

**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

Teza de doctor habilitat în științe medicale

Consultant științific: _____

Ețco Constantin,
doctor habilitat în
științe medicale,
profesor universitar

Autor: _____

CHIȘINĂU, 2015

©Damaşcan Ghenadie, 2015

CUPRINS

ADNOTARE	6
LISTA ABREVIERILOR	9
INTRODUCERE	10
1. ANALIZA TENDINTELOR CONTEMPORANE ÎN APLICAREA METODOLOGIILOR DE CONTRACTARE A SERVICIILOR MEDICALE	21
1.1. Imaginea de ansamblu a finanțării sistemelor de sănătate	21
1.2. Analiza comparativă a metodelor de plată utilizate pentru procurarea serviciilor medicale	29
1.3. Instrumente de monitorizare a performanței sistemelor medicale în scopul influenței acestora prin mecanisme de finanțare	45
1.4. Concluzii la capitolul 1	55
2. MATERIALE ȘI METODOLOGII DE ORGANIZARE A CERCETĂRII	58
2.1. Caracteristica generală a cercetării	58
2.2. Metodologia de evaluare a impactului implementării sistemului de contractare elaborat pentru perioada de demarare a Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală	64
2.3. Metodologia de evaluare a impactului utilizării metodei de plată "per capita" în calitate de metodă de bază pentru contractarea tipurilor de asistență medicală prespitalicească	65
2.4. Metodologia de evaluare a impactului implementării mecanismelor de plată pentru performanță în cadrul tipurilor de asistență medicală prespitalicească	69
2.5. Metodologia de evaluare a mecanismelor de contractare a medicamentelor compensate	70
2.6. Metodologia de evaluare a impactului implementării mecanismelor de plată utilizate pentru contractarea asistenței medicale spitalicești	73
2.7. Concluzii la capitolul 2	80
3. ELABORAREA MODELULUI DE CONTRACTARE A SERVICIILOR MEDICALE PENTRU PERIOADA DE IMPLEMENTARE A ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ	82
3.1. Premisele implementării Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală și elaborarea conceptului de contractare a serviciilor medicale în Republica Moldova	82
3.2. Argumentarea modelului de plată propus pentru demararea Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală	88
3.3. Metodologia de contractare a prestatorilor de servicii medicale	102

3.4.	Concluzii la capitolul 3.....	109
4.	EVOLUTIA MECANISMELOR DE PLATĂ PENTRU CONTRACTAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRESPITALICEȘTI	110
4.1.	Analiza impactului utilizării metodei de plată "per capita" în calitate de metodă de bază pentru contractarea asistenței medicale primare	110
4.2.	Optimizarea sistemului de finanțare a asistenței medicale primare în scopul corectării neajunsurilor plății prin metoda „per capita”	117
4.3.	Dezvoltarea strategiei de procurare a asistenței medicale primare în scopul încurajării accesibilității și calității serviciilor medicale	124
4.4.	Evoluția mecanismelor de contractare a medicamentelor compensate în cadrul Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală	140
4.5.	Particularitățile de utilizare a formelor de plată pentru contractarea serviciilor prestate la nivelul altor tipuri de asistență medicală prespitalicească.....	148
4.6.	Concluzii la capitolul 4.....	155
5.	EVOLUTIA MECANISMELOR DE PLATĂ PENTRU CONTRACTAREA ASISTENȚEI MEDICALE SPITALICEȘTI	158
5.1.	Aspectele de contractare a sectorului spitalicesc prin metoda "per caz tratat pe profil"	158
5.2.	Argumentarea necesității trecerii în Republica Moldova la sisteme de finanțare bazate pe DRG. Stabilirea modelului de clasificare a grupurilor de cazuri tratate	164
5.3.	Elaborarea componentelor sistemului de contractare bazat pe complexitatea cazului pentru Republica Moldova	171
5.4.	Implementarea sistemului de plată bazat pe DRG în regim pilot	189
5.5.	Extinderea sistemului DRG. Impactul noului sistem de plată asupra activității spitalelor	195
5.6.	Abordări noi privind contractarea spitalelor pe baza noului mecanism de plată	208
5.7.	Căi de corecție a neajunsurilor sistemului DRG.....	213
5.8.	Concluzii la capitolul 5.....	219
6.	ARGUMENTAREA ȘTIINȚIFICĂ A DIRECȚIILOR STRATEGICE DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE PLATĂ PENTRU SERVICIILE MEDICALE ÎN CADRUL ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ	223
6.1.	Elaborarea principiilor formării unui sistem nou de plată pentru serviciile medicale.....	223

6.2. Sistem propus de plată pentru finanțarea prestatorilor de servicii medicale, ținând cont de nivelul actual de dezvoltare a formelor evolutive ale bugetului global.....	233
6.3. Concluzii la capitolul 6.....	240
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	242
BIBLIOGRAFIA	248
ANEXE	271
1. Chestionar privind evaluarea opiniei referitor la impactul finanțării spitalului pe baza mecanismului de plată pe caz tratat pe profil	271
2. Datele din Fișa medicală a bolnavului de staționar care formează Setul minim de date la nivel de bolnav pentru spitalizare continuă	272
3. Chestionar privind estimarea capacității spitalului de încadrare în pilotarea mecanismului de plată pe DRG	273
4. Chestionar privind documentarea și colectarea informațiilor medicale și financiare în cadrul spitalului	274
5. Unele rezultate ale chestionării directorilor spitalelor de nivel republican, municipal și raional privind colectarea informațiilor medicale și financiare în cadrul spitalului	279
6. Rezultatele cercetărilor privind cele mai frecvente grupuri DRG, cele mai frecvente diagnostice și cele mai frecvente intervenții chirurgicale întâlnite în lotul spitalelor selectate	281
7. Grupurile luate în calcul la estimarea unui cost nou per DRG, în funcție de costul real al protezelor	288
8. Coeficienții de ajustare a valorilor relative pentru proteze	290
9. Participarea autorului în calitate de membru al Grupurilor de lucru/Comisiilor în domeniu la activitățile ce au avut tangențe la studiul efectuat	292
10. Certificatele de înregistrare ale obiectelor ocrotite de dreptul de autor și drepturile conexe ce vizează domeniile cu tangențe la studiul efectuat	294
11. Acte de implementare	306
DECLARAȚIE PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	313
CURRICULUM VITAE	314

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: metodă de plată, asistență medicală, contract, eficacitate mecanism, p4p, 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 constau 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 finanțare a instituțiilor medicale, în vederea contractării lor 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, контракт, эффективность, р4р, 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, contract, effectiveness, P4P, 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.

LISTA ABREVIERILOR

- AMP – Asistența Medicală Primară
- AMS – Asistența Medicală Spitalicească
- AMSA – Asistența Medicală Specializată de Ambulatoriu
- AMU – Asistența Medicală de Urgență
- AOAM – Asigurarea Obligatorie de Asistență Medicală
- AR DRG – Sistemul DRG Australian
- BNS – Biroul Național de statistică
- CIM a OMS – Clasificația Internațională a Maladiilor a Organizației Mondiale a Sănătății
- CMD – Categorie majoră de diagnostice
- CMF – Centrul medicilor de familie
- CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină
- CNMS – Centrul Național de Management în Sănătate
- CNȘPMU – Centrul Național Științifico-Practic Medicină Urgentă
- CS – Centrul de sănătate
- DMS – Durata medie de spitalizare
- DRG – Sistem de clasificare în grupe de diagnostice (Diagnosis Related Groups)
- FMBS – Fișă medicală a bolnavului de staționar
- GMP – Medicamente fabricate conform Regulilor de Bună Practică (Good Manufacturing Practices)
- ICȘDOMC – Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
- ÎMD – Îngrijiri medicale la domiciliu
- IMS – Instituția medico-sanitară
- MS – Ministerul Sănătății
- P4P – Plata pentru performanță (pay for performance)
- SCR – Spitalul Clinic Republican
- SIP – Servicii de înaltă performanță
- SMDBS – Setul minim de date la nivel de bolnav pentru staționar
- VR – Valoare relativă a grupului DRG
- VRA – Valoare relativă adaptată

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate. În structura oricărei societăți, sistemul de sănătate publică este un sector de primă importanță, pentru că el interesează întreaga populație a țării. Printre factorii care influențează esențial performanțele acestui sistem, unul dintre cei mai importanți este finanțarea lui [11, 25, 75, 113, 311]. Toate țările lumii se află într-o continuă reformă a propriilor modele de finanțare ale sistemelor de sănătate, problema devenind deosebit de actuală pe parcursul ultimilor două decenii [12, 19, 24, 141]. Aceasta se datorează mai multor trăsături caracteristice ale perioadei menționate: îmbătrânirea populației, costurile ridicate ale noilor tehnologii medicale, creșterea exigențelor pacienților etc., care în cele din urmă duc la sporirea costurilor de întreținere a întregului sistem de sănătate [23, 207, 314].

Conform studiilor EUROSTAT, tendințele demografice în Europa vor duce la creșterea ponderii persoanelor în etate. Astfel, ponderea persoanelor cu vârsta de peste 65 de ani ar urma să crească de la 16,1% în 2000 la 27,5% în 2050, iar a persoanelor cu vârsta de peste 80 de ani – de la 3,6% la 10% [105].

Creșterea numărului de persoane din aceste categorii de vârstă va impune noi exigențe privind serviciile de asistență medicală. În fața acestor nevoi, structurile de sănătate, spectrul de servicii garantate și metodele de finanțare ale lor vor trebui să se perfecționeze.

Este bine cunoscut faptul că 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 retribuiția serviciilor să fie cost-eficientă și reală, reieșind din posibilitățile bugetului țării respective [53, 63, 106, 277]. Este evident că soluționarea acestor probleme diferă de la o țară la alta, în funcție de posibilitățile financiare, tradițiile și structurile sistemelor de sănătate formate istoric.

Astfel, pentru Republica Moldova, una dintre fostele republici ale URSS, a fost caracteristică o dezvoltare extensivă a sistemului de sănătate publică, ea fiind bazată pe administrare centralizată directă și lipsa atenției față de factorii economici de reglare [11, 35, 84, 107]. Finanțarea instituțiilor medicale depindea de numărul personalului medical, numărul de paturi etc., fiind ignorată relația dintre finanțare și rezultatul final al tratamentului [20, 23, 99].

În urma comparării cu țările europene dezvoltate (perioada anilor 1990-1999), urmează a fi menționate următoarele trăsături caracteristice ale sistemului de sănătate autohton:

- 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% [24, 48, 82, 83, 107].

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. Ca rezultat au avut loc:

- deteriorarea semnificativă a stării de sănătate a populației, cu o descreștere a speranței de viață de la 69,1 ani în 1989 la 66,6 ani în 2002;

- creșterea incidenței maladiilor atât neinfecțioase, cât și infecțioase;

- creșterea inechității în acces la serviciile medicale etc [10].

S-a făcut evidentă necesitatea schimbărilor radicale în modelele de finanțare a sistemului de sănătate, ele fiind pârghia cea mai importantă în redresarea lui [11, 24, 45, 48, 51, 55, 70, 73].

Despre necesitatea acestor reforme în Republica Moldova se vorbește de la începutul anilor nouăzeci ai sec. XX [14, 84, 85, 86]. Anume în această perioadă este propusă formarea unei structuri organizatorice noi a sistemului de sănătate cu revederea modalităților de finanțare a lui. Evoluția propunerilor în cauză o vedem în numeroasele lucrări la temă, apărute în perioada 1993–2003 (Prisacari I., Ețco C., Tintiuc D., Mereuță I., Russu Gh., Ciocanu M., Ciobanu M., Sava V., s.a.), în care au fost puse în discuție aspectele practice ale unui sistem de sănătate bazat pe relații de piață. Pași concreți în această direcție au fost făcuți odată cu implementarea, în anul 2004, a sistemului de asigurări obligatorii de sănătate. Imperativ al timpului a devenit formarea pieței serviciilor medicale, divizarea funcțiilor de prestator și cumpărător și introducerea sistemului de contractare a serviciilor medicale.

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 [11, 21, 24, 48]. Asemenea schimbări, în afară de faptul că au fost radicale, au mai fost și absolut noi, Republica Moldova nefiind vreodată antrenată în sisteme de asigurări obligatorii de sănătate.

La momentul actual există mai multe cercetări științifice consacrate nemijlocit asigurărilor de sănătate (Ețco C., Ciocanu M., Buga M., Malanciuc I., Damașcan Gh. ș.a), însă

lucrări științifice care ar avea drept scop fundamentarea metodologiilor de contractare a serviciilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate nu au fost realizate.

În cadrul prezentei lucrări, noi am considerat necesară o abordare mai largă a problemei finanțării sistemului de sănătate, studiul eficacității mecanismelor de plată fiind realizat prin prisma structurii organizatorice a acestuia. Trebuie menționat faptul că, pe parcursul perioadei de activitate în cadrul AOAM, structura organizatorică a sistemului de sănătate 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 eficace și, respectiv, urmau să fie modificate, pentru a corespunde rigorilor politicilor noi de sănătate.

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.

Reieșind din cele expuse, studiul și soluționarea problemelor legate de elaborarea și estimarea eficacității metodologiilor de contractare a serviciilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate este un subiect actual al managementului sistemului de sănătate din Republica Moldova.

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

Pentru realizarea scopului propus au fost stabilite următoarele **obiective:**

1. Formarea conceptelor de procurare a serviciilor medicale și de contractare a IMS.
2. Elaborarea metodologiei de procurare 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 sectorului spitalicesc 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.

Noutatea științifică a rezultatelor obținute.

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 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 a studiului.

Cercetările efectuate au stat la baza dezvoltării sistemului de contractare a serviciilor medicale pe parcursul AOAM. În cadrul studiului au fost argumentate criteriile care au stat la baza elaborării primului sistem de plată pentru serviciile medicale și a componentelor acestuia (logistice, juridice, informaționale etc.), utilizate în perioada de implementare a AOAM.

Au fost evidențiate neajunsurile mecanismelor inițiale de plată, apărute pe măsura utilizării lor, și argumentate căile de înlăturare a acestora. Au fost elaborate combinații noi de metode de plată, care au determinat sporirea eficacității procesului de procurare a serviciilor medicale. A fost demonstrată eficacitatea măsurilor întreprinse în vederea optimizării sistemului de plată pentru toate tipurile de asistență medicală prevăzute în Programul Unic al AOAM, fiind

elaborate principii noi de distribuire a volumelor de activitate între furnizorii de servicii medicale.

Rezultatele studiului au servit în calitate de argumentare științifică pentru implementarea și dezvoltarea ulterioară a mecanismelor de plată pentru performanță în cadrul AMU și AMP, îmbunătățirea sistemului de asigurare a populației cu medicamente compensate.

Pentru AMS, rezultatele studiului au demonstrat necesitatea trecerii la finanțări în funcție de complexitatea cazului tratat și au servit temei pentru selectarea componentelor sistemului DRG (Case-mix) corespunzătoare condițiilor reale ale sectorului spitalicesc autohton.

De asemenea, urmează a fi menționată semnificația teoretică a principiilor elaborate pentru sistemul nou propus de procurare activă a serviciilor medicale.

Valoarea aplicativă a lucrării.

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. Printre aceste acte legislative urmează a fi menționate:

Hotărâri ale Guvernului Republicii Moldova:

- Hotărârea cu privire la aprobarea „Contractului-tip de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală” nr. 1636 din 18.12.2002;
- Hotărârea cu privire la aprobarea și implementarea sistemului informațional automatizat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” nr. 507 din 25.04.2003;
- Hotărârea cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, nr. 1387 din 10.12.2007 ș.a.

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 drept 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.161-A din 16.09.2008; nr. 162-A din 06.09.2010; 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 drept material pentru 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; Ordin nr,1391/362-A din 02.12.2013 "Cu privire la alegerea liberă a spitalelor de nivel raional în zone de sănătate" ș.a.).

A fost elaborat circuitul informațional în cadrul AOAM (O serie de ordine "Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală" - nr. 448/111-A din 23.06.2010; -nr. 258/62-A din 22.03.2012; -nr. 10/08-A din 14.01.2013; -nr. 198/86-A din 17.03.2014 ș.a.).

De asemenea, rezultatele studiului au servit drept material de reper pentru crearea unui nou concept de înregistrare a persoanelor în instituția medicală primară, ceea ce a obiectivat estimarea volumelor contractuale și a permis implementarea ajustărilor finanțării acestui sector la risc de vârstă a populației teritoriului deservit (Ordinul nr. 627/163-A din 09.09.2010 "Despre aprobarea Regulamentului cu privire la înregistrarea populației în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală").

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 referitor la 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 referitor la 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, referitor la înregistrarea și transmiterea electronică a datelor clinice la nivel de pacient ș.a.).

Rezultatele studiului servesc în calitate de material didactic pentru instruirea universitară și postuniversitară a cadrelor medicale, inclusiv pentru perfecționarea programelor de studii ale studenților, rezidenților, masteranzilor, conducătorilor instituțiilor medicale și pentru pregătirea materialelor didactice la catedrele „Economie, Management și Psihopedagogie” și Școala de Management în Sănătate Publică ale USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova.

Aprobarea rezultatelor.

Concluziile teoretice și practice formulate în lucrare au fost comunicate și discutate la:

- Conferința științifico-practică “Reforma finanțării în domeniul sănătății în Moldova: realizări și perspective” (Chișinău, 2006);
- Conferința științifică internațională “Armonizarea statisticii oficiale a Republicii Moldova la standardele Uniunii Europene” (Chișinău, 2007);
- Conferința a 18-a la nivel înalt a Rețelei de Sănătate din Europa de Sud-Est (Chișinău, 2008);
- Conferința „E-Government” (Des Moines, USA, 2008);
- Conferința științifico-practică “Probleme actuale ale managementului financiar din sistemul de sănătate” (Chișinău, 2009);
- Congresul XX ALASS (Luxembourg, 2009);
- Conferința Internațională „Клиники дружественные к молодежи” (Sankt Petersburg, Federația Rusă, 2010);
- Conferința Științifică Internațională „Bioetica, filosofia și medicina în strategia de asigurare a securității umane” (Chișinău, 2010);
- Policy Round Table on implementing the hospital master plan in the Republic of Moldova (Chișinău, 2011);
- Conferința Internațională „Realizările proiectului pilot și implementarea sistemului de plată a spitalelor în funcție de complexitatea cazurilor (DRG, Case-mix) (Chișinău, 2011)
- Conferința în cadrul vizitei de lucru „Sistemul de rambursare a prestatorilor de asistență medicală și dezvoltare a sistemului case-mix” (Dublin, Irlanda, 2011);
- Conferința în cadrul vizitei de lucru „Sistemul de rambursare a prestatorilor de asistență medicală și dezvoltare a sistemului case-mix” (București, România, 2011);
- Conferința Internațională „Parteneriate reale în dezvoltarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu pentru asigurarea bunăstării persoanelor aflate la vârsta neputințelor” (Chișinău, 2012);
- Congresul III al medicilor de Familie din Republica Moldova (Chișinău, 2012)
- Conferința în cadrul sesiunii de studiu „Suport logistic pentru dezvoltarea sistemului de asigurare obligatorie în sănătate” (Tallinn, Estonia, 2012);

- 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 în cadrul „Flagship Course on Health Systems Strengthening: Focus on Non – Communicable Diseases” (Barcelona, Spania, 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);
- Conferințele științifice anuale ale USMF „N. Testemițanu” (2010, 2012, 2013).

Teza a fost discutată și recomandată spre susținere la ședința catedrei „Economie, Management și Psihopedagogie” a USMF „Nicolae Testemițanu” din 20.06.2014 (proces verbal nr.13), la Seminarul Științific de Profil (extern) ”Urgențe medicale” din 19.12.2014 (proces verbal nr.1) și la Seminarul Științific de Profil „Medicină Socială și Management” din 21.04.2015 (proces verbal nr.2).

În baza materialelor 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 în reviste de categoria „C”), 4 articole în materiale la foruri științifice internaționale (peste hotare), 3 teze la foruri științifice internaționale și 2 teze la foruri științifice naționale. Cinci din articolele publicate sunt fără coautor.

7. Sumarul compartimentelor tezei.

Teza este scrisă în limba română, tehnoredactată la calculator 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 prezentată pe 247 pagini (text de bază), ilustrată cu 31 de tabele și 42 de figuri.

În **introducere** este justificată alegerea subiectului cercetării și argumentată necesitatea efectuării studiului. Sunt formulate explicit scopul și obiectivele cercetării științifice. Este descris aspectul inovator al studiului, semnificația teoretică și aplicativă. Sunt prezentate forurile științifice naționale și internaționale la care au fost prezentate și aprobate rezultatele, concluziile teoretice și practice formulate în lucrare.

În **capitolul 1** este expusă analiza tendințelor contemporane în aplicarea metodologiilor de procurare a serviciilor medicale. Capitolul începe cu descrierea imaginii de ansamblu a finanțării sistemelor de sănătate, sunt redate mecanismele de colectare a fondurilor, precum și modalitățile de alocare a lor. 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, în acest capitol 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.

În **capitolul 2** este prezentată caracteristica generală a studiului efectuat, metodelor de colectare a materialului informativ, metodelor de cercetare statistică utilizate. În calitate de obiect al cercetării a servit sistemul de plată pentru serviciile medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. 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. Studiul a fost realizat în patru etape și a fost efectuat în perioada 2002-2013.

Prima etapă a cuprins: identificarea fenomenelor și a proceselor supuse observației; formularea ipotezelor de lucru; selectarea metodelor de investigație. La etapa a doua a fost acumulat materialul statistic (pe baza unor chestionare elaborate, dar și prin extragerea informației din bazele de date ale CNAM și CNMS). La etapa ulterioară materialele acumulate au fost prelucrate statistic și efectuată calcularea indicatorilor cu prezentarea lor prin procedee tabelare și grafice, a fost măsurat gradul de influență a diferitor factori asupra variației fenomenelor studiate. Separat au fost expuse cercetările aspectelor legate de evoluția mecanismelor de plată pentru finanțarea sectorului nespitalicesc și a celui spitalicesc. În final a fost făcută analiza rezultatelor obținute și argumentate științific strategiile de dezvoltare ale sistemului de plată.

În **capitolul 3** sunt redate aspectele elaborării modelului de contractare a serviciilor medicale pentru perioada de implementare a AOAM. Au fost descrise premisele implementării asigurărilor obligatorii de sănătate în Republica Moldova și elaborat conceptul de procurare a serviciilor medicale în cadrul acestui sistem, care prevedea două cicluri: ciclul de planificare și ciclul de contractare a serviciilor.

Un loc deosebit al acestui capitol este consacrat elaborării modelului de plată propus pentru demararea AOAM. În urma unei analize minuțioase a metodelor existente de plată și a condițiilor reale din acel timp în Republica Moldova a fost elaborat un sistem de plată simplu și pe înțelesul tuturor actorilor implicați, care a permis încadrarea lentă în noile condiții de finanțare, fără a compromite implementarea AOAM.

În acest capitol sunt de asemenea descrise activitățile de elaborare a procesului de contractare a prestatorilor de servicii medicale. Este redată logica formării componentelor contractului de acordare a asistenței medicale pentru fiecare tip de asistență medicală. Sunt redate principiile primului sistem de circulație a datelor, pentru posibilitatea de decontare a serviciilor prestate.

Modelul menționat de contractare a contribuit la succesul implementării AOAM la început în Raionul-pilot Hîncești, iar mai apoi pe întreg teritoriul Republicii Moldova.

Capitolul 4 este dedicat evoluției mecanismelor de plată pentru finanțarea sectorului nespitalicesc. Pe exemplul asistenței medicale primare a fost efectuată analiza impactului utilizării metodei de plată "per capita" în calitate de metodă de finanțare de bază. A fost demonstrat că selectarea acestei metode de plată a fost un pas corect atât din punct de vedere al cost-eficienței metodei respective, cât și din punct de vedere al nivelului de dezvoltare a acestui tip de asistență medicală pentru timpul respectiv. Paralel au fost stabilite dezavantajele acestei metode care s-au manifestat în condițiile reale ale Republicii Moldova, ceea ce a argumentat căile de optimizare a sistemelor de finanțare bazate pe acest mecanism de plată. Astfel, tendința spre omitere în cadrul plății per capita a pacienților care au avut nevoie de îngrijiri complexe și costisitoare a fost corectată prin perfecționarea modelului de ajustare la risc de vârstă și implementarea pe scară îngustă a plăților per serviciu.

Pe parcursul capitolului sunt prezentate argumentele pentru schimbarea strategiei de procurare, având ca obiectiv încurajarea accesibilității și calității serviciilor din AMP, inclusiv a mecanismelor de procurare a medicamentelor compensate. De asemenea în acest capitol sunt cercetate particularitățile de utilizare a formelor de plată pentru contractarea altor tipuri de asistență medicală nespitalicească – AMSA, AMU, SIP, ÎMD.

Capitolul 5 relevă rezultatele studiului eficacității mecanismelor de plată utilizate pentru rambursarea serviciilor spitalicești, care au argumentat schimbările evolutive ale sistemului de finanțare pentru acest tip de asistență medicală.

Capitolul începe cu analiza aspectelor de finanțare a sectorului spitalicesc prin metoda "caz tratat pe profil". Sunt stabilite deficiențele acestui mecanism de plată apărute în timp și argumentată necesitatea trecerii la sisteme de finanțare bazate pe complexitatea cazului prestat.

Sunt descrise rezultatele cercetărilor și activităților organizaționale care au fost efectuate pentru dezvoltarea componentelor acestui sistem în Republica Moldova. Este descrisă experiența implementării sistemului DRG (Case-mix) în țara noastră. A fost demonstrat că, din punct de vedere al reflectării cheltuielilor episodului de spitalizare, metodologia relatării cazurilor tratate la „grup de plată” în cadrul sistemului DRG este considerabil mai eficace în comparație cu mecanismul precedent de plată, deoarece prevede validarea codurilor diagnostice și a procedurilor prestate, ține cont de prezența comorbidităților și complicațiilor care s-au dezvoltat în timpul episodului de îngrijiri.

Au fost argumentate abordări noi în contractarea spitalelor în baza noii metode de plată.

Un loc aparte al capitolului este consacrat analizei impactului noului sistem de plată asupra activității spitalelor autohtone. Sunt stabilite neajunsurile perioadei de implementare a sistemului DRG și elaborate căile de corecție a impedimentelor.

Capitolul 6 este consacrat argumentării științifice a direcțiilor strategice de dezvoltare a unui nou sistem de plată pentru serviciile medicale în cadrul AOAM.

În baza experienței acumulate în cadrul cercetărilor efectuate au fost elaborate principiile formării unui nou sistem de plată pentru serviciile medicale, care prevăd: stabilirea actorilor pieței serviciilor medicale pentru tipul respectiv de asistență medicală, estimarea așteptărilor pentru fiecare actor, normalizarea așteptărilor actorilor și distribuirea lor în grupul celor care depind de structura organizatorică a sistemului de sănătate și în grupul celor care depind de sistemul de plată, analiza acoperirii așteptărilor de către sistemul de plată în acțiune cu selectarea pentru fiecare așteptare neacoperită a mecanismului de plată optim și ulterior a formei evolutive a acestuia, normalizarea formelor evolutive și estimarea proporției lor în cadrul sistemului de plată elaborat.

În baza principiilor expuse a fost elaborat și propus pentru implementare un nou sistem de procurare activă a serviciilor medicale în cadrul AOAM.

Concluziile generale și recomandările sumează concluziile teoretice și recomandările practice care rezultă din constatările și argumentele fundamentate științific pe parcursul studiului.

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

1.1 Imaginea de ansamblu a finanțării sistemelor de sănătate publică

Grija față de sănătatea populației reprezintă un obiectiv de o importanță primordială în politica oricărui stat, deoarece sănătatea constituie valoarea cea mai de preț și componenta indispensabilă a dezvoltării și prosperării sociale. Pornind de la convingerea că viața și sănătatea omului sunt cele mai mari valori care există, iar starea bună de sănătate a populației este o premisă esențială pentru asigurarea progresului economic și social, preocuparea privind sănătatea publică a devenit o prioritate de bază și permanentă în politica statului nostru [10, 67, 76, 91].

Sănătatea populației este influențată de numeroși factori, mulți dintre care se află în afara sistemului de servicii medicale [22, 82, 106]. Abordarea problemelor ce țin de aceste condiții trebuie adresată tuturor sectoarelor socioeconomice cu impact asupra sănătății. Lucrarea în cauză este axată asupra unuia dintre factorii menționați, și anume, finanțării sistemului de sănătate.

Finanțarea unui sistem de sănătate se referă la modul în care sunt colectate fondurile necesare desfășurării activității în sectorul sanitar, precum și la modalitatea în care aceste fonduri sunt alocate și apoi utilizate [91, 106, 134, 270, 283, 309].

Modalitatea de finanțare selectată, de comun cu tipul de organizare a sistemului sanitar, determină cine are acces la îngrijirile de sănătate, costul acestor îngrijiri, eficiența productivă și calitatea serviciilor oferite. Toate aceste rezultate intermediare determină rezultatele finale ale oricărui sistem de sănătate: starea de sănătate a populației, protecția financiară contra riscurilor, precum și gradul de satisfacție a consumatorilor de servicii [19, 48, 70, 105].

Subiectul finanțării sistemelor de sănătate a fost unul dintre cele mai discutate în ultimii 20 de ani, deseori cu abordări controversate. Pentru a avea o imagine de ansamblu a acestei componente, trebuie luate în considerație următoarele aspecte [46, 52, 93, 306]:

- sursele și modalitățile de colectare a fondurilor;
- nivelul de finanțare;
- metodele de alocare a fondurilor în sănătate.

Preocuparea de bază a sistemului de sănătate trebuie să fie nivelul serviciilor furnizate și nu nivelul finanțării [21, 46, 65, 70, 135]. De aceea organizarea și finanțarea sistemului trebuie făcută în așa fel, încât să se asigure că fondurile sunt utilizate în cel mai eficient mod care să permită furnizarea unor servicii medicale de calitate și adecvate nevoilor pacienților. Altfel spus, nu doar nivelul finanțării este important, dar mai ales modul în care sunt utilizate aceste resurse. Este nevoie de dezvoltat un sistem de alocare a resurselor în sănătate bazat pe criterii transparente și pe evidențe medicale. Pentru alocarea resurselor între diferite tipuri de servicii,

trebuie avute în vedere acele servicii care pot contribui cel mai bine la reducerea îmbolnăvirilor și la scăderea ratei deceselor evitabile, cu accentul pus pe alocarea către sectorul de îngrijiri primare și către serviciile de prevenție și promovare a sănătății, cu încurajarea celor mai eficiente forme de practică în aceste domenii [91, 96].

Configurări organizatorice și economice ale sistemelor de sănătate. Particularitățile de organizare a sistemelor de sănătate diferă de la o țară la alta, fiecare dintre ele având un specific național. Cu toate acestea, multe dintre componente sunt asemănătoare, ele fiind bazate pe idei împrumutate de la țări cu rezultate bune de urmat în domeniile respective.

În baza principiului organizator-economic, sistemele de sănătate pot fi:

- de stat (bugetare);
- private (sisteme bazate pe acoperire directă a cheltuielilor pentru serviciile medicale de către utilizatorii acestora sau prin asigurări medicale facultative);
- bazate pe asigurări sociale (obligatorii) de sănătate.

Pentru sistemele de stat (bugetare) sunt caracteristice următoarele principii:

- 1) Principala sursă de finanțare sunt impozitele de stat;
- 2) Acumularea resurselor financiare pentru sănătate se face de către structurile de stat, formând bugete de diferite niveluri;
- 3) Finanțarea prestatorilor de obicei se face în funcție de structura acestora după principiul remunerării cheltuielilor, dar nu a procurării serviciilor medicale;
- 4) Instituțiile medicale, de regulă, sunt de stat (publice), care se conformă regulilor bugetare;
- 5) Planificarea și gestionarea sistemului sunt centralizate;
- 6) Metoda de remunerare a activității personalului medical este salarizarea;
- 7) Regulile de angajare și remunerare sunt dictate de către stat;
- 8) Există controlul administrativ al calității serviciilor prestate.

Funcționarea sistemului bugetar de sănătate publică are o serie de aspecte pozitive, deoarece un astfel de sistem oferă un grad înalt de protecție socială prin primirea asistenței medicale gratuite, control strict de stat asupra condițiilor de îngrijire ș.a. [22, 239, 295].

Un alt avantaj al acestui sistem este eficiența lui înaltă în situații epidemiologice periculoase, precum și în situații de calamități.

Drept avantaj urmează a fi considerată și prezența accentului pus pe dezvoltarea generală a sistemului de sănătate, dar nu numai pe finanțarea îngrijirilor de sănătate. De obicei, cu succes funcționează și programele de profilaxie.

Paralel cu aceste caracteristici pozitive, urmează a fi menționate și părțile slabe ale

sistemelor specificate:

1. Insuficiența resurselor financiare pentru sănătate, ca urmare a bugetelor de stat instabile și recesiunilor economice;
2. Alocarea ineficientă a resurselor materiale și speciale, inclusiv pentru menținerea instituțiilor ineficiente;
3. Stimulente slabe pentru sporirea profesionalismului în domeniul sănătății, nivel scăzut de remunerare a personalului medical;
4. Lipsa influenței calității actului medical asupra nivelului de salarizare;
5. Imposibilitatea de alegere de către pacient a instituției sau a medicului;
6. Nu stimulează punerea în aplicare a noilor metode de diagnostic, tratament și prevenție a bolilor;
7. Discrepanțe mari între nivelurile de accesibilitate la serviciile medicale din partea populației urbane și a celei rurale;
8. Sistemul nu este axat pe utilizatorul serviciilor medicale, ceea ce în consecință nu stimulează sporirea calității actului medical.

Astfel de sisteme sunt întâlnite în Marea Britanie, Italia, Cuba, Rusia și alte țări.

Fondurile colectate deseori nu constituie o sursă stabilă de finanțare a sănătății, deoarece pentru unele guverne sănătatea nu reprezintă un domeniu prioritar, care de rând cu instabilitatea economică a țărilor în tranziție, poate duce la o criză a fondurilor alocate sectorului sanitar. În practică, politicul joacă un rol decisiv în distribuirea fondurilor către sănătate, iar în cadrul acesteia, anumite domenii pot fi favorizate în detrimentul altora, pe criterii subiective, determinate de anumite sfere de influență [68, 70, 93].

Indiferent de tipul de sistem de sănătate, bugetul de stat reprezintă o sursă de finanțare. Atunci când aceasta este însă principala metodă de finanțare, vorbim despre *sisteme naționale de sănătate*, cum ar fi în: Marea Britanie, Canada, Spania, Irlanda, Grecia, Țările Scandinave, Noua Zeelandă, Australia.

Sistemele private de sănătate sunt bazate pe plata directă a consumatorilor de servicii medicale și asigurări de sănătate facultative. Ele au următoarele caracteristici pozitive:

- 1) Spectrul larg al instituțiilor prestatoare de servicii, care pot satisface cerințele individuale ale pacienților;
- 2) Pacientul poate alege instituția și medicul curant;
- 3) Rânduri de așteptare minime pentru primirea asistenței medicale;
- 4) O atenție deosebită se acordă protecției consumatorilor și calității serviciilor prestate;
- 5) Nivel înalt de venituri a personalului medical.

Paralel cu acestea urmează a fi menționate și caracteristicile negative ale sistemelor private:

- 1) Principala sursă de finanțare a sistemului sunt mijloacele financiare personale ale cetățenilor;
- 2) Costul ridicat al îngrijirilor de sănătate fac ca acestea să devină inaccesibile pentru segmentele largi ale populației;
- 3) Companiile de asigurare, care acumulează fondurile de sănătate și finanțează instituțiile medicale, au statut neguvernamental;
- 4) Prioritizarea tratamentului pacienților mai puțin costisitori;
- 5) Selectarea pacienților pentru prestarea serviciilor înalt costisitoare fără dovezi medicale suficiente;
- 6) Utilizarea ineficientă a resurselor globale ca urmare a prestării serviciilor inutile;
- 7) Atitudine insuficientă față de măsurile de profilaxie.

În ceea ce privește asigurarea privată individuală, prima este actuarială, calculată în funcție de riscul propriu de boală. Mărimea contribuției depinde, de asemenea, de pachetul de servicii care vor fi furnizate, la care se adaugă cheltuielile administrative, precum și marginea de profit. Ultimele două reprezintă aproximativ 40-50% din valoarea primei de asigurare. Costurile administrative mari se explică, în principal, prin costurile de marketing foarte ridicate, necesare pentru a vinde asigurarea cât mai multor persoane [70, 301].

Apariția unor asemenea sisteme, din punct de vedere istoric este legată de satisfacerea necesităților în servicii de sănătate pentru segmentele bogate ale populației. Din această cauză, în prezent se consideră că forma organizator-economică privată nu poate fi pusă la baza conceperii sistemelor naționale de sănătate publică, ci urmează să fie utilizată ca o formă complementară pentru cea de stat sau cea bazată pe asigurări sociale de sănătate.

Cu siguranță, opțiunea asigurărilor private nu degreavează guvernul de responsabilitatea implicării în finanțarea sistemului de sănătate. Dimpotrivă, asigurările private ridică o serie de probleme suplimentare legislative și de management.

Este semnificativ faptul că singurul stat din lume care are un sistem de sănătate bazat majoritar pe asigurările private sunt SUA, ca o consecință a puternicelor interese politice de grup și a lobby-ului susținut al comunității medicale, precum și al societăților de asigurări. Totuși chiar și aici, guvernul asigură asistență medicală grupurilor defavorizate prin intermediul a două programe: MEDICAID - destinat celor foarte săraci și MEDICARE - destinat vârstnicilor și persoanelor cu handicap. Ultimul program acoperă cam 38 de milioane de persoane. 15% dintre americani nu au nici o formă de asigurare medicală.

Formele de organizare bazate pe asigurări sociale de sănătate în prezent se întâlnesc în majoritatea țărilor lumii. De regulă, acestea sunt supravegheate de stat și se caracterizează prin:

1) Prezența mai multor surse de finanțare: prime de asigurare achitate de patron și angajat, defalcări din bugetul de stat pentru unele programe speciale sau contingente de utilizatori ai serviciilor medicale ș.a;

2) Fondurile sunt administrate și controlate public;

3) Asigurarea include garanții similare pentru toți contribuabilii;

4) Primele de asigurare sunt în funcție de venit și nu în funcție de riscurile individuale;

5) Grad înalt al persoanelor asigurate;

6) Divizarea prestatorului și cumpărătorului serviciilor medicale;

7) Forme variate de proprietate și de management ale instituțiilor care furnizează serviciile medicale persoanelor asigurate;

8) Forme și metode de plată variate pentru serviciile medicale prestate;

9) Controlul volumului și calității serviciilor prestate din partea finanțatorului serviciilor medicale;

10) Reglementări de stat în stabilirea prețurilor la serviciile medicale.

Sistemul de sănătate publică bazat pe asigurări sociale este considerat drept unul dintre cele mai avansate, el combinând caracteristicile pozitive atât ale sistemului de stat, cât și a celui privat [10, 22, 46, 237, 241, 245, 309].

În general, asigurările îndeplinesc două roluri importante: pe de o parte, acumulează riscurile individuale ale unui număr mare de persoane, fiecare dintre acestea având o probabilitate mică a unui eveniment nedorit, iar pe de altă parte, oferă fiecărei persoane incluse posibilitatea de a-și transfera riscul financiar asupra societății de asigurări, prin plata unei prime în contul căreia asigurătorul acceptă să plătească anumite beneficii, atunci când se produce un eveniment nedorit și care este prevăzut în polița de asigurare [70, 242].

Două caracteristici importante diferențiază asigurarea socială de asigurarea privată. În primul rând, asigurarea socială este obligatorie. Fiecare persoană din grupul eligibil trebuie să se înscrie și să plătească prima corespunzătoare. În al doilea rând, primele și beneficiile prevăzute prin asigurarea socială sunt stabilite prin legislație.

Faptul că asigurarea socială este obligatorie ar putea genera confuzii legate de diferențele dintre sistemul asigurărilor sociale de sănătate și sistemul finanțării prin fonduri guvernamentale [10, 22, 106]. Deosebiriile cele mai importante dintre acestea sunt următoarele:

- Asigurarea socială nu este un drept al tuturor cetățenilor, ci doar al acelor care sunt eligibili și își plătesc contribuția;

- Asigurații percep faptul că ei plătesc o primă în schimbul serviciilor de care ar putea beneficia la un moment dat, devin deci conștienți că „sănătatea costă”;
- Contribuțiile sunt destinate fondului asigurărilor sociale de sănătate, fiind astfel separate de fondurile guvernamentale, obținute prin impozite și taxe;
- Valoarea primelor de asigurare, precum și pachetul de servicii prevăzut nu pot fi schimbate printr-o decizie unilaterală a executivului. Aceste prevederi pot fi modificate doar prin intermediul legislației, lucru care presupune acordul tuturor părților interesate;
- Spre deosebire de sistemul finanțării prin fonduri guvernamentale, sistemul asigurărilor sociale de sănătate este obligat să își mențină solvabilitatea prin mijloace proprii. Cei care îl administrează sunt responsabili pentru colectarea și gestionarea fondurilor, existând deci o mai mare transparență față de contribuabili.

Alocarea resurselor la nivel de structură a sistemului de sănătate

Pentru un sistem de plată eficient este esențială corelarea acestuia cu rezultatele cuantificabile a stării de sănătate a pacienților și a populației în general. Modul de planificare, organizare și furnizare a serviciilor de sănătate are un impact deosebit asupra sănătății și bunăstării populației. Structurile organizatorice trebuie să fie astfel concepute încât să asigure un sistem sanitar flexibil, capabil să răspundă nevoilor populației într-un mod eficient și la costuri rezonabile. Este de la sine înțeles că, luată separat, o anumită structură organizatorică a sistemului sanitar nu poate asigura furnizarea unor servicii eficiente și orientate către pacienți. Este nevoie ca aceste structuri să fie corelate cu o serie de politici și practici adecvate din alte domenii, ceea ce înseamnă inclusiv o funcție eficientă de resurse umane și o cunoaștere clară a direcției de acțiune [147].

La nivel de instituții medicale, alocarea resurselor trebuie să se bazeze pe evidențe științifice, ghiduri și protocoale clinice [134, 196].

Este nevoie de implementat și de susținut mecanismele de plată bazate pe eficiența și calitatea actului medical. În unele țări, creșterile salariale în ultimii ani au avut loc prin introducerea unor stimulente financiare care reflectă foarte puțin calitatea activității medicale [25, 112, 228].

Referitor la procesul de procurare a serviciilor medicale, trebuie de menționat că, din punctul de vedere al cumpărătorului, obiectivul principal al acestuia este utilizarea optimă a resurselor [28, 73, 96, 236]. Anume utilizarea optimă a resurselor, și nu cantitatea lor, în ultimă instanță, este cheia succesului sistemelor de finanțare a sănătății. Conform datelor din literatura de specialitate, cheltuielile pentru ocrotirea sănătății care depășesc un anumit nivel nu influențează pozitiv indicatorii de sănătate [91, 106]. Drept confirmare a corectitudinii acestei observări este

exemplul sistemului de sănătate din SUA. În unele țări europene, mortalitatea infantilă este mai redusă, comparativ cu cea înregistrată în Statele Unite ale Americii, deși aici pentru aceste necesități se cheltuie cu mult mai multe mijloace financiare. De aceea, din punct de vedere economic, vom constata că performanțele unui sistem de sănătate se află în dependență directă nu numai de mărimea fondurilor acumulate în sistemul de sănătate, ci, în primul rând, de perfecțiunea modelului de plată furnizorilor pentru serviciile medicale acordate. Aceste modele nu se supun legilor autoreglatoare ale unui sistem de piață tradițional, piața serviciilor medicale având particularități proprii. Printre ele, una dintre cele mai importante este informarea insuficientă a consumatorului de servicii medicale. Acest fapt face posibilă situația în care cererea este determinată de însuși prestatorul de servicii.

Furnizorul de servicii medicale este interesat să realizeze pe piață acele servicii, care îi vor aduce beneficiul maxim [65, 68, 93, 106]. Conduși de motivația de maximizare a veniturilor, prestatorii recurg la:

1. Sporirea numărului de servicii medicale în dependență de care se estimează volumul de finanțare.
2. Trimiterea pacienților neatrăgători (cu patologii care necesită tratament costisitor) la alți furnizori.
3. Prestarea tratamentului în condiții de spital în cazurile când el nu a fost indicat sau când el a putut fi efectuat în condiții de ambulatoriu.
4. Folosirea nejustificată a echipamentelor scumpe în scopul amortizării costurilor lor etc.

Ținând cont de acestea, conceperea unui sistem de plată a instituțiilor medicale trebuie să fie bazată pe următoarele principii:

1. Realizarea echității sociale pentru populație în procesul de repartiție a surselor fondurilor pentru achitarea serviciilor medicale;
2. Nediscriminarea prestatorilor și consumatorilor de servicii medicale;
3. Garantarea accesibilității la serviciile medicale;
4. Utilizarea eficientă a resurselor financiare destinate achitării serviciilor medicale;
5. Stimularea creșterii calității serviciilor medicale;
6. Costurile de îngrijire medicală trebuie să fie ușor calculate și previzibile;
7. Tarifele pentru serviciile medicale, prestate de unitățile medico-sanitare, trebuie să se bazeze pe costurile lor;
8. Costurile administrative de gestionare a sistemului de plăți trebuie să fie minime;

9. Plățile serviciilor medicale la diferite etape de îngrijire trebuie să se completeze reciproc, asigurând astfel o continuitate eficace a asistenței medicale [25, 117, 299].

Metodele utilizate pentru alocarea resurselor între diferite tipuri de servicii de sănătate sunt vitale pentru a asigura atât echitatea funcționării sistemului sanitar, cât și pentru a stimula direcția de dezvoltare a acestuia. Unii autori constată că orientarea bazată pe un sistem de asistență de specialitate conduce la inechitate și îngreunează accesul la serviciile sanitare. În același timp sistemele de sănătate care se axează pe asistența primară sunt mai accesibile, mai echitabile și cu o orientare mai puternică către persoană. Majoritatea studiilor ce compară serviciile furnizate de sistemul de asistență medicală primară cu serviciile furnizate de asistență de specialitate arată că, utilizarea asistenței primare reduce costurile și crește satisfacția pacienților, fără nici un fel de reacție adversă în privința stării lor de sănătate [16, 39, 106, 122, 307].

Asistența medicală primară reprezintă cadrul corespunzător pentru a satisface 70%-80% din nevoile legate de serviciile de sănătate și, prin urmare, trebuie să devină elementul central al sistemului de sănătate. Tot mai multe studii scot în evidență rolul pe care asistența primară îl are în reducerea costurilor [39, 248].

Conform unor autori, consolidarea sistemului de asistență medicală primară poate avea un efect major din perspectiva reducerii cererii de servicii de specialitate, dar și a utilizării resurselor spitalicești [65, 74, 91]. În multe țări, o pondere substanțială din capacitatea spitalelor este dedicată unor servicii și proceduri care nu ar trebui să fie furnizate într-un cadru spitalicesc. Multe dintre aceste servicii pot fi oferite mai sigur și mai eficient în condițiile de ambulatoriu sau chiar la nivelul comunității. Populația nu poate aprecia performanța relativ scăzută a sistemului spitalicesc, iar în absența unor servicii de calitate, acordate în cadrul comunității, nu are altă alternativă decât obținerea de îngrijiri la nivelul spitalului [96].

Paralel cu cele menționate, este nevoie de dezvoltat și metode noi de finanțare a asistenței spitalicești, care să stimuleze performanța și calitatea serviciilor oferite pacienților. Procesul de finanțare ar trebui să se concentreze asupra cumpărării unor servicii spitalicești sigure, de înaltă calitate, și să conțină mecanisme de responsabilitate care să asigure că acest lucru se întâmplă. Unii autori consideră că nivelele de finanțare pentru serviciile spitalicești ar trebui legate de prezența acreditării spitalului. Astfel, dacă un spital nu reușește să obțină acreditarea într-o perioadă de timp predeterminată, nivelul finanțării pentru serviciile sale ar trebui redus cu un procent fix. Aceasta creează un contrastimulent financiar puternic pentru spitale față de ignorarea standardelor corespunzătoare de calitate pentru serviciile prestate [25, 117, 205, 299].

Un alt element-cheie, care trebuie să se afle în vizorul sistemului de plată pentru serviciile medicale, sunt resursele umane. Cu toate acestea, mulți autori consideră că, mai ales pentru țările în curs de dezvoltare:

1. Nu există o politică clar formulată în domeniul resurselor umane;
2. Există importante discrepanțe în ceea ce privește numărul total al profesioniștilor din sănătate;
3. Există dezechilibru în ceea ce privește repartitia teritorială a personalului sanitar, dar și repartitia între diferite profesii și specializări;
4. Nu există un sistem adecvat de motivare a personalului din sănătate, fapt ce duce pe de o parte la scăderea atractivității pentru intrarea în sistem și, pe de altă parte, la creșterea numărului celor ce părăsesc sistemul [96, 147, 178, 305].

1.2 Analiza comparativă a metodelor de plată utilizate pentru procurarea serviciilor medicale

Caracteristica generală a metodelor existente de plată. Pentru a construi un sistem de sănătate cost-eficient, inițial trebuie de selectat principiul dominant de rambursare a instituțiilor medicale [245, 253, 306, 309]. Există două astfel de principii:

1. *Plata retrospectivă*, care prevede acoperirea cheltuielilor „post factum” pentru asistența medicală prestată. Plătitorul nu stabilește în contract cu instituția medicală volumul planificat de îngrijiri, dar achită facturile instituției pentru volumul real prestat de asistență medicală. Ținând cont de particularitățile pieței serviciilor medicale, în cadrul acestui principiu de achitare, finanțatorul nu-și îndeplinește funcția de cumpărător pentru că volumul de asistență medicală înaintat spre achitare este determinat de însuși prestatorul.

Instituțiile medicale stabilesc de sine stătător volumul și spectrul asistenței acordate, deseori acestea realizându-se fără analiza necesităților în asemenea servicii și prevederilor schemelor de etapizare a pacientului în sistem. Cu alte cuvinte, instituțiile se conduc de dorința de a crește veniturile prin creșterea volumului serviciilor acordate, neținând cont de utilitatea lor.

Toate riscurile financiare legate de plata asistenței medicale le suportă cumpărătorul acestor servicii. De exemplu, în SUA, după unele planuri de asigurare medicală, companiile de asigurări achită toate facturile pentru serviciile prestate, revocând doar costurile evident excesive. Însă ulterior aceste riscuri sunt transferate pe asigurați, care sunt nevoiți să plătească prime de asigurare mai mari.

În sistemele care prevăd plafonarea cheltuielilor totale, în cazul utilizării plății retrospective, riscurile legate de costurile înalte pentru îngrijirea medicală se transferă inițial instituțiilor medicale, iar în final - pacienților. Atunci când resursele sunt limitate, tarifele pentru

serviciile medicale sunt fie reduse, fie indexate cu întârziere de la ritmul inflației. În această situație pacienții trebuie să plătească din cont propriu pentru asistența medicală oferită.

2. *Plata prospectivă*. Plata pentru un volum predeterminat de servicii medicale. Acest principiu presupune acoperirea cheltuielilor pentru un volum de activitate anterior negociat între finanțator și prestator. E important de menționat că principiul în cauză nu prevede achitarea volumului real efectuat de prestator în cazul supraîmplinirii condițiilor negociate. Beneficiul acestui principiu constă în posibilitatea de programare a volumelor de asistență medicală necesare populației, datorită cărui fapt partea finanțatoare poate îndeplini rolul de cumpărător al serviciilor medicale [68, 121].

Asigurătorul stabilește în contractul încheiat cu instituția medicală spectrul și volumul îngrijirilor medicale preconizate, luând în considerație atât nevoile asiguraților, cât și prioritățile satisfacerii lor, acestea fiind făcute în conformitate cu resursele financiare disponibile. Principiul menționat presupune, pe de o parte, activizarea rolului finanțatorului ca cumpărător de asistență medicală, iar pe de alta - o utilizare mai largă a instrumentelor de planificare.

Riscurile financiare legate de abaterile de la volumul planificat al îngrijirilor medicale sunt stipulate și rezolvate de către părți în ordinea stabilită în contract sau conform unor regulamente aprobate [102, 180, 239].

În cadrul principiilor menționate pot fi utilizate mai multe mecanisme de plată pentru asistența medicală:

1. *Buget fix*. Reprezintă plata unei sume care acoperă costul total al serviciilor sau produselor furnizate pe o perioadă dată de timp.

Există două tipuri de buget fix: bugetul tradițional și bugetul global.

a) Bugetul tradițional presupune finanțare pe articole. El este tipic pentru țările în care sistemele de sănătate publică sunt gestionate în mod centralizat. Această metodă de plată creează posibilități pentru un control strict centralizat al cheltuielilor care poate fi util doar când managementul este slab la nivel local. Cheltuielile organului de finanțare sunt ușor prognozabile. Totodată, acest mecanism de plată nu prevede stimulente directe pentru sporirea eficienței, volumului și calității serviciilor medicale.

b) Bugetul global. Spre deosebire de bugetul tradițional, presupune o plată fixă pentru acoperirea tuturor cheltuielilor (cheltuielilor globale) prevăzute pentru o perioadă anumită de timp, fără a le relata la anumite articole [202]. De obicei, mărimea bugetului global este stabilită în prealabil și nu se schimbă pe parcursul perioadei de executare. Lipsa raportării cheltuielilor pe articole oferă posibilitatea manevrelor manageriale în scopul utilizării lor în cel mai eficient mod și ca rezultat duce la micșorarea cheltuielilor totale destinate asistenței medicale.

Însă metoda menționată are și o serie de dezavantaje. Ea poartă riscurile de reducere a volumului de servicii medicale prestate și reducere neadecvată a numărului de personal. Aceste efecte negative pot fi micșorate prin stabilirea unor normative și standarde. Stimulente suplimentare pentru calitate pot apărea în cadrul competiției între diferiți prestatori (inclusiv cu diferită formă de proprietate) [34, 239, 309].

Plata prin salariu. În sistemul salarial de plată, furnizorul, pentru o perioadă de timp determinată, primește o sumă fixă în scopul remunerării personalului medical. Este un sistem transparent, relativ ușor de administrat, dar nu este stimulativ pentru medici. Nivelul salariului nu este influențat de calitatea serviciilor, de eficiența prestațiilor și nici de numărul serviciilor acordate sau de numărul pacienților arondați. Există chiar viziunea că remunerarea prestațiilor medicale prin salariu îi determina pe medici să reducă eforturile în timpul activității. Acolo unde decontarea serviciilor medicale se face prin salariul fix, există tendința de apariție a listelor de așteptare cu termen lung și tendința adresabilității pacienților către alte structuri ale sistemului [39].

Plata „per capita”. Plata se face pentru fiecare persoană înregistrată pe listele medicilor. Această metodă de finanțare implică transferul de fonduri către persoană, inclusiv sănătoasă, care pe parcursul perioadei contractate poate să nu se adreseze la medic.

Plata per capita este un mecanism argumentat de finanțare pentru tipurile de asistență medicală care cuprind o diversitate largă a serviciilor. Forma de plată este prospectivă.

Această formă de plată este frecvent întâlnită în finanțarea asistenței medicale primare. Interesul pentru rentabilizarea costurilor este crescut, dar nu și eficient [169, 202, 245]. Nivelul rambursărilor nu depinde de calitatea și volumul serviciilor prestate, ci numai de numărul persoanelor înscrise pe lista medicului. Din acest motiv, mai ales în cazul în care numărul medicilor este redus și nu există posibilitatea transferării pacienților pe lista altui medic, sistemul nu stimulează acordarea serviciilor de calitate. Pentru a asigura calitatea serviciilor prestate și pentru a încuraja competiția, după o perioadă de timp (de obicei un an), persoanelor arondate li se acordă dreptul de a schimba instituția medicală.

Sistemul de plata per capita încurajează adresabilitatea către alți furnizori, ducând, astfel, la transferul costurilor din asistența medicală primară către alte subsisteme [139, 169, 244].

Avantajul presupus al unei distribuiri echitabile a resurselor trebuie pus la îndoială [202], ținând cont de inegalitate între teritorii pe plan demografic și epidemiologic. Pentru corecția acestui neajuns de obicei se recurge la ajustări la diferite riscuri, cele mai des întâlnite fiind ajustările la risc de vârstă, sex, mediul de reședință și categoria socială.

Plata pe serviciu. Prestatorii de servicii medicale sunt plătiți pentru fiecare act terapeutic sau produs pe care îl furnizează în conformitate cu prevederile unui contract. Impactul asupra sistemului de sănătate se manifestă prin creșterea productivității, fiind evidentă tendința prestatorilor să producă un număr cât mai mare de servicii medicale.

Metoda prezintă interes prin spiritul său de piață, dar luând în considerație diversitatea serviciilor medicale, exista riscul ca plățile să devină necontrolabile. Medicul este stimulat să presteze exagerat servicii, mai ales în cazurile când plata se efectuează nu de către beneficiar, ci de părți terțe, cum sunt fondurile de asigurări [110, 202, 309].

Impactul asupra cheltuielilor totale ale sistemului este de asemenea neatrăgător, ele având tendință spre creștere. Aceasta se datorează nu numai motivației furnizorilor de a presta cât mai multe servicii, ci și tendinței stabile de creștere a tarifelor pentru ele.

Cu toate acestea, pentru finanțator, metoda de plată menționată poate fi un bun instrument de dirijare a volumelor programate de asistență medicală. Astfel, când se dorește încurajarea unor anumite servicii, tarifele la ele se stabilesc deasupra sine-costurilor lor, iar în cazul când se dorește prevenirea supraproduției - se procedează invers.

Pentru a minimaliza riscul ca plățile să devină necontrolabile se recurge la determinarea prealabilă a schemei de plată, care la rândul său poate fi fixă sau negociabilă între fondurile de sănătate și prestatori.

O schemă de plată poate conține prețuri curente sau poate fi exprimată sub formă de puncte. Ultima modalitate mărește flexibilitatea finanțării prin:

- posibilitatea schimbării valorii punctului în cazul unor necesități obiective (inflația, schimbarea prețului la consumabile etc.);
- posibilitatea menținerii finanțării în limitele unui buget global în cazul supraîmplinirilor neargumentate a prevederilor contractuale. Rezultatul utilizării metodei în cauză, de asemenea, poate constitui producerea exagerată a serviciilor medicale, dar acest lucru nu duce la consumul excesiv de fonduri.

Pentru a descuraja prestarea de servicii excesive unele țări au introdus limite trimestriale ale rambursărilor pentru serviciile prestate. Sumele ce depășesc aceste limite nu se rambursează sau sunt rambursate într-o proporție mai mică [68, 170]. Deși metoda clasică per serviciu este retrospectivă, plafonarea sumei de finanțare o apropie de metodele prospective de plată.

Sistemul de plata per serviciu nu stimulează creșterea calității serviciilor prestate, deși aceasta poate avea loc în sistemele bazate pe coplăți și în cazul concurenței între prestatori [202].

Pentru a influența gama de servicii prestate, în unele țări se practica bonusuri pentru a încuraja anumite servicii sau penalități pentru a le descuraja.

Un dezavantaj esențial al sistemului de plată per serviciu este costul mare al cheltuielilor administrative. Sistemul este greu și scump de monitorizat, reprezentând activități dificile atât pentru cumpărătorul serviciilor medicale, cât și prestatorul lor.

Plata pe caz tratat. Serviciile se repartizează în grupuri omogene și se rambursează în baza unui tarif fix pe grup. La baza divizării grupurilor pot fi puse: profilul secției (patului) sau diagnosticul.

Pentru funcționarea bună a plății pe caz, o importanță majoră are definirea adecvată a grupurilor de cazuri tratate [35, 120, 143, 237]. Trebuie respectate tendințele spre:

- diferență de costuri între diferite grupuri de cazuri;
- minimizarea diferenței de costuri a cazurilor incluse în același grup.

Cu toate acestea, descrierea grupurilor nu trebuie să fie prea detaliată, încât să fie neconvenabilă în gestionare.

Când plata se efectuează în baza cazului tratat, furnizorii tind să majoreze numărul de cazuri (în special, cele din grupurile cu tarif înalt) și să diminueze costurile reale ale cazurilor tratate. Apar stimulente pentru selectarea cazurilor cu risc mic. Durata medie a internării de obicei se micșorează. Deși pare că reducerea duratei medii de spitalizare poate avea un impact negativ asupra calității, datele din diferite surse nu confirmă această presupunere [37, 165, 216].

Concurența între spitale poate micșora impactul stimulentele negative, dar ea poate fi realizată doar cu condiția existenței pieței serviciilor medicale spitalicești.

Referitor la cheltuielile administrative, în cadrul plății pe caz, ele cresc proporțional cu creșterea fluxului de informație, necesității determinării standardelor clinice și calculării tarifelor. Cu toate acestea costurile administrative în cazul plății pe caz sunt mult mai mici decât în cazul plății pe serviciu.

Plata pe zi (zi-pat). Se utilizează pentru finanțarea asistenței medicale spitalicești. Până în anii 1990, această formă de plată a fost dominantă pentru majoritatea țărilor europene. Apoi interesul către ea a început să scadă și în prezent sfera de utilizare a plății pe zi este restrânsă. Principalul dezavantaj al metodei îl constituie tendința de majorare a duratei medii de spitalizare. Pe de o parte, aceasta se face pentru a obține un volum mai mare de plată, pe de alta, ține de faptul că costul primelor zile de spitalizare este mai mare, iar a celorlalte progresiv scade. În aceste condiții, odată cu mărirea numărului zilelor spitalizate în cadrul cazului prestat, pentru prestator, costul mediu al unei zile scade [202].

Cu toate dezavantajele, folosirea metodei menționate poate fi adecvată în cazurile finanțării tratamentului unor patologii cu durată lungă de spitalizare (spitale de ftiziatrie, psihiatrie s.a.) [308].

Bonificația. Plată sub formă de „bonus” pentru atingerea unor obiective. Se folosește de obicei ca mecanism complementar de plată la alte mecanisme de bază, cum ar fi plata per capita. Instituirea unui sistem de bonificație necesită un mecanism sofisticat de control pentru monitorizarea realizării obiectivelor, deoarece există risc sporit de fraudă [153, 227].

În Belgia, în rezultatul introducerii bonificației pentru vizite la domiciliu, 46% din consultații sunt efectuate la domiciliul pacienților, pe când în alte țări, unde se practică doar plata per capita, aceste vizite sunt foarte reduse [104].

Pentru a controla evoluția bolilor cronice (diabetul, astmul bronșic, bolile mintale), în Austria, pe lângă plata tradițională a medicilor de familie au fost introduse bonusuri pentru cei care pot demonstra că au folosit schemele din protocoalele stabilite pentru controlul bolilor cronice.

Deținere de fonduri (Fundholding). În unele țări precum Marea Britanie, Spania, Olanda, Germania, Canada, medicul din asistența medicală primară are rolul de a controla accesibilitatea bolnavului la asistenta medicală secundară.

Deținerea de fonduri este o metodă de plată (de obicei a prestatorilor din sectorul ambulatoriu) care presupune achitarea nu doar a propriilor activități, ci și a serviciilor oferite de către alte instituții de asistență medicală (centre de diagnostic, staționare etc.). Metodă de plată este prospectivă. Unitatea de măsură reprezintă serviciu medical complex [143, 244, 309].

Deținerea de fonduri poate fi totală și parțială.

De obicei se utilizează Fundholding-ul parțial, care în conținutul pachetului standard de finanțare include doar o parte a costurilor pentru îngrijirea spitalicească. Cu cât volumul serviciilor oferite la nivel de ambulatoriu sunt mai ample, cu atât mai mulți bani rămân aici. Ca urmare, sporește cointeresarea de a mări volumul de îngrijiri extraspitalicești și se reduce numărul de internări nejustificate. Dezavantajul acestei metode constă în faptul că medicii ar putea amâna în scop de profit referirea pacienților către staționar.

Pe parcursul ultimului deceniu, un loc deosebit printre mecanismele de plată îl ocupă conceptul de „*plata pentru performanță*” [75, 161].

Decidenții politici din orice sistem de sănătate sunt interesați permanent de optimizarea raportului cost-beneficiu al îngrijirilor oferite de către furnizorii de servicii medicale, având la dispoziție două categorii largi de instrumente pentru atingerea obiectivului de eficiență: ajustarea tarifelor de rambursare a furnizorilor pentru serviciile oferite și ajustarea mecanismelor de rambursare a costului acestora. Conceptul de plată pentru performanță - P4P (pay for performance) se înscrie în a doua categorie de instrumente și reprezintă un curent relativ recent

în arhitectura sistemelor de sănătate, fiind implementat începând cu anii 1990 în țări precum Australia, Marea Britanie, Statele Unite ș.a. [166, 187,193].

Plata pentru performanță, ca metodă complementară de plată poate fi utilizată pentru finanțarea tuturor tipurilor de asistență medicală: atât a sectorului ambulatoriu, cât și a celui spitalicesc [171, 193, 212, 220].

Conceptul de P4P se bazează pe premisa că motivația financiară facilitează modificarea comportamentului. În dependență de atingerea indicatorilor propuși, pot fi două tipuri de atitudini ale plătitorului pentru serviciile medicale: stimularea performanței înalte prin acordarea de bonusuri sau penalizarea lipsei de performanță. De obicei programele P4P acordă bonusuri.

În majoritatea țărilor bonusurile pentru P4P reprezintă un procent mic (sub 5%) din totalul veniturilor prestatorilor de servicii medicale. Spre exemplu, pentru spitalele din programul MEDICARE din Statele Unite el este sub 2%, iar pentru spitalele din NHS-ul britanic – 0,5%. Cel mai ambițios program este QOF (Quality Outcomes Framework) din Marea Britanie. El cuprinde 142 indicatori, dintre care 87 sunt clinici, având atribuție la 20 de arii terapeutice. Cel mai bine reprezentate sunt: diabetul zaharat (15 indicatori) și boala coronariană (8 indicatori) [124, 125].

În acest program medicii de familie, în funcție de atingerea indicatorilor, își pot crește veniturile cu până la 25%. Aceasta este însă o excepție, întrucât alte scheme sunt mult mai modeste [105, 117, 125, 158].

Bonusurile pentru furnizori pot fi operaționalizate divers:

- Bonus-bloc de participare la schemă: echipele de medicină primară din Noua Zeelandă primesc \$20,000 atunci când se alătură schemei P4P [128, 244].
- Bonus per pacient: medicii de familie din Germania primesc echivalentul a \$35 pentru fiecare pacient pe care îl înrolează spre evaluare în P4P [26].
- Bonus per punct: în Marea Britanie performanța este evaluată prin cumularea unui număr de puncte asociate fiecărui indicator. Quantumul bonusului de performanță este stabilit prin multiplicarea numărului de puncte totalizate cu valoarea monetară a fiecărui punct [123, 126, 156, 164, 214].
- Bonus per tarif DRG: spitalele MEDICARE din Statele Unite sunt rambursate cu tarife DRG mai mari cu 1-2% pentru ariile terapeutice în care au atins nivelurile de performanță necesare [75, 145, 220].

Orice indicator trebuie să întrunească o serie de atribute: să fie măsurabil; să fie relevant; să fie valid; să fie robust și neapărat să fie cost-eficient. Existența unui indicator măsurabil

condiționează în mare măsură includerea dimensiunii pe care o reprezintă în definiția performanței.

În prezent majoritatea schemelor P4P se concentrează pe două dimensiuni: performanța clinică și satisfacția pacientului. Acestea li se pot adăuga și alte dimensiuni, astfel:

- programul QOF din Marea Britanie evaluează suplimentar performanța organizațională și serviciile adiționale oferite de medicii de familie;
- programul PIP (Practice Incentives Program) din Australia evaluează suplimentar gradul de includere a pacienților din mediul rural [75]
- programul CAPI (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles) din Franța suplimentar încurajează prescrierea medicamentelor generice.

În sensul definirii performanței, valoarea-prag a indicatorilor poate fi stabilită pe scheme bazate pe obiective absolute sau relative. O schemă bazată pe obiective absolute stimulează furnizorii care îndeplinesc aceste obiective, dar nu încurajează să-și îmbunătățească practica pe furnizorii care se află departe de pragul stabilit [193, 212].

O schemă bazată pe obiective relative stimulează furnizorii de servicii după măsura în care aceștia își ameliorează performanțele în timp. Însă acest tip de schemă favorizează instituțiile fără performanță în detrimentul celor cu performanță înaltă, deoarece creșterile sunt mai ușor de efectuat, având inițial un nivel de performanță redus.

Analiza impactului implementării programelor P4P a arătat un efect controversat în ceea ce privește influența P4P asupra performanțelor clinice. În unele contexte și arii terapeutice au fost puse în evidență îmbunătățiri ale performanței, iar în altele nu [75, 166, 171]. De exemplu, în cadrul programului QOF în Marea Britanie au fost observate ameliorări ale indicatorilor pentru diabet și astm bronșic, dar nu și pentru afecțiuni cardiovasculare [126]. În Olanda un program similar de medicină primară a obținut după un an de la implementare îmbunătățiri semnificative în performanța managementului afecțiunilor cardiovasculare și astmului, dar nici un efect în rata vaccinării antigripale și a screening-ului pentru cancer de col uterin. Rezultatele din Noua Zeelandă au fost, de asemenea, modeste [128, 244].

Analize ale programului QOF au arătat că ritmul de creștere a performanței este mai ridicat în primii ani de la implementarea P4P, iar mai apoi scade treptat [75, 171].

Impactul P4P asupra performanței financiare a spitalelor nu pare să fie semnificativ. Un studiu ilustrativ în acest sens a fost cel desfășurat de Kruse ș.a. [198], care a comparat rezultatele financiare a 260 spitale din Statele Unite incluse în P4P cu 780 spitale dintr-un grup de control. Autorii au concluzionat că nu există diferențe semnificative între cele două grupuri în ceea ce

privește costurile, veniturile și marja de profit, ceea ce sugerează că P4P a avut un efect neutru asupra structurii rezultatelor financiare ale spitalelor.

Concluzionând cele expuse, menționăm faptul că în prezent mulți autori consideră că P4P poate conduce la îmbunătățiri cel mult moderate ale parametrilor clinici la nivel populațional. Aceste rezultate nu pot fi reproduse în toate ariile terapeutice și au un impact maxim în primii 2-3 ani de la implementarea schemei, estompându-se lent ulterior. P4P are un conținut motivațional limitat în timp, care trebuie asociat unor obiective foarte clare la nivel de sistem, precum ameliorări în arii terapeutice și grupuri vulnerabile cheie [171, 193].

Paralel vrem să menționăm că există dovezi care sugerează că simpla raportare, monitorizare și publicare a indicatorilor de performanță poate conduce la ameliorarea în timp a acestora, în absența oricărui mecanisme financiare asociate [181, 190, 211, 257].

Modalități combinate de plată. La elaborarea sistemelor de finanțare, utilizarea metodelor de plată sub formă de monometode se întâlnește foarte rar, deoarece ele toate au dezavantaje, care la un anumit timp devin esențiale. De obicei, se recurge la combinații ale metodelor de plată, în scopul neutralizării dezavantajelor unei metode prin avantajele alteia.

În prezent elaborarea sistemelor noi de plată, de fapt, subînțelege elaborarea unor noi combinații ale metodelor de plată existente [134, 202].

Particularitățile utilizării metodelor de plată în sectorul nespitalicesc

De obicei sub tratament în condiții de ambulatoriu se subînțelege tratamentul efectuat în cadrul AMP și AMSA. Sectorul de ambulatoriu, unde, de obicei, începe și se termină majoritatea traseelor pacientului în sistemul de sănătate, oferă oportunități semnificative pentru îmbunătățirea utilizării resurselor financiare.

Conform unor autori, acordarea asistenței medicale în condiții de ambulatoriu este de 8-10 ori mai ieftină decât în spital [16, 122, 248, 295]. În același timp, după cum arată alte estimări, aproximativ 30% din pacienții tratați în spital, ar fi putut primi îngrijiri medicale de calitate în condiții de ambulatoriu [39, 248].

Asistența medicală primară este cel mai frecvent tip de ajutor medical, la care se adresează marea majoritate a populației. Deși costul fiecărui caz de adresare la medicul de familie este relativ mic, cheltuielile pentru plata serviciilor primare, reieșind din frecvența acestora, poate constitui o parte semnificativă din bugetul destinat procurării serviciilor medicale.

Mecanismele utilizate de plată sunt: bugetul global, plata per vizită, plata per serviciu, plata per caz, plata per capita.

În cadrul finanțării prin buget global, cheltuielile sistemului sunt previzibile, costurile administrative sunt minime, dar deseori lipsește informația privind structura serviciilor acordate. Este posibilă reducerea volumului de asistență unor anumite categorii de pacienți, iar lucrătorii medicali nu sunt cointeresați în introducerea tehnologiilor medicale moderne [202].

Plata per vizită motivează personalul pentru a oferi asistență medicală cât mai multor pacienți, însă în sectorul ambulatoriu controlul deplin al numărului de vizite prezentate spre plată este foarte dificil.

Similar plata per serviciu motivează personalul medical de a furniza asistență medicală în volum cât mai mare, dar nu stimulează cointeressarea lucrătorilor medicali în ameliorarea stării de sănătate a populației: cu cât sunt mai multe persoane bolnave, cu atât crește numărul serviciilor și respectiv veniturile instituției. Nu este nici interes economic al lucrătorilor medicali în utilizarea eficientă a resurselor la nivel de sistem, pacienților deseori furnizându-se servicii inutile. Lipsește posibilitatea de control deplin a serviciilor prezentate spre plată [110, 202].

Plata per caz se utilizează pentru cazurile finalizate de tratament în asistența medicală primară (sau de ambulatoriu). Plata se bazează pe costurile standarde de tratament, indiferent de numărul real de vizite în cadrul acestuia. Plata pentru cazurile finalizate orientează medicii din sectorul ambulatoriu spre creșterea numărului de pacienți tratați și reducerea timpului de tratament [120, 143, 237].

Plata per capita. Personalul medical este cointeressat în îmbunătățirea stării de sănătate a populației deservite. Instituția nu este cointeressată în creșterea peste necesitate a numărului de vizite, investigații și consultații efectuate. Există stimulente pentru profilaxia bolilor. Personalul medical este cointeressat în utilizarea eficientă a resurselor. Cheltuielile sunt previzibile, costurile administrative sunt minime. Dar este posibilă scăderea volumului de îngrijiri oferite unor categorii de pacienți. De asemenea lipsesc stimulentele pentru lucrătorii medicali privind intensitatea muncii [139, 244].

Particularitățile utilizării metodelor de plată în sectorul spitalicesc

Serviciul spitalicesc este forma cea mai costisitoare de îngrijire, astfel încât sistemul de plată pentru ele ar putea declanșa o creștere bruscă a cheltuielilor din fondurile de sănătate. În calitate de metode de plată de obicei se utilizează bugetul global, plata per zi, plata pe serviciu și plata pe caz tratat.

Bugetul global a fost folosit cu succes în multe țări europene pe parcursul anilor '80. Metoda este considerată bună pentru finanțarea spitalelor, ținând cont de caracterul ei prospectiv. Cu toate acestea trebuie de menționat că aceste țări au trecut la bugetul global după o analiză profundă a nevoilor populației în diferite tipuri de îngrijiri spitalicești și a costurilor lor,

informații obținute în rezultatul studiului plăților anterioare după principiul per serviciu. În țările, în care spitalele anterior au fost finanțate pe buget tradițional și prestatorii nu erau cointeresați în tratamentul intensiv al pacienților, utilizarea bugetului global a menținut dezechilibrele existente [35, 49, 114].

În cazul utilizării acestei metode, pentru spital cheltuielile sunt previzibile, iar costurile administrative sunt minime. Însă metoda nu stimulează utilizarea eficientă a resurselor. Este posibilă o scădere a volumului îngrijirilor medicale unor categorii de pacienți. Medicii nu sunt cointeresați în reducerea termenelor de tratament. Apare tendința de a redirecționa pacienții către alte instituții și alți specialiști. Informațiile necesare pentru studiul aprofundat al structurii de îngrijire acordată sunt insuficiente [47, 108].

Cât privește plata per zi, această metodă poate transforma spitalul într-un hotel cu servicii minime de sănătate, deoarece cu cât mai mult timp este internat pacientul în spital, cu atât costurile relative ale zilei de spitalizare sunt mai mici [295].

Plata per serviciu. Reprezintă plata costurilor de facto de spitalizare a pacientului, bazate pe un calcul detaliat al serviciilor prestate. Permite obținerea unor date detaliate privind volumul prestat de îngrijiri, dar cheltuielile administrative sunt foarte înalte, în legătură cu necesitatea de a procesa o cantitate mare de informații. Volumul cheltuielilor este imprevizibil.

Plata per caz tratat este cea mai des întâlnită formă de plată pentru activitatea spitalicească. Cheltuielile administrative sunt reduse, personalul medical este cointerestat de a micșora durata de tratament, costurile într-o anumită măsură sunt previzibile. Grupurile de cazuri tratate de obicei se formează pe baza profilului de activitate spitalicească sau a diagnosticelor (DRG).

Fiind mai simplă în administrare, metoda de plată bazată pe caz tratat pe profil, poate fi aplicată la etapa inițială a asigurărilor obligatorii de asistență medicală, mai ales în cazul în care finanțarea anterioară a fost per buget tradițional [37, 47, 143, 237]. Însă la utilizarea acestei metode, spitalelor le este convenabil să trateze pacienți mai puțini gravi, iar informația de ordin economic nu este suficientă pentru a analiza în profunzime structura costurilor asistenței spitalicești.

Spre deosebire de plata pe caz tratat pe profil, plata per DRG are un avantaj esențial prin faptul că grupurile sunt formate atât pe principii medicale, cât și economice, ceea ce permite o remunerare mai corectă a activității spitalicești [37, 165, 216, 250]. Finanțarea prin DRG se poate face fie retrospectiv (rambursarea spitalului pentru fiecare tip de pacient externat), fie prospectiv (stabilirea unui buget global având la baza negocierea numărului și tipului de pacienți care vor fi spitalizați) [108, 155, 167].

Printre scopurile ce pot fi atinse prin introducerea sistemului DRG, urmează a fi menționate:

1. Obținerea unui instrument robust pentru evaluarea rezultatelor activității la nivel de spital. Spitalele introduc clasificarea DRG pentru a avea o imagine mai clară a rezultatelor sale și pentru o comparație a situației spitalului față de celelalte spitale sau față de anumite standarde. Suplimentar instrumentul poate oferi o imagine a modului în care a evoluat în timp activitatea spitalului, prin care pot fi evidențiate tendințele trecute și viitoare ale acestei activități, inclusiv apariția unor potențiale probleme.

2. Creșterea eficienței alocațiilor pentru serviciile spitalicești. Finanțarea pe baza sistemului DRG este una de tipul "banii urmează pacientul". În acest fel, spitalele care au mulți pacienți și cu o patologie complexă vor primi mai multe resurse.

3. Creșterea eficienței tehnice la nivelul spitalului. Finanțarea prin DRG permite spitalelor să-și evidențieze cu claritate tipurile de pacienți și resursele atrase pentru aceștia. Desigur, pentru creșterea eficienței tehnice mai e nevoie de o autonomie reală a managementului spitalului.

4. Modelarea serviciilor spitalicești, pentru a răspunde cât mai bine nevoilor populației. Modelarea furnizorilor prin tarifele pe tip de pacient pleacă de la ideea ca "ai ceea ce plătești". În acest fel se poate interveni în momentul stabilirii tarifelor pentru a stimula furnizarea unor anumite servicii și a scădea furnizarea altor servicii. Acest mod de a realiza modelarea furnizorilor este foarte eficace, însă necesită un model adecvat de evaluare a nevoilor pentru servicii de sănătate.

5. Evaluarea prestatorilor de servicii spitalicești. Evaluarea globală a activității spitalicești dintr-o arie geografică sau un anumit domeniu este utilă pentru plătitorii serviciilor de sănătate în momentul contractării serviciilor (contractare selectivă) sau pentru stabilirea unor politici de sănătate cu impact asupra sectorului spitalicesc [165, 233, 251].

Sistemul DRG a fost dezvoltat în anii '70, în SUA, la Universitatea Yale, de un grup de medici, economiști și statisticieni. Inițial sistemul a fost dezvoltat în vederea evaluării rezultatelor spitalelor, dar ulterior acesta a fost preluat și adaptat pentru finanțarea lor. Chiar dacă grupele DRG au fost inițial dezvoltate ca și instrument de măsurare a calității, foarte curând s-a văzut ca ele pot reflecta cu ușurință și valoarea financiară a cazurilor – fiind transformate în liste de preturi de către agențiile finanțatoare ale spitalelor. Agenția MEDICARE din SUA a inițiat acest proces în anul 1983.

La începutul anilor '90, mecanismele de clasificare a cazurilor au suferit diferite revizuirii, mai ales în funcție de definirea „produselor” activității spitalicești. Au apărut astfel mai

multe sisteme de clasificare care diferă în principal prin aspectul de interpretare a gravității cazului [119, 120, 143, 167, 195, 233, 244, 250, 251]. Schema de evoluție a sistemelor de clasificare la nivel mondial este prezentată în figura 1.2.

Sistemul de clasificare HCFA-DRG (Health Care Financing Administration) din SUA.

Sistemul HCFA-DRG a fost primul aplicat la scara larga după realizarea primului sistem (cu scop de cercetare) de către cercetătorii de la Universitatea Yale. Este folosit începând cu anul 1983 pana în prezent pentru finanțarea spitalelor în cadrul sistemului de asigurări MEDICARE din SUA. Trebuie de avut în vedere că, sistemul MEDICARE se ocupă în principal de pacienții cu vârsta de peste 65 de ani, respectiv spectrul grupurilor a fost restrâns. Începând cu revizia a opta (aa.1990-1991), au fost introduse grupuri DRG pe diferite categorii de vârsta și în prezent sistemul HCFA DRG este aplicabil tuturor categoriilor de pacienți [232, 244].

