita, ci prin găsirea unei combinații de metode care ar permite neutralizarea dezavantajelor acesteia.

Optimizarea sistemului de finanțare a AMP în scopul corectării neajunsurilor plății prin metoda „per capita”. În urma analizei impactului utilizării metodei de plată per capita pentru finanțarea asistenței medicale primare, au fost stabilite trei direcții principale pentru corectarea neajunsurilor depistate: 1) Îmbunătățirea formării listelor persoanelor înregistrate la medicii de familie care ulterior sunt puse la baza calculului per capita; 2) Sporirea echității privind acoperirea volumelor acordate de asistență medicală; 3) Creșterea influenței asupra productivității instituțiilor medicale.

Obiectivizarea formării bugetelor pe baza metodei per capita prin îmbunătățirea înregistrării populației la medicul de familie. Unul din aspectele esențiale ale utilizării cu succes a plății per capita ține de corectitudinea estimării numărului de persoane în baza căruia se calculează bugetele contractuale. Evidența acestor persoane de obicei se duce în asistența medicală primară, iar ulterior este utilizată în scopul contractării și altor tipuri de asistență medicală pentru populația teritoriului respectiv. Pentru perioada implementării asigurărilor obligatorii de sănătate, drept sursă pentru estimarea numărului de persoane înregistrate în instituția medico-sanitară primară a servit Registrul 166-e. La scurt timp după aceasta, conduși de motivația de maximizare a veniturilor, prestatorii au început înregistrarea necontrolată a persoanelor, astfel încât una și aceeași persoană deseori era înregistrată pe listele mai multor instituții medicale. Din aceste considerente, începând cu anul 2007, s-a trecut la utilizarea datelor preluate de la Biroul Național de Statistică. La planificarea volumului de finanțare a fost luat în calcul numărul estimativ de persoane asigurate și, respectiv, neasigurate din numărul total al populației prezente conform datelor Biroului menționat. Însă aceste date au fost estimate pe teritorii, dar nu pe instituții medico-sanitare, ceea ce cauza probleme mari la repartizarea persoanelor teritoriului în cazul în care acesta era deservit de mai multe instituții medicale. Cele menționate au impus căutarea unor noi soluții pentru estimarea numărului de persoane înregistrate. Astfel, la începutul anului 2008 noi am elaborat principiile unui nou model de înregistrare a persoanelor în instituțiile medico-sanitare primare, care a permis excluderea

dublărilor în înregistrări [9]. 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, a fost conceput, elaborat și testat sistemul 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. Înregistrarea populației după metoda nouă a scos la iveală un tablou demografic diferit de cel preluat de la Biroul Național de Statistică, permițând stabilirea persoanelor afiliate atât la nivel de teritoriu, cât și la nivel de prestator.

Pentru a studia impactul implementării noului mecanism de înregistrare la medicul de familie, a fost efectuat studiul dinamicii numărului de persoane înregistrate în asistența medicală primară, fiind comparate două perioade: 2004-2006 (estimarea numărului de persoane se efectua după Registrul 166) și 2009-2011 (estimarea se efectua conform noului mecanism). Studiul a demonstrat că după implementarea evidenței electronice a datelor, tendința de majorare neargumentată a numărului de persoane înregistrate la medicul de familie a fost stopată și a încetat a fi dezavantaj al metodei de plată per capita.

Sporirea echității plății per capita privind acoperirea volumelor acordate de asistență medicală. Pentru sporirea echității plății per capita, de obicei se recurge la ajustare la diferite riscuri, cele mai des întâlnite fiind ajustările la risc de vârstă, sex, mediu de reședință și categorie socială. Implementarea "Registrului persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară" a creat posibilitatea aplicării metodei de ajustare a sumelor per capita la risc de vârstă, dezvoltarea acestui sistem devenind scopul cercetărilor noastre de mai departe. Pregătirea procesului de ajustare la risc de vârstă s-a desfășurat în câteva etape. Au fost selectate instituțiile medico-sanitare primare de diferit nivel, considerate drept etalon de prestare a serviciilor. A fost efectuat un studiu privind vizitele efectuate de către medicul de familie pentru diferite categorii de vârstă a populației deservite. Prin relatarea numărului de vizite prestate la numărul de persoane care făceau parte din categoria respectivă de vârstă a fost obținut nivelul de acoperire cu vizite pentru diferite categorii de vârstă. Ulterior, prin combinare, au fost formate 3 categorii de vârstă: 1- de la 0 - până la 4 ani 11 luni 29 zile; 2- de la 5 - până la 49 ani 11 luni 29 zile; 3- de la 50 ani și peste. Apoi au fost calculați coeficienții de utilizare a resurselor instituției medico-sanitare pentru deservirea categoriilor menționate de vârstă. Procesul de ajustare la risc de vârstă a sumelor „per capita” în varianta propusă a fost implementat în practică începând cu anul 2010, fiind pus la baza contractării tuturor prestatorilor de asistență medicală primară din țară.

Urmează a fi menționat faptul că, deși ajustarea la riscuri sporește obiectivitatea formării bugetelor, ea totuși păstrează caracterul pasiv al formei generale de plată. Întru corectarea acestui neajuns, schema de plată trebuie suplinită prin metode active de influență asupra productivității instituțiilor medicale.

Sporirea influenței sistemului de plată asupra productivității instituțiilor medicale.

Pentru influență asupra productivității instituțiilor medicale este nevoie de includere în schema de finanțare a metodelor active de plată - per caz tratat, per serviciu, și a bonificației [18, 22]. Începând cu anul 2006, în cadrul AOAM, a fost elaborată și implementată o formă complementară nouă de plată pentru AMP - metoda „per caz tratat în condiții de ambulatoriu”. Această metodă se folosea pentru remunerarea cazurilor de maladii cu diagnosticul confirmat, ce au avut indicații pentru tratament spitalicesc, însă au lipsit contraindicațiile pentru tratament în condiții de ambulatoriu. Cazul tratat în condiții de ambulatoriu a fost asigurat cu medicamente și consumabile de către instituțiile medico-sanitare primare, aceste cheltuieli fiind incluse în tarif. Lista maladiilor care puteau fi tratate cuprindea 21 de poziții. Lista medicamentelor de care puteau beneficia persoanele asigurate cuprindea 104 poziții.

Cât privește utilizarea metodelor active de plată per serviciu și bonificare, acestea au fost utilizate pe larg în schemele de finanțare a AMP, pentru sporirea accesibilității și calității serviciilor medicale primare. Astfel, începând cu anul 2005, pentru prima dată în Republica Moldova, paralel cu plata per capita a fost implementată plata pentru atingerea unor rezultate: bonificația pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate. Această combinație de plăți a fost introdusă în schema de finanțare a AMP și AMU [6, 8, 10].

Pentru a evalua influența introducerii noii metode de plată asupra domeniilor implicate noi am recurs la studierea dinamicii îndeplinirii indicatorilor menționați pe parcursul anului de activitate. Studiul a fost selectiv. Din lista indicatorilor au fost selectați cei mai reprezentativi 2 indicatori: % gravidelor luate la evidența cu sarcina de până la 12 săptămâni și % de femei peste 20 ani examinate citologic în cadrul examenului ginecologic profilactic. Instituțiile medicale au fost selectate după următorul principiu: au fost apreciate câte 5 IMS care în trimestrul I au arătat cele mai joase performanțe în domeniul indicatorilor selectați. Rezultatele studiului au arătat că introducerea bonificației a sporit prestarea serviciilor prevăzute de indicatorii respectivi (indicatorul 1: CMF Fălești de la 25,0% până la 87,5%; CMF Criuleni de la 48,4% până la 82,4%; indicatorul 2: CMF Criuleni de la 8,0% până la 31,3%; CMF Cahul de la 20,0% până la 65,7%) și, prin urmare, acest mecanism de finanțare poate fi considerat bun pentru corecția pasivității plății per capita în contextul sporirii accesului la serviciile medicale.

Pentru a studia părerea conducătorilor instituțiilor medicale primare privind noul mecanism de plată s-a recurs la interviuarea acestora. În cadrul fiecărui interviu a fost

completată o anchetă ce prevedea răspunsul la două întrebări prin care managerii au fost rugați: 1) să se expună dacă consideră că noul mecanism de plată este stimulatoriu în privința prestării serviciilor vizate; 2) să se expună asupra neajunsurilor depistate a noului mecanism de plată prin bonificare. Studiul a fost integral, interviul fiind efectuat în cadrul negocierii contractelor pentru anul 2006. În total au fost completate 58 chestionare, după prelucrarea cărora a fost primit următorul rezultat (Tabelul 2).

Tabelul 2. Rezultatele interviuării conducătorilor instituțiilor medicale primare privind noul mecanism de plată prin bonificare (abs.,%)

Indicator	Abs.	%
Consideră mecanismul de bonificare stimulatoriu în privința prestării serviciilor vizate de indicatorii de performanță	58	100%
Neajunsuri depistate:		
Lipsa unui regulament care ar prevedea mecanismul de redistribuire a banilor câștigați de instituția medicală în urma îndeplinirii indicatorilor	19	32,8%
Activitatea necalitativă a unui număr mic de medici poate duce la neîndeplinirea indicatorului pe întreaga instituție	10	17,2%

Rezultatul interviuării a arătat că, toți conducătorii instituțiilor medicale primare au menționat caracterul pozitiv stimulator al noii metode de plată, dar au fost scoase în evidență și unele neajunsuri ale acesteia. Astfel, 32,8% din intervievați au atras atenția asupra lipsei unui regulament care ar stipula clar mecanismul de redistribuire a banilor câștigați de instituția medicală în urma îndeplinirii indicatorilor, iar 17,0% din intervievați au atras atenția asupra faptului că activitatea necalitativă a unui număr mic de medici putea duce la neîndeplinirea indicatorului pe întreaga instituție și, în final, aveau de suferit toți medicii, inclusiv cei care au avut performanțe în îndeplinirea indicatorilor. Ultimul neajuns menționat trebuie considerat drept dezavantaj al metodei de bonificare, dar care nu intră în contradicție cu caracterul stimulator al acesteia.

Pentru anul 2007, formele de plată pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță au fost modificate. Suplimentar la bonificare pentru supravegherea persoanelor cu hipertensiune arterială (la atingerea rezultatului volumul de finanțare se aprecia „per capita”), a fost introdusă plata per serviciu pentru unele activități ale medicului de familie și echipei sale.

Pentru anii 2008-2009, lista indicatorilor practic nu a suferit schimbări, iar pentru anul 2010, ca urmare a influenței crizei financiare mondiale, bonificația pentru indicatorii de performanță a fost sistată. Este important să menționăm că, către acest timp a fost introdusă ajustarea la risc de vârstă a sumelor per capita, ceea ce a obiectivat estimarea volumelor de finanțare a prestatorilor de asistență medicală primară. Totuși, cu timpul s-a resimțit faptul că ambele metode utilizate (per capita și ajustare la risc de vârstă) sunt pasive, iar plățile efectuate pe

baza lor nu sunt influențate de activitatea instituției medicale. Din aceste considerente, începând cu anul 2011, plățile pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță au fost reintroduse în schema de finanțare a AMP. Deși, în denumire indicatorii nu au suferit schimbări în comparație cu cei utilizați până în anul 2009, criteriile de îndeplinire a indicatorilor, pe lângă cerințe cantitative, au început să prevadă și cerințe calitative [10].

Următorul pas pe calea dezvoltării indicatorilor de performanță a fost făcut în anul 2013. Neajunsurile care sau dorit a fi corectate: - Numărul mic de indicatori și sfera lor îngustă nu permitea obținerea plăților pentru performanță acelor IMS care nu aveau pe listă persoane din contingentele respective. Totodată, unele din aceste IMS aveau atinse performanțe esențiale în alte domenii de activitate medicală, dar acestea rămâneau neremunerate; - La neîndeplinirea sumei totale destinate indicatorilor, aceasta rămânea nevalorificată; - Cota procentuală de finanțare pentru indicatorii de performanță (care constituia 4,0%) nu era atractivă pentru unele instituții, deoarece salariul maxim calculat în baza regulamentului de salarizare putea fi obținut și fără a îndeplini acești indicatori ș.a. Pentru soluționarea problemelor expuse s-a recurs la:

- Majorarea numărului de indicatori (22 de indicatori) și lărgirea domeniilor în care aceștia sunt implicați;
- Găsirea unei soluții care ar permite valorificarea întregii sume destinate plăților pentru indicatorii de performanță prin distribuirea sumelor nevalorificate de unii prestatori la prestatorii care au “supraîmplinit” indicatorii. În acest scop, s-a trecut la estimarea valorii indicatorului în puncte. Schema elaborată prevedea că: volumul bonificației se estimează lunar în funcție de numărul de puncte acumulate de instituția medico-sanitară și valoarea calculată a unui punct. Valoarea unui punct se calculează lunar prin raportarea 1/12 parte a quantumului anual pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță la numărul total de puncte acumulate și raportate de prestatorii de AMP pentru luna respectivă;
- Majorarea cotei destinate indicatorilor de performanță, astfel ca remunerările să fie atractive și să încurajeze îndeplinirea acestora. În acest scop, suma pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță a fost majorată pentru anul 2013 până la 148 933,0 mii lei sau 15,0% din suma totală alocată pentru asistența medicală primară;
- Numirea persoanelor (Comisiei de evaluare) responsabile de monitorizarea permanentă a activităților de realizare a indicatorilor de performanță și verificarea documentației medicale primare în vederea corespunderii cerințelor pentru validarea indicatorilor;
- Implicarea întregului personal, în special a asistenților medicali, în îndeplinirea indicatorilor de performanță;
- Motivarea personalului medical implicat în realizarea indicatorilor de performanță, cu asigurarea stabilirii premiilor în funcție de aportul fiecăruia la îndeplinirea indicatorilor.