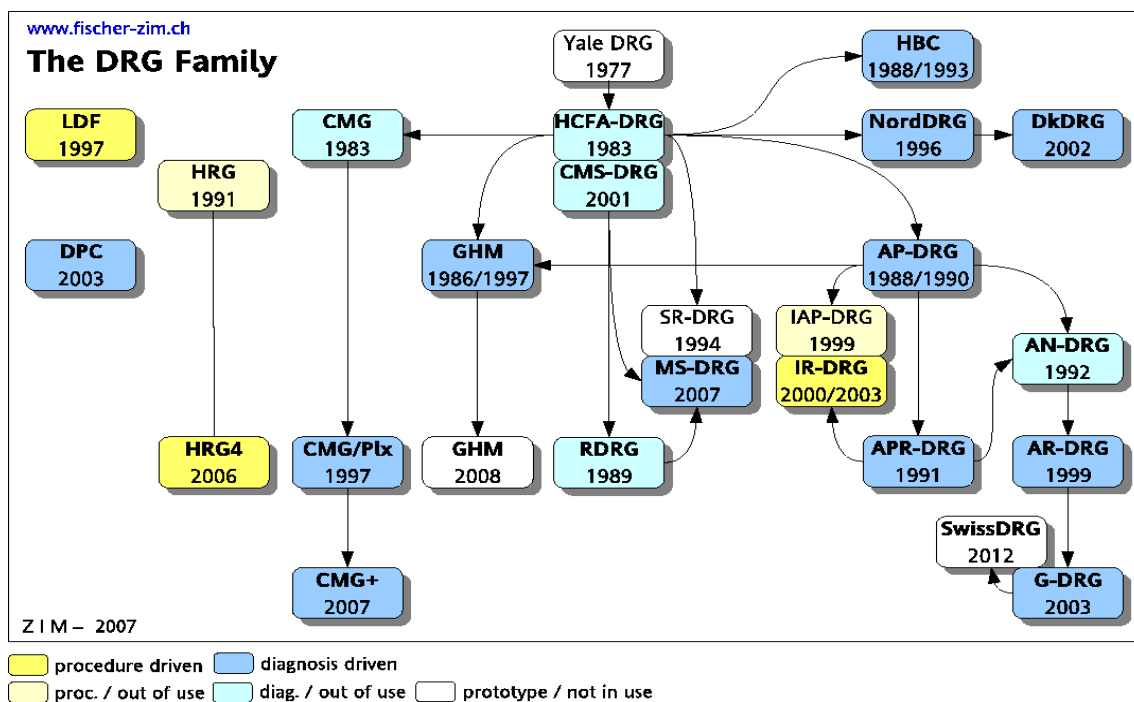


Fig. 1.1. Evoluția sistemelor DRG la nivel mondial. Sursa: Fischer [DRG-CH, 2004]

Sistemul de clasificare AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups).

Acest sistem este o extensie a spectrului de grupuri de pacienți cuprinse în HCFA-DRG, care își propune să includă absolut toate categoriile de pacienți (de aici și denumirea AP – “all patients”). Aceasta extindere cuprinde în special afecțiuni mai noi precum HIV, greutatea la naștere a nou-născuților, afecțiuni specifice copilăriei și politraumatisme. O parte dintre aceste extensii au început chiar de la ediția a opta a sistemului HCFA DRG. Este format din 641 grupuri DRG (versiunea 12.0) și include diferențierea cazurilor pe 3 grade de complexitate: complicații sau comorbidități majore; complicații sau comorbidități esențiale; fără complicații și

comorbidități. Aceste grade sunt alocate la nivelul categoriilor majore de diagnostic (MDC) și nu la nivelul diagnosticelor sau procedurilor, de aceea numărul grupurilor de diagnostice este relativ mic.

Sistemul AP DRG este revizuit anual. Ajustările iau în considerație schimbările din sistemele de codificare ale diagnosticelor și procedurilor.

Primul sistem adaptat pentru Europa și CIM 10 a fost dezvoltat pentru Țara Galilor (ulterior testat și de Asociația AP DRG din Elveția) [244].

Sistemul de clasificare RDRG (Refined Diagnosis Related Groups).

Este un sistem evoluat tot din sistemul HCFA-DRG. Toate grupurile DRG sunt subdivizate în funcție de vârsta și diagnosticile secundare în așa-zise RDRG de bază, cu 3 categorii medicale și 4 categorii chirurgicale de severitate. În plus, au fost dezvoltate câteva clase de complicații. Gradul de severitate final este atribuit în funcție de diagnosticile secundare. În cazul nou-născuților este folosit ca indicator greutatea la naștere. Pacienții care au decedat în primele 48 de ore de la internare sunt grupați într-o categorie specială. Sistemul este compus din 1146 grupuri DRG, care fac parte din 321 grupuri RDRG de bază.

Sistemul de clasificare APR-DRG (All Patient Refined Diagnosis Related Groups).

Este un sistem rezultat în urma revizuirii și adaptării sistemului AP-DRG. Toate grupele DRG sunt inițial divizate în funcție de vârsta și diagnosticile secundare, apoi sunt consolidate în AP DRG de bază. Se aplica ulterior 2 subdiviziuni (risc de mortalitate și tip de afecțiune), fiecare cu câte 4 nivele de complicații, rezultând astfel mai multe categorii de liste de complicații. Versiunea 20 (2002-2003) conține 1194 grupuri de APR DRG.

Sistemul GHM (Groupes homogènes de malades), Franța.

GHM au fost dezvoltate în cadrul programului PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) și au ca origine inițială versiunea a treia a sistemului de clasificare HCFA DRG. În anul 1997 au fost îmbunătățite și adaptate cu elemente corespunzătoare sistemului AP DRG. Diagnosticile sunt codificate folosind clasificarea CIM 10 a OMS, în timp ce procedurile sunt codificate folosind sistemul francez propriu CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

La nivelul anului 2008 a avut loc o revizie fundamentală a sistemului francez GHM, pentru a permite utilizarea acestuia pe scară mai extinsă la plata și rambursarea spitalelor publice și private din Franța. S-a introdus un al patrulea nivel de separare a gravității, iar pentru durate de spitalizare mai mici de 48 de ore s-au definit în mod specific 3 categorii majore de diagnostice, cu grupurile DRG corespunzătoare. În spitalele private, plata medicilor nu este inclusă în tariful DRG.

Sistemul NordDRG (Nordic Diagnosis Related Groups) din țările Scandinave.

Începând cu anul 1995, țările scandinave (Danemarca, Finlanda, Norvegia și Suedia) au dezvoltat în comun sistemul de grupare NordDRG, astfel încât acesta să ia în considerație nevoile diferite ale grupului de țări care l-a dezvoltat. Suplimentar utilizează acest sistem Estonia și Islanda. Sistemul de codificare al diagnosticelor este CIM 10 al OMS, iar pentru codificarea procedurilor se folosește un sistem propriu NOMESCO. Diferența majoră față de celelalte sisteme de clasificare originare din sistemul inițial HCFA DRG este reprezentată de mecanismul de alocare a pacienților în grupuri DRG. El este realizat pe baza unui tabel multidimensional, luând în considerație mai multe informații în același timp, față de logica HCFA DRG, care este de tip “arbore”- deciziile de alocare sunt luate pas cu pas. Sistemul conține și o subdiviziune pentru serviciile ambulatorii, precum și grupuri pentru proceduri chirurgicale minore sau endoscopice [244, 196].

Sistemul HRG (Healthcare Resource Groups) din Marea Britanie.

Principala diferență în comparație cu logica clasică a unui sistem DRG este faptul că în cadrul HRG prioritate la grupare este dată procedurii (intervenției chirurgicale), și nu diagnosticului principal.

Prima versiune HRG conținea 522 grupuri DRG și a fost publicată în 1991. În anul 1997 a avut loc o revizie fundamentală a sistemului de clasificare care a produs versiunea HRG4, având 1404 grupuri și 3 grade de severitate incluse. Sistemul este utilizat pentru rambursarea spitalelor începând cu anul 2006. Paralel există 140 de categorii de pacienți pentru care plata se face prin alte mecanisme.

Sistemul CMG (Case Mix Groups) din Canada.

Primul sistem DRG folosit în Canada a fost bazat pe HCFA DRG și a fost introdus încă în anul 1983. Pentru atribuire în grupurile DRG, în locul diagnosticului principal la externare, sistemul folosea diagnosticul care avea cea mai mare influență asupra duratei de spitalizare. O restructurare majoră a sistemului a avut loc în anul 1997, prin introducerea a trei noi categorii de vârstă și patru nivele de complicații, sub formă de matrice multidimensională. Pe baza celor 477 de grupuri inițiale au fost create 3413 grupuri noi.

Sistemul LDF (Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen) din Austria.

Sistemul grupează pacienții chirurgicali în funcție de procedura efectuată, pe când pacienții medicali sunt grupați în funcție de diagnosticul principal. Versiunea inițială din 1997 conținea 394 grupuri de bază și 916 grupuri LDF, iar versiunea actuală conține 421 grupuri de bază și 900 grupuri LDF. Sistemul de plată presupune o combinație între plata pe DRG, plata pe

zi de spitalizare, plata pentru zile de terapie intensivă și plata redusă progresiv pentru spitalizări de foarte lungă durată.

Sistemul Homogén Betegség-Csoportok din Ungaria.

Primul proiect DRG în Ungaria datează din anul 1986, iar plățile către spitale pe baza DRG au fost introduse în baza propriului sistem de clasificare în 1993. Inițial sistemul conținea 467 de grupuri DRG, versiunea din anul 2005 ajunsese la 796 grupuri, cu separarea grupelor responsabile pentru cazurile din departamentele de urgență, chimioterapie și terapie intensivă. Plata se face diferențiat pentru același DRG în funcție de duratele foarte scurte sau foarte lungi de spitalizare [163].

G-DRG (German Diagnosis Related Groups) din Germania.

Prima versiune a sistemului G-DRG a fost o traducere integrală a sistemului austriac AR-DRG-4.1, însă folosind pentru codificarea diagnosticilor CIM 10 OMS, iar pentru codificarea procedurilor sistemul german propriu OPS-301. Ulterior, sistemul a fost revizuit anual, pe baza datelor colectate de la un număr de peste 200 de spitale. Chiar dacă s-a păstrat matricea severităților din sistemul austriac, în timp s-a ajuns la alocări foarte diferențiate: varianta din anul 2003 conținea 664 grupuri DRG, iar cea actuală conține 1137 grupuri. Sistemul, începând cu anul 2007, este folosit pentru finanțarea tuturor spitalelor din Germania, pentru întreaga activitate.

Sistemul IR-DRG (International Refined Diagnosis Related Groups). Sistemul este comercial, producător 3M.

Sistemul IR DRG a fost bazat inițial pe sistemul IAP DRG (International All Patients DRG, dezvoltat din AP DRG). Este un sistem pe care producătorul îl adaptează la specificul fiecărei țări, fără însă a furniza manualul de grupare și fără a transfera drepturile de proprietate intelectuală. La momentul de față conține 23 de categorii majore de diagnostice și 1175 de grupuri DRG, dintre care 789 pentru pacienții spitalizați și 372 pentru pacienții din ambulatoriu.

Sistemul AR-DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups) din Australia.

Prima versiune a sistemului austriac de clasificare a fost creată în anul 1998. Caracteristica specifică sistemului austriac este matricea severităților CCL (Complication and Co-morbidity Level), permițând alocarea pacienților în grupuri cu grade de severitate diferite pentru fiecare DRG. În prezent sistemul AR DRG a ajuns la revizia 6 și conține 698 de grupuri DRG.

Statul Australian are o politică foarte deschisă privind licențierea acestui sistem în vederea utilizării lui în alte țări, de aceea la nivel internațional el este cel mai răspândit sistem. Exemple de țări care folosesc AR DRG (sau au folosit acest sistem pentru dezvoltarea sistemelor

proprii) sunt: Noua Zeelanda, Irlanda, Germania, Elveția, Slovenia, Croația, Macedonia, Montenegro, România, Singapore, Fiji, Republica Cehă, Lituania, Arabia Saudită, Bosnia și Herțegovina ș.a [114, 120, 179, 216, 233].

1.3 Instrumente de monitorizare a performanței sistemelor medicale în scopul influenței acesteia prin mecanisme de finanțare

Răspunsul la întrebarea: ”ce este performanța?”, nu este întotdeauna ușor de găsit. Dicționarul Explicativ al Limbii Române (DEX) ne lămurește că ”performanța este succesul deosebit obținut într-un domeniu de activitate”, iar Wikipedia ne explică că performanța include „activitățile prin care se asigură faptul că obiectivele sunt îndeplinite în mod constant într-un mod eficace și eficient”. Răspunsul care derivă din cele de mai sus este că performanța este succesul obținut în condiții de eficiență și eficacitate.

Conform explicațiilor DEX, eficient și eficace par a fi sinonime perfecte. Însă, în literatura de profil economic exista diferențe esențiale între ele și anume:

- Eficiența înseamnă a face lucrurile bine. Eficiența se poate calcula ca raport între efect și efort, unde efortul reprezintă resursele consumate (materiale, oameni, timp, bani etc.).
- Eficacitatea înseamnă a face lucrurile bune. Eficacitatea este calitatea de a produce efectul așteptat. Eficacitatea unui proces se determină prin compararea a ceea ce un proces poate realiza cu ceea ce el de fapt realizează (sau comparare între impactul dorit și cel efectiv obținut).

Faptul că un sistem este eficient nu înseamnă automat că el este și eficace, deși conform P. Drucker „nu se poate vorbi despre eficiență fără eficacitate, pentru că este mult mai important să realizezi bine ceea ce ți-ai propus, decât să realizezi bine altceva”. De fapt, nici eficacitatea fără eficiență nu este benefică, deoarece consumă prea multe resurse (în special timp), chiar dacă ajungi în cele din urmă la rezultatul dorit.

Multe din fenomenele legate de performanța sistemului medical (precum calitatea serviciilor medicale) au preponderent o natură calitativă. Înțelegerea deplină a fenomenelor calitative este greu de realizat, datorită complexității acestora. Din aceste considerente este necesară o ordonare a rezultatelor activităților medicale desfășurate prin intermediul unor exprimări cantitative. Pentru cuantificarea acestor fenomene de obicei intervin indicatorii statistici utilizați în descrierea proceselor ce se desfășoară pe piețele serviciilor medicale. Indicatorii sunt aproape întotdeauna folosiți pentru a compara [153, 245].

Dicționarul Explicativ al Limbii Române formulează noțiunea de indicator ca: “expresie numerică cu ajutorul căreia se caracterizează cantitativ un fenomen social-economic din punctul de vedere al compoziției, structurii, schimbării în timp, al legăturii reciproce cu alte fenomene etc.”. Totuși o ultimă definiție a indicatorului statistic e greu de formulat. Mulți autori recomandă

ca o astfel de definiție să rămână deschisă, o decizie înțeleaptă fiind aceea de a ne preocupa mai degrabă de aspectele pragmatice, decât de aspectele filosofice implicate de definirea noțiunii de indicator.

Cuantificarea pieței serviciilor medicale prin intermediul indicatorilor este o problemă complexă și de obicei necesită sisteme de indicatori de dimensiuni mari. Nevoia de comparabilitate a acestor sisteme impune reducerea dimensiunii lor, care urmează a fi făcută astfel încât sistemul redus să conțină cel puțin aceeași cantitate de informație ca și indicatorii individuali, având însă avantajul că este mai sintetic și ușor de manipulat. În principiu, există două metode de reducere a numărului de indicatori: selecția și agregarea.

Selecția urmărește reducerea numărului de indicatori folosind metode și tehnici statistice. Bunăoară, dacă între doi indicatori există o relație funcțională bine precizată, atunci nu are sens includerea în sistem a ambilor indicatori, informația conținută de unul dintre ei putând fi regăsită în informația oferită de celălalt indicator.

Un alt tip de selecție se poate realiza folosind elemente din teoria clasificării: mulțimea indicatorilor este împărțită în clase, folosind diverse criterii de maximizare a distanței dintre clase și de minimizare a distanței dintre elementele aceleași clase (în scopul creării unor clase cât mai omogene). Din fiecare clasă se alege apoi câte un indicator reprezentativ, mulțimea acestor indicatori reprezentativi fiind folosită în continuare pentru alcătuirea sistemului de indicatori.

În afară de selecția indicatorilor mai relevanți, reducerea numărului de indicatori se poate face prin agregarea lor într-un singur indicator. Agregarea unor indicatori implică definirea unei funcții unificatoare care asociază o valoare unică mulțimii de valori ale indicatorilor inițiali.

Prin agregare se produc indicatori sintetici, însă dezavantajul este că în acest caz se pierd informații. Din aceste considerente până a propune un indicator agregat este nevoie de analizat dacă acesta este sensibil, anticatastrofic și necompensator.

Un indicator agregat este sensibil dacă o creștere a unui indicator component, inițial pozitiv, nu duce la o scădere a indicatorului agregat, după cum o scădere a indicatorului inițial nu duce la o creștere a indicatorului agregat.

Un indicator agregat este anticatastrofic (neexploziv) dacă o creștere mică a unui indicator inițial nu antrenează o creștere mare a indicatorului agregat.

Un indicator agregat este necompensator dacă o modificare mare a unuia dintre indicatorii componenți nu este însoțită de o modificare în sens contrar a unui alt indicator, astfel încât indicatorul agregat să echivaleze două situații complet diferite.

Trebuie de menționat faptul, că există o teoremă (Păun, Gh. - O demonstrație folosind teoria mulțimilor fuzzy a teoremei de imposibilitate a agregării indicatorilor - Ed. Academiei,

București, 1986) care arată imposibilitatea găsirii unui indicator agregat care să îndeplinească cele trei condiții. Această teoremă sugerează că nu se pot realiza agregări optime: dacă un indicator agregat este sensibil și anticatastrofic, atunci el va fi compensator, echivalând două situații diferite.

Astfel, prin agregare entropia sistemului de indicatori scade, ceea ce implicit înseamnă o scădere a cantității de informație. De regulă, pentru reducerea dimensiunii sistemelor de indicatori se recomandă utilizarea succesivă a selecției și agregării.

Nici un indicator nu trebuie să existe în afara triadei obiectiv – proces - indicator.

Există două abordări generale din punct de vedere al definirii obiectivelor - o abordare axată pe scopuri și o abordare axată pe probleme. Se consideră că abordarea axată pe scopuri are o mai mare valoare strategică, în vreme ce abordarea axată pe probleme este considerată a fi mai practică și mai limitată. În ceea ce privește abordarea axată pe scopuri obiectivele sunt stabilite pe baza unor scopuri strategice ale organizației sau ale politicii la nivel înalt. Procesul general de analiză a politicilor ar putea începe de la definirea scopurilor generale. Totuși abordarea adoptată cel mai des în practică constă în a începe procesul de analiză a politicilor cu definirea problemelor [86, 310].

Primul pas pentru crearea indicatorilor trebuie să fie definirea obiectivelor și direcțiilor de activitate. Următorul pas - definirea rezultatelor pentru fiecare obiectiv. Monitorizarea procesului de implementare a politicilor de plată necesită anumite instrumente de măsurare care permit evaluarea atingerii obiectivelor stabilite.

Dacă vom întreba orice cetățean, despre ceea ce își dorește de la reformele din sistemul ocrotirii sănătății, fără îndoială vom primi răspunsul – accesibilitate la serviciile medicale și calitatea lor corespunzătoare.

Una dintre direcțiile prioritare în dezvoltare a sistemului de sănătate în Republica Moldova este asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității și siguranței serviciilor medicale și farmaceutice, acestea fiind incluse și în obiectivele Politicii Naționale de Sănătate, Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada anilor 2008-2017.

Accesul la serviciile de sănătate este considerat un drept fundamental al individului, în toate țările civilizate. Pentru țările Comunității Europene, accesul la serviciile de sănătate este garantat la nivel legislativ în Carta Drepturilor Fundamentale ale Uniunii Europene, art. 33.

CNMS evaluează accesul populației la asistența medicală prin analiza indicatorilor: numărul de vizite la medicul de familie; numărul mediu de vizite care revine la un locuitor; numărul vizitelor efectuate de medicul de familie la domiciliu; numărul cazurilor tratate în staționarul de zi și la domiciliu; numărul de persoane îngrijite la domiciliu; numărul vizitelor cu

scop profilactic; numărul persoanelor care au fost supuse controlului profilactic, și accesul populației la serviciile medicale de înaltă performanță.

În linii generale, datele colectate de CNMS oferă mai mult o imagine a distribuției teritoriale a serviciilor de sănătate (număr de unități sanitare, număr de furnizori de servicii de sănătate, număr de servicii de sănătate raportate la numărul populației etc.) și mai puțin a accesului propriu-zis la aceste servicii.

Particularitățile accesului și calității serviciilor medicale în Republica Moldova

Accesul la serviciile de sănătate trebuie privit mai larg, ca un scor compozit calculat, luând în considerare accesul geografic, accesul financiar și accesul socio-cultural [27, 139, 173]. Factorii determinanți care influențează gradul de accesibilitate a populației la serviciile de sănătate sunt reprezentați și de nivelul sărăciei, șomajului, ocupației, mediului de reședință, statutului de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, gradului de acoperire cu personal medical ș.a.

În anii 2008-2009 a fost efectuat un studiu al accesului populației la serviciile de sănătate de către Biroul Național de Statistică [5]. Cercetarea a fost realizată pe un eșantion de 2442 gospodării selectate aleator de pe teritoriul țării, inclusiv 3444 respondenți, fiind incluse toate persoanele din cadrul gospodăriilor individuale. În urma analizei rezultatelor acestui studiu au fost stabilite următoarele:

Referitor la percepția stării de sănătate 46,5% din respondenți au declarat starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună, 41,1% satisfăcătoare, iar 12,4% au considerat-o rea sau foarte rea. Comparativ cu anul 2008 se atestă o creștere cu 5,2 % a ponderii populației care își percepe starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună. Această apreciere depinde în mare măsură de vârsta persoanei, fapt determinat în special de prevalența prin anumite boli caracteristice unor grupuri specifice de vârstă. Astfel, ponderea persoanelor cu sănătate bună sau foarte bună se reduce de la 78,0% în cazul copiilor, până la 2,0% pentru persoanele care au împlinit vârsta de 75 de ani.

Populația din mediul urban declară mai frecvent o stare satisfăcătoare de sănătate - 42,9%, decât cele din mediul rural - 39,8%, cu o diferență de 3,1 %. Totodată, persoanele din mediul rural au apreciat în proporție de 13,4% starea de sănătate ca fiind rea sau foarte rea comparativ cu 11,0% în cazul populației din mediul urban.

Prevalența bolilor cronice în cazul populației din Republica Moldova rămâne a fi înaltă, practic fiecare a treia persoană suferă de cel puțin o boală cronică (31,5%). Se constată că rata prevalenței pentru populația din mediul urban este mai mare decât pentru populația din mediul

rural, respectiv 33,9% și 29,9%. Totodată, femeile au declarat într-o proporție mai mare decât bărbații prezența cel puțin a unei boli cronice (35,1% față de 27,7%).

Cele mai înalte rate de prevalență a bolilor cronice sunt înregistrate pentru bolile aparatului circulator - 129‰, bolile osteoarticulare - 70,8‰, bolile aparatului digestiv - 58,3 ‰ și bolile genito-urinare - 33,1 ‰.

Utilizarea serviciilor medicale este solicitată mai mult de către populația din mediul urban - 22,9% față de 16,8% în cazul populației din mediul rural.

Disponibilitatea asigurării medicale obligatorii este unul din factorii care determină accesul populației la serviciile medicale pentru toate categoriile de populație. Reieșind din aceasta, se constată că persoanele asigurate au beneficiat într-o proporție mai mare de servicii medicale comparativ cu cele neasigurate, cu o diferență de 14% ale acestui indicator.

Cele mai multe cazuri de solicitări ale serviciilor medicale sunt caracteristice pentru copiii în vârstă de până la 15 ani - 21% și persoane în vârstă de 65 și peste ani - 37%. Diferențele cele mai semnificative pe sexe sunt înregistrate la populația în vârstă de 25-34 de ani, ele ținând de perioada gravidității și 45-54 de ani, perioada manifestării mai multor maladii.

Adresabilitatea la medic diferă mult în dependență de mediul de reședință al persoanei. Astfel, rata de adresare la medic pentru persoanele cu boli cronice din mediul urban este de 39,8% față de 33,9% în cazul populației din mediul rural. Cele mai frecvente cazuri de adresări la medic au fost înregistrate pentru boli ale aparatului circulator (34,3%), boli osteoarticulare (14,1%), boli genito-urinare (11,3%), boli ale aparatului digestiv (10,1%).

Conform tipului celei mai recente vizite, adresările la medic se diferențiază în dependență de vârsta persoanei. Copiii cu vârsta de până la 15 ani și persoanele cu vârsta de 65 și peste ani s-au adresat preponderent la medicul de familie, iar în cazul persoanelor cu vârsta de 25-44 ani predomină vizitele la medicul specialist. Totodată, serviciile medicului specialist au fost solicitate în cea mai mare parte și de către femei, cu o diferență de 1,3 ‰ față de bărbați.

În funcție de disponibilitatea asigurării medicale, constatăm că persoanele asigurate preponderent apelează la serviciile medicului de familie (55,3%), iar cele fără asigurare medicală se adresează direct la medicul specialist (42,8%).

Infrastructura și structura rețelei instituțiilor medicale determină nemijlocit accesul populației la anumite tipuri de instituții. Conform datelor studiului, din totalul adresărilor fiecare a doua persoană a apelat la serviciile medicale din cadrul centrului de sănătate, iar fiecare a cincea a beneficiat de serviciile medicale oferite în cadrul oficiilor medicului de familie. La domiciliul bolnavului a fost acordat ajutor în cazul a 8,2% din persoane, iar 7,3% au beneficiat de servicii medicale în cadrul instituțiilor medico-sanitare spitalicești.

Serviciile medicale acordate la domiciliu sunt mai frecvente în cazul populației din mediul rural 9,9% față de 6,5% în cel urban. Pe grupuri de vârstă, putem remarca o îmbunătățire a situației privind serviciile acordate la domiciliul persoanelor în etate. Practic fiecare a doua persoană cu vârsta de 75 ani și peste a beneficiat de asistență medicală la domiciliu față de 31% în anul 2008.

Referitor la serviciile spitalicești - 10,8% din populație a fost internată în spital, numărul mediu de internări fiind de 1,4 cazuri. Populația din mediul urban înregistrează o proporție mai mare a spitalizărilor - 12,1%, comparativ cu cea din mediul rural - 9,8%. Bărbații au fost internați în spital în proporție de 8,2%, iar în cazul femeilor acest indicator a constituit 13,2%.

Statutul de persoană asigurată de asemenea determină frecvența adresărilor la serviciile spitalicești. Persoanele asigurate au fost internate în spital în proporție de 12,5% față de 5,9% în cazul persoanelor neasigurate.

Cel mai des apelează la serviciile medicale spitalicești populația cu vârsta de 55 ani și peste, cu o pondere de circa 16,0%, iar cel mai puțin populația cu vârsta de până la 24 ani - circa 8%. Durata medie a unei spitalizări a constituit 9,3 zile. Cea mai mică durată de spitalizare a fost înregistrată pentru persoanele cu vârsta de 25-34 ani - 6,8 zile, iar cea mai mare - pentru populația cuprinsă în grupa cu vârsta 75 ani și peste - 12,1 zile.

Totodată, durata medie de spitalizare diferă în dependență de faptul dacă persoanele dispun sau nu de asigurare medicală. Durata medie de spitalizare a persoanelor asigurate a constituit 9,7 zile față de 7,1 zile în cazul celor neasigurate.

Practic fiecare a doua persoană, care a beneficiat de servicii spitalicești, a fost internată în spital de nivel raional, fiecare a patra persoană în spital de nivel republican, iar fiecare a șasea a fost internată în spital de nivel municipal. Populația din mediul rural, de regulă, este internată în spitalele raionale - 66,3% și cele de nivel republican - 23,9%, iar populația urbană este internată în spitale municipale - 29,1%, raionale - 34,7%, și republicane - 21,5%.

Circa 41% dintre persoanele care au fost internate în spital au fost îndreptate de către medicul specialist, ponderea acestora fiind în creștere față de anul 2008 cu 5,9 %. Totodată, s-a micșorat ponderea persoanelor internate în spital conform îndreptărilor de la medicul de familie 29,7% față de 36,4% în 2008, iar 22,0% au fost transportați la spital de către serviciul de urgență.

Totodată, 44% dintre pacienți au menționat că în perioada de internare, în afară de medicamentele oferite de spital pentru tratament au fost nevoiți să procure și alte medicamente suplimentare (anul 2008 - 40%). În funcție de tipul spitalului, se constată că cel mai rar au recurs la medicamente suplimentare persoanele internate în spitalele de nivel republican (38,1%), iar cel mai des - persoanele internate în spitalele municipale (54,5%).

19,2% din persoanele care au simțit necesitatea de adresare după asistență medicală au renunțat la vizita unui medic din careva motive (anul 2008 - 25,4%). Populația din mediul urban a renunțat mai des la serviciile medicale comparativ cu cea din mediul rural, diferența fiind de 1,9%. Cel mai frecvent renunță la serviciile unui medic femeile - 20,7% față de 17,6% în cazul bărbaților. Asigurarea medicală este un alt factor care influențează decizia populației de a merge sau nu la medic. În medie, persoanele asigurate au renunțat la serviciile medicale în proporție de 18% față de 22% în cazul celor neasigurate. Comparativ cu anul 2008, ponderea persoanelor care au renunțat la vizita medicului s-a redus atât pentru persoanele asigurate, cât și pentru cele fără asigurare medicală. Această tendință relevă o îmbunătățire a situației privind accesul populației la serviciile medicale.

De cele mai dese ori populația renunță la vizita medicului pe motiv că utilizează medicamente procurate anterior în caz de boală - 53,7% (anul 2008 - 65,4%), după care urmează insuficiența de mijloace financiare - 20,9%. În afară de aceasta, 16,3% din respondenți nu s-au adresat la medic, deoarece au recurs la tratament cu utilizarea diferitor plante medicinale, iar altele 16% au considerat că boala poate fi depășită fără a recurge la asistență medicală.

Un alt motiv indicat de către respondenți este calitatea proastă a serviciilor medicale. Insatisfacția față de serviciile medicale este în creștere și a cauzat refuzul a 8,4% din respondenți de a se adresa la medic (anul 2008 - 6,9%). În afară de aceasta, 5,2% din populație au indicat drept unul din motive neîncrederea față de personalul medical.

Amplasarea instituției medicale s-a dovedit a fi una din cauzele de renunțare la serviciile medicale doar pentru 2,9% din respondenți. Totodată, 8,8% din respondenți au indicat drept motiv faptul că nu dispun de asigurare medicală obligatorie.

Cât privește renunțarea la serviciile de spitalizare, din totalul populației care a primit îndreptare la spital, 3,8% au refuzat internarea din careva motive (anul 2008 - 5,6%). Pe grupuri de vârstă, ponderea populației care a refuzat internarea în spital crește odată cu înaintarea în vârstă și în cazul persoanelor cu vârsta de 75 ani și peste acest indicator constituie 12,5% față de 14,2% în anul 2008.

Ponderea bărbaților care au refuzat internarea în spital s-a dovedit a fi mai mică comparativ cu femeile - 3,3% față de 4,2%. Pe medii de reședință, ponderea populației care a refuzat să fie internată în spital este mai mare în cazul populației rurale - 4,3% față de 3,0% în cazul populației urbane. Au renunțat la internarea în spital atât persoanele neasigurate - 3,6%, cât și cele asigurate - 3,8%.

Un alt aspect care urmează a fi stimulat prin mecanisme de plată pentru asistența medicală ține de calitatea acesteia.

Estimarea calității asistenței medicale se bazează pe presupunerea că o structură și un proces bun vor determina un rezultat bun [28, 149, 236]. Aprecierea celor menționate se face în cadrul procedurii de acreditare care reprezintă evaluarea de către experți a instituției medico-sanitare, utilizată în scopul stabilirii nivelului de funcționare a acesteia în raport cu standardele existente. Prin procesul de acreditare, prestatorul de servicii își demonstrează propria capacitate funcțională, organizațională și administrativă în acordarea serviciilor, cu condiția respectării standardelor de acreditare în vigoare, iar statul recunoaște competența acestuia. Astfel, acreditarea este condiția esențială pentru asigurarea calității serviciilor medicale și siguranței pacienților [72, 235].

Evaluarea procesului de tratament și a rezultatelor acestuia se face pe baza standardelor clinice conținute în ghidurile de bună practică medicală. Standardele menționate protejează interesele pacientului și ale personalului medical, determinând corectitudinea tacticii medicale.

În afară de cele menționate, asigurarea calității serviciilor medicale se axează pe starea bazei tehnico-materiale a instituțiilor și nivelul de dotare cu dispozitive medicale performante, condițiile hoteliere oferite și alimentația pacienților, tehnologiile de diagnostic și tratament utilizate în instituție, nivelul de calificare a personalului medical, punctualitatea și promptitudinea personalului în prestarea serviciilor, siguranța mediului de îngrijire, respectarea drepturilor pacientului etc. [72].

Din punct de vedere al gestionării cheltuielilor de întreținere, unul dintre indicatorii importanți este suprafața clădirilor. Conform raportului auditului performanței sistemului de asistență medicală primară din a.2009, suprafețele disponibile ale unor CMF-uri au depășit cu mult normele stabilite - Drochia 10,7 ori; Cimișlia 2,9 ori; Caușeni 3,3 ori; Ialoveni 2,5 ori; Rîșcani 1,5 ori [81]. Este evident că întreținerea unor spații care depășesc atât de mult normativele stabilite duce la cheltuieli ineficiente. În contextul elaborării metodelor de plată trebuie ținut cont de acest factor, astfel încât metoda să acopere numai spațiile necesare, ceea ce ar dezinteresa instituția medicală, și mai ales fondatorul acesteia, să mențină spațiile inutile.

O altă componentă determinantă a calității serviciilor medicale sunt tehnologiile medicale implementate în instituție. La evaluarea dispozitivelor medicale se constată faptul că în majoritatea cazurilor gradul de uzură al lor este depășit [72].

Progrese reale în domeniul ameliorării calității serviciilor prestate nu se pot realiza fără un personal care dispune de suficiente abilități și competențe. Factorul uman îndeplinește o funcție-cheie într-o organizație prestatoare de servicii. Numărul suficient de angajați, cu pregătire corespunzătoare, la locul și timpul potrivit, reprezintă garantul succesului instituției. Nivelul scăzut de completare cu personal medical nu poate garanta servicii medicale de calitate.

În aspectul problemei abordate, potrivit Ordinului Ministerului Sănătății nr.100 din 10.03.2008, în cadrul AMP, ar trebui să existe un medic de familie la 1500 de locuitori în zonele urbane și cel puțin un medic în satele cu populația de peste 900-1500 de locuitori. Conform unui studiu în domeniul menționat al prestatorilor de AMP, efectuat de Curtea de Conturi în anul 2009, a fost stabilit, că în mediul urban activează cu 414 medici de familie mai mult decât normele stabilite de Ministerul Sănătății, în timp ce în zonele rurale există un deficit de 429 medici de familie. Gradul de asigurare cu medici de familie în aspect raional a variat destul de mult: doar în 2 raioane, din 35, numărul medicilor de familie a corespuns normelor stabilite. Situația dificilă de asigurare cu medici de familie (până la 70%) a fost întâlnită în 13 raioane, cele mai afectate fiind raioanele: Cantemir – 40,3%; Cimișlia – 44,8%; Hîncești – 43,3%; Nisporeni – 46,3%; Rezina – 50,7%. Analiza situației în aspectul centrelor de sănătate din subordinea CMF-urilor, a scos la iveală o situație și mai alarmantă, 29,6% din localități neavând în general nici un medic de familie.

Paralel cu aceasta, unii directori ai CMF auditate au declarat că necesitățile în medici de familie prezentate de ei la Ministerul Sănătății au fost diminuate din considerentele că completarea integrală a funcțiilor aprobate ar duce la micșorarea salariilor medicilor existenți, ei neputând să cumuleze funcțiile vacante. Astfel, la unele entități au fost stabilite cazuri când salariul maxim al unui medic angajat, ținând cont de cumularea funcțiilor vacante, atingea 10,2 mii lei – la IMSP CMF Drochia; 8,1 mii lei – la IMSP CMF Cimișlia; 8,0 mii lei – la IMSP CMF Ialoveni; 7,4 mii lei – la IMSP CMF Rezina. În același timp, conform datelor statistice, salariul mediu lunar al unui medic în aceeași perioadă a constituit 4,2 mii lei.

Contra completării integrale a funcțiilor aprobate s-au expus și medicii de familie. Deși ei conștientizează faptul că supraîncărcarea lor reduce accesul populației la serviciile medicale, totuși ei încă nu sunt gata să cedeze oportunitățile utilizate în cumularea funcțiilor vacante [81].

Este evident că nivelul scăzut de completare cu personal medical se răsfrânge negativ asupra accesibilității și calității serviciilor medicale acordate populației.

Nivelul de calificare a personalului medical în unele instituții nu corespunde cerințelor standardelor de acreditare și actelor legislative în vigoare. Este important ca personalul medical să beneficieze de o formare profesională continuă, pentru îmbunătățirea abilităților lor în domeniul medical. În acest scop, Ministerul Sănătății a stabilit regulamentar, în anul 2008, că personalul medical trebuie obligatoriu să obțină minimum 450 de ore, iar din iunie 2009 – 400 de ore de formare profesională continuă, pe o perioadă de cinci ani, cheltuielile respective fiind suportate din bugetul de stat. Suplimentar la aceasta, potrivit Ordinilor comune ale Ministerului Sănătății și CNAM nr.03/20-404 din 18.12.2007 și nr.03/20-39 din 17.02.2009, în scopul

aprofundării cunoștințelor în domeniul medicinei performante, completării cunoștințelor profesionale, deprinderii unor metode noi de tratament, IMSP sunt obligate să prevadă anual în bugetele lor alocații financiare în mărime de 2% de la fondul de salarizare al instituției. Cu toate acestea, în anii 2008 și 2009 în medie pe republică, acest indice a atins nivelul de doar 0,9% și, respectiv 0,81% la fondul de salarizare. Ca rezultat, personalul medical nu a obținut instruirile necesare, ceea ce a avut un impact negativ asupra calității serviciilor prestate [81]. Așadar, insuficiența personalului medical, precum și utilizarea sub nivelul stabilit a fondurilor pentru instruire, trebuie privite ca factori care limitează performanțele sistemului medical [75].

În baza studierii literaturii de specialitate și analizei situației existente în domeniu, putem conchide că problema elaborării unor metodologii noi, mai eficiente, de procurare a serviciilor medicale este o **problemă de cercetare** actuală pentru Republica Moldova, rezolvarea căreia va permite îmbunătățirea procesului de contractare a instituțiilor medicale. Soluționarea acestei probleme de cercetare urmează a fi făcută pe următoarele direcții: Elaborarea modelului de contractare a serviciilor medicale pentru perioada de implementare a asigurării obligatorii de asistență medicală; Elaborarea mecanismelor de îmbunătățire a modelelor de contractare a asistenței medicale prespitalicești (inclusiv a medicamentelor compensate) și separat a celei spitalicești.

Problema de cercetare menționată a servit temei pentru **formularea scopului** prezentei teze: elaborarea metodologiilor noi de procurare a serviciilor medicale, pentru sporirea eficacității procesului de contractare a instituțiilor medicale în cadrul AOAM, întru realizarea căruia vor fi necesare: formarea conceptelor de procurare a serviciilor medicale și de contractare a IMS; elaborarea metodologiei de procurare 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; înlăturarea dezavantajelor plății „per capita”, încurajarea accesibilității la serviciile medicale și îmbunătățirea calității lor; dezvoltarea mecanismelor de procurare a medicamentelor compensate; 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 și elaborarea etapelor de implementare a acestuia; argumentarea științifică a direcțiilor strategice de dezvoltare a sistemului de plată pentru serviciile medicale în cadrul AOAM.

Fundamentarea din punct de vedere științific și metodologic a sistemului de contractare a serviciilor medicale va constitui **rezultatul principal nou pentru știință și practică**, care va determina soluționarea problemei științifice menționate.

Concluzii la capitolul 1.

1. Mecanismele de finanțare au o influență esențială asupra performanțelor sistemului de sănătate. Tipul de organizare a sistemului în combinație cu modalitățile de plată determină cine are acces la îngrijirile de sănătate, calitatea serviciilor oferite și gradul de satisfacție a consumatorilor de servicii medicale.

2. Conceperea unui sistem de plată trebuie să fie bazată pe următoarele principii: realizarea echității sociale pentru populație în procesul de repartiție a resurselor, nediscriminarea prestatorilor și consumatorilor de servicii, garantarea accesibilității la serviciile medicale și sporirea calității lor, utilizarea eficientă a resurselor. Costurile de îngrijire medicală trebuie să fie ușor calculate și previzibile, iar tarifele pentru serviciile medicale trebuie să se bazeze pe costurile lor. Costurile de gestionare a sistemului de plăți trebuie să fie minime.

3. Obiectivul principal al procesului de procurare a serviciilor medicale trebuie să fie utilizarea optimă a resurselor, de aceea, despre eficacitatea sistemului de plată ne vorbește nu nivelul finanțării, ci nivelul serviciilor furnizate și nivelul de sănătate atins.

4. Sectorul de ambulatoriu oferă oportunități semnificative pentru îmbunătățirea utilizării resurselor financiare. Acordarea asistenței medicale în asemenea condiții este de 8-10 ori mai ieftină decât în spital. În același timp, după cum arată unii autori, 30% dintre pacienții spitalizați, puteau fi tratați în condiții de ambulatoriu. În Republica Moldova, anual se internează 10,8% din populație, numărul mediu de internări fiind 1,4 cazuri, iar populația din mediul urban înregistrează o proporție mai mare a spitalizărilor - 12,1%, comparativ cu cea din mediul rural - 9,8%.

5. Pentru sectorul de ambulatoriu, preferințial urmează a fi utilizată plata per capita, care este un mecanism argumentat de finanțare pentru tipurile de asistență medicală cu o diversitate largă a serviciilor. Această formă trebuie prioritizată în fața plății per serviciu, care datorită motivației furnizorilor de a presta un număr exagerat de servicii și tendinței stabile de creștere a tarifelor la ele, generează riscul ca plățile să devină necontrolabile.

6. Serviciul spitalicesc este forma cea mai costisitoare de îngrijire, care poate declanșa o creștere bruscă a cheltuielilor din fondurile de sănătate. Plata per caz tratat este cea mai des întâlnită formă de plată pentru activitatea spitalicească. Fiind mai simplă în administrare, metoda de plată bazată pe caz tratat pe profil poate fi aplicată la etapele inițiale de trecere la acest tip de finanțare, mai ales în cazul în care finanțarea anterioară a fost pe buget tradițional. Ulterior însă este mai rentabilă trecerea la mecanisme de tip DRG, avantajul cărora este determinat de principiile economice de formare a grupurilor, ceea ce permite o remunerare mai corectă a activității spitalicești.

7. Pe parcursul ultimului deceniu, un loc deosebit printre mecanismele de plată îl ocupă conceptul de plată pentru performanță (p4p). Conceptul ei se bazează pe premisa că motivația financiară facilitează modificarea comportamentului. Ca metodă complementară de plată, această formă de plată poate fi utilizată pentru finanțarea tuturor tipurilor de asistență medicală: atât a sectorului ambulatoriu, cât și a celui spitalicesc. Analiza impactului implementării acestei forme de plată a arătat un efect controversat în ceea ce privește influența ei asupra performanțelor sistemului de sănătate. Deși există multe rezultate de succes obținute în urma implementării acestei forme de plată, totuși unii autori consideră că P4P poate conduce la îmbunătățiri cel mult moderate ale parametrilor clinici la nivel populațional, rezultatele nu pot fi reproduse în toate ariile terapeutice, iar metoda are un conținut motivațional limitat în timp.

8. Cel mai mare avantaj al unei metode de plată îl constituie caracterul ei prospectiv. În aceste condiții Bugetul global urmează a fi considerat cea mai bună formă de plată și acest lucru a fost demonstrat în multe țări dezvoltate. Însă trebuie de menționat că, succese în utilizarea bugetelor globale au fost înregistrate doar în țările care au trecut la această formă de plată după o analiză profundă a nevoilor sistemului de sănătate obținute în rezultatul studiului plăților anterioare după principiul per serviciu.

9. Toate metodele de plată au atât avantaje, cât și dezavantaje. Din aceste considerente majoritatea sistemelor de succes recurg la combinarea diferitor metode de plată prin care se încearcă neutralizarea dezavantajelor unei metode prin avantajele alteia. Particularitățile de soluționare a acestor probleme diferă de la o țară la alta, aflându-se în dependență de posibilitățile financiare, tradițiile și structurile sistemelor de sănătate formate istoric. Deși s-a acumulat o bogată experiență internațională, totuși, nu există vreun sistem de finanțare acceptat drept universal, ceea ce lasă libertate fiecărui stat să-și decidă propria cale în acest domeniu.

10. Printre componentele cele mai importante, care urmează a fi influențate de un sistem de plată sunt: accesibilitatea la serviciile medicale și calitatea lor corespunzătoare. Accesul la serviciile de sănătate trebuie privit ca un scor compozit calculat, luând în considerație accesul geografic, accesul financiar și accesul socio-cultural. Factorii determinanți care influențează gradul de accesibilitate al populației la serviciile de sănătate sunt reprezentați și de nivelul sărăciei, șomajului, ocupației, mediului de reședință, statutului de asigurat, gradului de acoperire cu personal medical ș.a.

11. O viziune des întâlnită este că, criteriul geografic determină în mare măsură accesul populației la anumite tipuri de asistență medicală. Însă în Republica Moldova, amplasarea instituției medicale s-a dovedit a fi una dintre cauzele de renunțare la servicii doar pentru 2,9%

din persoane, fiind net inferioară motivului că persoanele utilizează medicamente procurate anterior - 53,7% și insuficienței de mijloace financiare - 20,9%.

12. Disponibilitatea asigurării medicale obligatorii este unul dintre factorii cheie care determină accesul populației la serviciile medicale. În Republica Moldova, persoanele asigurate au beneficiat de servicii medicale într-o proporție mai mare cu 14%, comparativ cu cele neasigurate, iar 8,8% dintre persoane au refuzat serviciile medicale din cauza că nu dispuneau de asigurare medicală obligatorie. Persoanele asigurate au fost internate în spital în proporție de 12,5% (cu durata medie de 9,7 zile) față de 5,9% (cu durata medie de 7,1 zile) în cazul persoanelor neasigurate. Din punct de vedere al utilizării eficiente a resurselor financiare, constatăm că persoanele asigurate preponderent au apelat la serviciile medicului de familie - 55,3%, iar cele fără asigurare medicală s-au adresat direct la medicul specialist - 42,8%.

13. Sistemul de plăți trebuie să încurajeze medicii să ofere servicii de îngrijire de cea mai bună calitate. În prezent plata majorității serviciilor de sănătate furnizate în sectorul sanitar nu ține cont de performanța actului medical. Evaluarea calității asistenței medicale se bazează pe presupunerea că dacă există condiții bune de îngrijire, atunci există o mare probabilitate să se obțină rezultate bune de tratament. Insatisfacția față de serviciile medicale cauzează refuzul a 8,4% persoane de a se adresa la medic, dintre care 5,2% au neîncredere față de personalul medical.

14. Progrese reale în domeniul ameliorării calității serviciilor prestate nu se pot realiza fără un personal care dispune de suficiente abilități și competențe. Nivelul scăzut de completare cu personal medical nu poate garanta servicii medicale de calitate. Unele studii au arătat că în Republica Moldova în zonele rurale există un deficit de 429 medici de familie (cele mai afectate fiind raioanele Cantemir – 40,3%; Cimișlia – 44,8%; Hîncești – 43,3%; Nisporeni – 46,3%; Rezina – 50,7%) și doar în 2 raioane, din 35, numărul acestora a corespuns normelor stabilite. Analiza situației în aspectul centrelor de sănătate din subordinea CMF-urilor, a scos la iveală o situație și mai alarmantă - 29,6% din localități neavând în general nici un medic de familie.

15. Lipsa sistemului adecvat de motivare a personalului din sănătate duce pe de o parte la scăderea atractivității pentru intrarea în sistem și, pe de altă parte, la creșterea numărului celor ce părăsesc sistemul. Mecanismul de plată pentru serviciile medicale neapărat trebuie să conțină stimulente pentru înlăturarea dezechilibrelor menționate.

2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE.

2.1 Caracteristica generală a cercetării. Lucrarea prezintă o cercetare complexă, întemeiată pe studii cantitative, calitative și experimentale. După volumul eșantioanelor studiile au fost integrale și selective.

În calitate de obiect al cercetării a servit sistemul de plată pentru serviciile medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Subiectele cercetării au fost:

- Tendințele de dezvoltare a metodologiilor de procurare a serviciilor medicale;
- Manifestarea avantajelor și dezavantajelor metodelor utilizate de plată în condițiile sistemului AOAM din Republica Moldova, 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 (Instituțiile medicale primare (AMT, CMF, CS), Stații Zonale de AMU, Spitale de diferit nivel, Instituții medicale departamentale și private).
- Așteptările beneficiarilor sistemului AOAM (utilizatorilor de servicii medicale).

Cercetarea științifică a fost realizată în patru etape și a cuprins perioada anilor 2002-2013.

Etapa I. Planificarea și programarea studiului cu definirea scopului și obiectivelor cercetării științifice. La această etapă au fost:

- Planificate activitățile de organizare a cercetării;
- Identificate fenomenele și procesele supuse observației;
- Formulate ipotezele de lucru;
- Selectate metodele de investigație;
- Elaborate programele de cercetare, chestionarele pentru colectare materialului primar.

Etapa II. Acumularea materialului primar informativ.

În baza chestionarelor elaborate și datelor din documentația primară s-a efectuat acumularea materialului informativ prin aplicarea metodelor de observație indirectă și directă.

Înregistrarea caracteristicilor fenomenelor studiate, a fost făcută prin utilizarea procedurilor de înregistrare totală sau parțială.

Etapa III. Prelucrarea statistică a materialelor acumulate. La această etapă au fost efectuate:

- Sistematizarea materialului factic brut, obținut la etapele de observație (centralizarea și gruparea materialelor);
- Calcularea indicatorilor (indicatori relativi și ai valorii centrale, forme de repartiție și ai variației în timp și spațiu) și prezentarea datelor statistice prin procedee tabelare și grafice;
- Măsurarea gradului de intensitate a legăturilor statistice și a influenței factorilor asupra variației fenomenelor studiate;
- Estimarea parametrilor, verificarea ipotezelor statistice și prognoza fenomenelor.

În baza cercetărilor efectuate au fost create baze de date în Microsoft Access. Prelucrarea statistică a fost efectuată cu ajutorul pachetelor speciale ale programului Microsoft Excell.

Etapa IV. Analiza rezultatelor obținute și argumentarea științifică a direcțiilor de îmbunătățire a sistemului de contractare a serviciilor medicale. La această etapă au fost efectuate:

- Evaluarea indicatorilor de bază care caracterizează sănătatea populației;
- Evaluarea indicatorilor de bază care caracterizează activitatea (atât în context medical, cât și economic) a instituțiilor medicale încadrate în sistemul AOAM.
- Argumentarea caracteristicilor de bază ale sistemului de plată în diferite etape de dezvoltare a asigurării obligatorii de asistență medicală.

Pe parcursul studiului a fost folosit un plan metodologic al cercetării, compus din următoarele elemente (Figura 2.1):

- Identificarea, formularea și argumentarea necesității modificării unor anumite caracteristici a etapelor în curs ale sistemului de plată pentru serviciile medicale. În acest scop, au fost utilizate metodele de brainstorming și analiză SWOT. În urma acestor activități a fost obținut un set de concepte privind așteptările diferitor actori ai pieții serviciilor medicale de la sistemul de finanțare a sănătății.
- Determinarea domeniilor de modificare a sistemului de plată a fost făcută în strânsă legătură cu analiza datelor culese din bibliografie, dar și prin utilizarea metodelor intuitive de studiu: diferite forme de interviuri, brainstorming, sondajului de opinii ș.a. Studiile menționate au fost descriptive, ele având drept scop lansarea ipotezelor cercetării. Pentru cercetarea veridicității ipotezelor, inițial s-a recurs la stabilirea variabilelor ce țin de fenomenele implicate. După aceasta au fost stabiliți indicatorii ce caracterizează variabilele determinate.

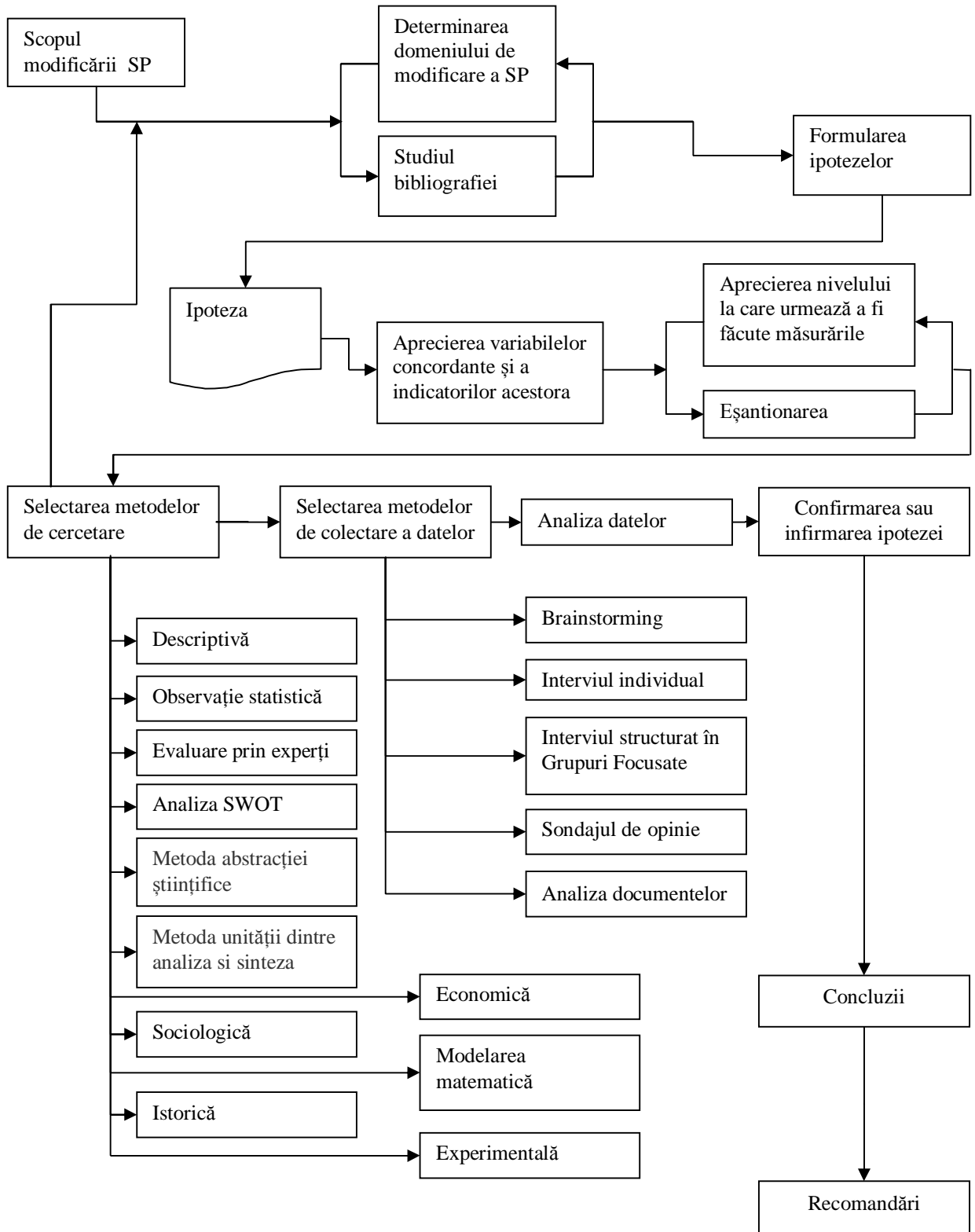


Fig. 2.1. Designul cercetării.

În continuare, a fost apreciat nivelul la care urmau a fi efectuate măsurările și efectuată selectarea eșantioanelor de studiu. Pentru majoritatea studiilor, numărul subiecților cercetării (numărul instituțiilor de un anumit nivel, numărul managerilor instituțiilor de un anumit nivel etc.) a permis organizarea studiilor integrale ceea ce a permis excluderea etapelor de apreciere a probabilității în cursul extinderii rezultatelor obținute.

Prin intermediul **studiului descriptiv** a fost făcută descrierea fenomenelor întâlnite în cadrul procesului de procurare a serviciilor medicale, fără a căuta prezența unor asociații între ele sau generalizărilor de tip cauzal.

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 intermediul acestui tip de analiză au fost estimați factorii mediului intern (punctele tari și punctele slabe) și a celui extern (oportunitățile și amenințările). În urma analizei SWOT procesul decizional prioritar a inclus tendința spre: a dezvoltă sistemul de plată pe baza punctelor tari, a elimina în măsura posibilităților punctele slabe, a exploata oportunitățile și a îndepărta amenințările posibile.

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 scoase în relief 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 pe parcursul anului 2013.

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.

În cazurile când, o singură metodă nu a fost suficientă pentru a înțelege fenomenul studiat sau s-a dorit ca problema să fie privită din unghiuri diferite, în cadrul aceleiași cercetări au fost folosite mai multe metode de studiu, recurgând la tehnica triangulației.

La etapa următoare a desfășurării cercetării pentru fiecare din metodele de studiu a fost selectată metoda optimă de colectare a datelor. Au fost utilizate următoarele metode:

Brainstorming. Grupurile de experți au fost:

- Grupul de lucru pentru elaborarea sistemelor de plată a prestatorilor de servicii medicale, format prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 566/152-A din 13.08.2010, Cu privire la coordonarea elaborării sistemelor de plată a prestatorilor de servicii medicale;
- Grupul de lucru responsabil de elaborarea indicatorilor de calitate pentru evaluare și acreditare, format prin Ordinul MS nr. 688 din 09.09.2011;
- Grupul de lucru pentru perfecționarea mecanismului de plată în asistența medicală primară și elaborării indicatorilor de performanță "per serviciu", format prin Ordinul MS nr. 348-d din 24.09.2012.

Interviul a fost folosit pentru obținerea de informații prin întrebări și răspunsuri în cadrul convorbirilor cu managerii din sănătate și în cadrul ședințelor:

- Grupului de lucru pentru extinderea sistemului de plată a spitalelor în funcție de complexitatea cazurilor (DRG, Case-Mix), format prin Ordinul CNAM nr. 111-A din 22.06.2012;

- Grupului de lucru pentru perfecționarea mecanismului de înregistrare a populației la medicul de familie, format prin Ordinul MS nr. 27 din 11.01.2012;
- Consiliului permanent privind politicile de dezvoltare și reformare a sistemului ocrotirii sănătății, format prin Ordinul MS nr. 506 din 26.04.2013, Cu privire la constituirea Comisiei pentru consultări și negocieri colective din domeniul ocrotirii sănătății;
- Dialogului de politici privind plățile pentru performanță în asistența medicală primară, organizat prin Ordinul MS nr. 676 din 10.06.2013.

În afară de interviul clasic, a fost utilizat și **interviul în grupuri focusate**. În acest fel a fost făcută interviuarea membrilor grupurilor de lucru:

- Grupul de lucru pentru elaborarea indicatorilor de performanță și perfecționarea mecanismului de plată în asistența medicală primară, format prin Ordinul MS nr. 331-d din 03.10.2013;
- Grupul de lucru pentru fortificarea CNMS cu capacitățile necesare pentru efectuarea studiilor, analizelor și sintezelor datelor statistice, în scopul furnizării propunerilor și concluziilor Ministerului Sănătății la luarea deciziilor și stabilirea obiectivelor de dezvoltare a sistemului sănătății, format prin Ordinul MS nr. 36-d din 01.02.2013;
- Grupul de lucru pentru elaborarea proiectului Hotărârii Guvernului privind modificarea și completarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, format prin Ordinul MS nr. 338-d din 30.06.2014.

În cazurile, în care a fost observată influențarea reciprocă între experți, relevanța soluțiilor obținute în cadrul brainstorming-urilor și a interviurilor în grupuri focusate a fost verificată prin alte metode de studiu.

De obicei s-a recurs la utilizarea Metodei anchetelor iterative (**metoda Delphi**). În acest scop consultarea experților a fost organizată separat și repetată de mai multe ori. Pentru fiecare rundă de consultații, chestionarele au fost reactualizate în conformitate cu rezultatele obținute în rundele precedente.

Sondajul de opinie a fost utilizat la cercetarea părerii conducătorilor instituțiilor medicale privind fenomenele legate de sistemul de plată și în mod obligatoriu a prevăzut completarea unui chestionar.

Analiza documentelor a prevăzut analiza datelor care au fost colectate de structuri oficiale, care au fost utile pentru studiile noastre. Astfel, au fost studiate: Raportul de sinteză elaborat de

către Biroul Național de Statistică privind accesul populației la serviciile de sănătate; Anuarele statistice „Sănătatea publică în Moldova” pentru anii 2003-2013; indicatorii privind sănătatea și rezultatele de activitate a sistemelor de sănătate din Baza de date electronică a Biroului Regional pentru Europa a Organizației Mondiale a Sănătății; Centralizatoarele dărilor de seamă statistice medicale ale activității instituțiilor medicale din Republica Moldova pentru anii 2003-2013 (formularele nr. 30-săn, anexa nr. 1 la formularul nr. 30-săn, formularul nr. 40-săn, centralizatoarele cadrelor medicale ale instituțiilor medicale (formularul 17); Rapoartele financiare privind activitatea economico-financiară a instituțiilor medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală (formular 5-C) ș.a.

2.2 Metodologia de evaluare a impactului implementării sistemului de plată elaborat pentru perioada de demarare a Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: a permis evaluarea impactului implementării sistemului de plată elaborat pentru perioada de demarare a AOAM în Republica Moldova. Acest studiu s-a bazat pe analiza activității instituțiilor medicale primare, prestatorilor de AMU și AMSA, spitalelor de nivel republican, municipal, raional și a celor departamentale. Datele primare au fost culese din următoarele formulare statistice:

1. Extras din Darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală primară (Formular nr. 1-05/d), perioada anilor 2004-2005, 57 instituții, 3 indicatori.
2. Extras din Darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală urgentă prespitalicească (Formular nr.1-08/d), perioada anilor 2004-2005, 5 instituții, 2 indicatori
3. Extras din Darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală specializată de ambulator (Formular nr.1-10/d), perioada anilor 2004-2005, 41 instituții, 2 indicatori.
4. Extras din Darea de seamă despre volumul de asistență medicală spitalicească (Formular nr.1-11/d), perioada anilor 2004-2005, 62 instituții, 2 indicatori.
5. Extras din Darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business – plan) al instituției medico-sanitare din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (Formular nr.1-16/d), perioada anilor 2004-2005, 121 instituții, 1 indicator;
6. Contractele de acordare a asistenței medicale în cadrul AOAM.

2.3 Metodologia de evaluare a impactului utilizării metodei de plată "per capita" în calitate de metodă de bază pentru contractarea tipurilor de asistență medicală prespitalicească

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: a permis cercetarea impactului utilizării metodei de plată "per capita" în calitate de metodă de bază pentru finanțarea asistenței medicale primare. În acest scop au fost efectuate următoarele cercetări:

1. În scopul stabilirii durabilității relației medic-pacient s-a recurs la estimarea ponderii persoanelor care nu și-au schimbat medicul de familie.

2. Valoarea avantajului metodei per capita privind încurajarea medicului să folosească măsuri preventive a fost cercetată prin studierea ponderii vizitelor cu scop profilactic.

3. 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).

4. Pentru a verifica lipsa influenței plății per capita asupra productivității instituțiilor de asistență medicală primară, a fost cercetată dinamica numărului de vizite prestate atât la nivel de asistență medicală, cât și la nivel de teritoriu.

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

Populația Republicii Moldova a fost împărțită în patru loturi:

Lotul 1 a cuprins instituțiile medicale situate în mun. Chișinău (inclusiv CS din suburbii, fiind similar accesul populației din teritoriile respective la alte tipuri de asistență medicală) și mun. Bălți - 27 IMS.

Lotul 2 a cuprins instituțiile medicale situate în RDD Nord - 11 teritorii, 22 IMS.

Lotul 3 a inclus instituțiile medicale situate în RDD Centru - 13 teritorii, 29 IMS.

Lotul 4 a cuprins instituțiile medicale situate în RDD Sud - 11 teritorii, 17 IMS.

Perioada cercetării a cuprins anii 2005-2012. Cercetarea a fost bazată pe următoarele formulare statistice:

1. Extras din Darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală primară (Formular nr. 1-05/d);

2. Rapoarte electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”;

3. Extrasele din Anuarele statistice „Sănătatea publică în Moldova” pentru anii 2005-2012;

4. Baza de date electronică a Biroului Regional pentru Europa a Organizației Mondiale a Sănătății privind sănătatea și rezultatele de activitate a sistemelor de sănătate "Sănătate pentru toți, 2010".

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: s-a studiat dinamica numărului de persoane înregistrate în asistența medicală primară.

Lotul de cercetare a cuprins numărul de persoane înscrise pe lista medicului de familie. Perioada cercetării a. 2004-2006, bazată pe formularul statistic F-166-e ”Registrul de evidență a populației (date generale)”.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: a permis analiza influenței metodei de plată "per capita" asupra medicului de familie să folosească măsurile preventive.

Lotul de cercetare a cuprins vizitele la medicul de familie cu scop profilactic. Perioada cercetării a. 2005-2009, bazată pe următoarele formulare statistice:

1. Extras din Darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală primară (Formular nr. 1-05/d);

2. Centralizatoarele dărilor de seamă statistice medicale ale activității instituțiilor medicale (formularele nr. 30-săn, anexa nr. 1 la formularul nr. 30-săn, formularul nr. 40-săn).

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: a permis stabilirea durabilității relației medic-pacient.

Lotul de cercetare a cuprins numărul de persoane înscrise pe listă care nu au schimbat medicul de familie. Perioada cercetării a cuprins anii 2010-2012, datele primare fiind extrase din Baza de date automatizată „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: a permis analiza influenței metodei per capita asupra “productivității” instituțiilor medicale primare. În majoritatea țărilor, drept „produs” de activitate a prestatorilor de asistență medicală primară este considerată vizita la medicul de familie. În unele țări, spectrul produselor este mai larg, el suplimentar incluzând investigațiile

incluse în coșul de garanții, cazurile de boală finalizate în tratament la nivel de asistență primară s.a. Acestea însă necesită sisteme sofisticate de evidență, din care cauză nu pot fi pe larg utilizate în țările cu cheltuieli modeste pentru sănătate.

Pentru studierea impactului metodei per capita asupra productivității instituțiilor medicale, a fost efectuată o serie de cercetări, perioada cuprinzând anii 2005-2010:

- A fost cercetată dinamica numărului total de vizite prestate în asistența medicală primară, cu scopul urmării influenței metodei de plată asupra productivității instituțiilor primare în aspect cantitativ.

- A fost cercetată dinamica ponderii vizitelor cu scop profilactic, pentru a urmări influența metodei de plată asupra productivității instituțiilor primare în aspect calitativ.

- A fost cercetat numărul mediu de vizite la o persoană înscrisă pe listă, cu analiza dinamicii lui atât la nivel de asistență medicală, cât și la nivel de teritoriu.

Studiul a fost bazat pe analiza datelor extrase din următoarele formulare statistice:

1. Extras din Darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală primară (Formular nr. 1-05/d);

2. Rapoarte electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”;

3. Rapoarte electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: a permis analiza inechității plății per capita privind acoperirea volumelor acordate de asistență medicală prin stabilirea diferenței costurilor medii al unei vizite prestate în diferite instituții primare.

Lotul de cercetare a cuprins prestatorii de AMP - 110 IMS.

Perioada cercetării a.2011, bazată pe următoarele formulare statistice:

1. Contractele de acordare a asistenței medicale în cadrul AOAM, Anexa "Asistența medicală primară";

2. Extras din Darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală primară (Formular nr. 1-05/d).

Studiul experimental de modelare, după volumul eșantionului integral: a permis analiza sistemului de finanțare a AMP în scopul obiectivizării formării bugetelor pe baza metodei per capita prin elaborarea și implementarea:

- a) unui nou model de înregistrare a persoanelor în instituțiile medico-sanitare primare;
- b) sistemului 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 modelului menționat.

Cercetarea impactului implementării acestui model asupra tendinței de majorare neargumentată a numărului de persoane înscrise pe listele medicilor de familie, a fost făcută prin compararea numărului de persoane înregistrate în asistența medicală primară, în perioadele: 2004-2006 (estimarea numărului de persoane se efectua după Registrul 166) și 2009-2011 (a fost implementată înregistrarea electronică a persoanelor).

Loturile de cercetare: L_1 - numărului de persoane înregistrate în asistența medicală primară, a. 2004-2006 și L_2 - numărului de persoane înregistrate în asistența medicală primară, a.2009-2011.

Cercetarea s-a bazat pe următoarele formulare statistice:

1. Registrul de evidență a populației (date generale). Formular 166-e;
2. Rapoarte electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului selectiv: a permis analiza vizitelor efectuate de populație în diferite categorii de vârstă la medicul de familie pentru a obține nivelul de acoperire cu vizite în funcție de grupele de vârstă.

Loturile de cercetare: Asociația Medicală Teritorială Centru (populația deservită 105 000 persoane), 2 CMF de nivel raional: CMF Telenești și CMF Căușeni (populația deservită 95 000 persoane) și 2 CS autonome: CS Persecina și CS Teleșeu (populația deservită 14 100 persoane).

Aceste studii au permis elaborarea metodologiei de ajustare a sumelor per capita la risc de vârstă.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: a permis analiza echității plății per capita pentru finanțarea asistenței medicale specializate de ambulatoriu.

1. Estimată asigurarea teritoriilor republicii cu cadre în AMSA: medici specialiști de profil, personal medical mediu și alt personal. Unități de cercetare: funcții ocupate și persoane fizice.

2. Estimată uniformitatea asigurării diferitor teritorii cu specialiști de același profil. Pentru studiu au fost selectate specialitățile: cardiologie, endocrinologie, pediatrie și chirurgie.

3. Estimat numărul de vizite efectuate la medicul specialist de același profil în diferite teritorii.

Studiul s-a bazat pe datele extrase din următoarele formulare statistice:

1. Chestionarul „Privind teritoriul de deservire și asigurarea cu cadre în AMSA”, care a fost completat de toți prestatorii de AMSA încadrați în sistemul AOAM, 36 chestionare completate.

2. Extras din Darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală specializată de ambulator (Formular nr.1-10/d);

3. Rapoarte electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală.

4. Extrasele din Anuarele statistice „Sănătatea publică în Moldova” pentru anul 2012;

Durata cercetării: a.2012.

2.4 Metodologia de evaluare a impactului implementării mecanismelor de plată pentru performanță în cadrul tipurilor de asistență medicală prespitalicească

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului selectiv: a permis evaluarea influenței metodei de plată prin bonificare pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță asupra domeniilor implicate. În acest scop s-a recurs la studierea dinamicii îndeplinirii indicatorilor: % gravidelor luate la evidență cu sarcina de până la 12 săptămâni și % de femei peste 20 ani examinate citologic în cadrul examenului ginecologic profilactic pe parcursul anului de activitate.

Lotul de cercetare: au fost apreciate câte 5 IMS care în trimestrul I a.2005 au arătat cele mai joase performanțe în domeniul indicatorilor selectați. Dinamica indicatorilor în instituțiile selectate a fost supravegheată trimestrial pe parcursul anului.

Acest studiu a permis fundamentarea schemei autohtone de plata prin bonificație pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: evaluarea opiniei conducătorilor instituțiilor medicale primare privind mecanismul de plată prin bonificare pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță.

Lotul de cercetare: 58 de conducători a instituțiilor medicale primare.

Instrumentul de cercetare: interviul a fost structurat ce prevedea răspunsul la două întrebări: 1) Să se expună dacă consideră sau nu, că noul mecanism de plată este stimulatoriu în privința prestării serviciilor vizate de indicatorii de performanță; 2) Să se expună asupra neajunsurilor depistate a noului mecanism de plată prin bonificare.

Perioada cercetării: aa. 2005-2006.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: analiza impactului implementării mecanismului de plată pentru performanță în baza indicatorilor per serviciu. 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;
- estimarea indicatorilor pentru care au fost plătite cele mai mari sume de bani.

Lotul de cercetare: 180 de instituții medicale primare.

Studiul s-a bazat pe următoarele formulare statistice:

1. Contractele de acordare a asistenței medicale în cadrul AOAM, Anexa "Asistența medicală primară";
2. Extras din Darea de seamă despre îndeplinirea indicatorilor de performanță în cadrul asistenței medicale primare (Formular nr.1-23/d).

Durata cercetării: a.2013.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului selectiv: a permis analiza veridicității datelor în baza cărora au fost decontate serviciile menționate pentru indicatorii: 1) Numărul persoanelor cu vârsta peste 18 ani cărora li s-a măsurat tensiunea arterială; și 2) Numărul persoanelor cărora li sa apreciat indicele SCORE. În acest scop, au fost estimate și comparate: numărul maximal posibil de măsurări, calculat în baza numărului de persoane care ar putea beneficia de acest serviciu și numărul de măsurări efectuate conform dărilor de seamă.

2.5 Metodologia de evaluare a mecanismelor de contractare a medicamentelor compensate

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: 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.

Studiul s-a bazat pe următoarele formulare statistice:

1. Extras din Raportul despre medicamentele parțial/integral compensate în condițiile asigurării de asistență medicală (Formular nr.1-26/r);

2. Rapoarte electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate „Medicamente compensate”.

Durata cercetării: a.2005-2012.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: privind evaluarea eficienței utilizării metodei „per capita” pentru aprecierea sumelor-limită destinate acoperirii cheltuielilor pentru medicamente compensate. Cercetarea a fost efectuată în două etape: 1 - au fost stabilite principalele contingente de consumatori ai medicamentelor compensate și 2 - 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.

Unități de cercetare: femei gravide, copii cu vârsta 0-5 ani, bolnavi cu hipertensiune arterială, bolnavi cu diabet zaharat de tip II insulino-independent, bolnavi cu afecțiuni psihice (schizofrenie și epilepsie).

Studiul s-a bazat pe:

- 1) Rapoartele electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”;

- 2) Rapoartele electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate „Medicamente compensate”;

- 3) Extrase din Raportul despre medicamentele parțial/integral compensate în condițiile asigurării de asistență medicală (Formular nr.1-26/r).

Acest studiu a permis elaborare și implementare metodologiei noii 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.

Durata cercetării: a.2007.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului selectiv: a permis compararea metodei elaborate de ajustare a sumelor-limită pentru medicamentele compensate la risc de vârstă și risc de morbiditate cu metoda precedentă de estimare a sumelor-limită. Ajustarea a fost făcută după formula:

$$S_{mc} = (S_{p/gr} \times N_{gr}) + (S_{p/c} \times N_c) + (S_{hta} \times N_{hta}) + (S_a \times N_{pa}) + (S_{p/dz} \times N_{dz}) + (S_{p/ps} \times N_{ps}) \quad (2.1)$$

unde:

S_{mc} – Suma-limita de finanțare pentru medicamente compensate;

$S_{p/gr}$ – Suma estimativă per gravidă;

N_{gr} – Numărul așteptat de gravide;

$S_{p/c}$ – Suma estimativă per copil;

N_c – Numărul așteptat de copii;

S_{hta} – Suma estimativă per persoană cu HTA;

N_{hta} – Numărul așteptat de bolnavi cu HTA;

S_a – Suma per capita pentru alte maladii;

N_{pa} – Numărul persoanelor asigurate.

$S_{p/dz}$ – Suma estimativă per persoană cu diabet zaharat;

N_{dz} – Numărul de bolnavi cu diabet zaharat de tip II insulinoindependent;

$S_{p/ps}$ – Suma estimativă per persoană cu afecțiuni psihice;

N_{ps} – Numărul de bolnavi cu afecțiuni psihice.

Loturile de studiu: 15 IMS divizate în 3 loturi: Lotul 1 – 5 IMS lideri în depășirea sumei-limită apreciate prin metoda „per capita”, Lotul 2 – 5 IMS cu îndeplinire satisfăcătoare a sumei-limită și Lotul 3 – 5 IMS lideri în neîndeplinirea sumei-limită.

Studiul s-a bazat pe următoarele formulare statistice:

1. Rapoarte electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate „Medicamente compensate”;

2. Extras din Raportul despre medicamentele parțial/integral compensate în condițiile asigurării de asistență medicală (Formular nr.1-26/r);

3. Contractele de acordare a asistenței medicale în cadrul AOAM, Anexa "Asistența medicală primară".

Durata cercetării: a. 2006-2011.

2.6 Metodologia de evaluare a impactului implementării metodelor de plată utilizate pentru contractarea asistenței medicale spitalicești

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: pentru a studia impactul sistemului de plată pe caz tratat asupra asistenței medicale spitalicești, a fost analizată evoluția principalilor indicatori de activitate a spitalelor: nivelul de spitalizare la 1000 locuitori; durata medie de spitalizare; letalitatea intraspitalicească; numărul mediu de zile-pat exploatate în an; ponderea utilizării patului; rotația patului.

Studiul s-a bazat pe datele extrase din următoarele formulare statistice:

1. Extras din Darea de seamă despre volumul de asistență medicală spitalicească (Formular nr.1-11/d);
 2. Centralizatoarele dărilor de seamă statistice medicale ale activității instituțiilor medicale din Republica Moldova pentru anii 2004-2012 (anexa nr. 1 la formularul nr. 30-săn);
 3. Extrasele din Anuarele statistice „Sănătatea publică în Moldova” pentru anii 2004-2012.
- Durata studiului a cuprins anii 2004-2012.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: pentru evaluarea opiniei conducătorilor instituțiilor spitalicești referitor la impactul finanțării spitalelor pe baza mecanismului de plată pe caz tratat pe profil. Instrument pentru cercetare – chestionarul elaborat (Anexa 1). Chestionarea a fost planificată în 65 IMSP. Au fost colectate 59 chestionare, rata de non răspuns constituind 9,2%.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului selectiv: pentru estimarea capacității spitalului de încadrare în pilotarea mecanismului de plată pe DRG (Case-Mix). Instrument pentru cercetare – chestionarul elaborat (Anexa 3).

Criterii de evaluare a spitalelor: nivelul/tipul spitalului; distribuția geografică; nivelul de dezvoltare socio-economica al regiunii; infrastructura spitalului; numărul de paturi și secții; numărul și tipul de profiluri acoperite; tipul și numărul de servicii furnizate; disponibilitatea unor date de cost și financiare de bună calitate, dimensiunea bugetului anual; performanța în codificarea diagnosticilor în fisele medicale; utilizarea unui sistem informatic pentru fisele medicale; utilizarea unui sistem de clasificare a procedurilor medicale; utilizare computerelor în departamentele clinice și de statistică; existența unei conexiuni internet; disponibilitatea personalului de lucru (număr, calificări); disponibilitatea echipei de conducere a spitalului pentru o activitate suplimentară pe termen lung. 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 egală măsură valoroase și pentru construirea unui sistem DRG: dezvoltarea unei fișe medicale standardizate pentru pacienții din staționar, inițierea codificării diagnosticilor conform clasificății OMS cu 4 caractere și a colectării datelor clinice pentru pacienții din urgență cu ajutorul unei aplicații informatice special create.

Selectarea spitalelor pentru pilotarea mecanismului de plată pe DRG a fost făcută în baza Chestionarului privind documentarea și colectarea informațiilor medicale și financiare în cadrul spitalului (Anexa 4), fiind aplicate următoarele criterii finale de selectare:

- Spectru de profiluri și nozologii cât mai larg – pentru realizarea unei acoperiri cât mai mari a plajei de DRG-uri cu spitalele pilot;
- 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 duce la îndeplinire sarcinile suplimentare legate de codificarea, colectarea electronică a datelor și calcularea costurilor;
- Rigurozitate statistică cât mai mare – aprecierea calitativă a activității de raportare statistică către CNMS pe parcursul ultimilor ani. Pentru acest criteriu au fost chestionați colaboratorii CNMS;
- Existența și utilizarea unui soft propriu pentru colectarea datelor pacienților – aprecierea experienței personalului spitalului în utilizarea aplicațiilor informatice.

Durata studiului: a.2011

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului selectiv: pentru a examina eficacitatea mecanismului de plată pe DRG în comparație cu mecanismul anterior de plată:

1. Pentru ambele mecanisme a fost studiat numărul de grupuri (categoriilor de costuri) întâlnite în cadrul profilurilor contractate în spitalele-pilot de nivel raional și diferențele de costuri utilizate pentru decontarea serviciilor după aceste grupuri.

2. Pentru a vedea cum indicatorul consumului de resurse influențează costul cazului prestat, a fost studiată diferența valorilor relative (VR) pentru DRG-urile adiacente a cinci grupuri ADRG selectate aleatoriu.

3. Pentru a vedea cum au variat costurile medii ale cazurilor pe profilurile contractate de CNAM în funcție de complexitatea cazurilor prestate, a fost făcută compararea tarifelor pe profil cu

„tarifele medii pe profil simulate în baza valorilor relative" în cadrul spitalului "Sfântul Arhanghel Mihail". Ca bază au fost luate tarifele cazurilor tratate utilizate pentru contractarea instituțiilor de nivel municipal în cadrul AOAM. Pentru fiecare profil contractat în acest spital, tariful menționat a fost comparat cu tariful mediu pe profil calculat în funcție de valorile relative ale cazurilor efectuate și tariful de bază al spitalului.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: pentru a examina eficacitatea mecanismelor elaborate de colectare și raportare a datelor la nivel de spital, a fost estimat % cazurilor raportate electronic din totalul cazurilor externate pe parcursul anului 2011 de către spitalele-pilot, iar în scopul analizei calității datelor codificate, au fost efectuate:

1. Estimarea ponderii cazurilor în care procedurile în sala de operații au fost neînrudite cu diagnosticul principal;
2. Estimarea ponderii cazurilor negrupabile;
3. Estimarea ponderii cazurilor cu diagnostice principale inacceptabile.