În scopul analizei rezultatelor implementării mecanismului de plată pentru performanță în concepția menționată, au fost efectuate următoarele cercetări:

- estimarea diapazonului de îndeplinire a sumelor estimative pentru prestatorii contractați;

- studiul dinamicii acumulării numărului total de puncte pentru îndeplinirea indicatorilor;
- studiul dinamicii complexității unui serviciu mediu prestat;
- evaluarea impactului mecanismelor de plată pentru performanță, în varianta expusă, asupra rezultatelor scontate [6].

Pornind de la conceptul că o metodă de plată eficace trebuie să aducă diferențe în finanțarea unei instituții "bune" în comparație cu o instituție "mai puțin bună", noi am recurs la estimarea diapazonului de îndeplinire a sumelor estimative pentru prestatorii contractați. Prezența unui diapazon mic ar însemna că metoda de plată pentru indicatori în concepția prezentată este ineficace. Studiul a fost integral. Astfel, pentru fiecare din 180 de instituții primare contractate în anul 2013, suma acceptată spre plată pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță a fost relatată la suma estimativă pentru indicatori, specificată în contract. Drept normală a fost considerată îndeplinirea sumei estimative în diapazonul 90-110%. În acest diapazon s-au încadrat 70 de instituții medicale, ceea ce a constituit 38,9%. Au depășit pragul de 110% 52 de instituții (28,9%). Lideri în acest grup au fost CS Vălcineț, CS Chetriș, CS Dănuțeni, CS Vădeni, CS Mărandeni. Nu au ajuns pragul de 90% îndeplinire 58 de instituții (32,2%). "Lideri" în acest grup au fost Spitalul Clinic al MS, SRL Sancos, CS Filipeni, SRL Dac Slav Biznes, CS Lăpușna-Pășani. Îndeplinirea sumelor estimative a fost în diapazonul de 17,1%-166,0%, ceea ce a constituit o diferență între cea mai mare supraîmplinire și neîndeplinire de 9,7 ori. Prezența unui diapazon atât de mare demonstrează eficacitatea mecanismului elaborat de plată pentru performanță și argumentează necesitatea menținerii lui.

O altă cercetare a rezultatelor implementării noului mecanism a constat în studierea dinamicii acumulării numărului total de puncte pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță.

Pe parcursul primelor trei luni, numărul acumulat de puncte a avut tendință spre creștere. Astfel, dacă în prima lună au fost acumulate 1 736 932 puncte, apoi în luna a treia au fost acumulate 2 818 505 puncte, ceea ce e cu 62,3% mai mult. Însă, pe parcursul următoarelor două luni, acest indicator a descrescut până la nivelul de 1 936 627 puncte. În lunile următoare, numărul de puncte acumulate a fost relativ stabil, ținând cont de legitatea adresabilității sezoniere (diminuare în lunile august-septembrie și majorare în ultimele două luni ale anului). Întrebările firești în acest context sunt: Din care cauză a descrescut numărul de puncte acumulate caracteristic primelor trei luni de activitate? S-a întâmplat oare aceasta din cauza descreșterii numărului de servicii prestate sau din cauza că a descrescut „complexitatea în puncte” a serviciului mediu prestat? Pentru a răspunde la aceste întrebări, a fost efectuat studiul comparativ al evoluției numărului de servicii prestate pe parcursul anului și evoluției valorii medii a unui serviciu prestat. Rezultatele studiului sunt prezentate în figura 1.

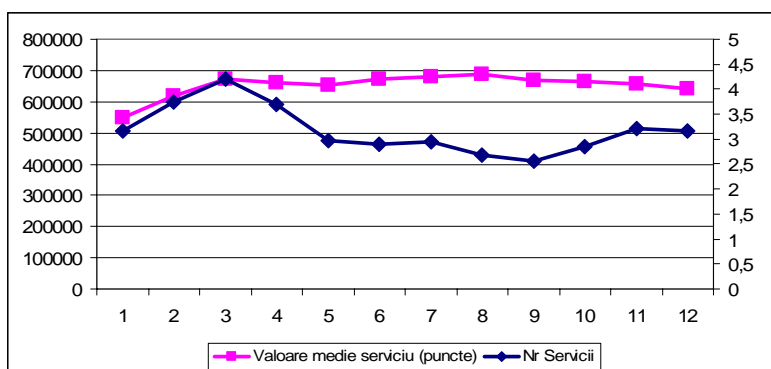


Fig. 1. Evoluția numărului de servicii prestate și a valorii medii a unui serviciu prestat.

Observăm că valoarea medie a unui serviciu prestat nu s-a micșorat, ceea ce înseamnă că diminuarea numărului de puncte acumulate a fost cauzată de scăderea numărului de servicii prestate. Din diagramă se vede că numărul de servicii prestate la finele anului este același ca și la începutul lui (~500 000), însă valoarea medie a unui serviciu prestat pe parcursul perioadei menționate a avut tendință spre creștere și în luna decembrie a fost cu 16,6% mai mare ca în ianuarie. De fapt, aceasta înseamnă că instituțiile medicale au preferat nu să presteze un număr cât mai mare de servicii (tendință caracteristică pentru lunile 1-3), ci să presteze servicii mai complexe (tendință caracteristică pentru lunile 3-12).

Un alt aspect al cercetării a ținut de evaluarea impactului implementării mecanismelor de plată pentru performanță, în varianta expusă, asupra rezultatelor scontate (nivelului de sănătate al populației). Pentru studiu au fost selectate două sfere de presupusă influență a indicatorilor de performanță: afecțiunile cerebrovasculare acute și patologii oncologice depistate în stadiile precoce. Pe fondul perioadelor de acțiune a indicatorilor de performanță respectivi, a fost cercetată dinamica următorilor indicatori: Numărul cazurilor noi de hemoragie subarahnoidiană; Numărul cazurilor noi de hemoragie intracerebrală; Ponderea cazurilor noi depistate cu tumori maligne în stadiul avansat (gr. III-IV). Rezultatele studiului sunt prezentate în figurile 2 și 3.

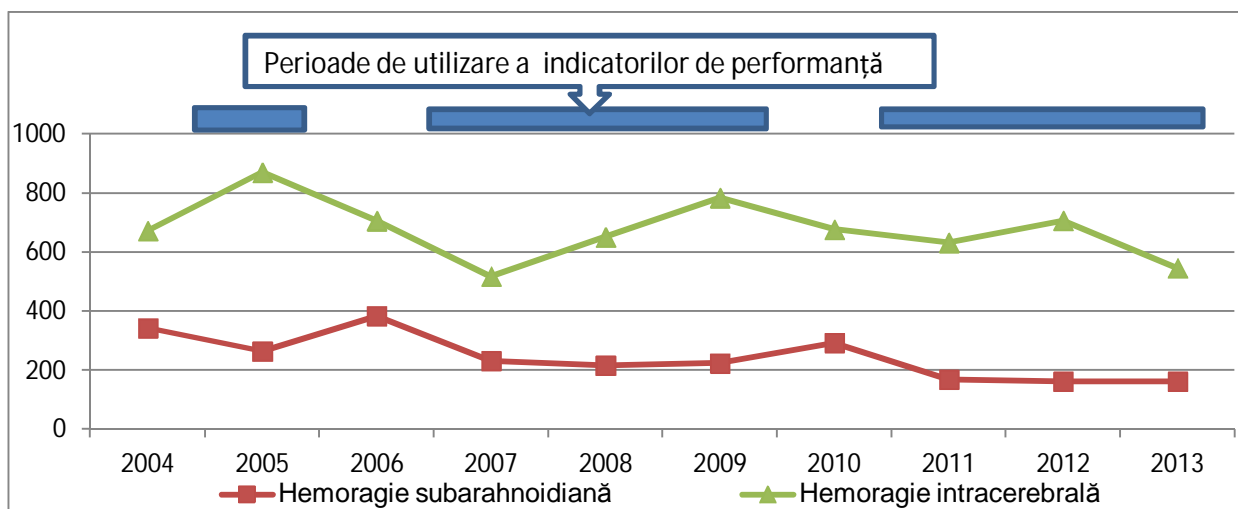


Fig. 2. Dinamica numărului cazurilor noi de hemoragie subarahnoidiană și intracerebrală apărute pe fondul perioadelor de utilizare a indicatorilor de performanță.

Datele din figură arată că diminuările complicațiilor hipertensiunii arteriale nu se află în dependență directă de acțiunea indicatorilor respectivi, ba mai mult de atât, pe fondul lor, pe parcursul anilor 2007-2009 a avut loc o sporire semnificativă a numărului de hemoragii intracerebrale.

O situație similară a demonstrat și cercetarea ponderii cazurilor noi depistate cu tumori maligne în stadiul avansat (gr. III-IV). Deși a fost așteptat ca indicatorii de performanță să stimuleze depistarea cazurilor oncologice în stadiile precoce, în realitate acest lucru nu s-a întâmplat, iar scăderea ponderii cazurilor în stadiul avansat a avut loc în perioada 2010-2012, când schema de finanțare a AMP nu includea indicatorii de performanță menționați.

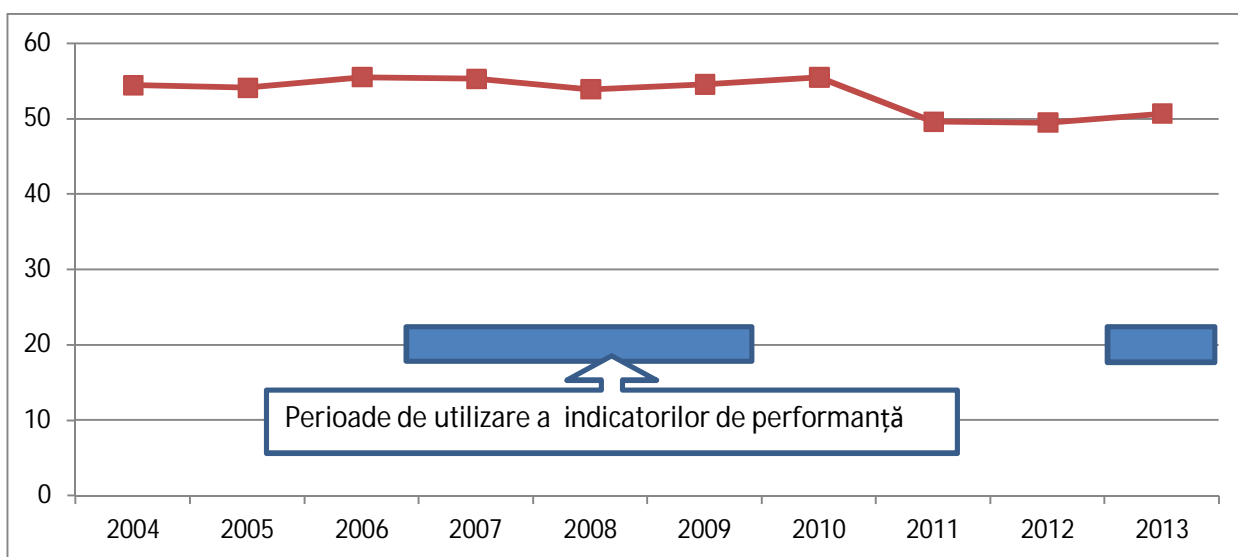


Fig. 3. Dinamica cazurilor noi depistate cu tumori maligne în stadiul avansat (gr. III-IV) apărute pe fondul perioadelor de utilizare a indicatorilor de performanță.

Prin urmare, deși indicatorii de performanță utilizați în Republica Moldova au influențat productivitatea instituțiilor primare în segmentele antrenate, ei nu au influențat atingerea rezultatelor scontate ce au ținut de nivelul stării de sănătate a populației.

Evoluția mecanismelor de procurare a medicamentelor compensate în cadrul AOAM. Compensarea din fondurile AOAM a costurilor medicamentelor a fost implementată începând cu anul 2005, ținând cont de numărul mare al maladiilor ce pot fi tratate în condiții de ambulatoriu și de faptul că cheltuielile pentru medicamente constituie o povară foarte însemnată pentru pacienți.

În scopul cercetării accesului persoanelor asigurate la medicamentele compensate din fondurile AOAM, au fost studiate: 1) Modificările grupurilor de medicamente compensate incluse în lista medicamentelor parțial/integral compensate din fondurile AOAM; 2) Dinamica cheltuielilor efective pentru acoperirea medicamentelor compensate; 3) Dinamica numărului de

farmacii contractate cu CNAM; 4) Dinamica numărului de rețete compensate eliberate beneficiarilor sistemului AOAM. Studiile au cuprins perioada anilor 2005-2012. Rezultatele obținute demonstrează că pe parcursul perioadei studiate, în cadrul AOAM a avut loc o sporire considerabilă a accesului persoanelor asigurate la medicamente compensate, fapt demonstrat prin: creșterea de 22,5 ori a cheltuielilor efective pentru acoperirea procurării medicamentelor compensate; extinderea de 9 ori a listei medicamentelor compensate în aspectul Denumirilor Comune Internaționale; majorarea de 2,6 ori a numărului contractelor încheiate între instituțiile farmaceutice și CNAM; creșterea de 4,4 ori a numărului de rețete compensate, eliberate beneficiarilor sistemului.

Un alt aspect al cercetării a fost axat asupra optimizării metodei de estimare a sumelor pentru procurarea medicamentelor compensate. Experiența internațională denotă faptul, că sumele destinate medicamentelor compensate, de obicei, se depășesc. Aceasta impune plafonarea sumelor respective. Pe parcursul anilor 2005-2007, suma-limită de finanțare a teritoriului pentru medicamente compensate a fost calculată după principiul „per capita”. Deseori aceasta ducea la situații în care, unele instituții nu îndeplineau prevederile contractuale, pe când altele semnificativ le supraîndeplineau. Pentru evitarea unor asemenea situații, a fost efectuat un studiu privind evaluarea eficienței utilizării metodei „per capita” pentru aprecierea sumelor-limită destinate acoperirii cheltuielilor pentru medicamente compensate, care s-a bazat pe cercetarea uniformității necesităților în medicamente compensate la nivel de instituție contractată. Uniformitatea acestor necesități a fost estimată prin compararea ratelor principalelor contingente de consumatori de medicamente compensate, afiliați prestatorilor de asistență medicală primară.

Cercetarea a fost efectuată în două etape. La prima etapă au fost stabilite principalele contingente de consumatori ai medicamentelor compensate, rezultatul fiind: Femei gravide; Copii cu vârsta 0-5 ani; Bolnavi cu hipertensiune arterială (HTA); Bolnavi cu diabet zaharat de tip II insulinoindependent; Bolnavi cu afecțiuni psihice (schizofrenie și epilepsie). La etapa a doua a fost calculată rata fiecărui contingent din populația totală înregistrată în instituția respectivă. Studiul a fost integral, fiind efectuat pentru 94 instituții medico-sanitare primare. Cercetarea a cuprins perioada anului 2007. Au fost obținute următoarele rezultate: 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 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 bolnavilor 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.

Studiul convingător a arătat că, ponderea principalelor contingente de consumatori de medicamente compensate diferă semnificativ de la o instituție medico-sanitară la alta. Prin urmare, diferă și necesitățile în asemenea medicamente, ceea ce demonstrează că metoda „per capita” nu este o metodă eficientă pentru estimarea sumelor-limită de finanțare a medicamentelor compensate.

În scopul îmbunătățirii sistemului de plată, în anul 2008, noi am elaborat și implementat o metodologie nouă de estimare a sumei-limită, care prevedea ajustarea acesteia la riscul demografic și riscul de morbiditate a populației înregistrate în instituția medico-sanitară conform grupurilor principalilor utilizatori de medicamente compensate [5]. Pentru a cerceta impactul implementării metodei expuse, a fost efectuată analiza dinamicii procentului de îndeplinire a sumelor-limită estimate în anii 2006-2011 pentru 15 instituții medico-sanitare divizate în 3 loturi: Lotul 1 – cinci instituții medico-sanitare lideri în depășirea sumei-limită apreciate prin metoda „per capita” pe parcursul anilor 2006-2007; Lotul 2 – cinci instituții medico-sanitare cu îndeplinire satisfăcătoare a sumei-limită; Lotul 3 – cinci instituții medico-sanitare lideri în neîndeplinirea sumei-limită.

Studiul a arătat că în lotul liderilor în depășirea sumelor-limită, procentul de depășire s-a redus semnificativ, revenind la normal (de la 122,1%-239,9% până la 99,8%-103,2%); în lotul liderilor în neîndeplinirea sumelor-limită, procentul de valorificare a acestora s-a mărit, ajungând la normal (de la 33,8%-38,2% până la 98,2%-103,1%), iar în lotul instituțiilor care au avut o îndeplinire satisfăcătoare a sumelor destinate medicamentelor compensate, metodologia propusă a păstrat această stare de lucruri. Prin urmare, metoda elaborată de ajustare a sumei-limită la risc demografic și risc de morbiditate reflectă mai corect necesitățile persoanelor afiliate în medicamente compensate.

Referitor la mecanismele de finanțare a altor tipuri de asistență medicală prespitalicească, în cadrul studiului a fost demonstrat că, versiunea actuală de utilizare a formei de plată per capita pentru serviciile AMSA nu asigură o remunerare echitabilă a prestatorilor, deoarece nu ține cont de faptul că caracteristicile de structură și de activitate a acestora diferă semnificativ. Asigurarea cu cadre la 10 000 populație se află în diapazoanele: medici specialiști (3,8-15,6 funcții ocupate; 3,3-10,9 persoane fizice), cadre medii (3,7-41,8 funcții ocupate; 3,9-34,6 persoane fizice), alt personal (0,0-42,0). Asigurarea cu specialiști de profil (Cardiologi 0-0,37; Endocrinologi 0-0,37,

Pediatri 0-0,91; Chirurgi 0-1,04). Numărul de vizite efectuate la un medic specialist, relatate la o persoană a teritoriului deservit (la cardiolog 0-0,183; la endocrinolog 0-0,191; la pediatru 0-0,412; la chirurg 0,071-0,317).

Formele de plată utilizate în contractarea asistenței medicale de urgență la etapa prespitalicească, serviciilor de înaltă performanță și în cadrul îngrijirilor medicale la domiciliu sunt eficiente pentru nivelul actual de dezvoltare a acestor tipuri de asistență medicală.

5. EVOLUTIA MECANISMELOR DE PLATĂ PENTRU FINANȚAREA ASISTENȚEI SPITALICEȘTI

Odată cu implementarea mecanismului de plată pe caz tratat pe profil, unul din obiectivele cercetării noastre a devenit optimizarea spectrului de profiluri în baza cărora se efectuau plățile pentru serviciile spitalicești. În urma acestor activități a fost obținută o diminuare a disproporțiilor mari între costurile cazurilor în cadrul aceluiași profil, conceptul de divizare a grupurilor de cazuri tratate fiind schimbat de la divizare bazată pe caracterul patologiilor, la o divizare bazată pe costul îngrijirilor medicale. Formarea grupurilor de cazuri tratate în baza principiilor economice, de obicei, este un proces complicat și de lungă durată. Din aceste considerente, a fost foarte importantă aprecierea din timp a modelului spre care trebuia de tins. În opinia noastră acesta a fost modelul DRG, deși pe atunci, implementarea unor mecanisme atât de complicate nu putea fi făcută. Această opinie noi am expus-o în mai multe articole științifice publicate pe parcursul anilor 2004-2006, demonstrând că, pentru perioada respectivă, important a fost nu atât momentul când formă de finanțare pe DRG va fi posibilă, cât faptul ca formele intermediare care vor fi realizate să fie bazate pe aceleași principii, să fie succesive și să pregătească terenul pentru implementarea DRG-urilor. Divizarea grupurilor de cazuri tratate trebuia să facă posibilă situația în care pentru cazurile prestate în cadrul unei structuri spitalicești (unei secții) să fie achitate tarife diferite, în funcție de grupurile din care face parte patologia tratată [7]. Aplicarea propunerii menționate a fost considerată o bună etapă de trecere la situația când grupul de cazuri tratate va costa la fel, indiferent de nivelul instituției în care el a fost prestat. Divizarea profilurilor pe principiile menționate a început în anul 2006.

Pentru a vedea impactul sistemului de plată pe caz tratat asupra asistenței medicale spitalicești, a fost analizată evoluția principalilor indicatori de activitate a spitalelor: nivelului de spitalizare la 1000 locuitori, a duratei medii de spitalizare, letalității intraspitalicești, numărului mediu de zile-pat exploatate pe an, ponderii utilizării patului, rotației patului. Studiul a cuprins anii 2004-2012, aceasta fiind întreaga perioadă de utilizare a metodei de plată per caz tratat pe profil. Studiul a arătat că, pe parcursul perioadei cercetate a avut loc o creștere esențială a nivelului de spitalizare, din contul pacienților asigurați, pentru care acest indicator a sporit de la 166,0‰ până la 249,0‰. Paralel au crescut ponderea utilizării patului și rotația patului (75,4–

87,7 și respectiv 25–30). De asemenea, de la 241 până la 281, a crescut numărul mediu de zile-pat exploatate pe an. Cât privește durata medie de spitalizare, ea s-a micșorat cu peste 11%, ajungând la 9 zile.

Pentru evaluarea opiniei conducătorilor instituțiilor spitalicești referitor la impactul finanțării spitalelor pe baza mecanismului de plată pe caz tratat pe profil, a fost efectuat un sondaj de opinie. Studiul a fost integral, chestionarea fiind făcută asupra 65 IMS. Au fost colectate 59 chestionare, rata de non răspuns constituind 9,2%. Rezultatele obținute în urma prelucrării chestionarelor sunt prezentate în tabelul 3.

Tabelul 3. Opinia conducătorilor instituțiilor spitalicești referitor la impactul finanțării spitalelor pe baza mecanismului de plată pe caz tratat pe profil pe parcursul anilor 2004-2007

	Indicator	Abs.	%
1	Au considerat benefică trecerea la mecanismul de plată pe Caz Tratat pe Profil pentru procurarea serviciilor spitalicești	54	91,5%
2	Numărul de instituții în care a avut loc majorarea numărului de cazuri prestate	59	100%
3	Consideră că acesta este rezultatul influenței metodei de plată	42	71,2%
4	Consideră că cea mai importantă cauză a creșterii numărului de cazuri prestate pe parcursul anului 2007 a fost cointeresarea economică a instituției medicale	31	52,5%
5	DMS a avut tendința să descrească	48	81,4%
6	Consideră că diminuarea DMS a influențat negativ asupra calității serviciilor prestate	4	6,8%
7	Apreciază pozitiv fenomenul de descreștere a DMS pe țară	42	71,2%

Analizând evoluția principalilor indicatori de activitate a spitalelor și rezultatele sondajului de opinie a conducătorilor instituțiilor spitalicești referitor la impactul finanțării spitalelor pe baza mecanismului de plată pe caz tratat pe profil, putem face următoarele concluzii:

1. Metoda de plată îi stimulează pe prestatori să majoreze numărul de cazuri prestate.
2. Majorarea numărului de cazuri tratate deseori se face în mod artificial, ea fiind rezultatul cointeresării directe economice a prestatorului de servicii medicale.
3. Tendința de majorare în mod artificial a numărului de cazuri prestate face necesară plafonarea volumului procurat de servicii medicale.
4. Modalitatea de plată pe caz stimulează tendința de descreștere a duratei medii de spitalizare. Acest fenomen poate fi considerat pozitiv, dacă nu influențează nefavorabil calitatea serviciilor medicale.

Principalul dezavantaj al sistemului de plată pe caz tratat pe profil, l-a constituit faptul că el permitea disproporții mari între costurile diferitor patologii care se întâlneau în cadrul aceluiași profil. Astfel, aveau de suferit instituțiile care prestau cazuri complicate și, respectiv, mai

costisitoare. Evident, aceasta nu corespundea politicii de dezvoltare a sectorului spitalicesc și a impus căutarea unor noi soluții de finanțare a acestui tip de asistență medicală. În acest scop au fost organizate o serie de interviuri a managerilor în sănătate autohtoni și a unor experți internaționali, părerea cărora a coincis asupra necesității trecerii la mecanisme de contractare orientate pe rezultat și bazate pe metode de rambursare de tip DRG [15, 16, 22].

Având în vedere că grupurile de diagnostice înrudite reprezintă diagnosticele și maladiile care tipic sunt aplicate la nivel mondial, majoritatea țărilor care au decis implementarea sistemului DRG au recurs la „împrumutul” lui de la o țară cu experiență în acest domeniu, fără a-l modifica, ajustând doar lista de prețuri. O asemenea cale a fost propusă și pentru Republica Moldova, deoarece resursele necesare elaborării unui sistem propriu de DRG nu au fost disponibile. Pentru a alege sistemul potrivit a fost efectuat un studiu pentru stabilirea care dintre sistemele existente reflectă mai bine practica medicală și consumul de resurse autohtone. La momentul cercetării, lideri în utilizare erau sistemele: American - HCFA DRG și Australian - AR DRG. În urma cercetării a fost stabilit că sistemul HCFA DRG utilizează codificarea diagnosticilor CIM 9, ceea ce nu corespunde sistemului de codificare utilizat în Republica Moldova, și prin urmare va necesita liste de echivalențe cu codurile CIM 10. Sistemul AR DRG utilizează codificarea diagnosticilor CIM 10AM care este derivată din CIM 10 a OMS. Grație similarității acestor două sisteme, va fi necesară utilizarea doar a unor liste minime de echivalențe între codurile din Republica Moldova și cele din Australia. Sistemul HCFA DRG este în general destinat pacienților finanțați de către programul MEDICARE, deci este centrat preponderent pe pacienți în vârstă de peste 65 de ani. Sistemul AR DRG este un sistem elaborat pentru toți pacienții, care acoperă spectrul patologiilor caracteristice tuturor vârstelor de la nou-născuți la adulți și care este folosit cu succes în multe țări similare ca tip și număr de populație cu Republica Moldova. Logica clasificării după criteriul complicațiilor și comorbidităților în AR DRG este mai precisă, ceea ce permite o diferențiere mai bună între cazurile scumpe și cele ieftine. Există furnizori oficiali de grupe australiane acreditați de către Guvernul Australiei, care sunt dispuși să ofere soluții software la costuri foarte reduse. Argumentele expuse au servit temei pentru selectarea modelului de clasificare AR DRG în calitate de element al sistemului autohton de finanțare a spitalelor, bazat pe complexitatea cazului tratat.

Pentru ca noul sistem de plată să funcționeze, au fost efectuate următoarele activități: Stabilirea sistemului de codificare a morbidității clinice a pacientului, fapt ce a necesitat selectarea și utilizarea unui concept de clasificare pentru diagnostice și proceduri; Elaborarea setului de date clinice la nivel de pacient și crearea pe baza lui a unui sistem de colectare și raportare a datelor pentru spitale; Elaborarea metodologiei de formare a costului grupurilor DRG și a mecanismului de colectare a datelor de cost la nivel de pacient și secție spitalicească;

Calcularea unui tarif de bază pentru cazul mediu la nivel de spital, grup de spitale sau național; Elaborarea unei politici de plată corecte și echitabile, cu determinarea mecanismelor de tranziție ce urmează a fi utilizate întru facilitarea unei bune implementări a noului sistem de plată și care ar acorda spitalelor suficient timp pentru adaptare; Elaborarea unui set de ajustări necesare pentru a acoperi costurile care sunt cu adevărat în afara controlului spitalului; Elaborarea unui mecanism de monitorizare a calității în vederea evaluării activității spitalelor și înțelegerii parametrilor necesari pentru menținerea în timp a sistemului de rambursare bazat pe DRG.