Studiul experimental de modelare, după volumul eșantionului integral: privind aprecierea tipului tarifului de bază al cazului tratat care urmează a fi utilizat în cadrul pilotării mecanismului DRG. Au fost modelate două scenarii de contractare: în baza unui tarif mediu pe pilot și în baza tarifelor proprii pe spitale. Studiul efectuat a ținut de estimarea variației bugetului calculat per DRG în comparație cu bugetul real contractat în anul precedent.

Tariful mediu pe pilot a fost calculat după formula:

$$T_{mp} = \frac{(B_{sp1} + B_{sp2} + \dots + B_{sp9})}{(NrCP_{sp1} + NrCP_{sp2} + \dots + NrCP_{sp9})} \quad (2.2)$$

unde:

T_{mp} – tariful mediu pe pilot;

B_{sp} – bugetul spitalului (suma contractuală a anului 2011 destinată procurării după metoda „per caz tratat”)

$NrCP_{sp}$ – numărul cazurilor ponderate efectuate de spital pe parcursul anului 2011.

Tariful propriu pentru fiecare prestator, a fost calculat după formula:

$$T_p = B_{sp} / NrCP_{sp}, \quad (2.3)$$

unde:

T_p – tariful propriu;

B_{sp} – bugetul spitalului (suma contractuală a anului 2011 destinată procurării după metoda „per caz tratat”)

$Nr_{CP_{sp}}$ – numărul cazurilor ponderate efectuate de spital pe parcursul anului 2011.

Estimarea bugetelor spitalelor-pilot pentru anul 2012 a fost realizată în baza următoarei formule:

$$B_{sp} = Nr_e CT \times ICM_r \times TP \quad (2.4)$$

unde:

B_{sp} – bugetul spitalului;

$Nr_e CT$ – numărul estimativ de cazuri tratate pentru a. 2012;

ICM_r – indicele de complexitate realizat în anul 2011;

TP – tariful propriu pentru spital.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: a permis evaluarea impactului implementării sistemului DRG asupra activității spitalelor autohtone. Cercetarea a fost efectuată în următoarele direcții: 1) Influența asupra bugetului total destinat finanțării per caz; 2) Influența asupra numărului de cazuri tratate; 3) Influența asupra ICM. Cercetarea a fost bazată pe rapoartele electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate DRG (CASE-MIX). Studiul a cuprins perioada a. 2012-2013.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: privind impactul acceptării bugetelor induse de activitate asupra sistemului spitalicesc.

Scopul studiului a fost estimarea efectului bugetelor induse de activitate asupra volumului de finanțare a instituțiilor spitalicești de un anumit nivel. Studiul a fost efectuat pentru 3 loturi de spitale: republicane, municipale și raionale. La prima etapă au fost estimate bugetele induse de activitate pentru loturile de spitale menționate. La etapa a doua a fost făcută normalizarea bugetelor induse de activitate, pentru conformarea sumei lor totale la prevederile Legii fondurilor. La ultima etapă a fost comparată evoluția bugetelor induse normalizate cu bugetele contractate. Diferența dintre bugetul programat și bugetul indus normalizat ne vorbește despre efectul bugetelor induse de activitate asupra tendinței de redistribuire a banilor între diferite niveluri de IMS.

Cercetarea a fost bazată pe următoarele formulare statistice:

1) Rapoartele electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate DRG (CASE-MIX);

2) Contractele de acordare a asistenței medicale în cadrul AOAM, Anexa "Asistența medicală spitalicească".

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului selectiv: privind "problemele de sănătate" care se rezolvă la diferite nivele de IMS. În acest scop au fost studiate:

- 1) numărul grupurilor DRG în care s-au grupat pacienții;
- 2) în care grupuri cel mai des se grupează cazurile prestate;
- 3) cele mai frecvente diagnostice întâlnite;
- 4) % cazurilor în cadrul cărora au fost efectuate intervenții chirurgicale;
- 5) cele mai frecvente intervenții chirurgicale.

Pentru organizarea studiului au fost selectate cele mai reprezentative IMS republicane (ICȘOSMC, SC Republican, CNȘPMU) și municipale (SCM "Sfânta Treime", SCMC "V.Ignatenco", SCM Balți). Cât privește IMS raionale, a fost selectat câte un spital fost județean de la Nordul, Centrul și Sudul republicii și câte un spital fost sectorial din zona de influență a spitalelor foste județene selectate (SR Cahul, SR Cantemir, SR Edinet, SR Ocnița, SR Orhei, SR Telenești). Perioada studiului a cuprins anul 2013.

Cercetarea a fost bazată pe rapoartele electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate DRG (CASE-MIX). Studiul a cuprins perioada a. 2013.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: privind repartizarea numărului de IMS pe grupuri în dependență de % de îndeplinire a cazurilor contractate pe spital. În scopul analizei îndeplinirii cazurilor contractate, a fost calculat coeficientul îndeplinirii lor pentru fiecare spital. Diapazonul de îndeplinire a fost de la 72,2% (SCR ACSR) până la 180% (Maternitatea municipală nr.2). Acest diapazon a fost împărțit în următoarele grupuri: mai puțin de 90%; 90-99%; 100-109%; 110-119%; 120-129%; 130% și peste. La etapa următoare a fost calculat numărul instituțiilor încadrate în fiecare grup. Cercetarea a fost bazată pe rapoartele electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate DRG (CASE-MIX). Studiul a cuprins perioada a. 2013.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral: privind estimarea nivelelor reale de spitalizare pe teritoriile Republicii Moldova. A fost relatat numărul de cazuri prestate pentru pacienții fiecărui teritoriu în toate spitalele din republică (inclusiv cele departamentale, private etc.), la numărul de populație conform „Registrului persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de

asistență medicală”. În rezultat a fost primit un tablou diferit de cel prezentat în actele oficiale (Anuarele Statistice și datele Biroului Național de Statistică).

Pentru a răspunde la întrebarea dacă numărul mare de spitalizări din raioane este cauzat de spitalele raionale sau de cele republicane, a fost estimat % de spitalizări din teritorii în IMS teritoriale.

Prin combinația rezultatelor studiului privind nivelurile totale de spitalizare la 1000 populație asigurată și % de spitalizări din teritorii în IMS locale, a fost obținute datele principial noi care reflectă pentru fiecare teritoriu al republicii, diferențele dintre nivelele de spitalizare totale și cele locale.

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului selectiv: privind estimarea stimulentei sistemului DRG asupra tendinței de stopare a creșterii nivelului de spitalizare. Pentru a găsi răspuns la această întrebare, a fost efectuat studiul îndeplinirii numărului de cazuri contractate în lotul IMS teritoriale, care în anul 2013 au fost lideri în spitalizări (nivelul local al căror a depășit 200 spitalizări la 1000 populație asigurată). Cercetarea a fost bazată pe rapoartele electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate DRG (CASE-MIX).

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului selectiv: privind aprecierea ponderii DRG-urilor de tip A (cu complicații și comorbidități catastrofale) în cadrul DRG-urilor adiacente. Pentru studiu au fost selectate spitalele care au participat la pilotarea noului mecanism de plată (ICȘDOMC, SC Republican, CNȘPMU, SCM Sf. Arh. Mihail, SCM V. Ignatenco, SCM Balți, SR Orhei, SR Cimișlia, SR Cahul), deoarece pentru aceste IMS datele de codificare au fost disponibile pe cea mai îndelungată perioadă. Studiul a cuprins perioada a. 2011-2013.

Paralel, a fost făcut un studiu al ponderii „grupurilor A” din totalul cazurilor prestate pentru diferite nivele ale instituțiilor spitalicești: republicane, municipale și raionale. Cercetarea a fost bazată pe rapoartele electronice (elaborate în cadrul cercetării) pentru utilizarea Bazei de date automatizate DRG (CASE-MIX). Studiul a cuprins perioada a. 2013.

Studiul experimental, după volumul eșantionului selectiv: privind modelarea schimbărilor 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.

În acest scop noi am recurs la compararea bugetelor modelate pe spital cu cele neutre din anul precedent. Studiul a fost selectiv. Inițial spitalele au fost împărțite în loturi: republican,

municipal și raional, iar mai apoi în cadrul fiecărui lot au fost selectate spitalele strategice și cele "mai puțin strategice".

Modelarea a fost făcută reieșind din formula: $\text{Buget} = \text{Nr CT} \times \text{ICM} \times \text{Tarif}$, datele pentru care au fost preluate din baza de date pe DRG formată în anul 2013. Tarifalul pus la baza modelării a fost mixt: 75%TP 2013 + 25%TN. În acest mod a fost modelat bugetul pentru fiecare IMS. Prin sumarea bugetelor IMS a fost obținut Bugetul Total destinat finanțării pe DRG. Este evident că Bugetul Total modelat pe activitatea spitalelor din anul 2013 a depășit posibilitățile de acoperire prevăzute de Legea fondurilor, ceea ce a impus lărgirea procesului de modelare cu încă două etape: normalizarea Bugetului Total pentru corespundere prevederilor Legii fondurilor din anul 2013 și creșterea Bugetului Total normalizat în conformitate cu creșterea prevăzută în Legea fondurilor pentru anul 2014.

Studiul experimental, după volumul eșantionului selectiv: privind modelarea coeficienților de ajustare a unor valori relative, cu aplicabilitate selectivă, pentru rezolvarea problemei de subfinanțare a grupurilor de cazuri tratate cu utilizarea consumabilelor costisitoare.

Metodologia de calculare a unui cost nou per DRG, în funcție de costul real al protezelor, a cuprins câteva etape. Inițial, a fost solicitată informația privind costul protezelor de la spitalele care furnizează astfel de servicii. Informația a fost cerută pentru perioada iulie–decembrie a anului 2012 și a cuprins: cheltuielile reale pentru consumabile per pacient externat și grupul DRG în care a fost încadrat pacientul. Au raportat informația solicitată 6 spitale: CNȘPMU, Institutul de Cardiologie, Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie, Spitalul Clinic Central Stația Chișinău (filiala ÎS „Calea Ferată”), Centrul Oftalmologic „Microchirurgia Ochiului” și Spitalul Internațional "Medpark". Au fost raportate 47 de DRG-uri, conținând un număr de 5281 de cazuri, din care doar 1503 cazuri cu protezări, costul total al protezelor fiind de 15 878 651 lei. În urma analizei acestor DRG-uri, doar 25 din ele au fost folosite în continuare în studiu, criteriile de selecție fiind:

- a) DRG-ul indică probabilitatea de a fi fost efectuate protezări pe parcursul spitalizării;
- b) procentul cazurilor cu proteze din numărul total de cazuri în DRG-ul respectiv este semnificativ (peste 46% în cadrul spitalelor care au raportat costurile).

În lotul selectat de DRG-uri s-au regăsit: un singur DRG din clasa C (C16Z – Proceduri asupra cristalinului), 15 DRG-uri din clasa F (DRG-uri chirurgicale cu proceduri cardiace) și 9 DRG-uri din clasa I (DRG-uri chirurgicale cu proceduri asupra sistemului musculo-scheletal).

Pentru fiecare spital a fost calculat costul DRG-urilor – țintă, pe baza datelor de contractare din anul 2013. Subcomponenta de proteze a valorilor relative utilizate pentru contractare a fost înlocuită cu valori noi, obținute pe baza datelor de cost real al protezelor utilizate. Costul cazului s-a calculat ținând cont de rata cazurilor cu proteze în DRG-urile selectate pentru fiecare spital în parte.

În acest fel, au fost calculate costuri per DRG pentru fiecare spital în parte, în funcție de rata proprie de protezare. În continuare, au fost calculați coeficienții de ajustare echivalenți pentru aceste costuri (coeficient de ajustare a valorii relative pe spital) și făcută media acestor coeficienți. S-a calculat astfel un coeficient KP – coeficient de ajustare a valorii relative pentru proteze, independent de spital, dar care să se aplice doar la spitalele care fac protezări în acel DRG.

2.4 Concluzii la capitolul 2

1. 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. Fenomenele cercetate au inclus indicatori de sănătate, de acces și calitate a serviciilor medicale, ai volumului și caracterului activităților desfășurate de instituțiile medico-sanitare ca rezultat al stimulentei metodelor de plată utilizate în cadrul AOAM.

2. În vederea realizării scopului și obiectivelor propuse pentru cercetare a fost folosit un plan metodologic linear al cercetării descriptive, compus din identificarea, formularea și argumentarea problemei, stabilirea procedurii de cercetare, identificarea și definitivarea eșantionului, elaborarea chestionarelor, colectarea datelor, analiza și sinteza rezultatelor, elaborarea concluziilor, aplicarea rezultatelor cercetării în practică.

3. 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.

4. 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.

5. În cadrul cercetării au fost modelate: procesul de contractare a spitalelor pe bază de DRG după principiul de buget neutru și tarife proprii pe spitale; 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.

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

3.1 Premisele implementării Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală și elaborarea conceptului de contractare a serviciilor medicale în Republica Moldova

Analiza situației medico-demografice, începând cu ultimul deceniu al secolului XX, a demonstrat înrăutățirea principalilor indicatori de sănătate. Astfel, conform constatărilor prezentate de M. Ciocanu, numărul copiilor născuți vii s-a micșorat de la 72020 în anul 1991 până la 36471 în 2003. Indicele natalității a înregistrat o diminuare semnificativă, și în anul 2003 a constituit 10,1‰, în comparație cu 16,5‰ în anul 1991. La rândul său, mortalitatea generală a crescut semnificativ pe întreaga perioadă analizată și în anul 2003 a atins nivelul de 11,9‰, față de 10,5‰ în anul 1991. Ca urmare a acestei situații nefavorabile, începând cu anul 1999, sporul natural al populației în Republica Moldova, pentru prima oară în perioada postbelică, a devenit negativ și a constituit 1,8‰ în anul 2003 [21, 22, 27, 28].

Un indicator de bază al stării sănătății este speranța de viață. Acest indicator este integrat și reflectă influența asupra sănătății, atât a calității serviciilor medicale, cât și a factorilor mediului habitual. În Republica Moldova speranța de viață a cunoscut o descreștere de la 69,1 ani în 1989 la 66,6 ani în 2002 [10].

În anul 1998 Republica Moldova deținea una dintre cele mai extinse rețele de instituții medicale din regiune. Numărul de spitale (inclusiv spitale departamentale) era de $6,42 \pm 0,4$ la 100000 de locuitori, în comparație cu media UE de $3,27 \pm 0,3$ și cu media din Europa Centrală și de Est de 2,18. La fel, numărul de paturi spitalicești la 10000 de locuitori era de 1,6 ori mai mare decât media din țările UE (104,6 și 65,9 paturi la 10 mii de locuitori respectiv).

Durata medie de spitalizare în spitalele de profil general, unde se tratau pacienții cu stări acute, era semnificativ mai mare față de mediile din țările UE, fapt care demonstra un nivel foarte scăzut al eficienței serviciilor spitalicești deosebit de costisitoare.

Totodată, numărul de instituții medicale de ambulatoriu la 100000 de locuitori (inclusiv din asistența medicală primară) în Republica Moldova, în comparație cu țările-membre ale UE, era semnificativ mai mic și nu acoperea cu servicii medicale de bază întreaga populație. Conform estimărilor, 19,8% din populația țării în anul 2003 nu avea acces deplin la serviciile medicilor de familie.

În baza Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 668 din 17.07.1997 „Cu privire la aprobarea concepției reformării sistemului asistenței medicale din Republica Moldova în condițiile economiei noi pentru anii 1997-2003”, pe parcursul anilor 1988-1999 au fost lichidate

195 de spitale rurale, care în trecut aveau o capacitate de 40-80 paturi și erau ineficiente din punct de vedere economic și medical. Numărul de spitale s-a micșorat de la 245 în anul 1998 până la 65 în anul 2000. Concomitent, s-a redus și numărul absolut de paturi – de la 38169 în anul 1998 până la 21813 în 2003 [22].

Deosebit de tensionată era situația întârzierilor la plata salariilor. Datoriile salariale ale bugetului de stat față de angajații din ramura ocrotirii sănătății în anul 2003 au constituit 80,7 mil. lei, ori 23,3 % din fondul de salarizare a instituțiilor medicale.

Strategia de redresare a situației de criză din sistemul de sănătate s-a axat pe reducerea rolului statului în acordarea asistenței medicale. Începând cu anul 1989, a fost încurajată în mod oficial practica privată pentru anumite tipuri de servicii, iar în instituțiile publice a fost introdusă prestarea serviciilor medicale contra plată. Parlamentul Republicii Moldova, în anul 1999, a adoptat Legea cu privire la minimumul de asistență medicală fără plată, garantat de stat.

Conform acestei legi minimumul garantat a cuprins:

a) asistența medicală primară acordată de către medicul de medicină generală (medicul de familie) în conformitate cu normativele aprobate de Ministerul Sănătății;

b) asistența medicală de ambulatoriu, acordată de specialiștii din asociațiile medicale teritoriale și din secțiile consultative ale spitalelor la trimiterea de către medicul de medicină generală;

c) asistența medicală de urgență la etapa prespitalicească și spitalicească în caz de stări acute care pun în pericol viața;

d) examenul medical obligatoriu persoanelor care se căsătoresc, precum și asistența medicală de bază acordată femeilor însărcinate și copiilor;

e) asistența medicală în staționar și administrarea, după stabilirea diagnosticului definitiv, a medicamentelor specifice de bază în caz de tuberculoză, boli psihice endogene, boli oncologice, diabet zaharat și insipid, boli contagioase, SIDA, sifilis, alcoolism, narcomanie și toxicomanie;

f) asistența medicală în staționar a invalizilor de gradele I și II, invalizilor de război de toate gradele, invalizilor din copilărie, copiilor orfani, pensionarilor, bolnavilor în stare gravă, traumați, intoxicați, care necesită terapie intensivă, supraveghere medicală permanentă sau izolare potrivit indicațiilor epidemiologice;

g) imunoprofilaxia populației, ș.a.

Asigurarea financiară a minimumului garantat se pune în sarcina Guvernului și autorităților administrației publice locale, volumul ei fiind aprobat prin legea bugetului pe anul respectiv. Serviciile medicale acordate peste volumul minimumului garantat au fost prestate contra plată.

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. Principalele obiective ale introducerii acestui sistem au fost sporirea și stabilizarea finanțării publice a SNSP și creșterea accesului la servicii medicale de calitate. Conform constatărilor lui M. Buga, reforma finanțării din Republica Moldova a avut câteva particularități specifice:

- sistemul AOAM a fost introdus într-o țară săracă, cu o cotă mare a economiei tenebre, iar sistemul se baza în mare parte pe transferuri de la bugetul de stat, ceea ce nu este obișnuit pentru un sistem de asigurări medicale obligatorii;

- s-a reușit creșterea accesului la serviciile medicale prin revizuirea considerabilă a garanțiilor la un tratament gratuit;

- mărimea contribuțiilor din diferite surse a fost expres stabilită de legislație;

- a fost atins un nivel înalt de consens și coordonare între diferiți actori ai reformei, iar implementarea a fost rapidă și consistentă.

Modelul ales al finanțării sănătății a corespuns condițiilor economice ale țării, iar obiectivele reformei au fost în mare parte realizate.

Fostele instituții medicale bugetare au fost transformate în instituții medico-sanitare publice, cu autonomie financiară și de gestiune, nonprofit. Ca urmare, instituțiile medico-sanitare publice au căpătat posibilitatea gestionării mult mai flexibile a mijloacelor financiare obținute, fără o tutelare excesivă din partea unor instituții externe, cu un impact considerabil asupra eficienței activității lor economico-financiare [10, 12].

Principalele avantaje ale sistemului de finanțare a prestatorilor de servicii medicale prin asigurări sunt:

- apariția unor noi surse de finanțare (primele de asigurare achitate de patroni și angajați) care creează premise pentru divizarea rațională a responsabilității pentru ocrotirea sănătății între stat, agenții economici și populație;

- se realizează separarea reală a furnizorilor și cumpărătorilor de servicii medicale;

- în sistemul de sănătate publică apare un intermediar între instituțiile medicale și populație;

- asigurătorul poartă răspundere pentru prestarea unui volum concret de asistență medicală persoanelor asigurate și realizează această funcție prin încheierea contractelor cu prestatorii de servicii medicale [10, 19, 21, 27].

În perioada de pregătire pentru implementarea AOAM au fost desfășurate multiple activități organizatorice, o bună parte din care au fost legate de conceperea unui nou sistem de

plată pentru serviciile medicale [46]. În urma brainstorming-urilor, interviurilor în grupuri focusate formate din reprezentanții MS, CNAM, CNMS și interviurii unor experți internaționali, a fost făcută analiza SWOT a situației existente privind sistemul de finanțare al serviciilor de sănătate, fiind obținute următoarele rezultate:

Puncte tari: Capacitățile manageriale ale colaboratorilor CNAM și MS, vizând elaborarea sistemului de plată în cadrul AOAM.

Puncte slabe:

- Lipsa pieței serviciilor medicale și conceptului de procurare a lor;
- Sistemul de finanțare bazat pe "Minimul garantat" și activitate contra plată;
- Accesibilitate joasă la serviciile medicale mai ales în AMU și AMS;
- Degradare gravă a infrastructurii sistemului de sănătate.

Oportunități:

- Voință politică pentru implementarea AOAM;
- Exemple de succes în reforma sistemelor de plată în țări asemănătoare cu Republica Moldova - Lituania, Estonia;
- Disponibilitatea organismelor internaționale (OMS ș.a.) de a acorda asistență tehnică pentru dezvoltarea sistemului de plată în cadrul AOAM.

Amenințări: Insuccesul sistemului de plată poate compromite implementarea AOAM.

Ținându-se cont de necesitatea de corecție a caracteristicilor nefavorabile ale perioadei menționate, prin metoda abstracției științifice, au fost formulate următoarele obiective:

1. Lipsa pieței serviciilor medicale și a viziunii de procurare a lor a trasat obiectivul de elaborare a conceptelor de procurare a serviciilor medicale și de contractare a acestora.
2. Neajunsurile sistemului de plată bazat pe bugete pe articole a indus necesitatea implementării unui nou sistem bazat pe mecanisme de plată mai progresive.
3. Nivelul scăzut de acces la serviciile de sănătate a trasat obiectivul de sporire a acestuia. În perioada menționată, nivelul acestui indicator a fost deosebit de alarmant în asistența medicală de urgență la etapa prespitalicească și în asistența medicală spitalicească.

Elaborarea conceptului de procurare a serviciilor medicale. În linii generale, procurarea serviciilor în cadrul asigurărilor medicale este un proces prin care fondurile acumulate sunt alocate prestatorilor de asistență medicală cu scopul furnizării serviciilor garantate persoanelor asigurate. Odată cu implementarea AOAM, politica de finanțare a sistemului de sănătate urma să evolueze de la "finanțare pentru menținerea instituțiilor medicale" la "finanțare ca rezultat al

procurării serviciilor medicale”. Din aceste considerente, începând cu anul 2002, a fost elaborat un concept de procurare a serviciilor în cadrul sistemului de asigurări medicale obligatorii, care prevedea două cicluri mari: ciclul de planificare și ciclul de contractare a serviciilor [41].

Ciclul de planificare începe cu elaborarea strategiei generale (figura 3.1), care trebuie să răspundă la întrebarea: „Ce se procură în cadrul AOAM?”. Este de menționat faptul că, până la implementarea AOAM, o asemenea strategie în Republica Moldova nu a existat, ea nefiind necesară din cauza lipsei pieței serviciilor medicale. Însă, odată cu apariția cumpărătorului acestor servicii, imperativ al timpului a devenit elaborarea unui spectru concret de garanții, care vor servi ca punct de pornire pentru procurarea serviciilor medicale. În acest context, a fost conceput Programul Unic al Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală. El cuprinde lista maladiilor și stărilor care necesită asistență medicală și volumul de asistență medicală acordată persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și finanțate din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

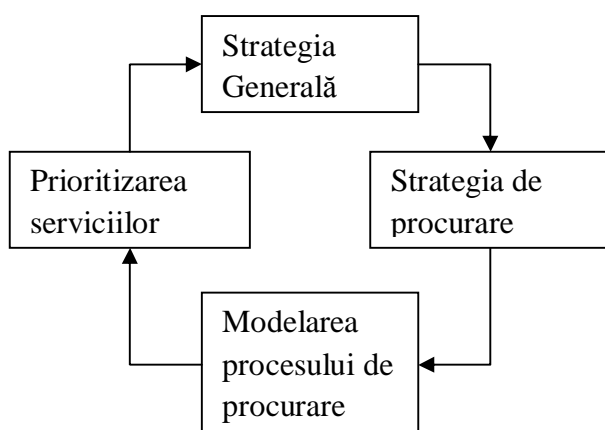


Fig. 3.1. Ciclul de planificare.

După stabilirea spectrului de servicii care urmează a fi procurate în cadrul AOAM, a fost necesară elaborarea unui alt document, care să răspundă la întrebarea: „Cum se procură serviciile prevăzute de Programul Unic?”. Acestea au impus dezvoltarea etapei a doua a ciclului de planificare, și anume elaborarea unei strategii de procurare a serviciilor medicale. În acest scop au fost elaborate „Criteriile de contractare a prestatorilor”. Inițial ele au fost organizate sub forma unui ordin comun al MS și CNAM, iar începând cu anul 2008 au devenit parte componentă a Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Criteriile de contractare stabilesc:

- a) principiile de bază ale contractării serviciilor medicale;
- b) repartizarea mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru achitarea serviciilor medicale;
- c) particularitățile de contractare a diferitor tipuri de asistență medicală;
- d) modalitatea de achitare a serviciilor medicale acordate;
- e) procedura negocierilor și de soluționare a litigiilor.

Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale sunt revizuite anual, fiind adaptate cerințelor Legii fondurilor AOAM pentru anul respectiv.

După aprecierea spectrului de servicii care urmează a fi procurate și a metodelor de procurare a acestora, este nevoie de modelat matematic procesul de procurare a serviciilor medicale, pentru evidențierea corespunderii posibilităților de procurare a fondurilor AOAM cu volumul de servicii prevăzute de Programul Unic.

În cazul necorespunderii acestora, este nevoie de revăzut Strategia Generală, cu micșorarea sau, respectiv, mărirea listei maladiilor și stărilor care necesită asistență medicală în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Aceste activități se fac la etapa următoare a ciclului de planificare – etapa de prioritizare a serviciilor medicale.

După cum poate fi văzut în figura 3.1, activitățile ciclului de planificare se desfășoară în cerc, la fiecare tură înlăturându-se necorespunderea spectrului și volumului serviciilor destinate procurării cu posibilitățile de procurare a lor. Prin urmare, rezultatul final al ciclului de planificare îl constituie starea de compromis găsită între garanțiile oferite de Programul unic și mărirea Legii fondurilor a AOAM.

Ciclul de contractare începe cu selectarea prestatorilor care oferă serviciile stipulate în Programul Unic (figura 3.2). Această etapă prevede următoarele activități:

- Depunerea cererilor de către instituțiile medico-sanitare în vederea contractării acestora;
- Formarea dosarelor instituțiilor medico-sanitare;
- Controlul corespunderii ofertei serviciilor medicale propuse de instituțiile medico-sanitare cu prevederile Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;
- Stabilirea listei instituțiilor medico-sanitare cu care se va semna contractul de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

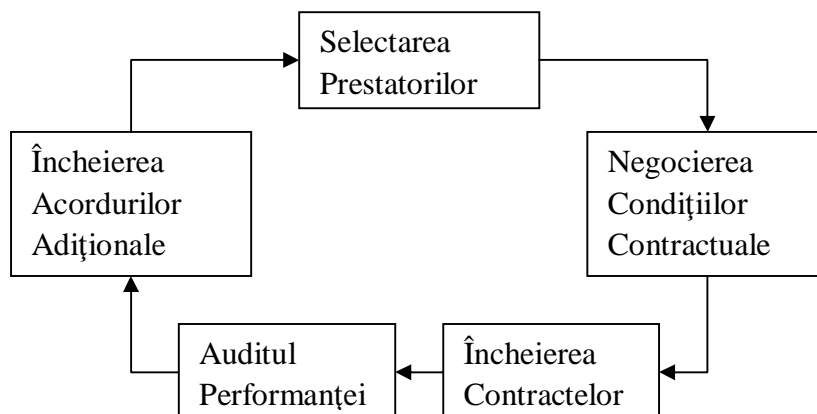


Fig. 3.2. Ciclul de contractare.

Cu prestatorii selectați se negociază volumul de asistență medicală care urmează a fi contractat și costul acesteia. Apoi urmează încheierea propriu-zisă a contractului. Pe parcursul realizării contractului, CNAM monitorizează corectitudinea respectării condițiilor contractuale la necesitate modificând contractul prin acorduri adiționale.

3.2 Argumentarea modelului de plată propus pentru demararea Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală

Conform Programul unic pentru anul 2004, prin volumul stabilit al asistenței medicale se subînțelegeau tipurile de asistență medicală și spectrul general al serviciilor la care au avut dreptul persoanele asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. În acest context Programul Unic a prevăzut următoarele tipuri de asistență medicală:

- a) asistență medicală primară;
- b) asistență medicală specializată de ambulatoriu, inclusiv stomatologică;
- c) asistență medicală de urgență prespitalicească;
- d) asistență medicală spitalicească;
- e) investigații de laborator și instrumentale costisitoare acordate persoanelor asigurate, în condiții de ambulatoriu, în cadrul instituțiilor medico-sanitare republicane.

Pentru *asistența medicală primară*, *strategia generală* a prevăzut că ea se acordă de către medicul de familie împreună cu echipa sa și reprezintă primul nivel al sistemului sănătății la care apelează persoana în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Asistența medicală primară a inclus:

- 1) servicii profilactice:
 - promovarea modului sănătos de viață, educația pentru sănătate în prevenirea și combaterea factorilor de risc;

- supravegherea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț;
- imunizarea conform Programului Național de Imunizări și indicațiilor epidemiologice;
- îngrijirea antenatală, supravegherea gravidelor și îngrijirea postnatală a lăuzelor;
- servicii de planificare a familiei;

- controlul medical anual al persoanelor în vârstă de peste 18 ani, pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, cu examene profilactice conform actelor normative aprobate de Ministerul Sănătății.

- controale medicale periodice pentru afecțiunile aflate sub supravegherea medicului de familie;

- prestarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor, ș.a.

2) servicii medicale curative:

- consultație în caz de boală sau accident, cu stabilirea diagnosticului, recomandarea investigațiilor de laborator și instrumentale și prescrierea tratamentului;

- manopere de mică chirurgie în stările urgente;

- tratament în cabinete de proceduri și în staționare de zi/la domiciliu în cazul unor grupe de maladii cu diagnosticul confirmat, ce au indicații pentru tratament spitalicesc, însă lipsesc contraindicații pentru tratament în condiții de ambulatoriu acordat de medicul de familie și echipa sa;

- prescriere de tratament medical și igienico-dietetic, inclusiv a medicamentelor compensate, pentru tratament ambulatoriu;

- monitorizarea tratamentului și a evoluției stării de sănătate a bolnavilor cronici, inclusiv a invalizilor;

- prescrierea, prin bilet de trimitere, a investigațiilor paraclinice și de diagnosticare, inclusiv a serviciilor de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice;

- referirea pacientului către specialiștii de profil, pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie;

- asistența medicală la domiciliu acordată în limitele competenței medicului de familie, ș.a

Elaborarea Strategiei de procurare. Conform experienței internaționale, pentru finanțarea asistenței medicale primare de obicei se folosesc următoarele metode de plată:

- *Plata per capita* – se bazează pe populația deservită;

- *plata per serviciu* – se bazează pe serviciile prestate;

- *finanțarea pe caz* – se bazează pe cazuri de boală tratate la nivel de asistență medicală primară și specializată de ambulatoriu (această formă de plată nu se folosește izolat, ci este complementară altor forme);

- *salariul* – se bazează pe timp (la fel, această formă de plată nu se folosește izolat, deseori fiind combinată cu bugetul global pentru acoperirea cheltuielilor de gospodărie.

Din metodele menționate, cele mai des întâlnite pe plan mondial au fost plata per capita și plata per serviciu.

Analiza avantajelor și dezavantajelor metodelor de plată per capita și per serviciu utilizate pentru procurarea serviciilor AMP.

Studiul nostru a avut scopul de a efectua analiza comparativă a metodelor de plată per capita și per serviciu, pentru propunerea unui sistem optim de plată a AMP în condițiile reale din Republica Moldova [34].

Analiza a fost efectuată în trei dimensiuni:

1. Accesul populației la serviciile medicale;
2. Impactul asupra rezultatelor finale ale tratamentului;
3. Costul tratamentului (cost-eficiența lui).

Rezultatele studiului:

Analiza în contextul accesului populației la serviciile medicale

Plata per capita îmbunătățește relația medic - pacient, inclusiv prin încurajarea medicilor de a dezvolta relații de lungă durată cu persoanele înscrise pe listele lor. Caracterul benefic al acestui eveniment constă în faptul că relațiile de lungă durată creează premise pentru o mai bună cunoaștere a necesităților de sănătate ale persoanelor înregistrate pe lista medicului și în timp duc la sporirea calității serviciilor prestate.

Un alt avantaj al metodei este că ea încurajează relațiile de angajare profesională reciprocă între medici, ei neavând de pierdut financiar în urma unor asemenea activități.

Drept dezavantaj pentru accesul pacienților la serviciile medicale este considerat faptul că pacienții pot primi asistență medicală la un singur medic.

Plata per serviciu. Dintre avantajele plății per serviciu este necesar să fie menționată capacitatea de a oferi servicii pentru populația mobilă. Actualitatea acestui avantaj pentru Republica Moldova a fost motivată de faptul că în perioada rece a anului au loc migrații importante ale populației vârstnice din zonele rurale în cele urbane, iar aceste contingente de persoane sunt printre principalii consumatori de servicii medicale.

Un alt avantaj al metodei este că ea permite pacientului libertatea de a-și alege singur medicul pentru fiecare act curativ.

Dezavantaje ale plății per serviciu din punctul de vedere al accesului la servicii nu au fost stabilite.

Analiza în contextul rezultatelor tratamentului

Plata per capita. Un mare avantaj al metodei este faptul că tratamentul pacientului nu este influențat de profitabilitatea anumitor activități care în final ar putea avea un impact negativ asupra rezultatelor acestuia.

De asemenea, metoda încurajează medicul să folosească măsuri preventive și educaționale. Acestea sunt argumentate prin faptul că măsurile menționate sunt mai puțin costisitoare în comparație cu tratamentul cazurilor de boală.

Ca dezavantaj pot apărea stimulente pentru sporirea neargumentată a numărului de persoane înscrise pe lista medicului de familie, ceea ce deseori duce la scăderea accesibilității și calității serviciilor.

Un alt dezavantaj asupra rezultatelor tratamentului îl constituie tendința spre omitere a pacienților care au nevoie de îngrijiri complexe și costisitoare.

Plata per serviciu. Finanțarea per serviciu stimulează prestarea unui serviciu complex. Aceasta se întâmplă în cazul, în care schema de plată se bazează pe complexitatea serviciului.

Un avantaj constituie faptul că această formă de plată oferă medicilor autonomie în luarea deciziilor clinice.

Dezavantaje: stimulează oferirea serviciilor peste necesități sau tratament cu proceduri acolo unde utilizarea lor nu se impune.

Reduce timpul oferit pacientului.

Analiza în contextul costului total al tratamentului

Plata per capita:

- Stimulente joase pentru medici de a oferi servicii care nu sunt necesare;
- Cheltuielile pot fi adaptate la numărul și caracteristicile persoanelor înregistrate pe listă.

Analizând tendințele istorice caracteristice lotului de persoane deservit, instituția poate elabora un program adecvat de activități curative, de dispensarizare și profilactice;

- Oferă previzibilitate privitor la resursele financiare care pot fi utilizate, inclusiv pentru salarizarea medicilor. Aceasta se datorează faptului că plata per capita se estimează în avans, permițând din start să fie cunoscute volumul și periodicitatea de finanțare a instituției medicale pentru toată perioada de contractare.

Dezavantaj: este foarte dificil de a prognoza cu precizie costurile reale ale serviciilor care vor fi utilizate pe întreaga perioadă contractată.

Avantajele metodei per serviciu:

- Costurile pot fi ajustate la complexitatea serviciilor;
- Metoda permite ca remunerarea să depindă de rezultatul final al tratamentului.

Dezavantaje:

- Este o metodă costisitoare în administrare.
- Administrarea este neflexibilă și foarte complexă.

Referitor la costurile de administrare, este necesar de menționat că ele sunt considerabil mai mari în comparație cu celelalte metode de plată. Aceasta se datorează costurilor mari de elaborare și întreținere a sistemelor informaționale utilizate pentru supravegherea serviciilor prestate, antrenării unui număr important de persoane cu funcții de control (expertiză) al veridicității datelor etc. Fără aceste măsuri costisitoare, în urma cointeresării prestatorilor în maximizarea profitului, sistemele largi de plată per serviciu riscă să iasă de sub control, iar aceasta inevitabil duce la subminarea durabilității sistemului de plată pentru serviciile medicale.

Experiența altor state arată că plata per serviciu poate duce la o inflație foarte rapidă a costurilor, ceea ce amenință coșul de garanții în cadrul sistemului de sănătate.

Dezavantajele menționate ale plății per serviciu pentru finanțarea AMP sunt atât de importante, încât fac neargumentată utilizarea pe scară largă a acestei metode de plată în țările cu posibilități modeste în finanțarea sistemului de sănătate.

La elaborarea Strategiei de procurare s-a ținut cont și de faptul că asistența medicală primară 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. Din aceste considerente, pentru procurarea serviciilor de asistență medicală primară s-a recurs la alegerea metodei „per capita”.

Suplimentar la cele menționate, în favoarea selectării metodei per capita au servit și următoarele argumente:

1. Simplitate în implementare și calculare a sumelor pentru finanțare;
2. În contextul numărului persoanelor deservite, prestatorii de asistență medicală primară erau foarte mari, ceea ce făcea ca diferențele demografice și de morbiditate între teritoriile de deservire ale diferitor prestatori să nu fie semnificative. Astfel, pentru populația întregului raion, contractul se încheia cu un singur CMF;
3. Metoda nu presupunea riscul depășirii sumelor contractuale.

Pentru *asistența medicală specializată de ambulatoriu*, strategia generală a prevăzut că ea se acordă persoanelor asigurate de către medicul specialist de profil împreună cu personalul

mediu încadrat în realizarea actului medical și include toate activitățile, inclusiv organizator-metodice, ce țin de competența specialistului și a personalului respectiv care sunt prevăzute în actele normative ale Ministerului Sănătății.

Programul unic prevedea că specialistul de profil acordă următoarele tipuri de servicii medicale:

- consultație medicală pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie;
- prescrierea cu scop de diagnostic a investigațiilor de laborator și instrumentale, tratamentului, luarea la evidența medicală și supravegherea în dinamică, în conformitate cu actele normative în vigoare, inclusiv recomandări privind supravegherea medicală în dinamică de către medicul de familie;
- consultație medicală în cadrul comisiilor de expertiză narcologică și psihiatrică cu scop de diagnostic, tratament, aprecierea tacticii medicale, recomandări privind supravegherea medicală în dinamică;
- consultații medicale cu prescrierea investigațiilor paraclinice necesare în cazul examenelor medicale profilactice pentru instituțiile medico-sanitare publice, de învățământ și întremare (bugetare), conform actelor normative aprobate de Ministerul Sănătății;
- consultații medicale cu prescrierea investigațiilor paraclinice necesare recruților în cadrul comisiilor medicale militare, în modul stabilit de actele normative aprobate de Ministerul Sănătății, în comun cu Ministerul Apărării;
- consultații medicale, inclusiv în secțiile de internare ale spitalelor, pentru asistență de ambulatoriu, cu prescrierea investigațiilor paraclinice, iar pentru unele specialități de profil chirurgical - cu efectuarea suplimentară a manoperele medicale specifice prestabilite;
- participarea, în comun cu medicul de familie, la controalele profilactice pentru depistarea precoce a maladiilor;
- luarea la evidență a bolnavului cu tuberculoză confirmată și a persoanelor contacte din focarele de tuberculoză, supravegherea și aplicarea strict observată a tratamentului în condiții de ambulatoriu, până la scoaterea din evidență, inclusiv coordonarea tratamentului efectuat de asistența medicală primară în faza de continuare, s.a.

Consultația medicală includea:

- a) anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de investigații, prescrierea investigațiilor și a analizelor de laborator necesare și interpretarea rezultatelor lor, în vederea stabilirii diagnosticului;
- b) unele manopere specifice necesare care urmau a fi efectuate pacientului de către medicul specialist de profil conform specialității respective;

c) stabilirea conduitei terapeutice și prescrierea tratamentului medical, inclusiv recomandarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru prescriere de către medicul de familie, precum și familiarizarea pacientului cu măsurile terapeutice și profilactice;

d) prescrierea, prin bilet de trimitere și realizarea investigațiilor paraclinice și de diagnosticare, în cazurile de urgență; în cazurile programate a investigațiilor ce nu puteau fi efectuate în cadrul asistenței medicale primare; serviciilor de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice, s.a;

Prezentările ulterioare ale pacientului la același medic specialist în baza aceluiași diagnostic până la vindecare sau stabilizarea stării se acordau:

a) în cazul efectuării unor manopere terapeutice sau aplicării unor tratamente stabilite de medicul specialist ce necesitau prezentarea repetată a pacientului la cabinetul medical sau pentru urmărirea evoluției tratamentului pacientului prin prezentări programate de medicul specialist de profil;

b) după o intervenție chirurgicală sau ortopedică până la vindecare, cu efectuarea pansamentului plăgii, a manoperelor chirurgicale impuse de unele complicații minore, scoaterea firelor, înlăturarea pansamentului ghipsat, în baza recomandărilor medicului curant din spital, indicate în formele de externare a pacientului din spitalul respectiv;

c) pentru afecțiunile ce permiteau prezentarea directă la medicul specialist de profil, fără bilet de trimitere de la medicul de familie, conform unei periodicități stabilite de medicul specialist de profil sau la apariția complicațiilor sau decompensării afecțiunilor respective.

Asistența medicală stomatologică acordată în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală includea:

a) asistență stomatologică de urgență în cazuri de pulpite acute, periodontite apicale acute, periodontite apicale exacerbate, abces parodontal, periostite, abces.

b) extracții dentare la indicații medicale;

c) consultație profilactică copiilor în vârstă de până la 18 ani și gravidelor, care includea: examinarea cavității bucale și recomandări privind igiena cavității bucale; detartrajul dentar; aplicarea remediilor profilactice (fluor, Ca etc.); extracții dentare; sigilarea fisurilor; obturarea cu materiale simple a defectelor coronariene provocate de caria dentară și complicațiile ei.

În cadrul elaborării strategiei de procurare a asistenței medicale specializate de ambulatoriu, ea a fost divizată în:

- asistența medicală specializată de ambulatoriu din cadrul instituțiilor medico-sanitare teritoriale;

- asistența medicală stomatologică;

Asistența medicală specializată de ambulatoriu din cadrul instituțiilor medico-sanitare teritoriale și asistența medicală stomatologică pentru anul 2004 au fost procurate după metoda „per capita”. Argumentele selectării acestei metode au fost similare celor din asistența medicală primară.

Pentru *asistența medicală de urgență prespitalicească*, strategia generală a prevăzut că ea se acordă în cazurile ce amenință viața persoanei, provocate de maladiile acute, acutizarea maladiilor cronice, accidente, traume și intoxicații, complicațiile în perioada gravidității și la naștere, care necesită intervenție medicală urgentă, asigurând un regim de continuitate de la locul accidentului sau îmbolnăvirii și în timpul transportării până la instituțiile medico-sanitare.

Asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească a inclus:

- urgențele medico-chirurgicale, accidentele, asistența medicală acordată gravidelor, lăuzelor și nou-născuților, precum și transportarea lor către instituțiile medico-sanitare de profil;

- asistența medicală urgentă acordată bolnavilor cu urgențe psihiatrice, la solicitarea bolnavilor, însoțitorilor sau a personalului medical, precum și transportarea, în caz de necesitate, către instituțiile specializate;

- acțiunile de salvare a populației, în caz de epidemii, calamități și catastrofe în teritoriul de deservire, precum și în teritoriile limitrofe, la solicitarea acestora;

- transportarea bolnavilor cu boli contagioase în stare gravă sau, în caz de necesitate, de izolare a lor cu scopuri antiepidemice;

- transportarea supravegheată a gravidelor, lăuzelor și copiilor născuți prematur din maternități către instituțiile înalt specializate;

- transportarea asistaților sociali nedeplasabili la cererea personalului medical, la instituțiile sanitare de profil spitalicesc, ș.a.

La elaborarea *strategiei de procurare* s-a ținut cont de un șir de particularități de dezvoltare a serviciului menționat la începutul noului mileniu. 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). Situația s-a creat în rezultatul degradării bazei tehnico-materiale a serviciului de urgență, care a avut loc la sfârșitul anilor '90. Lipsa ambulanțelor cauza o durată mare de așteptare a solicitanților, iar în unele teritorii solicitantul serviciului era

nevoit să asigure ambulanța cu combustibil. 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.

Este important de menționat că mecanismul propus nu prevedea doar remunerarea retrospectivă a prestatorilor. La baza contractării a fost pus și un volum anumit de servicii, pe care prestatorii urmau să-l ofere pentru a obține suma contractuală, calculat în baza normativului de solicitări la 1000 populație a teritoriului deservit.

Pentru *asistența medicală spitalicească*, strategia generală a prevăzut că ea se acordă persoanelor prin internare în spital în cazurile în care au fost excluse toate posibilitățile de acordare a asistenței medicale în condiții de ambulatoriu sau starea sănătății pacientului necesita a fi supravegheată în condiții de spital.

Tipurile prevăzute de spitalizare au fost:

a) integrală - formă de internare prin care se asigura asistența medicală curativă și de recuperare neîntreruptă, care putea fi de scurtă și de lungă durată;

b) parțială - formă de internare de zi sau aplicată în cazurile în care starea pacientului îi permitea să se afle în afara spitalului, cu excepția perioadei de investigații, tratament și recuperare, bolnavul revenind la spital zilnic, la indicația medicului curant.

Asistența medicală prin internare în spital reprezenta cazul rezolvat care, de regulă, urma să includă consultații și investigații pentru stabilirea diagnosticului, tratament medical sau chirurgical, îngrijire, medicamente, consumabile, materiale sanitare, cazare și alimentație, acordată în cazurile justificate din punct de vedere medical și în situațiile care aveau la bază următoarele criterii:

- diagnosticul stabilit în condiții de ambulatoriu indica o stare ce punea în pericol sănătatea și viața pacientului sau sănătatea publică;
- diagnosticul și/sau tratamentul putea fi făcut numai în condiții de spital;
- pacientul necesita tratament sub supravegherea personalului medical 24 din 24 de ore;
- pacientul necesita tratament de recuperare în perioada de rehabilitare după accident cerebrovascular acut, infarct miocardic, după intervenții chirurgicale pe cord și ortopedice după traumă, intervenții chirurgicale ortopedice complicate și de reconstrucție etc;

- diagnosticul maladiei cronice stabilit prezenta risc de invaliditate și necesita tratament de recuperare și reabilitare în condiții spitalicești.

În funcție de starea sănătății pacientului, asistența medicală spitalicească prin internare în spital putea fi urgentă sau programată.

Internarea urgentă în spital se efectua necondiționat în cazul în care neacordarea la timp a asistenței medicale în condiții de spital pune în pericol viața pacientului sau a celor din jur ori putea avea urmări grave pentru starea sănătății pacientului sau a sănătății publice. Constatarea urgenței în fiecare caz concret se efectua de către medicii specialiști, care examinau pacientul în secția de internare și apreciau starea pacientului.

Durata de internare în spital în fiecare caz concret a fost individuală și depindea de starea sănătății pacientului, de indicatorii ce caracterizau funcțiile vitale ale organismului și riscul epidemiologic. Decizia referitor la durata tratamentului se lua de către medicul curant sau consiliul medical, pe baza standardelor de tratament aprobate de Ministerul Sănătății.

Strategia de procurare. 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 drept 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.

Pentru implementarea mecanismului nou a fost necesară elaborarea metodologiei de formare a grupurilor de cazuri tratate și metodologiei de apreciere a costului serviciilor spitalicești.

Elaborarea metodologiei de formare a grupurilor de cazuri tratate pentru contractarea spitalelor în perioada de implementare a AOAM. 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. Evaluarea costului fiecărui caz tratat în parte nu putea fi realizată, fapt ce impunea formarea grupurilor de cazuri tratate cu achitarea unui tarif mediu. În acest context, a fost importantă aprecierea adecvată a nivelului de detalizare a principiilor de divizare a cazurilor tratate. La prima vedere, finanțarea ar trebui efectuată în bază de diagnostic, pentru că anume la acest nivel au fost elaborate standardele medico-economice, prin care se stabilea volumul de asistență medicală necesar tratamentului unui pacient cu

diagnoza respectivă. Deși tariful calculat conform principiului menționat ar fi adecvat cheltuielilor necesare efectuării cazului tratat, această metodă nu putea fi utilizată din cauza unui număr excesiv de mare de tarife ce se impuneau. În căutarea unei alte metodologii de divizare a cazurilor tratate, s-a mers la un compromis între dorința minimizării variațiilor costurilor patologiilor incluse în grup și imposibilitatea acceptării unui număr prea mare de grupuri, astfel încât el să fie neadecvat din punct de vedere al posibilităților sistemului de evidență.

Paralel cu aceasta, metodologia propusă trebuia să fie bazată pe aspectele istorice de formare a grupurilor de evidență a volumelor de activitate spitalicească, pentru a permite o trecere mai lentă la noile condiții de finanțare.

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.

Pentru început, el prevedea o divizare de ordin general în două grupuri de profiluri: terapeutice (cod 2-18) și chirurgicale (cod 28-50), după care urmau 29 profiluri neatribuite la vreun grup (cod 21-25 și 53-91), deși ele includeau profilurile de boli infecțioase, oncologice, pediatrie, profilurile terapeutice și chirurgicale specializate, profilurile de recuperare etc.

Grupurile menționate de profiluri, la rândul lor se formau din:

- a. profiluri la baza aprecierii cărora a fost pusă topologia organelor afectate (pulmonologie, gastrologie, urologie etc.);
- b. profiluri la baza cărora au fost puse particularitățile etiopatogenice ale patologiilor incluse în grup (traumatologie, alergologie, infecțioase etc.);
- c. profiluri la baza cărora a fost pus caracterul îngrijirilor medicale, ca rezultat al necesității corelării cu unele subdiviziuni structurale ale instituțiilor medicale (reanimare, Ro-terapie ș.a.).

Nomenclatorul menționat specifica 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 cele 69 de profiluri prevăzute în nomenclatorul unificat al profilurilor patului, a fost mărit numărul de grupuri ale cazurilor tratate prin 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.

Diversitatea profilurilor instituțiilor medicale spitalicești raionale în perioada de implementare a asigurărilor medicale obligatorii a fost reglementată prin Ordinul nr. 190 din 23.06.2003 al Ministerului Sănătății „Cu privire la instituirea structurii sistemului sănătății raionale/municipale”. Conform acestui ordin, a fost prevăzut că:

- Spitalele raionale din raioanele cu populație până la 90 de mii de locuitori vor acorda asistență medicală spitalicească pe 5 profiluri: terapeutic, chirurgical, obstetrical-ginecologic, pediatric și boli infecțioase;

- Spitalele raionale Cahul, Căușeni, Hâncești, Orhei, Ungheni, Soroca, Edineț, care au dispus de paturi specializate spitalicești de profil îngust supra normativelor stabilite la numărul de populație, vor putea presta serviciile respective populației din raioanele adiacente.

În instituțiile medicale spitalicești municipale și republicane, profilurile acceptate pentru contractare au fost cele real existente în spitalele respective la finele anului 2003. În spitalele municipale au fost contractate 37 de profiluri, iar în spitalele republicane – 59 de profiluri.

Deși mecanismul propus de divizare a grupurilor de cazuri tratate a sporit obiectivitatea relatării cazurilor la grup totuși și această divizare era preponderent bazată pe principii medicale și doar foarte puțin pe principii medico-economice. În pofida neajunsurilor menționate, considerăm că la momentul implementării asigurărilor medicale obligatorii, o altă modalitate de apreciere a grupurilor de cazuri tratate nu a fost argumentată. Din experiența altor țări, era bine cunoscut faptul că dorința de efectuare a unor schimbări peste măsură de radicale în cadrul reformei sistemelor de plată poate duce la insuccesul implementării lor [65; 309]. Pentru perioada de demarare a asigurărilor medicale obligatorii în Republica Moldova, radicală a fost însăși trecerea de la finanțare bugetară la finanțare pe caz tratat, iar implementarea unui model complex de divizare a grupurilor de cazuri tratate a fost la acel moment peste posibilitățile de adaptare ale sistemului de sănătate.

Analiza metodologiei de apreciere a costului serviciilor medicale spitalicești utilizate în perioada de implementare a asigurărilor medicale obligatorii. În perioada de pregătire către implementarea AOAM, o metodologie separată de calcul a costului cazului tratat nu exista, de aceea la baza estimării lui a fost pusă utilizarea metodologiei de stabilire a tarifelor pentru

prestarea serviciilor medico-sanitare, aprobate prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1128 din 28.08.2002.

Conform metodologiei date, a fost presupusă stabilirea tarifelor pentru fiecare instituție medico-sanitară publică aparte, modul de calculare a costurilor fiind bazat pe principiul acoperirii cheltuielilor real formate în instituțiile respective.

În staționar formarea costurilor a fost prevăzută în baza costului unei zile-pat, costului unei ore de operație, costului unei ore de anestezie și costului unui serviciu medical de examinare sau de investigare.

Pentru formarea costului serviciilor medicale au fost evaluate cheltuielile pentru retribuirea muncii, cheltuielile pentru medicamente și hrană, utilizarea (amortizarea) mijloacelor fixe, cheltuielile de regie și alte articole de bază. Cheltuielile de retribuire a muncii au fost determinate prin înmulțirea salariului mediu al unui lucrător (potrivit categoriei de calificare) cu numărul total al personalului, care trebuia fi determinat conform schemei de încadrare în baza normativelor de personal și statelor-tip de funcții, ținându-se cont de profilul, structura organizatorică, categoriile de personal implicat în prestarea serviciilor medico-sanitare și de normele de timp stabilite. Remunerarea muncii a inclus salariul de bază (plata pentru volumul de lucru executat conform normelor de timp) și salariul suplimentar (plata pentru gărziile de serviciu în zilele de sărbători, turele de noapte, pentru muncă intensivă, cu aplicarea noilor metode de lucru, concediale s.a.). Cheltuielile legate de defalcările pentru asigurările obligatorii sociale și asigurările obligatorii de asistență medicală au fost determinate în funcție de cheltuielile pentru retribuire și cotele stabilite conform legislației în vigoare.

Cheltuielile pentru medicamente, materialele de pansament, instrumentar medical, remedii medicale și consumabile trebuiau să fie calculate conform standardelor medicale elaborate de Ministerul Sănătății, iar cheltuielile pentru alimentația pacienților - conform normelor naturale de alimentație și prețurilor medii la produsele alimentare, obținute prin înmulțirea cuantumului lor cu DMS în secțiile respective ale staționarului.

În aprecierea sumei cheltuielilor necesare pentru inventarul moale și obiectele de mică valoare și scurtă durată, a fost prevăzută estimarea necesarului total cantitativ al acestui inventar. Însă noțiunea de „necesar” în multe cazuri a fost interpretată greșit de către instituțiile medicale.

În costul serviciilor medico-sanitare a fost, de asemenea, prevăzută includerea uzurii mijloacelor fixe, conform recomandărilor Standardelor Naționale de Contabilitate nr.2 și 3 și Instrucțiunii Ministerului Finanțelor nr. 85 din 9 octombrie 1996. Dar aici nu s-a ținut cont de faptul că aparatajul costisitor nu a fost procurat de către instituțiile medicale.

În suma cheltuielilor de regie au fost incluse toate cheltuielile gospodărești suportate de instituția medico-sanitară publică în procesul activității: cheltuielile pentru serviciile comunale, de telecomunicații, transport etc.

Deși a fost prevăzut ca metodologia expusă să fie aplicată la evaluarea tarifelor atât pentru serviciile prestate contra plată, cât și pentru contractare în cadrul asigurărilor medicale obligatorii (anexa nr. 2 la HG RM nr. 1128 din 28 august 2002 punctul 7), ea corespundea doar cerințelor pentru estimarea costurilor serviciilor oferite contra plată. Utilizarea acestei metodologii în aprecierea costului cazului tratat întâlnea un șir de dificultăți:

1. Formarea costului serviciilor spitalicești, în linii generale, se baza pe patru componente: costul zilei-pat (inclusiv costul alimentației), costul medicamentelor, costul operației și costul investigațiilor paraclinice. Această metodă era adecvată pentru serviciile contra plată, în cadrul cărora volumul de asistență medicală prestată trebuia individualizat. În cadrul asigurărilor medicale obligatorii însă o asemenea metodă nu putea fi utilizată, luând în considerație volumul mare de asistență preconizat pentru procurare. Evidența costului operației, medicamentelor și a paraclinicii pentru fiecare persoană asigurată care urma să fie spitalizată a fost atât imposibilă din punct de vedere tehnic, cât și neargumentată, pentru că asigurările medicale obligatorii se bazează pe principiul de solidaritate, făcând posibilă utilizarea tarifelor medii.

2. Metodologia elaborată a fost bazată pe cheltuielile real efectuate de instituțiile medicale, fără a ține cont de faptul că multe din ele au fost ineficiente.

3. Metodologia prevedea includerea în calcul a unor cheltuieli neprevăzute pentru a fi acoperite în cadrul asigurărilor medicale obligatorii.

În afară de dificultățile legate de procesul de calculare a costului cazului tratat, deschisă rămânea și întrebarea privind modalitatea de efectuare a plăților. În anii 2002-2003 unii experți au propus un șir de mecanisme conform cărora estimarea costului mediu al cazului tratat trebuia făcută pentru fiecare spital în parte, reieșind din faptul că multe din cheltuieli (mai ales cele de regie) difereau de la un spital la altul. Diferite erau dimensiunile și structurile spitalelor, dotarea cu cadre, consumurile și tarifele de regie etc. În baza celor menționate, individualizarea costului cazului tratat pentru fiecare spital părea a fi argumentată. Noi am fost oponenți ai acestor propuneri, explicând poziția prin următoarele:

1. Individualizarea costurilor pentru instituțiile medicale de același nivel nu putea fi admisă din cauza că ea prevedea acoperirea ineficienței spitalelor. Costul serviciilor depindea mult de activitatea spitalului pe perioada de evaluare, aducând la situații paradoxale, când cel mai mic cost urma să fie achitat pentru activitatea celor mai eficiente spitale.

2. Costul mediu al cazului tratat pe spital favoriza selectarea cazurilor pe profilurile cu cheltuieli reale minime, ceea ce nu putea rezolva problemele majore de sănătate a populației.

Ținând cont de cele expuse, a fost elaborat un mecanism conform căruia finanțarea instituțiilor medicale spitalicești urma să fie efectuată pe baza costurilor medii divizate pe profiluri, ele fiind unice pentru spitalele de același nivel.

3.3 Metodologia de contractare a prestatorilor de servicii medicale

Contractarea serviciilor medicale urmează a fi considerată drept una dintre cele mai esențiale schimbări în sistemul de finanțare a sănătății apărute odată cu implementarea AOAM.

Contractul de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală este un acord de voință prin care o parte numită „Prestator” se obligă să acorde persoanelor asigurate asistență medicală calificată, iar cealaltă parte numită „Asigurator” să achite costul acestor servicii în termenii prevăzuți în contract.

Contractul-tip de acordare a asistenței medicale a fost aprobat prin Hotărârea Guvernului RM nr. 1636 din 18.12.2002 și stabilește părțile contractuale, obiectul contractului, obligațiile părților, costul serviciilor, termenul și modul de achitare, responsabilitatea părților, procedura de încheiere a contractului, modificarea, încetarea și rezilierea contractului, precum și alte condiții.

Obiectul contractului îl constituie acordarea asistenței medicale de către prestator persoanelor din sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, în volumul și de calitatea prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Conform prevederilor contractului prestatorul se obligă:

- să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și anexele respective ale contractului;
- să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență;
- să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând formele cele mai economice și eficiente de diagnostic și tratament;
- să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocoalelor clinice aprobate de Ministerul Sănătății;
- să informeze persoanele despre drepturile pe care le au, inclusiv despre volumul, modul și condițiile de acordare a serviciilor medicale prevăzute în Programul unic;
- să asigure confidențialitatea informației cu privire la starea sănătății persoanei, cu excepția cazurilor prevăzute de lege;
- să țină evidența și să completeze corect și la timp registrul persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând CNAM dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat;

- să prezinte CNAM, la finele fiecărui trimestru, facturi de modelul stabilit pentru achitarea serviciilor medicale prestate;
- să acopere, din contul mijloacelor financiare obținute, conform contractului cu CNAM, doar cheltuielile prevăzute de legislație;
- să prezinte materialele și să creeze condițiile necesare în vederea efectuării controlului din partea companiei asupra volumului și modului de acordare a asistenței medicale, precum și gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM, în limita volumelor de servicii medicale contractate.

Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate CNAM prin prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a documentelor de plată cu indicarea pentru achitare a serviciilor care de fapt nu au fost acordate sau nu trebuiau să fie achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală, în conformitate cu Programul unic, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile când serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării.

În cazul confirmării refuzului de acordare a asistenței medicale persoanei asigurate, prestatorul urmează să achite CNAM o penalitate de 10% din valoarea estimată a serviciilor medicale ce trebuiau fi acordate.

CNAM se obligă:

- să transfere prestatorului mijloacele financiare, în conformitate cu facturile prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor, în temeiul și în limitele prevederilor contractului;
- să verifice corespunderea cu clauzele contractului a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor contractate.

Compania decontează serviciile acordate trimestrial, conform dărilor de seamă, dar nu mai mult de volumul prevăzut în contract și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată.

În cazul neachitării în termenii stabiliți a serviciilor medicale acordate de către prestator, CNAM va achita o penalitate în mărime de 0,01% din suma restantă pentru fiecare zi de întârziere.

În limita mijloacelor financiare disponibile, CNAM efectuează lunar până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până la 80% din 1/12 parte din suma contractuală anuală. Costul serviciilor medicale acordate în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență

medicală se stabilește în baza tarifelor aprobate de Ministerul Sănătății în modul stabilit de legislație.

Volumul anual de servicii medicale achitat din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală poate fi revăzut în partea majorării sau micșorării lui în dependență de activitatea prestatorului și a posibilităților financiare ale CNAM.

Contractul de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală este alcătuit din două părți:

1. Partea descriptivă care stipulează aspectele juridice de interacțiune între cumpărătorul și prestatorul serviciilor medicale;

2. Anexe – în care se stipulează volumul contractat de servicii medicale.

Pentru perioada de implementare a AOAM au fost elaborate 5 tipuri de anexe, reieșind din faptul că fiecare tip de asistență medicală (4 pentru perioada menționată) își are specificul său de contractare și, respectiv, trebuie să dețină anexă proprie. De asemenea, a fost prevăzută o anexă „Condiții speciale”, în care descriptiv puteau fi menționate unele condiții specifice asupra cărora au convenit părțile contractante.

În scopul monitorizării îndeplinirii contractelor a fost elaborată schema circuitului informațional, care la acel moment a fost posibilă numai pe suport de hârtie. A fost elaborată documentația primară de monitorizare a volumului de asistență medicală prestată și mecanismele de generalizare ulterioară a acestor date.

Unitatea de evaluare a volumului de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească a fost „solicitarea”, prin care se subînțelegeau atât cazurile de acordare a asistenței medicale de urgență la locul solicitării, cât și transportările pacienților asistate medical.

Pentru monitorizarea volumului de asistență medicală prestată, în calitate de documentație primară de evidență a fost elaborat „Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească” (Formularul 1-01/r).

Faptul că pentru asistența medicală primară mecanismul de plată a fost „per capita”, a impus deținerea unui registru de evidență a persoanelor înregistrate la medicul de familie. Ținând cont că MS a avut un document similar – „Registrul de evidență a sănătății populației (date generale) (Formularul 166/c), acesta a fost doar modificat prin introducerea evidenței statutului persoanei și a poliței de asigurare emise de CNAM.

Paralel cu aceasta, pentru AMP, în calitate de documentație primară de evidență a volumului prestat de asistență a fost elaborat „Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență medicală primară” (Formularul 1-02/r). Fiecare medic de familie a completat un registru separat, în care se monitoriza fiecare vizită.

Pentru asistența medicală specializată de ambulatoriu, unitatea de evaluare a volumului de asistență medicală a fost „vizita consultativă” prestată de medicul specialist de profil.

Pentru evidența primară a acestor vizite a fost elaborat „Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență medicală specializată de ambulatoriu” (Formularul 1-03/r). Fiecare medic specialist de profil a completat un registru separat.

Pentru evidența volumului efectuat de asistență medicală spitalicească a fost elaborat „Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență medicală spitalicească (Formularul 1-04/r). Registrul în cauză a fost întocmit separat în toate subdiviziunile instituției medicale spitalicești, care a completat fișa statistică a persoanelor externate din staționar (Formularul 066).

Prima etapă de generalizare a datelor documentației primare a fost prevăzută a fi efectuată la nivelul prestatorilor de servicii medicale. În acest scop, au fost elaborate o serie de centralizatoare și dări de seamă, astfel:

Totalizările lunare ale Registrului persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească (Formularul 1-01/r) se introduceau în „Centralizatorul registrelor instituției medico-sanitare (asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească)” (Formularul 1-05/r).

În baza Centralizatorului registrelor instituției medico-sanitare (asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească), prestatorul întocmea lunar „Darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească” (Formularul 1-08/d).

Totalizările lunare pe Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență medicală primară (Formularul 1-02/r) se introduceau în „Centralizatorul registrelor instituției medico-sanitare (asistență medicală primară)” (Formularul 1-06/c). În baza acestui centralizator prestatorul întocmea lunar „Darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală primară” (Formularul 1-09/d).

Totalizările lunare pe Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență medicală specializată de ambulatoriu (Formularul 1-03/r) se introduceau în „Centralizatorul registrelor instituției medico-sanitare (asistență medicală specializată de ambulatoriu)” (Formularul 1-07/c). În baza acestui centralizator, prestatorul întocmea lunar „Darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală specializată de ambulatoriu” (Formularul 1-10/d).

Totalizările lunare pe Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență medicală spitalicească (Formularul 1-04/r) se introduceau în „Centralizatorul registrelor instituției medico-sanitare (asistență medicală spitalicească)” (Formularul 1-07/c). În baza

centralizatorului respectiv prestatorul întocmea lunar darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală spitalicească (Formularul 1-11/d).

Mecanismul prevedea că prestatorul urma să totalizeze lunar datele din Dărilor de seamă despre volumul acordat de asistență medicală (pe tipuri de asistență medicală) și pe baza lor să perfecteze „Factura pentru achitarea costului serviciilor medico-sanitare” (Formularul 1-12/f), care era prezentată împreună cu Dărilor de seamă Agenției Teritoriale a CNAM.

AT sistematiza datele primite de la prestatorii de servicii medicale (Factura 1-12/f, Formularele 1-08/d, 1-09/d, 1-10/d, 1-11/d) și, în urma verificării documentelor primite, întocmea „Darea de seamă pentru finanțarea serviciilor medico-sanitare” (Formularul 2-01/d).

Dărilor de seamă menționate și facturile se prezentau la Oficiul Central al CNAM pentru achitare.

Particularitățile primei contractări a serviciilor medicale în cadrul AOAM.

Asistența medicală primară se acorda:

- a) în raioane și municipiul Bălți - în cadrul centrelor medicilor de familie, centrelor de sănătate și oficiilor medicilor de familie;
- b) în municipiul Chișinău - în Asociațiile Medicale Teritoriale.

Însă dintre prestatorii menționați, personalitate juridică aveau doar asociațiile medicale teritoriale și centrul medicilor de familie din municipiul Bălți. Cu ei au fost încheiate contracte separate pentru prestarea AMP. Structurile raionale prestatoare de asistență medicală primară nu aveau personalitate juridică, ele fiind parte componentă a spitalului raional. Pentru aceste structuri volumele contractuale pe AMP au fost specificate în una dintre anexele contractelor încheiate cu spitalele respective.

La contractarea asistenței medicale primare, suma contractuală a fost calculată reieșind din numărul persoanelor asigurate, înscrise pe lista medicilor de familie în Registrul 166-e. Suma contractuală totală pentru asistența medicală primară în anul 2004 a constituit 239 399,5 mii lei.

Asistența medicală specializată de ambulatoriu se acorda de către medicii specialiști de profil în cadrul secțiilor consultative ale spitalelor raionale (foste județene și sectoriale), asociațiilor medicale teritoriale, dispensarelor municipale și republicane, centrelor consultativ-diagnostice republicane.

Acest tip de asistență medicală pentru anul 2004 a fost contract după metoda „per capita”. Ținând cont de specificul structurii asistenței medicale specializate de ambulatoriu din țară, în finanțarea acesteia au fost prevăzute tarife diferite „per capita” pentru instituțiile municipale și cele raionale. La rândul lor tarifele municipale au fost divizate în două grupuri:

- pentru instituțiile medico-sanitare din mun. Chișinău – tariful nu prevedea acoperirea volumelor de asistență medicală prestată de instituțiile medico-sanitare finanțate pe buget global (secții ambulatorice de traumatologie și ortopedie, dispensarul municipal dermatovenerologic);

- pentru instituțiile medico-sanitare mun. Bălți – tarif municipal integru.

Suma contractuală totală pentru asistența medicală specializată de ambulatoriu în anul 2004 a constituit 28 994,3 mii lei.

Asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească a fost contractată în cadrul a 5 instituții: Spitalul Clinic Municipal de Urgență din mun. Chișinău și 4 Stații Zonale de AMU, respectiv: Nord, Centru, Sud și UTA Găgăuzia. Este de menționat faptul că în urma centralizării serviciului de urgență prespitalicească fostele stații raionale și sectoriale au devenit substații ale Stațiilor Zonale. Ele nu aveau personalitate juridică și, prin urmare, nu puteau fi contractate separat de CNAM.

La contractarea asistenței medicale de urgență la etapa prespitalicească, volumul de asistență medicală a fost calculat reieșind din normativul de 200 de solicitări la 1000 populație a teritoriului deservit.

Tarifele la serviciile medicale au fost stabilite conform Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 1128 din 28 august 2002 “Despre aprobarea Regulamentului cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare și Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare”, cu modificările ulterioare efectuate prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1235 din 14 octombrie 2003.

Suma contractuală totală pentru asistența medicală de urgență la etapa prespitalicească în anul 2004 a constituit 99 578,7 mii. lei. Pentru persoanele asigurate au fost programate 639 456 solicitări. Au fost efectuate 651 895 solicitări, ceea ce a constituit nivelul de 215,8 solicitări la 1000 de persoane asigurate. Rezultatul implementării sistemului nou de plată în vederea sporirii accesibilității la serviciile de urgență la etapa prespitalicească este prezentat în figura 3.3.

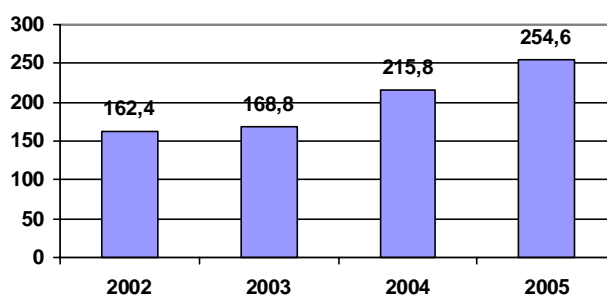


Fig. 3.3. Nivelul solicitărilor (%) deservite în cadrul asistenței medicale de urgență la etapa prespitalicească.

Asistența medicală spitalicească se acorda în spitalele: republicane, municipale, raionale și departamentale. La baza estimării contractelor a fost pus numărul de cazuri tratate pentru fiecare profil de activitate spitalicească și costul mediu al cazului tratat pe profilul respectiv.

Numărul de cazuri tratate contractate pentru fiecare profil a fost calculat în baza mediei de cazuri tratate real, efectuate pe profilul respectiv pe parcursul ultimilor 3 ani, relatate la numărul populației asigurate.

La 1 ianuarie 2004 au fost contractate: în spitale raionale 199 019 cazuri tratate (120 895 - cazuri în fostele spitale sectoriale și 78 124 - în fostele spitale județene), în spitalele municipale 107 551 cazuri tratate și în spitalele republicane 102 963 cazuri tratate.

Costul mediu al cazului tratat pe profil a fost calculat în baza costului unei zile de spitalizare pe profil și al duratei medii de spitalizare pe profilul respectiv.

Costul zilei de spitalizare pentru fiecare profil a fost calculat conform metodologiei aprobate prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova Nr. 1128 din 28.08.2002 „Despre aprobarea Regulamentului cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare și Metodologiei stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare”.

Conform duratei de spitalizare, profilurile au fost împărțite în profiluri de scurtă durată de spitalizare și de lungă durată de spitalizare (ftiziatrie, psihiatrie și narcologie).

Tarifele pe profilurile de scurtă durată de spitalizare au fost calculate reieșind din DMS, formată pe profilurile respective, corectată pentru respectarea normativului prevăzut în Programul Unic, care constituia 8 zile de spitalizare pentru un caz mediu pe republică.

Pentru aprecierea tarifelor la profilurile cu DMS de lungă durată, a fost luată în calcul durata medie de spitalizare real formată pe profilurile respective în anul 2002.

Tarifele calculate au fost diferențiate pe nivel de instituție spitalicească: raionale, municipale și republicane. Pentru cazurile tratate pe același profil în instituțiile de același nivel se plătea același tarif. În cadrul contractării, tarifele puteau fi negociate, dar fără a depăși tarifele aprobate de Ministerul Sănătății.

Suma contractului pe fiecare profil a fost calculată reieșind din numărul de cazuri contractate și costul unui caz tratat. Suma totală a contractului pentru prestarea asistenței medicale spitalicești a fost calculată prin adunarea sumelor contractuale pe toate profilurile contractate. Suma contractuală totală pentru asistența medicală spitalicească în anul 2004 a constituit 545 924,9 mii lei.

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% (figura 3.4.). Aceasta ne permite să concluzionăm că scopul de sporire al

accesibilității la serviciile spitalicești prin intermediul stimulentei mecanismului de plată propus a fost atins.

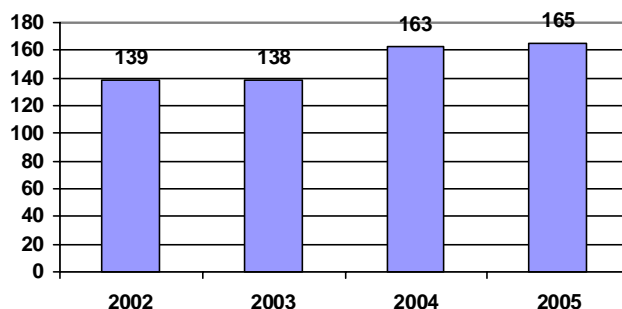


Fig. 3.4. Nivelul spitalizărilor (%) persoane asigurate în cadrul AMS.

Rezultatele prezentate în figurile 3.3 și 3.4 au confirmat ipoteza că în condițiile reale din Republica Moldova sporirea accesului la serviciile medicale de asistență medicală de urgență la etapa prespitalicească și asistență medicală spitalicească poate fi atinsă prin implementarea formelor de plată per serviciu: per solicitare în cazul AMU și respectiv per caz tratat în cazul AMS.

3.4 Concluzii la capitolul 3

1. Implementarea AOAM a determinat necesitatea inițierii în Republica Moldova a pieței serviciilor medicale și a condiționat elaborarea conceptelor de procurare și contractare a 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 plată fără a compromite implementarea AOAM.

3. Sistemul de plată propus a permis ameliorarea accesibilității persoanelor asigurate la serviciile medicale din AMU și AMS. Astfel, în AMU numărul solicitărilor a crescut cu 56,8%, iar în AMS numărul Cazurilor Tratate a crescut cu 18,7%.

4. 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 CONTRACTAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRESPITALICEȘTI

Serviciile nespitalicești contractate în perioada de implementare a AOAM au fost cele prestate în cadrul: AMP, AMSA și AMU. Pentru AMP și AMSA plata utilizată a fost „per capita”, iar pentru AMU – „per serviciu”. În capitolul precedent noi am demonstrat că aceste forme de plată au fost optime pentru perioada de implementare a AOAM, dar odată cu depășirea acestei perioade, exigențele politicilor de sănătate în domeniu s-au ridicat la un nivel nou și aceasta a impus analiza corespunderii metodelor utilizate de plată noilor cerințe. Printre acestea urmează a fi menționate:

- îmbunătățirea accesului la serviciile medicale;
- îmbunătățirea calității serviciilor și asigurarea continuității lor;
- creșterea satisfacției pacienților și a prestatorilor;
- creșterea cost-eficienței serviciilor prestate.

4.1. Analiza impactului utilizării metodei de plată "per capita" în calitate de metodă de bază pentru contractarea asistenței medicale primare

Selectarea metodei de plată per capita în calitate de metodă de bază pentru finanțarea asistenței medicale primare a fost bazată pe mai mulți factori, unii dintre care, conform experienței internaționale, țineau de stimulentele pozitive pe care această metodă le inducea. Printre acești factori au fost: îmbunătățirea relației medic - pacient, ceea ce creează premise pentru o mai bună cunoaștere a necesităților de sănătate ale persoanelor arondate și încurajarea medicului să folosească măsuri preventive, acestea fiind mai puțin costisitoare în comparație cu tratamentul cazurilor de boală.

Ținând cont de faptul că îmbunătățirea sistemului de finanțare, de obicei, se face prin înlăturarea dezavantajelor mecanismelor utilizate de plată, prin metoda unității dintre analiză și sinteză, au fost stabilite posibilele influențe negative ale finanțării per capita, printre care:

- sporirea neargumentată a numărului de persoane înscrise pe lista medicului de familie, ceea ce deseori duce la scăderea accesibilității și calității serviciilor;
- lipsa de influență asupra productivității instituțiilor primare;
- inechitate privind acoperirea volumelor prestate de asistență medicală.

După finalizarea perioadei de implementare a AOAM, au devenit actuale cercetările care ar răspunde la întrebarea în ce măsură aceste stimulente pozitive și negative s-au manifestat în condițiile reale din Republica Moldova. În acest scop 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.

2. Valoarea avantajului metodei per capita privind încurajarea medicului să folosească măsuri preventive a fost cercetată prin studierea ponderii vizitelor cu scop profilactic.

3. 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).

4. Pentru a verifica lipsa influenței plății per capita, asupra productivității instituțiilor de asistență medicală primară, a fost cercetată dinamica numărului de vizite prestate atât la nivel de asistență medicală, cât și la nivel de teritoriu.

5. Inechitatea plății per capita privind acoperirea volumelor acordate de asistență medicală a fost cercetată prin stabilirea diferenței costurilor medii al unei vizite prestate 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”. Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelul 4.1.

Tabelul 4.1. Ponderea persoanelor care nu și-au schimbat medicul de familie

Anul	2010	2011	2012
Persoane înregistrate la medicul de familie	3 185 860	3 294 157	3 346 109
Persoane care și-au schimbat medicul de familie	191 624	151 256	147 229
Ponderea persoanelor care nu și-au schimbat medicul de familie	94%	95,4%	95,6%

Datele din acest tabel demonstrează faptul că în Republica Moldova metoda de bază de finanțare a asistenței medicale primare stimulează îmbunătățirea relației medic - pacient prin încurajarea medicilor de a dezvolta relații de lungă durată cu persoanele înscrise pe listele lor.

Conform datelor din tabel, în perioada cercetată peste 95% din persoane nu și-au schimbat medicul de familie. Este important de menționat că pentru studiu au fost selectați anii din perioada de după finalizarea înregistrării primare la medicul de familie, ceea ce a reflectat doar opțiunea persoanelor pentru schimbarea medicului de familie.

2. Pentru a vedea cum, în condițiile autohtone, metoda de plată per capita a influențat medicul să folosească măsurile preventive, s-a recurs la studierea ponderii vizitelor cu scop profilactic. Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelul 4.2.

Tabelul 4.2. Ponderea vizitelor cu scop profilactic

Anul	2005	2006	2007	2008	2009
Ponderea vizitelor cu scop profilactic	31,1%	29,0%	28,2%	29,1%	27,5%

Cifrele din tabel demonstrează 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 metode de plată.

3. Rezultatele studiului privind numărul persoanelor înregistrate la medicul de familie conform Registrului 166-e al MS pe parcursul anilor 2004-2006 sunt prezentate în tabelul 4.3.

Tabelul 4.3. Dinamica numărului de persoane înregistrate în AMP

Anul	2004	2005	2006
Persoane înregistrate	3 417 200	3 621 300	3 755 700

Conform datelor din tabel se observă 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.

4. Un alt aspect al cercetării l-a constituit analiza influenței metodei per capita asupra “productivității” instituțiilor medicale primare. În majoritatea țărilor, drept „produs” de activitate a prestatorilor de asistență medicală primară este considerată vizita la medicul de familie. În unele țări, spectrul produselor este mai larg, el suplimentar incluzând investigațiile incluse în coșul de garanții, cazurile de boală finalizate în tratament la nivel de asistență primară s.a. Acestea însă necesită sisteme sofisticate de evidență, din care cauză nu pot fi pe larg utilizate în țările cu cheltuieli modeste pentru sănătate.

Pentru studierea impactului metodei per capita asupra productivității instituțiilor medicale, prin metoda observației statistice a fost efectuată o serie de studii, perioada cercetării cuprinzând anii 2005-2010:

- A fost cercetată dinamica numărului total de vizite prestate în asistența medicală primară, cu scopul urmăririi influenței metodei de plată asupra productivității instituțiilor primare în aspect cantitativ.

- A fost cercetată dinamica ponderii vizitelor cu scop profilactic, pentru a urmări influența metodei de plată asupra productivității instituțiilor primare în aspect calitativ.

- A fost cercetat numărul mediu de vizite la o persoană înscrisă pe listă, cu analiza dinamicii lui atât la nivel de asistență medicală, cât și la nivel de teritoriu.

Rezultate obținute:

Rezultatele cercetării la nivel de asistență medicală sunt prezentate în tabelul 4.4.

Tabelul 4.4. 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.

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 [40].

Pentru comoditatea interpretării rezultatelor, acestea au fost împărțite în 4 loturi. Lotul 1 a cuprins instituțiile medicale situate în zonele urbane: mun. Chișinău (inclusiv CS din suburbii, fiind similar accesul populației din teritoriile respective la alte tipuri de asistență medicală) și mun. Bălți. Acest lot a cuprins 2 teritorii, în care pe parcursul anului 2010 au activat 27 IMS

(numărul de instituții din teritoriu este prezentat pentru anul 2010, deoarece pe parcursul anilor incluși în studiu el a suferit schimbări în urma apariției unor noi instituții autonome, departamentale și private). Lotul 2 a cuprins instituțiile medicale situate în zona rurală din Nordul republicii - 11 teritorii, în care au activat 22 IMS. Lotul 3 a inclus instituțiile medicale situate în zona rurală din Centrul republicii - 13 teritorii, cu 29 IMS. Lotul 4 a cuprins instituțiile medicale situate în zona rurală din Sudul republicii - 11 teritorii, în care au activat 17 IMS.

Rezultatele studiului au arătat următoarele:

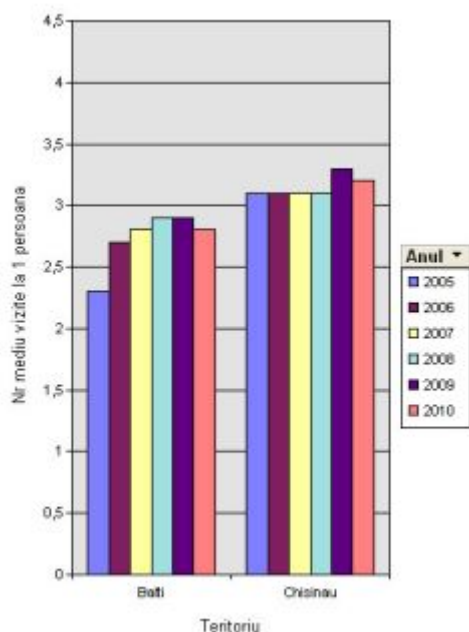


Fig. 4.1. Dinamica numărului mediu de vizite pentru o persoană în lotul teritoriilor urbane.

În lotul 1. Pentru instituțiile medicale din mun. Chișinău se observă o productivitate stabilă în diapazonul 3,1-3,3 vizite pentru o persoană pe an. În instituțiile medicale din municipiul Bălți a avut loc o creștere a productivității de la 2,5 la 2,9 vizite pentru o persoană pe an. În ambele cazuri vedem diminuarea productivității în 2010 în comparație cu 2009 (figura 4.1.).

Pentru instituțiile incluse în cel de-al doilea lot, în figura 4.2., putem observa că:

- A avut loc o creștere continuă sau tendință generală spre creștere a productivității în cadrul a 4 teritorii (Drochia 2,2-3,3; Sîngerei 2,2-2,7; Ocnița 2,8 – 3,4; Rîșcani 2,8-3,6);
- A avut loc o descreștere a productivității în cadrul a 4 teritorii (Briceni 3,3-2,7; Edineț 3-2,3; Glodeni 3,6-3; Soroca 3,2-2,4);

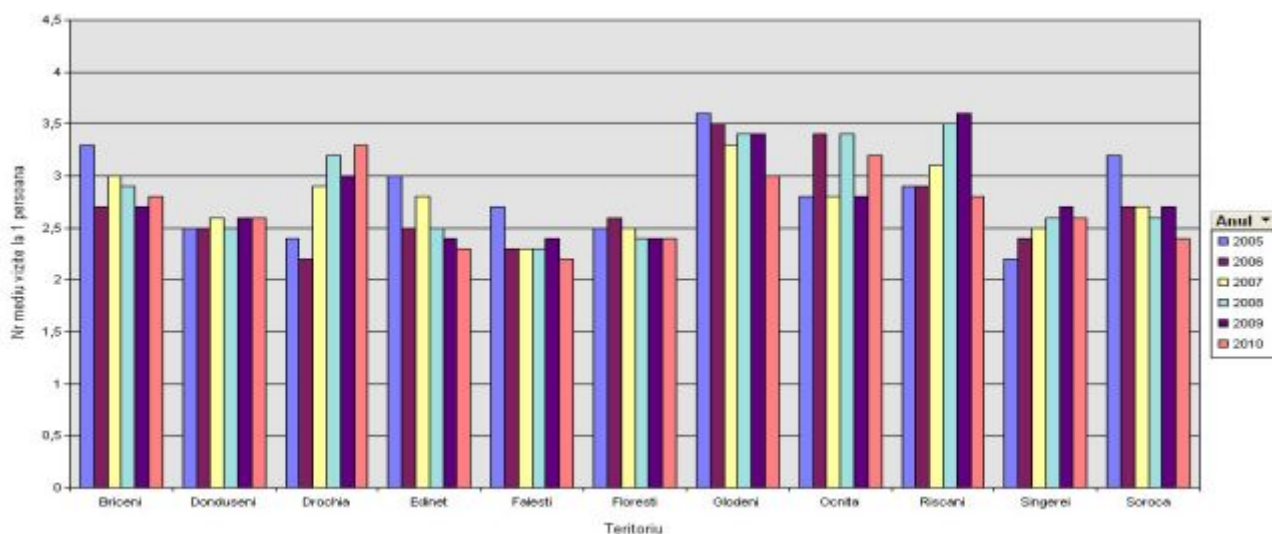


Fig. 4.2. Dinamica numărului mediu de vizite pentru o persoană în lotul teritoriilor rurale din Nordul republicii.

- Productivitatea a fost relativ stabilă sau variațiile ei nu au avut tendințe bine definite în cadrul a 3 teritorii (Dondușeni; Fălești; Florești).

Menționăm faptul că, pentru teritoriile cu productivitate relativ stabilă, a fost caracteristic un nivel mai mic al indicatorului decât pentru majoritatea teritoriilor în care au avut loc creșteri sau descreșteri esențiale ale indicatorului specificat.

În lotul 3. Deși pentru 11 din 13 teritorii ale acestui lot (excepție Hîncești și Ungheni) variațiile succesive de creștere – descreștere, în limita aceluiași teritoriu, nu sunt mari și putem vorbi despre o productivitate în interiorul teritoriului relativ stabilă, la comparare între teritoriile incluse în lot observăm că productivitatea a fost vădit diferită – de la 1,5 la Hîncești, la 4,2 la Ungheni (figura 4.3).

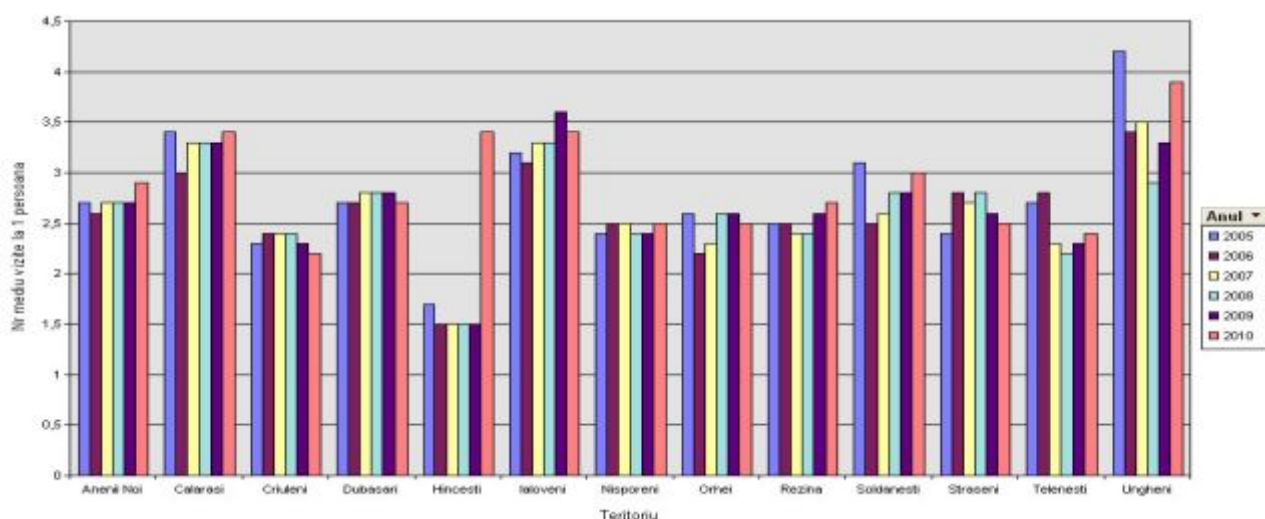


Fig. 4.3. Dinamica numărului mediu de vizite pentru o persoană în lotul teritoriilor rurale din Centrul republicii.

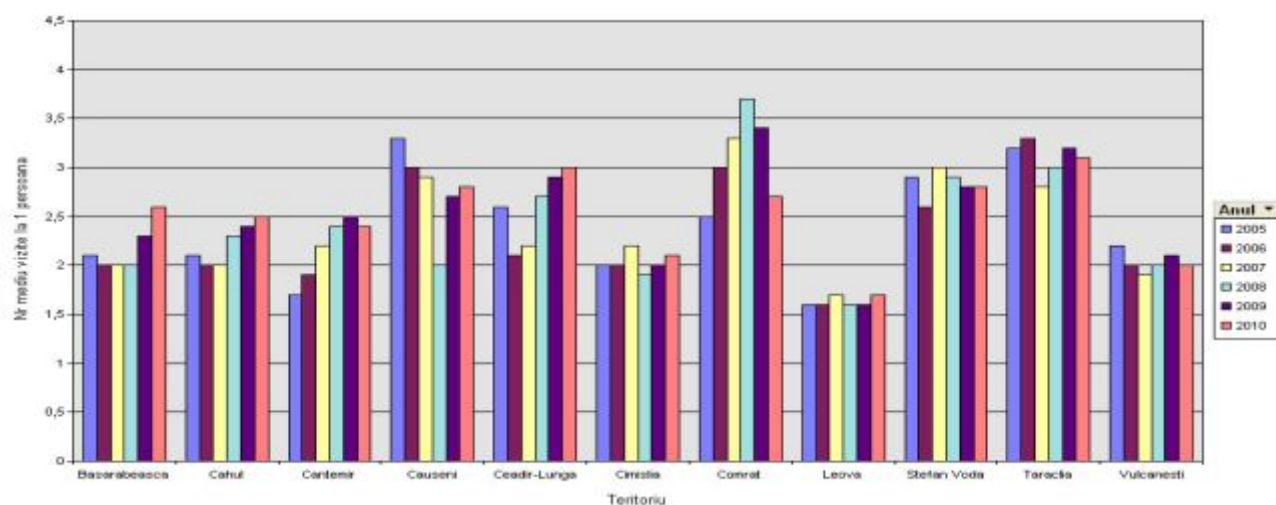


Fig.4.4. Dinamica numărului mediu de vizite pentru o persoană în lotul teritoriilor rurale din Sudul republicii.

În lotul 4 a avut loc o creștere continuă sau tendință generală spre creștere în cadrul a 4 teritorii (Basarabeasca 2-2,6; Cahul 2-2,5; Cantemir 1,7-2,5; Ceadâr-Lunga 2,1-3). Fenomenul de descreștere se observă doar în Căușeni, iar în 6 teritorii (Cimișlia; Comrat; Leova; Ștefan-Vodă; Taraclia; Vulcănești) productivitatea a fost relativ stabilă sau variațiile ei nu au avut tendințe bine definite (figura 4.4.).

Studiul privind influența metodei per capita asupra productivității instituțiilor medicale primare a arătat că:

- Cu toate că s-a lărgit pachetul de servicii medicale primare și s-a majorat considerabil volumul 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.

- Ponderea vizitelor cu scop profilactic a cunoscut o descreștere de la 31,1% în 2005 până la 27,5% în 2009.

- 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.

5. Inechitatea metodei per capita privind acoperirea volumelor acordate de asistență medicală a fost cercetată prin stabilirea diferenței în costurile medii estimative ale unei vizite prestate în diferite instituții primare. Studiul a fost integral și a cuprins toți prestatorii de AMP pentru perioada anului 2011. Rezultatele studiului sunt prezentate în figura 4.5.

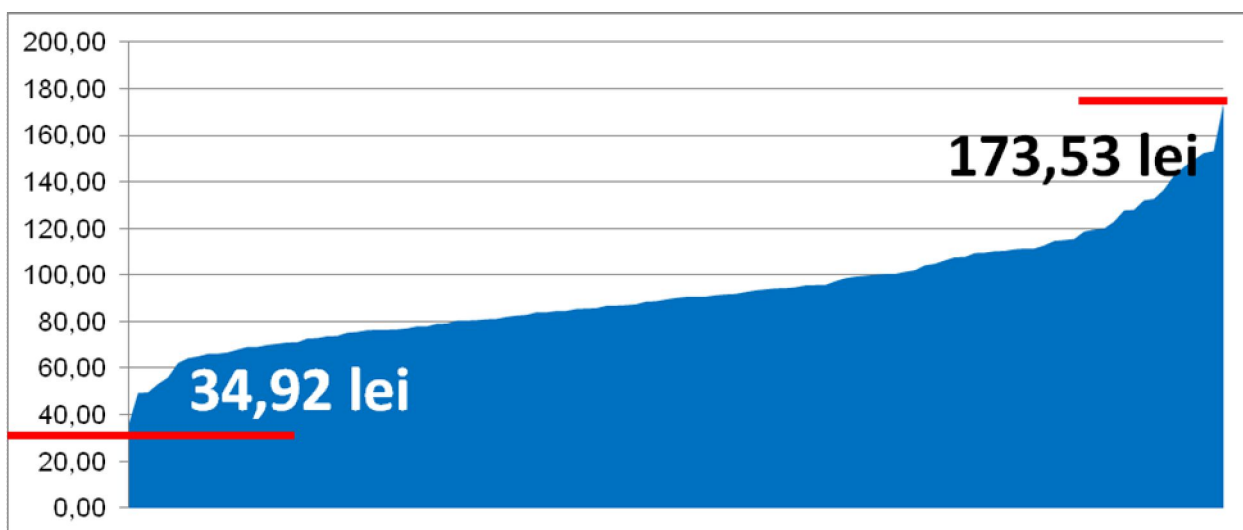


Fig. 4.5. Plaja costurilor medii estimative ale unei vizite prestate în instituțiile primare.

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 4,4 ori, 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.

4.2. Optimizarea sistemului de finanțare a asistenței medicale primare 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 [42]

Unul din aspectele esențiale ale utilizării cu succes ale 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. În aceste condiții o importanță majoră capătă problema aprecierii veridice a numărului de persoane înregistrate în instituția medico-sanitară primară.

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. În consecință, aceste tendințe au

făcut neargumentată utilizarea Registrului 166-e pentru estimările de finanțare a instituțiilor medicale primare.

Din aceste considerente, începând cu anul 2007, CNAM 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 din teritoriu în cazul în care acesta era deservit de mai multe instituții medicale primare.

Cele menționate au impus căutarea unor noi soluții pentru estimarea numărului de persoane înregistrate. Astfel, la începutul anului 2008 au fost elaborate principiile unui nou model de înregistrare a persoanelor în instituțiile medico-sanitare primare, care a permis excluderea dublărilor în înregistrări. Procesul de înregistrare a populației conform modelului propus este continuu și este utilizat până în prezent.

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

Pentru a fi înregistrată în instituția medico-sanitară, persoana urmează să completeze „Cererea de înregistrare în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală” și să o prezinte medicului de familie. Medicul de familie verifică corectitudinea completării cererii și o prezintă persoanei responsabile din cadrul instituției medico-sanitare, care organizează introducerea datelor despre persoană în sistemul informațional.

În afară de înregistrarea primară au fost făcute un șir de propuneri privind schimbarea instituției medico-sanitare. Aceasta a fost permisă o dată pe an pe parcursul lunilor septembrie – octombrie, cu excepția cazurilor în care persoanele și-au stabilit locul de trai în altă localitate.

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.

Astfel, către mijlocul anului 2008, pregătirile privind demararea procesului de înregistrare a populației în instituțiile medico-sanitare primare au fost finalizate, iar instrucțiunea care reglementa această înregistrare a fost aprobată prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și CNAM nr. 316/138-A din 04.08.2008. Ulterior a început înregistrarea propriu-zisă a populației în instituțiile medico-sanitare primare. Către finele anului 2008, în baza de date au fost înregistrate 1 735 073 de persoane, ceea ce a însemnat o reușită semnificativă a procesului de înregistrare, ținând cont de faptul că numărul menționat de înregistrări a fost efectuat doar pe parcursul a 4 luni.

Înregistrarea a scos la iveală un tablou demografic diferit de cel preluat de la Biroul Național de Statistică, permițând stabilirea persoanelor afiliate nu la nivel de teritoriu, ci la nivel de prestator. Suplimentar, a devenit posibilă aprecierea veridică a numărului de persoane asigurate, acesta fiind un punct-cheie pentru estimarea corectă a volumelor contractuale. Cu toate acestea, posibilitatea utilizării bazei de date pentru contractarea asistenței medicale primare în anul 2009 a fost pusă sub semnul întrebării, deoarece înregistrarea totală a persoanelor pe parcursul a doar 4 luni fizic nu a fost posibilă.

Pentru soluționarea acestei probleme a fost propus ca la estimarea sumelor alocate „per capita” în cadrul AMP să fie efectuată o trecere treptată de la finanțarea pentru numărul estimativ de persoane la finanțarea pentru numărul de persoane înregistrate în baza de date. Această trecere a fost efectuată în modul următor:

- Populația estimativă (asigurată și neasigurată) a fost calculată trimestrial și a fost compusă din populația prezentă în teritoriul deservit (în baza datelor BNS, ajustată conform cotei prognozate pe anul 2009) și excedentul persoanelor (asigurate și neasigurate), în cazul în care populația înregistrată în baza de date a depășit populația estimativă formată pe datele BNS.

- Sumele anuale destinate finanțării „per capita” pentru persoanele asigurate și neasigurate au fost divizate în 4 părți egale, ele devenind sume trimestriale destinate finanțării „per capita”.
- Pentru trimestrul I - suma trimestrială destinată finanțării „per capita” a fost distribuită conform numărului populației estimative.
- Pentru trimestrul II - 75 % din suma trimestrială destinată finanțării „per capita” a fost distribuită conform numărului populației estimative, iar 25% conform Bazei de date.
- Pentru trimestrul III - 50 % din suma trimestrială destinată finanțării „per capita” a fost distribuită conform numărului populației estimative, iar 50% conform Bazei de date.
- Pentru trimestrul IV - 25 % din suma trimestrială destinată finanțării „per capita” a fost distribuită conform numărului populației estimative, iar 75% conform Bazei de date.

Trecerea treptată de la finanțare pentru numărul estimativ de persoane la finanțare pentru numărul de persoane înregistrate în baza de date a permis acomodarea treptată la noile condiții de contractare și, în cele din urmă, a constituit soluția pentru neadmiterea falimentării instituțiilor medico-sanitare „cu probleme” privind numărul de persoane deservite, în caz că schimbările în finanțare ar fi depășit posibilitățile de acomodare la ele.

Pentru a studia impactul implementării noului mecanism de înregistrare la medicul de familie, a fost repetat studiul dinamicii numărului de persoane înregistrate în asistența medicală primară, acesta fiind extins pe două perioade: 2004-2006 (estimarea numărului de persoane se efectua după Registrul 166) și 2009-2011 (a fost implementată înregistrarea electronică a persoanelor). Rezultatele studiului sunt prezentate în figura 4.6

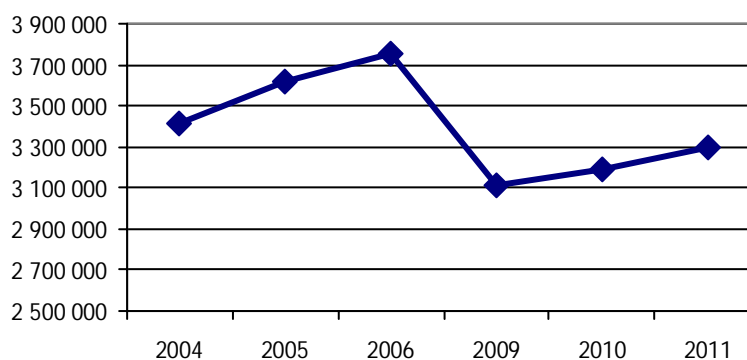


Fig. 4.6. Dinamica numărului de persoane înregistrate în asistența medicală primară până și după implementarea sistemului informațional.

Diagrama denotă un tablou considerabil diferit al numărului persoanelor înregistrate în perioada 2009-2011 în comparație cu cel din prima perioadă cercetată (2004-2006) și tabelul 4.3.

Studiul a demonstrat că:

- în lipsa sistemelor informaționale, metoda de plată per capita stimulează sporirea neargumentată a numărului de persoane înscrise pe lista medicului de familie;
- implementarea sistemului informațional “Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul AOAM” a înlăturat pericolul menționat și a permis obiectivizarea procesului de contractare a prestatorilor de AMP în conformitate cu numărul real al persoanelor deservite.

Pentru confirmarea acestor concluzii, suplimentar a fost efectuat studiul evoluției numărului instituțiilor medicale în care unui medic i-a revenit un număr mediu de persoane înregistrate în următoarele diapazoane: până la 1500 (normativ pentru o funcție); 1501-1900; 1901-2300; 2301-2700; peste 2701. Studiul a fost efectuat pentru anul 2006 (evidența se ducea după Registrul 166-e) și 2009 (perioada în care a avut loc înregistrarea electronică a persoanelor). Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelul 4.5.

Tabelul 4.5. Evoluția numărului instituțiilor medicale în care la un medic de familie a revenit un anumit număr de persoane conform diapazoanelor prestabilite

Nr. mediu de persoane înregistrate la un medic de familie	2006	2009	Evoluția
Până la 1500	19	30	+ 57,8 %
1501-1900	26	21	- 19,2%
1901-2300	14	9	- 35,7%
2301-2700	7	7	-
Peste 2701	7	6	- 14,3%

Datele din tabel arată că odată cu implementarea evidenței electronice, numărul instituțiilor în care la un medic de familie au revenit în mediu până la 1500 persoane a crescut cu 57,8%, iar în diapazoanele cu valoarea acestui indicator peste normativ - a descrescut, cea mai mare descreștere fiind întâlnită în diapazonul 1901-2300 persoane - 35,7%.

Prin urmare, 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 [43]. Au fost selectate patru instituții medico-sanitare primare de diferit nivel, considerate drept etalon de prestare a serviciilor: o Asociație Medicală Teritorială (populația deservită - 105 000 persoane), un CMF raional (populația deservită - 95 000 persoane) și 2 CS autonome (populația deservită - 14 100 persoane). A fost efectuat un studiu privind vizitele efectuate de către medicul de familie pentru diferite categorii de vârstă ale 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. Rezultatele acestui studiu pot fi vizualizate în figura 4.7.

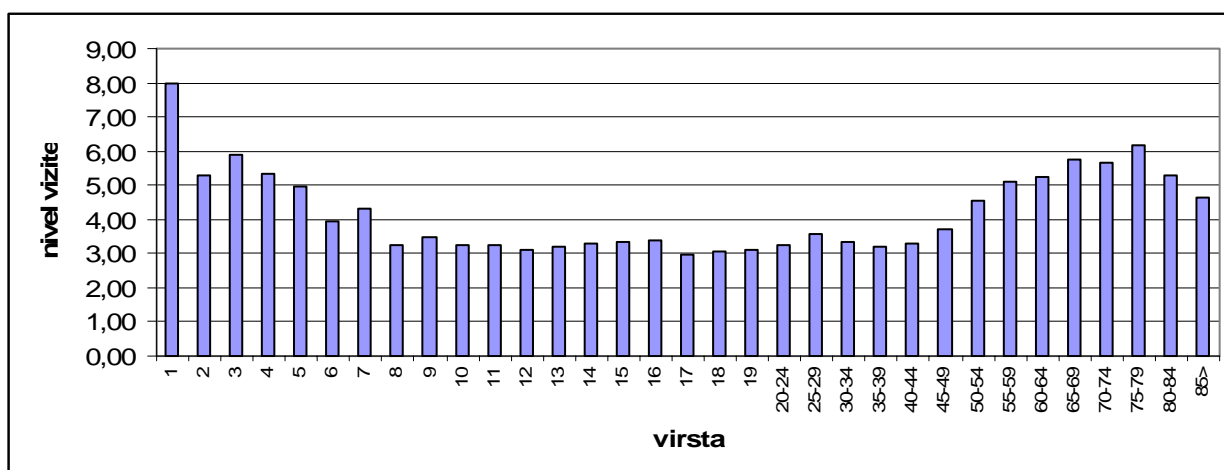


Fig. 4.7. Nivelul vizitelor acordate de către medicul de familie pentru diferite categorii de vârstă a persoanelor în lotul IMS selectate.

Ulterior, prin combinare, au fost formate 3 categorii de vârstă:

- de la 0 - până la 4 ani, 11 luni și 29 de zile;
- de la 5 - până la 49 ani, 11 luni și 29 de zile;
- de la 50 ani și peste.

Apoi au fost calculați coeficienții de utilizare a resurselor instituției medico-sanitare pentru deservirea categoriilor menționate de vârstă:

- 1,7 pentru prima categorie;
- 1 pentru categoria a doua;
- 1,5 pentru categoria a treia.

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 serviciu, bonificației și a celei per caz tratat.

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. Tratamentul se efectua în cabinetele de proceduri, staționările de zi sau la domiciliu și cuprindea injecții intramusculare, intravenoase, perfuzii s.a, conform unor standarde de tratament predefinite. Trebuie menționat faptul că 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 în cadrul cazurilor tratate în condiții de ambulatoriu cuprindea 21 de poziții și includea așa maladii ca:

- Hipertensiunea arterială gr II și III;
- Cardiopatia ischemică;
- Sechelele bolilor cerebrovasculare;
- Bronșita simplă și mucopurulentă;
- Pneumonia comunitară cu evoluție ușoară la adulți sub 60 de ani, fără comorbidități;
- Gastrita și duodenita;
- Ulcerul gastric și duodenal;
- Hepatita în formă ușoară sau de gravitate medie;
- Angiopatii și alte complicații ale diabetului zaharat ș.a.

Pentru maladiile menționate a fost elaborată o listă a medicamentelor de care puteau beneficia persoanele asigurate. Această listă cuprindea 104 poziții.

Pentru anul 2010 finanțarea per caz tratat în condiții de ambulatoriu a fost stopată, sursele financiare fiind redirecționate spre mărirea spectrului și volumului medicamentelor compensate.

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.

4.3. Dezvoltarea strategiei de procurare a Asistenței Medicale Primare în scopul încurajării accesibilității și calității serviciilor medicale

Cum a fost menționat anterior, unul dintre dezavantajele esențiale ale metodei de plată „per capita” îl constituie pasivitatea ei. Faptul că prestatorul va primi aceeași sumă de bani pentru „aceeași populație” nu înseamnă că populația va primi aceleași servicii pentru aceiași bani. Din aceste considerente, a fost propus ca finanțările pentru faptul că prestatorul „există” să fie combinate cu finanțări pentru faptul că prestatorul „oferă anumite servicii”.

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 [45].

În cadrul AMP, pentru anul 2005 au fost stabiliți trei asemenea indicatori:

1. „Imunizare”- realizarea a cel puțin 95% din numărul de imunizări programat pe trimestru conform calendarului de vaccinare.

2. „Supravegherea gravidelor”- îndeplinirea următoarelor condiții: a) cel puțin 70% din gravide urmau să fie luate la evidență cu sarcina de până la 12 săptămâni; b) urmau să fie realizate cel puțin 75% dintre investigațiile instrumentale și de laborator obligatorii pentru gravide;

3. „Profilaxia” — îndeplinirea trimestrială a cel puțin 70% din următoarele activități profilactice: a) examen ginecologic profilactic, inclusiv examenul citologic, la 12,5% dintre femeile (persoane asigurate) peste 20 ani; b) măsurarea activă a tensiunii arteriale la 25% dintre persoanele asigurate în vârstă de la 18 ani.

Finanțarea suplimentară pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate a fost utilizată de prestatorii de servicii medicale primare la remunerarea suplimentară a medicilor de familie și asistentelor medicului de familie care au îndeplinit acești indicatori.

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. Dinamica indicatorilor în instituțiile selectate a fost supravegheată trimestrial pe parcursul anului 2005.

Rezultatele studiului sunt prezentate în Tabelele 4.6 și 4.7.

Tabelul 4.6. Dinamica % gravidelor luate la evidența cu sarcina de până la 12 săptămâni

IMS	Trimestrul			
	I	II	III	IV
CMF Fălești	25,0	94,0	94,4	87,5
CMF Criuleni	48,4	70,8	78,9	82,4
CMF Vulcănești	52,9	68,8	67,9	68,1
CMF Ceadâr - Lunga	60,0	62,4	55,7	66,0
CMS Comrat	60,2	67,4	55,2	67,7

Tabelul 4.7. Dinamica % de femei peste 20 ani examinate citologic în cadrul examenului ginecologic profilactic

IMS	Trimestrul			
	I	II	III	IV
CMF Criuleni	8,0	10,7	30,8	31,3
CMF Vulcănești	13,1	14,8	19,0	19,3
CMF Cahul	20,0	28,4	60,0	65,7
AMT Rișcani	54,9	72,0	76,9	73,7
CMS Comrat	61,7	61,1	87,3	88,7

Rezultatele studiului au arătat că introducerea bonificației a sporit prestarea serviciilor prevăzute de indicatorii respectivi 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 intervierea acestora. Interviuul a fost structurat. 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 sau nu că noul mecanism de plată este stimulatoriu în privința prestării serviciilor vizate de indicatorii de performanță; 2) să se expună asupra neajunsurilor depistate ale 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 4.8).

Tabelul 4.8. Rezultatele interviuării conducătorilor instituțiilor medicale primare privind noul mecanism de plată prin bonificare

Indicator	Nr. persoane	Ponderea
Numărul persoanelor intervievate	58	100%
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% 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. Prin urmare, renunțarea la metoda de bonificare nu ar fi fost un pas corect, iar pentru rezolvarea problemelor apărute trebuia găsită o soluție de depășire a dezavantajului menționat. În opinia noastră, o asemenea soluție putea fi schimbarea nivelului la care se estimează bonificația de la nivel de IMS, la nivel de echipă a medicului de familie. Însă elaborarea mecanismului de implementare practică a acestei propuneri s-a ciocnit de

imperfecțiunea regulamentului de salarizare a lucrătorilor medicali, care era conceput pentru instituțiile bugetare, dar nu pentru cele la autogestiune.

Cu părere de rău, ignorând avantajele metodei de plată prin bonificație și bazându-se doar pe unele dezavantaje ale acesteia, în anul 2006 au fost luate decizii care au dus la diminuarea eficacității mecanismului existent de finanțare. Deși prin criteriile de contractare pentru anul 2006 plata pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate a fost prevăzută printr-un mecanism tradițional de bonificare utilizat și în anul precedent, după trei luni de activitate, prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 94/63-A „Cu privire la modificarea și completarea Ordinului MSPS și CNAM nr. 488/214 –A din 27.12.2005” acest mecanism a fost modificat, plata pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate devenind un proces intern al instituției medicale. CNAM urma să transfere banii pentru indicatorii de performanță instituției medicale după principiul „per capita, iar evaluarea îndeplinirii indicatorilor și estimarea plăților urmau să fie efectuate trimestrial de către o comisie internă, componența căreia se aproba prin ordinul conducătorului instituției.

Conform ordinului în cauză, modificarea menționată avea drept scop „stimularea prestării serviciilor medicale calitative de către personalul medical și îmbunătățirea eficienței și eficacității actului medical, realizarea funcției sistemului sănătății de generare a resurselor, inclusiv celor umane”. Conform părerii noastre, prin modificările propuse acest scop nu putea fi atins, deoarece CNAM urma să plătească aceeași sumă de bani instituției medico-sanitare, indiferent de îndeplinirea sau neîndeplinirea indicatorilor de calitate, iar comisia internă a instituției nu putea juca rolul de „cumpărător al serviciilor medicale” pentru personalul acestei instituții. În rezultat, scopul nu a fost atins și pentru anul 2007 rolul de cumpărător al serviciilor medicale s-a reîntors la CNAM.

Pentru anul 2007 formele de plată pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță au suferit schimbări. 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. Indicatorii stabiliți au fost:

1. Supravegherea gravidelor. Criteriul de îndeplinire – luarea la evidență a gravidelor cu sarcină de până la 12 săptămâni;
2. Depistarea primară a tuberculozei de către medicul de familie. Criteriul de îndeplinire – pentru fiecare caz de tuberculoză depistat primar de medicul de familie și confirmat în modul stabilit;

3. Tratamentul ambulatoriu al pacienților cu tuberculoză sub supravegherea medicului de familie. Criteriul de îndeplinire – pentru fiecare caz finalizat de tratament ambulatoriu al tuberculozei conform standardelor DOTS;

4. Depistarea primară a cancerului. Criteriul de îndeplinire – pentru fiecare caz de cancer depistat primar în stadiile precoce de către medicul de familie și confirmat ulterior în modul stabilit.

Pentru anul 2008 grupul de indicatori „per serviciu” a fost suplinit cu un indicator nou – „supravegherea copilului primului an de viață”, criteriul de îndeplinire fiind supravegherea copilului conform standardelor aprobate până la împlinirea vârstei de un an.

Pentru anul 2009 lista indicatorilor 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 obiectivizat 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. Pe parcursul anilor 2011-2012 indicatorii utilizați au avut următorul format:

Indicatorul 1: Asigurarea examenului ginecologic profilactic, cu prelevarea citologiei. Criteriul de îndeplinire – numărul examenelor ginecologice profilactice efectuate cu prelevarea citologiei raportate o dată la 2 ani la femei cu vârsta de la 20 de ani.

Indicatorul 2: Tratamentul ambulatoriu al pacienților cu tuberculoză, supravegheat de medicul de familie. Criteriul de îndeplinire – numărul cazurilor finalizate de tratament ambulatoriu al pacienților cu tuberculoză, supravegheate de medicul de familie și echipa sa.

Indicatorul 3: Supravegherea gravidelor luate la evidență în termen de gestație până la 12 săptămâni. Criteriul de îndeplinire – numărul gravidelor luate la evidență în termen de gestație până la 12 săptămâni și supravegheate de medicul de familie și echipa sa conform standardelor în vigoare.

Indicatorul 4: Supravegherea copilului primului an de viață. Criteriul de îndeplinire – numărul copiilor primului an de viață supravegheați de medicul de familie și echipa sa conform standardelor în vigoare.

Odată cu implementarea indicatorilor în acest format a demarat etapa de inițiere a plăților pentru performanță (calitate). Spre exemplu, pentru indicatorul 3 nu mai era de ajuns ca gravida să fie luată în evidență până la 12 săptămâni, ci ea trebuia să fie și supravegheată de medicul de familie conform standardelor în vigoare până la naștere. În cazul nerespectării standardelor de supraveghere, indicatorul nu se valida.

Următorul pas în calea dezvoltării indicatorilor de calitate a fost făcut în anul 2013 [38]. Neajunsurile care s-au dorit a fi corectate:

- Numărul mic de indicatori și sfera lor îngustă nu permitea obținerea plăților pentru performanța 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%) nu era atractivă pentru unele instituții, pentru că un salariu maxim care putea fi calculat în baza regulamentului de salarizare putea fi obținut și fără a îndeplini acești indicatori.

- Plata nu este unica formă de stimulare a performanței, aceasta trebuie stimulată și prin ridicarea exigențelor managementului intern al calității.

Pentru a soluționa problemele existente, au fost elaborate următoarele propuneri:

- Majorarea numărului indicatorilor și lărgirea domeniilor în care aceștia sunt implicați. Indicatorii trebuie să corespundă priorităților politicii de sănătate. În acest scop, au fost stabiliți 22 de indicatori, în baza cărora urmau a fi efectuate plățile pentru performanță;

- 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 cuantumului 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. Paralel cu aceasta, neîndeplinirea indicatorilor trebuie să fie resimțită corespunzător de IMS. În acest scop, suma pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță a fost majorată pentru anul 2013 până la 148 933,0 mii lei sau 15% 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.

Pentru anul 2013 au fost trasate următoarele priorități ale politicii de sănătate în domeniu:

1. Diminuarea numărului de internări urgente prin prevenirea declanșării lor;
2. Depistarea și supravegherea maladiilor nontransmisibile (prioritar a hipertensiunii arteriale, diabetului zaharat și patologiilor oncologice);
3. Supravegherea gravidei și copilului;
4. Depistarea și supravegherea maladiilor transmisibile (prioritar a tuberculozei).

În conformitate cu aceste priorități au fost elaborate patru grupuri de indicatori [36].

În scopul micșorării numărului de internări urgente prin prevenirea declanșării lor, a fost elaborat indicatorul „Internarea programată”, criteriul de îndeplinire al căruia a fost numărul internărilor efectuate programat la trimiterea medicului de familie în luna de raportare. Diminuarea declanșării stărilor de urgență care necesită spitalizare a fost așteptată în urma stimulării medicului de familie să monitorizeze starea de sănătate a persoanelor înregistrate pe listă, să supravegheze activ tratamentul de susținere în cazul maladiilor cronice, să efectueze măsurile de sanare ș.a.

Grupul 2. În scopul depistării și supravegherii maladiilor nontransmisibile au fost elaborați următorii indicatori:

1. Numărul persoanelor cu vârsta peste 18 ani cărora li s-a măsurat tensiunea arterială. Valoarea realizării indicatorului a constituit 1 punct pentru fiecare persoană cu vârsta peste 18 ani, căreia i s-a măsurat tensiunea arterială prima dată în anul de gestiune.

2. Numărul persoanelor cu hipertensiune arterială care se află la evidență și primesc tratament antihipertensiv conform protocolului clinic național sub supravegherea medicului de familie. Valoarea realizării indicatorului a constituit 3,5 puncte pentru fiecare persoană.

3. Numărul persoanelor cu hipertensiune arterială instruite conform programului „Școala pacientului hipertensiv”. Indicatorul a fost validat la prezența în fișa medicală a bolnavului de ambulator (F-025/e) a datelor privind finalizarea în luna de raportare a cursului de instruire cu tematicile:

- Factorii de risc în hipertensiune arterială și importanța combaterii acestora;

- Hipertensiunea arterială. Semnele clinice, diagnosticarea, complicațiile;
- Tratamentul antihipertensiv nemedicamentos și medicamentos. Importanța monitorizării cifrelor tensiunii arteriale.

Datele privind educația pacientului în cadrul „Școlii pacientului hipertensiv” urmau a fi confirmate prin semnătura medicului de familie și pacientului. Valoarea realizării indicatorului a constituit 4 puncte pentru fiecare persoană cu hipertensiune arterială care a finalizat instruirea.

4. Numărul persoanelor cărora li s-a apreciat indicele SCORE. Valoarea realizării indicatorului a constituit 10 puncte. A fost permis ca persoana să fie raportată o dată pe an.

5. Numărul persoanelor peste 45 ani și din grupul de risc investigate la glicemie. Persoana examinată putea fi raportată o singură dată pe an. Valoarea realizării indicatorului a constituit 4 puncte.

6. Numărul persoanelor cu diabet zaharat care se află la evidență și primesc tratament conform protocolului clinic național sub supravegherea medicului de familie. A fost permisă raportarea unei singure vizite în trimestru pentru o persoană aflată la evidență cu diabet zaharat. Valoarea realizării indicatorului a constituit 3,5 puncte.

7. Numărul persoanelor cu diabet zaharat instruite conform programului „Școala pacientului cu diabet zaharat”. Indicatorul a fost validat la prezența în fișa medicală a bolnavului de ambulator (F-025/e) a datelor privind finalizarea în luna de raportare a cursului de instruire cu tematicile:

- Diabetul zaharat și complicațiile lui. Factorii de risc în dezvoltarea diabetului zaharat;
- Alimentația pacienților cu diabet zaharat;
- Tratamentul medicamentos al diabetului zaharat. Insulinoterapia.

Valoarea realizării indicatorului a constituit 4 puncte pentru fiecare persoană instruită.

8. Numărul examenelor ginecologice profilactice cu prelevarea citologiei. Planificarea acestor examinări prevedea prelevarea citologiei o dată la 2 ani pentru femeile cu vârsta cuprinsă între 25 și 64 ani. Valoarea realizării indicatorului a constituit 5 puncte.

9. Numărul persoanelor primar luate la evidență cu tumori maligne (forme vizuale - st.I, formele nevizuale - st.I-II), confirmate de către Institutul Oncologic. Valoarea realizării indicatorului a constituit 10 puncte.

Grupul 3. În scopul supravegherii sănătății gravidei și a copilului au fost elaborați următorii indicatori:

1. Numărul gravidelor luate la evidență în termen de gestație până la 12 săptămâni. Pentru validarea indicatorului au fost evaluate fișele personale ale gravidei și lăuzei (F-111/e). După caz, verificarea corectitudinii termenului stabilit s-a efectuat prin comparație cu termenii

determinați prin metode suplimentare de diagnostic (ultrasonografie ș.a.). Valoarea realizării indicatorului pentru fiecare gravidă raportată a constituit 30 puncte.

2. Numărul gravidelor cărora li s-a indicat administrarea acidului folic în primul trimestru al sarcinii. Valoarea realizării indicatorului a constituit 3 puncte.

3. Numărul gravidelor cărora li s-a indicat administrarea preparatelor de fier în primul trimestru al sarcinii. Valoarea realizării indicatorului a constituit 3 puncte.

Indicatorii 1-3 ai acestui grup au fost validați inclusiv în cazurile când serviciile au fost efectuate de asistentul medicului de familie, specialistul în sănătatea reproducerii/cabinet examen ginecologic profilactic din cadrul asistenței medicale primare.

4. Numărul gravidelor investigate prin examen ultrasonografic în termenii stabiliți (16-18 săptămâni și 38-40 săptămâni). Valoarea realizării indicatorului a constituit 5 puncte.

5. Numărul gravidelor, care au efectuat vizitele la medicul obstetrician-ginecolog în termenii stabiliți (luarea la evidență și la 35-36 săptămâni). Valoarea realizării indicatorului a constituit 5 puncte.

6. Numărul gravidelor, care au efectuat vizitele la medicul de familie în termenii stabiliți (pînă la 12 săpt., 16-18 săpt., 22-24 săpt., 28-30 săpt., 35-36 săpt., 38-40 săpt.). Valoarea realizării indicatorului a constituit 5 puncte.

7. Numărul copiilor supravegheați conform standardelor în vigoare, care au împlinit vârsta de 3 luni. Pentru validarea indicatorului a fost evaluat Carnetul de dezvoltare a copilului (F-112/e). Valoarea realizării indicatorului a constituit 20 de puncte.

8. Numărul copiilor supravegheați conform standardelor în vigoare în perioada de vîrstă 3 - 6 luni. Valoarea realizării indicatorului a constituit 20 de puncte.

9. Numărul copiilor supravegheați conform standardelor în vigoare în perioada de vîrstă 6 - 12 luni. Valoarea realizării indicatorului a constituit 20 de puncte.

Grupul 4. În scopul depistării și supravegherii tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulatoriu au fost elaborați următorii indicatori:

1. Numărul persoanelor din grupul de risc investigate la tuberculoză. Prezența investigărilor la tuberculoză (microradiografia/radiografia și/sau sputa la BAAR) înregistrate în fișa medicală a bolnavului de ambulatoriu (F-025/e) a confirmat îndeplinirea indicatorului. Valoarea realizării indicatorului a constituit 4 puncte pentru fiecare persoană investigată;

2. Numărul persoanelor luate primar la evidență cu tuberculoză. Indicatorul menționat a fost validat în baza corespunderii cazurilor raportate de medicul de familie cu numărul Fișelor medicale ale bolnavului cu tuberculoză (F 081/e) la medicul ftiziopneumolog. Valoarea realizării indicatorului a constituit 10 puncte pentru fiecare persoană luată la evidență;

3. Numărul de cazuri finalizate de tratament a pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulatoriu conform standardelor DOTS. Validarea indicatorului a fost efectuată la prezența în Fișa medicală a bolnavului cu tuberculoză (F 081/e) a înscrierii medicului ftizipneumolog despre finalizarea tratamentului. Valoarea realizării indicatorului a constituit 80 de puncte pentru fiecare caz de tratament supravegheat, inclusiv cazul inițiat în anul precedent, finalizat în luna de raportare.

Impactul implementării mecanismului de plată pentru performanță

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;
- estimarea indicatorilor pentru care au fost plătite cele mai mari sume de bani.

Studiul a cuprins perioada anului 2013 [38].

Pornind de la convingerea 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. Rezultatele studiului sunt prezentate în figura 4.8.

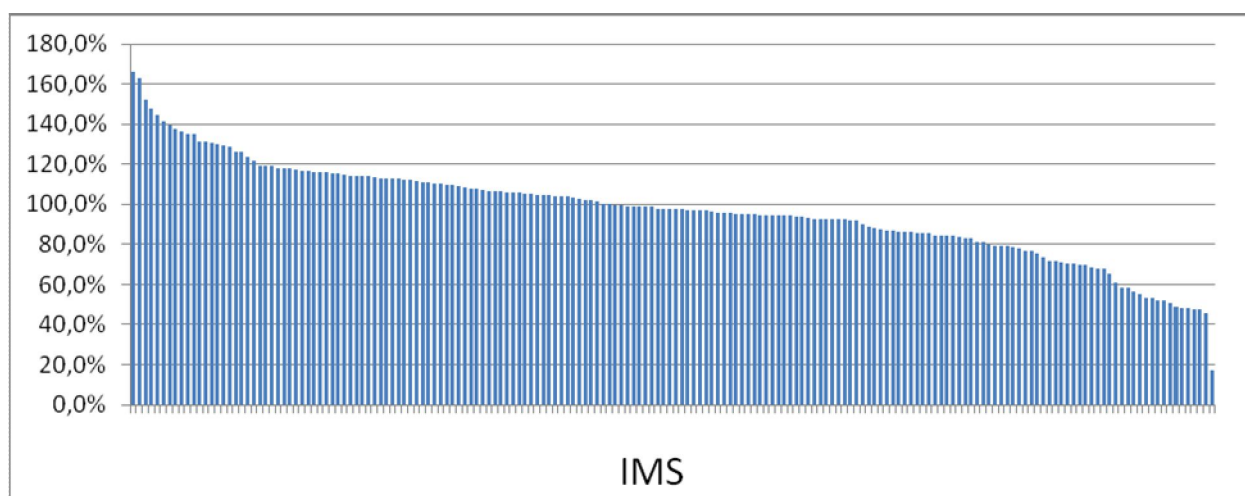


Fig. 4.8. Nivelul îndeplinirii sumelor estimative pentru indicatorii de performanță (a. 2013).

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-Pășcani.

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, iar aceasta, la rândul său, înseamnă că CS Vălcineț a primit de 9,7 ori mai mulți bani (în unități relative) pentru componenta indicatorilor de performanță în comparație cu centrul medicilor de familie al Spitalului Clinic al MS. Prezența unui diapazon atât de mare și caracterul curbei (descreștere lentă) demonstrează eficacitatea mecanismului elaborat de plată pentru performanță și argumentează necesitatea menținerii lui.

O altă cercetare a rezultatelor implementării noului mecanism a constatat în studierea dinamicii acumulării numărului total de puncte pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță. Rezultatele pot fi văzute în figura 4.9.

După cum vedem, 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).

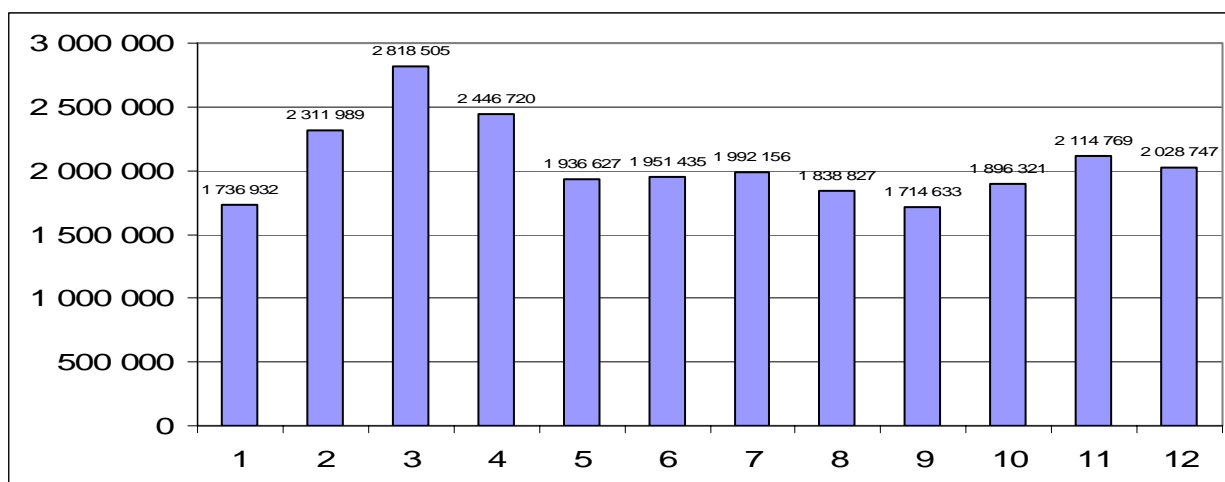


Fig. 4.9. Dinamica acumulării numărului total de puncte pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță pe parcursul anului 2013.

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 4.10.

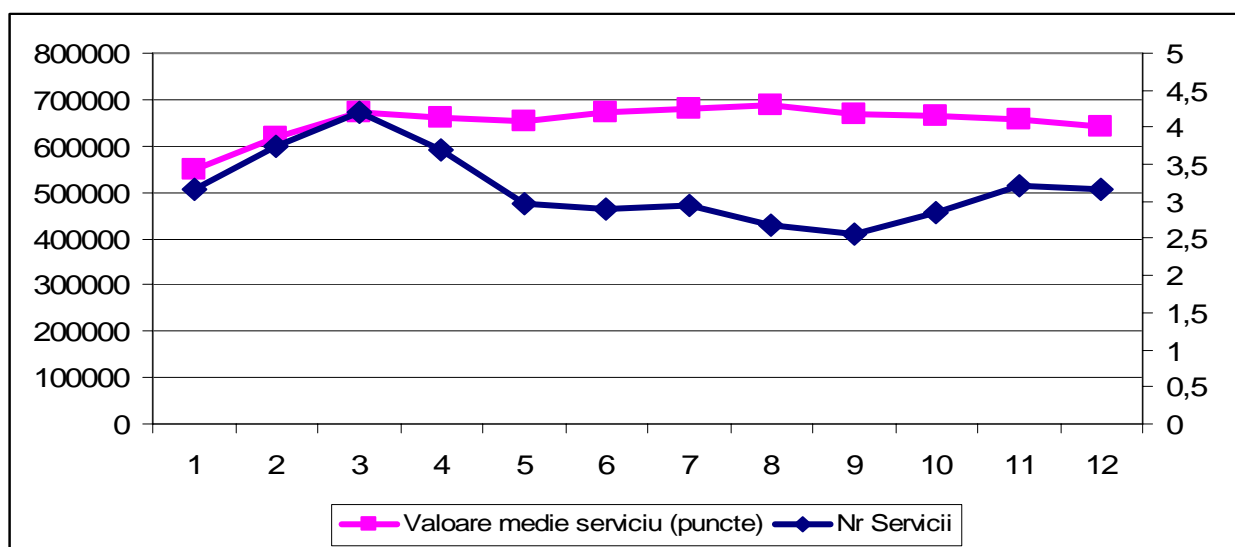


Fig. 4.10. Evoluția numărului de servicii prestate și a valorii medii a unui serviciu prestat.

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).

Pentru confirmarea acestui fapt, noi am recurs la studierea dinamicii numărului de servicii prestate la nivel de indicator. Ținând cont de numărul mare de indicatori, s-a preconizat efectuarea unui studiu selectiv. Pentru selectarea eșantionului, la prima etapă grupurile de indicatori au fost clasificate în 7 subgrupuri, în funcție de profilul activității medicale:

- a) Spitalizare: 1. Spitalizare;
- b) Boli nontransmisibile: 2. Cardiovasculare; 3. Diabet; 4. Oncologice;
- c) Supravegherea gravidei și a copilului: 5. Gravide; 6. Copii;

d) Depistarea și tratamentul tuberculozei: 7. Tbc.

La etapa a doua a fost apreciat subgrupul care a acumulat cele mai multe puncte și respectiv a influențat în mai mare măsură dinamica numărului de puncte pe țară (figura 4.11.).

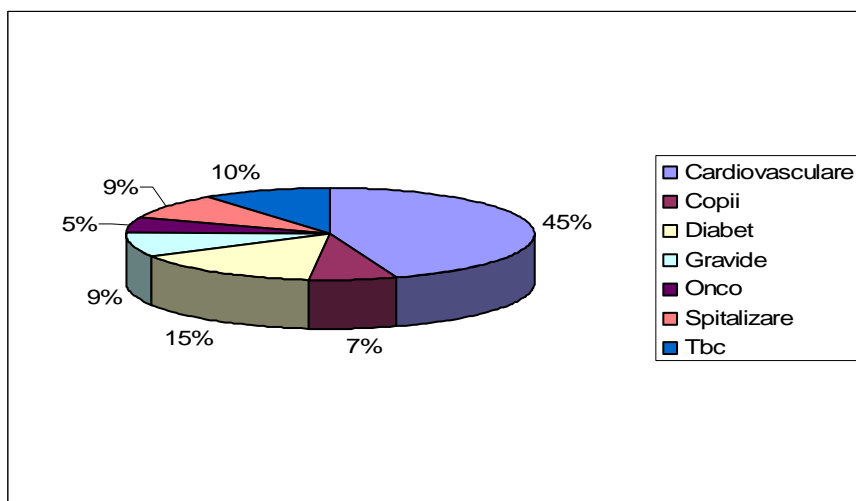


Fig. 4.11. Proporția punctelor acumulate de prestatorii de AMP pe subgrupuri de indicatori.

Datele din diagramă arată că 45% din puncte au fost acumulate în baza indicatorilor care fac parte din subgrupul „Cardiovasculare” și, din aceste considerente indicatorii subgrupului menționat au fost selectați pentru studierea dinamicii numărului de servicii prestate la nivel de indicator. Rezultatele studiului sunt prezentate în figura 4.12.

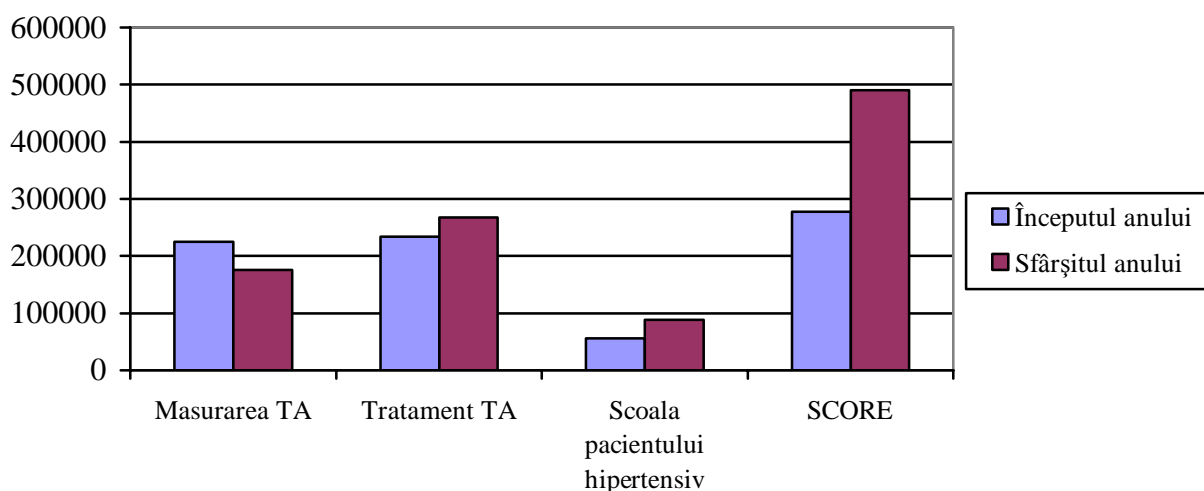


Fig. 4.12. Dinamica punctelor acumulate pe indicatorii subgrupului “Cardiovasculare”.

Conform datelor din diagramă, a avut loc o diminuare considerabilă a numărului de persoane cărora li s-a măsurat tensiunea arterială. Această scădere trebuie privită drept un fenomen pozitiv, deoarece măsurarea tensiunii arteriale este o activitate de rutină și în prima lună a motivat instituțiile să presteze un număr neargumentat de mare de asemenea servicii. Important este faptul că, paralel cu diminuarea acestui indicator, a avut loc majorarea numărului de

persoane cu hipertensiune arterială care s-au aflat la evidență și au primit tratament antihipertensiv sub supravegherea medicului de familie, a numărului de persoane cu hipertensiune arterială instruite conform Programului „Școala pacientului hipertensiv”, a numărului de persoane cărora li s-a apreciat indicele SCORE ș.a. Cele menționate ne vorbesc despre impactul pozitiv al noului mecanism de plată asupra productivității instituțiilor medicale primare și, respectiv, asupra accesibilității acestor servicii.

Un alt studiu al prezentei cercetări vine să răspundă la întrebarea: Pentru care indicatori s-au plătit cei mai mulți bani? Rezultatele sunt prezentate în figura 4.13.

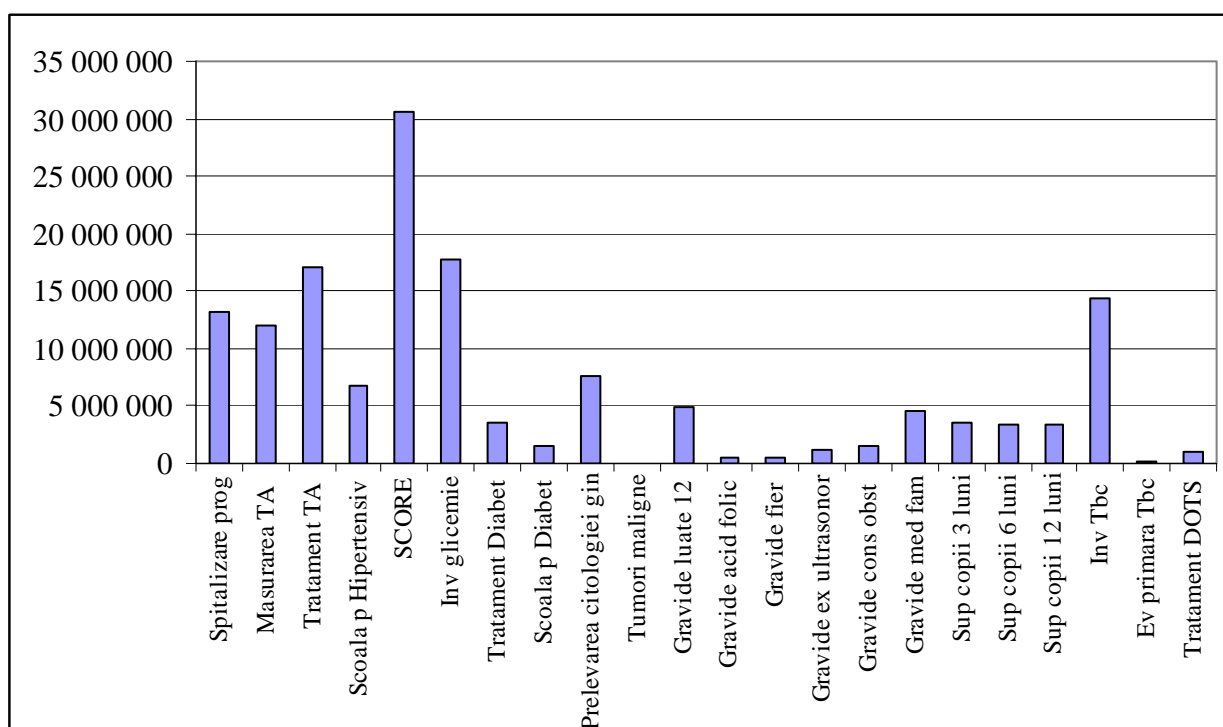


Fig. 4.13. Sume achitate per indicator pe parcursul anului 2013.

Conform diagramei, pe parcursul anului 2013, cei mai mulți bani au fost plătiți pentru aprecierea indicelui SCORE (peste 30 mil. lei), investigarea glicemiei la persoanele peste 45 de ani și din grupul de risc pentru diabet zaharat (~ 17,7 mil. lei), acoperirea cheltuielilor pentru persoanele cu hipertensiune arterială care au primit tratament antihipertensiv conform Protocolului clinic național sub supravegherea medicului de familie (~ 17,1 mil. lei).

Ținând cont de faptul că pentru indicele SCORE a fost achitată o sumă atât de mare (~ 20,4% din întreaga sumă destinată plăților pentru performanță), noi am recurs la cercetarea veridicității datelor în baza cărora au fost decontate serviciile menționate. În acest scop au fost contrapuse: numărul maximal posibil de măsurări, calculat în baza numărului de persoane care ar putea beneficia de acest serviciu și numărul de măsurări efectuate conform dărilor de seamă.

Conform prevederilor tabelelor SCORE, acest indicator poate fi estimat doar pentru persoanele cu vârstă în diapazonul 40-65 de ani. Conform criteriilor de validare, a fost permis ca persoana să fie raportată o singură dată pe an. În Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală, în anul 2013 au fost înregistrate 1.127.274 persoane cu vârstă cuprinsă între 40 și 65 de ani, prin urmare, acesta și putea fi numărul maximal de estimări ale indicelui menționat. Conform dărilor de seamă, indicele SCORE a fost măsurat la 529.770 persoane, ceea ce a constituit 46% din persoanele eligibile (figura 4.14.).

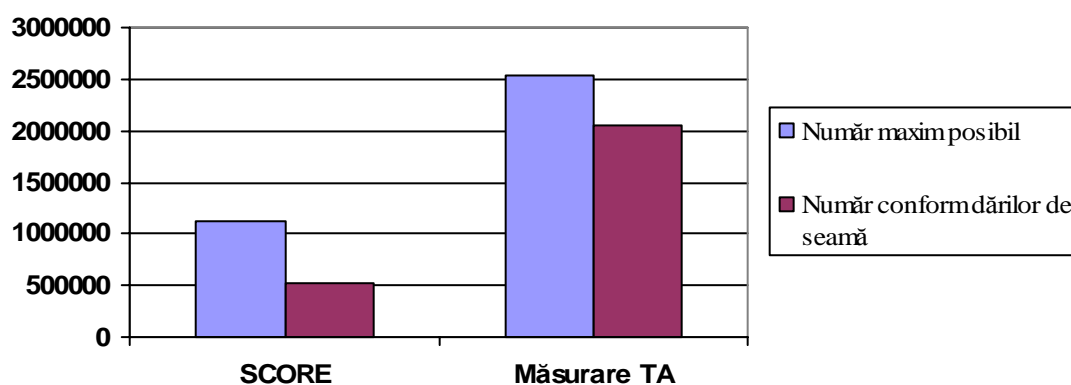


Fig. 4.14. Compararea numărului maxim posibil de măsurări și a celui prestat conform dărilor de seamă pentru indicatorii de performanță: aprecierea SCORE și măsurarea TA.

Un studiu similar a fost efectuat pentru indicatorul "Numărul persoanelor cu vârsta peste 18 ani, cărora li s-a măsurat tensiunea arterială". Conform criteriilor de validare a acestuia, de asemenea a fost permis ca persoana să fie raportată doar o dată pe an. Conform Registrului menționat, numărul persoanelor peste 18 ani a fost de 2.530.241, ceea ce a constituit numărul maximal de măsurări care ar putea fi efectuate. Conform dărilor de seamă, au fost efectuate 2.042.128 măsurări (figura 4.14.), ceea ce înseamnă că într-un singur an, tensiunea arterială a fost măsurată la 81% dintre toate persoanele peste 18 ani din țară. Este evident că aceste date nu corespund realității.

Cele menționate ne arată că una din problemele esențiale ale sistemului de plată pentru performanță din anul 2013 l-a constituit faptul că o parte din indicatorii utilizați nu puteau fi monitorizați adecvat. Prin urmare, o condiție obligatorie pentru implementarea mecanismelor de plată per serviciu este ca serviciile să fie monitorizabile. În caz contrar, acest tip de plată nu trebuie utilizat, deoarece va permite achitarea serviciilor neprestate.

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) [32]. Pentru studiu au fost selectate două sfere de presupusă influență a indicatorilor de performanță: afecțiunile cerebrovasculare acute și patologiile 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 stadiu avansat (gr. III-IV). Rezultatele studiului sunt prezentate în fig. 4.15 și 4.16.

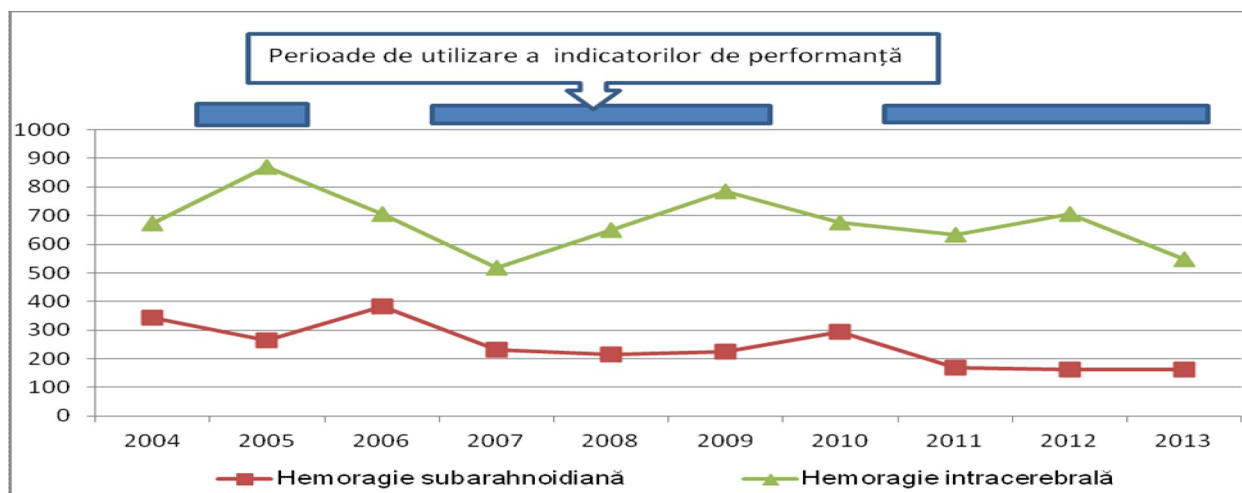


Fig. 4.15. Dinamica numărului cazurilor noi de hemoragie subarahnoidiană și intracerebrală apărute pe fondul perioadelor de utilizare a indicatorilor de performanță.

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.

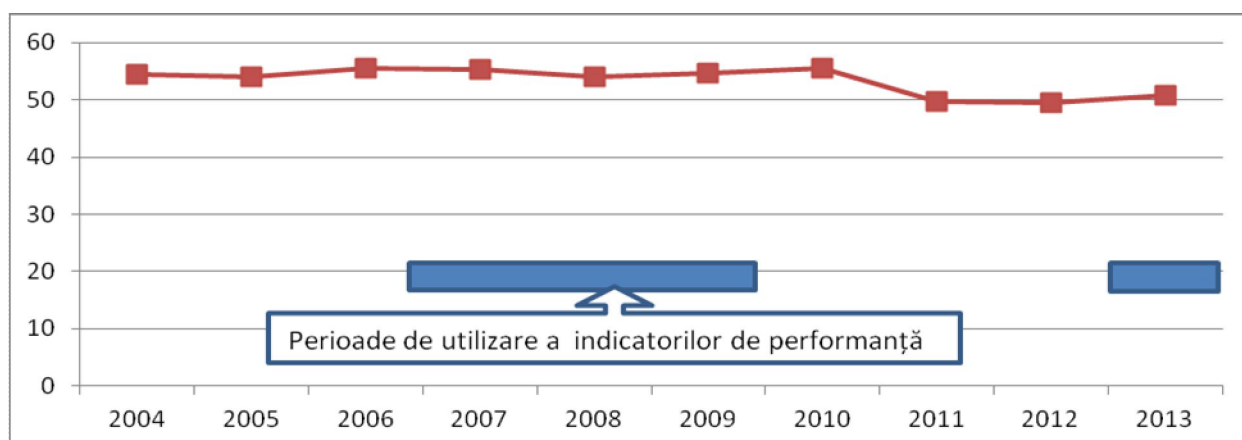


Fig. 4.16. Dinamica cazurilor noi depistate cu tumori maligne în stadiu avansat (gr. III-IV) apărute pe fondul perioadelor de utilizare a indicatorilor de performanță.

O situație similară a demonstrat și cercetarea ponderii cazurilor noi depistate cu tumori maligne în stadiu avansat (gr. III-IV). Deși a fost așteptat ca indicatorii de performanță să stimuleze depistarea cazurilor oncologice în stadiile precece, 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.

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

4.4. Evoluția mecanismelor de contractare a medicamentelor compensate în cadrul Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală

Unul dintre beneficiile esențiale ale coșului de garanții din cadrul asistenței medicale primare îl constituie medicamentele compensate. 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.

Tendința de creștere a surselor financiare destinate acoperirii medicamentelor compensate impune aprecierea unor mecanisme clare și transparente de formare a listei medicamentelor compensate. În acest scop a fost instituit un organ consultativ, fără personalitate juridică - Consiliul pentru medicamentele compensate, care:

1. Definește prioritățile și politicile de compensare a medicamentelor din fondurile AOAM și monitorizează realizarea acestora;
2. Evaluează dosarele depuse de către Comisiile de specialitate ale MS în vederea selectării și acceptării medicamentelor pentru compensare;
3. Determină sau modifică gradul de compensare a medicamentelor propuse pentru includere în Listă;
4. Acceptă sumele fixe compensate pentru medicamentele evaluate, calculate de către Agenția Medicamentului și Dispozitivelor medicale în baza metodologiei de calcul aprobate, pentru fiecare formă farmaceutică și doză separat;
5. Înaintează propuneri de modificare și completare a cadrului normativ legal, în vederea facilitării accesului populației la medicamentele compensate.

Se acceptă spre includere în Listă numai medicamentele care sunt înregistrate în modul stabilit în Republica Moldova. În Listă se includ, în mod prioritar, medicamentele produse conform Regulilor de Bună Practică de Fabricație (Good Manufacturing Practices – GMP).

La identificarea medicamentelor propuse pentru compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală sunt evaluate: nivelul morbidității, invalidității primare, nivelul și structura mortalității înregistrate în republică, mijloacele planificate în acest scop ale fondurilor AOAM și tendințele de utilizare ale surselor financiare pentru perioada respectivă.

Comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății depun cererile spre examinare pentru acceptarea medicamentelor în Listă. Cererile sunt însoțite de argumentările științifice, bazate pe dovezi clinice privind eficiența medicamentelor propuse și impactul acestora asupra sănătății publice, calculele privind costul estimativ al tratamentului. În baza propunerilor Comisiilor de specialitate, acceptate de Consiliu, lista medicamentelor compensate poate fi actualizată semestrial. Paralel, Consiliul poate propune excluderea medicamentului din Lista medicamentelor compensate, dacă există motive de natură farmaco-terapeutică sau economică.

Mecanismul asigurării populației cu medicamente compensate prevede:

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

Pe un formular de rețetă se prescrie numai un medicament compensat pentru o perioadă de maxim două luni de tratament. Formularul de rețetă prescris este valabil 15 zile de la data prescrierii și este acceptat în toate farmaciile contractate de CNAM pe întreg teritoriul republicii.

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.

Pe parcursul anilor menționați au fost efectuate un șir de modificări și completări la lista medicamentelor compensate. Extinderea listei medicamentelor compensate în aspectul Denumirilor Comune Internaționale (DCI) și a denumirilor comerciale (DC) este prezentată în tabelul 4.9.

Tabelul 4.9. Extinderea listei medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, anii 2005-2012

Anul	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
DCI	9	35	53	53	53	90	92	81
DC	124	230	384	485	485	748	934	411

Lista actuală constă din 3 capitole principale:

În capitolul 1 „Medicamente compensate parțial (în mediu cu 50%)” sunt incluse medicamentele compensate pentru tratamentul maladiilor cardiovasculare, aparatului digestiv și hipertensiunii arteriale.

În capitolul 2 „Medicamente compensate parțial (în mediu cu 70%)” sunt incluse medicamentele compensate pentru tratamentul maladiilor endocrine și al astmului bronșic.

În capitolul 3 „Medicamente compensate integral (100%)” sunt incluse medicamentele compensate pentru tratamentul și profilaxia bolilor la copiii de vîrsta 0-5 ani, profilaxia anemiilor la femeile gravide, tratamentul epilepsiei, bolii și sindromului Parkinson, bolilor psihice (demență, schizofrenie, tulburare afectivă bipolară, epilepsie cu tulburări psihice), diabetului zaharat tip I insulino-dependent (insulinele injectabile) și tip II insulino-independent (antidiabeticele orale), astmului bronșic, epidermolizei buloase, bolilor de sistem și autoimune, maladiilor oftalmologice (glaucom), miasteniei gravis și mucoviscidozei.

Importanța problemei de acoperire a cheltuielilor pentru medicamentele compensate a fost studiată prin evaluarea cheltuielilor efective în acest scop din fondul de bază al AOAM în perioada anilor 2005-2012. Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelul 4.10.

Tabelul 4.10. Dinamica alocațiilor pentru medicamentele compensate din fondul de bază al AOAM în anii 2005-2012

Anul	Planificat (lei)	Cheltuielile efective (lei)	Îndeplinirea planului anual
2005	81 400 000	7 403 500	9,09%
2006	36 600 000	23 814 800	65,06 %
2007	42 260 000	40 910 200	96,80 %
2008	60 403 900	55 291 200	91,53 %
2009	80 600 000	74 055 300	91,88 %
2010	116 850 000	116 848 870	99,99 %
2011	150 000 000	153 515 009	102,30%
2012	166 244 100	166 244 073	99,99 %

Datele din tabel ne arată că cheltuielile efective privind procurarea medicamentelor compensate au cunoscut o creștere considerabilă - de la 7,4 mil. lei în anul 2005 până la 166,2 mil. lei în anul 2012 sau de 22,5 ori.

În scopul evaluării accesului geografic la medicamentele compensate, a fost studiată dinamica numărului de farmacii contractate cu Compania Națională de Asigurări în Medicină. În urma analizei efectuate s-a constatat că numărul contractelor cu instituțiile farmaceutice pe perioada studiată a fost în permanentă creștere, de la 100 de contracte în anul 2005 până la 258 contracte în anul 2012, creșterea constituind ~ 260% (figura 4.17.).

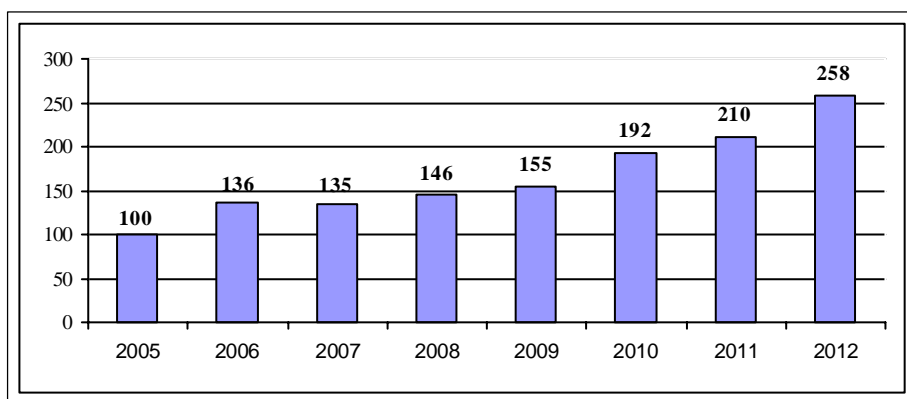


Fig. 4.17. Dinamica numărului de farmacii contractate cu CNAM pe parcursul anilor 2005-2012.

De asemenea, pe parcursul anilor menționați a crescut considerabil și numărul rețetelor compensate, eliberate beneficiarilor sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală, datele acestui studiu sunt prezentate în tabelul 4.11.

Tabelul 4.11. Dinamica numărului de rețete compensate eliberate beneficiarilor sistemului de AOAM în anii 2006-2012

Anii	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Numărul rețetelor (mii)	732,8	1 644,1	1 975,5	2 180,6	2 744,4	3 212,7	3 197,8

Se observă o creștere a numărului de rețete compensate de ~ 4,4 ori, de la 732 778 în anul 2006 până la 3 197 780 în anul 2012.

În urma analizei rezultatelor obținute în cadrul studiului accesului persoanelor asigurate la medicamente compensate poate fi făcută următoarea concluzie: 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 destinate procurării medicamentelor compensate* în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Experiența internațională denotă faptul că sumele destinate medicamentelor compensate, de obicei, se depășesc. Aceasta impune plafonarea sumelor respective în cadrul încheierii contractelor cu instituțiile medico-sanitare. 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:

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

La etapa a doua a fost calculată rata fiecărui contingent din populația totală înregistrată în instituția respectivă. 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 insulinoindependent a variat în limitele de la 0,98% în Centrul Medicilor de Familie Ungheni până la 6,14% în Policlinica Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Cancelariei de Stat a Republicii Moldova, ceea ce a constituit o diferență de 6 ori; ponderea bolnavilor cu afecțiuni psihice (schizofrenie și epilepsie) a variat în limitele de la 0,31% în Centrul de Sănătate Iargara până la 2,12% în Centrul de Sănătate Olișcani, ceea ce a constituit o diferență de 6 ori.

Pentru a fi prezentate în tabel au fost selectate câte 5 instituții medico-sanitare primare din zonele: urbană, rurală nord, rurală centru, rurală sud, astfel încât ele să reprezinte întregul lot de instituții. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 4.12.

Tabelul 4.12. Ponderea principalelor contingente de consumatori a medicamentelor compensate

Nr. d/o	IMS	Ponderea contingentelor (%)				
		Gravide	Copii 0-5 ani	B-vi cu HTA	B-vi cu D Z	B-vi cu af.psihice
1.	AMT "Botanica"	1,64	2,60	12,87	1,43	0,88
2.	AMT "Buiucani"	1,67	2,83	10,66	1,46	1,28
3.	AMT "Centru"	1,57	4,31	10,25	0,96	0,79
4.	AMT "Ciocana"	1,73	3,29	8,58	1,70	0,75
5.	CMF Bălți	1,53	4,74	11,10	0,98	0,85
6.	CMF Edineț	1,16	3,62	11,13	1,04	1,02
7.	CMF Ocnița	1,11	3,56	16,42	1,91	1,03
8.	CMF Briceni	1,13	3,44	13,76	1,31	0,83
9.	CMF Dondușeni	0,79	3,21	15,50	2,50	0,60
10.	CMF Soroca	1,04	1,75	12,85	1,15	0,80
11.	CMF Orhei	1,14	3,45	8,38	1,42	0,85
12.	CS Pelivan	0,90	3,66	8,97	1,13	0,94
13.	CS Teleșeu	1,34	4,18	11,08	2,09	0,72
14.	CS Sărătenii Vechi	0,81	4,09	10,23	1,47	0,49
15.	CMF Ialoveni	2,30	4,94	12,55	2,72	1,11
16.	CMF Leova	1,17	4,71	9,56	1,01	0,34
17.	CS Iargara	1,12	1,99	9,76	0,59	0,31
18.	CS Sărăteni	1,14	4,16	10,46	0,75	0,47
19.	CMF Basarabeasca	0,88	3,81	9,24	1,29	0,82
20.	CMF Căușeni	1,17	3,49	9,15	1,62	0,53

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 a fost elaborată și implementată 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 [33], după formula:

$$S_{mc} = (S_{p/gr} \times N_{gr}) + (S_{p/c} \times N_c) + (S_{hta} \times N_{hta}) + (S_a \times N_{pa}) \quad (4.1)$$

unde: S_{mc} – Suma-limita de finanțare pentru medicamente compensate;

$S_{p/gr}$ – Suma estimativă per gravidă;

N_{gr} – Numărul așteptat de gravide;

$S_{p/c}$ – Suma estimativă per copil;

N_c – Numărul așteptat de copii;

S_{hta} – Suma estimativă per persoană cu HTA;

N_{hta} – Numărul așteptat de bolnavi cu HTA;

S_a – Suma per capita pentru alte maladii;

N_{pa} – Numărul persoanelor asigurate.

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

$+ (S_{p/dz} \times N_{dz}) + (S_{p/ps} \times N_{ps})$, unde:

$S_{p/dz}$ – Suma estimativă per persoană cu diabet zaharat;

N_{dz} – Numărul de bolnavi cu diabet zaharat de tip II insulino-independent;

$S_{p/ps}$ – Suma estimativă per persoană cu afecțiuni psihice;

N_{ps} – Numărul de bolnavi cu afecțiuni psihice.