Activitățile pentru implementarea noului sistem de plată bazat pe DRG, au fost efectuate în patru etape:

Prima etapă – Formarea structurii organizatorice a sistemului: (- Aprecierea structurilor care vor gestiona sistemul și respectiv a responsabilităților lor; - Selectarea spitalelor pentru pilotarea noului mecanism; - Elaborarea circuitului informațional).

A doua etapă – Colectarea și raportarea datelor la nivel de spital: (- Implementarea Fisei standardizate a bolnavului de staționar; - Instruirea personalului din spitale pe aspecte de codificare a maladiilor, investigațiilor și procedurilor medicale; - Elaborarea și implementarea aplicației informatice de colectare a datelor clinice la nivel de pacient; - Colectarea electronica a datelor clinice de la spitalele pilot).

Etapa a treia – Modelarea costurilor și formarea valorilor relative.

Etapa a patra – Contractarea spitalelor pilot.

Preselecția spitalelor pentru pilotarea noului mecanism de plată, a fost efectuată în baza unui chestionar, care prevedea un set de criterii de evaluare, după cum urmează: nivelul spitalului; distribuția geografică a zonelor acoperite; infrastructura spitalului, numărul de secții clinice, tipul profilurilor contractate cu CNAM, bugetul anual, disponibilitatea datelor de cost, date referitoare la codificarea diagnosticelor, utilizarea unui sistem informatic pentru fisele medicale, utilizarea unui sistem de clasificare a procedurilor medicale, disponibilitatea echipei de conducere a spitalului pentru o activitate suplimentară pe termen lung ș.a. Un criteriu suplimentar a fost legat de activitatea spitalului în cadrul proiectului REPEMOL, deoarece acest proiect a inițiat și a dezvoltat instrumente care sunt în egala măsură valoroase și pentru construirea unui sistem DRG: dezvoltarea unei fise medicale standardizate pentru pacienții din staționar, inițierea codificării diagnosticelor conform clasificății OMS cu 4 caractere și a colectării datelor clinice cu ajutorul unei aplicații informatice special create. În urma procesării chestionarelor, în faza de preselecție au fost nominalizate 26 de spitale. Selectarea spitalelor-pilot a fost făcută în baza chestionarului privind documentarea și colectarea informațiilor medicale și financiare în cadrul spitalului, fiind aplicate următoarele criterii finale de selectare: Spectrul de profiluri și nozologii cât mai larg – pentru realizarea unei acoperiri cât mai mari a

plajei de DRG-uri; Număr de externări cât mai mare – pentru ca numărul de pacienți analizați în spitalele pilot să fie cât mai reprezentativ pentru nivelul național; Acoperire cu personal în departamentele de statistică, tehnologii informaționale și economic – pentru siguranța că spitalele vor putea îndeplini sarcinile suplimentare legate de codificarea, colectarea electronică a datelor și calcularea costurilor. Ca urmare a analizei informațiilor generalizate pe baza chestionarului, pentru faza de pilotare a mecanismului de plată bazat pe DRG au fost selectate 9 spitale.

Activitățile de codificare și colectare a datelor în spitalele-pilot au demarat în iulie 2011. În scopul obiectivizării deciziilor care urmau a fi luate, paralel cu colectarea curentă a datelor, instituțiile au colectat și datele pentru perioada de la începutul anului, astfel fiind obținut un tablou integrat al activității acestor spitale pe parcursul anului 2011. Codificarea stărilor și maladiilor a fost făcută conform Listei Tabelare a Bolilor a CIM 10 cu 4 caractere, iar codificarea procedurilor medicale – conform CIM-10-AM versiunea 7.0, cu 7 caractere. Gruparea s-a realizat cu ajutorul gruperului AR-DRG v. 6.0. Pentru perioada 01.01.2011 – 31.12.2011, 9 spitale-pilot au colectat, transmis, importat și grupat datele privind 175 581 de pacienți, ceea ce a constituit 97,1% din totalul de 180 774 de pacienți externați în perioada respectivă. Rezultatul atins a fost considerat foarte bun și ulterior a influențat pozitiv decizia de trecere la etapa următoare a implementării noului mecanism de plată.

Schimbarea mecanismului de rambursare a serviciilor medicale, mai ales în perioada de tranziție, poate supune unor riscuri financiare atât pe plătitorul de servicii medicale, cât și pe prestatorii acestora. În vederea minimizării acestor riscuri a fost elaborat un concept nou de contractare a prestatorilor, care prevede respectarea principiului de „buget neutru”, asigurând pentru instituție un nivel de finanțare egal cu cel din anul precedent. Acest fapt a permis spitalelor să învețe și să se adapteze la noul sistem, totodată acordând factorilor de decizie timp pentru rafinarea deciziilor în politica de plată. Estimarea numărului de cazuri tratate pentru contractare a fost făcută în cadrul negocierilor cu instituțiile spitalicești, la bază fiind puse: numărul pacienților asigurați raportați pentru anul 2011 prin intermediul sistemului informațional și rezultatele analizei numărului de cazuri prestate pe profiluri pe parcursul ultimilor 3 ani. Indicele de complexitate a cazurilor pus la baza contractării a fost cel real realizat în anul 2011, conform datelor sistemului informațional.

Pentru aprecierea tarifului de bază al cazului tratat au fost modelate două scenarii de contractare: în baza unui tarif mediu pe pilot și în baza tarifelor proprii pe spital. Studiul efectuat a ținut de estimarea variației bugetului calculat per DRG în comparație cu bugetul real contractat în anul precedent. Valoarea calculată a tarifului mediu pe pilot a constituit 3 391 lei. În baza acestui tarif, reieșind din numărul de cazuri ponderate efectuate pe parcursul anului 2011, au fost

modelate bugetele spitalelor-pilot, care ulterior au fost comparate cu bugetele spitalelor respective, contractate în anul 2011 conform metodei „per caz tratat”. Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelul 4.

Tabelul 4. Variația bugetului modelat în baza tarifului mediu pe pilot în comparație cu bugetul anului 2011

IMS	Bugetul anului 2011	Buget modelat	Variatia Bugetului	
			Lei (MD)	%
ICSDOMC	107 602 053	120 900 782	13 298 730	12,4%
SC Republican	121 836 149	109 182 447	-12 653 702	-10,4%
CNSPMU	99 530 593	75 776 435	-23 754 158	-23,9%
SCM "Sf. Arh. Mihail"	31 318 139	40 534 278	9 216 139	29,4%
SCM "Ignatenco"	37 168 361	34 082 723	-3 085 637	-8,3%
SCM Balti	87 279 828	88 985 537	1 705 709	2,0%
SR Orhei	31 961 394	39 743 707	7 782 312	24,3%
SR Cimislia	14 160 524	17 410 565	3 250 041	23,0%
SR Cahul	28 311 571	32 001 513	3 689 941	13,0%

Datele din tabel arată că, în cazul aplicării tarifului de bază mediu pe pilot, variațiile bugetelor spitalelor ar fi foarte mari, ajungând pentru SCR la -10,4%, iar pentru CNȘPMU la -23,9 %. O asemenea diminuare bruscă a bugetelor ar influența negativ activitatea spitalelor ceea ce a impus căutarea altor soluții privind tariful de bază pentru contractare în perioada de pilotare a mecanismului de plată pe DRG. Pentru a asigura bugetul neutru, la baza contractării spitalelor a fost pus tariful propriu pentru fiecare prestator.

Eficacitatea mecanismului nou de plată pe DRG a fost apreciată în dependență de înlăturarea principalului neajuns al metodei “pe caz tratat pe profil” - decontarea la același tarif a cazurilor prestate în interiorul unui profil, ele având o diferență mare a costurilor reale, pe urma cărui fapt aveau de suferit instituțiile care tratau pacienți mai complicați și respectiv mai costisitori. În acest scop a fost comparat numărul de grupuri (categoriilor de costuri) întâlnite în cadrul profilurilor contractate în spitalele-pilot raionale și diferențele de costuri utilizate pentru decontarea serviciilor după aceste grupuri. Studiul a fost efectuat pentru cazurile prestate în cadrul secțiilor terapie, chirurgie și naștere pe parcursul anului 2011. A fost stabilit că, numărul de grupuri (și, respectiv, a categoriilor de cost) este considerabil mai mare în cadrul mecanismului de plată pe DRG. De asemenea, în cadrul acestui mecanism sunt mai mari și diferențele de cost ale cazurilor întâlnite. Astfel, diferența dintre cel mai ieftin și cel mai scump caz pe profilul chirurgie a constituit ~ 4200% pentru mecanismul DRG și doar 27% pentru mecanismul pe caz tratat pe profil.

Eficacitatea mecanismului nou de plată au demonstrat-o și diferențele mari ale valorilor relative în cadrul DRG-urilor adiacente, care au variat: în grupul B70 Accident vascular cerebral

și alte tulburări vasculare cerebrale cu 1810%, E74 Boala interstițială pulmonară cu 152,3%, F65 Tulburări vasculare periferice cu 248,5%, H64 Tulburări ale tractului biliar cu 229,4%, iar în cadrul grupului P67 Nou-născut cu greutate la internare > 2499 gr. fără procedură semnificativă în sala de operații cu 1325%.

Pe baza acestor studii putem concluziona că forma de plată pe DRG este mai eficace în comparație cu forma precedentă de plată per caz tratat pe profil, deoarece permite finanțarea IMS în baza unui grad mai mare de factori care reflectă costul serviciilor prestate, iar sumele calculate spre decontare reflectă mai corect cheltuielile spitalului pentru prestarea unui anumit volum de asistență spitalicească în dependență de complexitatea acesteia.

Pilotarea mecanismului DRG a arătat că: 1. Acest mecanism de plată este mai eficace în comparație cu mecanismul bazat pe caz tratat pe profil. 2. Toate instituțiile medicale încadrate în pilotare au avut pe parcursul anului o activitate satisfăcătoare, fără a se confrunța cu probleme legate de finanțare în limitele prevederilor contractuale. 3. Mecanismul elaborat de trecere la noua metodă de plată pe DRG este adecvat sistemului spitalicesc din Republica Moldova și poate fi utilizat la extinderea numărului de instituții încadrate în noua formă de plată. 4. O pregătire adecvată a IMS pentru noile condiții de contractare poate fi făcută în termeni foarte restrânși - timp de 6 luni. Acestea au fost posibile grație faptului că metoda de plată este aceeași (per caz), structurile statistice au experiență în codificarea diagnosticilor după CIM – 10, sistemul informațional implementat este adecvat necesităților. 5. Noul sistem de plată bazat pe DRG a putut fi implementat într-o perioadă atât de scurtă, deoarece multe din cerințele circuitului informațional au fost cizelate anterior. Dacă trecerea la DRG ar fi fost făcută de la finanțare pe buget, această perioadă urma să fie considerabil mai lungă.

Extinderea sistemului DRG pentru finanțarea tuturor spitalelor din Republica Moldova a avut loc în anul 2013. După finalizarea primului an de la extindere, noi am recurs la studierea impactului sistemului nou de finanțare asupra activității spitalelor autohtone. Conform rezultatelor studiului, activitatea spitalelor s-a soldat cu depășirea bugetului total destinat finanțării pe DRG cu 20,6% sau ~ 336 mil. lei. O serie de cercetări au arătat că această supraproducție spitalicească a fost legată nu de necesitățile în spitalizare a populației teritoriului, ci de cointeresări economice ale spitalelor. Din aceste considerente, noi am propus ca bugetele supraîmplinite de acest fel să fie numite “bugete induse de activitate”. Ulterior a fost demonstrat că acceptarea spre plată a bugetelor induse de activitate nu trebuie permisă, deoarece aceasta va defavoriza instituțiile terțiare, banii migrând spre instituțiile municipale și cele raionale. Scenariul modelat a arătat că finanțarea IMS republicane ar diminua cu 21,8 mil. de lei, a IMS municipale s-ar mări cu 10,2 mil. de lei, iar a IMS raionale ar crește cu 11,6 mil. de lei. Odată cu unificarea tarifelor proprii a spitalelor suma care ar migra de la IMS republicane ar crește

considerabil, ceea ce ar duce la utilizarea ineficientă a resurselor financiare și la înrăutățirea stării de sănătate a populației.

Formarea bugetelor induse de activitate, în mare măsură a fost influențată de nivelul foarte înalt al spitalizărilor în Republica Moldova, care a depășit cu 63% pe cel mediu european, constituind - 244,6 spitalizări la 1000 de persoane asigurate. În cadrul studiului a fost demonstrat că mecanismul de plată pe DRG nu conține stimulente de autoreglare a numărului de cazuri prestate, 83,4% dintre instituțiile teritoriale cu nivelul anterior de spitalizare de peste 200‰, supraîmplinind vădit numărul de cazuri contractate. Un nivel mai mare de spitalizări s-a înregistrat pentru populația din teritoriile republicii (în medie pe raioane 253,3‰, mun. Bălți - 254,4‰), decât pentru municipiul Chișinău - 216,2‰. A fost arătat că spitalizările locale nu ne vorbesc despre nivelul real de spitalizare din teritoriu. Astfel, raionul Ialoveni, care a avut cel mai mic nivel de spitalizări locale – 90,9‰, paralel a avut un nivel total de spitalizare de peste 246,7‰, care cu mult l-a întrecut pe cel din alte teritorii. Prin urmare, primirea deciziilor privind numărul de cazuri puse la baza contractului trebuie făcută reieșind din nivelul total de spitalizare, format de toate spitalele din republică care au tratat pacienți din teritoriul respectiv.