Începând cu anul 2011, pentru sumele estimative pe contingente, apreciate anterior în lei, s-a recurs la aprecierea lor în puncte. Astfel, pentru fiecare persoană din contingentele menționate mai sus instituția medicală acumula un anumit număr de puncte, iar suma-limită de finanțare a teritoriului pentru medicamente compensate se estima în baza numărului total de puncte acumulate de instituție.

Pentru a cerceta impactul implementării metodei expuse de ajustare a sumei-limită pentru medicamente compensate la risc demografic și risc de morbiditate a populației înregistrate

în instituția medico-sanitară în comparație cu metoda anterioară per capita, 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.

Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelul 4.13.

Tabelul 4.13. Dinamica procentului de îndeplinire a sumelor-limită de finanțare pentru medicamentele compensate

Nr.d/ o	IMS	Per capita		Ajustare la riscul demografic și riscul de morbiditate			
		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Lotul I							
1.	Policlinica ACSR CS RM	239.93%	202.11%	127.73%	113.07%	165.04%	99.88%
2.	AMT "Botanica"	166.75%	176.81%	128.90%	108.74%	125.56%	104.70%
3.	Direcția MAI	165.19%	204.13%	219.46%	309.56%	335.50%	206.75%
4.	CMF Dondușeni	156.31%	115.71%	80.84%	85.52%	118.61%	95.95%
5.	AMT "Rîșcani"	122.17%	132.81%	132.88%	125.10%	134.96%	103.20%
Lotul II							
6.	AMT "Ciocana"	95.16%	100.72%	116.37%	113.39%	114.68%	94.45%
7.	CMF Edineț	93.44%	101.91%	108.35%	101.25%	111.61%	118.73%
8.	CMF Anenii Noi	93.39%	107.67%	96.47%	84.50%	113.16%	115.85%
9.	CMF Soroca	86.89%	106.10%	86.48%	96.72%	106.65%	102.97%
10.	CS Ciorescu	86.50%	109.83%	102.98%	118.61%	127.98%	99.61%
Lotul III							
11.	CMF Fălești	38.18%	67.53%	62.87%	74.06%	88.53%	103.13%
12.	CMF Nisporeni	37.13%	78.78%	92.44%	113.18%	87.79%	91.59%
13.	CMF Orhei	36.78%	77.04%	88.10%	89.58%	107.89%	109.18%
14.	CMF Vulcănești	36.20%	74.46%	135.25%	132.64%	101.39%	106.39%
15.	CMF Călărași	33.84%	88.31%	82.22%	66.71%	97.91%	98.17%

Analiza rezultatelor studiului relevă faptul că odată cu trecerea la ajustarea sumelor-limită la risc demografic și risc de morbiditate:

- în lotul instituțiilor medico-sanitare lideri în depășirea sumelor-limită apreciate prin metoda „per capita”, procentul de depășire a sumelor destinate medicamentelor compensate s-a redus semnificativ, revenind la normal. Menționăm că acest fapt a avut loc nu din cauza diminuării volumului prescris de medicamente, ci datorită unei calculări prealabile mai corecte a sumelor-limită de finanțare;

- în lotul instituțiilor medico-sanitare lideri în neîndeplinirea sumelor destinate medicamentelor compensate, procentul de valorificare a acestora s-a mărit, ajungând la normal. ceea ce confirmă faptul că suma-limită calculată după metodologia nouă;

- în lotul instituțiilor medico-sanitare care au avut o îndeplinire satisfăcătoare a sumelor-limită, metodologia propusă a păstrat această stare de lucruri.

Cercetarea efectuată a arătat că metoda propusă 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, ceea ce creează premise pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale acordate în cadrul asistenței medicale primare.

4.5. Particularitățile de utilizare a formelor de plată pentru contractarea serviciilor prestate la nivelul altor tipuri de asistență medicală prespitalicească

Analiza metodelor de plată utilizate pentru contractarea serviciilor prestate la nivelul asistenței medicale specializate de ambulatoriu.

În perioada de implementare a AOAM, pentru contractarea asistenței medicale prestate de medicii specialiști de profil a fost utilizată metoda per capita. În linii generale, avantajele și dezavantajele utilizării acestei metode au fost similare celor descrise pentru AMP. Însă, AMSA are o serie de particularități, analiza influenței cărora asupra eficacității procesului de finanțare a fost scopul cercetării în cauză.

Una din particularitățile principale ale AMSA este faptul că acest tip de asistență este multidisciplinar. Prin urmare, teritoriile pot fi asigurate diferit cu medici de o anumită specialitate (atât ca funcții ocupate cât și ca persoane fizice).

Ipoteza cercetării: Pentru serviciile de AMSA, plata per capita este echitabilă, deoarece structurile prestatoare și volumele prestate de asistență relatate pe persoană afiliată sunt aproximativ aceleași.

În scopul verificării ipotezei expuse a fost:

1. Estimată asigurarea teritoriilor republicii cu cadre în AMSA: medici specialiști de profil, personal medical mediu și alt personal (funcții ocupate și persoane fizice);
2. Estimată uniformitatea asigurării diferitor teritorii cu specialiști de același profil. Pentru studiu au fost selectate specialitățile: cardiologie, endocrinologie, pediatrie și chirurgie.
3. Estimat numărul de vizite efectuate la medicul specialist de același profil în diferite teritorii.

Studiul a cuprins anul 2012. Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelele 4.14 - 4.16.

Datele din tabelul 4.14 arată că asigurarea maximă cu medici specialiști (funcții ocupate) este în raionul Taraclia constituind 15,6 la 10 000 populație, iar minimă în raioanele Florești și Sîngerei - 3,8. Asigurarea maximă cu medici specialiști (persoane fizice) este în raionul Leova - 10,9; iar minimă în Fălești - 3,3. De asemenea diferențe mari pot fi observate în asigurarea cu cadre medii (funcții ocupate 41,8 - 3,7; persoane fizice 34,6 - 3,9) și alt personal (42,0 - 0,0).

Cele menționate ne vorbesc despre o asigurare vădit neuniformă a teritoriilor cu personal medical în AMSA, ceea ce contravine ipotezei studiului.

Datele din tabelul 4.15. arată că în AMSA asigurarea cu medici specialiști relatată la specialități este extrem de neuniformă. Acest fapt, de asemenea, confirmă inechitatea metodei de plată utilizate.

Datele din tabelul 4.16. arată că caracteristicile de structură și de activitate a instituțiilor care prestează asistență specializată de ambulatoriu contravin ipotezei echității metodei de plată utilizate, deoarece numărul de vizite efectuate la un medic specialist de același profil în diferite teritorii, relatate la o persoană a teritoriului deservit este extrem de neuniform.

În baza studiului efectuat poate fi făcută o concluzie generală: Forma de plată per capita în versiunea actuală de utilizare nu asigură o finanțare echitabilă a prestatorilor de asistență medicală specializată de ambulatoriu și, prin urmare, urmează a fi schimbată.

Privitor la alte forme de plată utilizate pentru finanțarea asistenței medicale specializate de ambulatoriu, trebuie de menționat că din anul 2005 au început să fie contractate separat secțiile consultative ale instituțiilor medico-sanitare republicane. Până în prezent a fost utilizată o singură metodă de procurare a serviciilor menționate – cea „per buget global”.

Începând cu anul 2008, lista instituțiilor cu finanțare prin metoda „buget global” s-a mărit cu: centrele prietenoase tinerilor, centrele de testare și consiliere voluntară, centrele comunitare de sănătate mintală, laboratoarele naționale de referință de ftizio pneumologie, centrul de reabilitare a bolnavilor de narcomanie.

Tabelul 4.14. Diferențe în asigurarea cu cadre la nivel de AMSA la 10 000 persoane a teritoriului deservit

Denumirea IMS	Medici		Personal mediu		Alt personal	
	Functii ocupate	Persoane fizice	Functii ocupate	Persoane fizice	Functii ocupate	Persoane fizice
SCM Balti	6,9	7,3	9,0	7,0	5,4	5,1
SR Edineț	7,2	7,7	6,7	6,5	3,0	2,9
SR Ocnița	7,0	5,4	8,3	9,1	2,1	2,1
SR Briceni	6,9	5,9	7,0	6,8	0,5	0,9
SR Dondușeni	7,1	7,6	7,7	7,2	3,1	2,8
SR Soroca	6,9	6,0	7,3	7,8	0,1	0,0
SR Drochia	6,0	5,9	6,5	6,4	3,3	3,4
SR Florești	3,8	3,9	3,9	3,9	1,0	1,0
SR Rîșcani	7,1	5,0	6,5	7,3	2,4	2,1
SR Glodeni	6,9	5,2	6,5	5,9	4,1	3,1
SR Sîngerei	3,8	5,7	3,7	5,9	1,6	2,3
SR Fălești	5,3	3,3	6,9	6,9	4,9	4,9
SR Orhei	4,4	4,2	6,0	6,1	1,3	1,3
SR Șoldănești	8,4	7,8	6,8	6,7	2,6	2,6
SR Rezina	5,3	4,5	7,0	6,5	0,2	0,0
SR Telenești	4,8	5,4	6,7	6,2	1,7	1,7
SR Ungheni	8,3	7,3	9,5	9,3	5,3	4,2
SR Călărași	7,2	7,2	7,9	6,6	3,9	3,2
SR Nisporeni	7,8	7,6	8,5	8,2	4,5	4,5
SR Strășeni	6,5	5,5	6,4	6,0	2,3	2,1
SR Criuleni	6,3	6,3	6,9	5,8	1,4	1,8
SR Ialoveni	10,1	9,1	8,3	7,0	0,0	0,0
SR Anenii Noi	6,9	4,9	7,9	5,8	5,8	4,7
SR Hîncești	6,6	4,0	5,4	4,3	0,7	0,2
S Carpineni	7,7	10,0	6,4	6,4	1,8	1,8
SR Cimișlia	4,5	5,2	6,2	6,4	4,7	4,9
SR Leova	11,1	10,9	7,0	6,5	6,8	5,8
SR Basarabeasca	9,1	8,7	41,8	34,6	42,0	42,0
SR Căușeni	4,9	3,9	7,5	7,5	4,5	4,5
SR Ștefan Vodă	6,2	6,1	8,0	7,4	4,3	4,0
SR Cahul	4,6	4,3	7,3	7,6	3,1	3,1
SR Cantemir	4,9	4,4	7,7	7,5	4,9	4,7
SR Taraclia	15,6	10,1	33,2	28,4	35,8	29,8
SR Comrat	5,5	4,7	5,3	5,1	0,6	0,6
SR Ceadâr-Lunga	6,2	6,3	5,9	6,8	1,9	2,1
SR Vulcănești	4,8	5,1	9,6	12,1	3,7	3,8

Tabelul 4.15. Uniformitatea asigurării diferitor teritorii cu specialiști de același profil.

Denumirea IMS	Cardiologi		Endocrinologi		Pediatri		Chirurgi	
	FO	PF	FO	PF	FO	PF	FO	PF
SCM Balti	0,10	0,10	0,31	0,31	0,10	0,10	0,31	0,31
SR Edineț	0,19	0,19	0,19	0,19	0	0	0,29	0,38
SR Ocnița	0,30	0,30	0,30	0	0,15	0	0,75	0,60
SR Briceni	0,22	0,22	0,22	0	0	0	0,55	0,44
SR Dondușeni	0,34	0,34	0,34	0,34	0	0	0,34	0,34
SR Soroca	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,23	0,31
SR Drochia	0,25	0,17	0,17	0,17	0	0	0,08	0
SR Florești	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17
SR Rîșcani	0,23	0,23	0,23	0,23	0	0	0,23	0,23
SR Glodeni	0,13	0	0	0	0,26	0,26	0,26	0,26
SR Sîngerei	0,17	0,17	0,17	0,17	0,04	0,17	0,17	0,17
SR Fălești	0,17	0	0	0	0,17	0	0,35	0,17
SR Orhei	0,13	0,13	0,06	0,13	0,13	0,13	0,19	0,26
SR Șoldănești	0,37	0,37	0,37	0,37	0,18	0	0,37	0,37
SR Rezina	0,16	0	0,49	0,32	0	0	0,24	0,32
SR Telenești	0,24	0,24	0,24	0,24	0	0	0,36	0,24
SR Ungheni	0,13	0,13	0,20	0,27	0	0	0,27	0,27
SR Călărași	0,20	0,20	0,20	0,20	0	0	0,40	0,40
SR Nisporeni	0,14	0,28	0,14	0	0	0	0,42	0,57
SR Strășeni	0,31	0,18	0,18	0,18	0	0	0,58	0,36
SR Criuleni	0,25	0,17	0,08	0	0,17	0,17	0,25	0,17
SR Ialoveni	0,20	0,16	0,16	0,16	0	0	0,32	0,16
SR Anenii Noi	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0	0,19	0,19
SR Hîncești	0,08	0	0,12	0	0,25	0,16	0,33	0,16
S Carpineni	0	0	0	0	0,91	0,91	1,14	0,91
SR Cimișlia	0	0	0,15	0	0	0	0,15	0,29
SR Leova	0,18	0	0,27	0,36	0	0	0,54	0,73
SR Basarabeasca	0	0	0	0	0	0	0,58	0,58
SR Căușeni	0	0	0,20	0,20	0	0	0,29	0,20
SR Ștefan Vodă	0,22	0	0,28	0,22	0	0	0,45	0,45
SR Cahul	0,13	0,13	0,13	0,13	0,07	0	0,26	0,26
SR Cantemir	0	0	0,07	0	0	0	0,56	0,56
SR Taraclia	0	0	0,17	0	0,61	0,35	1,91	1,04
SR Comrat	0,20	0	0,20	0	0	0	0,20	0,20
SR Ceadâr-Lunga	0,23	0,23	0,23	0,23	0	0	0,35	0,47
SR Vulcănești	0	0	0	0	0,16	0	0,32	0,64

Tabelul 4.16. Numărul de vizite efectuate la un medic specialist, relatate la o persoană a teritoriului deservit

Denumirea IMS	Cardiologi	Endocrinologi	Pediatri	Chirurgi
SCM Balti	0,080	0,143	0	0,162
SR Edineț	0,182	0,082	0	0,157
SR Ocnița	0,145	0,191	0,074	0,288
SR Briceni	0,112	0,111	0	0,302
SR Dondușeni	0,157	0,117	0	0,192
SR Soroca	0,075	0,055	0,071	0,139
SR Drochia	0,150	0,081	0	0,071
SR Florești	0,050	0,081	0,088	0,079
SR Rîșcani	0,140	0,123	0	0,185
SR Glodeni	0,049	0	0,061	0,158
SR Sîngerei	0	0,105	0,046	0,082
SR Fălești	0,085	0	0	0,136
SR Orhei	0,109	0,047	0,114	0,084
SR Șoldănești	0,085	0,079	0,136	0,096
SR Rezina	0,109	0,136	0	0,121
SR Telenești	0,076	0,094	0	0,154
SR Ungheni	0	0,136	0	0,184
SR Călărași	0,004	0,044	0	0,186
SR Nisporeni	0,016	0,069	0,032	0,117
SR Strășeni	0,105	0,113	0	0,118
SR Criuleni	0,121	0,076	0,083	0,107
SR Ialoveni	0,109	0,050	0	0,233
SR Anenii Noi	0,139	0,143	0,034	0,181
SR Hîncești	0,076	0,077	0,143	0,180
S Carpineni	0	0	0,412	0,317
SR Cimișlia	0	0,054	0	0,132
SR Leova	0,032	0,148	0	0,276
SR Basarabeasca	0	0	0	0,275
SR Căușeni	0	0,111	0	0,186
SR Ștefan Vodă	0,094	0,087	0	0,209
SR Cahul	0,044	0,093	0,006	0,101
SR Cantemir	0	0,041	0	0,152
SR Taraclia	0	0,054	0	0,259
SR Comrat	0	0,079	0,061	0,193
SR Ceadâr-Lunga	0,087	0,110	0	0,277
SR Vulcănești	0	0,090	0,073	0,240

Tot din acest an a fost introdusă plata „retrospectivă per serviciu” în limitele bugetului contractat – pentru acoperirea cheltuielilor de alimentație și transport public de la/la domiciliu pentru tratamentul în faza intensivă, în condiții de ambulatoriu a persoanelor bolnave cu tuberculoză (caz nou și readmis), fără eliminări de *Micobacteria tuberculosis*.

Referitor la asistența medicală stomatologică, aici preponderent a fost utilizată plata „per capita”. Excepție a fost făcută doar pentru unele instituții din municipiul Chișinău, ținând cont de

specificul structurii prestatoare deja existente. Astfel, asistența medicală stomatologică copiilor se acordă într-o instituție separată - IMSP "Centrul Stomatologic Municipal de Copii", iar asistența medicală stomatologică în cazurile de urgență pe timp de noapte – de către IMSP "Centrul National Stiintifico-Practic Medicina de Urgenta". Aceste instituții sunt finanțate după metoda „ buget global”. Datorită acestui specific, tariful per capita pentru instituțiile medico-sanitare teritoriale din mun. Chișinău este mai mic decât cel pentru instituțiile din mun. Bălți și din raioanele Republicii Moldova.

Analiza metodelor de plată utilizate pentru procurarea serviciilor din AMU. După cum a fost menționat anterior, pentru perioada de demarare a AOAM, plata pentru serviciile AMU a fost bazată pe metoda "per solicitare". În anul 2005 aceasta a fost combinată cu bonificația pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță.

Pentru anul 2006 metoda de bază de contractare a AMU a fost schimbată de la „per serviciu” la cea „per capita”. Drept argumentare a acestei schimbări, pe de o parte, a servit atingerea unui nivel optim de acoperire a populației cu serviciile de AMU, iar pe de alta, faptul că acest serviciu urma obligatoriu să activeze non-stop și, prin urmare, suporta aceleași cheltuieli, indiferent de volumele de activitate prestate.

În scopul încurajării accesibilității și calității serviciilor prestate la nivel de AMU, dezvoltarea strategiei de procurare a fost făcută pe principiul combinării metodei de plată pasive per capita, cu metoda activă – bonificare pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate.

Au fost stabiliți următorii indicatori de performanță profesională a personalului medical:

Indicatorul 1. Accesibilitatea persoanelor asigurate la asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească. Criteriul de îndeplinire – efectuarea a cel puțin 250 solicitări la 1000 persoane asigurate afiliate stației zonale. Evaluarea indicatorului se efectua în baza datelor preluate din Registrul de evidență al solicitărilor asistenței medicale de urgență (F 109/e) și fișelor de solicitare a asistenței medicale de urgență (F 110/e). Prin metoda aleatorie se selectau nu mai puțin de 50% din numărul de substații (cu punctele de asistență medicală urgentă din componența lor). Numărul solicitărilor din cadrul stațiilor evaluate se raporta la numărul persoanelor asigurate contractate. Evaluarea indicatorului a fost cumulativă. În cazul când la momentul evaluării indicatorul nu a fost validat pentru trimestrul de referință, la raportarea îndeplinirii indicatorului pentru următoarele trimestre, indicatorul se valida și pentru trimestrele precedente.

Indicatorul 2. Divergențe între diagnosticul serviciului asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească și diagnosticul stabilit în secția internare a spitalului. Criteriul de îndeplinire – rata divergențelor sub 18% cu condiția prezentării a cel puțin 65 % cotoare din numărul de

pacienți transportați la spital. Selectarea substațiilor pentru evaluare din cadrul stațiilor zonale AMU se efectua prin metoda aleatorie, selectându-se nu mai puțin de 50% dintre ele. În substațiile selectate se verificau toate cotoarele. Lipsa diagnosticului serviciului AMU sau a secției de internare se considera ca divergență.

Indicatorul 3. Transmiterea solicitărilor în asistența medicală primară. Criteriul de îndeplinire – transmiterea pentru deservire și informare de către medicii de familie a 75% din solicitările efectuate. Evaluarea indicatorului se efectua conform datelor din Registrul de evidență a solicitărilor transmise în sectorul de medicină primară (formular 161/e).

Indicatorul 4. Lipsa reclamațiilor întemeiate în acordarea asistenței medicale.

Începând cu anul 2008 apare un indicator nou: Asigurarea stației zonale cu medici. Criteriul de îndeplinire – Asigurarea cu cel puțin 2,5 unități ocupate de medici la 10 000 populație a teritoriului deservit.

Deși pentru anul 2008, indicatorii de performanță au fost păstrați cei din perioada anterioară, criteriile de îndeplinire a acestor indicatori au suferit schimbări, astfel:

- Criteriul de îndeplinire pentru indicatorul privind accesibilitatea persoanelor asigurate la asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească a devenit - efectuarea a cel puțin 270 solicitări la 1000 persoane ale teritoriului deservit.

- Criteriul de îndeplinire a indicatorului privind divergența diagnosticului stabilit de serviciul de asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească prevedea că acesta trebuia să fie comparat cu diagnosticul clinic. Validarea indicatorului prevedea că rata coincidenței diagnosticului serviciului asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească și diagnosticul stabilit în secția internare a spitalului urma să fie nu mai mică de 80% cu condiția prezentării a cel puțin 90 % cotoare a foilor de însoțire a pacienților transportați la spital (F 144e) care au solicitat asistența medicală de urgență.

Evaluarea se efectua prin examinarea cotoarelor foilor de însoțire la fișa de solicitare a asistenței medicale de urgență (F 114/e), în care era stabilit diagnosticul serviciului de asistență medicală urgentă, diagnosticul secției de internare/departamentului medicina de urgență și diagnosticul definitiv spitalicesc. Suspiciunea stării de urgență, atunci când patologia de bază simula o altă patologie ce reprezenta indicație absolută pentru spitalizare și nu putea fi exclusă la etapa prespitalicească de medicul de urgență nu era considerată ca divergență. Diagnozele care constituiau o complicație (cu indicații de spitalizare) a unei afecțiuni de bază neidentificate și neindicate în diagnosticul clinic al serviciului AMU, de asemenea, nu erau considerate ca divergență de diagnostic.

- Criteriul de îndeplinire pentru indicatorul „Transmiterea solicitărilor în asistența medicală primară” prevedea transmiterea pentru informare și deservire de către medicii de familie a 90% din solicitările efectuate.

Schema de finanțare a AMU bazată pe combinația între plata per capita și bonificare pentru indicatorii de performanță este păstrată până în prezent, arătând rezultate satisfăcătoare de utilizare.

Îngrijiri medicale la domiciliu. Beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu sunt persoanele asigurate care suferă de maladii cronice în stadiu avansat (consecințe ale ictusului cerebral, maladii în fază terminală, fracturi de col femural, afecțiuni ale sistemului locomotor, cu dereglări funcționale grave etc.) și/sau după intervenții chirurgicale mari și care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medico-sanitară în vederea asigurării îngrijirilor medicale recomandate de medicul curant.

Îngrijirile medicale la domiciliu sunt contractate în cadrul AOAM începând cu anul 2006. Inițial metoda de plată a fost „per caz tratat”. Durata prevăzută a cazului era de 3 luni. Cazul prevedea efectuarea a 36 de vizite la domiciliu, câte 3 pe săptămână. Asigurarea cu medicamente, materiale sanitare (consumabile) necesare pentru efectuarea îngrijirilor medicale, se realizează din contul tarifelor cu care au fost contractate aceste servicii de către CNAM.

Această formă de finanțare a generat o serie de probleme:

- faptul că cazul se achită după finalizarea lui însemna că decontările puteau fi făcute doar peste 3 luni din momentul inițierii tratamentului;

- din cauza decesului pacienților, în cadrul multor cazuri nu se îndeplinea numărul prevăzut de vizite și ele nu puteau fi validate, însă pentru ele prestatorii duceau cheltuieli.

Cele menționate au impus modificarea metodei de procurare a îngrijirilor medicale la domiciliu, ea devenind - plata „per vizită”.

4.6. Concluzii la capitolul 4

1. 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.

2. Cercetarea impactului utilizării metodei de plată per capita în condițiile autohtone a scos la iveală o serie de manifestări nedorite ale acesteia, printre care:

- Sporirea neargumentată a numărului de persoane înscrise pe lista medicului de familie, care în doar doi ani a crescut cu 9,9% (de la 3,417 mil. în a. 2004, până la 3,756 mil. în a. 2006);

- 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 (34,92 lei în CS Colonița și 153,16 lei în CS Sărăteni).

- 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 ulterioare au arătat că, forma de plată menționată nu trebuie schimbată, ci se impune căutarea unor combinații de metode care ar diminua dezavantajele ei.

3. 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 deviat cu doar $\pm 0,1$ vizite în jurul nivelului de 2,8 vizite. 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, per caz tratat și a bonificației.

4. Modalitatea autohtonă de plată pentru indicatorii de performanță poate fi utilizată doar pentru sporirea accesului la serviciile medicale, iar pentru atingerea rezultatelor scontate ale nivelului stării de sănătate a populației este necesară implementarea unor mecanisme de plată în alt format.

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. 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.

7. Metoda per capita nu este o metodă eficientă de apreciere a sumei-limită pentru prescrierea medicamentelor compensate, deoarece principalii utilizatori de medicamente sunt distribuiți neuniform atât între teritorii, cât și între instituțiile medicale. Ponderea principalelor contingente de consumatori a medicamentelor compensate a variat în următoarele limite: gravide 0,51% - 2,66%; copii cu vârsta 0-5 ani 1,03% - 6,23%; bolnavi cu HTA 4,73% - 26,49%; bolnavi cu diabet zaharat de tip II insulinoindependent 0,98% - 6,14%; bolnavi cu afecțiuni psihice (schizofrenie și epilepsie) 0,31% - 2,12%.

8. 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, ceea ce creează premise pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale acordate în cadrul asistenței medicale primare.

Astfel, 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.

9. În cadrul AMSA, versiunea actuală de utilizare a formei de plată per capita nu asigură o finanțare 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).

10. 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 CONTRACTAREA ASISTENȚEI SPITALICEȘTI

5.1. Aspectele de contractare a sectorului spitalicesc prin metoda "per caz tratat pe profil"

Odată cu implementarea asigurărilor medicale obligatorii, metoda de rambursare a serviciilor spitalicești a devenit plata în baza cazului tratat. Mecanismul prevedea că în contract se specifică: profilurile contractate, numărul de cazuri tratate pe fiecare profil, costul mediu al cazului tratat pe profil, suma contractului pe fiecare profil și suma totală a contractului. Drept criteriu al evaluării contractului servea îndeplinirea numărului contractat de cazuri tratate. Plățile se efectuau în limitele plafonate de contract. Pe fiecare profil, cazurile prestate peste media trimestrială de cazuri contractate se redistribuiau pentru achitare în trimestrele cu cazuri realizate sub medie.

Inițial, metoda de finanțare pe caz tratat a fost utilizată ca monometodă de finanțare pentru întreaga activitate spitalicească. La scurt timp după aceasta s-au văzut unele neajunsuri legate de această schemă, printre care:

- O serie de activități spitalicești nu aveau atribuție la cazul tratat și, prin urmare, includerea acoperirii lor în tariful cazului tratat nu era argumentată.
- Estimarea costului mediu al cazului tratat pentru profilurile cu DMS de lungă durată a fost relativă, ținând cont de variațiile mari ale numărului de zile de spitalizare în cazuri concrete.
- Costul tratamentului oferit la nivelul secțiilor de internare, pentru pacienții ulterior nespitalizați, urma să fie acoperit din sursele parvenite pe urma prestării tratamentului pacienților spitalizați.
- În spitalele republicane, din costul cazurilor tratate se menținea secția consultativă, deși la nivelul acesteia se presta asistență specializată de ambulatoriu.

Pentru înlăturarea acestor neajunsuri, a fost propus:

1. Divizarea unităților de estimare a volumului de asistență medicală prestată de spitale în modul următor:
 - a) Pentru asistența prestată în secțiile curative cu DMS de scurtă durată – cazul tratat;
 - b) Pentru asistența cu DMS de lungă durată – ziua-pat specificată pe profil.
2. Contractarea separată a secțiilor de internare, inițial după metoda buget global, cu dezvoltarea paralelă a unui sistem de plată în baza "serviciului prestat specificat pe tipuri de complexitate".
3. Contractarea separată a secțiilor consultative a IMS republicane după metoda buget global.
4. Contractarea separată a secțiilor de hemodializă după metoda "buget global", estimat în baza numărului de ședințe prestate în perioada precedentă contractării.

Acțiuni de corecție a acestor curențe au demarat în anul 2005, prin contractarea separată pe baza metodei buget global a secțiilor de internare, secțiilor consultative ale spitalelor republicane și a secțiilor de hemodializă.

Un alt aspect al activității noastre a ținut de optimizarea spectrului de profiluri în baza cărora se efectuau plățile pentru serviciile prestate [35]. Inițial, profilurile au fost formate pe baza „Nomenclatorului unificat al profilurilor patului”, elaborat de Centrul Științifico-Practic de Sănătate Publică și Management Sanitar. Cu timpul s-au făcut vizibile neajunsurile spectrului de profiluri formate conform acestui nomenclator, astfel au avut loc următoarele:

1. Disproporții mari între costurile cazurilor în cadrul aceluiași profil, ceea ce ducea la neobiectivitatea tarifului mediu.

2. Nivelul de detalizare a profilurilor nu prevedea diferențe de cost pentru spitalele care au fost obligate să trateze "cazuri grave". Astfel, defavorizate s-au dovedit a fi spitalele specializate, care tratau pacienți cu infarct miocardic, dereglări cerebro-vasculare acute etc.

3. Profilurile au fost apreciate doar pentru subdiviziunile care completau fișa statistică a persoanei externate din staționar. Cheltuielile altor structuri urmau a fi distribuite între subdiviziunile menționate, însă realizarea practică a acestei prevederi întâlnea greutăți considerabile.

Disproporțiile mari între costurile diferitor cazuri în cadrul aceluiași profil au fost determinate de faptul că divizarea profilurilor a avut la bază principii exclusiv medicale. Însă odată cu implementarea AOAM se cerea trecerea la o divizare asemănătoare nu din punct de vedere al caracterului patologiilor, ci din punct de vedere al costurilor îngrijirilor necesare tratamentului patologiilor incluse în grup. Imperativ al timpului a devenit divizarea profilurilor pe principii medico-economice. Modelul urma să fie organizat astfel încât costul fiecărui caz din interiorul grupului maximal să tindă către tariful mediu pe grup.

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 acele timpuri, implementarea unor mecanisme atât de complicate nu putea fi făcută. Această opinie noi am expus-o în mai multe articole științifice scrise pe parcursul anilor 2004-2006 [35, 37, 47], 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.

Pe baza celor expuse, noi am elaborat principiile de formare a grupurilor de cazuri tratate, care puteau fi utilizate în condițiile sistemului de sănătate existent pe atunci în Republica Moldova. Unul dintre principii prevedea că formarea grupurilor de cazuri tratate urma să se bazeze pe o realitate anterior existentă – grupurile formate în baza profilurilor secțiilor spitalicești pe parcursul anilor 2004–2005. În cadrul acestor profiluri trebuia făcută divizarea unor profiluri noi, pe principii medicale, dar care ar avea diferență esențială de cost a patologiilor întâlnite. Ulterior, profilurile formate urmau să fie divizate în grupuri de cazuri tratate pe baza neuniformității complexității cazurilor întâlnite în interiorul acestora. Sistemul nou de clasificare urma să prevadă lipsa legăturii dintre nivelul spitalului și tariful pentru complexitatea cazurilor, deoarece, pe acele timpuri, toate instituțiile republicane au fost considerate prestatori de asistență medicală terțiară, cele municipale – secundară etc, realitatea însă fiind alta. 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. Conform principiilor noi, pentru faptul că spitalul de grad terțiar a rezolvat un caz de „nivel raional”, el urma să fie remunerat respectiv acestui nivel de complexitate. 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, când pentru instituțiile medico-sanitare raionale, în limitele profilurilor „chirurgie” și „obstetrică și ginecologie”, au fost făcute următoarele modificări [37]:

a) Profilul obstetrică și ginecologie a fost divizat în trei profiluri separate: naștere, patologia gravidității și ginecologie;

b) Profilul chirurgie a fost divizat în trei grupuri de cazuri tratate: chirurgie I – caz chirurgical neoperat; chirurgie II – caz chirurgical operat; traumatologie.

În anul 2007, profilul nou-format "naștere", la rândul său, a fost divizat în patru grupuri de cazuri tratate [47]:

- 1) Naștere I – naștere de competența centrului perinatologic de nivelul I;
- 2) Naștere II – naștere de competența centrului perinatologic de nivelul II;
- 3) Naștere III – naștere de competența centrului perinatologic de nivelul III;
- 4) Naștere IV – naștere distocică, naștere asociată cu preeclampsie formă severă, eclampsie, hemoragie masivă la naștere (mai mult de 1000 ml) sau alte cazuri de complicații, validate de către Expertiza Medicală a CNAM.

Ținând cont de faptul că odată cu divizarea grupurilor de nașteri a devenit imposibilă plafonarea argumentată a numărului de cazuri pe fiecare grup, a fost elaborat un mecanism nou de evaluare a îndeplinirii condițiilor contractuale, conform căruia în contract se specificau: suma contractuală pe profil; grupurile de cazuri tratate acceptate pentru profilul respectiv; tariful mediu al grupului de cazuri tratate, iar drept criteriu de îndeplinire a contractului a devenit suma contractuală.

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. Rezultatele pot fi văzute în tabelul 5.1.

Tabelul 5.1. Evoluția principalilor indicatori de activitate a spitalelor pe fondul finanțării pe caz tratat pe profil

Anul	Nivel spitalizare la 1000 locuitori	Inclusiv la bolnavi asigurați	Durata medie de spitalizare	Letalitatea intraspitalicească	Nr mediu zile-pat exploatate pe an	Ponderea utilizării patului	Rotația patului
2004	163	166	10	1,1	241	75,4	25
2005	165	185	10	1,2	259	80,9	26
2006	167	186	10	1,2	269	84,1	27
2007	172	190	10	1,2	277	86,6	28
2008	178	204	10	1,2	286	89,5	29
2009	180	214	10	1,2	281	87,9	29
2010	181	244	10	1,2	280	87,4	29
2011	185	237	9	1,1	284	88,7	30
2012	183	249	9	1,2	281	87,7	30

Datele din tabel arată 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‰ până la 249‰. 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 conform chestionarului prezentat în Anexa 1. 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 5.2

Tabelul 5.2. 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	%
1	Au considerat benefică trecerea la mecanismul de plată pe Caz Tratat pe Profil pentru procurarea serviciilor spitalicești	91,5%
2	Numărul de instituții în care a avut loc majorarea numărului de cazuri prestate	100%
3	Consideră că acesta este rezultatul influenței metodei de plată	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	52,5%
5	DMS a avut tendința să descrească	81,4%
6	Consideră că diminuarea DMS a influențat negativ asupra calității serviciilor prestate?	6,8%
7	Apreciază pozitiv fenomenul de descreștere a DMS pe țară	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 [49].

Studiile efectuate au arătat că una dintre problemele importante ale sistemului de plată pe caz tratat pe profil a fost tendința din partea prestatorilor de a supraîmplini condițiile contractuale. Aceasta a impus necesitatea elaborării unor mecanisme de menținere sub control a productivității lor. În scopul reducerii stimulentei pentru depășirea volumelor contractate de servicii spitalicești, au fost analizate următoarele mecanisme:

- *Sistemul de puncte cu cost variabil.* În cadrul lui tarifele se stabilesc în puncte, iar costul unui punct variază în dependență de volumul de activitate efectuat, astfel încât valoarea totală a punctelor acumulate să fie egală cu suma prevăzută de contract. În urma acțiunii acestui mecanism, cu cât mai mare este surplusul de cazuri prestate, cu atât mai mic este tariful cazului tratat. Aspectul pozitiv îl constituie încadrarea în sumele contractate, indiferent de mărimea supraîmplinirii condițiilor contractuale. Drept aspect negativ poate fi considerat faptul că mecanismul nu admite situația unei depășiri argumentate a volumelor programate.

- *Plata supravolumului după un tarif mai mic.* Cazurile de supravolum sunt acceptate spre plată, dar tariful de achitare a lor se află sub cel mediu pe profil. Acest tarif poate varia esențial, fiind posibile atât valori absolut simbolice, cât și unele proporții fixe ale tarifului mediu. Aspectul pozitiv îl constituie posibilitatea de restituire a cheltuielilor (preponderent costurilor variabile) spitalului în cazul depășirii argumentate a volumelor programate. Însă acest mecanism este periculos în cazul depășirii considerabile a condițiilor contractuale. În plus, pentru plătitor el face problematică estimarea sumei care trebuie rezervată.

- *Plata regresivă.* Acest mecanism prevede o dependență invers proporțională între gradul de depășire a volumelor contractate și valoarea tarifului cazului tratat.

Schema propusă a plății regresive a avut următoarea formă:

- pentru depășirea sumei contractului pe profil cu până la 5%, tariful pentru surplusul de cazuri prestate constituie 40% din tariful mediu al cazului tratat;

- pentru depășirea 5-10% - tariful constituie 20% din cel mediu pe profil;

- pentru depășirea 10-20% - tariful constituie 10% din cel mediu pe profil;

- pentru depășirea 20-40% - tariful constituie 5% din cel mediu pe profil;

iar depășirile peste 40% nu se achită.

În linii generale, acest mecanism a apărut în rezultatul combinării primelor două, pentru că plata cazurilor supracontract se efectuează după un tarif mai mic ca cel mediu pe profil, iar costul tarifului variază în dependență de volumul de activitate efectuat. Ulterior mecanismul menționat a fost introdus în criteriile de contractare a spitalelor.

Plata pe caz tratat pe profil a fost utilizată în Republica Moldova până la finele anului 2012. Pe parcursul acestei perioade, ținând cont de faptul că în majoritatea sa plățile nu erau

corelate cu costurile asociate tratamentelor și cu realizarea unor indicatori specifici de performanță și calitate, putem concluziona că resursele nu au fost alocate în bază de performanță realizată.

5.2 Argumentarea necesității trecerii în Republica Moldova la sisteme de finanțare bazate pe DRG. Stabilirea modelului de clasificare a grupurilor de cazuri tratate.

Principalul dezavantaj al sistemului de plată pe caz tratat pe profil I-a constituit faptul că el permitea disproporții mari între costurile diferitor patologii care se întâlneau în cadrul aceleiași 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, participanți la Conferința științifico-practică “Probleme actuale ale managementului financiar din sistemul de sănătate” (Chișinău, 2009) și Policy Round Table on implementing the hospital master plan in the Republic of Moldova (Chișinău, 2011), părerea cărora a coincis asupra necesității trecerii la mecanisme de contractare orientate pe rezultat și bazate pe metode de rambursare de tip DRG.

Sistemul grupelor de diagnostice (DRG) este o schemă de clasificare a pacienților externăți în funcție de diagnostic, care permite de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate. Grupele de diagnostice au două caracteristici esențiale: *omogenitatea clinică* – într-un anumit DRG cazurile sunt asemănătoare din punct de vedere clinic; și *omogenitatea costurilor* – fiecare DRG conține cazuri ce necesită un consum asemănător de resurse [155, 165, 167, 216, 250].

Experiența internațională ne arată că, fiind implementate corect, sistemele de plată bazate pe DRG duc la:

- Îmbunătățirea modului de furnizare a serviciilor de sănătate în termeni de calitate, acces și eficiență;
- Înțelegerea tipului de pacienți tratați și a resurselor necesare pentru tratament;
- Distribuirea obiectivă și echitabilă a resurselor, reieșind din faptul că banii sunt direct legați de tipul și volumul de pacienți tratați;
- Existența unui mecanism de monitorizare și îmbunătățire a calității serviciilor și furnizarea acestora în cele mai potrivite instituții;
- Apariția unor stimulente pentru a reduce ineficiența și risipa;
- Disponibilitatea informațiilor pentru manageri în procesul de luare a deciziilor ș.a. [119, 143, 251].

Elaborarea desinestătătoare a propriilor sisteme de clasificare este un proces extrem de complicat și costisitor, mai ales în vederea mentenanței acestuia pentru a corespunde permanentelor schimbări în cerințe.

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. O întrebare importantă în acest sens a fost care model DRG urma a fi “împrumutat”.

Pentru a alege sistemul potrivit a fost necesară o analiză a situației existente, care ar da răspuns la următoarele întrebări:

- Ce anume se urmărește prin introducerea și utilizarea sistemului DRG?
- Care dintre sistemele existente reflectă mai bine practica medicală și consumul de resurse autohtone?
- Care sistem se potrivește mai bine cu modalitatea în uz de codificare a diagnosticelor și procedurilor?
- Ce resurse sunt disponibile la nivelul sistemului de sănătate (personal, instituții etc.)?
- Care sunt resursele financiare disponibile pentru a cumpăra și a menține sistemul de clasificare?

La momentul cercetării, lideri în utilizare erau sistemele: American - HCFA DRG și Australian - AR DRG. Deși aceste sisteme au origini comune, totuși ele au diferențe majore în abordarea clasificării procedurilor și definirii gradelor de severitate.

În urma analizei acestor două sisteme, au fost stabilite următoarele:

- Sistemul HCFA DRG utilizează codificarea diagnosticelor 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 diagnosticelor 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 gruper australian acreditați de către Guvernul Australiei, care sunt dispuși să ofere soluții software la costuri foarte reduse.

Argumentele expuse au servit drept temei pentru selectarea modelului de clasificare AR DRG în calitate de element al sistemului autohton de finanțare a spitalelor, bazat pe complexitatea cazului tratat. În iunie 2012, autoritățile din Moldova au semnat Acordul de Licență cu Guvernul Australiei, document care a oferit dreptul la utilizarea versiunii a șasea a aplicației australiene de grupare a cazurilor tratate.

Sistemul de clasificare AR DRG este reprezentat printr-un manual de definiții al grupelor de diagnostice, care cuprinde un lanț de decizii logice pe baza datelor clinice ale fiecărui caz. Cu acest manual se poate realiza gruparea pacientului externat, plecând de la datele lui clinice și demografice, prin aplicarea unui algoritm logic cu pași decizionali prestabiliți.

Procesele expuse sunt foarte complicate, schema de atribuire având particularități pentru multe dintre grupurile DRG. Din aceste considerente, deși clasificarea poate fi făcută direct pe baza manualului menționat, la prelucrarea masivelor mari de date se recurge la utilizarea unui sistem informațional numit gruper. Gruperul este o aplicație informatică ce transpune algoritmul de grupare din manualul de definiții DRG în formă electronică și ca rezultat trimite automat fiecare pacient externat, în funcție de datele din fișa sa electronică, într-un singur grup DRG.

Conceptul de formare a grupurilor de diagnostice este redat în figura 5.1.

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

Editările clinice sunt folosite pentru a valida toate codurile de diagnostice și proceduri în termenii ICD-10 și, de asemenea, în termenii vârstei și sexului pacientului. Diagnosticul principal este verificat dacă corespunde cerințelor față de acest tip de diagnostice.

La etapa a doua, gruperul alocă fiecare episod de îngrijiri unei Categoriei majore de diagnostic (CMD). Aceste categorii se bazează, în general, pe un sistem anatomic, funcțional sau pe o etiologie care este asociată cu o anumită specialitate medicală. AR-DRG cuprinde 23 Categoriei Majore de Diagnostice. De obicei, stabilirea CMD este efectuată pe baza diagnosticului principal, însă sunt excepții când un episod poate fi alocat unui CMD în cursul procesării pre-CMD. Acest tip de procesare identifica DRG-urile cu costuri extrem de mari. Dacă un episod nu poate fi alocat unui CMD, el este considerat negrupabil.

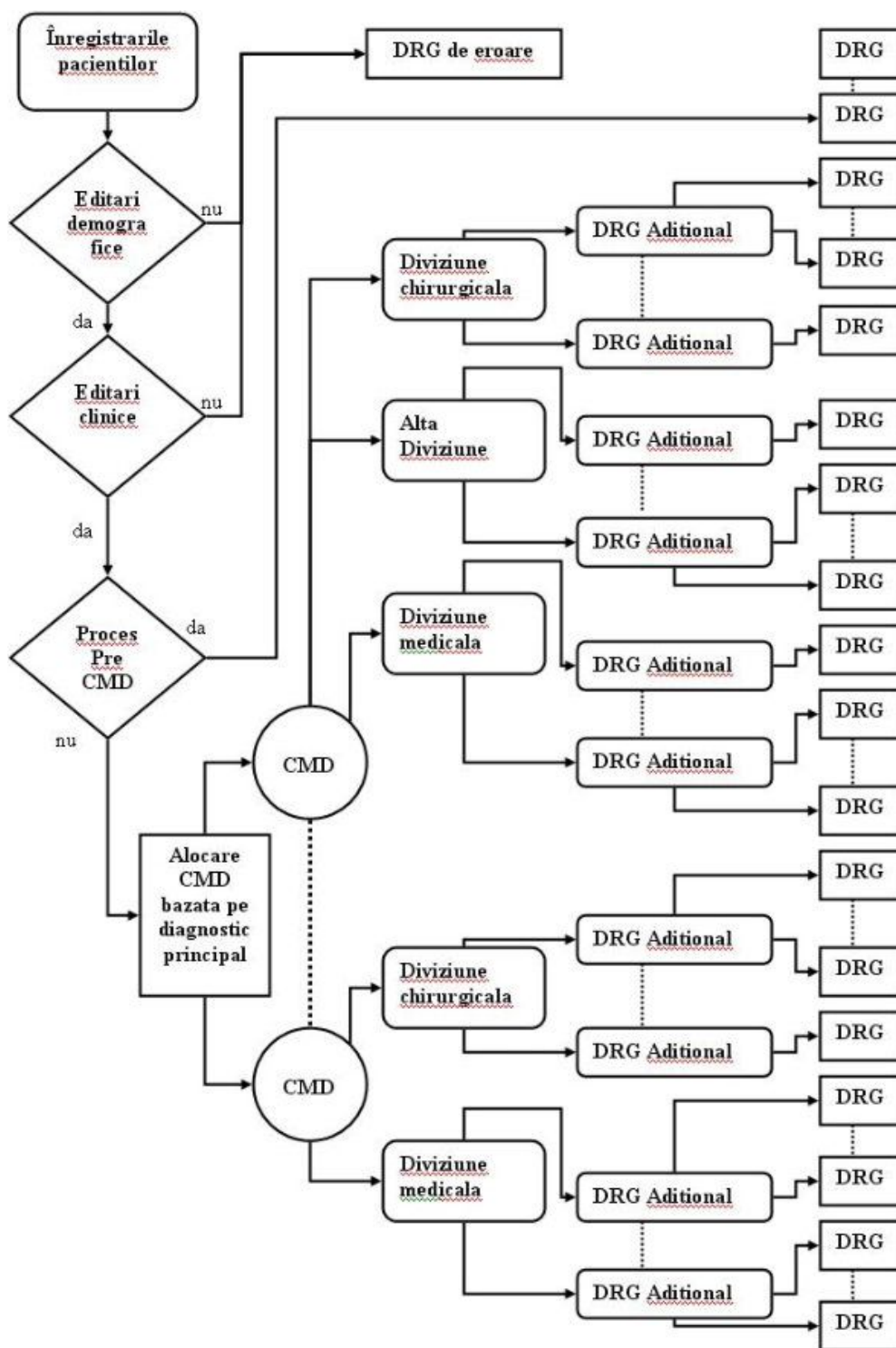


Fig. 5.1. Algoritmul de atribuire a cazului tratat la grupul de diagnostice.

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

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

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

- dacă un episod nu include nici o procedură, acesta este alocat unei diviziuni medicale.

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

Deoarece consumul de resurse poate fi foarte diferit în dependență de prezența comorbiditatilor și dezvoltării complicațiilor în timpul episodului de îngrijiri, următorul pas al grupării cazurilor (etapa 5) prevede diferențierea DRG-urilor adiacente pe nivele, în dependență de severitatea bolii. Cu acest scop a fost introdusă noțiunea de „cod CC”- complicații și/sau comorbidități. Codurile CC sunt diagnostice adiționale care determină un consum semnificativ mai mare de resurse. În AR DRG, sunt recunoscute ca CC aproximativ 3000 coduri de diagnostice.

Gruperul alocă un nivel de severitate fiecărui cod CC pe care îl întâlnește într-o înregistrare a pacientului. Pentru a calcula severitatea bolii pacientului, este folosit un algoritm numit nivelul complexității clinice a pacientului. Acest algoritm prevede două noțiuni: nivelul complexității diagnosticului (NCD) și nivelul complexității cazului (NCC). Ambele pot primi valori de la 0 la 4, astfel:

NCD = 0- codul nu este o complicație/comorbiditate

NCD =1 - codul este o complicație/comorbiditate minoră;

NCD =2 - codul este o complicație/comorbiditate moderată;

NCD =3 - codul este o complicație/comorbiditate severă;

NCD =4 - codul este o complicație/comorbiditate catastrofală;

Valoarea NCD se apreciază pentru fiecare cod CC valid, prin urmare în cadrul unui caz tratat pot fi întâlnite mai multe NCD. În urma efectului cumulativ al complicațiilor și comorbidităților în cadrul fiecărui caz tratat se calculează Nivelul complexității cazului (NCC). Dacă există o singură CC se setează $NCC=NCD$ maxim, iar dacă există mai mult de o CC se setează $NCC= NCD$ maxim+1

Valorile NCC pot fi:

0 = caz fără CC;

1 = caz cu CC minore;

2 = caz cu CC moderate;

3 = caz cu CC severe;

4 = caz cu CC catastrofale.

La ultima etapă are loc alocarea propriu-zisă a cazului tratat către un grup DRG care are un cod numeric. Sistemul de numerotare al grupurilor DRG prevede că fiecare cod este format din 4 caractere organizate pe modelul 'ADDS', unde:

A - indică categoria majoră de diagnostic. Se folosesc diferite litere ale alfabetului pentru a arăta semnificația grupului larg la care aparține DRG-ul;

DD - identifică DRG-ul adiacent din cadrul respectivei CMD și partiția în care acesta este alocat. Grupurile care încep cu aceeași literă și au aceleași numere DD, se referă la același DRG adiacent. Pentru ca al doilea și al treilea caracter al fiecărui număr AR-DRG să poată fi folosit în identificarea diviziunii de care aparține DRG-ul adiacent, sunt stabilite trei intervale de numere (de la 01 până la 39, de la 40 până la 59 și de la 60 până la 99), care indică respectiv diviziunile: chirurgicală, alta și medicală.

S : separă DRG –urile din cadrul unui grup adiacent în funcție de consumul de resurse, după cum urmează:

A : cel mai mare consum de resurse;

B : al doilea cel mai mare consum de resurse;

C : al treilea cel mai mare consum de resurse;

D : al patrulea cel mai mare consum de resurse;

Z : fără separare în funcție de consumul de resurse.

Pentru a vedea cum indicatorul consumului de resurse influențează costul cazului prestat, a fost studiată diferența valorilor relative (VR) pentru DRG-urile adiacente a cinci grupuri ADRG selectate aleatoriu. Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelul 5.3.

Observăm că în cadrul ADRG:

- B70 Accident vascular cerebral și alte tulburări vasculare cerebrale, grupul cu cel mai mare consum de resurse are $VR = 5,6567$, pe când grupul cu cel mai mic consum de resurse are $VR = 0,3125$, ceea ce constituie o diferență de 1810%.

- E74 Boala interstițială pulmonară, grupul cu cel mai mare consum de resurse are $VR = 1,7018$, iar grupul cu cel mai mic consum de resurse are $VR = 1,1171$, ceea ce constituie o diferență de 152,3%.

- F65 Tulburări vasculare periferice, grupul cu cel mai mare consum de resurse are $VR = 1,7707$, iar grupul cu cel mai mic consum de resurse are $VR = 0,7126$, ceea ce constituie o diferență de 248,5%.

- H64 Tulburări ale tractului biliar, grupul cu cel mai mare consum de resurse are VR = 1,0543, iar grupul cu cel mai mic consum de resurse are VR = 0,4596, ceea ce constituie o diferență de 229,4%.

- P67 Nou-născut cu greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, grupul cu cel mai mare consum de resurse are VR = 2,4788, pe când grupul cu cel mai mic consum de resurse are VR = 0,1870, ceea ce constituie o diferență de 1325%.

Tabelul 5.3. Diferența valorilor relative ale grupurilor DRG în cadrul grupurilor ADRG (B70, E74, F65, G12 și P67)

ADRG	DRG	Denumire Grup	VR
B70	B70A	Accident vascular cerebral și alte tulburări vasculare cerebrale cu CC catastrofale	5,6567
	B70B	Accident vascular cerebral și alte tulburări vasculare cerebrale cu CC severe	2,6382
	B70C	Accident vascular cerebral și alte tulburări vasculare cerebrale fără CC catastrofale sau severe	1,5895
	B70D	Accident vascular cerebral și alte tulburări vasculare cerebrale, decedat sau transferat < 5 zile	0,3125
E74	E74A	Boala interstițială pulmonară cu CC catastrofale	1,7018
	E74B	Boala interstițială pulmonară cu CC severe sau moderate	1,1171
	E74C	Boala interstițială pulmonară fără CC	0,7466
F65	F65A	Tulburări vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1,7707
	F65B	Tulburări vasculare periferice fără CC catastrofale sau severe	0,7126
H64	H64A	Tulburări ale tractului biliar cu CC	1,0543
	H64B	Tulburări ale tractului biliar fără CC	0,4596
P67	P67A	Nou-născut cu greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme multiple majore	2,4788
	P67B	Nou-născut cu greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme majore	1,1236
	P67C	Nou-născut cu greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu alte probleme	0,4847
	P67D	Nou-născut cu greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, fără probleme	0,1870

În concluzie, reieșind din logica atribuirii cazului la grupurile DRG și influența comorbidităților și complicațiilor asupra valorilor relative ale grupurilor, metoda de plată bazată pe DRG reflectă considerabil mai corect consumurile spitalicești pentru prestarea cazului tratat în comparație cu modelul de finanțare pe "caz tratat pe profil" utilizat în Republica Moldova.

5.3 Elaborarea componentelor sistemului de contractare bazat pe complexitatea cazului pentru Republica Moldova.

Preluarea gruperului AR DRG care funcționează cu succes în multe țări ale lumii a scutit Republica Moldova de greutățile legate de elaborarea unui asemenea sistem, însă aceasta nu a însemnat o reușită automată a reformei de finanțare a sectorului spitalicesc. Pentru ca noul sistem de plată să funcționeze, a mai fost necesară o implementare corectă a acestuia, problemă greu de rezolvată, ținând cont de complexitatea mecanismelor puse la bază și cerințele stricte pentru buna funcționare a lor. Pregătirea către implementarea sistemului DRG a necesitat elaborarea unor componente ale sistemului de finanțare bazat pe complexitatea cazului, care ar satisface cerințele gruperului AR DRG și ar fi viabile pentru Republica Moldova. În acest scop au fost necesare:

- Stabilirea sistemului de codificare a morbidității clinice a pacientului, fapt ce necesită 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. Ca rezultat - elaborarea unui set de valori relative care ar exprima complexitatea cazurilor prestate.
- 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.

Stabilirea sistemului de Codificare. Codificarea este un proces de alocare pentru un diagnostic sau pentru o procedura a unei valori unice, pentru a putea realiza analize statistice. Sistemul de codificare a diagnosticelor și procedurilor este o componentă crucială a sistemului

de clasificare, având în vedere că principalele informații necesare grupării pot fi disponibile doar în rezultatul „traducerii standardizate” a situației clinice a pacientului într-un sistem de coduri specifice ușor de folosit pentru sistemul informațional.

Evaluarea codificării datelor clinice în spitalele din Republica Moldova a relevat că aceasta se efectua doar pentru diagnosticele principale, fiind aplicată o codificare morfopatologică de trei cifre, utilizând codificarea CIM-10 a OMS. Această codificare, chiar dacă satisfacea cerințele internaționale de raportare, totuși era limitată, deoarece grupa pacienții în blocuri prea mari de maladii, fără un diagnostic de finețe. Spitalele codificau doar diagnosticul principal, pe când diagnosticele secundare nu se codificau. O situație și mai tristă a fost în domeniul codificării procedurilor. Intervențiile chirurgicale se codificau conform unei liste scurte, per aparat și sisteme, iar procedurile nechirurgicale în general nu se codificau. În concluzie, nivelul de codificare, existent în Republica Moldova, până în anul 2012 a fost insuficient pentru a susține utilizarea mecanismelor de finanțare în bază de complexitate a cazului tratat.

În scopul ameliorării situației privind sistemul de codificare au fost elaborate o serie de reguli, importante pentru cuantificarea activității spitalului. În primul rând, acestea au ținut de definirea noțiunilor de diagnostic și procedură, deoarece anume combinația acestora alocă pacienții în grupurile DRG.

Conform regulilor stabilite, diagnosticele pot fi: a) principal și b) secundare.

Diagnosticul principal este diagnosticul considerat ca fiind principalul responsabil de internarea pacientului, considerat la momentul externării lui din spital. În cazul existenței mai multor diagnostice care corespund rigorilor menționate, drept diagnostic principal urmează a fi considerat acel diagnostic, care este responsabil de cel mai mare consum de resurse. Drept diagnostic principal poate fi considerată cauza pentru care se face o internare motivată de un simptom sau sindrom. Când cauza unui simptom de boală nu poate fi stabilită, în calitate de diagnostic principal poate fi notat însuși simptomul de boală.

Diagnosticele secundare sunt diagnosticele care fie coexistă cu diagnosticul principal la momentul internării (comorbidități), fie apar în timpul episodului de boală (complicații). Complicația este afecțiunea ce apare pe parcursul episodului de boală, determinată de una dintre afecțiunile preexistente sau de îngrijirile primite de pacient. Complicația este caracterizată prin modificări fiziopatologice care, în mod normal, nu apar la boala respectivă sau apar în mai puțin de 10% din cazuri.

Fiecărui episod de boală trebuie să-i corespundă un singur diagnostic principal și, posibil, unul sau mai multe diagnostice secundare. Pentru a fi utilizate în scopuri statistice, diagnosticele necesită a fi codificate, urmând următoarele reguli:

- Se codifică ca diagnostic principal afecțiunea pentru care pacientul a fost internat în spital, celelalte afecțiuni fiind trecute la diagnosticele secundare, dacă pentru ele se consumă resurse sau ele pot influența durata de internare.

- Dacă în cursul episodului de spitalizare pentru o anumită afecțiune apare o altă afecțiune majoră, care nu este complicație sau comorbiditate a afecțiunii de bază (și pentru care se consumă cele mai multe resurse), aceasta afecțiune se selectează ca diagnostic principal.

- O complicație a motivului de internare (fie ea a tratamentului sau diagnosticului) nu va fi niciodată aleasă ca diagnostic principal, indiferent de nivelul consumului de resurse asociat.

- Diagnosticele anterioare care nu au legături cu episodul actual de spitalizare, se codifică numai dacă introduc o notă de nesiguranță asupra diagnosticului principal sau pot influența într-un sens nefavorabil boala pentru care bolnavul este internat.

- Dacă în același timp coexistă un diagnostic acut și unul cronic, inițial se codifică forma acută și apoi cea cronică.

- Semnele care sunt cuprinse în procesul patologic nu se codifică.

- Examenle de laborator, radiologice, funcționale, etc., care nu au semnificație clinică nu se codifică.

În cadrul sistemelor DRG, la formarea complexității cazului tratat, în afară de diagnosticele stabilite participă și procedurile efectuate.

Procedura este o intervenție medicală efectuată asupra pacientului, cu scop diagnostic sau terapeutic. Noțiunea de procedură include explorările funcționale, investigațiile radiologice, intervențiile chirurgicale, procedurile de îngrijire, etc. O intervenție clinică este definită ca o procedură, în cazul în care ea este de natură chirurgicală, poartă un risc procedural, poartă un risc anestezic sau cere o pregătire de specialitate.

Pentru a participa la estimarea complexității cazului tratat, procedurile, la fel ca și diagnosticele, urmează a fi codificate. Codificarea procedurilor, acolo unde este posibil, trebuie să reflecte resursele utilizate. În acest scop trebuie să fie codificate toate procedurile semnificative efectuate din momentul internării până la externare, legate atât de tratament, cât și de diagnostic. Procedurile care sunt de natură chirurgicală trebuie să fie codificate întotdeauna, ele influențând semnificativ complexitatea cazului. La codificarea procedurilor trebuie de ținut cont de următoarele reguli:

- Procedurile multiple sau bilaterale în timpul unui episod de îngrijiri trebuie să fie codificate de câte ori sunt efectuate, dar nu se codifică procedurile incluse în alte proceduri mai complexe.

- Transfuziile se codifică ori de câte ori se efectuează, dar fiecare tip de transfuzie se codifică o singură dată, codul fiind urmat de numărul de efectuări.

- Procedurile de rutină, repetitive, care se efectuează pentru majoritatea pacienților, în mod normal nu se codifică. Excepție de la această regulă fac procedurile care se efectuează sub anestezie.

- Dacă o procedură este efectuată endoscopic și nu există nici un cod care să cuprindă atât endoscopia, cât și procedura, atunci urmează a fi codificate ambele proceduri.

- Procedurile pediatrice pot fi codificate doar pentru pacienții internați având vârsta mai mică de 16 ani (dacă Lista Tabelară de proceduri nu indică o altă situație).

Este nevoie de menționat că urmează să fie codificate numai procedurile efectuate (finalizate), și nu cele nefinalizate sau întrerupte.

În cadrul codificării procedurilor este nevoie de respectat următoarea ordine:

1. Procedură efectuată pentru tratamentul diagnosticului principal;
2. Procedură efectuată pentru tratamentul unui diagnostic secundar;
3. Procedură de diagnostic/explorare legată de diagnosticul principal;
4. Procedură de diagnostic/explorare legată de un diagnostic secundar.

Elaborarea sistemului de colectare și raportare a datelor. Disponibilitatea datelor oportune, exacte și complete este, de regulă, problema cea mai importantă în proiectele de dezvoltare a sistemelor Case–Mix. Colectarea coerentă a datelor asigură o bază solidă pentru eventuale analize și evaluări ale activității la nivelul spitalului. Erorile în culegerea și raportarea datelor generează clasificarea eronată a pacienților, interpretări greșite ale rezultatelor activității clinice și, în final, alocarea incorectă a fondurilor pentru finanțarea spitalelor. Din păcate, datele potrivite nu sunt întotdeauna ușor disponibile. În multe cazuri nu există infrastructură pentru susținerea adecvată a eforturilor de colectare a datelor.

Privind situația din Republica Moldova, trebuie de menționat că către anul 2012 nu existau cerințe unice pentru colectarea și raportarea datelor clinice la nivel de pacient. Ordinul Ministerului Sănătății 139 din 25.05.2002 reglementa doar tipul, structura și durata de arhivare a acestor documente. Sistemul existent de colectare a datelor a fost un sistem bine organizat, dar limitat în mare măsură de faptul că agregarea datelor în indicatori se efectua manual, pe suport de hârtie. Colectarea manuală impunea ca o serie de etape de agregare a datelor să fie efectuate la nivelul instituției, ceea ce limita numărul de indicatori care ulterior puteau fi generați de

sistem. Doar raportarea finală către CNMS se efectuează prin formulare electronice, dar și acestea erau în format Excel. Din cauza colectării manuale, precum și a codificării limitate, generarea indicatorilor a fost anevoioasă și consuma foarte mult timp. A fost dificil de a genera alte rapoarte decât cele standard, chiar dacă cumpărătorul sau prestatorul de servicii medicale ar dori să le utilizeze în diferite situații specifice. Din motivul codificării limitate, nu puteau fi elaborați indicatorii privind comorbiditățile și complicațiile întâlnite, privind complexitatea cazurilor, consumul de resurse, etc.

În concluzie, atât nivelul de disponibilitate a datelor, cât și sistemul de colectare și raportare a lor a fost insuficient pentru a susține utilizarea mecanismelor de finanțare în bază de complexitate a cazului tratat.

Pentru implementarea unui sistem DRG, a fost necesară elaborarea unui nou set de date la nivel de pacient, capabil să suporte principiile Case–Mix. În acest scop a fost elaborată o nouă fișă medicală a bolnavului de staționar (FMBS), care ulterior a fost aprobată prin Ordinul MS nr. 1023 din 29.12.2011 „Privind aprobarea formularelor statistice de evidență medicală”.

O parte din datele cuprinse în noua FMBS sunt descriptive, păstrând cerințele considerate adecvate ale modelului precedent de fișă. Însă paralel cu acestea, pentru fișa nouă a fost elaborat un set bine structurat de date, care a corespuns cerințelor impuse de sistemul de grupare a cazurilor. Prestatorii de servicii medicale sunt obligați să colecteze aceste date în format electronic, ele formând Setul minim de date la nivel de bolnav pentru staționar (SMDBS).

În linii generale SMDBS cuprinde:

1. Date de identificare (spital, secție, caz);
2. Date de pașaport ale pacientului;
3. Date privind asigurarea de sănătate;
4. Caracteristicile internării, externării și a transferurilor efectuate;
5. Diagnosticile stabilite și procedurile efectuate pe parcursul episodului de spitalizare;
6. Date despre medicii curanți, ș.a.

Toate datele cuprinse în SMDBS pot fi văzute în Anexa 2.

Elaborarea etapelor de implementare a noului sistem de plată în Republica Moldova.

Pentru implementarea noului sistem de plată bazat pe DRG, au fost elaborate 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 electronică a datelor clinice de la spitalele-pilot.

Etapa a treia – Modelarea costurilor și formarea valorilor relative.

Etapa a patra – Contractarea spitalelor-pilot.

Implementarea noului sistem de plată a presupus stabilirea clară a rolurilor și responsabilităților principalilor parteneri din sistemul de sănătate. Pentru o implementare de succes și durabilă, a fost necesară desemnarea instituțiilor (și departamentelor în cadrul acestor instituții) responsabile pentru elaborarea, simularea, implementarea și menținerea tuturor aspectelor tehnice ale sistemului.

În urma analizei experienței internaționale, a fost constatat faptul că fiecare țară își are un aranjament propriu al actorilor participanți în sistem. Spre exemplu, în România activitățile legate de gestionarea sistemului DRG țin de competența Școlii Naționale de Sănătate Publică, Management Sanitar și Perfecționare în Domeniul Sanitar din București, structură nesubordonată Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În alte țări, precum Lituania și Estonia, se consideră că plătitorul trebuie să preia dreptul de proprietate asupra sistemului, deoarece în cele din urmă acesta poartă responsabilitate pentru alocarea plăților.

Inițial, pentru Republica Moldova a fost elaborată o schemă organizatorică care prevedea două nivele de actori: nivel central – MS, CNMS, CNAM; și nivel prestatori – spitalele-pilot.

Ministerul Sănătății. Obligațiunile de bază țin de dezvoltarea politicilor și strategiilor în domeniu. Cu acest scop:

- Stabilește structura și modul de organizare a serviciilor medicale implicate;
- Aprobă fisa medicala cu definirea setului minim de date;
- Este responsabil de stabilirea sistemului de clasificare;
- Negociază achiziționarea licenței pentru sistemul de clasificare;
- Coordonează colectarea datelor clinice de la spitale;
- alte activități ce țin de politici și strategii în domeniu.

CNMS. Obligațiunile de bază țin de statistică și raportare. Cu acest scop:

- Standardizează și întreține sistemul de clasificare;
- Oferă asistenta tehnică spitalelor pentru codificarea diagnosticelor și procedurilor;
- Efectuează auditul codificării și completării fiselor;

- Colectează datele de la spitale cu importul lor în baza de date;
 - Gestionează baza de date;
 - Aplică măsurile de securizare a datelor cu caracter personal;
 - Grupează datele cu calcularea ICM;
 - Rulează procesul de validare a datelor;
 - Generează rapoartele și le transmite lunar către spitale;
 - Pregătește și transmite lunar totalizatorul de date colectate către CNAM;
- CNAM. Obligațiunile de bază țin de finanțarea spitalelor. Cu acest scop:
- Contractează spitalele;
 - Recepționează totalizatorul lunar de la CNMS;
 - Decontează serviciile prestate;
 - Achită facturile;
 - Verifică executarea contractelor.

Spitalele:

- Completează fișa medicală;
- Codifică diagnosticele și procedurile;
- Realizează controlul calității codificării și completării fișelor medicale (audit intern);
- Colectează electronic datele pacienților externați;
- Exportă datele pacienților externați către nivelul central;

Este necesar de menționat că actorii de bază pentru toate activitățile legate de implementarea sistemului de plată pe DRG în Republica Moldova au fost Consorțiul Nimitt Consulting Inc. din SUA și Școala Națională de Sănătate Publică, Management Sanitar și Perfecționare în Domeniul Sanitar din România, care au efectuat aceste activități prin Proiectul „Servicii de Sănătate și Asistența Socială. Sistemul de rambursare a prestatorilor de asistență medicală și dezvoltare a sistemului Case–Mix” (în continuare Proiectul).

Pe perioada implementării sistemului, obligațiunile CNMS au fost efectuate de către echipa Proiectului. Însă la finalizarea acestui proiect CNMS nu a putut prelua obligațiunile conform aranjamentului prezentat mai sus, ceea ce a pus sub semnul întrebării buna funcționare a noului sistem de plată. Cele menționate au demonstrat că capacitățile instituționale și tehnice reprezintă componentele critice în desemnarea structurii responsabile pentru gestionarea unui sistem DRG. Astfel, s-a ajuns la concluzia că pentru Republica Moldova o opțiune mai sigură este ca CNAM să preia întreaga responsabilitate pentru toate aspectele legate de activitățile DRG. Cu toate acestea, considerăm că o serie de responsabilități trebuie păstrate după Centrul Național de Management în Sănătate, printre care menținerea sistemului de codificare,

colaborarea cu organizațiile internaționale de clasificare și instruirea spitalelor în probleme de codificare. De asemenea CNMS, pe baza datelor preluate de la CNAM, urmează să elaboreze o serie de rapoarte generale privind sistemul de sănătate.

Selectarea spitalelor-pilot pentru implementarea noului mecanism de plată. Selectarea spitalelor pe baza cărora va fi pilotat noul mecanism de plată a fost efectuată în două etape: etapa de preselecție și etapa de selecție propriu-zisă.

Pentru etapa de preselecție a fost elaborat Chestionarul privind estimarea capacității spitalului de încadrare în pilotarea mecanismului de plată pe DRG (Anexa 3), 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 egală 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, dintre care 6 de nivel republican, 5 de nivel municipal și 15 de nivel raional.

Selectarea spitalelor-pilot a fost făcută în baza Chestionarului privind documentarea și colectarea informațiilor medicale și financiare în cadrul spitalului (Anexa 4), 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;
- Rigurozitate statistică cât mai mare – aprecierea calitativă a activității de raportare statistică către CNMS pe parcursul ultimilor ani. Pentru acest criteriu au fost chestionați colaboratorii CNMS;

- Deținerea și utilizarea unui soft propriu pentru colectarea datelor despre pacienți – aprecierea experienței personalului spitalului în utilizarea aplicațiilor informatice, ceea ce este un avantaj foarte mare datorită timpului scurt până la începerea colectării electronice de date, fără posibilitatea furnizării unor training-uri în domeniul informatic.

Rezultatele chestionării sunt prezentate în Anexa 5.

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, după cum urmează:

a. *Spitale Republicane* (Spitalul Clinic Republican; Centrul Național Științifico-Practic Medicină Urgentă; Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului);

b. *Spitale Municipale* (Spitalul Clinic Municipal Bălți; Spitalul Clinic Municipal "Sfântul Arhanghel Mihail"; Spitalul Clinic Municipal "V. Ignatenco");

c. *Spitale Raionale* (Spitalul Raional Orhei; Spitalul Raional Cimișlia; Spitalul Raional Cahul).

Elaborarea circuitului informațional. În scopul bunei conlucrări între actorii participanți în proces, a fost elaborat circuitul informațional, schema căruia este prezentată în figura 5.2.

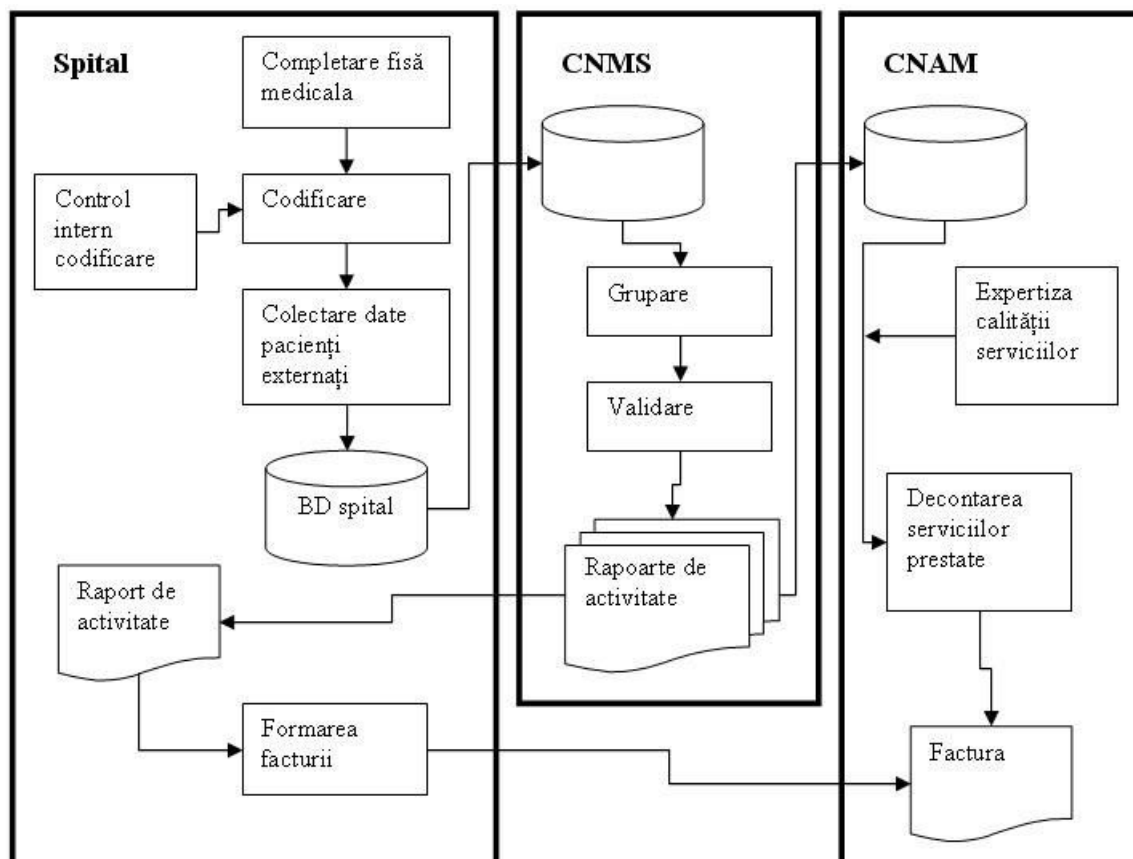


Fig. 5.2. Schema circuitului informațional elaborată pentru implementarea sistemului DRG în regim pilot.

Circuitul informațional expus a funcționat în perioada de pilotare a mecanismului de plată pe DRG, în care funcțiile CNMS au fost efectuate de către echipa Proiectului. După extinderea mecanismului DRG pe toată țara, funcțiile CNMS au fost preluate de către CNAM, iar circuitul informațional a suferit schimbări.

Etapa II. Colectarea și raportarea datelor la nivel de spital.

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 integru al activității acestor spitale pe parcursul anului 2011. Codificarea stărilor și maladiilor a fost făcută conform Listei Tabelare a Bolilor 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 externati în perioada respectivă. Tabloul pe fiecare instituție-pilot este prezentat în tabelul 5.4.

Tabelul 5.4. Pacienți raportați electronic de către spitalele-pilot în anul 2011

IMS	Pacienți externati	Raportați Electronic	% Raportați
Lotul spitalelor republicane, inclusiv:	83 444	80 597	96,6%
ICSDOMC	32 721	31183	95,3%
CNSPMU	23 080	22678	98,3%
SC Republican	27 643	26736	96,7%
Lotul spitalelor municipale, inclusiv:	60 123	58 522	97,3%
SCM Sf. Arh. Mihail	12 438	12281	98,7%
SCM Ignatenco	13 023	12817	98,4%
SCM Balti	34 662	33424	96,4%
Lotul spitalelor raionale, inclusiv:	37 177	36 462	98,1%
SR Orhei	15 824	15303	96,7%
SR Cimisia	6 951	6806	97,9%
SR Cahul	14 402	14353	99,7%
Total	180 744	175 581	97,1%

Rezultatul atins a fost considerat foarte bun și ulterior a influențat pozitiv decizia de trecere la etapa următoare a implementării noului mecanism de plată.

Printre factorii care au determinat rata înaltă de raportare a pacienților de către spitalele-pilot au fost:

- Buna organizare a procesului de colectare a datelor, și anume, suplinirea secțiilor de statistică cu tehnică de calcul și personal;
- Nivelul de pregătire a personalului de statistică în utilizarea calculatorului;
- Aplicația informatică a avut o interfață ușor de utilizat, fapt ce a determinat sporirea vitezei de colectare a datelor;
- Stimularea materială a personalului din secțiile de statistică, prin achitarea suplimentelor pentru intensitatea muncii (variind de la 20 la 50%, în funcție de capacitățile financiare ale instituției).

În scopul *analizei calității datelor codificate* de către spitalele-pilot, pe parcursul anului 2011, au fost efectuate:

1. Estimarea ponderii cazurilor în care procedurile în sala de operații au fost neînrudite cu diagnosticul principal;
2. Estimarea ponderii cazurilor negrupabile;
3. Estimarea ponderii cazurilor cu diagnostice principale inacceptabile.

Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelul 5.5.

Tab. 5.5. Calitatea datelor codificate de către spitalele-pilot pe parcursul anului 2011

IMS	Proceduri în sala de operații neînrudite cu diagnosticul principal	Cazuri negrupabile	Diagnostice principale inacceptabile	Total
ICSDOMC	814	37	38	889
CNSPMU	153	7	212	372
SC Republican	336	19	8	363
SCM Sf. Arh. Mihail	7	0	2	9
SCM Ignatenco	14	2	2	18
SCM Balți	256	67	38	361
SR Orhei	83	1	32	116
SR Cimișlia	26	3	1	30
SR Cahul	169	41	55	265
Total	1858	177	388	2423

Datele din tabel arată că, principala cauză a erorilor a ținut de codificarea procedurilor în sala de operații neînrudite cu diagnosticul principal - 1858 de cazuri, lideri fiind ICSDOMC cu 814 de cazuri, SC Republican cu 336 de cazuri și SCM Balți cu 256 de cazuri.

Trebuie menționat faptul că din totalul de 175 581 de cazuri externate (raportate electronic) în anul 2011 din spitalele-pilot, doar 2 423 cazuri au fost regăsite în grupurile menționate de erori, ceea ce constituie 1,38%. Astfel, calitatea codificării datelor a fost apreciată ca foarte înaltă și considerată ca argument pozitiv pentru trecerea la etapa următoare a implementării noului mecanism de plată.

Considerăm că unul dintre motivele acestei reușite a fost păstrarea în spitalele din Republica Moldova a departamentelor de statistică, personalul cărora dispunea de cunoștințe profunde în codificarea CIM-10 a OMS, de aceea trecerea la principiile noi de codificare a maladiilor și procedurilor a fost efectuată cu mai puține greutăți.

În urma aprecierii pozitive a rezultatelor obținute de către spitalele-pilot în codificarea și raportarea datelor la nivel de pacient pe parcursul anului 2011, a fost luată decizia de a trece la următoarea etapă a implementării sistemului bazat pe DRG, și anume, la modelarea costului grupurilor DRG.

Etapa III. Modelarea costurilor și formarea valorilor relative. Costul este cantitatea de resurse financiare pe care spitalul le cheltuiește pentru realizarea unei unități de “produs de activitate spitalicească”. În contextul DRG – pentru realizarea „cazului tratat de scurtă durată”.

În cadrul sistemelor DRG, se estimează un cost mediu pentru fiecare grup de diagnostice. De regulă, costul grupului de diagnostice se exprimă nu în formă de unități bănești, ci în formă de valori relative (VR) de cost. Valorile relative sunt numere care exprimă raportul dintre costul unui tip de caz (un DRG) și costul mediu al tuturor cazurilor (DRG-urilor). Valoarea de rambursare a unui caz tratat este obținută prin ponderarea în funcție de valoarea relativă a tarifului mediu pe pacient (de obicei, un singur tarif național numit tarif de bază). Pentru o bună funcționare a sistemului de finanțare, este critic de a avea tarife de bază corecte, precum și valori relative veridice.

Pentru a calcula un set de costuri (valori relative) pentru grupurile DRG, este nevoie de a parcurge următorii pași:

1. Definirea Centrelor de Cost specifice fiecărui spital și repartizarea lor pe tipuri (general, intermediar, final);
2. Definirea Tipurilor de Cheltuieli;
3. Estimarea cheltuielilor efective pe centre de cost;

4. Definirea formulelor de alocare (chei de alocare) a costurilor indirecte (centrelor de cost generale și intermediare) către centrele de cost finale;

5. Calcularea indicatorilor de volum de activitate a spitalului la nivel de DRG;

6. Modelarea costurilor la nivel de DRG prin utilizarea unui soft specializat.

Inițiativa de colectare a datelor de cost pentru spitalele din Republica Moldova a scos la iveală un șir de probleme, care ulterior au fost clasificate în 2 categorii: deficiențe de sistem și deficiențe la nivel de spital.

Deficiențe de sistem:

- Inexistența nomenclatorului național al subdiviziunilor medicale și paramedicale și, ca urmare, incapacitatea spitalelor de a produce și clasifica în mod univoc date cu privire la centrele de cost și alte date aferente lor.

- Utilizarea de către spitale a diferitor clasificatoare oficiale ale cheltuielilor, care nu folosesc aceleași definiții și tipuri standard de cheltuieli. Astfel, evidența și raportarea veniturilor și cheltuielilor pentru mijloacele provenite din fondurile AOAM sunt efectuate prin intermediul “Dării de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) al IMS din mijloacele fondurilor AOAM”(Asistența medicală spitalicească), Formularul 1-16/r, iar evidența și raportarea tuturor veniturilor și cheltuielilor spitalului – prin intermediul Raportului statistic 5-C “Consumurile și cheltuielile întreprinderii”. Deși fiecare dintre aceste rapoarte au atribuite coduri ale tipurilor de cheltuieli, acestea diferă între formularele menționate. Ca rezultat – incapacitatea spitalelor de a produce și a clasifica în mod univoc date cu privire la tipurile de venituri și cheltuieli.

- Gradul de detaliere a cheltuielilor prevăzute de formularele menționate pentru unele tipuri de cheltuieli este prea mic pentru o estimare corectă a costurilor pe DRG. Spre exemplu, în tipul de cheltuieli “Medicamente” sunt agregate mai multe tipuri de cheltuieli, inclusiv protezele. Aceasta face imposibilă estimarea cheltuielilor separat pentru proteze, care ar urma fi puse la baza formării costurilor doar a DRG-urilor care prevăd utilizarea acestora.

Deficiențe la nivel de spitale:

- Colaborarea cu deficiențe între specialiștii serviciilor economice și contabile, precum și lipsa sistemelor informatice integrate;

- Incapacitatea unor spitale de a duce evidența anumitor tipuri de cheltuieli după centrele de cost;

- Incapacitatea unor spitale de a prezenta date la nivel de pacient pentru proceduri, investigații, consumul de medicamente, de produse alimentare etc.

În concluzie, organizarea unui studiu de costuri care ar putea fundamenta valorile relative moldovenești a fost pentru perioada menționată o problemă irealizabilă. Prin urmare, pentru implementarea sistemului de plată pe DRG a fost necesară găsirea unei soluții alternative pentru a avea un set de valori relative. Soluțiile posibile au fost:

a) importul “ca atare” a unui set de valori relative calculate de o altă țară. Această soluție are avantajul că este rapidă și nu necesită date și prelucrări complexe suplimentare. Dezavantajul este că setul de valori relative nu reflectă cu acuratețe consumul de resurse caracteristic practicii clinice din Republica Moldova, ci pe cel din țara de origine;

b) importul unui set de valori relative dezvoltate de o altă țară și adaptarea acestui set, utilizând datele clinice și financiare reale, colectate din spitalele din Republica Moldova (Valori Relative Adaptate (VRA)).

În urma multiplelor discuții între responsabilii MS, CNAM și ai echipei Proiectului, a fost adoptată decizia de a merge pe varianta a doua, respectiv adaptarea unui set de valori relative importat dintr-o altă țară cu experiență în utilizarea AR-DRG v6. La dezvoltarea setului VRA au participat mai mulți experți internaționali, care au recomandat ca acestea să fie construite pe baza sistemului irlandez, datorită corelației mai puternice dintre datele din Moldova și Irlanda, decât între datele din Moldova și cele din Australia. În consecință, în cadrul Proiectului, VRA pentru Moldova au fost calculate, plecând de la cel mai recent set de valori relative irlandeze, prin ajustări cu datele clinice și financiare colectate din spitalele-pilot din Moldova, utilizând aplicația informatică "Power Performance Manager". Validitatea listei VRA obținute a fost testată prin compararea costurilor medii pe pacient raportate de spitale, cu costurile medii pe pacient calculate în baza VRA, rezultând o corelație satisfăcătoare. Valorile relative obținute au fost în continuare prelucrate, pentru a se ajunge la nivel de grup de spitale-pilot la un indice Case-Mix normalizat egal cu 1.

Soluția găsită trebuie privită drept temporară, strategie de viitor fiind trecerea de la valorile relative adaptate la valorile relative moldovenești. Crearea propriilor valori relative va reflecta mai exact practica clinică din Moldova și va inspira încredere mai mare în sistemul de plată bazat pe DRG. Principala problemă pe calea creării valorilor relative autohtone astăzi este faptul că Moldova nu are o modalitate clară de standardizare și raportare a datelor de costuri și nici a procedurilor de alocare a lor. În această ordine de idei, este necesară instituirea unei Asociații de standardizare a procedurilor de alocare a costurilor. În regim de urgență este necesară dezvoltarea următoarelor standarde:

- Nomenclatorul național al subdiviziunilor medicale, paramedicale și administrative;
- Nomenclatorul național al centrelor de cost;

- Nomenclatorul național al tipurilor de cheltuieli;
- Nomenclatorul grupurilor standard de costuri;
- Metodologiei de costificare a serviciilor spitalicești.

De asemenea, considerăm necesară crearea unei structuri separate, de nivel național, pentru estimarea și mentenanța valorilor relative autohtone, acest proces fiind continuu, grație implementării tehnologiilor noi de tratament.

Etapa IV. Elaborarea conceptului de contractare a spitalelor-pilot. Deși noul mecanism de plată, ca și cel precedent, sunt metode de finanțare „per caz” și, prin urmare, unele caracteristici ale contractului (cum ar fi forma anexelor) au putut fi păstrate, totuși metodele menționate au și diferențe esențiale, fapt ce a cerut elaborarea unui concept nou de contractare a instituțiilor medicale.

Pentru metoda „per caz tratat” contractul urma să conțină numărul de cazuri și costul acestora pe fiecare profil contractat. Deoarece costul cazului în limitele unui profil era neschimbat, suma contractuală se forma prin înmulțirea numărului negociat de cazuri cu costul lor. Odată cu implementarea noului mecanism de plată, această formulă nu mai putea fi utilizată, deoarece costul cazului diferea de la un grup la altul, iar contractarea pe fiecare dintre cele aproximativ 680 de grupuri ar fi atât nereală, cât și alogică.

În aceste condiții, a fost necesară găsirea unor interpretări noi a noțiunilor de „caz tratat” și „cost al cazului tratat”, ceea ce a și fost făcut prin prisma conceptului de ponderare a produsului de activitate spitalicească în funcție de valoarea relativă a grupului din care cazul face parte. Ponderarea poate fi făcută pe două căi: prin ajustarea tarifului cazului cu formarea costului ponderat al cazului externat sau prin ajustarea la propriu a cazului externat cu formarea "cazului ponderat". Ca rezultat a celor expuse, pentru procesul de contractare au fost introduse următoarele noțiuni:

Cazuri externate (CE) – totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, decedat, transfer interspitalicesc);

Cazuri ponderate (CP) – număr virtual de pacienți generați prin ajustarea cazurilor externate, cu valoarea relativă pentru fiecare tip de caz.

Case-Mix (complexitatea cazurilor) – reprezintă procesul de mixare a cazurilor tratate, cu scopul stabilirii tipului de pacienți tratați într-un spital, în funcție de complexitate;

Indicele Case-Mix (ICM) – număr fără unitate care exprimă complexitatea medie a cazurilor externate, în dependență de valorile relative a DRG-urilor din care acestea au făcut parte.

În condițiile mecanismului nou de finanțare, numărul de cazuri nu mai joacă rolul elementului-cheie în negocierea condițiilor contractuale, acest rol revenindu-i bugetului instituției medicale. Astfel, același buget poate fi „îndeplinit” atât cu un număr mare de cazuri cu ICM mic, cât și cu un număr mic de cazuri, dar cu ICM mare. Prin urmare, pentru a încheia un contract, este nevoie de apreciat bugetul spitalului, iar rambursarea lui urmează a fi făcută în dependență de produsul furnizat, calculat prin înmulțirea numărului de cazuri prestate cu ICM-ul lor și cu un cost al cazului tratat.

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 permite spitalelor să învețe și să se adapteze la noul sistem, totodată acordând factorilor de decizie timp pentru rafinarea deciziilor în politica de plată. Pentru respectarea principiului de buget neutru a fost necesară revederea noțiunii de "cost al cazului tratat", ea fiind substituită cu noțiunea de "tarif de bază" al cazului tratat. Acest tarif poate fi calculat la nivel național (tarif de bază național) sau la nivel de spital (tarif de bază propriu). În opinia noastră, este important de a începe cu un tarif de bază propriu pentru spital, deoarece doar în acest fel poate fi respectat principiul de buget neutru. Însă utilizarea tarifelor proprii o considerăm oportună doar pentru perioada de implementare a noului mecanism de plată, deoarece această metodologie acoperă ineficiența spitalului și, prin urmare, contravine beneficiilor noului mecanism de plată. În timp este necesară tranziția de la tarifele proprii spitalelor la un tarif unic național, aceasta depinzând de mai mulți factori: disponibilitatea datelor clinice, acuratețea și veridicitatea valorilor relative și a datelor care stau la baza costurilor, capacitatea tehnică, pregătirea spitalelor etc. Tranziția prea rapidă la tariful unic este periculoasă, deoarece poate crea distorsiuni financiare majore în sistem.

Încheierea contractelor cu instituțiile medicale prevede monitorizarea obligatorie a respectării prevederilor lor. Este important de menționat că nu toate cazurile prestate de spitale urmează a fi rambursate de către CNAM. Astfel, tratamentul persoanelor neasigurate, spitalizările la cererea pacientului ș.a. urmează a fi acoperite din alte surse. Din aceste considerente, până la etapa de calcul a sumelor pentru rambursare, este nevoie de a delimita cazurile care urmează a fi achitate de cele care nu trebuie achitate în cadrul AOAM. În acest scop, a fost elaborat procesul de validare a cazurilor, care prevede că sunt valide toate cazurile prestate cu excepția celor invalidate prin aplicarea unor reguli rulate la nivelul CNAM pe baza mecanismelor specifice prevăzute în aplicațiile informatice.

La elaborarea regulilor de invalidare s-a ținut cont de faptul că în unele situații cauză a invalidării sunt erorile de prezentare, care pot fi corectate de instituția medicală. În funcție de posibilitatea de corectare a datelor, regulile menționate au fost clasificate în două grupuri:

- 1) grupul S – reguli pentru care datele pot fi corectate la nivelul spitalului;
- 2) grupul C – reguli pentru care datele urmează a fi supuse evaluării de către CNAM.

Reguli pentru care datele invalidate se pot corecta la nivelul spitalului:

- Cazuri ale căror date încalcă specificațiile tehnice ale setului minim de date la nivel de bolnav (lipsa unor date obligatorii sau neconcordanță cu nomenclatoarele în vigoare).
- Cazurile care nu respectă criteriul de număr unic de fișă pe spital și an.
- Cazuri pentru care nu s-a înregistrat statutul de asigurat CNAM.
- Pacienții pentru care nu a fost înregistrat IDNP-ul sau numărul actului de identitate.
- Cazurile pentru care nu s-a înregistrat tipul internării bolnavului.
- Cazuri cu vârstă negativă. Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data nașterii sau data internării.
- Cazuri cu durata de spitalizare negativă. Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data internării sau data externării.
- Cazuri decedate, pentru care nu există concordanță între rubricile: tipul externării și starea la externare.
- Cazuri cu intervalul intervenției chirurgicale principale în afara intervalului de spitalizare. Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data internării, data externării, data începutului sau data sfârșitului intervenției chirurgicale principale.
- Cazuri pentru care nu s-a înregistrat IDNP-ul medicului operator principal, fiind înregistrată cel puțin o intervenție chirurgicală.
- Cazuri negrupabile. Se invalidează cazurile clasificate în DRG 960Z (Negrupabile).
- Cazuri cu diagnosticul principal inacceptabil. Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare. Se invalidează cazurile clasificate în DRG 961Z (Diagnostice principale inacceptabile).
- Cazuri cu vârsta bolnavului peste 124 ani. În cele mai multe situații este vorba de o eroare în cel puțin una dintre următoarele rubrici: data nașterii sau data internării bolnavului.
- Cazuri cu durata de spitalizare peste 365 zile. În cele mai multe cazuri este vorba de o eroare în cel puțin una dintre următoarele rubrici: data internării sau data externării bolnavului.
- Cazuri concomitente. Aceste cazuri reprezintă episoade de spitalizare în cadrul aceleiași spital pentru același bolnav pentru orice tip de îngrijiri (servicii), care se suprapun în timp.
- Cazurile de internare contra-plată.

- Cazuri de dializă, tuberculoză, psihiatrie, narcologie. Cazurile respective sunt achitate de către CNAM în baza altui mecanism de plată.

Pentru cazul invalidat exclusiv conform regulilor din grupa S, prestatorul de servicii medicale este în drept să corecteze datele eronate în aplicația informatică și să retransmită cazul CNAM. Retransmiterea unui caz cu modificări efectuate nu asigură validarea lui decât dacă modificările au corectat eroarea.

Reguli pentru care datele pot fi revalidate doar în cadrul evaluării de către CNAM:

- Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordat cu vârsta/greutatea. Se invalidează cazurile clasificate în DRG 963Z (Diagnostic neonatale neconcordate cu vârsta/greutatea).

- Cazuri cu proceduri în sala de operații neînrudite cu diagnosticul principal. Se invalidează cazurile clasificate în DRG 801A, 801B și 801C (Proceduri în sala de operații neînrudite cu diagnosticul principal).

- Cazuri externate și reinternate în mai puțin de 24 de ore în cadrul aceluiași spital.

- Cazuri de transplant. În cele mai multe situații de acest fel, informația referitoare la procedurile efectuate este eronată. Se invalidează cazurile clasificate în DRG A01Z (Transplant de ficat), A03Z (Transplant de plămân/inima sau plămân), A05Z (Transplant de inimă), A07Z (Transplant alogenic de măduvă osoasă), A08A (Transplant autolog de măduvă osoasă cu CC catastrofale), A08B (Transplant autolog de măduva osoasă fără CC catastrofale), A09A (Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale), A09B (Transplant renal fără transplant de pancreas fără CC catastrofale).

Pentru cazurile invalidate conform regulilor din grupa C, prestatorul de servicii medicale nu poate corecta datele la nivel de pacient, ci urmează să solicite un Aviz de revalidare a cazurilor respective din partea CNAM. Analiza fiecărui caz se încheie cu un raport scris, în care sunt menționate argumentele care au condus la validarea sau nevalidarea cazului.

Pentru a participa la formarea volumelor de activitate îndreptate spre plată, cazurile invalidate urmează a fi corectate și retransmise CNAM. Însă corectarea datelor durează în timp și către momentul retransmiterii lor deciziile de plată pentru perioada respectivă sunt deja adoptate. În scopul corectării acestui neajuns, a fost elaborat procesul de Regularizare a datelor, care are două forme: Regularizarea cazurilor externate și Regularizarea plăților efectuate. Procesele de regularizare se efectuează trimestrial, cumulativ pentru perioada de la începutul anului.

Regularizarea cazurilor externate este procesul de reestimare a numărului de cazuri validate și a ICM, în baza acțiunilor de revalidare și retransmitere a cazurilor anterior nevalidate.

Regularizarea plăților efectuate este procesul de recalculare a sumelor acceptate spre plată în limitele prevederilor contractuale, în baza regularizării cazurilor externate. În situația în

care produsul dintre numărul de cazuri realizate, ICM și tariful de bază este mai mic decât suma contractată pentru perioada respectivă, CNAM acceptă spre plată suma realizată. În situația inversă, CNAM acceptă spre plată suma plafonată de contract pentru perioada respectivă.

Decontarea serviciilor prestate se efectuează după formula:

$$S_d = S_{acc} - S_r - S_{av} - S_{ai} \quad (5.1)$$

unde: S_d – suma spre decontare;

S_{acc} – suma acceptată spre plată;

S_r – suma reținerilor pentru perioada de decontare;

S_{av} – suma avansului achitat pentru perioada de decontare;

S_{ai} – suma achitărilor intermediare achitată pentru perioada de decontare.

5.4. Implementarea sistemului de plată bazat pe DRG (Case–Mix) în regim-pilot

Implementarea sistemului de plată bazat pe DRG în regim-pilot în 9 spitale selectate a avut loc în anul 2012.

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. De asemenea, s-a ținut cont de raportarea electronică incompletă a pacienților externati pentru 11 luni 2011 (SCR, ICȘDOMC, CNȘPMU, SCM Balți, SR Orhei), redirectionarea pacienților către unele spitale-pilot în urma reorganizării SCM nr.4, nevalidarea cazurilor tratate pe parcursul anului 2011 ș.a.

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.

Modelarea aplicării unui tarif de bază mediu pe pilot. Tariful mediu pe pilot a fost calculat după formula:

$$T_{mp} = (B_{sp1} + B_{sp2} + \dots + B_{sp9}) / (NrCP_{sp1} + NrCP_{sp2} + \dots + NrCP_{sp9}) \quad (5.2)$$

unde: T_{mp} – tariful mediu pe pilot;

B_{sp} – bugetul spitalului (suma contractuală a anului 2011 destinată procurării după metoda „per caz tratat”)

$NrCP_{sp}$ – numărul cazurilor ponderate efectuate de spital pe parcursul anului 2011.

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 5.6.

Tabelul 5.6. Variația bugetului modelat în baza tarifului mediu pe pilot în comparație cu bugetul anului 2011

IMS	Bugetul anului 2011	Buget modelat	Variatia Bugetului	
			Lei	%
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%
CNŞPMU	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 sunt foarte mari, ajungând pentru SCR la -10,4%, iar pentru CNŞPMU la -23,9 %. O asemenea diminuare bruscă a bugetelor ar fi influențat negativ activitatea spitalelor și, prin urmare, 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, care a fost calculat după formula:

$$T_p = B_{sp} / NrCP_{sp} \quad (5.3)$$

unde: T_p – tariful propriu;

B_{sp} – bugetul spitalului (suma contractuală a anului 2011 destinată procurării după metoda „per caz tratat”)

$NrCP_{sp}$ – numărul cazurilor ponderate efectuate de spital pe parcursul anului 2011.

Tarifele proprii calculate pentru contractarea spitalelor-pilot și variațiile lor față de tariful mediu pot fi văzute în tabelul 5.7.

Estimarea bugetelor spitalelor-pilot pentru anul 2012 a fost realizată în baza următoarei formule:

$$B_{sp} = Nr_e CT \times ICM_r \times TP \quad (5.4)$$

unde: B_{sp} – bugetul spitalului;

$Nr_e CT$ – numărul estimativ de cazuri tratate pentru a. 2012;

ICM_r – indicele de complexitate realizat în anul 2011;

TP – tariful propriu pentru spital.

Tabelul 5.7. Variația tarifului propriu al spitalelor fata de tariful mediu pe pilot

IMS	Tarif Propriu	Variația TP de la cel mediu pe pilot	
		(Lei)	(%)
ICSDOMC	3 018	-373	-11%
SC Republican	3 784	393	12%
CNSPMU	4 454	1 063	31%
SCM "Sf. Arh. Mihail"	2 620	-771	-23%
SCM "Ignatenco"	3 698	307	9%
SCM Balti	3 326	-65	-2%
SR Orhei	2 727	-664	-20%
SR Cimisia	2 758	-633	-19%
SR Cahul	3 000	-391	-12%

În concluzie, contractarea spitalelor-pilot pentru anul 2012 a fost făcută în baza tarifelor proprii pe spital, cu respectarea principiului de buget neutru. Ba mai mult de atât, ținând cont de creșterea fondurilor destinate asistenței medicale spitalicești, bugetele menționate au fost mărite în comparație cu anul 2011 în mediu cu 7%.

Parametrii contractați cu prestatorii de servicii medicale în cadrul pilotării mecanismului de rambursare pe DRG (Case-Mix) pentru anul 2012 sunt prezentați în tabelul 5.8.

Tabelul 5.8. Parametrii contractelor încheiate cu instituțiile-pilot

IMS	Nr. Cazuri Tratate	ICM	Tarif Propriu	Suma Contractuală
ICSDOMC	32 988	1,0808	3 018	107 602 053
SC Republican	20 678	1,5571	3 784	121 836 149
CNSPMU	20 609	1,0843	4 454	99 530 593
SCM "Sf. Arh. Mihail"	11 035	1,1406	2 620	32 976 685
SCM "Ignatenco"	13 043	0,7706	3 698	37 168 361
SCM Balti	33 100	0,7928	3 326	87 279 828
SR Orhei	14 500	0,8083	2 727	31 961 394
SR Cimisia	6 306	0,8142	2 758	14 160 524
SR Cahul	13 024	0,7246	3 000	28 311 571

Analiza rezultatelor pilotării noului mecanism de plată a fost efectuată în următoarele dimensiuni:

1. Aprecierea eficacității mecanismului de plată pe DRG în comparație cu mecanismul anterior de plată.

2. Variația costului mediu al cazului tratat pe profil în funcție de metoda veche și cea nouă de contractare.

3. Acoperirea riscurilor legate de trecerea la noul sistem de plată.

Eficacitatea mecanismului nou de plată pe DRG a fost apreciată în dependență de înlăturarea principalului neajuns al metodei de plată “pe caz tratat pe profil” - decontarea la același tarif al cazurilor prestate în interiorul unui profil, ele având o diferență mare a costurilor reale, pe urma cărui fapt aveau de suferit instituțiile care prestau cazuri complicate și, respectiv, mai costisitoare. 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. Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelul 5.9.

Tabelul 5.9. Diversitatea categoriilor de costuri utilizate pentru decontarea serviciilor contractate după metoda „caz tratat pe profil” și DRG în spitalele-pilot de nivel raional în a. 2012

Denumire profil	Numărul categoriilor de costuri		Diapazon costuri CT		Diapazon costuri DRG	
	CT	DRG	min	max	min	max
Terapie	1	150	2 200	2 200	483	20 671
Chirurgie	3	212	1 793	2 281	562	23 752
Gravide și lauze (Naștere)	3	23	1 654	3 827	452	14 159
Ginecologie	1	31	1 540	1 540	553	14 623
Pediatrie	1	65	2 044	2 044	254	13 820

Observăm 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.

Pe baza acestui studiu 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.

Pentru a vedea cum au *variat costurile medii ale cazurilor pe profilurile contractate* de CNAM în funcție de complexitatea cazurilor prestate, a fost făcută compararea tarifelor pe profil cu „tarifele medii pe profil simulate în baza valorilor relative” în cadrul spitalului "Sfântul Arhanghel Mihail". Ca bază au fost luate tarifele cazurilor tratate utilizate pentru contractarea instituțiilor de nivel municipal în cadrul AOAM. Pentru fiecare profil contractat în acest spital, tariful menționat a fost comparat cu tariful mediu pe profil calculat în funcție de valorile relative ale cazurilor efectuate și tariful de bază al spitalului. Rezultatele studiului sunt prezentate în figura 5.3.

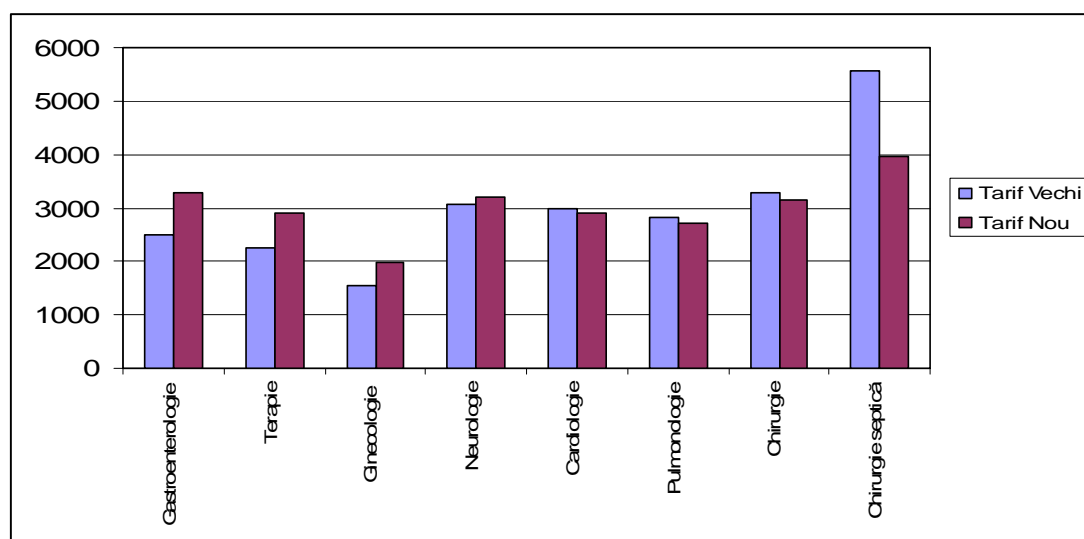


Fig. 5.3. Compararea tarifului pe profil și „tarifului mediu pe profil simulat în baza valorilor relative” în cadrul spitalului "Sfântul Arhanghel Mihail".

Studiul a arătat că din 8 profiluri existente în cadrul acestui spital, doar în patru profiluri costul mediu a rămas aproximativ același. În trei profiluri costul cazului a crescut în comparație cu cel anterior: gastroenterologie (cu 26%), terapie (cu 24%), ginecologie (cu 17,5%), iar în cadrul profilului chirurgie septică el a descrescut (cu 37,5%).

Acoperirea riscurilor legate de trecerea la noul sistem de plată. Prin interviuarea membrilor grupului de lucru cu privire la coordonarea elaborării sistemelor de plată a prestatorilor de servicii medicale format prin Ordinul MS și CNAM nr. 566/152-A din 13.08.2010, a fost stabilit că principalul risc legat de implementarea noului sistem de plată a fost legat de situația că spitalelor nu le vor fi decontate la timp serviciile prestate. Pentru a nu admite dezvoltarea unei asemenea situații, noi am analizat circumstanțele în care aceasta poate apărea. Factorii identificați de risc au fost:

1. Actorii implicați în gestionarea proceselor nu-și pot îndeplini funcțiile atribuite în condițiile trecerii la finanțare reală după noul mecanism.

2. Mecanismul de formare și transmitere a datelor nu permite utilizarea lor în timpi utili pentru decontarea la timp a serviciilor.

3. Sumele contractuale nu pot fi îndeplinite, deoarece nu poate fi îndeplinit numărul de cazuri sau complexitatea acestora, pe care s-a bazat estimarea bugetelor contractuale.

Cel mai important factor de risc care ar putea provoca insuccesul implementării noului mecanism de plată a fost considerat imposibilitatea îndeplinirii sumelor planificate la contractare. În scopul neadmiterii acestei situații, pe parcursul anului au fost permanent monitorizați indicatorii pe baza cărora se calculează sumele spre decontarea serviciilor medicale: numărul de cazuri efectuate și ICM.

Evoluția acestor indicatori pe perioadele de regularizare a anului 2012 este prezentată în tabelul 5.10.

Tabelul 5.10. Evoluția îndeplinirii indicatorilor pe baza cărora s-au calculat sumele spre decontare a serviciilor medicale pe parcursul anului 2012

IMS	Regularizare I		Regularizare II		Regularizare III		Regularizare IV	
	CT	ICM	CT	ICM	CT	ICM	CT	ICM
ICȘOSMC	-3,2%	-2,6%	-0,7%	-4,3%	-1,4%	-2,6%	-0,1%	4,2%
SCR	5,3%	-7,9%	11,0%	-1,1%	4,3%	0,2%	5,6%	1,7%
CNȘPMU	7,9%	33,6%	4,0%	33,4%	1,0%	34,4%	-0,3%	35,7%
SCM "V. Ignatenco"	-6,6%	18,4%	-4,8%	22,7%	-4,4%	23,2%	-3,1%	28,1%
SCM "Sf. Arh. Mihail"	9,4%	25,7%	4,2%	21,7%	2,9%	21,8%	2,2%	22,2%
SCM Bălți	3,3%	15,9%	2,2%	13,4%	1,5%	10,4%	1,3%	10,3%
SR Orhei	8,2%	19,4%	4,2%	22,6%	-0,5%	22,4%	-1,2%	23,2%
SR Cimișlia	15,7%	7,0%	7,8%	13,9%	-0,4%	15,2%	-4,5%	17,0%
SR Cahul	-4,4%	20,0%	2,5%	22,8%	1,0%	22,0%	-0,8%	23,2%

Datele din tabel arată că toate instituțiile contractate conform noului mecanism de plată au supraîmplinit prevederile contractuale. Ce-i drept, aceste supraîmpliniri trebuie interpretate cu atenție, ținând cont de faptul că drept condiție a contractării a servit bugetul neutru.

Pilotarea mecanismului de plată pe 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 dintre 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.

Revederea schemei circuitului informațional în urma experienței acumulate în cadrul pilotării noului mecanism de plată.

Odată cu trecerea la finanțare reală după noul mecanism de plată, au fost depistate și unele probleme ce au ținut de posibilitatea de îndeplinire a funcțiilor atribuite unor actori implicați în gestionarea proceselor. Astfel, CNMS nu a putut dezvolta capacitățile necesare gestionării datelor din sistem și a fost luată decizia de preluare a acestor obligațiuni de către CNAM. La rândul său, aceasta a impus elaborarea unei noi scheme a circuitului informațional. Rezultatul acestei activități poate fi văzut în figura 5.4.

5.5. Extinderea sistemului DRG. Impactul noului sistem de plată asupra activității spitalelor

Pregătirea către extinderea sistemului a început la mijlocul anului 2012, când toate spitalele care prestau cazuri de scurtă durată au trecut la noua fișă a pacientului externat din staționar și au început să transmită datele către CNAM în format electronic. Etapele de pregătire a spitalelor către trecerea la noul mecanism le-au repetat pe cele cizelate în cadrul pilotului. Către finele anului 2012, toate spitalele aveau deprinderile necesare fluxului informațional și la nivelul MS și CNAM a fost luată decizia ca, începând cu anul 2013, aceste spitale să treacă la noua formă de plată. Desigur, datele care urmau a fi puse la baza contractării acestor spitale nu erau rafinate, deoarece perioada de colectare a lor a fost relativ scurtă, dar riscurile de trecere la noul mecanism erau atenuate de garantarea unui buget neutru și tarife proprii pentru fiecare spital.

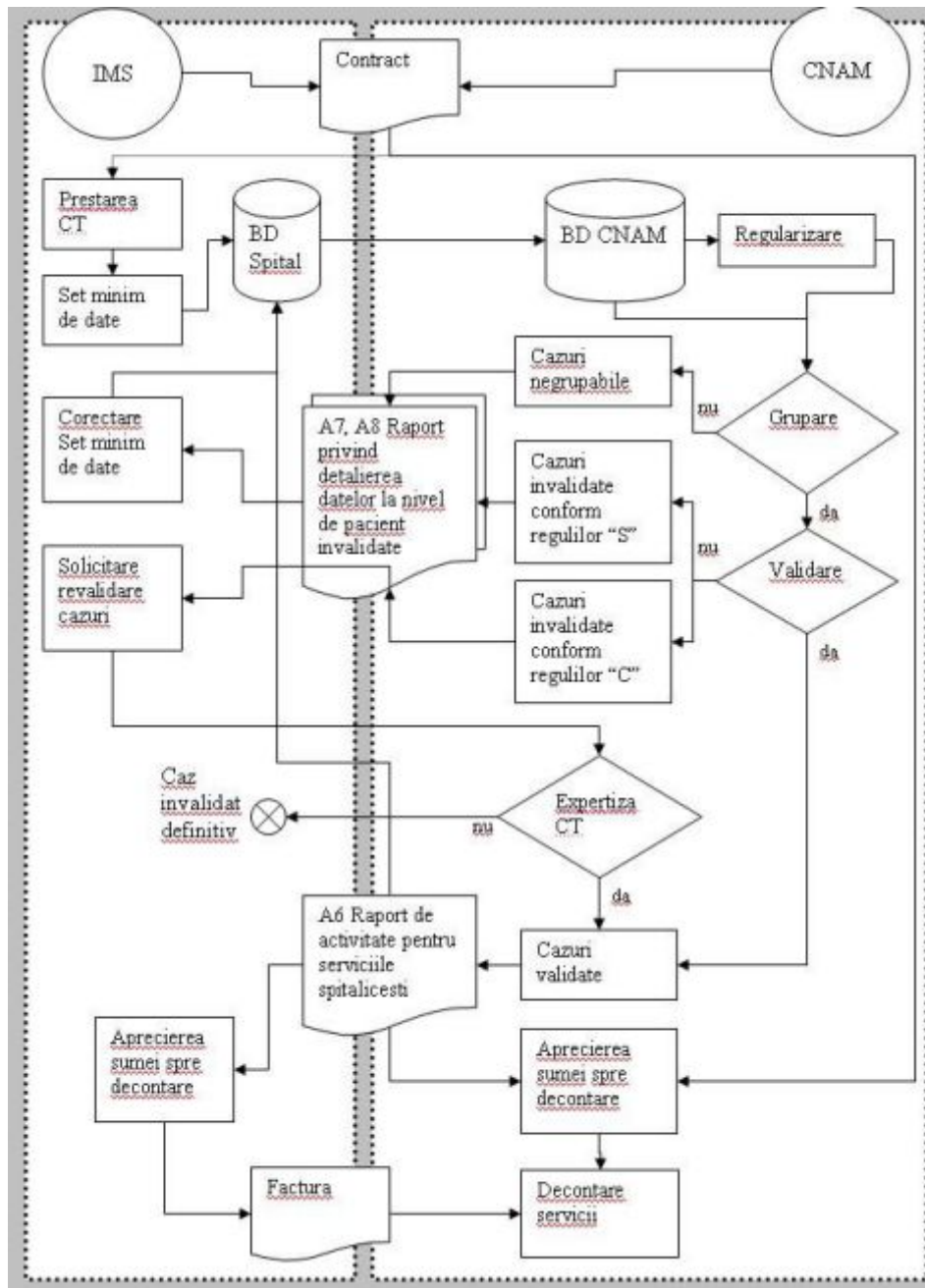


Fig. 5.4. Circuitul informațional elaborat în urma experienței pilotării mecanismului de plată bazat pe DRG.

După finalizarea primului an de la implementarea noului sistem de finanțare, noi am recurs la studierea impactului acestuia asupra activității spitalelor autohtone. Cercetarea a fost efectuată în următoarele direcții:

1. Influența asupra bugetului total destinat finanțării per caz;
2. Influența asupra numărului de cazuri tratate;
3. Influența asupra ICM.

Tabloul general al evoluției principalilor indicatori de activitate a spitalelor este prezentat în tabelul 5.11.

Tabelul 5.11. Tabloul general al influenței metodei de plată pe DRG asupra evoluției principalilor indicatori de activitate a spitalelor în anul 2013

Indicator	Realizat 2012	Contractat 2013	Realizat 2013	Diferență contractat 2013 – realizat 2012	Diferență realizat - contractat 2013
CT	550 732	547 172	575 414	-0,55%	5,2 %
ICM	0,97	0,97	1,13	0%	15%
Buget (mii lei)	-	1 634 916,9	1 979 957,6	-	20,6%

Conform rezultatelor studiului, activitatea spitalelor s-a soldat cu depășirea bugetului total destinat finanțării pe DRG cu 20,6% sau ~ 336 mil. lei.

Întrebări firești în acest context sunt: Cât de argumentate sunt aceste depășiri de buget? Redau oare aceste depășiri cheltuielile reale ale spitalelor și urmează oare ele a fi acoperite?

Ținând cont de faptul că pachetul de garanții este unic, iar teritoriile (cu excepția capitalei) sunt acoperite de un singur spital raional, în mod normal, diferențe majore în finanțarea spitalelor teritoriale pe cap de locuitor (cu excepția celor situate în apropierea metropolelor) nu ar trebui să fie. Pentru a vedea situația reală în acest domeniu, noi am efectuat un studiu privind estimarea nivelelor de finanțare a teritoriilor conform contractelor încheiate cu CNAM și conform indicatorilor de activitate a spitalelor. Rezultatele sunt prezentate în figura 5.5.

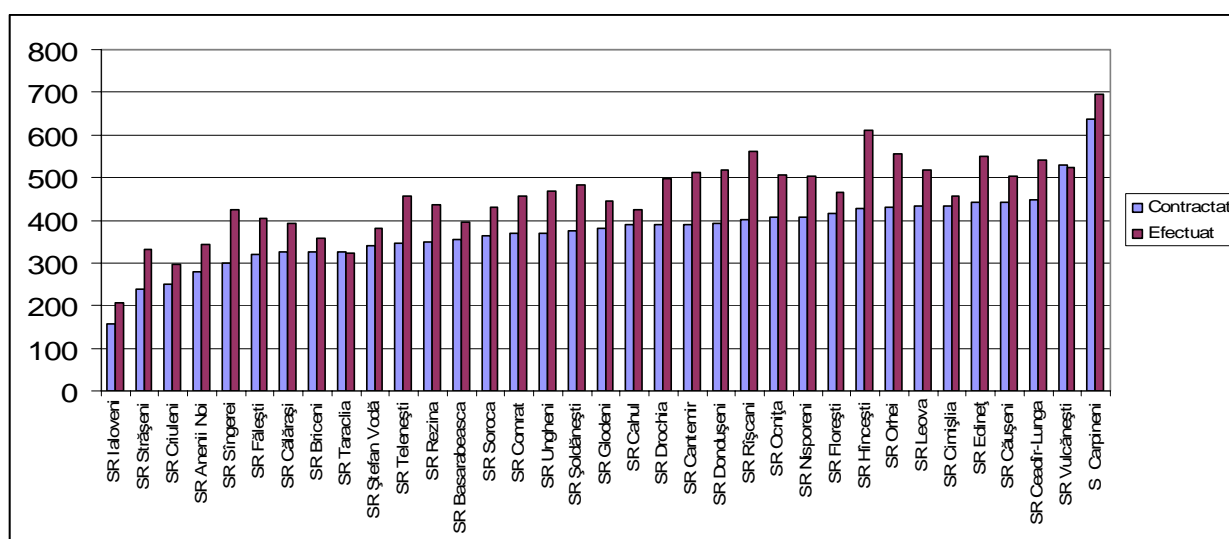


Fig. 5.5. Nivel de finanțare (lei) pentru o persoană a teritoriului deservită de spitalele teritoriale.

Observăm că conform datelor contractuale, pentru majoritatea spitalelor finanțarea pentru o persoană a teritoriului deservit este destul de uniformă, diferențele în mod obiectiv fiind impuse de următoarele particularități:

- Un nivel mai mic de finanțare au spitalele situate în apropierea metropolelor, deoarece din aceste teritorii bolnavii tradițional preferă să primească asistența medicală în orașele mari;
- Un nivel mai mare au unele spitale specifice, cum ar fi SR Vulcănești, S Cărpineni, acest nivel formându-se în mare parte datorită atitudinii pasive față de procurarea serviciilor spitalicești.
- Unele particularități sunt legate de structura prestatorului, asigurarea cu medici de anumite specialități etc.

Studiul ne arată că în cazul acceptării bugetelor supraîmplinite se va produce un dezechilibru al nivelelor de finanțare pe o persoană a teritoriului. Spre exemplu, SR Rîșcani va crește cu 39,2%, iar SR Cahul - doar cu 8,6%, ceea ce nu este echitabil și nici nu corespunde strategiei de dezvoltare a sectorului spitalicesc. Prin urmare, supraproducția spitalicească este legată nu de necesitățile în spitalizare a populației teritoriului, ci de cointeresări economice ale spitalelor. Din aceste considerente, noi am propus ca bugetele în cadrul supraîmplinirilor de acest fel să nu fie numite “bugete supraîmplinite”, ci să fie introdusă o noțiune nouă: “bugete induse de activitate”.

Scopul studiului ulterior a fost estimarea efectului bugetelor induse de activitate asupra volumului de finanțare a instituțiilor spitalicești de un anumit nivel. Studiul a fost efectuat pentru 3 loturi de spitale: republicane, municipale și raionale. Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelul 5.12.

Tabelul 5.12. Efectul bugetelor induse de activitate asupra sistemului spitalicesc privind nivelul de finanțare a instituțiilor de un anumit nivel

Indicator	Buget Programat	Buget indus de activitate	Buget indus normalizat	Evoluție buget
1	2	3	4	5 =4-2
IMS Republicane	652 838 753	760 143 511	630 992 085	-21 846 668
IMS Municipale	331 424 510	411 614 984	341 679 950	10 255 440
IMS Raionale	585 517 925	719 325 422	597 109 153	11 591 228
Total	1 569 781 188	1 891 083 917	1 569 781 188	0

La prima etapă au fost estimate bugetele induse de activitate pentru loturile de spitale menționate. Observăm că în cazul validării acestor bugete, pentru anul 2013 ar urma de încheiat acorduri adiționale pe 321,3 mil. lei. Deoarece supraîmplinirile atât de mari ale bugetelor

programate nu pot fi acoperite financiar, este necesar de recurs la normalizarea bugetelor induse de activitate, pentru conformarea sumei totale a lor la prevederile Legii fondurilor. Această normalizare a fost făcută la etapa a doua a studiului. La ultima etapă noi am calculat evoluția bugetelor induse normalizate în comparație cu bugetele contractate. Diferența dintre bugetul programat și bugetul indus normalizat ne vorbește despre efectul bugetelor induse de activitate asupra tendinței de redistribuire a banilor între diferite niveluri de IMS. Astfel, pentru respectarea limitelor apreciate de Legea fondurilor, ar urma diminuarea finanțării IMS republicane cu 21,8 mil. lei, mărirea finanțării IMS municipale cu 10,2 mil. lei și mărirea finanțării IMS raionale - cu 11,6 mil. lei.

În concluzie, acceptarea bugetelor induse de activitate va defavoriza instituțiile terțiare, banii migrând spre instituțiile raionale. Este important de menționat că pe viitor, odată cu unificarea tarifelor proprii ale spitalelor, suma care ar migra de la IMS republicane la cele raionale ar fi considerabil mai mare, deoarece în prezent tariful de bază mediu pentru lotul spitalelor republicane este mai mare decât pentru cel al spitalelor raionale.

Decizia despre posibilitatea acceptării unor asemenea evoluții urmează a fi luată doar după analiza "problemelor de sănătate" care se rezolvă la aceste nivele de IMS.

În acest scop au fost studiate:

- 1) numărul grupurilor DRG în care s-au grupat pacienții;
- 2) în care grupuri cel mai des se grupează cazurile prestate;
- 3) cele mai frecvente diagnostice întâlnite;
- 4) % cazurilor în cadrul cărora au fost efectuate intervenții chirurgicale;
- 5) cele mai frecvente intervenții chirurgicale.

Deoarece IMS republicane și municipale sunt considerabil mai neomogene în comparație cu IMS raionale, pentru organizarea studiului au fost selectate cele mai reprezentative IMS republicane și municipale. Cât privește IMS raionale, a fost selectat câte un spital fost județean de la Nordul, Centrul și Sudul republicii și câte un spital fost sectorial din zona de influență a spitalelor foste județene selectate. Perioada studiului a cuprins anul 2013.

Rezultatele cercetării numărului de grupuri DRG în care s-au grupat pacienții și a % cazurilor în cadrul cărora au fost efectuate intervenții chirurgicale sunt prezentate în tabelul 5.13.

Datele din tabel relevă faptul că spitalele republicane au o activitate mai diversă, numărul grupurilor DRG fiind superior celor întâlnite în loturile spitalelor municipale și raionale. De asemenea, în cadrul spitalelor republicane este mai mare % cazurilor cu intervenții chirurgicale.

Tabelul 5.13. Numărul grupurilor DRG în care s-au grupat pacienții și % cazurilor în cadrul cărora au fost efectuate intervenții chirurgicale

Nr d/o	Denumire Spital	Nr Cazuri Prestate	Nr Grupurilor DRG	% cazurilor cu intervenții chirurgicale
1	ICȘOSMC	43869	440	35,8
2	SC Republican	22756	388	55,4
3	CNȘPMU	20741	425	47,7
4	SCM "Sfânta Treime"	22946	418	27,5
5	SCMC "V.Ignatenco "	13692	284	25,0
6	SCM Bați	34586	476	21,2
7	SR Cahul	12309	343	21,0
8	SR Cantemir	7282	290	15,9
9	SR Edinet	10741	350	13,5
10	SR Ocnița	7034	298	14,7
11	SR Orhei	14209	374	18,4
12	SR Telenesti	7614	281	20,9

Rezultatele cercetărilor privind cele mai frecvente grupuri de DRG, cele mai frecvente diagnostice și cele mai frecvente intervenții chirurgicale sunt prezentate în Anexa 6.

Putem concluziona că multe dintre cazurile spitalizate în instituțiile raionale puteau fi tratate în condiții de ambulatoriu. Deși în spitalele terțiare la fel s-au regăsit pacienți care au putut fi tratați în condiții de ambulatoriu (sau la un nivel mai jos de IMS), totuși "problemele de sănătate" se rezolvă considerabil mai mult la nivel terțiar. Prin urmare, acceptarea migrării banilor de la IMS republicane la cele raionale va duce la înrăutățirea stării de sănătate a populației și la utilizarea inefficientă a resurselor financiare.

Pentru neadmiterea formării bugetelor induse de activitate a fost studiată evoluția componentelor pe baza cărora s-au format depășirile menționate.

Reieșind din formula generală de formare a bugetului destinat procurării cazurilor tratate: $Buget = Nr.CT \times ICM \times Tarif$, depășirile contractuale pot avea la bază trei cauze principale: majorarea numărului de cazuri prestate, creșterea ICM și tariful de bază incorect. Studiul a constatat în analiza obiectivității evoluției acestor componente contractuale, care a avut loc pe parcursul anului 2013.

Analiza evoluției cazurilor prestate. Este bine cunoscut faptul că mecanismul de plată per caz tratat stimulează prestarea unui număr mai mare de cazuri. Datele din tabelul 5.9 ne arată că numărul de cazuri prestate pe parcursul anului 2013 a crescut în medie cu 5,2%. Această creștere trebuie interpretată drept foarte mare, deoarece sistemul DRG a adus elemente noi doar

privind aprecierea costului cazului prestat, însă mecanismul de plată a rămas același – per caz tratat. Dacă sistemul DRG ar fi fost implementat pe fondul finanțării anterioare “per buget”, o asemenea creștere urma a fi considerată drept un fenomen așteptat, însă creșterea numărului de cazuri cu peste 5% pe fondul a nouă ani de finanțare pe caz tratat trebuie considerată drept una foarte mare.

În scopul analizei îndeplinirii cazurilor contractate, noi am calculat coeficientul îndeplinirii lor pentru fiecare spital. Diapazonul de îndeplinire a fost de la 72,2% (SCR ACSR) până la 180% (Maternitatea municipală nr.2). Acest diapazon a fost împărțit în următoarele grupuri: mai puțin de 90%; 90-99%; 100-109%; 110-119%; 120-129%; 130% și peste. La etapa următoare a fost calculat numărul instituțiilor încadrate în fiecare grup. Tabloul de îndeplinire a cazurilor contractate conform studiului menționat poate fi văzut în figura 5.6.

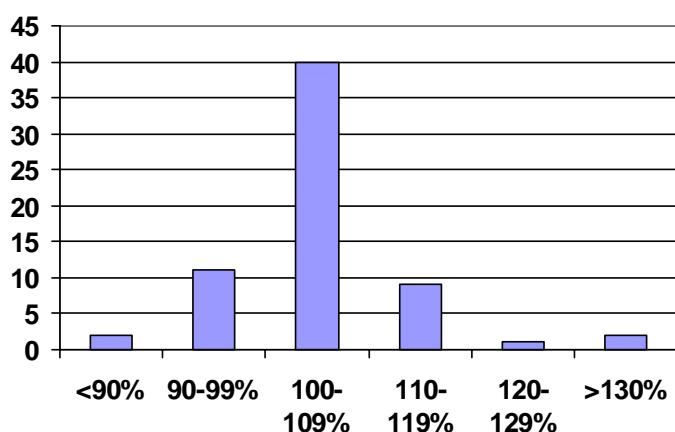


Fig. 5.6. Repartizarea numărului de IMS pe grupuri în dependență de % de îndeplinire a cazurilor contractate pe spital în a. 2013.

Rezultatele studiului demonstrează că majoritatea spitalelor (61,5%) au avut îndepliniri ale volumelor contractate de cazuri între 100% și 110%. Prin urmare, sistemul de plată pe DRG stimulează prestarea unui număr mai mare de cazuri tratate. La convorbirile duse cu spitalele care au depășit numărul de cazuri contractate, poziția certă a prestatorilor a fost că aceste spitalizări sunt argumentate și sunt impuse de necesitățile de spitalizare a populației deservite. Desigur, aceste păreri sunt subiective. Pentru a avea o poziție obiectivă, trebuie să ne bazăm pe indicatori, unul dintre care este nivelul de spitalizare.

Conform datelor literaturii, nivelul mediu de spitalizare în Europa este de ~150 de spitalizări la 1000 populație și cunoaște o descreștere de la 180 de spitalizări în anul 1998. Conform datelor Anuarului statistic, nivelul de spitalizare în Republica Moldova este de 183 la 1000 populație asigurată. Însă în urma analizei bazei de date privind DRG (anul 2013), au fost găsite 575 413 de cazuri validate pentru persoanele asigurate. Conform „Registrului persoanelor

luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”, au fost înregistrate 2 352 278 de persoane asigurate. Prin urmare, nivelul de spitalizare la 1000 de persoane asigurate în Republica Moldova constituie - 244,6, nivel care îl depășește cu 63% pe cel mediu european.

Concluzia generală este că nivelul de spitalizare în Republica Moldova este exagerat de mare și urmează a fi găsite căi de diminuare a lui.

O întrebare firească în acest context este: Din care zone se spitalizează cei mai mulți pacienții? La prima vedere, din zonele urbane - Chișinău și Bălți, deoarece numărul de cazuri prestate de către spitalele din aceste zone relatate la populația zonelor respective este superior numărului de cazuri prestate în IMS raionale pentru populația raioanelor. Însă o asemenea abordare a modului de estimare a nivelului de spitalizare, după părerea noastră, este incorectă, deoarece:

1) O parte din populația municipiului Chișinău se tratează în spitalele republicane și prin urmare nivelul real de spitalizare pentru acest municipiu trebuie să fie mai mare decât cel calculat după metoda prezentată.

2) În municipiul Bălți se tratează populația din raioanele adiacente - nivelul real de spitalizare pentru Bălți trebuie să fie mai mic.

3) O parte dintre pacienții din raioane se tratează în spitalele republicane și cele din municipiul Chișinău - nivelul real de spitalizare pentru raioane trebuie să fie mai mare.

Pentru a estima nivelul real de spitalizare pe teritorii, noi am relatat numărul de cazuri prestate pentru pacienții fiecărui teritoriu în toate spitalele din republică (inclusiv cele departamentale, private etc.). În rezultat, a fost primit următorul tablou (figura 5.7): municipiul Chișinău - 216,2; municipiul Bălți - 254,4; Mediu pe raioane - 253,3.

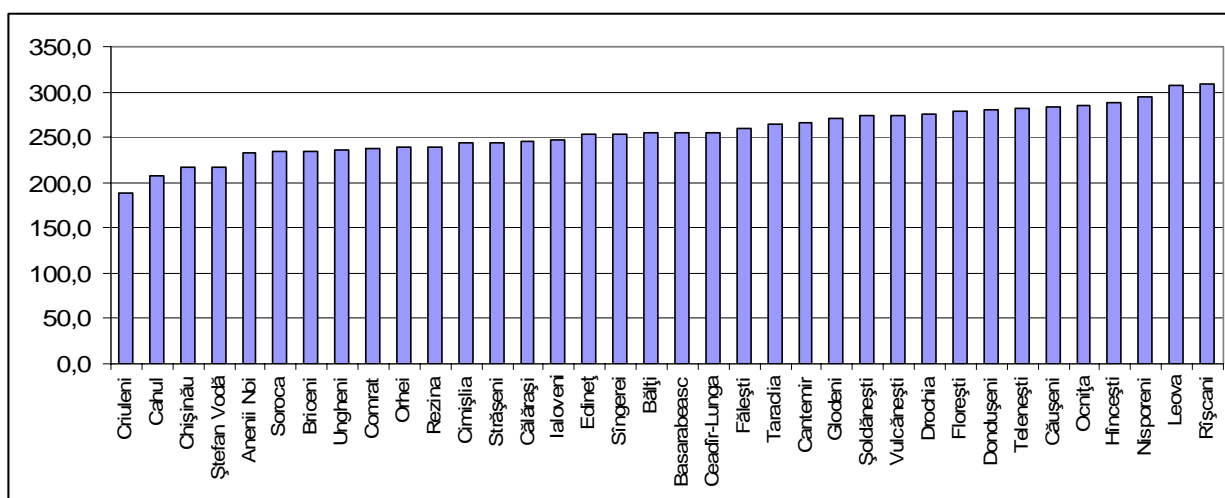


Fig. 5.7. Nivel de spitalizare la 1000 populație asigurată pe teritoriile R. Moldova.

Revenind la întrebarea din care zone cel mai mult se spitalizează pacienții, vedem că situația este inversă celei presupuse: un nivel mai mare de spitalizare se înregistrează în zonele rurale comparativ cu cele urbane.

O altă întrebare în acest context este: Numărul mare de spitalizări din raioane este cauzat de spitalele raionale sau de cele republicane? Pentru a găsi răspunsul, noi am estimat % de spitalizări din teritorii în IMS teritoriale. Rezultatele studiului sunt prezentate în figura 5.8.

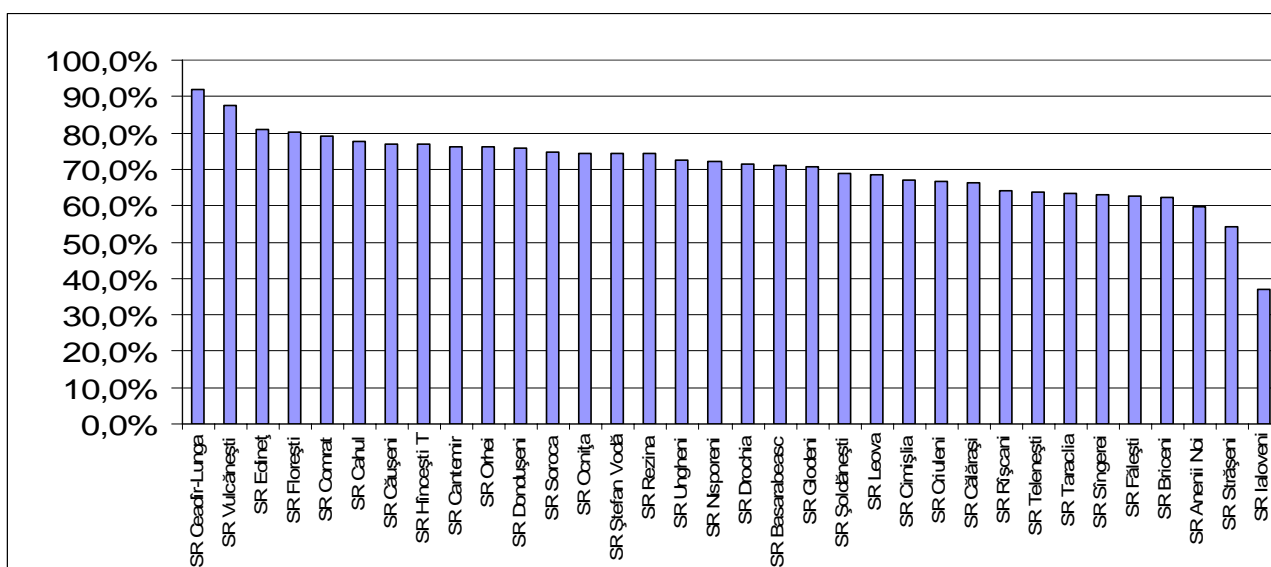


Fig. 5.8. % de spitalizări din teritorii în IMS locale.

Dacă excludem SR Ialoveni, SR Strășeni, SR Anenii Noi, SR Sîngerei (aceste spitale fiind situate aproape de metropole), putem observa că aproximativ 75% de spitalizări le generează spitalele raionale.

Combinând rezultatele studiului privind nivelurile totale de spitalizare la 1000 populație asigurată și % de spitalizări din teritorii în IMS locale, a fost obținută diagrama care reflectă, pentru fiecare teritoriu al republicii, diferențele dintre nivelele de spitalizare totale și cele locale. Devine clar că populația mai multor teritorii cu un nivel de spitalizare locală mai mic de medie, în realitate, are un nivel total mai mare de medie al spitalizărilor pentru populația teritoriului. Spre exemplu, raionul Ialoveni, având cel mai mic nivel de spitalizări locale – 90,9, paralel are un nivel total de spitalizare de 246,7, care cu mult îl întrece pe cel din alte teritorii (figura 5.9.).

Acest studiu ne demonstrează că spitalizările locale nu reflectă nivelul real de spitalizare din teritoriu și, prin urmare, luarea deciziilor privind numărul de cazuri puse la baza contractului trebuie făcută reieșind din nivelul total de spitalizare din teritoriu, care este format de toate spitalele din republică în care s-au tratat pacienți din teritoriul respectiv.

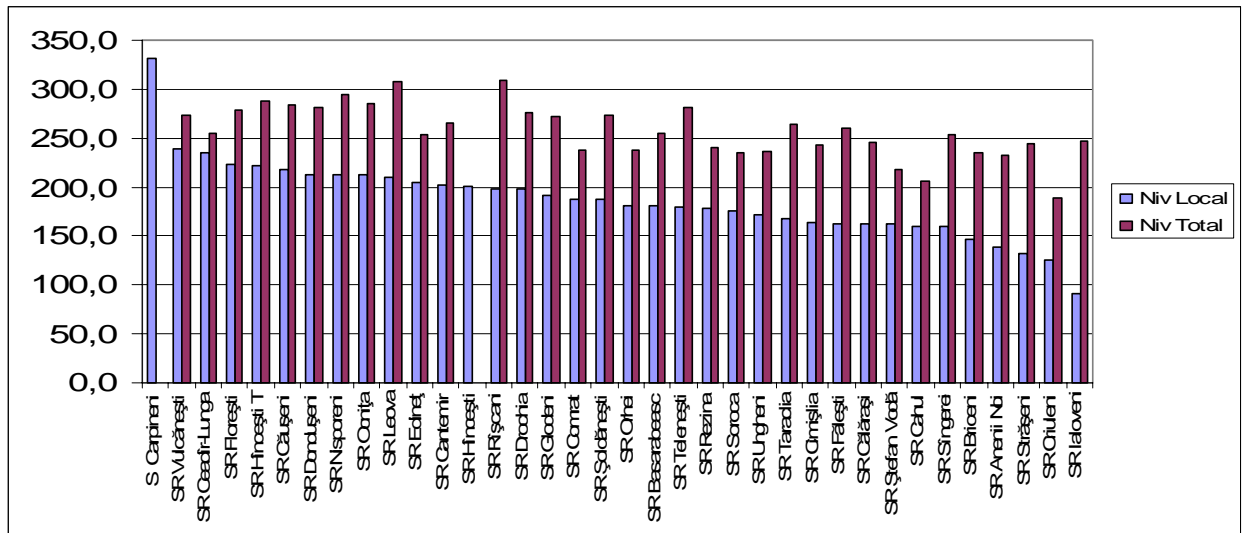


Fig. 5.9. Nivel de spitalizare pe teritorii.

Nivelul mai mare de spitalizări pentru populația din zonele rurale ne vorbește indirect despre faptul că „problemele de sănătate” doar parțial se rezolvă la nivelul instituțiilor teritoriale și pacienții din teritorii sunt nevoiți să solicite asistență în IMS republicane și municipale, ca rezultat sporind nivelele de spitalizare pentru teritoriile din care sunt pacienții. Prin urmare, nivelul extrem de ridicat al spitalizării din Republica Moldova în mare parte se datorează spitalizărilor în spitalele raionale, care nu rezolvă problemele de sănătate ale populației.

O altă întrebare este: Stimulează oare sistemul DRG apariția unei tendințe de stopare a creșterii nivelului de spitalizare, în cazul atingerii unui nivel înalt al acestuia?

Pentru a găsi răspuns la această întrebare, a fost efectuat studiul îndeplinirii numărului de cazuri contractate în lotul IMS teritoriale, care în anul 2013 au fost lideri în spitalizări (nivelul local al cărora a depășit 200 de spitalizări la 1000 de populație asigurată). Rezultatele sunt prezentate în figura 5.10.

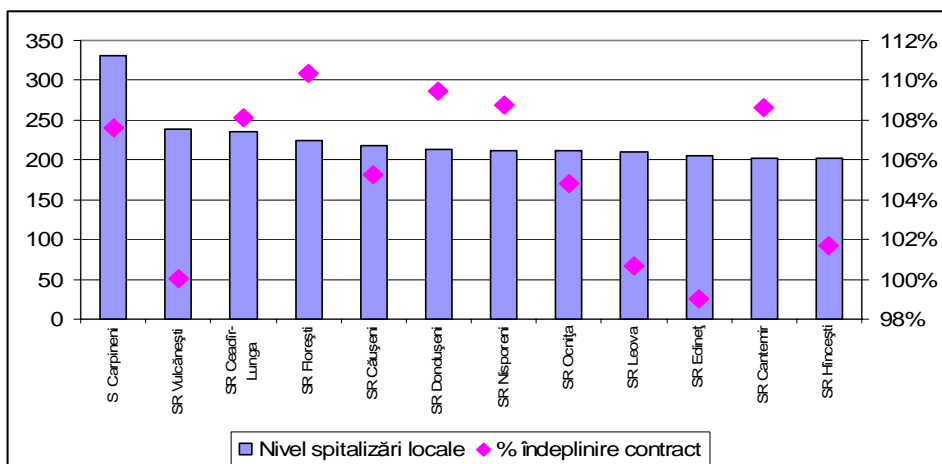


Fig. 5.10. Îndeplinirea numărului de cazuri contractate în cadrul IMS raionale cu nivel de spitalizare local ce depășește 200 de spitalizări la 1000 de populație asigurată.

Așadar, din 12 instituții care au avut un nivel local de spitalizare peste 200, doar 2 IMS au îndeplinit cazurile în limitele prevederilor contractuale – SR Edineț (99,0% îndeplinire) și SR Vulcănești (100,0% îndeplinire). Restul instituțiilor (10 IMS sau 83,4% din lotul de instituții) au supraîmplinit vădit numărul de cazuri contractate. Spre exemplu, IMS cu cel mai mare nivel de spitalizare locală (331,6 spitalizări la 1000 persoane asigurate) – Spitalul Cărpineni, pe parcursul anului 2013 a supraîmplinit numărul de cazuri contractate cu 7,6%.

În concluzie, pentru prestatori, mecanismul de plată pe DRG nu conține stimulente de autoreglare a numărului de cazuri prestate și, prin urmare, numărul lor urmează a fi stabilit de către cumpărătorul serviciilor medicale, reieșind din nivelele totale și cele locale de spitalizare a populației teritoriului deservit, particularitățile putând fi cizelate în cadrul negocierilor contractuale.

Analiza evoluției ICM. Conform tabloului general al influenței metodei de plată pe DRG asupra evoluției principalilor indicatori de activitate a spitalelor (tabelul 5.9), pe parcursul anului 2013 a avut loc creșterea ICM cu 15%. În scopul analizei acestei creșteri, noi am repartizat IMS în conformitate cu intervalele prestabilite de creștere a ICM. Rezultatele studiului sunt prezentate în figura 5.11.

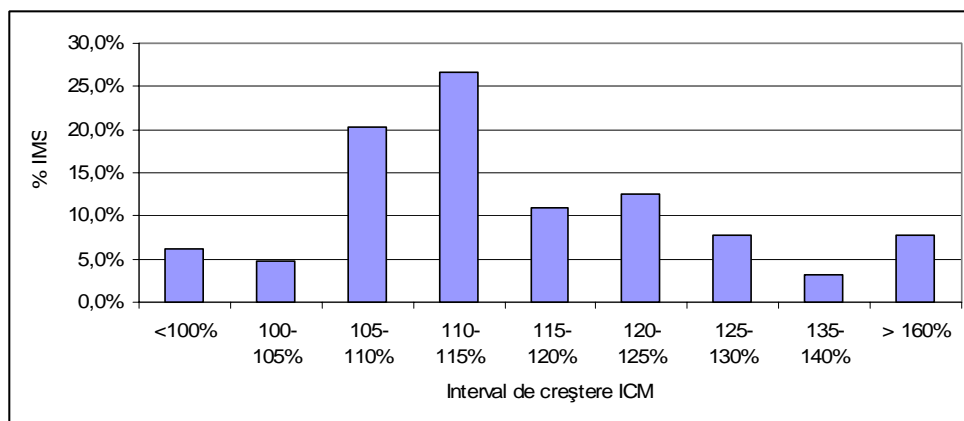


Fig. 5.11. Repartizarea IMS conform intervalelor de creștere a ICM.

Rezultatele studiului ne arată că 26,6% din IMS au avut creșterea ICM în intervalul 110-115%, 20,3% IMS – în intervalul 105-110%, iar 7,8 % din IMS au crescut ICM-ul cu peste 160%.

O întrebare firească în acest context este: De ce a crescut indicele de complexitate atât de mult? În mod normal, un spital nu poate să-și crească considerabil ICM-ul, decât dacă au fost implementate metode cardinal noi de tratament, cu utilizarea unor intervenții și proceduri mai sofisticate. Dacă asemenea metode nu au fost implementate, atunci creșterea ICM a fost cauzată sau de ICM-ul anului precedent mai mic decât cel caracteristic IMS (calitatea nesatisfăcătoare a

datelor inițiale), sau de ICM-ul anului actual mai mare decât cel caracteristic IMS (fenomenul de supracodificare).

Privind calitatea datelor inițiale, din experiența altor țări, s-a constatat că niciodată nu se poate afirma că datele sunt perfecte. Astfel, dacă pentru extinderea sistemului DRG s-ar fi așteptat ca datele prezentate de spitale să fie exacte, atunci această extindere nu ar fi fost făcută niciodată. De aceea, a fost luată decizia privind extinderea sistemului DRG pe baza datelor acumulate la finele anului 2012, iar riscurile legate de unele inexactități ale acestor date să fie acoperite prin garantarea bugetului neutru pe spital. Din aceste considerente, creșterea ICM a fost un fenomen așteptat, dar numai ca rezultat al îmbunătățirii codificării datelor.

Paralel, a fost nevoie de supraveghere cauzele de creștere a ICM, pentru a nu admite apariția fenomenului de supracodificare. În acest scop, noi am efectuat un studiu privind aprecierea ponderii DRG-urilor de tip A (cu complicații și comorbidități catastrofale) în cadrul DRG-urilor adiacente. Pentru studiu au fost selectate spitalele care au participat la pilotarea noului mecanism de plată, deoarece pentru aceste IMS datele de codificare au fost disponibile pe cea mai îndelungată perioadă. Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelul 5.14.

Tabelul 5.14. Ponderea DRG - urilor de tip A în cadrul DRG-urilor adiacente

IMS	% DRG urilor de tip A			% creștere (2011-2013)
	2011	2012	2013	
ICȘDOMC	13,7	19,9	23,5	171,5
SC Republican	14,2	23,6	27,8	195,8
CNȘPMU	12,1	20,7	24,6	203,3
SCM Sf. Arh. Mihail	24,0	36,4	44,1	183,8
SCM V. Ignatenco	13,8	24,4	33,1	239,9
SCM Balți	12,3	18,8	23,5	191,1
SR Orhei	11,6	19,3	25,2	217,2
SR Cimișlia	13,4	24,1	24,3	181,3
SR Cahul	6,0	14,8	15,2	253,3

Conform datelor colectate pentru anul 2011, în medie doar 13,2% din cazurile validate s-au clasificat în DRG de tip A. Însă pe parcursul anilor 2012 – 2013, se vede o creștere vădită a ponderii grupurilor cu complicații și comorbidități catastrofale. Așadar, mecanismul de plată pe DRG stimulează prestatorii de servicii medicale la supracodificare.

Drept indicator mai important trebuie considerat nu % de creștere a „grupurilor A” (deoarece acesta va fi mare în cazul cifrelor inițiale mici), ci nivelul ajuns al „grupurilor A” din totalul cazurilor prestate. În acest context, a fost făcut un studiu integral al indicatorului

menționat pe diferite nivele ale instituțiilor spitalicești: republicane, municipale și raionale. Rezultatele studiului sunt prezentate în figura 5.12.

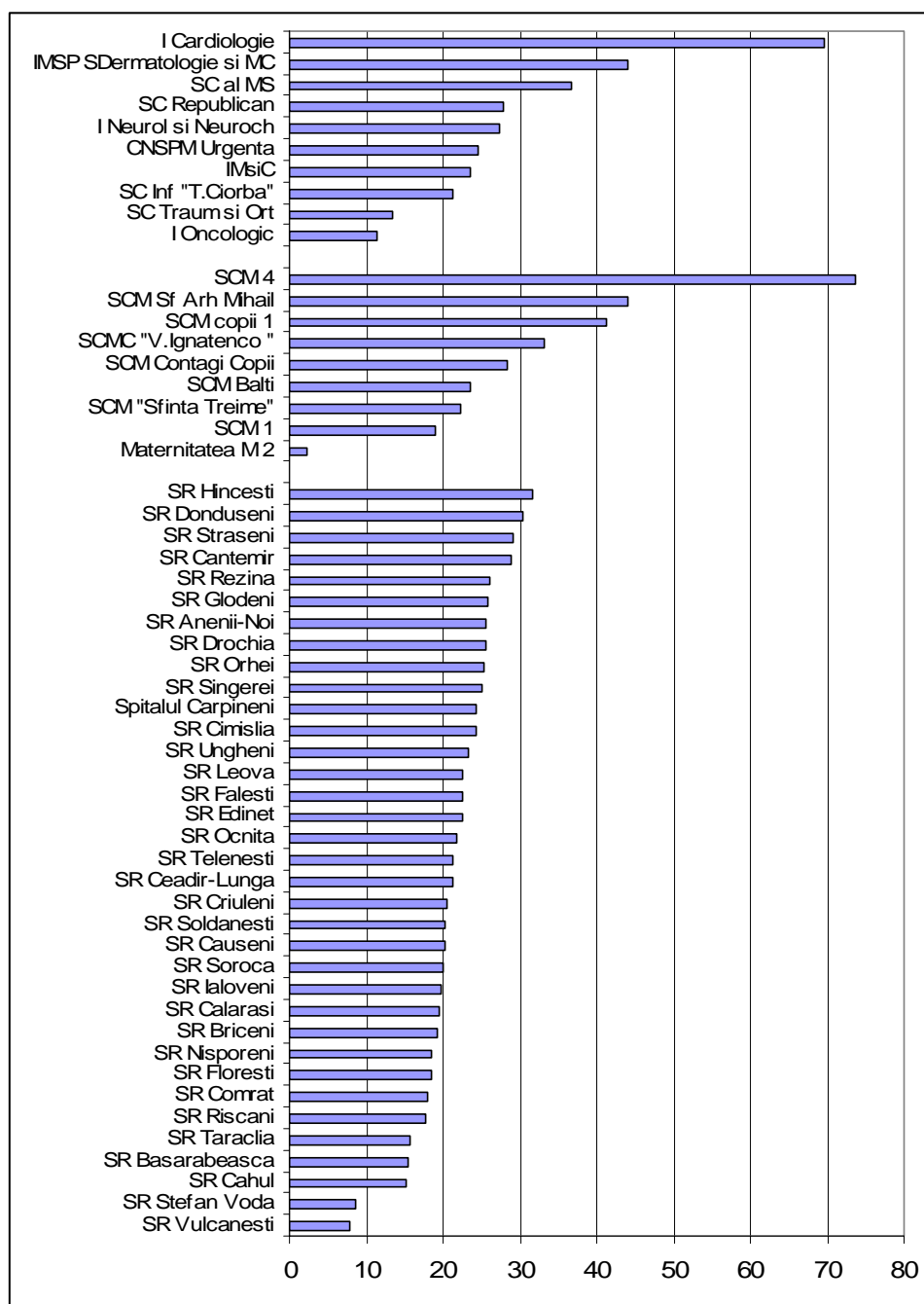


Fig. 5.12. Ponderea „DRG – urilor A” din totalul cazurilor prestate în anul 2013.

Observăm că în toate cele trei loturi de spitale există o diferență mare între poli a valorilor indicatorului menționat. În lotul spitalelor republicane, cel mai mare % al grupurilor A se întâlnește la Institutul de Cardiologie – 69,7%. Spitalul Clinic Republican și Institutul de Neurologie și Neurochirurgie ocupă doar pozițiile 4 (27,8%) și, respectiv, 5 (27,4%), având cazuri „mai puțin complicate” ca spitalul Ministerului Sănătății – 36,6% și spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile – 44,1%.

În lotul spitalelor municipale, cea mai mare pondere a grupurilor A se întâlnește în Spitalul Municipal nr.4 – 73,6%, acesta fiind și spitalul cu cea mai mare pondere a cazurilor cu complicații și comorbidități catastrofale din țară.

Lotul spitalelor raionale, conform structurii și destinației sale, este cel mai uniform lot din cele incluse în studiu. În mod normal, și ponderea DRG-urilor A ar trebui să fie relativ uniformă, însă realitatea este alta - diferența dintre poli depășește 400%. Un alt paradox este că cazurile din SR Dondușeni, SR Strășeni, SR Cantemir, SR Rezina sunt mai complicate ca în SR Orhei și considerabil mai complicate ca în SR Cahul. Ba mai mult, ponderea DRG – urilor A în spitalele menționate este mai mare decât în Spitalul Clinic Republican.

În concluzie: Datele prezentate de majoritatea spitalelor nu sunt calitative și denaturează tabloul real al complexității cazurilor prestate. Creșterile ICM pe parcursul anului 2013 doar parțial s-au datorat îmbunătățirii procesului de codificare, iar în mare parte au fost rezultatul trișării datelor, în scopul atribuirii cazurilor la grupurile mai scumpe. Cele menționate impun elaborarea urgentă a principiilor de audit al codificării datelor prezentate.

5.6. Abordări noi privind contractarea spitalelor pe baza noului mecanism de plată

Pe parcursul contractării spitalelor în cadrul AOAM, s-a tins spre diminuarea diferențelor de finanțare între diferite teritorii ale republicii. Rezultatul acestor activități poate fi văzut în figura 5.5, care prezintă nivelul de finanțare a teritoriilor pe un locuitor. Vedem că în cazul sumelor planificate pentru contractare, dezechilibrul de finanțare nu este mare. Acest rezultat a fost obținut nu de sus în jos (prin redistribuirea resurselor financiare și conformare la ele), ci de jos în sus – prin procurări active (în unele spitale stimulând productivitatea, iar în altele invers, diminuând-o). Desigur, întotdeauna va fi necesar de păstrat un oarecare dezechilibru de finanțare între spitale, el fiind argumentat de diferențele în respectarea cerințelor metodelor de plată utilizate la moment. Pe parcursul ultimilor ani, acest dezechilibru nu a avut schimbări semnificative, ceea ce înseamnă că a fost atinsă proporția optimă de finanțare prin metoda de plată pe caz tratat pe profil. Unica variabilă a acestei proporții a fost numărul de cazuri tratate. Însă, dacă apar variabile noi, cum ar fi complexitatea cazului, atunci este evident că se va produce un dezechilibru al stării existente, deoarece după acest criteriu activitatea spitalelor “cu același număr de cazuri prestate” este diferită.

De fapt, introducerea unui mecanism nou de finanțare trebuie să ducă la dezechilibru, astfel încât proporția să fie corectată în conformitate cu rigorile noului sistem de plată. Dacă sistemul DRG nu ar schimba aceste proporții, atunci implementarea lui nu ar fi argumentată, deoarece el este mult mai complicat în administrare și nu este nici un rost să implementezi un sistem mai costisitor ca să obții același rezultat. Deci faptul că introducerea DRG va dezechilibra

nivelele atinse de finanțare a teritoriilor (și a IMS) a fost un fapt așteptat, important este ca vectorul acestor schimbări să fie într-o direcție corectă, adică finanțarea IMS care prestează cazuri mai complexe proporțional să crească, iar finanțarea celorlalte IMS să descrească.

De fapt, situația trebuie privită diferit, dacă vorbim despre finanțarea unui spital și finanțarea unui teritoriu. Astfel, dacă dezechilibrul finanțării spitalelor poate fi admis și în proporții mari (argumentat de diferența de complexitate), atunci dezechilibrul finanțării pe teritorii nu trebuie admis, aceasta însemnând că pentru un teritoriu, în cazul în care IMS locală nu prestează cazuri complexe, acestea trebuie contractate într-o altă IMS.

Dezechilibrul în finanțarea spitalelor poate fi permis reieșind preponderent din variația ICM. În cazul dezechilibrului mare cauzat de creșterea ICM, pe fondul nivelului de spitalizare ridicat, amplituda dezechilibrului trebuie micșorată prin diminuarea numărului de cazuri contractate.

Un alt subiect de studiu a ținut de dezvoltarea viziunii asupra tarifelor de bază a spitalelor. Cum a fost menționat anterior, contractarea spitalelor în anul 2013 a fost făcută în bază de tarife proprii. Pe viitor însă, este necesară unificarea treptată a tarifelor proprii (TP) și trecerea la un tarif unic național (TN). Conform politicii de sănătate și strategiei de dezvoltare a CNAM această stare de lucruri urmează a fi ajunsă către anul 2017. În acest scop a fost elaborată schema de trecere la tariful național, ea cuprinzând următoarele etape:

- 2013: 100% TP;
- 2014: 75% TP + 25% TN;
- 2015: 50% TP + 50% TN;
- 2016: 25% TP + 75% TN;
- 2017: 100% TN.

Prima etapă de unificare a tarifelor proprii a fost programată pentru contractarea spitalelor pentru anul 2014. În acest scop, la finele anului 2013, noi am modelat schimbările în finanțarea sistemului spitalicesc, care ar fi apărut la utilizarea principiilor menționate mai sus.

Modelarea a fost făcută reieșind din formula: $Buget = Nr\ CT \times ICM \times Tarif$, datele pentru care au fost preluate din baza de date pe DRG formată în anul 2013. Tarifal pus la baza modelării a fost mixt: 75% TP 2013 + 25% TN. În acest mod a fost modelat bugetul pentru fiecare IMS. Prin sumarea bugetelor IMS a fost obținut Bugetul Total destinat finanțării pe DRG. Este evident că Bugetul Total modelat pe activitatea spitalelor din anul 2013 a depășit posibilitățile de acoperire prevăzute de Legea fondurilor, ceea ce a impus lărgirea procesului de modelare cu încă două etape:

1) Normalizarea Bugetului Total pentru corespunderea prevederilor Legii fondurilor din anul 2013 și;

2) Creșterea Bugetului Total normalizat în conformitate cu creșterea prevăzută în Legea fondurilor pentru anul 2014.

Pentru estimarea impactului implementării primei etape de unificare a tarifelor proprii noi am recurs la compararea bugetelor modelate pe spital cu cele neutre din anul precedent. Studiul a fost selectiv. Inițial spitalele au fost împărțite în loturi: republican, municipal și raional, iar, mai apoi, în cadrul fiecărui lot au fost selectate spitalele strategice și cele "mai puțin strategice".

Rezultatele obținute pentru loturile de spitale: republicane și municipale, sunt prezentate în tabelul 5.15.

Tabelul 5.15. Compararea bugetelor normalizate și a celor neutre (a anului 2013) în loturile spitalelor republicane și municipale

Lot spitale	IMS	Din ele strategice	% bug. normalizat din bug. neutru	Diferența între bug. normalizat și cel neutru
Republicane	SC Republican	+	88,6%	-14 269 520
	ICȘDOSMșiC	+	99,2%	-1 014 651
	CNSP Medicină de urgență	+	87,7%	-12 563 966
	Institutul Oncologic	+	88,3%	-13 654 032
	SC Traumatologie și Ortopedie	+	83,3%	-6 331 475
	SC al MS RM	-	113,3%	2 323 898
	S Dermatovenerologie și MC	-	137,5%	4 484 692
Municipale	SCM №1	+	115,5%	9 138 708
	SCM "Sf. Arhanghel Mihail"	+	105,9%	2 029 937
	SCM "Sfânta Treime"	+	100,3%	210 544
	SCM Balti	+	93,3%	-6 004 558
	SCM №4	-	107,8%	440 159
	SCMC №1	-	122,2%	3 750 787
	SCMC "V.Ignatenco"	+	100,3%	111 730

După cum a arătat modelarea bugetelor contractuale, respectarea primei etape de unificare a tarifelor în varianta menționată ar duce, în lotul spitalelor republicane, la diminuarea finanțării instituțiilor strategice: SCR (cu 11,4%), CNSPMU (cu 12,3%), Institutului Oncologic (cu 11,7%), paralel cu majorarea finanțării instituțiilor mai puțin strategice: SC al MS RM (cu 13,3%), Spitalului Dermatovenerologie și Maladii Comunicabile (cu 37,5%).

Deși în lotul spitalelor municipale majoritatea spitalelor (excepție SM Bălți) nu ar descrește în finanțare în comparație cu anul precedent, totuși creșterile de finanțare, la fel ca și în

lotul spitalelor republicane, ar fi mai mici în spitalele strategice în comparație cu cele mai puțin strategice: spitale pentru maturi – SCM "Sfânta Treime" (cu 0,3%), iar SCM nr.4 (cu 7,8%); spitale pentru copii – SCMC "V.Ignatenco" (cu 0,3%), iar SCMC nr.1 (cu 22,2%).

În lotul spitalelor raionale (figura 5.13.), pentru 24 de spitale (68,6%) bugetele ar crește în comparație cu anul precedent, pentru mai multe dintre ele aceste creșteri depășind 20%. Și în acest lot de spitale se atestă faptul că finanțările spitalelor mai puțin strategice ar crește (SR Strășeni 21,4%, SR Sângerei cu 21,3%), iar a celor strategice va descrește (SR Cahul cu 9,5%).