Mecanismul de plată pe DRG stimulează prestatorii de servicii medicale la supracodificare, ponderea DRG urilor de tip A (cu complicații și comorbidități catastrofale), în lotul spitalelor-pilot, pe parcursul a doar doi ani crescând cu 171,5%-253,3%. Cele menționate impun în mod de urgență elaborarea principiilor de audit ale codificării datelor prezentate, deoarece ICM-ul este unul din indicatorii principali în baza căruia urmează a fi făcută dezechilibrarea nivelelor actuale de finanțare a spitalelor.

Introducerea unui sistem nou de plată neapărat trebuie să ducă la încălcarea balanței de finanțare obținute în baza sistemului precedent, astfel încât ea să fie corectată în conformitate cu rigorile noi. Dacă sistemul DRG nu ar schimba proporțiile de finanțare a IMS, atunci implementarea lui nu ar fi argumentată, deoarece el este mult mai complicat în administrare. Dacă la nivel de spitale aceasta poate avea proporții mari, atunci dezechilibrarea nivelelor de finanțare a teritoriilor nu trebuie admisă, însemnând că pentru populația teritoriilor în care IMS locală nu prestează cazuri complexe, ele trebuie contractate într-o altă IMS.

6. ARGUMENTAREA ȘTIINȚIFICĂ A DIRECȚIILOR STRATEGICE DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE PLATĂ PENTRU SERVICIILE MEDICALE ÎN CADRUL ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Acest capitol a fost consacrat elaborării principiilor unui sistem nou de plată pentru serviciile medicale. A fost demonstrat că avantajele și dezavantajele metodelor de plată sunt relative în funcție de structura organizatorică a sistemului de sănătate, de aceea, până a iniția conceperea unui nou sistem de plată este nevoie să fie clar stabilită structura organizatorică a

sistemului care urmează a fi plătit. Elaborarea sistemului de plată trebuie începută cu definirea așteptărilor de la acest sistem din partea actorilor implicați ai pieței serviciilor medicale: pacienților, instituțiilor medicale, plătitorului. Este evident că o parte dintre așteptările stipulate sunt acoperite de sistemul de plată în acțiune. Acest lucru trebuie menținut prin posibila păstrare a metodelor de plată implicate. Ulterior urmează a fi evidențiate așteptările neacoperite și găsite metodele de plată pentru rezolvarea lor. Principala întrebare care urmează a fi pusă în acest context este: Care dintre metodele de plată existente este optimă pentru a soluționa neacoperirea unei sau altei așteptări?

Bazându-ne pe datele literaturii, care definesc cert existența unei multitudini de metode de plată, și pe faptul că posibilele combinații dintre ele generează o multitudine și mai mare de poziții, sarcina găsirii metodei optime de plată pare a fi una extrem de complicată. Însă pe parcursul dezvoltării cercetărilor, noi am ajuns la concluzii paradoxale, ce ne-au permis să negăm existența acesteia. Astfel, la etapele inițiale ale elaborării principiilor sistemului de plată, noi am constatat că metode de plată sunt numai două: per buget și per serviciu, iar „celelalte metode” sunt niște forme evolutive ale acestora. Pentru a nu intra în conflict cu înțelesul obișnuit al noțiunii de „metodă de plată” și a evita unele dezbateri mai mult lingvistice decât logice, noi am considerat necesar de a introduce diferențe între două expresii, care obiectiv sunt considerate drept sinonime: „metodă de plată” și „mecanism de plată”. Așadar, forma per buget și cea per serviciu au fost considerate mecanisme de plată, iar sub metode de plată au fost subînțelese formele evolutive ale acestora (metodele în viziunea datelor din literatură).

Pe parcursul studiului a fost demonstrat că cea mai bună caracteristică a unei metode de plată este caracterul ei prospectiv, deoarece previzibilitatea plăților permite o planificare alocativă mai eficientă, care poate ține cont atât de nevoile utilizatorilor de servicii, cât și de prioritățile satisfacerii lor. De asemenea, acest caracter al plății face mai comodă conformarea cheltuielilor sistemului la resursele financiare disponibile. Prin urmare, cea mai bună formă de plată ar trebui să fie Bugetul global. În realitate, însă, rezultatele obținute deseori diferă de cele așteptate, una din cauze fiind imperfecțiunea metodologiei de formare a bugetului (iar în unele cazuri, în general lipsa acesteia). În urma analizei experiențelor de succes în utilizarea metodei de plată menționate, noi am ajuns la concluzia că performanțe în finanțare au avut numai țările care au trecut la această formă de plată după o analiză profundă a nevoilor populației în diferite tipuri de îngrijiri și a costurilor lor, informații obținute în rezultatul studiului plăților anterioare după principiul per serviciu. În țările în care instituțiile anterior au fost finanțate pe buget tradițional și prestatorii nu erau interesați de tratamentul eficient al pacienților, trecerea la bugetul global a menținut dezechilibrele existente.

Pe parcursul studiului noi am demonstrat că, rezultate bune se obțin nu prin substituția mecanismelor de plată, ci prin combinarea lor. Prin urmare, dacă mecanisme de plată sunt numai două, schema de finanțare trebuie să le cuprindă pe ambele. Dezvoltarea sistemului propus a parcurs trei etape:

Primul prototip al modelului elaborat de plată, a prevăzut că un sistem optim de plată trebuie să conțină un singur mecanism de plată – cel per buget global, iar forma de plată per serviciu trebuie redusă ca formă de plată și transformată în formă de evidență a serviciilor furnizate, fiind elementul de bază pentru argumentarea trecerii la noua etapă de evoluție a bugetului. Prin urmare, în sistemul propus, scopul evidenței serviciilor nu este plata, ci argumentarea bugetului.

Utilizarea monomecanismului de plată per buget global, conform viziunii noastre, poate fi posibilă doar în condițiile în care forma evolutivă a bugetului este de nivel înalt. Până a fi ajuns acest nivel, mecanismele per buget și per serviciu urmează a fi folosite paralel ca mecanisme complementare de plată.

Elaborarea prototipului doi al modelului nou de plată. Menționăm că elaborarea celui de-al doilea prototip nu contravine logicii primului, ci este o continuare a acestuia bazată pe evoluția viziunii noastre asupra mecanismelor posibile de plată.

Schimbarea viziunii noastre s-a produs în urma încercărilor de modelare a unui sistem real de plată pe baza principiilor elaborate. La etapa formării așteptărilor, noi am sesizat faptul că ele pot fi cuantificabile și necuantificabile. Astfel, așteptările legate de acces, în majoritatea lor au putut fi cuantificate, iar cele legate de calitate – nu. Pentru acoperirea așteptărilor cuantificabile mecanismul per serviciu putea fi utilizat. Cât privește așteptările necuantificabile, această soluție nu mai era potrivită. Reieșind din viziunea că mecanisme de plată sunt numai două, lipsa posibilității de utilizare a unuia din ele, automat presupunea utilizarea celui de-al doilea, respectiv a bugetului, însă nici această soluție nu era reușită, deoarece forma de plată neapărat trebuia să fie retrospectivă, prin urmare ea nu putea fi buget. În concluzie, faptul că principiile elaborate prevăd necesitatea acoperirii tuturor tipurilor de așteptări, impune prezența unui mecanism pentru acoperirea așteptărilor necuantificabile și acest mecanism nu poate fi nici serviciu nici buget, prin urmare există un al treilea mecanism, care, purtând o parte din caracteristicile bugetului de fapt este un mecanism de plată retrospectiv. Unor asemenea criterii corespunde bonificația. Cele menționate ne-au determinat să trecem bonificația din lista metodelor în lista mecanismelor de plată.

În consecință, la momentul actual, noi considerăm că mecanisme de plată sunt trei: per buget, per serviciu și bonificația, iar la baza celui de-al doilea prototip stă combinația acestor trei mecanisme. Pe baza prototipului doi, logica expusă anterior a sistemului de plată poate fi privită

într-un aspect nou: diminuarea reciprocă a dezavantajelor mecanismelor prospectiv și retrospectiv de organizare a plății în combinație cu stimularea atingerii rezultatului așteptat.

Este evident că ambele prototipuri trebuie să păstreze același principiu: în cazul în care sistemul de plată permite utilizarea formelor evolutive înalte ale bugetului global, acesta trebuie să devină monomecanism de plată, iar mecanismele per serviciu și de bonificare trebuie transformate în forme de evidență a îndeplinirii indicatorilor măsurabili (respectiv de proces și de rezultat) ale bugetului. Până a ajunge la formele evolutive înalte ale bugetului global, mecanismele menționate urmează a fi folosite paralel ca mecanisme complementare de plată.

Elaborarea celui de-al treilea prototip al modelului nou de plată a fost bazată pe faptul că, la încercarea modelării unui sistem real de plată pe baza principiilor expuse în cadrul primelor două prototipuri, s-a ajuns la concluzia că utilizarea concomitentă a tuturor celor trei mecanisme de plată face imposibilă atingerea scopului de bază al sistemului propus - celui că el trebuie să fie complet prospectiv. Soluția găsită pentru rezolvarea acestei probleme a fost divizarea în timp a componentei prospective de cele două componente retrospective. Logica nouă pusă la baza celui de-al treilea prototip constă în faptul că perioada în care are loc estimarea indicatorilor de proces și de rezultat ale bugetului precede perioadei de acțiune a acestuia.

În afară de rezolvarea conflictului privind atingerea scopului de bază, logica expusă presupune și alte beneficii pentru sistemul de plată. Astfel, faptul că estimarea bugetului va fi făcută pe indicatorii anului precedent, va permite diminuarea eforturilor legate de monitorizările lunare și trimestriale ale acestora și, prin urmare, ele vor putea fi redirecționate la implementarea unui număr mai mare de indicatori.

Un alt beneficiu îl constituie faptul că neîndeplinirile curente vor diminua finanțările pentru perioada ulterioară. Dacă valoarea serviciilor nevalidate se scoate din suma contractuală a anului prezent, aceasta neapărat va avea acțiune negativă asupra calității serviciilor care urmează a fi prestate, deoarece va denatura devizul de venituri și cheltuieli deja planificat al instituției, transformându-l în unul deficitar. În final, greutatea sancțiunii instituției medicale va fi transferată pe spatele utilizatorilor serviciilor medicale. Faptul că "pedeapsa" pentru rezultatele nesatisfăcătoare va fi aplicată pentru perioada ulterioară de finanțare va permite ca devizul de venituri și cheltuieli să fie format pe baza prevederilor bugetului deja diminuat și, prin urmare, va ocoli urmările nefaste ale apariției deficitului pe parcursul anului de gestiune.

Caracterul stimulativ al conceptului de plată prezentat se bazează pe faptul că instituția va fi interesată să asigure o activitate performantă pe parcursul întregului an de activitate, deoarece de aceasta va depinde nivelul de finanțare în perioada ulterioară de activitate. Prin urmare, sistemul de plată propus va induce apariția la prestator a stimulentele interne pentru menținerea nivelului corespunzător al calității serviciilor prestate. Așadar, specificul acestui prototip îl

constituie stimularea cointeresării în rezultatele obținute, fără a diminua caracterul prospectiv al formei de plată. Pe parcursul anului, caracterul plăților va fi complet previzibil, ceea ce va permite o planificare alocativă mai eficientă.

În baza principiilor expuse a fost elaborat și propus pentru utilizare un sistem de plată pentru finanțarea prestatorilor de servicii medicale în cadrul AOAM, ținând cont de nivelul actual de dezvoltare a formelor evolutive ale bugetului global. Modelarea sistemului a fost făcută conform următoarelor etape: 1. Au fost stabiliți actorii pieței serviciilor medicale pentru tipurile existente de asistență medicală; 2. Au fost estimate așteptările pentru fiecare actor; 3. Așteptările actorilor au fost normalizate cu crearea așteptărilor comune de la sistemul de plată; 4. A fost făcută analiza acoperirii așteptărilor de către sistemul de plată în acțiune și stabilirea listei așteptărilor neacoperite (inclusiv ca urmare a problemelor sistemului de plată existent și a dezavantajelor metodelor de plată utilizate); 5. Pentru fiecare din așteptările neacoperite a fost făcută selectarea mecanismului optim de plată și, ulterior, a formei evolutive a acestuia; 6. Pentru fiecare din cele trei mecanisme de plată, a fost făcută normalizarea formelor evolutive și estimată proporția influenței lor asupra mecanismului respectiv [7].

Conceptul de finanțare propus este universal, fiind aplicabil pentru toate tipurile de asistență medicală. În funcție de particularitățile specifice ale acestora, componentele mecanismelor de plată vor diferi, fiind diferite atât structurile organizatorice ale prestatorilor de servicii medicale, cât și așteptările actorilor care au tangențe la ele.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

CONCLUZII

1. Contractarea serviciilor medicale urmează a fi considerată drept una dintre cele mai esențiale schimbări ale sistemului de finanțare a sănătății apărută odată cu implementarea AOAM. Metodele de plată utilizate în cadrul contractării influențează esențial performanțele sistemului medical. Obiectivul principal al procesului de procurare a serviciilor medicale este utilizarea optimă a resurselor, acțiunile urmând a fi axate pe servicii necesare, sigure și de înaltă calitate. Modelul elaborat de contractare a prestatorilor de servicii medicale a fost adecvat sistemului de sănătate autohton, ceea ce a contribuit la succesul implementării AOAM la început în raionul-pilot Hîncești, iar mai apoi pe întreg teritoriul Republicii Moldova. Odată cu introducerea acestui model au fost puse bazele unei economii de piață în domeniul sănătății, politica de finanțare fiind schimbată de la “finanțarea pentru menținerea instituțiilor medicale” la “finanțarea ca rezultat a procurării serviciilor medicale”.