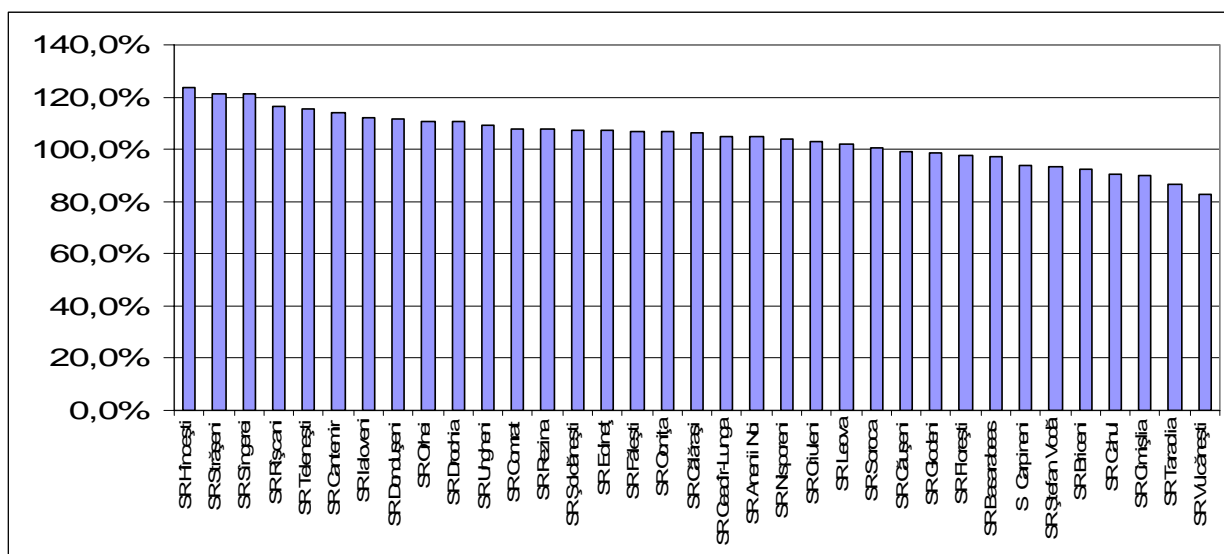


Fig. 5.13. Compararea bugetelor normalizate și a celor neutre (a anului 2013) în lotul spitalelor raionale.

Putem deci concluziona că aplicarea “oarbă” a principiilor de estimare a bugetelor contractuale pe datele de contractare inițială a anului 2013 nu trebuie admisă, deoarece va duce la distorsiuni majore în finanțarea spitalelor, pe urma cărora vor avea de suferit spitalele strategice.

Este important de menționat că distorsiunile “matematice” nu sunt rezultatul imperfecțiunii mecanismului de estimare a bugetelor IMS, ci al inexactității datelor prezentate de IMS la finele anului 2012, pe baza cărora au fost calculate tarifele proprii ale spitalelor pentru contractare în anul 2013. Veridicitatea tarifului propriu se află în dependență directă de datele prezentate de IMS. Astfel, dacă numărul de cazuri tratate și ICM prezentate de IMS ar fi fost caracteristice instituțiilor care le-au prezentat, atunci tarifele proprii pentru anul 2013 ar fi altele. Spre exemplu, SCR al ACSR pentru anul 2013 a fost contractat reieșind din ICM 0,7380, format la finele anului 2012. Pentru respectarea bugetului neutru, IMS a fost contractată cu cel mai mare tarif acceptat pe țară – de 4000 lei. Însă pe parcursul anului 2013, IMS a realizat un ICM de 1,3242, ceea ce reprezintă o creștere de 82%. În asemenea situații, nu trebuie să vorbim despre

supraîmplinirea condițiilor contractuale, ci despre un tarif propriu calculat în baza unor date eronate. Dacă pentru SCR al ACSR este caracteristică o activitate cu complexitatea medie a cazului de 1,3242, atunci pentru respectarea bugetului neutru această instituție urma a fi contractată cu tariful propriu de 2300 de lei.

Așadar, depășirile atât de mari ale bugetelor contractate pe parcursul anului 2013 au avut loc din cauza că datele privind complexitatea cazurilor prezentate de către spitale la finele anului 2012 au fost eronate și, respectiv, tarifele proprii calculate pentru respectarea bugetelor neutre au fost incorecte. Din această cauză, prima etapă de unificare a tarifelor nu trebuie începută cu aplicarea formulei $75\%TP + 25\%TN$ pe tarifele contractuale ale anului 2013. Pentru aplicarea formulei mai corect ar fi de recalculat tarifele de bază proprii, reieșind din ICM format la finele anului 2013 și bugetul neutru care urma a fi garantat. De fapt, aceste tarife ar și fi fost puse la baza contractării anului 2013, dacă datele privind ICM ar fi avut finețea atinsă pe parcursul anului.

În cele din urmă, estimarea bugetelor contractuale pentru anul 2014 a fost făcută după următoarea metodologie: La prima etapă au fost estimate tarifele proprii pentru a fi utilizate în anul 2014. În acest scop, au fost luate ICM-urile realizate la finele anului, după efectuarea (conform posibilităților existente la acel moment) controalelor veridicității formării lor. După aceasta, au fost aplicate prevederile primei etape de unificare a tarifelor proprii: $75\% TP + 25\%TN$. Pentru instituțiile al căror „tarif matematic” a fost sub nivelul minim al anului precedent, tariful propus pentru contractare a fost de 2500 lei. Rezultatele obținute pot fi văzute în figura 5.14.

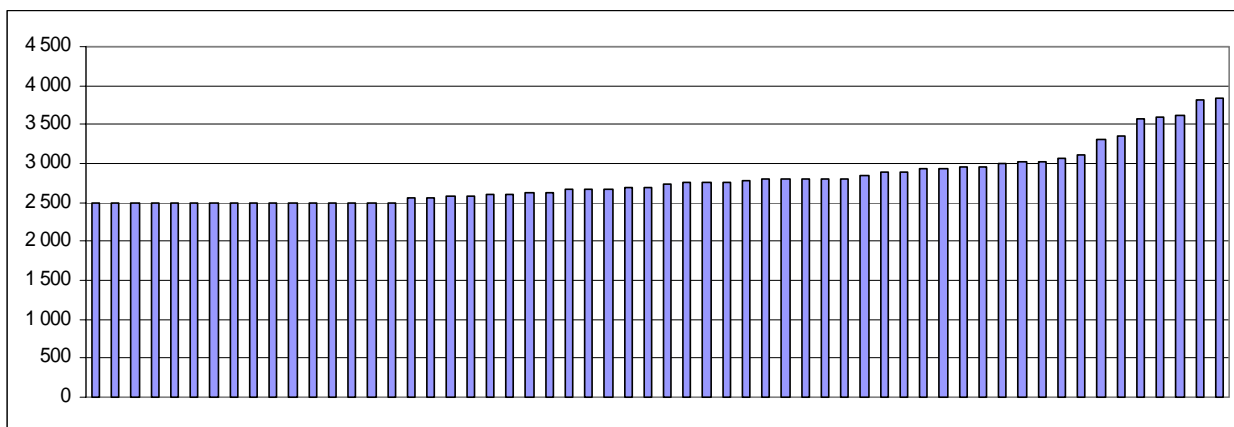


Fig. 5.14. Plaja tarifelor proprii calculate pentru contractarea spitalelor în a. 2014.

Este important de menționat că prin aplicarea metodologiei propuse s-a reușit de a unifica tarifele proprii în proporție de peste 25%, deoarece pentru IMS la care tariful matematic a fost sub 2 500 lei a fost ridicat la acest nivel.

La cea de-a doua etapă au fost calculate bugetele IMS. Decizia asupra numărului de cazuri puse la baza contractelor a fost luată în cadrul negocierilor cu IMS în urma analizei atât a nivelului de spitalizare local, cât și a celui general din teritoriul de deservire respectiv, iar ICM-urile au fost luate cele realizate la finele anului 2013. La ultima etapă, bugetele calculate au fost conformate prevederilor Legii fondurilor.

În rezultatul aplicării acestei metodologii, s-a reușit evitarea distorsiunilor majore în finanțarea spitalelor. Nici unul dintre spitalele strategice nu a avut diminuare de buget în comparație cu anul precedent.

În concluzie, menționăm că soluția de estimare a componentelor contractului găsită pentru anul 2014 a permis ocolirea distorsiunilor critice în finanțarea spitalelor, chiar și cu respectarea cerinței primei etape de unificare a tarifelor.

5.7. Căi de corecție a neajunsurilor sistemului DRG

Implementarea sistemului de plată pe DRG duce la unificarea plăților pentru cazuri tratate similare după complexitate. Cu toate că această situație este considerată drept unul dintre beneficiile de bază ale sistemului, totuși este nevoie de ținut cont de faptul că unele spitale au caracteristici specifice. În acest context, principiul echității nu trebuie compromis. Echitatea presupune că caracteristicile sau circumstanțele unice care pot determina sporirea costurilor spitalelor și care sunt în afara controlului acestora trebuie recunoscute și abordate pentru definirea parametrilor din sistemul de plată. Drept exemplu pot servi cazurile cu durate de spitalizare extreme.

Fiecare grup DRG are stabilite anumite limite pentru durata medie de spitalizare, acest parametru fiind foarte important în determinarea valorii relative a grupului. Prin urmare, rambursarea cazului va fi efectuată în conformitate cu durata așteptată a lui. Dar remunerarea nu va fi echitabilă pentru cazurile adecvate de depășire considerabilă a acestei durate.

La această concluzie noi am ajuns în urma studiului diferențelor dintre duratele de spitalizare în cadrul aceluiași grup de diagnostice, rezultatele cărora sunt prezentate în figura 5.15.

În urma acestui studiu a fost stabilit că o serie de cazuri au avut durate considerabil mai scurte sau mai lungi de spitalizare decât cea medie. Aceste cazuri pot fi considerate cu durate de spitalizare aberante (outliers) și necesită o decizie, dacă pot fi finanțate în mod diferit de cazurile care intră în distribuția normală a curbei lui Gauss. Implementarea ajustărilor de tip outlier ar însemna că pentru cazurile cu durate de spitalizare sub limita inferioară, se va rambursa o sumă stabilită, dar mai mică decât tariful real pe caz ponderat, în schimb, cazurile care depășesc limita superioară s-ar putea califica pentru plăți suplimentare.

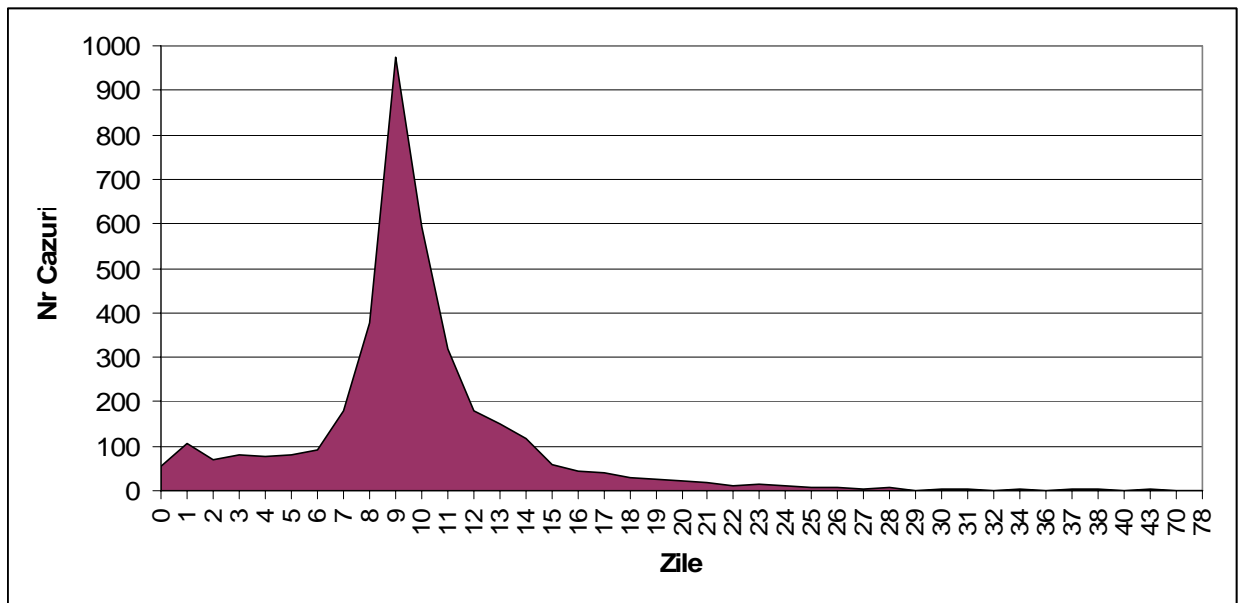


Fig. 5.15. Distribuția numărului de cazuri conform duratei de spitalizare în interiorul grupului "B70B Accident vascular cerebral cu CC severe" în anul 2013.

O metodă mai corectă ar fi studierea costurilor "aberrante" (cost outliers), însă aceasta nu poate fi făcut la momentul de față, deoarece datele de cost din Republica Moldova nu sunt suficient de rafinate pentru a genera concluzii consistente.

Un alt exemplu al inechității mecanismului de plată sunt cazurile foarte specifice, pentru care conceptul „legii mediilor” nu funcționează. Dacă pentru aceste spitale este utilizată finanțarea pe DRG fără nici un fel de ajustări la prețul de bază, acestea pot fi sistematic subfinanțate. În cazul în care spitalele vor fi contractate cu un buget global neutru în baza tarifului propriu, nu vor fi necesare ajustări specifice per spital. Însă odată cu migrarea sistemului de la tariful propriu la tariful național, ajustările vor deveni critice pentru a permite spitalelor să nu compromită furnizarea asistenței medicale și să fie în măsură să-și îndeplinească misiunea.

Ajustarea nivelului finanțării spitalelor pentru acoperirea costului consumabilelor costisitoare. Unul dintre elementele-cheie ale sistemului DRG îl constituie „valorile relative” ale grupurilor de cazuri tratate. Majoritatea țărilor care au decis implementarea metodei de finanțare pe DRG, la prima etapă au recurs la preluarea valorilor relative de la o țară cu experiență în acest domeniu. Însă în pofida faptului că sistemele de sănătate diferă de la o țară la alta, pot apărea situații de subfinanțare sau suprafinanțare pentru anumite grupuri de diagnostice. Astfel, în prima jumătate a anului 2013, în Republica Moldova o serie de spitale au raportat pierderi financiare pentru pacienții tratamentul cărora a necesitat utilizarea unor consumabile cu cost sporit. De obicei, acestea erau cazurile cu utilizarea endoprotezelor articulațiilor, protezelor vasculare, consumabilelor costisitoare cardiovasculare, cristalinelor ș.a.

În scopul soluționării acestei probleme, a fost realizat un studiu al căilor posibile pentru ajustarea nivelului finanțării instituțiilor spitalicești care prestează cazuri cu componentă sporită a consumabilelor costisitoare (în continuare – protezelor).

Au fost analizate următoarele căi:

1. Majorarea tarifului de bază propriu.

Această metodă presupune majorarea tarifelor proprii contractate pentru instituțiile a căror tarife proprii reale au depășit plafonul de 4000 de lei.

Avantajele folosirii acestei metode:

- Respectarea principiului de contractare a unui buget neutru;
- Nu necesită un studiu suplimentar de costificare a protezării;
- Se aplică spitalului-țintă și nu afectează alte spitale.

Dezavantaje:

- Ar fi un pas înapoi de la principiul de unificare a tarifelor de bază ale spitalelor;
- Nu rezolvă problema, ci doar îndepărtează inițierea rezolvării ei;
- Nu are la bază o metodă cantitativă de apreciere a nivelului corect al creșterii, ci doar metoda revenirii la bugetul neutru istoric.

Ca rezultat, această metodă nu a fost agreată, datorită faptului că ea nu rezolvă problema în sine și a dezavantajului de a face un pas înapoi pe drumul reformei, către unificarea tarifelor de bază.

2. Plata protezelor la nivel de cost real, din fond separat față de fondul DRG, pe baza de raportare a fiecărui caz.

Această metodă presupune ca spitalul să raporteze alături de datele DRG costul real pentru fiecare caz în parte cu protezare. Practic, la sfârșitul lunii, se sumează costurile reale ale tuturor protezelor utilizate și se adaugă la suma calculată pe DRG. Pentru o aplicare corectă a acestei metode, trebuie exclusă componenta "Proteze" din fiecare valoare relativă a DRG-urilor-țintă. În acest fel, plata internării și intervenției se face pe DRG, iar plata protezei se face prin decontare directă pe cost real.

Avantaje:

- Fiecare caz este plătit cu costul real al protezei;
- Se poate stabili plafonul maxim pentru procurarea de proteze (plafon pentru fiecare spital sau plafon național);
- Nu necesită un studiu suplimentar de costificare a protezării;
- Se aplică spitalului-țintă și nu afectează alte spitale;
- Acoperă costul real al fiecărei proteze (nu folosește costuri medii).

Dezavantaje :

- Introduce o nouă metodă de finanțare a pacienților spitalizați;
- Creează o dezechilibrare a valorilor relative ale DRG, prin extragerea componentei de «Proteze» din valorile relative ale DRG-urilor-țintă;
- Este o metodă mult mai complicată în administrare;
- Ascunde pericolul de nerespectare a principiului de cost-eficiență la procurarea protezelor de către instituția medicală.

În rezultat, această metodă nu a fost agreată din cauza necesității de a introduce o metodă complementară de finanțare, pe lângă DRG.

3. Realizarea unui studiu de costificare a protezării și ajustarea în consecință a nivelului finanțării prin DRG.

Constă în realizarea unui studiu de costuri a intervențiilor cu protezare și recalcularea costului DRG-urilor aferente, ținând cont și de costul real al protezelor. Noul cost per pacient în DRG-urile specifice unde au apărut protezări este calculat prin înlocuirea costului existent al protezelor (cota parte a protezei din structura costului DRG-ului respectiv) cu costul real al protezei raportat de către spitale. În mod evident, această înlocuire se face exclusiv pentru acele DRG-uri pentru care au fost raportate costurile protezelor în cadrul studiului respectiv.

Principalul rezultat al metodei îl constituie diferența dintre costul nou calculat și cel existent, care reprezintă suma suplimentară pe care o va primi spitalul pentru fiecare caz din DRG-ul respectiv. Implementarea în practică a metodei poate fi făcută pe trei căi diferite:

a. Diferența Δ în lei

Reprezintă diferența dintre costul final calculat și costul actual per DRG, exprimată în lei. Aceasta va trebui plătită lunar spitalelor pentru fiecare caz grupat în DRG-ul respectiv. Această metodă este similară cu plata protezelor la costul real, prezentată mai sus, cu diferența că plata se face la costul mediu. Avantajele și dezavantajele sunt cele prezentate mai sus.

b. Coeficienți de ajustare a tarifului pe caz ponderat pe spital (KS)

Reprezintă raportul dintre suma suplimentară (Δ a tuturor DRG-urilor) și suma actuală calculată pe DRG. Coeficientul KS se calculează lunar, este supraunitar și ajustează tariful pe caz ponderat. Este variabil de la lună la lună. Practic, este exprimarea metodei de mai sus, a sumei Δ , sub forma unui coeficient.

Avantaje:

- Este o metodă cu largă aplicabilitate pentru ajustarea nivelului de finanțare DRG, ca urmare a intervenției unor factori externi ce nu pot fi controlați de spital.
- Se aplică doar spitalelor-țintă, nu influențează alte spitale.

Dezavantaje:

Diferența se calculează lunar și este variabilă.

c. Coeficienți de ajustare a valorilor relative

Reprezintă raportul dintre costul nou calculat și costul actual, cu care se ajustează valoarea relativă a fiecărui DRG implicat. În final, se exprimă printr-o ajustare a indicelui de Case–Mix a spitalului. Acești coeficienți nu variază de la o lună la alta, se calculează o singură dată și se aplică spitalelor pe o perioadă determinată de timp. Există două posibilități de aplicare a acestei metode: recalcularea valorilor relative, cu aplicabilitate la toate spitalele, și calcularea unor coeficienți de ajustare doar a unor valori relative, cu aplicabilitate selectivă, doar la unele spitale.

Recalcularea valorilor relative, cu aplicabilitate la toate spitalele

Avantaje:

- Integrarea studiului de costuri în finanțare, prin modificarea valorilor relative;
- Implică toate spitalele, chiar dacă tratează pacienți din DRG-urile interesate sau nu;

Dezavantaje:

- Dacă studiul de costuri nu este suficient de riguros sau dacă DRG-urile respective nu sunt omogene, ajustarea conduce la dezechilibrarea valorilor relative, cu consecințe pe toate spitalele.

- Necesită recalcularea tuturor valorilor relative, cu modificarea ICM la toate spitalele.

Calcularea unor coeficienți de ajustare doar a unor valori relative, cu aplicabilitate selectivă, doar la unele spitale. Spre deosebire de metoda de mai sus, această metodă nu modifică valorile relative, ci folosește coeficienți de ajustare doar pentru o parte dintre DRG-uri și pentru o parte dintre spitale.

Avantaje :

- Este o metodă selectivă de ajustare a finanțării, care, practic, selectează doar unele DRG-uri din unele spitale și care compensează ținut costul ridicat al protezelor, doar acolo unde ele se aplică.

Dezavantaje:

- Creează echivalentul unor liste paralele de valori relative.

În concluzie: metoda de calculare a coeficienților de ajustare a unor valori relative, cu aplicabilitate selectivă, a fost considerată drept cea mai potrivită pentru rezolvarea problemei de subfinanțare a grupurilor de cazuri tratate cu utilizarea consumabilelor costisitoare.

Metodologia de calculare a unui cost nou per DRG, în funcție de costul real al protezelor, a cuprins câteva etape [29]. Inițial, a fost solicitată informația privind costul protezelor de la

spitalele care furnizează astfel de servicii. Informația a fost cerută pentru perioada iulie–decembrie a anului 2012 și a cuprins: cheltuielile reale pentru consumabile per pacient externat și grupul DRG în care a fost încadrat pacientul. Au raportat informația solicitată 6 spitale: CNȘPMU, Institutul de Cardiologie, Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie, Spitalul Clinic Central Stația Chișinău (filiala ÎS „Calea Ferată”), Centrul Oftalmologic „Microchirurgia Ochiului” și Spitalul Internațional "Medpark". Au fost raportate 47 de DRG-uri, conținând un număr de 5281 de cazuri, din care doar 1503 cazuri cu protezări, costul total al protezelor fiind de 15 878 651 lei. În urma analizei acestor DRG-uri, doar 25 din ele au fost folosite în continuare în studiu (Anexa 8.), criteriile de selecție fiind:

- a) DRG-ul indică probabilitatea de a fi fost efectuate protezări pe parcursul spitalizării;
- b) procentul cazurilor cu proteze din numărul total de cazuri în DRG-ul respectiv este semnificativ (peste 46% în cadrul spitalelor care au raportat costurile).

Datele din tabel arată că în lotul selectat de DRG-uri există un singur DRG din clasa C (C16Z – Proceduri asupra cristalinului), 15 DRG-uri din clasa F (DRG-uri chirurgicale cu proceduri cardiace) și 9 DRG-uri din clasa I (DRG-uri chirurgicale cu proceduri asupra sistemului musculo-scheletal).

Pentru fiecare spital a fost calculat costul DRG-urilor – țintă, pe baza datelor de contractare din anul 2013. Subcomponenta de proteze a valorilor relative utilizate pentru contractare a fost înlocuită cu valori noi, obținute pe baza datelor de cost real al protezelor utilizate. Costul cazului s-a calculat ținând cont de rata cazurilor cu proteze în DRG-urile selectate pentru fiecare spital în parte.

A fost aleasă anume această metoda (și nu ponderarea cu rata protezării per grup de spitale), pentru că, în interiorul grupului de spitale, ratele de protezare sunt foarte diferite (de exemplu, pentru DRG-ul F14A, rata protezării este de 60% la Institutul de Cardiologie și 90% la Spitalul "Medpark").

În acest fel, au fost calculate costuri per DRG pentru fiecare spital în parte, în funcție de rata proprie de protezare. În continuare, au fost calculați coeficienții de ajustare echivalenți pentru aceste costuri (coeficient de ajustare a valorii relative pe spital) și făcută media acestor coeficienți. S-a calculat astfel un coeficient KP – coeficient de ajustare a valorii relative pentru proteze, independent de spital, dar care să se aplice doar la spitalele care fac protezări în acel DRG. Rezultatele studiului de estimare a coeficienților de ajustare a valorilor relative sunt prezentate în Anexa 9.

În urma comparației dintre costul cazului ponderat inițial contractat pentru anul 2013, costul cazului ponderat indexat cu KP și costul real al cazurilor de protezare, se observă că

coeficientul KP înlătură factorii care au dus la subfinanțarea spitalelor pentru grupurile de diagnostice menționate.

Așadar, pentru rezolvarea problemei de subfinanțare a grupurilor de cazuri tratate în cadrul cărora se utilizează consumabilele costisitoare (protezele) a fost propusă 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 protezelor, prezentate de spitale. Aplicarea coeficientului KP semnificativ a diminuat factorii care au dus la subfinanțarea spitalelor pentru grupurile de diagnostice menționate. Aplicarea coeficienților KP trebuie privită ca o măsură temporară, acceptată pentru anul 2013. Paralel este necesar să se continue colectarea datelor de cost pentru proteze și pentru DRG-urile implicate, astfel încât să se definitiveze studiul și să se modifice valorile relative, pentru a se reveni la un mecanism DRG clasic. 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.

5.8. Concluzii la capitolul 5

1. 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‰ până la 249‰, 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 exploatare pe an de la 241 până la 281 zile. În opinia a 71,2% dintre conducătorii instituțiilor spitalicești, sporirea productivității spitalelor este rezultatul influenței metodei utilizate de plată, iar 52,5% dintre 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.

2. Modalitatea de plată pe caz tratat pe profil stimulează tendința de descreștere a duratei medii de spitalizare. Astfel, pe parcursul utilizării acesteia, în Republica Moldova DMS s-a micșorat cu peste 11%, ajungând la 9 zile. În opinia managerilor din sănătate acest fenomen poate fi considerat pozitiv, dacă nu influențează nefavorabil calitatea serviciilor medicale. 71,2% din conducătorii instituțiilor spitalicești au apreciat pozitiv fenomenul de descreștere a duratei medii de spitalizare pe țară și doar 6,8% dintre ei au considerat că diminuarea DMS a influențat negativ asupra calității serviciilor prestate.

3. Din punct de vedere al reflectării cheltuielilor episodului de spitalizare, mecanismul de relatare a cazurilor tratate 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 s-au 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% pentru mecanismul de plată pe caz tratat.

4. Eficacitatea mecanismului de plată bazat pe DRG o demonstrează 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%.

5. 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 %, ceea ce a impus elaborarea unui mecanism nou de contractare bazat pe bugete neutre și tarife proprii pentru fiecare prestator.

6. 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. În conformitate cu conceptele elaborate de formare și transmitere a datelor, în perioada de pregătire spitalele-pilot au reușit să colecteze 97,1% din totalul de date privind pacienții externati, iar analiza calității datelor codificate a constatat un nivel foarte înalt al acesteia, doar 1,38% din cazuri fiind atribuite în grupurile de erori.

7. 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 înrăutățirea stării de sănătate a populației și utilizarea ineficientă a resurselor financiare.

8. Formarea bugetelor induse de activitate, 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 spitalizări la 1000 de persoane asigurate. Un nivel mai mare de spitalizări se

înregistrează pentru populația din teritoriile republicii (în medie pe raioane 253,3‰, mun. Bălți - 254,4‰), decât pentru municipiul Chișinău - 216,2‰.

9. Spitalizările locale nu ne vorbesc despre nivelul real de spitalizare din teritoriu. Astfel, raionul Ialoveni, care are cel mai mic nivel de spitalizări locale – 90,9‰, paralel are un nivel total de spitalizare de peste 246,7‰, care cu mult îl întrece 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.

10. 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. Prin urmare, numărul cazurilor destinate contractării urmează a fi stabilit de către cumpărătorul serviciilor medicale, particularitățile putând fi cizelate în cadrul negocierilor contractuale.

11. 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.

12. Pe parcursul anului 2013, depășirile atât de mari ale bugetelor contractate (cu 20,6% sau ~ 336 mil. lei) au avut loc din cauza că datele privind complexitatea cazurilor prezentate de către spitale la finele anului 2012 au fost eronate și, ca urmare, tarifele proprii calculate pentru respectarea bugetelor neutre au fost incorecte.

13. Implementarea primei etape de unificare a tarifelor proprii pe baza tarifelor contractuale ale anului 2013 nu trebuie admisă, deoarece va duce la distorsiuni majore în finanțarea spitalelor, pe urma cărora vor avea de suferit spitalele strategice. Astfel, în lotul spitalelor republicane va diminua nivelul de finanțare a SCR (cu 11,4%), CNSPMU (cu 12,3%), Institutului Oncologic (cu 11,7%), pe când nivelul de finanțare a SC al MS RM și Spitalului Dermatovenerologie și Maladii Comunicabile va crește cu 13,3% și respectiv cu 37,5%. Deși, în lotul spitalelor municipale descreșteri nu se vor întâlni, creșterile de finanțare vor fi considerabil mai mici în lotul spitalelor strategice (SCM "Sfânta Treime" - 0,3%; SCMC "V.Ignatenco" - 0,3%) în comparație cu cele mai puțin strategice (SM nr.4 - 7,8%; SCMC nr.1 - 22,2%). În lotul spitalelor raionale, nivelul de finanțare a 68,6% instituții va crește, în multe cazuri depășind 20%. Pentru neadmiterea apariției unei asemenea situații, a fost elaborată o nouă metodă de unificare a tarifelor proprii, care a permis ocolirea distorsiunilor critice în finanțarea spitalelor.

14. 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. Dezechilibrarea nivelelor de finanțare a spitalelor trebuie permisă preponderent pe baza variației ICM. 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

6.1. Elaborarea principiilor formării unui sistem nou de plată pentru serviciile medicale

Datele literaturii ne oferă o gamă largă de modele de finanțare a sistemelor de sănătate. Ele au fost formate preponderent prin diferite combinații ale metodelor existente de plată. În revista literaturii noi am identificat 18 dintre aceste metode, cele mai des întâlnite fiind: per buget, per capita, per serviciu, per vizită, per caz tratat, per zi, bonificare ș.a. Unele din metodele menționate sunt considerate bune, altele mai puțin bune. Referirea lor la un grup sau altul, de obicei, se face după contrapunerea avantajelor și dezavantajelor acestora.

Analizând cauzele unor insuccese în obținerea rezultatelor așteptate în cadrul sistemului de finanțare autohton, noi am ajuns la concluzia că acestea au avut loc din motivul că deciziile asupra selectării metodelor sau a combinației acestora se luau mai mult intuitiv, doar pe baza faptului că asemenea metode se folosesc în alte țări. Un alt considerent al insucceselor l-a constituit simpla dorință de a atenua dezavantajele unor metode de plată prin avantajele altora. Deși, conform datelor literaturii, o asemenea atitudine este des întâlnită, noi am ajuns la concluzia că ea este insuficientă. Pentru a propune un sistem de plată, este nevoie de o fundamentare a alegerii metodei, fapt care a sugerat ideea creării unor reguli în acest sens.

1. *Sistemul de plată trebuie să fie prospectiv.* În capitolele anterioare noi am demonstrat că cea mai bună caracteristică a unei metode de plată este caracterul ei prospectiv. Prin urmare, cea mai bună formă de plată ar trebui să fie Bugetul global. El presupune o plată fixă pentru acoperirea tuturor cheltuielilor prevăzute pentru o perioadă anumită de timp, fără a le relatea la anumite articole. Această metodă este pe larg folosită în multe țări europene, fiind utilizată cu succes. Beneficiul acestei forme de buget constă în faptul că el poate stimula apariția manevrelor manageriale care, de regulă, duc la sporirea eficienței, a volumului și a calității serviciilor medicale.

În realitate însă rezultatele obținute deseori diferă de cele așteptate. Astfel, către momentul actual, mai multe sfere finanțate după buget global din Republica Moldova (spre exemplu: secțiile de internare ale spitalelor, centrele prietenoase tinerilor și cele de sănătate mintală ș.a.) nu au arătat performanțe semnificative apărute în urma stimulentei acestei metode de plată. În mod normal, apare întrebarea de ce una și aceeași metodă de plată este considerată bună în unele țări și nu aduce rezultatele așteptate în altele. Una din cauze este că structurile organizaționale ale sistemelor de sănătate în diferite țări diferă mult. Dar o cauză și mai importantă, în opinia noastră, este 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 existat doar în țările care au trecut la această formă de plată după o analiză profundă a nevoilor populației în diferite tipuri de îngrijiri și ale 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.

În urma analizei formării bugetelor globale utilizate actual în Republica Moldova, s-a ajuns la concluzia că ele, de fapt, sunt aceleași bugete pe articole, deoarece logica formării lor se face preponderent pe articole de cheltuieli. Deși, în final, sumele pe articole se sumează și nu se duce evidența separată a îndeplinirii acestora, conformându-se caracteristicilor bugetului global, totuși bugetul obținut înglobează deficiențele principiilor de formare a lui, rezultatele utilizării fiind nu tocmai cele așteptate.

Prin urmare, atât avantajele, cât și dezavantajele metodelor existente de plată trebuie privite ca entități relative, ele fiind dependente nu numai de înseși metodele de plată, ci și de:

- mediul de utilizare a lor (una dintre cele mai importante componente ale căruia este structura organizatorică a sistemului de sănătate);
- metodologia de formare a sumelor îndreptate spre decontare.

Cele expuse au stat la baza formării următoarelor trei reguli:

2. *Avantajele și dezavantajele metodelor de plată sunt relative în funcție de structura organizatorică a sistemului de sănătate*, din care cauză ierarhizarea metodelor de plată după principiul "bună" sau "mai puțin bună" urmează a fi făcută prin prisma caracteristicilor de organizare a sistemului medical. Aceleași metode pot fi bune pentru un sistem de organizare și mai puțin bune pentru altul. Prin urmare, sistemul de plată nu poate fi privit în afara structurii de organizare a sistemului sănătății, de aceea:

3. *Până a iniția conceperea unui nou sistem de plată este nevoie să fie clar stabilită structura organizatorică a sistemului care urmează a fi plătit*. De fapt, ultimele două principii trebuie privite întotdeauna împreună. Deși, în succesiunea activităților, conceperea sistemului de plată urmează a fi făcută doar după stabilirea structurii organizatorice a sistemului de sănătate, fiind dependentă de aceasta, din practică observăm că relația inversă (între structură și sistemul de plată) nu impune dependență. Ca urmare, chiar și în situațiile când a fost găsită interacțiunea optimă între sistemul de organizare și sistemul de plată, sistemul de organizare va avea tendința spre modificare (fie și în detrimentul unui sistem de plată bine format), el depinzând de noile garanții ale politicii de sănătate. Din aceste considerente, a fost formulată cea de-a patra regulă:

4. *Modificarea organizatorică a sistemului de sănătate neapărat trebuie să ducă la revederea sistemului de plată*, deoarece metodele de plată bune pentru structura precedentă se pot adeveri mai puțin bune pentru structura nouă.

Deși momentele menționate par să se înțeleagă de la sine, noi totuși considerăm necesară prezentarea lor în calitate de principii, deoarece în Republica Moldova, în prezent, de aceste reguli nu se ține cont. În demonstrarea faptului aducem un exemplu de ultimă oră: lipsa reacției sistemului de plată a AMP la procesul de descentralizare a acestei asistențe medicale. În mod normal, încă până a începe procesul de descentralizare, trebuia găsită modalitatea optimă de finanțare a acestui tip de asistență medicală, deoarece, în rezultatul descentralizării cresc diferențele demografice și de morbiditate ale persoanelor afiliate la diferite instituții medicale și, prin urmare, (cum a fost demonstrat în capitolul 4), plata per capita devine vădit neechitabilă, ceea ce în final scade gradul de eficacitate a sistemului de finanțare. Aceste lucruri însă nu au fost făcute.

5. *Este necesară stabilirea scopurilor clare care urmează a fi atinse de către sistemul de plată*. La moment, este greu de a găsi răspuns la întrebarea dacă sistemul de plată actual utilizat în Republica Moldova este eficace, deoarece nu sunt clar definite scopurile care urmau a fi atinse prin implementarea lui. Analizând actele legislative în vigoare, vom găsi stabilite o serie de scopuri, însă ele sunt ale sistemului de sănătate. Este important de menționat că scopurile sistemului de sănătate și scopurile sistemului de finanțare a sănătății trebuie privite ca entități diferite.

Anterior stabilirii scopurilor care urmează a fi atinse de către sistemul de plată, trebuie să realizăm clar care din scopurile sistemului de sănătate și în ce măsură depind de structura organizatorică a sistemului de sănătate și care - de sistemul de plată. Aceste lucruri deseori se confundă, ba mai mult ca atât, sistemul de plată deseori este privit ca un reglator al sistemului organizatoric. Noi considerăm această poziție incorectă, piața serviciilor medicale fiind deosebită de o piață tradițională. Multe dintre scopurile sistemului de sănătate urmează a fi atinse prin intermediul formelor de organizare a sistemului. Altele pot fi atinse prin intermediul formelor de plată. Este important ca în fața sistemului de plată să fie puse doar scopurile care pot fi atinse prin intermediul formelor de plată.

6. *Gradul de atingere a scopurilor sistemului de plată este necesar a fi monitorizat*. Pentru aceasta trebuie de creat un set de indicatori care urmează a fi atinși.

Indicatorii de sănătate nu întotdeauna ne vorbesc despre eficacitatea sistemului de plată, deoarece asupra lor în același timp influențează mai mulți factori, uneori ei având vectori diferiți. Putem întâlni situații când dinamica pozitivă a unor indicatori absolut nu este legată de sistemul de plată, și invers, situații când dinamica negativă a unor indicatori este obținută pe fondul

caracterului evident stimulativ al sistemului de plată, dar care în final este suprimat de alți factori de influență.

Pentru monitorizarea gradului de atingere a scopurilor sistemului de plată este nevoie de conceperea unui alt gen de indicatori. După părerea noastră, elaborarea lor trebuie începută cu definirea așteptărilor de la sistemul de plată din partea actorilor implicați ai pieței serviciilor medicale: pacienților, instituțiilor medicale, plătitorului.

În linii generale:

- pacienții așteaptă acces la serviciile medicale și calitatea lor;
- instituțiile medicale așteaptă acoperirea cheltuielilor și echitate în distribuirea fondurilor;
- iar plătitorul serviciilor așteaptă satisfacerea așteptărilor pacienților, ca instituțiile medicale să fie cost-eficiente și ca volumul plăților care urmează a fi făcute să nu depășească fondurile acumulate.

Așteptările menționate au diferite particularități și valori, în funcție de tipurile existente de asistență medicală. În urma particularizării așteptărilor generale pentru fiecare actor, a fost observat că multe dintre ele sunt comune (spre exemplu așteptările legate de calitatea serviciilor medicale). Din această cauză, la etapa ulterioară este nevoie de generalizat (normalizat) așteptările actorilor cu formarea așteptărilor față de sistemul de plată, algoritmul fiind prezentat în figura 6.1.

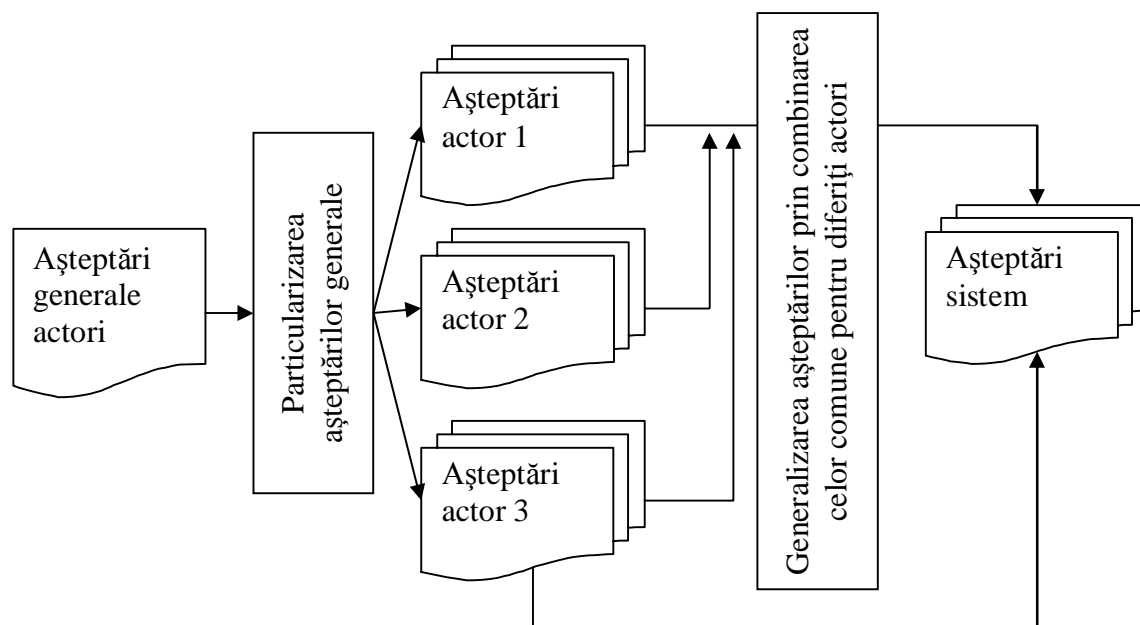


Fig. 6.1. Algoritmul formării așteptărilor de la sistemul de plată.

Ținând cont de faptul că o parte din așteptări nu țin cont de sistemul de plată, a fost propusă diferențierea noțiunii "sistem de plată pentru serviciile medicale" de noțiunea "sistem de

contractare a asistenței medicale", ultima cuprinzând și acoperirea așteptărilor nelegate de sistemul de plată. Viziunea noastră asupra sistemului de contractare este redată în figura 6.2.

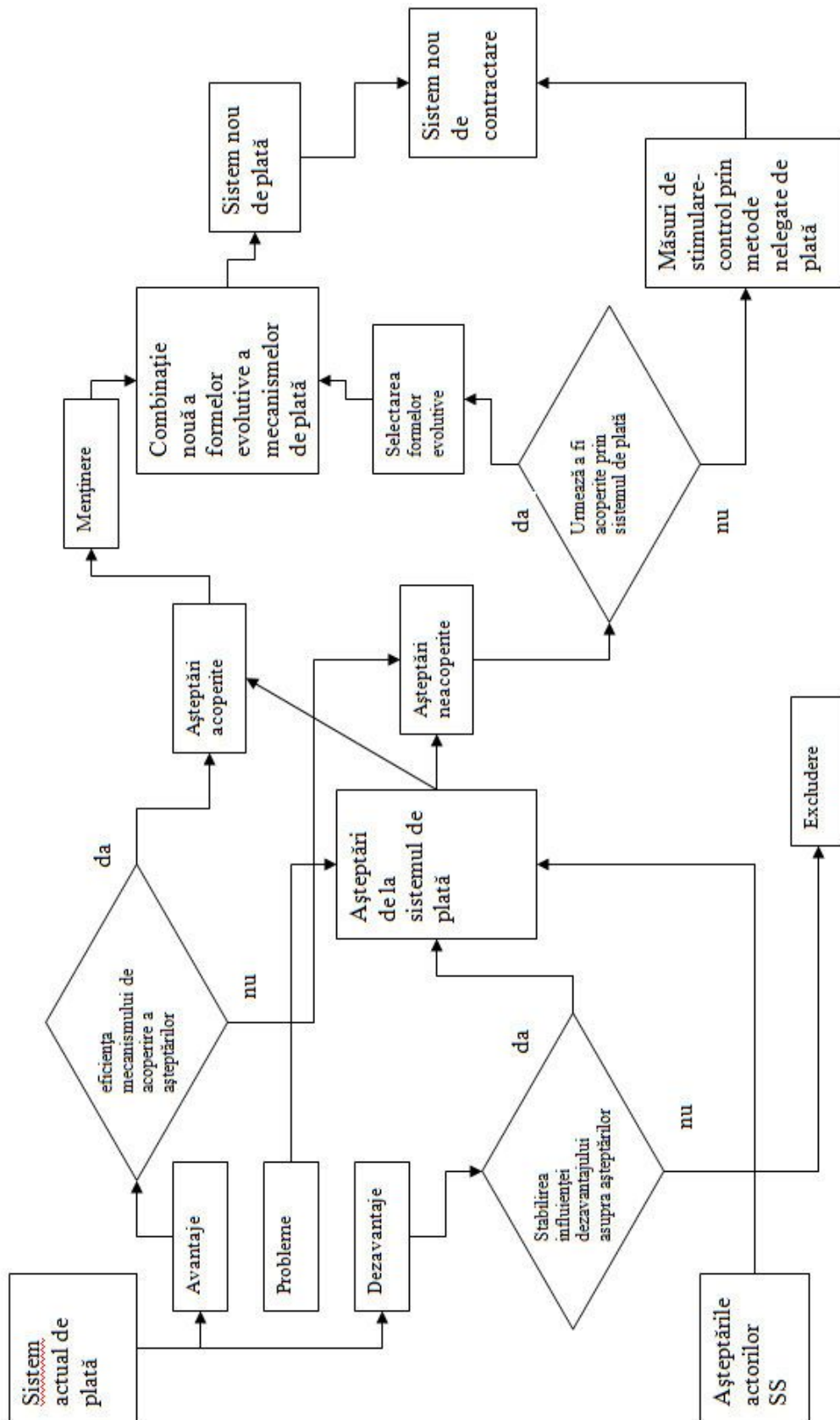


Fig. 6.2. Schema generală a etapelor de formare a noului concept de contractare.

7. *Este necesară analiza acoperirii așteptărilor stipulate de către sistemul actual de plată.* 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. La această etapă urmează a fi evidențiate așteptările neacoperite, dar și dacă este eficient mecanismul de acoperire a așteptărilor acoperite (în caz contrar, acestea urmează a fi tratate drept neacoperite).

Rezultatul aplicării acestei reguli trebuie să-l constituie două liste: lista metodelor de plată care urmează a fi păstrate și lista așteptărilor neacoperite. Așteptările neacoperite trebuie să înglobeze și dezavantajele metodelor de plată în uz, chiar și în cazul în care acestea nu generează la moment careva probleme. Astfel, lista așteptărilor neacoperite trebuie de rând cu așteptările propriu-zise să cuprindă încă două compartimente: probleme ale sistemului actual de plată și dezavantajele metodelor utilizate de plată. Este evident că pentru așteptările neacoperite trebuie de stabilit dacă ele urmează a fi acoperite prin sistemul de plată sau prin sistemul de organizare a serviciilor.

8. *Toate mecanismele de plată au dezavantaje, prin urmare eficacitatea sistemului de plată nu poate fi obținută prin schimbarea lor, ci trebuie obținută prin combinarea lor.*

Conform unor experiențe, sistemele de plată trebuie schimbate o dată la aproximativ cinci ani, din cauza că prestatorii reușesc să se adapteze la ele, stimulentele pierzându-și actualitatea. Noi considerăm că, deseori, cauzele reale ale inițierii schimbării metodelor de plată sunt altele – dezavantajele metodei de plată încep a predomina asupra avantajelor acesteia. Dorința de a atenua dezavantajele este firească, dar frecvent ea se face pe cea mai scurtă cale – prin schimbarea metodei de plată, căci avantajele și dezavantajele diferitelor metode de plată adesea sunt diametral opuse. Însă la înlocuirea unei „metode cu dezavantaje” cu alta, trebuie să ținem cont că și aceasta, la rândul său, tot are dezavantaje.

Pentru Republica Moldova, scenariul în aceste cazuri a fost unul și același: la prima etapă se implementează o metodă nouă de plată, la etapa a doua prestatorii se clarifică cu restricțiile ei și încep să le ocolească, iar la etapa a treia, în loc să fie cizelate detaliile legate de restricțiile ocolite, se recurge la schimbarea metodei de plată. În demonstrarea acestui fapt pot servi rezultatele studiilor din capitolul 4, care au demonstrat:

- ineficacitatea substituirii în AMP a metodei "bonificație pentru atingerea indicatorilor de performanță" cu "indicatori per serviciu";

- anularea formei de plată per caz în AMP ș.a.

Această tactică trebuie considerată incorectă, deoarece apariția manifestării dezavantajelor este caracteristică pentru toate metodele de plată.

9. *Trebuie găsite metodele optime de plată, care ar rezolva problema așteptărilor neacoperite.*

Principala întrebare care urmează a fi pusă în acest context este: Care dintre metodele de plată existente este mai bună 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 aceste metode 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 privind multitudinea metodelor de plată, noi am ajuns la concluzii paradoxale, ce ne-au permis să negăm existența acestora.

Astfel, s-a observat că:

1. Multe dintre „metodele de plată” în realitate nu sunt metode propriu-zise. Spre exemplu, bine cunoscuta metodă „per capita”, de fapt, nu este altceva decât un mecanism de apreciere a sumei de finanțare, metoda de plată fiind „per buget”.

2. Multe dintre metodele de plată considerate drept separate, în esență sunt o singură metodă. Astfel, metoda de plată per serviciu întotdeauna prevede că serviciul este într-o oarecare măsură complex. Desigur, se pot concepe sisteme de plată în baza serviciilor elementare, dar numai teoretic, procesul de atingere a nivelului elementar în divizarea serviciilor medicale fiind interminabil. În confirmarea faptului, chiar și în cazurile în care, la prima vedere, plățile se fac pentru serviciile elementare (spre exemplu, vizita la medic), în realitate ele se fac pentru o mulțime de activități (servicii) care potențial pot fi prestate în cadrul vizitei la medic. Continuând această logică, ajungem la concluzia că metoda de plată pe „caz tratat” este, de fapt, metodă de plată per serviciu, doar că acest serviciu este cazul tratat (un serviciu complex, înglobând o gamă întreagă de activități necesare prestării cazului tratat). Similar și metoda „per zi” este, de fapt, metoda „per serviciu” etc.

Analizând multitudinea metodelor de plată identificate în literatură, prin prisma logicii expuse mai sus, noi am ajuns (la etapele inițiale ale elaborării principiilor sistemului de plată) la concluzia 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”. Astfel, 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).

Conform principiului 8, rezultate bune se obțin nu prin substituția metodelor de plată, ci prin combinarea lor. Prin urmare:

10. *Schema de finanțare neapărat trebuie să cuprindă ambele mecanisme de plată: atât prin buget, cât și pe serviciu.*

Dacă un sistem de plată se poate baza doar pe două mecanisme de plată, atunci îmbunătățirea lui poate fi obținută numai prin schimbarea proporției influenței reciproce ale acestora (principiul 11).

Într-un anumit punct al traiectoriei descreșterii influenței unui mecanism asupra celuilalt, vectorul influenței trebuie schimbat în sens opus, deoarece descreșterea rectilinie a influenței unuia dintre mecanisme în final ar duce la dispariția lui. Această schimbare a vectorului nu va fi regresivă doar în cazul mișcării pe circumferință. Cu alte cuvinte, într-un sistem eficace vectorul influenței va merge pe cerc, acesta având doi poli: cel al mecanismului per buget și cel al mecanismului per serviciu. Mișcarea propriu-zisă va fi de la buget la per serviciu și din nou la buget, iar evoluția (îmbunătățirea) sistemului ar însemna transformarea cercului în spirală.

Atractivitatea unei asemenea viziuni asupra sistemului de plată constă în faptul că într-o spirală evolutivă este clară direcția evoluției. Știind locul actual în spirală, pot fi planificate mai corect următoarele activități de dezvoltare a sistemului de plată, pentru ca vectorul menționat să nu devină regresiv, iar etapele dezvoltării să fie consecutive.

Un alt moment atrăgător pornește de la ipoteza că spirala generează trepte evolutive (forme evolutive situate în ierarhie) pentru fiecare dintre poli, iar insuccesul combinării mecanismelor menționate este cauzat de încercarea de a combina formele lor evolutive care se află la diferit nivel.

Încercarea de a reprezenta grafic această spirală a dat următorul rezultat (figura 6.3).

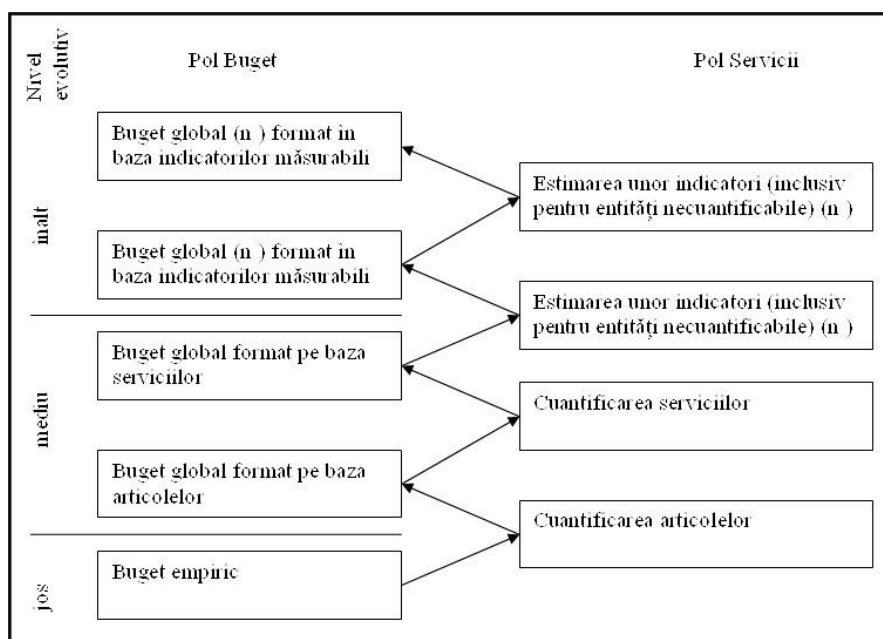


Fig.6.3. Viziunea inițială asupra direcției vectorului evoluției în sistemul de plată bazat pe combinarea mecanismelor per buget și per serviciu.

Rezultatul obținut nu a fost chiar cel așteptat, deoarece nu au putut fi definite treptele evolutive ale serviciilor. Polul serviciilor cuprinde nu metode de finanțare per serviciu aflate la diferite trepte evolutive, ci arată fenomenul de cuantificare a bugetului prin "servicii".

După cum vedem, deși forme evolutive are atât mecanismul de plată per buget, cât și cel per serviciu, treptele evolutive sunt caracteristice numai pentru mecanismul per buget. Prin urmare, spirala evolutivă poate fi formată doar de un singur mecanism de plată - cel per buget.

Logica expusă a stat la baza **primului prototip al modelului elaborat de plată**, conform căruia 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.

În contextul acestei viziuni, interacțiunea mecanismelor per buget și per serviciu urmează a fi reprezentată astfel: mecanismul per serviciu, trebuie prezentat grafic sub formă de cerc situat în jurul spiralei mecanismului per buget, iar dacă are loc tendința de detalizare a serviciilor, atunci evoluția mecanismului per serviciu va fi și ea reprezentată prin niște spirale, situate de-a lungul spiralei mecanismului per buget.

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 pe platforma evoluției 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. Când 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 dintre 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 convingerea că sistemul de plată trebuie să le conțină pe toate 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 a fost prevăzut ca ambele prototipuri să păstreze același principiu de bază: 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 ale 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 stimulatив 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.

6.2. Sistem propus de plată pentru finanțarea prestatorilor de servicii medicale în cadrul AOAM, ținând cont de nivelul actual de dezvoltare a formelor evolutive ale bugetului global

Luând în considerație faptul că în prezent, în Republica Moldova, nivelul înalt al formelor evolutive ale bugetului global nu poate fi atins, sistemul de plată propus presupune utilizarea bugetului global, plății per serviciu și a bonificației sub formă de mecanisme complementare de plată.

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 dintre așteptările neacoperite a fost făcută selectarea mecanismului optim de plată și, ulterior, a formei evolutive a acestuia;
6. Pentru fiecare dintre cele trei mecanisme de plată, a fost făcută normalizarea formelor evolutive și estimată proporția influenței lor asupra mecanismului respectiv.

Implementarea sistemului propus, suplimentar va necesita stabilirea proporției de finanțare pentru fiecare din mecanismele incluse și crearea unui set de indicatori privind atingerea scopurilor stabilite.

Dezvoltarea componentei sistemului de plată responsabile pentru finanțarea asistenței medicale primare.

În urma normalizării așteptărilor actorilor care au tangențe la AMP au fost stabilite următoarele așteptări comune de la sistemul de plată:

- *Așteptări-acces*: posibilitatea de alegere a medicului de familie; cointeresarea medicului în prezența persoanei pe lista sa; lipsa diferențelor de acces induse geografic; disponibilitatea serviciului pe parcursul unui anumit număr de ore; volum adecvat de servicii; acces la anumite servicii.

- *Așteptări-calitate*: nivel de calificare a personalului medical; grad adecvat de acoperire cu personal medical; volum adecvat de diagnosticare; tratament finalizat; stimularea profilaxiei; act calitativ (respectarea prevederilor protocolului); starea bazei tehnico-materiale; dotare cu dispozitive medicale performante; tehnologii medicale implementate.

- *Așteptări-eficiență*: lipsa spațiilor excesive; stimularea controlului intern al eficienței; să nu rămână bani neutilizați.

La etapa următoare a fost efectuată analiza sistemului actual de plată, privind manifestarea avantajelor și dezavantajelor metodelor utilizate în contextul acoperirii așteptărilor și au fost identificate problemele sistemului menționat. Acest sistem constă din combinația metodelor de plată: per capita + indexare la risc de vârstă și metoda per serviciu cu cost estimat în puncte (indicatori de performanță).

Avantajele stabilite ale metodei per capita + indexare la risc de vârstă au fost: caracter prospectiv; menține concurență între prestatori; favorizează legătura dintre pacient și instituția medicală. Dezavantaje: pasivă; neechitabilă; nu stimulează volumul și calitatea serviciilor prestate; încurajează îndreptarea la alte tipuri de AM; salariul medicului nu depinde de rezultatele activității lui.

Metoda per serviciu + cost estimat în puncte. Avantaje: creșterea productivității; remunerarea depinde de volum. Dezavantaje: arii restrânse de acțiune; scade cointeresarea în alte servicii; induce prestarea serviciilor inutile; nu influențează rezultatul; cheltuieli administrative mari; falsificări de date.

După cum vedem, dintre așteptările estimate la etapa precedentă, doar patru din ele sunt acoperite prin avantajele metodelor de plată ale sistemului actual de finanțare a AMP:

- din grupul "așteptări-acces": alegerea medicului; cointeresarea medicului în prezența persoanei pe lista sa; acces la anumite servicii;
- din grupul "așteptări-eficiență": să nu rămână bani neutilizați.

Cu regret trebuie menționat faptul că nici una dintre așteptările legate de calitatea actului medical, sistemul actual de plată nu le acoperă.

Tot la această etapă au fost estimate problemele sistemului de plată existent:

1. Descentralizarea sectorului de asistență medicală primară a sporit esențial inechitatea plății per capita, astfel încât a devenit posibilă situația ca, în condițiile dotării actuale cu medici de familie, cele mai mari salarii se fie obținute în instituțiile cu cele mai mari deficiențe privind accesul și calitatea serviciilor medicale. O asemenea problemă impune revederea rolului plății per capita în calitate de mecanism de bază al finanțării sectorului primar.

2. Modelul actual al plății pentru performanță nu influențează în mod convenit performanța activității instituțiilor medicale și nici a stării de sănătate a populației deservite. Existența acestei probleme poate fi lămurită prin nerespectarea principiilor menționate anterior, conform cărora, așteptările legate de performanță urmează a fi acoperite prin metoda de bonificare, dar nu prin cea per serviciu.

3. Sistemul actual de plată nu stimulează inițiativa de subcontractare a unor alte instituții pentru serviciile pe care IMS nu le poate presta, deși în contracte este specificat că prestatorul va îndeplini întregul volum de asistență medicală prevăzut în Programul Unic, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori, care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a acestor servicii.

Rezultatele normalizării așteptărilor de la sistemul de plată pot fi văzute în prima parte a figurii 6.4. La etapa ulterioară, pentru așteptările care depind de sistemul de plată au fost determinate mecanismele și, respectiv, formele evolutive, optime pentru acoperirea lor. Apoi s-a recurs la normalizarea formelor evolutive. Tabloul obținut poate fi văzut în ce-a de-a doua parte a figurii 6.4

Trebuie de menționat faptul că formularea "așteptărilor" nu a fost scopul lucrării în cauză, această activitate urmând a fi pusă la baza unor cercetări separate. Noi am vrut doar să atragem atenția asupra necesității existenței obligatorii a unei asemenea etape la elaborarea conceptului sistemului de plată. În cazul unor studii separate, numărul așteptărilor desigur va fi mai mare. Intuitiv aceasta provoacă respingere, deoarece sistemul începe a deveni foarte complicat pentru percepere. Dar acest fapt nu trebuie să sperie, deoarece în final sistemul va conține doar trei mecanisme și, după cum se poate vedea din figură, după normalizarea formelor evolutive, conceptul propus generează un sistem de plată simplu pentru a fi înțeles atât de cumpărătorul serviciilor medicale, cât și de prestatorul lor.

Conform figurii 6.4, pentru condițiile actuale ale structurii organizatorice a asistenței medicale primare, este propus un sistem de plată obținut prin următoarea combinație a mecanismelor de plată:

- Buget global – având drept componente metoda salarială, o schemă de indexări ale salariului și metoda per capita;

- Per serviciu – având drept componente finanțarea per serviciu medical, finanțarea separată per serviciu pentru examinările paraclinice și caz tratat la domiciliu;
- Bonificare – având drept componente un set de indicatori de performanță (de rezultat).

Salariul lucrătorilor medicali este o formă extrem de importantă de influență asupra rezultatului activității acestora, însă în condițiile schemei actuale de plată în AMP metodologia de estimare a salariului paradoxal stimulează scăderea calității serviciilor prestate prin dezinteresarea completării cu medici de familie. Din aceste considerente este necesară excluderea formării salariilor pe baza intrărilor calculate per capita. Desigur, salariul medicului trebuie să depindă de numărul de persoane pe lista lui, dar nu proporțional. Și cert este faptul că depășirile peste un anumit nivel a numărului de persoane înscrise nu trebuie să aducă facilități salariale.

În acest context, propunem introducerea metodei salariale în calitate de componentă a mecanismului per buget. Această formă de plată urmează a fi compusă dintr-un salariu de bază unic pe țară (deoarece spectrul de garanții prevede prestarea aceluiași pachet de servicii) și o schemă de indexare a acestuia în funcție de condițiile specifice de activitate:

- pentru neatractivitatea teritoriului deservit, cum ar fi: teritoriul rural; arii extinse ale teritoriului deservit; condiții grele de muncă; teritoriu fără medic de familie ș.a;
- supliment cu scădere progresivă pentru numărul de persoane (pe categorii de vârstă) înregistrate la medicul de familie peste normativ;
- pentru activități administrative.

Salariul de bază urmează a fi dependent de neacoperirea normativului de persoane care urmează a fi înregistrate la medicul de familie.

O altă componentă a bugetului global trebuie formată pe principiul per capita, dar această componentă trebuie estimată doar pentru acele consumuri care au tangențe la mărimea lotului de persoane înregistrate. Printre acestea pot fi menționate cheltuielile de regie, transport ș.a. Este evident că în conceptul nostru rolul plăților per capita nu este decisiv.

Referitor la plățile per serviciu, în AMP ele sunt greu de monitorizat și nu influențează semnificativ rezultatul așteptat (nivelul stării de sănătate a populației). Prin urmare, acest mecanism de plată trebuie utilizat doar în situațiile adecvate din punct de vedere medical, incluse fiind doar serviciile, pentru care se dorește sporirea productivității.

Ca o formă particulară a finanțării per serviciu considerăm oportună finanțarea separată pentru examinările paraclinice. Deși, la prima vedere, cele două forme de finanțare sunt similare, totuși ele diferă prin faptul că pentru procurarea serviciilor medicale pot fi utilizate costuri exprimate în puncte, iar pentru examinările paraclinice ele urmează a fi fixate în catalogul de tarife. Plafonarea sumelor destinate examinărilor paraclinice urmează a fi făcută pe baza

principiului per capita cu indexare la riscuri de vârstă și morbiditate, iar schema de decontare trebuie să excludă utilizarea acestor resurse în alte scopuri decât oferirea serviciilor paraclinice în cadrul instituției contractate sau procurarea de către instituția contractată a serviciilor respective la prestatorii specializați în domeniu. În cazul nevalorificării sumelor planificate, pentru instituția medicală, diferențele urmează a fi pierdute.

O altă formă de plată, care, după părerea noastră, trebuie inclusă drept componentă a mecanismului per serviciu, este plata per caz tratat în condiții de ambulatoriu. Argumentele de refuz la ea în anul 2009 nu au ținut de dezavantajele metodei, ci de un mecanism nereușit de implementare a ei, pe când la o implementare corectă, această formă de plată are un beneficiu incontestabil - stimulează finalizarea tratamentului în condițiile AMP.

Cât privește mecanismul de plată prin bonificare, el trebuie să fie bazat pe un set de indicatori de rezultat. Este important că acești indicatori pot fi măsurabili chiar și pentru așa entități necuantificabile ca cele ce țin de calitatea serviciilor prestate.

Sumele contractuale trebuie calculate nu pe instituție, ci pentru fiecare medic (după caz membru al echipei) separat, iar suma totală a contractului trebuie să fie apreciată prin cumularea sumelor estimate pentru medici.

După cum a fost menționat anterior, conceptul de finanțare propus este universal, fiind aplicabil pentru toate tipurile de asistență medicală. Însă în funcție de particularitățile specifice ale diferitor tipuri de asistență medicală, componentele mecanismelor de plată vor diferi.

Astfel, pentru AMSA la nivel teritorial, ținând cont de faptul că prestatorii nu sunt descentralizați, caracteristicile teritoriilor deservite pot fi corelate cu numărul persoanelor înregistrate în ele. Aceasta face posibilă utilizarea principiului per capita pentru estimarea bugetului global, dar numai cu condiția că va fi înlăturată neuniformitatea structurii prestatoare a serviciilor specializate. Ca soluție de moment poate servi estimarea unor bugete intermediare pe fiecare specialitate aparte, reieșind din numărul de persoane din teritoriul deservit și nivelul de asigurare cu specialiști în cadrul acesteia (conform prevederii normativelor).

Corecția pasivității mecanismului per buget, ca și în cazul asistenței medicale primare, va fi efectuată prin mecanismele per serviciu și prin bonificare. Referitor la mecanismul per serviciu, componentele lui pot fi asemănătoare cu cele propuse pentru asistența medicală primară: finanțare bazată pe o listă de servicii medicale; finanțare separată pentru examinările paraclinice; finanțare per caz. Referitor la finanțarea per caz, pentru specificarea complexității cazurilor prestate poate fi utilizat sistemul DRG, în schema căruia vor fi păstrate doar grupurile posibile a fi prestate la nivel AMSA și, evident, după stabilirea valorilor relative caracteristice AMSA.

Alte abordări țin de conceperea sistemului de plată pentru asistența medicală spitalicească. Particularitatea acestei asistențe constă în faptul că pe parcursul anilor de activitate în cadrul AOAM, spitalele au fost finanțate printr-o singură metodă – per caz tratat, la moment neexistând experiență de finanțare nici prin alte forme ale mecanismului per serviciu, nici prin alte mecanisme de plată. Aici trebuie să menționăm că, deși mecanismul per buget a fost utilizat la finanțarea secțiilor de internare și a celor de hemodializă, astăzi nu putem spune că a fost acumulată experiență în utilizarea acestui mecanism, deoarece formele de buget utilizate se află la cel mai jos nivel evolutiv, fiind în majoritatea lor empirice. Astfel, faptul că secțiile de internare urmează a fi finanțate în volum de 1,2% de la suma apreciată pentru finanțare pe caz tratat nu este bazat nici pe articole de cheltuieli, nici pe servicii, nici pe alte entități. O situație și mai tristă o găsim pentru plata prin bonificare. Aceasta nu a fost utilizată în nici o formă, deși logica lucrurilor ne spune că dacă vrem să atingem un rezultat, trebuie să plătim pentru atingerea lui.

Este plauzibilă perfecționarea metodei de plată per caz tratat prin implementarea sistemului DRG, dar această dezvoltare este unilaterală și nu argumentează excluderea mecanismelor de plată per buget și a celui prin bonificare. Rolul bugetelor pentru AMS poate consta în:

- participarea la schemele de acoperire a consumabilelor costisitoare în cazurile în care 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, spre exemplu, secțiile de reanimare. Dacă asemenea secții sunt ineficiente, ele trebuie închise prin decizia de restructurare a spitalului, dar nu în rezultatul subfinanțării prin sistemul DRG;
- finanțarea departamentelor de primiri urgențe etc.

Faptul existenței mai multor tipuri de asistență medicală presupune apariția problemelor (așteptărilor) caracteristice interacțiunii lor. Astfel, sunt des întâlnite situațiile când la nivelul unui tip de asistență medicală nu se prestează întregul volum prevăzut de asistență, iar bolnavii sunt redirecționați pentru îngrijiri la alte tipuri, banii destinați ambelor asistențe medicale rămânând neschimbați. Acceptarea unor asemenea situații înseamnă utilizarea ineficientă a resurselor, deoarece plătitorul este nevoit să achite plățile dublu: prima dată prin abordarea pasivă a alocărilor și a doua oară (fie și indirect) pentru a acoperi cheltuielile reale, legate de prestarea asistenței la un alt nivel. Cele menționate impun ca schema generală de plată să prevadă posibilitatea de redirecționare a resurselor financiare între tipurile de asistență medicală.

În acest scop, de asemenea, poate fi utilizat mecanismul de bonificare, fiind elaborat un set de indicatori de interacțiune.

6.3. Concluzii la capitolul 6

1. Sistemul de plată pentru serviciile medicale trebuie să fie 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.

2. Relația între structura organizatorică a sistemului de sănătate și sistemul de plată pentru serviciile medicale nu impune dependență în ambele direcții. Astfel, chiar și în situațiile în care a fost găsită interacțiunea optimă între sistemul de organizare și sistemul de plată, sistemul de organizare va avea tendința spre modificare (fie și în detrimentul unui sistem de plată bine format), el depinzând de noile garanții ale politicii de sănătate. Din aceste considerente, până a iniția conceperea unui nou sistem de plată este nevoie să fie clar stabilită structura organizatorică a sistemului care urmează a fi plătit.

3. Sistemul elaborat de finanțare a prestatorilor de asistență medicală este principial nou pentru condițiile asigurării medicale obligatorii din Republica Moldova. El presupune combinarea mecanismelor de plată per buget, per serviciu și bonificare, fiind bazat pe logica diminuării reciproce a dezavantajelor mecanismelor prospectiv și retrospectiv de organizare a plății în combinație cu stimularea atingerii rezultatului așteptat.

4. 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 ale îndeplinirii indicatorilor măsurabili (respectiv de proces și de rezultat) ale bugetului. Până a ajunge la acest nivel de dezvoltare a bugetului global, mecanismele menționate urmează a fi folosite paralel ca mecanisme complementare de plată.

5. Utilizarea concomitentă a celor trei mecanisme de plată face imposibilă atingerea scopului ca sistemul de plată să fie complet prospectiv, din care cauză este necesară divizarea în timp a componentei prospective de cele două componente retrospective. Logica sistemului propus constă în faptul că perioada în care are loc estimarea indicatorilor de proces și de rezultat ale bugetului precede perioadei de acțiune a acestuia.

6. 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 varia, fiind diferite atât structurile organizatorice ale prestatorilor de servicii medicale, cât și așteptările actorilor care au tangențe la ele.

7. Sistemul propus va permite: înlăturarea inechităţii în cadrul modelului actual de plată a serviciilor medicale primare apărut în urma descentralizării prestatorilor de AMP; obiectivizarea finanţării prestatorilor de AMSA prin corelare la neuniformitatea structurii prestatoare a serviciilor specializate; corecţia dezvoltării unilaterale a sistemului de plată pentru AMS bazate exclusiv pe mecanismul per serviciu, prin introducerea unor componente capabile suplimentar să acopere costurile structurilor care urmează a fi menţinute indiferent de volumul prestat de servicii; dar şi să introducă stimulente în cadrul tuturor tipurilor de asistenţă medicală pentru atingerea unor rezultate stabilite în politica de sănătate.

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 diminua dezavantajele 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 de 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% până la 249%, 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 s-au 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% 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 asistență 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 . Ababii I., Ghidirim Gh., Ciocanu M., Politica Națională de Sănătate. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Științe Medicale. Chișinău, 2006, nr.2, p.7-17.
- 2 . Ababii I., Golovin B., Buga M., Ețco C., Ciocanu M., Țurcanu Gh. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2007, nr.6 (21), p. 21-26.
- 3 . Ababii I., Golovin, B., Ciocanu, M. și al. Activitatea sistemului de sănătate în anul 2006. Chișinău, 2007. 69 p.
- 4 . Ababii I., Tintiuc D., Ețco C. Prioritățile asigurării populației rurale cu asistență medicală în condițiile actuale și de perspectivă. Tezele conferinței naționale „Comunitățile rurale și renașterea satului”, AȘM. Chișinău, 2005, p. 16-21.
- 5 . Accesul populației la serviciile de sănătate. În: Raportul de sinteză elaborat de către Biroul Național de Statistică. Chișinău 2011. http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Accessul_servicii_sanatate_2011.pdf (Vizitat 9.11.2012)
- 6 . Activitatea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pe anul 2009, (2010, 2011, 2012, 2013). http://cnam.md/editorDir/file/Rapoarte_activitate/cnam_raport_2009.pdf (vizitat 10.03.2013)
- 7 . Anuar Statistic al Centrului Național de Management în Sănătate, Chișinău, pe anii 1999-2010. www.cnms.md
- 8 . Barbaroșie A., Curocichin Gh., Damașcan Gh., Ețco C., Glavan A., Grejdeanu T., Palanciuc M., Poliudov S., Prisacaru A., Savin V., Spinei L., Tintiuc D., Zarbailov N. Finanțarea în contextul asigurării calității serviciilor medicale. Chișinău, 2007, 211 p.
- 9 . Briggs S., Petersone B., Smits K. Manual de metode folosite în planificarea politicilor publice și evaluarea impactului. București 2006, 192 p.
- 10 . 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.
- 11 . Buga M., Ețco C., Ciocanu M., Preocupările importante în elaborarea politicilor în cadrul asigurărilor sociale de sănătate în țările din Europa de Vest. Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”. Chișinău, 2007, nr. 6 (21), p. 35-42.
- 12 . Buga M., Principiul autonomiei în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală. Analele științifice ale USMF „N. Testemițanu”. Ediția VII, vol.II. Chișinău, 2006, p. 178-182.
- 13 . 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.
- 14 . Ciobanu Gh., Epidemiologia urgențelor medico-chirurgicale în rândurile populației Republicii Moldova. Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”.

Chişinău, 2007, nr. 6, p. 66-71.

- 15 . Ciobanu Gh., Managementul serviciului de urgență în sistemul sănătății publice al Republicii Moldova. Chişinău, 2007, p. 318.
- 16 . Ciobanu M., Sava, V., Ciocanu, M., Tafuni, N. Organizarea asistenței medicale primare și remunerarea medicilor generalişti (Recomandări metodice). Chişinău, 1996, p. 46.
- 17 . Ciobanu M., Ciocanu M., Asigurările sociale de sănătate. Revista „Societate. Om. Sănătate”, Chişinău, 1995, nr. 8, p. 1-2.
- 18 . Ciobanu M., Sava V., Ciocanu M., Asigurări de sănătate în Republica Moldova. Chişinău, 1996, p.95.
- 19 . Ciobanu M., Sava V., Ciocanu M., Avantajele asigurărilor sociale pentru sănătate. Materialele Conferinței Științifice a colaboratorilor și studenților USMF „N. Testemițanu”. Chişinău, 1996, p. 71.
- 20 . Ciocanu M. Administrarea serviciilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”. Chişinău, 2004, nr. 1, p.9-16.
- 21 . Ciocanu M. Argumentarea direcțiilor strategice de dezvoltare a sistemului de sănătate. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chişinău, 2007, nr. 6 (31), p. 27-31.
- 22 . 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.
- 23 . Ciocanu M. Strategia de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. Chişinău: Epigraf, 2009, 320 p.
- 24 . Ciocanu M., Grejdianu T., Lavric A., și al. Unele particularități economice de activitate a agenției teritoriale de asigurări medicale Soroca. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei: Științe Medicale. Chişinău, 2009, nr. 4(31) p. 4-17.
- 25 . Ciocanu M., Macarova T., Rotaru M., Ețco C., Golovin B. Aspecte conceptuale privind asigurarea și managementul calității asistenței medicale. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei : Științe Medicale, Chişinău, 2009, nr.4(23), p. 6-28.
- 26 . Ciocanu M., Tintiuc D., Golovin B. Aspecte conceptuale privind organizarea sistemului german de asigurare și management al calității asistenței medicale și direcțiile strategice de instituționalizare a modelului național. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei : Științe Medicale, Chişinău, 2009, nr.4(23), p.179-194.
- 27 . Ciocanu M., Țurcanu Gh., Negruța A. Populația și accesibilitatea serviciilor de sănătate în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Revista „Sănătate Publică, Economie și management în Medicină”. Chişinău, 2007, nr.5 p.13-21.
- 28 . Ciocanu M.,Cobăleanu Z., Catană V., și al. Rezultatele sondajului privind calitatea serviciilor medicale, raportate la riscuri. Revista „Sănătate Publică, Economie și

management în Medicină”. Chișinău, 2007, nr.1 (16), p.4-8.

- 29 . Ciurea D, Ețco C, Buga M, Damașcan Gh.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.
- 30 . Cobzari L., Influența asigurărilor asupra activității economice. Analele științifice ale Universității de Stat din Moldova, Seria „Științe socioumanistice”, vol.II, Chișinău, 2005, CEP USM, p. 430-432.
- 31 . Damașcan Gh., Ețco C. Dezvoltarea strategiei de procurare a serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Chișinău: ”Primex Com”, 2015, 328 p.
- 32 . Damașcan Gh. 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.
- 33 . 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.
- 34 . 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.
- 35 . Damașcan Gh. Mecanisme de plată pentru asistența medicală spitalicească. Revista "Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină", Chișinău, 2005, Nr.1, p. 8-10
- 36 . 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.
- 37 . Damașcan Gh. Principiile formării grupurilor de cazuri tratate pentru finanțarea instituțiilor spitalicești în cadrul asigurărilor medicale obligatorii. Revista "Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină", Chișinău, 2005, Nr. 3 (10), p. 23-28.
- 38 . 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.
- 39 . Dezvoltarea asistentei medicale primare <http://www.scripgroup.com/sanatate/dezvoltarea-asistentei-medical32759.php> (Vizitat 21.11.2013)
- 40 . 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.
- 41 . 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.

- 42 . 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.
- 43 . 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.
- 44 . Ețco C., Ciocanu M., Buga M., Ursu P., Golovin B. Percepția aranjamentelor de administrare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2009, nr.4, P.4-17.
- 45 . 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.
- 46 . Ețco C., Damașcan Gh., Implementarea asigurărilor medicale – etapă nouă în dezvoltarea sistemului de sănătate. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Științe Medicale. Chișinău 2006, nr.3, p.24-30.
- 47 . Ețco C., Damașcan Gh., Metoda de contractare a nașterii în cadrul sistemului asigurării medicale obligatorii din republica Moldova. Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”. Chișinău, 2006, nr. 1, p. 4-7.
- 48 . Ețco C., Management în sistemul de sănătate. Chișinau, 2006, 864 p.
- 49 . Ețco C., Russu Gh., Damașcan Gh., Buga M., Sistemul de plată pe caz tratat și impactul lui asupra activității instituțiilor medicale spitalicești din Republica Moldova. Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”. Chișinău, 2006, nr. 2, p. 4-7.
- 50 . Ețco C., Russu Gh., Damașcan Gh., Managementul instituțiilor medicale în condițiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”. Chișinău, 2004, nr. 1, p. 4-9.
- 51 . Ețco C., Rusu, Damașcan Gh. Particularitățile acordării asistenței medicale populație rurale în condițiile asigurărilor medicale obligatorii. Materialele Conferinței Naționale "Comunitățile rurale și renașterea satului", Chișinău, 2005, p. 167-169.
- 52 . Ețco, C., Goma, L., Reabov, E., et al. Economia ocrotirii sănătății. Chișinău, 2000, 379 p.
- 53 . Ețco, C., Malanciuc, I. Asigurările de sănătate și particularitățile expertizei medicale. Chișinău, 2004, 239 p.
- 54 . Golovin B., Argumentarea științifică a direcțiilor de dezvoltare a serviciilor medicale individuale. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2007, nr.6 (21) , p. 32-35.
- 55 . Golovin B., Fărcășanu D., Țurcanu Gh. și al. Evaluarea capacităților instituționale a autorității decizionale din sistemul de sănătate și măsurile de eficientizare a lor. Buletinul

Academiei de Știința Moldovei: Științe Medicale, 2009, 4 (23), p. 141-146

- 56 . Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998. Monitorul Oficial al republicii Moldova. Nr. 38-39 din 30.04.1998.
- 57 . Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, nr. 1593- XV din 26.12.2002, Monitorul Oficial al republicii Moldova. Nr. 18-19 / 57 din 08.02.2003.
- 58 . Legea ocrotirii sănătății, nr. 411- XIII din 28.03.1995. Monitorul Oficial al Republicii Moldova. Nr. 34-39 din 22.06.1995.
- 59 . Lozan O. Fezabilitatea cadrului legal de implementare a tehnologiilor telemedicale în Republica Moldova. Chișinău: Î.S. F.E.-P. „Tipografia Centrală”, 2011, 160 p.
- 60 . Lozan O. Probleme conceptuale de dezvoltare a telemedicinii în Republica Moldova. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. Chișinău, 2009, vol.2, ed.X, p. 143-147.
- 61 . Lozan O. Strategia Națională de dezvoltare a e-sănătății. International Conference „Tendencies of the Information Society Development”. –Chisinau.-2004.-p.52-54
- 62 . Lozan O., Galbur O., Jelamschi N. Politica resurselor umane din sănătate în Republica Moldova. În Management în Sănătate, București, 2008, nr. 1-2, p.34-40.
- 63 . Lozan O., Jelamschi N. Fezabilitatea serviciului resurse umane din institutiile medico-sanitare la etapa de tranziție a sistemului sănătății. În: Anale Științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, 2010, Vol.2, ed. a XI-a,–, pag. 137-145.
- 64 . Manole Gh., Galițescu Em., Asigurările sociale de sănătate. București, 1998, 162 p.
- 65 . Mereuță I. Sistemele de Sănătate în țările Uniunii Europene. Chișinău, 1996, 77 p.
- 66 . Mereuță I., Popușoi E., Ețco C., Untu B., Lozan O. Reglementarea activității medicale în Republica Moldova. Chișinău, 1999. –183 p.
- 67 . Mereuță I., Aspectele conceptuale ale reformării sistemului sănătății în republica Moldova. Materialele Congresului II al specialiștilor în domeniul sănătății publice și managementul sanitar. Chișinău, 1999, p. 91-92.
- 68 . Mereuță I., Cojocaru V., Ețco C., ș.a. Managementul financiar al sistemului sănătății. Chișinău :Tipogr. Acad. de Șt. a Rep. Moldova. 2004, 173 p.
- 69 . Mereuță I., Lupu Sv., Algoritmii modelării managementului financiar al sistemului sănătății la nivel macroeconomic. Info-Med, Chișinău, 2003, nr.2, p.17-21.
- 70 . Murgea M., Modalități de finanțare a sistemelor de sănătate http://advocacy.ro/sites/advocacy.ro/files/files/pagina-audiere/alte_documente/2013-04/01._28._modalitati_de_finantare_a_sistemelor_de_sanatate.pdf 90 (Vizitat 05.10.2013)
- 71 . Nemerenco A., Tintiuc D. Evaluarea calității serviciilor de asistență medicală primară. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, nr.2, 2008, p.4-8.