2. Sistemul de plată elaborat pentru perioada de demarare a AOAM a fost eficace, deoarece a fost simplu și pe înțelesul tuturor actorilor implicați, iar mecanismele selectate au permis încadrarea lentă în noile condiții de finanțare fără a compromite implementarea AOAM.

Acest sistem a permis ameliorarea accesibilității persoanelor asigurate la serviciile medicale, în AMU numărul solicitărilor crescând cu 56,8%, iar în AMS numărul cazurilor tratate - cu 18,7%.

3. Selectarea metodei de plată per capita în calitate de metodă de bază pentru procurarea serviciilor medicale primare a fost un pas corect atât din punctul de vedere al cost – eficienței metodei respective, cât și din punctul de vedere al nivelului de dezvoltare a acestui tip de asistență medicală în timpul respectiv. Paralel au fost stabilite și o serie de manifestări nedorite ale acesteia: sporirea neargumentată a numărului de persoane înscrise pe lista medicului de familie, care în doar doi ani a crescut cu 9,9%; inechitate privind acoperirea volumelor prestate de asistență medicală, diferența în costurile medii estimative ale unei vizite prestate în diferite instituții primare fiind de 4,4 ori și faptul că metoda nu a încurajat medicul de familie să folosească măsurile preventive, ponderea vizitelor cu scop profilactic fiind în scădere de la 31,1% în a. 2005 până la 27,5% în a. 2009. Cu toate acestea, studiile au arătat că forma de plată menționată nu trebuie schimbată, ci se impune căutarea unor combinații de metode care ar permite diminuarea dezavantajelor ei.

4. Plata per capita are un efect pasiv asupra productivității instituțiilor medicale primare. În pofida majorării volumului de finanțare pe parcursul anilor 2004-2010 cu 373,6% (de la 239 399 mii lei până la 894 535 mii lei), numărul mediu de vizite al unei persoane înscrise pe lista medicului de familie a rămas același, constituind $2,8 \pm 0,1$ vizite.

5. Implementarea modelului elaborat de înregistrare la medicul de familie și a sistemului informațional „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul AOAM” a scos la iveală un tablou demografic diferit de cel al Biroului Național de Statistică, permițând stabilirea loturilor afiliate de persoane la nivel de prestator, acesta fiind punctul cheie pentru estimarea corectă a volumelor contractuale. Sistemul menționat a permis obiectivizarea procesului de contractare a prestatorilor de asistență medicală primară și a creat posibilitatea de corecție a finanțării prin ajustare la risc de vârstă.

6. Lipsa influenței asupra productivității IMS și asupra tendinței spre omitere a pacienților care au nevoie de îngrijiri complexe și costisitoare urmează a fi corectată prin implementarea pe scară îngustă a formelor de plată ce țin de rezultatele atinse - per serviciu și per caz tratat. Modalitatea autohtonă de plată pentru indicatorii de performanță poate fi utilizată doar pentru sporirea accesului la serviciile medicale, iar pentru atingerea nivelului scontat al stării de sănătate a populației este necesară trecerea la plată prin bonificare bazată pe indicatori de rezultat.

7. Metoda elaborată de ajustare a sumei-limită pentru medicamente compensate la risc demografic și risc de morbiditate a populației înregistrate în instituția medico-sanitară reflectă

mai corect necesitățile persoanelor afiliate în medicamente compensate, în lotul liderilor în depășirea sumelor-limită, procentul de depășire reducându-se de la 122,1%-239,9% până la 99,8%-103,2%; în lotul liderilor în neîndeplinirea sumelor-limită, procentul de valorificare a acestora s-a mărit de la 33,8%-38,2% până la 98,2%-103,1%, iar în lotul instituțiilor care au avut o îndeplinire satisfăcătoare a sumelor destinate medicamentelor compensate, metodologia propusă a păstrat această stare de lucruri. În cadrul AOAM a avut loc o sporire considerabilă a accesului persoanelor asigurate la medicamente compensate, fapt demonstrat prin: creșterea de 22,5 ori a cheltuielilor efective pentru acoperirea procurării medicamentelor compensate; extinderea de 9 ori a listei medicamentelor compensate în aspectul Denumirilor Comune Internaționale; majorarea de 2,6 ori a numărului contractelor încheiate între instituțiile farmaceutice și CNAM; creșterea de 4,4 ori a numărului de rețete compensate, eliberate beneficiarilor sistemului.

8. În urma implementării mecanismului de plată pe caz tratat pe profil, a avut loc o creștere esențială a productivității în cadrul instituțiilor medicale spitalicești manifestată prin sporirea nivelului de spitalizare pentru persoanele asigurate de la 166,0‰ până la 249,0‰, creșterea ponderii utilizării patului de la 75,4% până la 87,7%, rotației patului de la 25 până la 30, creșterea numărului mediu de zile-pat exploatate pe an de la 241 până la 281 zile. În opinia a 71,2% din conducătorii instituțiilor spitalicești, sporirea productivității spitalelor este rezultatul influenței metodei utilizate de plată, iar 52,5% din ei consideră că aceasta deseori se face în mod artificial, fiind rezultatul cointeresării directe economice a prestatorului. Tendința menționată face necesară plafonarea volumului procurat de servicii medicale. Necătând la unele dezavantaje, 91,5% din conducătorii instituțiilor spitalicești au considerat benefică trecerea la acest mecanism de plată în cadrul AOAM.

9. Din punctul de vedere al reflectării cheltuielilor episodului de spitalizare, mecanismul de relatare a cazurilor la „grup de plată” în cadrul sistemului DRG este considerabil mai eficace în comparație cu mecanismul „pe caz tratat pe profil” deoarece prevede validarea codurilor diagnostice și a procedurilor (operațiilor) prestate, ține cont de prezența comorbidităților și complicațiilor care sau dezvoltat în timpul episodului de îngrijiri. Numărul de grupuri și, respectiv, a categoriilor de costuri este semnificativ mai mare în cadrul mecanismului DRG, pacienții chirurgicali din spitalele-pilot raionale fiind regăsiți în 212 grupuri în comparație cu 3 grupuri în cazul finanțării pe caz tratat pe profil. De asemenea, sunt mai mari și diferențele de cost ale cazurilor întâlnite, pe profilul chirurgie (nivel raional) ea constituind ~ 4200% pentru mecanismul DRG și doar 27,0% pentru mecanismul de plată pe caz tratat.

10. Pentru perioada de implementare a sistemului DRG, studiile efectuate au fundamentat un mecanism nou de contractare bazat pe bugete neutre și tarife proprii pentru fiecare prestator,

deoarece modelarea contractării spitalelor-pilot cu utilizarea unui tarif de bază mediu pe pilot, a scos în evidență riscul diminuării finanțării unor spitale, ajungând pentru SCR la -10,4%, iar pentru CNȘPMU la -23,9 %. Pilotarea mecanismului de plată bazat pe DRG a arătat că, componentele acestui sistem elaborate pentru finanțarea spitalelor din Republica Moldova sunt viabile și că o pregătire a IMS pentru noile condiții de contractare poate fi obținută în termeni foarte restrânși.

11. În rezultatul implementării mecanismului DRG a avut loc creșterea productivității instituțiilor spitalicești manifestată prin: creșterea numărului de cazuri prestate cu ~5% și a complexității cazului prestat cu ~ 17%, ceea ce a cauzat formarea unor bugete induse de activitate care au depășit prevederile Legii Fondurilor cu 336 mil. lei. Formarea acestor bugete în mare măsură este influențată de nivelul foarte înalt al spitalizărilor în Republica Moldova, care depășește cu 63% pe cel mediu european, constituind - 244,6‰ și de tendințele de supracodificare apărute în cadrul sistemului DRG, pe parcursul a doar doi ani ponderea DRG urilor de tip A în lotul spitalelor cercetate crescând cu 171,5%-253,3%.

Studiile efectuate au argumentat refuzul în acoperirea acestor bugete, deoarece estimarea efectului lor asupra volumului de finanțare a instituțiilor spitalicești a scos la iveală riscul de diminuare a finanțării instituțiilor terțiare, banii migrând spre instituțiile municipale și cele raionale. Scenariul modelat a arătat că finanțarea IMS republicane ar diminua cu 21,8 mil. lei, a IMS municipale s-ar mări cu 10,2 mil. lei, iar a IMS raionale ar crește cu 11,6 mil. lei, ceea ce ar duce la înrăutățirea stării de sănătate a populației și utilizarea inefficientă a resurselor financiare.

12. Pe baza experienței acumulate în cadrul cercetărilor, a fost elaborat un sistem de finanțare a prestatorilor de asistență medicală, care este principial nou pentru condițiile asigurării medicale obligatorii din Republica Moldova. El presupune combinarea mecanismelor de plată per buget, per serviciu și bonificare. În cazul în care sistemul de plată permite utilizarea formelor evolutive înalte ale bugetului global, acesta trebuie să devină monomecanism de plată, iar mecanismele per serviciu și de bonificare trebuie transformate în forme de evidență a îndeplinirii indicatorilor măsurabili (respectiv de proces și de rezultat) ale bugetului. Beneficiul incontestabil al acestei forme de plată îl constituie caracterul ei prospectiv, previzibilitatea plăților permițând o planificare alocativă mai eficientă.

13. Rezultatele principial noi pentru știință și practică obținute, au permis soluționarea unei probleme științifice și aplicative, de importanță majoră care au constat în fundamentarea din punct de vedere științific și metodologic a proceselor și instrumentelor de procurare a serviciilor de sănătate, ceea ce a determinat sporirea eficacității sistemului de contractare a instituțiilor medicale în cadrul AOAM.

RECOMANDĂRI PRACTICE

I. La nivel strategic:

Dezvoltarea strategiei de procurare a serviciilor medicale în cadrul AOAM, prin:

- fortificarea componentelor prospective ale sistemului de plată existent;
- diminuarea reciprocă a dezavantajelor mecanismelor prospectiv și retrospectiv de organizare a plății în combinație cu stimularea atingerii rezultatului așteptat;
- atingerea gradelor evolutive înalte ale formei de plată prin buget, transformând ultimul în monomecanism de plată, iar a formelor de plată per serviciu și prin bonificare în forme de evidență a serviciilor furnizate utilizate pentru argumentarea valorii stabilite a bugetului.

II. La nivel normativ:

- Revederea metodologiei de formare a Programului Unic al AOAM, încât acesta să cuprindă lista stărilor care necesită asistență medicală și volumul de asistență medicală preconizat a fi acordat persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, pentru ca el să poată fi cuantificat.
- Elaborarea actelor normative privind posibilitatea de redirecționare a resurselor financiare între tipurile de asistență medicală, astfel ca, în cazurile în care nu se onorează volumul de asistență prevăzut pentru tipul respectiv, resursele să poată fi redirecționate la tipurile în care pacientul de facto a primit asistența medicală.

III. Pentru Ministerul Sănătății:

- Dezvoltarea politicii de garanții în cadrul AOAM pe baza definirii așteptărilor de la sistemul de plată din partea actorilor implicați ai pieții serviciilor medicale și posibilităților reale de acumulare a fondurilor de sănătate.

IV. Pentru CNAM:

- Revederea structurii CNAM cu instituirea unei structuri metodologice pentru implementarea în practică a mecanismului de plată bazat pe indicatorii măsurabili (de proces și de rezultat) ai bugetului, în conformitate cu principiile elaborate în cursul prezentei cercetări.
- Elaborarea împreună cu MS a indicatorilor de proces și de rezultat pentru toate tipurile de asistență medicală.
- Dezvoltarea criteriilor de selectare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul AOAM.

V. Privind îmbunătățirea strategiei de procurare a serviciilor medicale:

- Trecerea la utilizarea pentru codificarea diagnosticelor în cadrul sistemului DRG la CIM-10-AM, deoarece acest sistem este mai robust decât CIM-10 și are un nivel mai înalt de detaliu, permițând o diferențiere mai mare a pacienților. În plus, utilizarea CIM-10-AM și ACHI la nivel național va elimina necesitatea introducerii tabelor de corespondență între CIM-10 și CIM-10-AM pentru gruparea în DRG.

- Elaborarea unei modalități clare de standardizare și raportare a datelor de costuri și a procedurilor de alocare ale lor. În această ordine de idei, cât mai curând posibil, este necesară dezvoltarea de către instituțiile abilitate a următoarelor standarde: - Nomenclatorul național al subdiviziunilor medicale, paramedicale și administrative; - Nomenclatorul național de centre de cost; - Nomenclatorul național de tipuri de cheltuieli; - Nomenclatorul grupurilor standard de costuri; - Metodologia de costificare a serviciilor spitalicești.
- Crearea propriilor valori relative a grupurilor de cazuri tratate ceea ce va reflecta mai exact practica clinică autohtonă și va inspira încredere mai mare în sistemul de plată bazat pe DRG.
- Pentru rezolvarea problemei de subfinanțare a grupurilor de cazuri tratate în cadrul cărora se utilizează consumabilele costisitoare este necesară corecția valorilor relative a grupurilor interesate, prin aplicarea unor coeficienți de ajustare, care ar reflecta mai corect subcomponenta de proteze, aceasta fiind obținută pe baza datelor reale de cost ale consumabilelor, prezentate de spitale. Pe viitor, alături de studiul de costuri per DRG, ar putea fi necesară și revederea numărului de grupuri DRG, dacă acestea în interior se vor dovedi însemnat neomogene din punct de vedere al costurilor.
- Suplinirea sistemului de plată a asistenței medicale spitalicești (bazat pe DRG) cu mecanismele de plată "per buget" și "prin bonificare". Rolul bugetelor constând în: participare în schemele de acoperire a consumabilelor costisitoare în cazurile când acestea cunosc o repartizare esențial diferită în interiorul grupurilor respective de cazuri tratate; finanțarea structurilor care urmează a fi menținute indiferent de volumul prestat de servicii (secțiile de reanimare etc.); finanțarea departamentelor de primiri urgențe ș.a.

VI. Direcții noi pentru cercetare provenite în urma studiului efectuat:

- 1) Dezvoltarea politicii de garanții în cadrul AOAM pe baza definirii așteptărilor de la sistemul de plată din partea actorilor implicați ai pieții serviciilor medicale.
- 2) Elaborarea indicatorilor de proces și de rezultat, în conformitate cu principiile dezvoltate în cursul prezentei cercetării, pentru toate tipurile de asistență medicală.
- 3) Dezvoltarea criteriilor de selectare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul AOAM.
- 4) Inițierea unui studiu de costuri per DRG pentru stabilirea valorilor relative autohtone a grupurilor de cazuri tratate.

BIBLIOGRAFIE

- 1 . Buga M. Aspecte socio-economice și juridice ale implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Teza de dr. în medicină (14.00.33), 2011, 156 p.
- 2 . Ciobanu Gh., Asistența medicală de urgență în contextul asigurărilor medicale din Republica Moldova. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Științe Medicale. Chișinău, 2007, nr. 1, p. 7-13.

3. Ciocanu M. Argumentarea științifică a strategiei de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. Teza de dr. hab. în medicină (14.00.33), 2008, 409 p.
- 4 . Damașcan Gh. Analiza comparativă a metodelor de plată utilizate pentru procurarea serviciilor medicale primare în cadrul asigurării medicale obligatorii. Materialele Congresului III al medicilor de familie, Curierul medical nr.3 (327), a. 2012, p147-150.
- 5 . Damașcan Gh , Ețco C, Maruseac M, Rotaru D-M. Optimizarea metodei de estimare a sumelor destinate procurării medicamentelor compensate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Materialele Congresului III al medicilor de familie, Curierul medical nr.3 (327), a. 2012, p150-151.
- 6 . Damașcan Gh., Ețco C., Moroșanu M. Implementarea mecanismelor de plată pentru performanță în cadrul asigurărilor medicale obligatorii. Anale Științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" Ediția a XIV-a, Volumul 2, a. 2013, p. 169-173.
- 7 . Damașcan Gh., Ețco C. Dezvoltarea strategiei de procurare a serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Chișinău: "Primex Com", 2015, 328 p.
- 8 . Ețco C, Buga M, Ciocanu M, Damașcan Gh, Ursu P. Asigurarea obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova: realizări și perspective. Chișinău, Epigraf, 2011, 432 p.
- 9 . Ețco C, Damașcan G, Buga M. Implementarea unui model nou de estimare a volumelor contractuale pentru prestatorii de asistență medicală primară. Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”. Chișinău, 2010, nr.3 (34), p.11-14.
- 10 . Ețco C., Damașcan G. Evoluția metodelor de contractare a prestatorilor de asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Anale științifice. Zilele Universității consacrate celor 65 ani ai învățământului superior medical din Republica Moldova 13-15 octombrie, ediția a XI-a vol.II, probleme actuale de sănătate publică și management, Chișinău, 2010, p. 129- 133.
- 11 . Mereuță I., Cojocaru V., Ețco C., ș.a. Managementul financiar al sistemului sănătății. Chișinău :Tipogr. Acad. de Șt. a Rep. Moldova. 2004, 173 p.
- 12 . Plata în funcție de performanță în sănătate. Observatorul Român de Sănătate (ORS). <http://www.ors.org.ro/ro/plata-performanta>. Accesat 12/10/2013.
- 13 . Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017. Chișinău 72p.
- 14 . Tintuc D., Ciocanu M. Asigurările Obligatorii de Asistență Medicală în Republica Moldova. Analele Științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Ediția a VIII, Volumul 1, 2007, p.41-48.
- 15 . Anumula N, Sanelli P. Hospital Outpatient Prospective Payment System. 2012. <http://www.ajnr.org/content/33/4/616.long> (Vizitat 17.12.2013).
- 16 . Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, editors. Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press; 2011. 459 p.
- 17 . De Pouvourville G. Paying doctors for performance. În: The European Journal of Health Economics. 2013, nr.1, p. 1-4.
- 18 . Eldridge C, Palmer N. Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. Health Policy Plan. 2009, nr.3, p. 160-166.
- 19 . Ettelt St. Capacity planning in health care: a review of the international experience, WHO European Centre for Health Policy, 2008. – 132p.

- 20 . Friedberg M, Safran D, Coltin K, ș.a. Paying For Performance In Primary Care: Potential Impact On Practices And Disparities. 2010. <http://content.healthaffairs.org/content/29/5/926.full.pdf> (Vizitat 25.08 2012).
- 21 . Goldfield N. The evolution of diagnosis-related groups (DRGs): from its beginnings in case-mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital. În: Qual Manag Health Care. 2010; <http://www.researchgate.net/publication/40819888> (Vizitat 17.04.2012).
- 22 . Maisey S, Steel N, Marsh R, Gillam S, Fleetcroft R, Howe A. Effects of payment for performance in primary care: qualitative interview study. În: J Health Serv Res Policy. 2008, nr. 3, p. 133–139.
- 23 . Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. М.:ГУ ВШЭ, 2007.-318 p.

LISTA LUCRĂRILOR PUBLICATE LA TEMA TEZEI

- **Monografii colective:**

1. Barbaroșie A., Curocichin G., **Damașcan G.**, Ețco C. ș.a. Finanțarea în contextul asigurării calității serviciilor medicale. Chișinău: 2007, 211 p.
2. Ețco C., Buga M., Ciocanu M., **Damașcan G.**, Ursu P. Asigurarea obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova: realizări și perspective. Chișinău: “Epigraf” SRL, 2011, 432 p. ISBN-978-9975-109-69-7
3. Scutelnic R., **Damașcan G.**, Zmuncilă L. Sănătatea reproducerii în Republica Moldova: politici și principii de finanțare a serviciilor. Chișinău: „Sofart Studio”, 2013, 44 p.
4. **Damașcan G.**, Ețco C. Dezvoltarea strategiei de procurare a serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Chișinău: ”Primex Com”, 2015, 328 p.

- **Articole în reviste din străinătate recunoscute:**

5. **Damașcan G.** Evoluția sistemului de plată pentru asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de sănătate din Republica Moldova. În: Buletinul Medicina Familiei (RBMF). Iași, România, 2014, vol.1, nr. 30-4, p. 17-23.
6. Ețco C., **Damașcan G.**, Zarbailov N. Reflecții asupra motivării medicilor de familie de a presta un număr mai mare de servicii calitative în urma aplicării mecanismului de finanțare pentru indicatori de performanță. În: Buletinul Medicina Familiei (RBMF). Iași, România, 2014, vol.1, nr. 30-4, p. 40-46.
7. Ецко К., Буга М., **Дамашкан Г.** История внедрения обязательного медицинского страхования в Республике Молдова. В: Актуальные вопросы общественных наук и истории медицины, Черновцы, 2015, nr. 1, с. 31-35.
8. **Дамашкан Г.П.** Реформа системы финансирования больниц в Республике Молдова. В: Менеджер Здравоохранения. Москва, 2015, nr.6, с. 41-46.

- **Articole în reviste din Registrul național al revistelor de profil, cu indicarea categoriei:**

Categoria B

9. **Damașcan G.** Principiile formării grupurilor de cazuri tratate pentru finanțarea instituțiilor spitalicești în cadrul asigurărilor medicale obligatorii. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Chișinău, 2005, nr. 3 (10), p. 28-31.

10. Ețco C., **Damașcan G.** Metoda de contractare a nașterii în cadrul sistemului asigurării medicale obligatorii din Republica Moldova. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Chișinău, 2006, nr. 1 (12), p. 4-7.
11. Ețco C., Russu G., **Damașcan G.** ș.a. Sistemul de plată pe caz tratat și impactul lui asupra activității instituțiilor medicale spitalicești din Republica Moldova. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Chișinău, 2006, nr. 2 (13), p. 4-8.
12. Russu G., Buga M., Gâscă L., **Damașcan G.** Unele totaluri ale implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2007, nr.6 (21), p. 43-46.
13. Ețco C., **Damașcan G.**, Buga M. Implementarea unui model nou de estimare a volumelor contractuale pentru prestatorii de asistență medicală primară. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2010, nr.3 (34), p.11-14.
14. **Damașcan G.** Analiza comparativă a metodelor de plată, utilizate pentru procurarea serviciilor medicale primare în cadrul asigurării medicale obligatorii. În: Materialele Congresului III al medicilor de familie cu participare internațională. Curierul Medical. Chișinău, 2012, nr. 3, p. 143-147. ISSN 1857-0666.
15. **Damașcan G.**, Ețco C., Maruseac M. ș.a. Optimizarea metodei de estimare a sumelor destinate procurării medicamentelor compensate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. În: Curierul Medical. Chișinău, 2012, nr. 3, p. 147-150. ISSN 1857-0666.
16. Ețco C., **Damașcan G.**, Buga M. ș.a. Influența metodei de plată per capita asupra „productivității” instituțiilor medicale primare. În: Curierul Medical. Chișinău, 2012, nr. 3, p. 179-182. ISSN 1857-0666.
17. Ețco C., **Damașcan G.**, Josan O. Corecția inechității metodei de contractare „per capita” în cadrul asistenței medicale primare prin ajustare la riscul de vârstă. În: Curierul Medical. Chișinău, 2012, nr. 3, p.178-179. ISSN 1857-0666.
18. Buga M., **Damașcan G.**, Maruseac, M. ș.a. Mecanismul de formare a listei medicamentelor compensate din fondurile de asigurări obligatorii de asistență medicală. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 94-95. ISSN 1729-8687
19. Ețco C., Buga M., **Damașcan G.** ș.a. Tendințele de sporire a accesului persoanelor asigurate la medicamente compensate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 95-98. ISSN 1729-8687
20. Ciurea D., Ețco C., Buga M., **Damașcan G.** ș.a. Căi de soluționare a problemei subfinanțării grupurilor de diagnostice cu componentă sporită a consumabilelor costisitoare. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 98-101. ISSN 1729-8687
21. Ciurea, D., Buga, M., **Damașcan G.** ș.a. Ajustarea nivelului finanțării spitalelor pentru acoperirea costului consumabilelor costisitoare (protezelor). În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 101-105. ISSN 1729-8687
22. Ețco C., Buga M., Rotaru D., **Damașcan G.** Eficientizarea utilizării mijloacelor financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală destinate tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulatoriu. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 105-108. ISSN 1729-8687

23. Buga M., Ețco C., **Damașcan G.**, Rotaru D. Alegerea liberă a spitalelor de același nivel ca stimulent pentru sporirea calității serviciilor medicale. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 113-114. ISSN 1729-8687
24. **Damașcan G.** Primele rezultate ale implementării mecanismului nou de plată pentru performanță în asistența medicală primară. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 121-125. ISSN 1729-8687

Categoria C

25. Ețco C., **Damașcan G.** Implementarea asigurărilor medicale - etapă nouă în dezvoltarea sistemului de sănătate. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2006, nr. 3, p. 24-30.
26. Ețco C., Ferdohleb A., **Damașcan G.** Perceperea de către părinți a serviciului asistenței medicale primare prestată copiilor. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2009, nr.4 (23), p. 157-161.
27. Ецко К., Зарбайлов Н., **Дамашкан Г.** и др. Некоторые аспекты менеджмента качества в семейной медицине. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2009, nr.4 (23), p. 165-173.
28. Cernat V., Țîbîrnă G., **Damașcan G. ș.a.** Managementul serviciului oncologic din Republica Moldova. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2010, nr. 4 (27), p. 11-16.
29. Harbuz V, **Damașcan G.** Managementul tratamentului cancerului colorectal (CCR) în municipiul Chișinău. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2010, nr. 4 (27), p. 264-270.
30. Ețco C., **Damașcan G.** Evoluția metodelor de contractare a prestatorilor de asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. În: Anale științifice ale USMF "Nicolae Testemițanu", ediția XI, vol. 2. Probleme Actuale de Sănătate Publică și Management. Chișinău, 2010, p. 129-133.
31. Ețco C., **Damașcan G.**, Maruseac M. ș.a. Experiența Estoniei privind compensarea costului medicamentelor în cadrul asigurării obligatorii de sănătate. În: Anale științifice ale USMF "Nicolae Testemițanu", ediția XIII, vol. 2. Probleme Actuale de Sănătate Publică și Management. Chișinău, 2012, p. 314-319. ISBN 978-9975
32. Ețco C., **Damașcan G.**, Rotaru D. ș.a. Evaluarea eficienței formelor de plată pentru cazurile de lungă durată. În: Anale științifice ale USMF "Nicolae Testemițanu", ediția XIII, vol. 2. Probleme Actuale de Sănătate Publică și Management. Chișinău, 2012, p. 323-329. ISBN 978-9975
33. Leșco G., **Damașcan G.**, Rotaru D. Accesul adolescenților și tinerilor la servicii de sănătate în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate. În: Anale științifice ale USMF "Nicolae Testemițanu", ediția XIII, vol. 2. Probleme Actuale de Sănătate Publică și Management. Chișinău, 2012, p. 332-338. ISBN 978-9975
34. **Damașcan G.**, Ețco C., Moroșanu M. Implementarea mecanismelor de plată pentru performanță în cadrul asigurărilor medicale obligatorii. În: Anale științifice ale USMF "Nicolae Testemițanu", ediția XIV, volumul 2. Probleme Actuale de Sănătate Publică și Management. Chișinău, 2013, p. 69-173. ISBN 978-9975

• **Materiale la foruri științifice internaționale (peste hotare):**

35. **Дамашкан Г.** Опыт внедрения системы оплаты больниц по DRG (Case-mix) в Республике Молдова. В: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с

международным участием «Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения России». Москва, 2014, с. 89-92.

36. Ецко К., **Дамашкан Г.**, Зарбаилов Н. Выбор метода оплаты услуг первичной медико-санитарной помощи в Республике Молдова в условиях обязательного медицинского страхования. În: “Life and social programs of biological organisms’ existence quality development». Peer-reviewed materials digest (collective monograph) published following the results of the LXXXV International Research and Practice Conference and II stage of the Championship in Medicine and Pharmaceutics, Biology, Veterinary Medicine and Agriculture. International Academy of Science and Higher Education, Organizing Committee: T. Morgan (Chairman), V. Zhytnigor, etc. London, IASHE, 2014, p. 31-33. ISBN 978-1-909137-53-0

37. Ецко, К., Зарбаилов, Н., **Дамашкан, Г.** и др. Динамика показателей здоровья пациентов, страдающих артериальной гипертензией, в условиях оптимизации стандартов лечения на этапе семейной медицины. В: Материалы международной научно-практической конференции «От стандартизированной к индивидуализированной терапии. Лечим не болезнь, а больного». Курский государственный медицинский университет. Курск, 2014, с. 31-36.

38. Ецко, К., Морошану, М., **Дамашкан, Г.** и др. Влияние обязательного медицинского страхования на уровень здоровья населения Республики Молдова. În: “Development of species and processes of their life support through the prism of natural evolution and expediency”: Peer-reviewed materials digest (collective monograph) published following the results of the LXXVIII International Research and Practice Conference and I stage of the Championship in Medicine and Pharmaceutics, Biology, Veterinary, Medicine and Agriculture. International Academy of Science and Higher Education, Organizing Committee: T. Morgan (Chairman), etc. London, IASHE, 2014, p. 38-41. ISBN 978-1-909137-47-9

• **Teze la foruri științifice internaționale (peste hotare):**

39. **Дамашкан, Г.**, Ецко, К., Зарбаилов, Н. Способы оплаты первичной медицинской помощи в Республике Молдова. В: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения России». Москва, 2014, с. 248-249. ББК.51.1-65.495.

40. Ецко, К. П., Буга, М. И., **Дамашкан, Г. П.** Механизм покрытия затрат больниц на дорогие расходные материалы в Республике Молдова. В: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения России». Москва, 2014, с. 251-252. ББК.51.1-65.495.

• **Teze la foruri științifice internaționale (în republică):**

41. Etzco C., **Damascan G.** The first results of the implementation of the payment mechanism based on DRG (Case-mix) in Republic of Moldova. În: Archives of the Balcan Medical Union, volume 48, Celsius Publishing House, 2013, p19. **SCOPUS.**

• **Teze la foruri științifice naționale:**

42. Ețco C., **Damașcan G.** Soluționarea problemelor de finanțare a instituțiilor spitalicești. În: Materialele Conferinței Consacrate jubileului de 60 ani a serviciului sanitaro - epidemiologic de Stat și 10 ani ai CNȘPMP, Chișinău, 2005, p. 268-269.

43. **Damașcan G.**, Ețco C., Prijilevscaia N. Utilizarea formei de plată “per caz tratat” în cadrul asistenței medicale primare. În: Materialele Congresului III al medicilor de familie. Curierul Medical. Chișinău, 2012, nr. 3, p.150-151. ISSN 1857-0666.

ADNOTARE

Damașcan Ghenadie

” METODOLOGII DE CONTRACTARE A SERVICIILOR MEDICALE ÎN CADRUL ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE SĂNĂTATE”

Teza de doctor habilitat în științe medicale

Chișinău, 2015

Structura tezei: introducere, 6 capitole (inclusiv revista literaturii, materiale și metode de cercetare), concluzii generale și recomandări, bibliografie cu 312 titluri, 10 anexe, 247 pagini text de bază, 31 de tabele și 42 de figuri. Rezultatele obținute sunt publicate în 43 lucrări științifice, inclusiv patru monografii.

Cuvinte-cheie: sistem plata, asistenta medicala, eficacitate, p4p, caz tratat, DRG.

Domeniul de studiu: sistemul de plată pentru serviciile medicale în cadrul AOAM.

Scopul: elaborarea metodologiilor noi de procurare a serviciilor medicale, pentru sporirea eficacității procesului de contractare a instituțiilor medicale în cadrul AOAM.

Obiectivele lucrării: Formarea conceptelor de procurare și de contractare a serviciilor medicale. Elaborarea metodologiei de contractare a serviciilor medicale pentru perioada de demarare a AOAM. Analiza impactului utilizării metodei de plată "per capita" în calitate de metodă de bază pentru finanțarea tipurilor de asistență medicală prespitalicească. Dezvoltarea strategiei de procurare a serviciilor prespitalicești pentru înlăturarea neajunsurilor plății „per capita”, încurajarea accesibilității la aceste servicii și îmbunătățirea calității lor. Dezvoltarea mecanismelor de procurare a medicamentelor compensate în cadrul AOAM. Cercetarea aspectelor de finanțare a sectorului spitalicesc prin metoda "per caz tratat". Argumentarea necesității trecerii la forme de finanțare bazate pe complexitatea cazului prestat. Dezvoltarea componentelor de bază a sistemului DRG pentru Republica Moldova și elaborarea etapelor de implementare a acestuia. Evaluarea impactului implementării mecanismului de plată bazat pe DRG (Case-mix). Argumentarea științifică a direcțiilor strategice de dezvoltare a sistemului de plată pentru serviciile medicale în cadrul AOAM.

Noutatea și originalitatea științifică: În premieră a fost efectuat un studiu complex al sistemului de plată utilizat pentru procurarea serviciilor medicale în cadrul AOAM din Republica Moldova, care a contribuit la crearea pieței autohtone a serviciilor medicale, elaborarea și implementarea mecanismelor de contractare a serviciilor medicale, evidențierea deficiențelor manifestate în diferite perioade de dezvoltare a sistemului de plată pentru serviciile medicale și argumentarea mecanismelor de perfecționare ale lui, argumentarea mecanismelor de plată în condițiile lărgirii pachetului de garanții de sănătate, schimbărilor organizatorice și structurale care au parvenit pe parcursul AOAM.

Rezultatele principial noi pentru știință și practică obținute, care au determinat soluționarea unei probleme științifice și aplicative, de importanță majoră constau în fundamentarea din punct de vedere științific și metodologic a sistemului de contractare a serviciilor medicale, ceea ce a determinat sporirea eficacității finanțării instituțiilor medicale în cadrul AOAM.

Semnificația teoretică a studiului. Cercetările efectuate au stat la baza dezvoltării sistemului de contractare a serviciilor medicale pe parcursul AOAM.

Valoarea aplicativă a lucrării. Rezultatele cercetării au fost utilizate la elaborarea a trei *Hotărâri ale Guvernului Republicii Moldova* și o serie de Ordine ale MS și CNAM.

Implementarea rezultatelor științifice: Rezultatele studiului au servit material de reper pentru elaborarea și implementarea sistemului de contractare a instituțiilor medicale și farmaceutice în cadrul AOAM. De asemenea ele au permis dezvoltarea strategiei de procurare a serviciilor medicale în scopul încurajării accesibilității și calității acestora, inclusiv plăților pentru performanță în AMP și a sistemului de finanțare bazat pe complexitatea cazului tratat în AMS.

АННОТАЦИЯ

Дамашкан Геннадий

«МЕТОДОЛОГИИ КОНТРАКТИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»

Диссертация на соискание ученой степени доктора хабилитат медицины, Кишинэу, 2015.

Структура работы: работа состоит из введения, шести глав (включая обзор литературы, материалы и методы исследования), общих выводов и рекомендаций, библиографии из 312 наименований, 10 приложений, 247 страниц основного текста, 30 таблиц и 41 фигуры. Полученные результаты опубликованы в 43 научных работах, в том числе, в четырех монографиях.

Ключевые слова: система оплаты, медицинская помощь, эффективность, р4р, пролеченный случай, DRG.

Область исследования: система оплаты медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС).

Цель: разработка новых методологий закупок медицинских услуг в целях повышения эффективности контрактирования медицинских учреждений в рамках ОМС.

Задачи: Формирование концепта закупок и контрактирования медицинских услуг. Разработка методологии контрактирования медицинских услуг на начальном этапе ОМС. Анализ импакта использования метода оплаты на душу населения в качестве основного метода финансирования медицинской помощи на догоспитальном этапе. Разработка стратегии закупок догоспитальных услуг с целью устранения недостатков метода оплаты на душу населения, стимулирования доступности данного вида услуг и повышения их качества. Разработка механизмов закупки компенсированных медикаментов в рамках ОМС. Исследование аспектов финансирования госпитального сектора посредством метода оплаты «за пролеченный случай». Обоснование перехода к методу финансирования, основанного на комплексности пролеченного случая. Разработка компонентов системы DRG для Республики Молдова и этапов ее внедрения. Оценка импакта внедрения механизма оплаты по DRG (Case-mix). Научное обоснование стратегических направлений развития системы оплаты медицинских услуг в рамках ОМС.

Принципиально новые полученные результаты исследования для науки и практики состоят в научном и методологическом обосновании процессов и инструментов закупки медицинских услуг, что способствовало повышению эффективности системы финансирования медицинских учреждений.

Теоретическая значимость работы. Проведенное исследование послужило теоретическим обоснованием для создания системы контрактирования медицинских услуг в процессе обязательного медицинского страхования.

Практическая ценность работы. Результаты исследования, полученные автором, были использованы в разработке трех Постановлений Правительства РМ и в ряде приказов Министерства Здравоохранения и Национальной Компании Медицинского Страхования.

Внедрение научных результатов: результаты исследования послужили основанием для разработки и реализации системы контрактирования медицинских и фармацевтических учреждений в рамках ОМС. Вместе с тем, они способствовали развитию стратегии закупки медицинских услуг с целью поощрения их доступности и качества, в том числе, оплаты показателей эффективности в рамках первичной медицинской помощи и метода финансирования, основанного на комплексности пролеченного случая в рамках стационарной медицинской помощи.

ANNOTATION

Damascan Ghenadie

“THE CONTRACTUAL METHODOLOGIES OF MANDATORY HEALTH INSURANCE SERVICES”

Postdoctoral Thesis in Medical Sciences,
Chisinau, 2015

Thesis structure: introduction, 6 chapters (including literature review, materials and methods of the research), conclusions and recommendations, bibliography including 312 titles, 10 annexes, 247 basic text pages, 31 tables and 42 figures. The results are published in 43 scientific papers, including four monographs.

Keywords: payment systems, healthcare, effectiveness, P4P, treated case, DRG.

Field of study: payment system for medical services in the MHI

The goal: developing new methodologies for purchasing medical services to enhance effectiveness of the contracting process of the medical institutions in the MHI

Objectives: Elaborating the concepts of purchasing and contracting the health services. Developing the methodology for contracting health services for start-up period of MHI. The impact analysis of using the method of payment "per capita" as the basic method for financing of the type of pre-hospital care. The development of prehospital services purchasing strategy for removing shortcomings payment "per capita", encouraging accessibility of these services and improving their quality. Developing the mechanisms of purchasing subsidized drugs in the MHI. Research the funding aspects of the hospital sector through the "per treated case" method. The argumentation of switching to forms of financing based on the complexity of the treated case. The development of the basic components of the DRG system for Moldova and development stages of its implementation. The impact assessment of the implementation of DRG payment mechanism (Case-mix). Scientific argumentation of the strategic directions of development of the payment system for medical services in the MHI.

Scientific novelty: For the first time there was made a complex study of the payment system used for the purchase of medical services in the MHI in Moldova, which has contributed to the development of the local market of medical services, developing and implementing mechanisms for contracting of health services highlighting deficiencies manifested in various development payment system for medical services and training mechanisms' argument, the argument payment mechanisms in terms of widening the health security package, organizational and structural changes that occurred during the MHI.

Fundamentally new science and practice results obtained consist of scientific and methodological substantiation of the processes and tools used in purchasing health services, which considerably increased the effectiveness of the financing system of medical institutions, in order to contract them in the MHI.

Theoretical study. The research led to the development of health services contracting system during the MHI

The value of the work. The research results were used for the development of three decisions of the Government of Moldova and a number of orders of the Health Minister and CNAM.

Implementation of the scientific results: The results of the study were used as a benchmark for the development and implementation of contracting medical and pharmaceutical institutions in the MHI. They also allowed the development of the purchasing strategy of medical services to encourage accessibility and quality, including payments for primary care and performance-based funding system complexity of the treated case in hospital care.

DAMAȘCAN GHENADIE

**METODOLOGII DE CONTRACTARE A SERVICIILOR
MEDICALE ÎN CADRUL ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE
SĂNĂTATE**

331.03 MEDICINĂ SOCIALĂ ȘI MANAGEMENT

Autoreferatul tezei de doctor habilitat în științe medicale

Aprobat spre tipar: 10.08.2015
Hârtie ofset. Tipar digital.
Coli de tipar 3,6

Formatul hârtiei A4
Tirajul 100 ex.
Comanda nr. 21

Tipografia Printcaro , str. Mircești, 42,
tel. 93-16-53