- 72 . Notă informativă privind calitatea serviciilor medicale în contextul rezultatelor evaluării și acreditării instituțiilor medico-sanitare. 2010. <http://www.ms.gov.md/sites/default/files/6811-nota20colegiu2020-2001.11.101.pdf> (Vizitat 3.04.2012)
- 73 . Palanciuc M. Managementul calității serviciilor de sănătate. Chișinău Școala de Management în Sănătate Publică, 2009. 196 p.
- 74 . Planul strategic de dezvoltare a Sistemului Național Informațional în Sănătate în perioada 2008-2017: Republica Moldova / Min. Sănătății, Min. dezvoltării Informaționale, Biroul Naț. De Statistică, Compania Naț. de Asigurări în Medicină. Chișinău. - 142 p
- 75 . Plata în funcție de performanță în sănătate. Observatorul Român de Sănătate (ORS). <http://www.ors.org.ro/ro/plata-performanta>. (Vizitat 12/10/2013).
- 76 . Popușoi, E., Ețco, C., Mereuța, I. și al. Sănătatea publică și managementul în medicină. Chișinău, 2000, 367p.
- 77 . Prisacari, I. Ciocanu, M. Scopul de bază al reformei sistemului de sănătate. Tezele Conf. științifice a USMF "N. Testemițanu" (12-15 mai 1992). Chișinău, 1992, p. 70.
- 78 . Prisacari, I., Ciobanu M., Ciocanu, M. Principiile generale ale asigurării medicale a cetățenilor. Materialele primului congres al medicilor interniști din Republica Moldova. Chișinău, 1992, p. 59-60
- 79 . Prisacari, I., Ciocanu, M., Gherman, V. Asigurarea de boală - o soluție pentru reforma sistemului de ocrotire a sănătății. Tranziția la economia de piață: probleme sociale (Culegere de articole). Chișinău, 1991, p. 103-106.
- 80 . Purcărea V. Managementul sistemului informațional spitalicesc. București: Editura Universitară „Carol Davila”, 2007. 386 p.
- 81 . Raportul auditului performanței sistemului de asistență medicală primară. a. 2009. www.ccrm.md/public/hotariri/ro-H13Rap.docx (Vizitat 14.03. 2011)
- 82 . Registru de stat al actelor juridice al republicii moldova -<http://www.justice.md>
- 83 . Regulamentul privind validarea indicatorilor de performanță Anexa la Ordinul MS și CNAM Nr. 92/55 – A din 9. 04.2009
- 84 . Russu Gh., Buga M., Gîscă L., și al Unele totaluri ale implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. Sănătate Publică, Economie și management în Medicină. Chișinău, 2007 nr. 6(31), p. 43-46.
- 85 . Russu, Gh., Volovei, V., Sava, V. O nouă viziune asupra structurii sistemului primar de asistență medicală. Sănătatea populației și performanțele asistenței medicale în Republica Moldova. Materialele Congresului II al specialiștilor în domeniul sănătății publice și managementului sanitar. Chișinău, 1999, p.101-102.
- 86 . Sandra Briggs, Baiba Petersone, Karlis Smits. Manual de metode folosite în planificarea politicilor publice și evaluarea impactului. București 2006, 192 p.
- 87 . Sava, V., Realizarea drepturilor pacienților în sistemul național de ocrotire a sănătății. Sănătatea populației și performanțele asistenței medicale în Republica Moldova.

- Materialele Congresului II al specialiștilor în domeniul sănătății publice și managementului sanitar. Chișinău, 1999, p.114-117.
- 88 . Scutelnic R., Damașcan Gh., Zmuncilă L. Sănătatea reproducerii în Republica Moldova: politici și principii de finanțare a serviciilor. Chișinău, tipografia „Sofart Studio”, 2013, 44p.
 - 89 . Spinei I., Ștefăneț S., Moraru C și al. Epidemiologie și metodele de cercetare. Chișinău. 2006, 224 p.
 - 90 . Spinei L. Caracteristicile invalidității populației Republicii Moldova. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2009 nr. 3(31), p. 109-112.
 - 91 . Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017. Chișinău 72p.
 - 92 . Tintiuc 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.
 - 93 . Tintiuc D., Grossu I. Sănătate publică și management. Chișinău: CEP „Medicina”, 2007. 896 p.
 - 94 . Tintiuc, D. Realizările sănătății publice în contextul reformelor sistemului de sănătate. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Științe Medicale. Chișinău, 2005, nr. 2, p.32-36.
 - 95 . Tintiuc, D., Ețco, C., Grossu Iu., et al. Sănătatea publică și management. Chișinău, 2002, 720 p.
 - 96 . Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului. Raportul Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România București, 2008 http://www.presidency.ro/static/ordine/comisiasanatate/un_sistem_sanitar_centrat_pe_nevoile_cetateanului.pdf (Vizitat 17.04.2011)
 - 97 . Uncuța A. Estimarea percepției lucrătorilor medicali privind eficiența aplicării Sistemului Informațional Medical Integrat. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2011, no. 1, p. 10-14.
 - 98 . Viitorul serviciilor de sănătate și al asistenței pentru persoanele în vârstă: garantarea accesibilității, calității și viabilității financiare http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/c11310_ro.htm (Vizitat 4.11.2013)
 - 99 . Vlădescu, Cr. Managementul serviciilor de sănătate. București. 2005.390 p.
 - 100 . Volovei V., Mocanu V., Ciocanu M. Sănătatea populației Republicii Moldova: aspecte medico-sociale. Chișinău, Prag-3, 2008, 286 p.
 - 101 . Zarbailov N., Barbă O., Golovin B., Ciurea D., Ciocanu M. Evaluarea resurselor umane în sistemul de asistență medicală primară. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2009, nr. 1 (28), p.4-10.

- 102 . Anumula N, Sanelli P. Hospital Outpatient Prospective Payment System. 2012. <http://www.ajnr.org/content/33/4/616.long> (Vizitat 17.12.2013).
- 103 . Araki, K., Matsuura, T., Sakamoto, N., and Yoshihara, H., Hospital data interchange format of Financial Analysis Information. În: *Jpn. J. Med. Inform.* 1999, nr.19(3), p.219–229.
- 104 . Arrowsmith J., French S., Gilman M., Richardson R. Performance-related pay in health care. În: *Journal of Health Services and Research Policy.* 2001, nr. 2, p. 114-119.
- 105 . Atun R. Opportunities in the UK Health Care Market. A Strategic Analysis. FT Health Care Reports. Financial Times, London, 1998, 278 p.
- 106 . Atun R., Richardson E., Shishkin S, et al. Moldova: Health System Review, Health systems in Transition, 10(5), Copenhagen, World Health Organization 2008, 138 p.
- 107 . Baker D, Stevens C, Brook R: Determinants of emergency department use by ambulatory patients at an urban public hospital. 1995. [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(95\)70285-7/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(95)70285-7/fulltext) (Vizitat 03.09.2011).
- 108 . Baker J. Medicare Payment System for Hospital Inpatients: Diagnosis-Related Groups. În: *Journal of Healthcare Finance.* 2002, nr. 3, p. 1–13.
- 109 . Barneveld E, Lamers L, Vilet R. Risk sharing as a supplement to imperfect capitation a tradeoff between selection and efficiency. În: *Journal of Health Economics* 2001 (20), p. 147–168.
- 110 . Barnum H., Kutzin J., Saxenian H. Incentives and provider payment methods, *International Journal of Health Planning and Management* 1995 nr.10, p. 23–45.
- 111 . Barry DW, Melhado TV, Kutner JS, et al.: Patient and Physician Perceptions of Timely Access to Care. 2006. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484658/?tool=pubmed> (Vizitat 14.10.2012).
- 112 . Bazzoli GJ, Chen HF, Zhao M, Lindrooth RC. Hospital financial condition and the quality of patient care. În: *Health Econ.* 2008, nr.8, p. 977–995.
- 113 . Beck, K., Spzcher, S., Holly, A. et al. Risk adjustment in Switzerland. În: *Health Policy.* Berne. 2003. vol. 65, p. 63-74.
- 114 . Bogut M, Voncina L, Yeh E. Impact of hospital provider payment reforms in Croatia. Washington: The World Bank; 2012. 27p.
- 115 . Borden WB, Blustein J. Valuing improvement in value-based purchasing. 2012. <http://circoutcomes.ahajournals.org/content/5/2/163.long> (Vizitat 17.12.2013).
- 116 . Bowlin, W.F., Charnes, A., Cooper, W.W., and Sherman, H.D., Data envelopment analysis and regression approaches to efficiency estimation and evaluation. În: *Annals Operat. Res.* 1985, nr. 2, p. 113–138.
- 117 . Brook R., McGlynn E., Clear P. Measuring quaiity of care. *The New England Journal of Medicine*, (2006), no. 61 p. 305-328.

- 118 . Buntin M, Colla C, Escarce J. Effects of payment changes on trends in post-acute care. 2009. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2009.00968.x/full> (Vizitat 29.10.2011).
- 119 . 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.
- 120 . Busse R, Schreyögg J, Smith PC. Hospital case payment systems in Europe. În: *Health Care Management Science* . 2006, nr.9, p. 211–213.
- 121 . C. Siegel, K. Jones, E. Laska, M. Meisner and S. Lin, A risk-based prospective payment system that integrates patient, hospital and national costs. În: *Journal of Health Economics* 1992, nr.11, p. 1–41.
- 122 . Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. În: *European journal of public health* 2004, nr. 14, p. 246–251.
- 123 . Campbell S, Kontopantelis E, Reeves D, ș.a. Changes in patient experiences of primary care during health service reforms in England between 2003 and 2007. În: *Ann Fam Med*.2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2975684/> (Vizitat 20.04.2011).
- 124 . Campbell S., Reeves D., Kontopantelis E., Middleton E., Sibbald B., Roland M. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. În: *N Engl J Med*. 2007, nr. 2, p. 181-190.
- 125 . Campbell SM, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. În: *Ann Fam Med*. 2008, nr. 3, p. 228–234.
- 126 . Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of payfor performance on the quality of primary care in England. În: *N Engl J Med*. 2009 nr.4, p. 368-378.
- 127 . Carroll J. Changing payment methodologies force physicians into larger groups. 2011. <http://www.managedcaremag.com/linkout/2011/2/14> (Vizitat 25.08 2012).
- 128 . Cashin, C. 2011. New Zealand: Primary Health Organization (PHO) Performance Program. <http://www.rbfhealth.org/system/files/Case%20study%20New%20Zealand%20PHO.pdf>. (Vizitat 12/10/2013).
- 129 . Cashin, C. și Y.-L. Chi. 2011. Australia: The Practice Incentives Program (PIP). <http://www.rbfhealth.org/system/files/Case%20study%20Australia%20Practice%20Incentive%20Program.pdf>. (Vizitat 12/10/2013).
- 130 . Castaldi S, Bodina A, Bevilacqua L, Parravicini E, Bertuzzi M, Auxilia F. Payment for performance (P4P): any future in Italy? 2011. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/377> (Vizitat 17.12.2013).
- 131 . Charnes, A., Cooper, W.W., Lewin, A.Y., and Seiford, L.M., *Data Envelopment Analysis:*

- Theory, Methodology and Application. USA, Kluwer Academic Publishers, 1994. 117p.
- 132 . Chen H, Bazzoli G, Hsieh H. Hospital Financial Conditions and the Provision of Unprofitable Services. În: Atlantic economic journal 2009. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3103087/> (Vizitat 28.10.2011).
 - 133 . Christianson JB, Leatherman S, Sutherland K. Lessons from evaluations of purchaser pay-for-performance programs: a review of the evidence. În: Med Care Res Rev. 2008, nr. 6 suppl), p. 5S-35S.
 - 134 . Cleverley W. Essentials of health care finance. Aspen Publ. 1992. 492 p.
 - 135 . Collier R. Professionalism: how payment models affect physician behaviour. În: CMAJ. 2012, nr. 4, p.645-646.
 - 136 . Congdon P. Modelling multiple hospital outcomes: the impact of small area and primary care practice variation. În: Int J Health Geogr 2006. <http://www.ij-healthgeographics.com/content/5/1/50> (Vizitat 10.02.2013).
 - 137 . Conrad D., Wickizer T., Maynard C., Klastorin T., Lessler D., Ross A., Soderstrom N., Sullivan S., Alexander J., Travis K. Managing care, incentives, and information: an exploratory look inside the "black box " of hospital efficiency. În: Health Services Research. 1996. Vol.31, nr 3, p. 235-259.
 - 138 . Cooke M, Fisher J, Dale J, ş.a. Reducing attendances and waits in emergency departments: a systematic review of present innovations. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO) 2004. <http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/adhoc/29-briefing-paper.pdf> (Vizitat 12.10.2012).
 - 139 . Cowling T, Cecil E, Soljak M, Lee J, Millett C, Majeed A, Wachter R, Harris M. Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. Public Library of Science 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3680424/> (Vizitat 15.04.2014).
 - 140 . Cremonesi P, di Bella E, Montefiori M. Cost analysis of emergency department. În: J Prev Med Hyg. 2010, nr.4, p. 157–163.
 - 141 . Cremonesi P, Montefiori M, Resta M. Hospital emergency department: an insight by means of quantitative methods. În: Health Econ J. 2012, nr.1, p. 26–35.
 - 142 . Crumb B., Cubbon J. , Drummond M. Fundholding in general practise and financial risk. În: BMJ 1991 (303), p. 1582–1584.
 - 143 . Cylus J, Irwin R. The challenges of hospital payment systems. În: EuroObserver. 2010, nr. 12, p.1–12.
 - 144 . Dalton K, Norton EC, Kilpatrick K. A Longitudinal Study of the Effects of Graduate Medical Education on Hospital Operating Costs. Health Services Research. 2001, nr. 6, p.1267–1291.
 - 145 . Damberg CL, Sorbero ME, Mehrotra A, Teleki SS, Lovejoy S, Bradley L. An enviromental scan of pay for performance in the hospital setting: final report.

- 2007.<http://aspe.hhs.gov/health/reports/08/payperform/PayPerform07.html> (Vizitat 03.05 2011).
- 146 . De Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: asystematic review of the literature. În: BMC Health Serv Res. 2011. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/272> (Vizitat 05.11.12).
 - 147 . De Pouvourville G. Paying doctors for performance. În: Eur J Health Econ. 2013, nr.1, p. 1-4.
 - 148 . De Pouvourville G., Comar L., Bouvier V. Le paiement a la pathologie des hopitaux: l'experience francaise. În: Revue d Epidemiologie et de Sante Publique. 1994. Vol. 42, nr. 1. p. 68-78.
 - 149 . Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. În: J Health Serv Res Policy. 2005, nr.1, p. 45–53.
 - 150 . Doran T., Fullwood C., Gravelle H., Reeves D., Kontopantelis E., Hiroeh U., Roland M. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. În: NEngl JMed. 2006, nr.355, p. 375-384.
 - 151 . Ehreth, J.L., The development and evaluation of hospital performance measures for policy analysis. În: Med. Care 1994, nr. 6, p.568–587.
 - 152 . Eldridge C, Palmer N. Performance-based payment: some reflections on thediscourse, evidence and unanswered questions. Health Policy Plan. 2009, nr.3, p. 160-166.
 - 153 . Engels Y. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Nederland and Europe. Family Practice, 2005. nr. 2, p.215-222.
 - 154 . Ettelt St. Capacity planning in health care: a review of the international experience, WHO European Centre for Health Policy, 2008. – 132p.
 - 155 . Evetovits T. Paying hospitals by DRGs: case-study from Hungary. Bangkok: Joint Learning Network; 2010. http://www.jointlearningnetwork.org/sites/jlnstage.affinitybridge.com/files/DRG_Hungary_Evetovits.pdf. (Vizitat 10.10.2012).
 - 156 . Farrar S, Yi D, Sutton M, Chalkley M, Sussex J, Scott A. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. În: BMJ. 2009. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733950/> (Vizitat 28.10.2011).
 - 157 . Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance. The European Observatory on Health Systems andPolicies. 2005 <http://www.euro.who.int/Document/E86300.pdf> (Vizitat 29.05.2010)
 - 158 . Fleetcroft R, Parekh-Bhurke S, Howe A, Cookson R, Swift L, Steel N. The UK pay-for-performance programme in primary care: estimation of population mortality reduction. În: Br J Gen Pract. 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2930244/> (Vizitat

20.04.2011).

- 159 . Forjuoh S, Averitt W, Cauthen D, ş.a.: "Open-access appointment scheduling in family practice" comparison of demand prediction grid with actual appointments. 2001. <http://www.jabfm.org/content/14/4/259.long> (Vizitat 09.10.2012).
- 160 . Forrest C, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access.1998. <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.88.9.1330> (Vizitat 03.09.2011).
- 161 . Forsberg E., Axelsson R., Arnetz B. Financial incentives in health care. The Impact of performance-based reimbursement. În: *Health Policy* 2001 (58) p. 243–262.
- 162 . Friedberg M, Safran D, Coltin K, ş.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).
- 163 . Gaal P, Szigeti S, Csere M, Gaál P, Szigeti S, Csere M et al. Health systems in transition – Hungary: health system review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011. 268 p.
- 164 . Gillam S, Siriwardena A, Steel . Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. În: *Ann Fam Med*. 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3438214/> (Vizitat 22.01.2013)
- 165 . Gilman B.H. Hospital response to DRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on length of stay. Department of Economics, Boston University, 1997. 32p.
- 166 . Glickman S, Peterson E. Innovative health reform models: pay-for-performance initiatives. 2009. http://www.ajmc.com/publications/supplement/2009/A264_09dec_HlthPolicyCvrOne/A264_09dec_GlickmanS300to305/ (Vizitat 25.08 2012).
- 167 . 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).
- 168 . Goldsmith J. Accountable care organizations: the case for flexible partnerships between health plans and providers. În: *Health Aff (Millwood)*. 2011. <http://content.healthaffairs.org/content/30/1/32.long> (Vizitat 25.08 2012).
- 169 . Goroll A, Berenson R, Schoenbaum S, Gardner L. Fundamental reform of payment for adult primary care: comprehensive payment for comprehensive care.În: *J Gen Intern Med* 2007, <http://coloradoafp.org/library/Library%20II-1.pdf> (Vizitat 04.03.2012).
- 170 . Goroll A. The future of primary care: reforming physician payment. 2008. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0805765> (Vizitat 04.11.2011).
- 171 . Greene S, Nash D. Pay for performance: an overview of the literature. În: *Am J Med Qual*. 2009, nr.2, p. 140–163.

- 172 . Grubinger T, Kobel C, Pfeiffer K. Regression tree construction by bootstrap: Model search for DRG-systems applied to Austrian health-data. *În: BMC Medical Informatics & Decision Making*. 2010, nr.1, p. 1–11.
- 173 . Habicht J., Kunst AE (2005). Social inequalities in health care services utilization after eight years of health care reforms; A cross-sectional study of Estonia. *În: Social Science and Medicine* 1999, 60 (4); p.777-787.
- 174 . Halladay JR, Stearns SC, Wroth T, Spragens L, Hofstetter S, Zimmerman S, Sloane PD. Cost to primary care practices of responding to payer requests for quality and performance data. *În: Ann Fam Med*. 2009, nr.7, p. 495-503.
- 175 . Harrell F , Shih Y. “Using Full Probability Models to Compute Probabilities of Actual Interest to Decision Makers.” *În: International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2001, nr.1, p. 17–26.
- 176 . Harris M, Patel B, Bowen S. Primary care access and its relationship with emergency department utilisation: an observational, cross-sectional, ecological study. *În: British Journal of General Practice* 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3223776/> (Vizitat 15.03.2013).
- 177 . Henry A, Erowele G, Ndefo U, Milton-Brown J, Anassi E, Green W, Alvidrez A. Okpara AU. From a to z: medication cost-management strategies for disproportionate share hospitals. 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4105714/> (Vizitat 25.06 2012).
- 178 . Hickson GB, Altemeier WA, Perrin JM. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. 1987. http://pediatrics.aappublications.org/content/80/3/344.abstract?ijkey=27fe8680e89d28d9ab3320f6eebe1bff1120d178&keytype2=tf_ipsecsha (Vizitat 25.06 2012).
- 179 . Hindle D. Implementing DRGs in Slovenia: Why the Australian variant was selected. *În: Aust Health Rev*.2003, nr. 3, p. 50–60.
- 180 . Hodgkin D, McGuire T. “Payment Levels and Hospital Response to Prospective Payment.” *În: Journal of Health Economics*. 1994, nr.1, p. 1–29.
- 181 . Holroyd-Leduc JM, Lorenzetti D, Straus SE, et al. The impact of the electronic medical record on structure, process, and outcomes within primary care: a systematic review of the evidence. *În: J Am Med Inform Assoc* 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21659445> (vizitat 10.03.2012).
- 182 . HOPE. DRG as a financing tool. Technical report, HOPE-European Hospital and Healthcare Federation 2006. http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/77_drg_report/77_drg_report_2006.pdf. (Vizitat 11.07.2013).
- 183 . Hsiao WC. “State-Based Single-Payer Health Care—A Solution for the United States?” 2011. http://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/100/2012/09/hsiao_2011_-_state-based_single_payer.pdf (Vizitat 27.04.2013).

- 184 . Hsiao, WC. “Why is a systemic view of health financing necessary?” *Health Affairs*, 2007. http://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/100/2012/09/hsiao_2007_-_why_is_a_systemic_view_of_health_financing_necessary.pdf (Vizitat 27.04.2013).
- 185 . Hughes J, Iezzoni L, Daley J, Greenberg L. How severity measures rate hospitalized patients. În: *Journal of General Internal Medicine*. 1996, nr. 5, p. 303–311.
- 186 . Ibraimova A, Manzhieva E, Rechel B. Health systems in transition – Kyrgyzstan: health system review 2011. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011. 177 p.
- 187 . Integrated Healthcare Association. Pay for Performance (P4P) 2008 Results. Executive Summary. 2009. http://www.ihc.org/pdfs_documents/home/02%20-%20P4P%20Results.pdf. (Vizitat 03.11.2009).
- 188 . Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, ș.a. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. În: *CMAJ* 2007. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072991/> (Vizitat 15.03.2013).
- 189 . Jaakkimainen L., Shultz S., Tu K. Effects of implementing electronic medical records on primary care billings and payments: a before–after study. În: *CMAJ Open*. 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3985899/> (vizitat 15.12.2013).
- 190 . Joos D., Chen Q., Jirlis J., ș.a. An electronic medical record in primary care: impact on satisfaction, work efficiency and clinic processes. În: *AMIA Annu Symp Proc* 2006. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1839545/> (vizitat 15.07.2011).
- 191 . Karol Consulting. Macedonian DRG manual – draft for discussion Skopje: Ministry of Health; 2008. http://www.mohhsmp.gov.mk/fileadmin/user_upload/komponenta2/MACEDONIAN%20DRG%20MANUAL.pdf (Vizitat 22.06.12).
- 192 . Keeler E., Carter G. Trude S. Insurance aspects of DRG outlier payments. În: *Journal of Health Economics* 1988, nr. 7, p. 193–214.
- 193 . Kim Y. Problems of fee-for-service reimbursement system and alternatives. În: *J Korean Health Secur.* 2010, nr. 9, p.8–24.
- 194 . Kim YK. Forecasting the future reimbursement system of Korean National Health Insurance: a contemplation focusing on global budget and Neo-KDRG-based payment systems. În: *J Korean Med Sci*. 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3360170/> (Vizitat 04.02.2013).
- 195 . Kobel C, Thuilliez J, Bellanger M, Pfeiffer K-P. DRG systems and similar patient classification systems in Europe. In: 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. p. 37–58.
- 196 . Koppel A, Kahur K, Habicht J, Saar P, Habicht T, van Ginneken E. Health systems in transition: Estonia – health system review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. 229 p.

- 197 . Kreng V, Yang SW. Efficiency of resource allocation in the hospital sector after global budgeting under National Health Insurance. În: Chin Med J (Engl). 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23924465> (Vizitat 14.11.2013).
- 198 . Kruse, G.B., D. Polsky, E.A. Stuart, și R.M. Werner. 2012. The Impact of Hospital Pay-for-Performance on Hospital and Medicare Costs. În: Health Services Research. 47(6): p. 2118-2136.
- 199 . Kutzin J, Cashin C, Jakab M. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. 425 p.
- 200 . Kutzin J, Ibraimova A, Kadyrova N, Isabekova G, Samyshkin Y, Kataganova Z. Manas Health Policy Analysis Project: innovations in resource allocation, pooling and purchasing in the Kyrgyz health system Bishkek: World Health Organization & Ministry of Health; 2002. 180 p.
- 201 . La Commission des Comptes de la Securite Sociale. 2011. Les comptes de la securite sociale Disponibil la adresa http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss2011_sept_tome1.pdf. Accesat 12/10/2013.
- 202 . Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S. Designing and implementing provider payment systems: how to manuals. Washington: The World Bank; 2009. 324 p.
- 203 . Lau F, Price M, Boyd J, ș.a. Impact of electronic medical record on physician practice in office settings: a systematic review. În: BMC Med Inform Decis Mak 2012. <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/12/10> (vizitat 05.11.2013).
- 204 . Leadership in creating accountable care organizations. În J Gen Intern Med. 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3208458/> (Vizitat 05.05 2012).
- 205 . Lester H, Roland M. Future of quality measurement. În: BMJ. 2007. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2099564/> (Vizitat 17.04.2011).
- 206 . Levaggi R, Montefiori M. Definition of a prospective payment system to reimburse emergency departments. În: BMC Health Serv Res. 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852522/> (Vizitat 14.03.2014).
- 207 . Li P, Schneider J, Ward M. Effect of critical access hospital conversion on patient safety. În: Health Serv Res. 2007. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2151405/> (Vizitat 08.03.2010).
- 208 . Liang X, Guo H, Jin C, Peng X, Zhang X, Baradaran HR. The effect of new cooperative medical scheme on health outcomes and alleviating catastrophic health expenditure in China: A systematic review. 2012. <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0040850> (Vizitat 08.12.2012).
- 209 . Lieberman S, Bertko J. Building regulatory and operational flexibility into accountable care organizations and 'shared savings.' În: Health Affairs January 2011; vol. 30, nr.1, p.23–31.
- 210 . Litvak E, Bisognano M. More patients, less payment: increasing hospital efficiency in the aftermath of health reform. În: Health Aff (Millwood). 2011.

<http://content.healthaffairs.org/content/30/1/76.long> (Vizitat 3.02.2013).

- 211 . Ludwick D., Manca D., Doucette J. Primary care physicians' experiences with electronic medical records. În: *Can Fam Physician* 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2809179/> (vizitat 15.07.2011).
- 212 . 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.
- 213 . Majeed A, Bardslev M, Morgan D, et al. Cross sectional study of primary care groups in London: association of measures of socioeconomic and health status with hospital admission rates.În: *BMJ*. 2000. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27515/> (Vizitat 12.10.2012).
- 214 . Majeed A, Rawaf S, De Maeseneer J. Primary care in England: coping with financial austerity. *British Journal of General Practice* 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3505387/> (Vizitat 11.02.2013).
- 215 . Manchikanti L, Singh V, Hirsch J. Saga of payment systems of ambulatory surgery centers for interventional techniques: an update. 2012. <http://www.painphysicianjournal.com/2012/march/2012;15;109-130.pdf> (Vizitat 17.12.2013).
- 216 . Mathauer I, Wittenbecher F. DRG-based payment systems in low- and middle-income countries: implementation experiences and challenges. Geneva: World Health Organization, 2012. 52 p.
- 217 . Maynard A. Pay for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia. WHO, Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems. 2008.
- 218 . McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. În: *Ann Fam Med*. 2009. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653973/> (Vizitat 15.04.2011).
- 219 . Meditz R, Manberg C, Rosner F: Improving access to a primary care medical clinic. În: *J Natl Med Assoc* 1992. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2637689/pdf/jnma00862-0053.pdf> . (Vizitat 03.11.2009).
- 220 . Mehrotra A, Damberg C, Sorbero M, Teleki S. Pay for performance in the hospital setting: what is the state of the evidence? În: *Am J Med Qual*. 2009, nr.1, p. 19-28.
- 221 . Millenson ML. Pay for performance: the best worst choice.În: *Qual Saf Health Care*. 2004. <http://qualitysafety.bmj.com/content/13/5/323>. (Vizitat 20.12.2013).
- 222 . Murray, C.J. Frenk, J. A framework for assessing the performance of health systems. În: *Bulletin of the WorldHealth Organization*, 2000. vol. 78(6), p. 717-731.
- 223 . Murray, C.J., Xu, K., Klaus, J. Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application. In C.J.L. Murray,

- D.B. Evans (eds) *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organization. 2003. p. 513-523.
- 224 . Nemerenco A. Access to primary medical services of vulnerable or pauperized persons that do not hold medical insurance. *European Journal of Public Health*. Oxford, 2006, volume 16 supplement 1, p. 180-181.
- 225 . Nicholson S, Pauly M, Wu A Murray J, Teutsch S, Berger M. Getting Real Performance Out of Pay-for-Performance. *In: The Milbank Quarterly*. 2008. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690347/> (Vizitat 20.12.2013).
- 226 . Paddock S, Wynn B, Carter G, Buntin M. Identifying and accommodating statistical outliers when setting prospective payment rates for inpatient rehabilitation facilities. *In: Health Serv Res*. 2004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361102/> (Vizitat 18.10.2012)
- 227 . Park M, Braun T, Carrin G, Evans DB. *Provider payments and cost-containment lessons from OECD countries* Geneva: World Health Organization; 2007. 11 p.
- 228 . Petersen L, Woodard L, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does Pay for Performance improve the Quality of Health Care? *In: Annals of Internal Medicine*. 2006, nr.4, p. 265–272.
- 229 . Preyra C. Coding response to a case-mix measurement system based on multiple diagnoses. *In: Health Serv Res*. 2004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361050> (Vizitat 10.10.2009)
- 230 . Price M., Singer A., Kim J. Adopting electronic medical records: Are they just electronic paper records? *In: Can Fam Physician* 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23851560> (vizitat 16.12.2013).
- 231 . Quentin W, Rätto H, Peltola M, Busse R, Häkkinen U. Acute myocardial infarction and diagnosis-related groups: patient classification and hospital reimbursement in 11 European countries. *In: Eur Heart J*. 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3703310/> (Vizitat 14.02.2014).
- 232 . Quinn K. New directions in Medicaid payment for hospital care. *In: Health Aff (Millwood)*. 2008 <http://content.healthaffairs.org/content/27/1/269.long> (Vizitat 07.03.2010).
- 233 . Radu CP, Chiriac DN, Vladescu C. Changing patient classification system for hospital reimbursement in Romania. *In: Croat Med J*. 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2897082> (Vizitat 10.10. 2012).
- 234 . Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care—a major experiment in the United Kingdom. *In: N Engl J Med*. 2004. <http://hphci.org/content/docs/Roland%20D%20NEJM%202004.pdf>. (Vizitat 21.01.2013)
- 235 . Rosenthal M, Fernandopulle R, Song H, Landon B. Paying for Quality: Providers' Incentives for Quality Improvement. *In Health Affairs*. 2004, nr.2, p. 127–141

- 236 . Rosenthal M, Frank R. What is the empirical basis for paying for quality in health care? În: *Med Care Res Rev.*2006, nr. 3p. 135–157.
- 237 . Russell B. Medicare's New Hospital Payment System. Is it Working? Brookings Institution, Washington, DC, 1989. 114p.
- 238 . Sagan A, Panteli D, Borkowski W ş.a. Health care systems in transition – Poland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011. 227 p.
- 239 . Saltman R. A conceptual overview of recent health reforms. *Eur. Journal Public Health.* London, Working Paper No 269, Paris, 2000, - 234p.
- 240 . Saltman R.B., Bankauskaite V., VrangbaekK. Decentralization in Health Care //Strategies and outcomes. Oxford: Open University Press, 2007. - 298 p.
- 241 . Saltman, R. B. Policy Forum:risk adjustment strategies in three social health insurance (SHI) countries. În: *European Journal of Public health.* 2001. vol. 11(2), p. 121-122.
- 242 . Schieber, G.J. Precoditions for health reform: experience from the OECD countries. *Health Policy.* 1995. no 32 p. 279-293.
- 243 . Schokkaert E., Dhaene G., Voorde C. Risk adjustment and the trade-off between efficiency and risk selection: An application of the theory of fair compensation. În: *Health Economics* 1998, nr. 7, p. 465–480.
- 244 . Schreyögg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a comparison of nine European countries. În: *Health Care Manag Sci.* 2006, nr. 9, p. 215–223.
- 245 . Schrijvers G. Global payment for health services as a solution in the financial crisis in Europe. În: *Int J Integr Care.* 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601520/> (Vizitat 22.01.2013).
- 246 . Shine D. Risk-adjusted mortality: problems and possibilities. 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312252/#!po=10.0000> (Vizitat 12.12.2012).
- 247 . Solberg L, Maciosek M, O'Connor P, ş.a. Does improved access to care affect utilization and costs for patients with chronic conditions? 2004. <http://www.ajmc.com/publications/issue/2004/2004-10-vol10-n10/Oct04-1906p717-722/> (Vizitat 14.10.2012).
- 248 . Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank* . 2005. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/> (Vizitat 22.01.2013)
- 249 . Steel N, Willems S. Research learning from the UK Quality and Outcomes Framework: a review of existing research. În *Qual Prim Care.* 2010, nr. 2, p.117–125.
- 250 . Street A, Kobel C, Renaud T, Thuilliez J. How well do Diagnosis Related Groups explain variation in costs and length of stay among patients and across hospitals? Methods for analysing routine patient data. În: *Health Economics.* 2012, nr.2, p. 6–18.

- 251 . Street A, O'Reilly J, Ward P, Mason A. DRG-based hospital payment and efficiency: theory, evidence, and challenges. In: 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. pp. 93–114.
- 252 . Ugá M, Vasconcellos M, Lima S, Portela M, Gerschman S. Mechanisms of microregulation of private hospitals by health plan operators. 2009. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009005000053&lng=en&nrm=iso&tlng=en (Vizitat 25.10.2011).
- 253 . Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. In: *BMC Health Serv Res*. 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2936378/?report=reader> (Vizitat 21.01.2013)
- 254 . Vladescu C, Scintee G, Olsavsky V *Health systems in transition: Romania: health system review*. Copenhagen: World Health Organization; 2008. 206 p.
- 255 . Walker S, Mason AR, Claxton K, ş.a. Value for money and the Quality and Outcomes Framework in primary care in the UK NHS. In: *Br J Gen Pract*. 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2858553/> (Vizitat 20.04.2011).
- 256 . Wang C, Conroy K, Zuckerman B. Payment reform for safety-net institutions--improving quality and outcomes. 2009. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0907656> (Vizitat 14.10.2012).
- 257 . Welch WP, Bazarko D, Ritten K, et al. Electronic health records in four community physician practices: impact on quality and cost of care. In: *J Am Med Inform Assoc* 2007. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2244874/> (vizitat 16.07.2008).
- 258 . Werner R, Dudley RA. Making the 'pay' matter in pay-for-performance: implications for payment strategies. 2009. <http://content.healthaffairs.org/content/28/5/1498.long> (Vizitat 27.10.2011).
- 259 . Werner R, Kolstad J, Stuart E, Polsky D. The effect of pay-for-performance in hospitals: lessons for quality improvement. In: *Health Aff (Millwood)*. 2011. <http://content.healthaffairs.org/content/30/4/690.long> (Vizitat 14.03.2013).
- 260 . WYSS, K., LORENZ, N. Decentralization and central and regional coordination of health services: the case of Switzerland. *International Journal of Health Planning and Management*. 2000. vol. 15, p. 103-114.
- 261 . Xin Wang, Ang Zheng, Xin He, Hanghang Jiang. Integration of rural and urban healthcare insurance schemes in China: an empirical research. 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3977897/> (Vizitat 02.05.2014).
- 262 . Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, J., et al. Understanding household catastrophic health expenditures: a multi-country analysis. In C.J.L. Murray, D.B. Evans (eds) *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, Geneva: World Health Organization. 2003. p. 565-572.

- 263 . Young GP, Wagner MB, Kellermann AL, et al.: Ambulatory visits to hospital emergency departments. *In: JAMA* 1996, nr. 6, p.460-465.
- 264 . Акопян А., Мурашов В., Бочкарев Р. Особенности конкуренции на рынке медицинских услуг и товаров медицинского назначения. *In: Маркетинг.* 2001, nr. 4. p. 98-107.
- 265 . Александров М.А. Развитие системы стандартизации в здравоохранении как важнейшего компонента нормативно-правового обеспечения качества амбулаторной помощи. *In: Амбулаторно-поликлиническая помощь.* 2010, nr.1. p. 3-8.
- 266 . Алексеенко С.А., Одинцова В.В. Индикативная оценка медико-социальной и ресурсной эффективности здравоохранения в муниципальных образованиях Краснодарского края. *In: Ж. Экономика здравоохранения.* 2008, nr. 2, p. 52-58.
- 267 . Алешин Н.А. Реализация экономических интересов субъектов рынка медицинских услуг. Автореф. дисс. канд.экон.наук. Саратов 2007, 20р.
- 268 . Балабанов И.Т. Основы финансового менеджмента -М.: Финансы и статистика, 1997, 478 р.
- 269 . Большакова Т.С. Совершенствование системы финансирования здравоохранения федерального подчинения в связи с проблемой повышения эффективности планирования и использования ресурсов. *In: Экономика здравоохранения,* 2001, nr. 1(51). p. 14-16.
- 270 . Вишневецкий А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В., Якобсон Л.И., Ясин Е.Г. Российское Здравоохранение: Как Выйти Из Кризиса. Доклад Государственного университета. Высшая школа экономики, 2005, 23 р.
- 271 . Воробьев П.А. Качество медицинской помощи: проблемы оценки, контроля и управления. *In: Проблемы стандартизации в здравоохранении.* 2007, nr.10, p. 6-14.
- 272 . Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении. *In: Экономика здравоохранения,* 2001, nr.1(51). p. 5-11.
- 273 . Вялков А.И. Пути совершенствования финансово-экономической и хозяйственной деятельности ЛПУ. *In: Экономист лечебного учреждения.* 2009, nr. 12. p. 21-25.
- 274 . Вялков А.И. Управление здравоохранением на уровне региона в условиях рыночных отношений. *In: Здравоохранение Рос. Федерации.* 1993, nr. 5, p. 3-4.
- 275 . Вялков А.П., Кучеренко В.З. и др. Управление и экономика здравоохранения: Учеб. Пособие. 3-е изд., доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 664 р.
- 276 . Дамашкан Г.П. Опыт внедрения системы оплаты больниц по DRG(CASE-MIX) в Республике Молдова всероссийская конференция
- 277 . Денисов И.Н., Черниенко Е.И., Волнухин А.В. Социальная эффективность стационарозамещающих технологий в условиях ОВП (семейная медицина). *In: Вестник семейной медицины.* 2008, nr.7. p. 60-62.

- 278 . Доровских В. А., Фигурунов В. А., Реформы здравоохранения: проблемы периферии. În: Здравоохранение Российской Федерации. 2006, nr.3, p. 55-56.
- 279 . Ецко К, Дамашкан Г, Зарбаилова Н. Выбор метода оплаты услуг первичной медико-санитарной помощи в Республике Молдова в условиях обязательного медицинского страхования Al doilea articol Londra
- 280 . Кузнецов П.П. Основные принципы и этапы подготовки учреждения здравоохранения федерального подчинения к расчетам с федеральным бюджетом за пролеченного больного. În: Экономика здравоохранения. 2001, nr.1, p. 21-25.
- 281 . Линденбратен А. Л., Стародубов В.И., Щепин О.П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. Москва 2002, 176 p.
- 282 . Макки М., Хилли Д. Реформа больниц в новой Европе. Москва 2002, 319 p.
- 283 . Методические рекомендации по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации. - М.: ФФОМС, 1993.
- 284 . Методические рекомендациям по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. În: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 октября 1998 года N2510/9200-98-39 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 ноября 1998 года N4634/41. - М., 1998.
- 285 . Милюдина Л.А., Золотовская И.А. Роль стационара на дому в оптимизации работы отделения врачебной общей практики. În: Вестник семейной медицины. 2008, nr.7. p. 154-155.
- 286 . Моисеева И.Е., Кузнецова О;Ю., Фролова Е.В., Каменев Г.В'. Возможность оценки качества оказания медицинской помощи в общей врачебной практике. În: Вестник семейной медицины. 2008, nr.7. p. 65-67.
- 287 . Наварлин М. В., Кочетекова И. О., Комаров С. Г., Лебедева А. Ф., Отношение населения к оплате медицинской помощи и услуг в системе общественных ценностей. În: Здравоохранение Российской Федерации. 2006, nr 5, p. 27-30.
- 288 . Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. În: Постановление Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 года N096. -М., 1998.
- 289 . Овсийчук М.Ф., Сидельникова Л.Б. Финансовый менеджмент. Методы инвестирования капитала. - М.: Буквица, 1996, 128 p.
- 290 . Павлова Л.Н. Финансовый менеджмент. Управление денежным оборотом предприятия: Учебник для вузов. - М.: Банки и биржи, Юнити, 1995, 400 p.
- 291 . Панфилова Е. В., Каракулова Е. В., Ленская Л. Г., Малаховская М. В., О проблемах здравоохранения и потребности общества в здоровье. În: Здравоохранение

- Российской Федерации. 2006, nr. 1, p. 21-23.
- 292 . Преображенская В.С., Васюкова В.С. Структура и функции органов здравоохранения в условиях перехода на бюджетно-страховое финансирование. Їп: Бюлл. НИИ им. Н.А.Семашко. - М.: 1992, - p. 23-28.
- 293 . Решетников А. Финансовый менеджмент в системе обязательного медицинского страхования. Їп: Экономика здравоохранения. 2001, nr.10, p. 8-12.
- 294 . Рябова Е., Ецко К., Рябов С. Современные аспекты экономики и организации здравоохранения. Кишинэу, 2009, 208 p.
- 295 . Салтман Р. Фигейрас Дж. Реформа системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Перевод с английского. Москва, 2000, 432 p.
- 296 . Сенченко А. Ю., Калмыков А. А., Артюхов И. П., К вопросу о преобразовании учреждения здравоохранения в медицинскую автономную некоммерческую организацию. Їп: Здравоохранение Российской Федерации. 2006, nr. 2, p. 30-31.
- 297 . Стародубов В.И. Проблемы внедрения обязательного медицинского страхования в России. Їп: Терапевт. арх. 1993, Т. 65, p. 4-5.
- 298 . Тихонова Е.В. Мотивационные механизмы повышения медико-социальной эффективности деятельности врачей в первичном звене здравоохранения. Автореф. дисс. канд.мед.наук. М.: 2009, 21 p.
- 299 . Ткаченко Т. Я., Блохина С. И., Елкин И. О., Формирование качества медицинской услуги в условиях многопрофильного медицинского учреждения. Їп: Здравоохранение Российской Федерации. 2007, nr.4. p. 12-14.
- 300 . Улумбекова Г.Э. Взаимосвязь финансирования здравоохранения и показателей здоровья населения для Российской Федерации. Уроки и рекомендации для России. Їп: Экономика здравоохранения. 2010, nr. 3, p. 30-34
- 301 . Улумбекова Г.Э. Здравоохранение США: Перспективы развития и уроки для России. Їп: Менеджер здравоохранения. 2009, nr. 7, p. 49-59.
- 302 . Финансовый менеджмент: теория и практика. Учебник под ред. Е.С. Стояновой. - М.: Изд-во Перспектива, 1996, 405 p.
- 303 . Чернышев В.М., Банин С.А., Заиграев А.Л., Лайвин А.Н. Подушевое финансирование в здравоохранении. Новосибирск, 2005, 110 p.
- 304 . Чумаков А.С. Модель непрерывного улучшения качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования с позиций потребителей (концептуальные и методические подходы). Автореф. дисс. докт.мед.наук. М.: 2009, 42 p.
- 305 . Чумаков А.С. Потребительский ресурс качества медицинских услуг. Под ред. Кучеренко В.З. и Васильевой Т.П.-М.: 2009, 343 p.
- 306 . Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. М.:ГУ

ВШЭ, 2007.-318 р.

- 307 . Шейман И.М., Шишкин С.В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи: доклад Государственного университета Высшей школы экономики. М., 2009. - 65 р.
- 308 . Шейман И. М. Новые экономические процессы в европейском здравоохранении. În: Общественные науки и современность. 2009. № 2. С. 48-63.
- 309 . Шейман И. М. Управление рисками при реструктуризации здравоохранения. În: Здравоохранение. 2011. № 8. С. 28-34.
- 310 . Шеремет А.Д., Сайфулин Р.С. Методика финансового анализа. - М.: Изд-во "Инфра-М.", 1996, 172 р.
- 311 . Шляфер С. И., Матвеева Д. А., Ермлюк Е. Н., Горохова Т. А., Анализ эффективности использования коечного фонда. În: Здравоохранение Российской Федерации. 2007, nr 5, р. 33-35.
- 312 . Щепин О.П. и др. Организация и технология взаимодействия учреждений здравоохранения и обязательного медицинского страхования. În: Проблемы социальной гигиены и истории медицины. М.: 1995, nr.3, р. 44-48.

CHESTIONAR

**privind evaluarea opiniei referitor la impactul finanțării spitalului pe baza
mecanismului de plată pe Caz Tratată pe Profil.**

1. Considerați benefică trecerea la mecanismul de plată pe Caz Tratată pe Profil pentru procurarea serviciilor spitalicești?

Da Nu

1. Odată cu implementarea acestui mecanism, a avut loc majorarea numărului de cazuri prestate în instituția pe care o conduceți?

Da Nu

2. Dacă majorarea numărului de cazuri prestate a avut loc, considerați că acesta este rezultatul influenței metodei de plată?

Da Nu

3. După părerea Dumneavoastră, cea mai importantă cauză a creșterii numărului de cazuri prestate pe parcursul anului 2007 a fost:

– Accesibilitatea joasă a populației la serviciile spitalicești;

– Cointeresarea economică a instituției medicale;

– Altă cauză (specificați) _____

4. Durata medie de spitalizare (DMS) a avut tendința să:

Crească Descrească

5. Dacă în instituția pe care o conduceți a avut loc diminuarea DMS, considerați că aceasta a influențat negativ asupra calității serviciilor prestate?

Da Nu

6. Considerați pozitiv fenomenul de descreștere a DMS pe țară?

Da Nu

Va rugăm să lămurii poziția Dvs. _____

**Datele din Fișa medicală a bolnavului de staționar
care formează Setul minim de date la nivel de bolnav pentru spitalizare continuă**

1. Codul de identificare a cazului externat (criptat);
2. Codul de identificare a spitalului;
3. Codul de identificare a secției în care a fost internat bolnavul;
4. Denumirea secției în care a fost internat bolnavul;
5. Codul de identificare a profilului secției în care a fost internat bolnavul;
6. Numărul fișei medicale a bolnavului de staționar;
7. Cetățenia;
8. Codul numeric personal al bolnavului (IDNP sau seria și nr. actului de identitate)(criptat);
9. Data nasterii;
10. Localitatea în care locuiește bolnavul;
11. Plătitor servicii medicale;
12. Statut asigurat;
13. Asigurător;
14. Numărul poliței de asigurare;
15. Categoria bolnavului asigurat;
16. Sexul;
17. Greutatea la naștere (doar pentru nou-născuți);
18. Data și ora internării;
19. Tipul internării;
20. Codul de identificare a spitalului care a transferat bolnavul;
21. Trimis de;
22. Timpul internării;
23. Diagnosticul la trimitere;
24. Diagnosticul la internare;
25. IDNP medic de gardă(CRIPTAT);
26. Diagnosticul clinic (până la 72 ore după internare);
27. Diagnosticul principal la externare (clinic definitiv);
28. Diagnostice secundare la externare (complicații/maladii concomitente);
29. IDNP medic curant(CRIPTAT);
30. Codul de identificare a secției din care a fost externat bolnavul;
31. Denumirea secției din care a fost externat bolnavul;
32. Codul de identificare a profilului secției din care a fost externat bolnavul;
33. Data și ora externării;
34. Tipul externării;
35. Codul de identificare a spitalului în care a fost transferat bolnavul;
36. Starea la externare;
37. Deces;
38. Intervenția chirurgicală principală ;
39. Data și ora începutului intervenției chirurgicale principale;
40. Data și ora sfârșitului intervenției chirurgicale principale;
41. IDNP medic operator principal(CRIPTAT);
42. Transferurile intraspitalicești (secția; data și ora internării; data și ora externării; număr zile spitalizate);
43. Alte intervenții chirurgicale, procedure medicale și explorări funcționale (intervenții chirurgicale, explorări funcționale, investigații radiologice, etc.) precum și numărul acestora.

Spitalul (denumirea completă).....
 Adresa (adresa completă).....
 Telefon

Fax

Email.....

CHESTIONAR PRIVIND ESTIMAREA CAPACITĂȚII SPITALULUI DE ÎNCADRARE ÎN PILOTAREA MECANISMULUI DE PLATĂ PE DRG

- nivelul spitalului: republican municipal raional

- distribuția geografică a zonelor acoperite _____

- infrastructura spitalului: monobloc clădiri si structuri separate

- numărul de secții clinice

nr d/o	secția	numărul de paturi

- tipul profilurilor contractate cu CNAM

nr d/o	profilul	servicii furnizate

- bugetul anual _____ lei

- disponibilitatea datelor de cost: Da Nu

- în fișele medicale se face codificarea diagnosticilor:

principale a complicațiilor concomitente

- utilizarea unui sistem informatic pentru fișele medicale: Da Nu

- utilizarea unui sistem de clasificare a procedurilor medicale: Da Nu

- utilizare computerelor in: departamentele clinice statistica nu se utilizează

- existenta unei conexiuni internet: Da Nu

- disponibilitatea echipei de conducere a spitalului pentru o activitate suplimentara pe termen lung: Da Nu

- activitate in cadrul proiectului REPEMOL : Da Nu

Spitalul (denumirea
completă).....

Adresa (adresa
completă).....

Telefon

Fax

Email.....

CHESTIONAR PRIVIND DOCUMENTAREA SI COLECTAREA INFORMATIILOR MEDICALE SI FINANCIARE IN CADRUL SPITALULUI

I. Structura si gestiunea fiselor medicale

1. Exista un identificator unic (număr sau cod) al pacientului (altul decât numele si prenumele) prezent in toate documentele unui pacient din toate secțiile/departamentele spitalului unde este internat sau care oferă servicii complementare de-a lungul unei șederi in spital (ex: secții clinice, ATI, radiologie, farmacie etc.)? Dar pentru șederi diferite?
2. Exista o fisa/dosar unic al pacientului, pe hârtie, care sa conțină toate datele din internarea curenta, chiar daca pacientul este transferat intre mai multe secții?
3. Unde se țin/arhivează fisele medicale – exista o singura arhiva pentru tot spitalul sau mai multe arhive?

II. Formatul fisei medicale

1. Exista un singur standard/ model de fisa medicala a pacientului sau exista mai multe standarde/ modele pe specialități?
2. Exista o procedura scrisa privind completarea, manipularea si gestiunea fisei medicale si a documentelor medicale asociate?
3. In fisa medicala, sunt înregistrate TOATE diagnosticile (inclusiv complicații si comorbidități) si TOATE operațiile si procedurile diagnostice si de tratament efectuate?

4. Cine este responsabil pentru înscrierea în fișa medicală a următoarelor informații:
 - a. Internare – date pasaportale
 - b. Internare – date clinice
 - c. Istoricul bolii
 - d. Evoluția zilnică
 - e. Anestezie
 - f. Operații/Proceduri
 - g. Medicamente
 - h. Rezultatele testelor diagnostice (laborator, radiologie, ultrasonografie etc)
 - i. Externare

5. În cât timp se completează/definitivează fișa medicală după externarea pacientului?

6. Cum se face monitorizarea calității completării fișelor medicale? Dacă s-a făcut o evaluare cantitativă, care este procentul de fișe completate corect?

7. Dacă pacientul se transferă dintr-o secție în alta, se deschide o fișă nouă de internare (se consideră episoade diferite)?

8. Există internare de zi/ de o zi? Dacă da, există secții separate pentru internarea de zi/ de o zi?

III. Codificarea datelor

1. Ce sisteme de clasificare a diagnosticilor și procedurilor se folosesc? Care este lungimea codului (numărul de caractere) pentru fiecare sistem folosit?

2. Care este numărul mediu și numărul maxim de coduri de diagnostic pentru un caz/pacient?

3. Care este scopul codificării? Se întocmesc rapoarte la nivel de spital utilizând datele codificate? Dacă da, dați exemple.

4. Care sunt "materialele ajutoare" folosite la codificare (lista, carte, software etc.)?

5. Există "liste scurte" de coduri folosite pentru codificare (de exemplu, liste pe specialități)?

6. Când se face codificarea cazului: în timpul internării și după externare sau doar după externare?

7. Unde se înscriu codurile (doar în fișa pacientului, doar în fișa statistică sau în ambele)?

8. Unde se face codificarea (ex. pe secții, la statistică etc.)?

9. Cine este responsabil de codificare in spital?

10. Care sunt calificările "codificatorilor"? Ce cursuri de codificare au absolvit?

11. Cum se face monitorizarea calității codificării?

IV. Resursele umane

1. Statistica medicala

Nr.	Denumirea funcției	Numărul de funcții aprobate conform statelor de personal	Numărul de funcții ocupate	Numărul persoanelor fizice	Comentarii
1	Medic statistician				
2	Statistician (personal medical mediu)				
3	Operator				

2. Tehnologii informaționale

Nr.	Denumirea funcției	Numărul de funcții aprobate conform statelor de personal	Numărul de funcții ocupate	Numărul persoanelor fizice	Comentarii
1	Personal tehnologii informaționale, inclusiv:				
1.1.	Administrator baze de date				
1.2.	Alte activități				

3. Contabilitate si economie

Nr.	Denumirea funcției	Numărul de funcții aprobate conform statelor de personal	Numărul de funcții ocupate	Numărul persoanelor fizice	Comentarii
1	Economist				
2.	Economist-contabil				
3.	Contabil				

V Resurse hardware si software

1. Hardware (computere)

Nr.	Denumirea subdiviziunii	Număr de computere		Comentarii
		Disponibile	Utilizate	
1	Statistică medicală			
2	Tehnologii informaționale			
3	Economie			
4	Contabilitate			

2. Conexiune la Internet

Instituția dispune de conexiune la Internet? ___ Da ___Nu

În cazul răspunsului pozitiv, următoarele subdiviziuni sunt conectate la Internet?

- Statistică medicală ___ Da ___Nu;
- Tehnologii informaționale ___ Da ___Nu;
- Economie ___ Da ___Nu.

3. Software (programe specializate)

a. Există la nivelul spitalului un software specializat pentru colectarea/evidența fișei pacientului? ___ Da ___Nu?

În cazul răspunsului pozitiv, vă rugăm să faceți o scurtă descriere a a softului respectiv:

b. Exista o fisa electronica unica a pacientului, bazata pe un identificator unic?

c. In cazul in care exista o fisa electronica a pacientului, se va verifica daca exista urmatoarele date in format electronic (va rugam încercuți in lista de mai jos datele care exista in fisa electronica):

1. Codul de identificare a cazului externat
2. Codul de identificare a spitalului
3. Codul de identificare a secției
4. Numărul fișei medicale a pacientului
5. Identificatorul numeric personal al pacientului
6. Numele pacientului
7. Prenumele pacientului
8. Sexul
9. Data nașterii
10. Raionul de domiciliu al pacientului
11. Localitatea de domiciliu a pacientului
12. Cetățenia
13. Greutatea la naștere pentru nou-născuți
14. Statutul de asigurat
15. Tipul internării
16. Criteriile de internare
17. Data internării
18. Ora internării
19. Diagnosticul la internare
20. Data externării
21. Ora externării
22. Tipul externării
23. Starea la externare

24. Diagnosticul principal și diagnosticele secundare (complicații, comorbidități)
25. Intervenția chirurgicală principală efectuată și data efectuării
26. Alte proceduri: intervenții chirurgicale, explorări funcționale, investigații radiologice etc., precum și numărul acestora
27. Transferurile intraspitalicești (secția; data)
28. Codul sau numele medicului curant
29. Codul sau numele medicului operator

d. Exista alte subdiviziuni din cadrul spitalului care utilizează softuri specializate în care este dusă evidența informațiilor din fișa pacientului (ex. Laborator, Farmacie, Radiologie etc.)? Da Nu

În cazul răspunsului pozitiv, vă rugăm să enumerați aceste subdiviziuni:

- _____;
- _____;
- _____.

VI. Evidența cheltuielilor

a. Evidența tuturor cheltuielilor în cadrul spitalului se duce separat pe tipuri de cheltuieli? Da Nu.
În cazul răspunsului pozitiv, vă rugăm să enumerați tipurile de cheltuieli:

În cazul răspunsului negativ, vă rugăm să comentați modul de evidență a cheltuielilor:

b. Evidența tuturor cheltuielilor în cadrul spitalului se duce separat pe subdiviziuni/departamente? Da Nu.

În cazul răspunsului pozitiv, vă rugăm să enumerați tipurile de cheltuieli și subdiviziunile pe care se duce evidența separată:

În cazul răspunsului negativ, vă rugăm să comentați modul de evidență a cheltuielilor:

VII. Date generale despre spital

a. Lista secțiilor/departamentelor/subunităților din spital (structura organizatorică).

b. Numărul total de externări pentru anul 2009, detaliat pe tipuri de secții.

c. Numărul de paturi (pentru anul 2010).

Echipa care a participat la completarea chestionarului și date de contact (nume, funcție, telefon, email):

1.

2.

3.

Director spital (nume, prenume)

Semnătura/Ștampila

Data

Unele rezultate ale chestionării directorilor spitalelor de nivel republican, municipal și raional privind colectarea informațiilor medicale și financiare în cadrul spitalului (abs)

	Compartimente	”Da”	”Nu”	X ² ,gr.l.,p
		Abs.	Abs.	
1.Structura și gestiunea fișelor medicale				
1.	Utilizarea unui identificator unic al bolnavului pe parcursul internării în spital	16	10	1,385, gr.l, >0.05
2.	Utilizarea unei fișe medicale unice pe parcursul internării bolnavului în spital, chiar și în situațiile când bolnavul a fost transferat în alte secții din cadrul spitalului	22	4	12.462, gr.l, <0.001
2.Formatul fișei medicale				
3.	Utilizarea unui singur standard al fișei bolnavului	9	17	2.462, gr.l, >0.05
4.	Existența unei proceduri aprobate privind completarea, manipularea și gestiunea fișelor medicale și a altor documente asociate	25	1	22.154, gr.l, <0.001
5.	Dacă în fișă sunt înregistrate toate diagnosticele, operațiile și procedurile efectuate pacientului	26	0	26.00, gr.l, <0.001
6.	Durata definitivării fișei de la externarea bolnavului:			
a	mai puțin de o zi	3	23	36.250, gr.4, <0.001
b	o zi	16	10	
c	până la trei zile	4	22	
d	până la cinci zile	2	24	
e	până la zece zile	1	25	
7.	Monitorizarea calității completării fișelor	16	10	1,385, gr.l, >0.05

3.Codificarea datelor				
8.	Sistemele de clasificare a diagnosticelor și procedurilor utilizate de spital:			
a	CIM 10 (3 cifre)	15	11	1.231, gr.1,
b	CIM 10 (4 cifre)	11	15	>0.05
9.	Numărul mediu de coduri de diagnostic la un pacient:			
a	unul	15	11	28.513,
b	două	9	17	gr.3,
c	trei	1	25	<0.001
d	patru	1	25	
10.	Existența listelor scurte de coduri utilizate la codificare	19	7	5.538, gr.1, <0.05
11.	Când se face codificarea:			
a	după externare	22	4	24.923, gr.1,
b	nu au precizat	4	22	<0.001
12.	Cine este responsabil de codificare:			
a	medicul curant	10	16	12.923,
b	secția statistică	14	12	gr.2,
c	asistenta medicală	2	24	<0.01
13.	Dacă codificatorii au absolvit cursuri de codificare	6	20	7.538, gr.3, <0.001
4.Evidenta cheltuielilor				
14.	Se duce evidenta a cheltuielilor pe tipuri de cheltuieli	26	0	26.00, gr.1, <0.001
15.	Se duce evidenta cheltuielilor la nivel de subdiviziuni	24	2	18.615, gr.1, <0.001

Rezultatele cercetărilor privind cele mai frecvente grupuri de DRG, cele mai frecvente diagnostice și cele mai frecvente intervenții chirurgicale întâlnite în lotul spitalelor selectate.

IMSP "Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului"

Cele mai frecvente grupuri de DRG: Naștere vaginală – 2340; Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativă în sala de operații, cu alte probleme – 2317; Internare prenatală și pentru alte probleme obstetrice – 1543; Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativă în sala de operații, fără probleme – 1412; Naștere vaginală cu proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe – 1307; Amigdalectomie și/sau adenoidectomie – 1244; Naștere prin cezariană, fără CC catastrofale sau severe -1208; Alte gastroscopii, fără CC catastrofale – 1124; Infecții respiratorii/inflamații cu CC catastrofale – 1027; Dacriocistorinostomie – 778.

Cele mai frecvente diagnostice: Copil unic, născut în spital – 2918; Nașterea spontană prin prezentarea capului - 2255; Alte nașteri prin manipulări - 1234; Nașterea de urgență prin cezariană - 1208; Hemangiom, toate localizările - 854; Alte malformații congenitale ale aparatului lacrimal - 743; Hipertrofia vegetațiilor adenoide - 578; Fals travaliu înainte de săptămâna 17-a completă de gestație - 552; Afecțiuni inflamatorii ale maxilarelor - 540; Hipertrofia amigdalelor și vegetațiilor adenoide - 511.

Cele mai frecvente intervenții chirurgicale: Sutura lăcerăției curente obstetricale a colului uterin – 1158; Cezariană de urgență segmento-transversală – 1148; Incizia și drenajul leziunii în cavitatea bucală – 720; Sutura rupturii de perineu gradul 1 sau 2 – 673; Procedee închise de restabilire a permeabilității sistemului canalicular lacrimal, un ochi – 629; Adenoidectomia fără tonsilectomie – 564; Dilatarea și curetajul uterin [D&C] – 557; Tonsilectomia cu adenoidectomie - 527; Cezariană electivă segmento-transversală – 474; Sutura lăcerăției curente obstetricale a vaginului – 472.

IMSP "Spitalul Clinic Republican"

Cele mai frecvente grupuri de DRG: Proceduri asupra cristalinului - 1598; Diabet fără CC catastrofale sau severe - 723; Proceduri anale și la nivelul stomei - 713; Diabet cu CC catastrofale sau severe - 693; Colecistectomie laparoscopică fără explorarea închisă a CBP fără CC catastrofale sau severe - 646; Tulburări ale ficatului, cu excepția stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice, fără CC catastrofale sau severe - 595; Ligatura venelor și stripping - 558; Boli ale oaselor și artropatii, cu CC catastrofale sau severe - 539; Boli ale oaselor și artropatii, cu CC catastrofale sau severe - 507; Ciroza și hepatita alcoolică cu CC severe - 487.

Cele mai frecvente diagnostice: Alte cataracte senile - 1334; Diabetul zaharat neinsulino-dependent cu complicații multiple - 1130; Calcul al vezicii biliare cu o alta forma de colecistita - 873; Ciroza ficatului - 709; Nefrita tubulo-interstițiala cronică, fără precizare - 700; Hepatita virală cronică C - 539; Osteoartroză primară generalizată - 483; Ateroscleroza arterelor extremităților - 418; Alte pancreatite cronice - 374; Amigdalită cronică - 369.

Cele mai frecvente intervenții chirurgicale: Colecistectomia laparoscopică - 961; Extragerea extracapsulară a cristalinului prin facoemulsifiere și aspirația cataractei cu inserție de cristaline artificiale pliabile - 833; Alte extracții extracapsulare ale cristalinului cu inserția altor cristaline artificiale - 722; Întreruperea joncțiunii safeno-femorale varicoasă - 530; Apendicectomia - 447; Tonsilectomia fără adenoidectomie - 401; Hemoroidectomia - 326; Septoplastia - 257; Incizia și drenajul abcesului de părți moi - 224; Cura chirurgicală a herniei inghinale unilaterale - 205;

IMSP "Centrul National Științifico - Practic de Medicina Urgenta"

Cele mai frecvente grupuri de DRG: Alta leziune a capului - 1215; Tulburări ale pancreasului, cu excepția stării maligne fără CC catastrofale sau severe - 781; Pietre și obstrucție urinară - 711; Proceduri la nivelul mâinii - 548; Accident vascular cerebral cu CC catastrofale - 485; Proceduri asupra gurii și glandei salivare - 436; Leziuni ale umărului, brațului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, fără CC - 395; Alte gastroscopii, fără CC catastrofale - 366; Accident vascular cerebral cu CC severe - 360; Proceduri asupra cristalinului - 353;

Cele mai frecvente diagnostic: Comotie - 1369; Pancreatita acută - 978; Litiata ureterului - 658; Alte cataracte senile - 436; Alte infarcturi cerebrale specificate - 410; Flegmonul și abcesul gurii - 393; Îngrijire de control implicând îndepărtarea unei plăci sau a altor proteze interne de fixație - 289; Apendicită acută fără precizare - 269; Calcul al vezicii biliare cu o alta forma de colecistita - 258; Calcul al vezicii biliare cu colecistita acută - 241.

Cele mai frecvente intervenții chirurgicale: Extragerea extracapsulară a cristalinului prin facoemulsifiere și aspirația cataractei cu inserție de cristaline artificiale pliabile - 551; Apendicectomia - 488; Colecistectomia laparoscopică - 438; Incizia și drenajul leziunii în cavitatea bucală - 428; Debridarea excizională a părților moi - 283; Îndepărtarea de placă, tijă sau cui, neclasificată în alta parte - 206; Cura chirurgicală a herniei inghinale unilaterale - 178; Artroplastia totală de sold, unilateral - 176; Repararea primară a tendonului extensor al mâinii - 173; Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat - 169;

IMSP "Spitalul Clinic Municipal "Sfinta Treime"

Cele mai frecvente grupuri de DRG: Insuficiența cardiacă și soc fără CC catastrofale - 1183; Proceduri asupra cristalinului - 1152; Alte tulburări ale ochiului - 700; Proceduri anale și la nivelul stomei - 631; Diabet fără CC catastrofale sau severe - 610; Otita medie și Infecții de

cai respiratorii superioare – 573; Angina instabila cu CC catastrofale sau severe – 556; Infecții ale rinichiului și tractului urinar, fără CC catastrofale sau severe - 537; Accident vascular cerebral fără CC catastrofale sau severe – 498; Ateroscleroza coronariana, cu CC catastroale sau severe – 492.

Cele mai frecvente diagnostic: Alte cataracte senile – 971; Angina instabila – 942; Infarctul cerebral, fără alta specificare – 905; Cardiopatia hipertensiva cu insuficienta congestiva a inimii – 619; Alte forme specificate de angina pectorala – 559; Fibrilatie atriala, flutter – 414; Nefrita tubulo-interstitiala cronica, fără precizare – 408; Diabetul zaharat neinsulino-dependent cu complicatii multiple – 398; Insuficienta ventriculara stinga – 385; Alte pancreatite cronice – 345;

Cele mai frecvente interventii chirurgicale: Extragerea extracapsulara a cristalinului prin faoemulsifiere și aspiratia cataractei cu insertie de cristaline artificiale pliabile – 852; Dilatarea și curetajul uterin [D&C] – 577; Aspiratia și lavajul sinusului nazal prin punctie – 386; Hemoroidectomia – 320; Alte extractii extracapsulare ale cristalinului cu insertia altor cristaline artificiale – 268; Tonsilectomia fără adenoidectomie – 263; Colectectomia laparoscopică – 147; Septoplastia - 144; Incizia și drenajul abceselor tegumentelor și ale tesutului subcutanat – 135; Apendicectomia - 104;

IMSP "Spitalul Clinic Municipal de Copii "V.Ignatenco ""

Cele mai frecvente grupuri de DRG: Otita medie și Infecții de cai respiratorii superioare – 1316; Amigdalectomie și/sau adenoidectomie – 869; Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofale sau severe – 565; Infecții ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale – 560; Infecții ale rinichiului și tractului urinar, fără CC catastrofale sau severe - 505; Infecții respiratorii/inflamații cu CC catastrofale – 448; Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fără CC catastrofale sau severe – 441; Alte tulburari ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe – 424; Infecții respiratorii/inflamații cu CC severe sau moderate – 384; Trauma a pielii, tesutului subcutanat și sanului, fără CC catastrofale sau severe – 344;

Cele mai frecvente diagnostic: Bronhopneumonie, fără precizare – 751; Infecții acute ale cailor respiratorii inferioare, fără precizare – 647; Sinuzita maxilara acuta – 600; Hipertrofia vegetatiilor adenoide – 567; Pancreatita acuta – 495; Encefalopatia, fără precizare – 365; Apendicita acuta cu abces peritoneal – 349; Nefrita tubulo - interstitiala acuta – 329; Infectia cailor urinare, cu localizare neprecizata – 322; Alte pancreatite cronice – 269;

Cele mai frecvente interventii chirurgicale: Adenoidectomia fără tonsilectomie – 548; Apendicectomia - 394; Indepartarea de brosa, surub sau fir metalic, neclasificata în alta parte – 328; Tonsilectomia cu adenoidectomie – 199; Incizia și drenajul abcesului de parti moi – 184; Debridarea excizionala a tegumentului și tesutului subcutanat – 176; Reducerea inchisa a fractu-

rii de epifiza distala de radius cu fixare interna – 95; Alte incizii și drenaje ale tegumentelor și tesutului subcutanat – 75; Tonsilectomia fără adenoidectomie – 74; Reducerea deschisa a fracturii de humerus distal cu fixare interna – 72;

IMSP "Spitalul Clinic Municipal Balti"

Cele mai frecvente grupuri de DRG: Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativa în sala de operații, fără probleme – 3257; Naștere vaginala - 1711; Otita medie și Infecții de cai respiratorii superioare – 1298; Esofagita și gastroenterita, fără CC catastrofale/severe – 802; Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fără CC catastrofale sau severe – 661; Bronsita și astm, cu CC – 649; Ateroscleroza coronariana, cu CC catastroale sau severe – 617; Boli ale oaselor și atropatii, cu CC catastrofale sau severe – 614; Bronsita și astm, fără CC – 574; Naștere vaginala cu proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe – 566;

Cele mai frecvente diagnostic: Copil unic, născut în spital – 2951; Nașterea spontana prin prezentarea capului – 2381; Bronsita acuta, fără precizare – 870; Bronhopneumonie, fără precizare – 764; Alte forme specificate de angina pectorala – 703; Infectia intestinala bacteriana, fără precizare – 654; Hipertensiunea esentiala (primara) – 542; Fibrilatie atriala, flutter – 530; Boala pulmonara obstructiva cronica, fără precizare – 526; Pancreatita acuta – 508.

Cele mai frecvente interventii chirurgicale: Sutura laceratiei curente obstetricale a colului uterin – 401; Laparotomia exploratorie – 342; Sutura rupturii de perineu gradul 1 sau 2 – 336; Curetajul uterin fără dilatare – 300; Epiziotomie – 295; Apendicectomia - 277; Controlul instrumental al cavitatii uterine postpartum – 270; Colectectomia laparoscopică – 210; Adenoidectomia fără tonsilectomie – 206; Cezariana de urgenta segmento-transversala – 203.

IMSP "Spitalul Raional Cahul"

Cele mai frecvente grupuri de DRG: Naștere vaginala - 963; Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativa în sala de operații, fără probleme – 943; Otita medie și infecții de cai respiratorii superioare – 879; Alte tulburari ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe – 376; Internare prenatala și pentru alte probleme obstetrice – 319; Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativa în sala de operații, cu alte probleme – 285; Alte proceduri la nivelul ochiului – 265; Esofagita și gastroenterita, fără CC catastrofale/severe – 255; Infecții respiratorii/inflamații fără CC – 217; Obstrucție urinara - 217.

Cele mai frecvente diagnostic: Copil unic, născut în spital – 884; Nașterea spontana prin prezentarea capului – 667; Pneumonie, fără precizare – 494; Encefalopatia, fără precizare – 395; Infecții ale cailor respiratorii superioare, fără precizare – 384; Ictus nespecificat ca hemoragic sau ca infarct – 287; Infectia intestinala bacteriana, fără precizare – 236; Ciroza ficatului, alte și neprecizate – 235; Comotie – 205; Alte forme specificate de angina pectorala – 205.

Cele mai frecvente interventii chirurgicale: Aspiratia și lavajul sinusului nazal prin punctie – 147; Epiziotomie – 144; Debridarea excizionala a partilor moi – 137; Colecistectomia laparoscopică – 126; Dilatarea și curetajul uterin [D&C] – 120; Controlul instrumental al cavitatii uterine postpartum – 114; Cura chirurgicale a herniei inghinale unilaterale – 113; Incizia și drenajul abceselor tegumentelor și ale tesutului subcutanat – 106; Apendicectomia - 92; Cezariana de urgenta segmento-transversala – 79.

IMSP "Spitalul Raional Cantemir"

Cele mai frecvente grupuri de DRG: Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativa în sala de operații, fără probleme – 576; Internare prenatala și pentru alte probleme obstetrice – 434; Naștere vaginala - 421; Ateroscleroza coronariana, cu CC catastrofale sau severe – 408; Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fără CC catastrofale sau severe – 249; Otita medie și Infecții de cai respiratorii superioare – 237; Infecții respiratorii/inflamații cu CC catastrofale – 196; Fals travaliu – 176; Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofale sau severe – 175; Diabet cu CC catastrofale sau severe – 170.

Cele mai frecvente diagnostic: Copil unic, născut în spital – 435; Nașterea spontana prin prezentarea capului – 350; Cardiomiopatie ischemica – 332; Alte pancreatite cronice – 273; Bronsita acuta, fără precizare – 186; Diabetul zaharat insulino-dependent cu complicatii multiple – 153; Fals travaliu inainte de saptamina 17-a completa de gestatie – 151; Pancreatita acuta – 149; Iminente de avort – 149; Bronhopneumonie, fără precizare – 143.

Cele mai frecvente interventii chirurgicale: Incizia și drenajul abceselor tegumentelor și ale tesutului subcutanat – 121; Apendicectomia - 73; Curetajul uterin fără dilatare – 65; Cezariana medio-corporeala de urgenta – 57; Debridarea excizionala a tegumentului și tesutului subcutanat – 48; Cura chirurgicale a herniei inghinale unilaterale – 44; Dilatarea și curetajul uterin [D&C] – 41; Debridarea non excizionala a tegumentului și tesutului subcutanat – 25; Cezariana de urgenta segmento-transversala – 23; Debridare excizionala a arsurilor, <10% din suprafata corporala excizata sau debridata – 23;

IMSP "Spitalul Raional Edinet"

Cele mai frecvente grupuri de DRG: Insuficienta cardiaca și soc fără CC catastrofale – 941; Naștere vaginala - 524; Reabilitare fără CC catastrofale - 335; Alte tulburari ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe – 329; Internare prenatala și pentru alte probleme obstetrice – 318; Infecții respiratorii/inflamații cu CC catastrofale – 248; Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofale – 242; Amigdalectomie și/sau adenoidectomie – 240; Edem pulmonar și insuficienta respiratorie, fără CC catastrofale – 232; Otita medie și infecții de cai respiratorii superioare – 220.

Cele mai frecvente diagnostic: Cardiopatia hipertensiva cu insuficienta congestiva a inimii – 604; Nașterea spontană prin prezentarea capului – 479; Ingrijiri implicând o procedură de reeducare, fără precizare – 407; Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare – 253; Insuficiența respiratorie acută – 236; Insuficiența cardiacă Congestivă – 215; Iminența de avort – 209; Boala cerebro-vasculară, fără altă specificare – 205; Hipovolemia, deshidratarea – 200; Afecțiunile radiculare lombosacrale, neclasate la alte locuri – 196.

Cele mai frecvente intervenții chirurgicale: Tonsilectomia fără adenoidectomie – 157; Cezariana de urgență segmento-transversală – 109; Curetajul uterin fără dilatare – 97; Apendicectomia - 89; Alte incizii și drenaje ale tegumentelor și țesutului subcutanat – 76; Alta incizie a tegumentului și țesutului subcutanat – 71; Cura chirurgicale a herniei inghinale unilaterale – 63; Adenoidectomia – 52; Incizia pleoapei – 36; Colectectomia laparoscopică – 25.

IMSP "Spitalul Raional Ocnita"

Cele mai frecvente grupuri de DRG: Internare prenatală și pentru alte probleme obstetrice – 512; Otita medie și infecții de cai respiratorii superioare – 454; Alte tulburări ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe – 335; Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, fără probleme – 250; Esofagita și gastroenterita, fără CC catastrofale/severe – 243; Celulita, fără CC catastrofale sau severe – 198; Naștere vaginală - 190; Ateroscleroza coronariană, cu CC catastrofale sau severe – 186; Alte proceduri la nivel uterin și anexe pentru stare nemalignă – 165; Tulburări nervilor cranieni fără CC – 163;

Cele mai frecvente diagnostic: Iminența de avort – 426; Encefalopatia, fără precizare – 321; Pneumonia lobară, fără precizare – 255; Copil unic, născut în spital – 234; Infecții ale căilor respiratorii superioare, fără precizare – 216; Nașterea spontană prin prezentarea capului – 202; Angina pectorală, fără altă precizare – 199; Hipertensiunea esențială (primară) – 178; Boala pulmonară obstructivă cronică cu episoade acute, fără precizare – 164; Diabetul zaharat insulino-dependenț cu complicații multiple – 140.

Cele mai frecvente intervenții chirurgicale: Alte incizii și drenaje ale tegumentelor și țesutului subcutanat – 223; Dilatarea și curetajul uterin [D&C] – 195; Incizia și drenajul abcesului de parti moi – 60; Cura chirurgicale a herniei inghinale unilaterale – 44; Sutura de mușchi sau fascie, neclasificată în alta parte – 43; Curetajul uterin fără dilatare – 41; Sutura rupturii de perineu gradul 1 sau 2 – 35; Incizia și drenajul abceselor tegumentelor și ale țesutului subcutanat – 25; Apendicectomia - 25; Drenajul abcesului fosei ischiorectale – 20.

IMSP "Spitalul Raional Orhei"

Cele mai frecvente grupuri de DRG: Infecții respiratorii/inflamații cu CC severe sau moderate – 787; Naștere vaginală - 650; Alte tulburări ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe – 647; infecții respiratorii/inflamații cu CC catastrofale – 563; Insuficiența cardiacă și

soc fără CC catastrofale – 362; Internare prenatală și pentru alte probleme obstetrice – 354; Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii și gâtului – 333; Ciroza și hepatita alcoolică cu CC severe – 313; Esofagita și gastroenterita, fără CC catastrofale/severe – 309; Tulburări ale ficatului, cu excepția stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice, fără CC catastrofale sau severe – 294.

Cele mai frecvente diagnostic: Bronhopneumonie, fără precizare – 1332; Alte boli cerebro-vasculare, specificate – 648; Alte nașteri prin manipulări – 612; Ciroza ficatului, alte și neprecizate – 435; Cardiopatia hipertensivă cu insuficiența congestivă a inimii – 335; Infarctul cerebral datorită trombozei arterelor cerebrale – 236; Bronșită acută, fără precizare – 192; Alte pancreatite cronice – 182; Glaucomul primitiv în unghi deschis – 181; Nașterea spontană prin prezentarea capului – 168.

Cele mai frecvente intervenții chirurgicale: Controlul instrumental al cavității uterine postpartum – 208; Curetaj aspirativ al uterului – 188; Laparotomia exploratorie – 157; Aspiratia și lavajul sinusului nazal prin puncție – 141; Apendicectomia – 134; Cura chirurgicale a herniei inghinale unilaterale – 101; Biopsia de endometru – 89; Colectectomia laparoscopică – 76; Incizia și drenajul hematomului tegumentar și al țesutului subcutanat – 66; Incizia și drenajul abceselor tegumentelor și ale țesutului subcutanat – 60.

IMSP "Spitalul Raional Telenesti"

Cele mai frecvente grupuri de DRG: Naștere vaginală – 321; Infecții respiratorii /inflamații cu CC severe sau moderate – 309; Infecții respiratorii/inflamații fără CC – 301; Internare prenatală și pentru alte probleme obstetrice – 261; Fals travaliu – 228; Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativă în sala de operații, fără probleme – 214; Angina instabilă cu CC catastrofale sau severe – 210; Insuficiența cardiacă și soc fără CC catastrofale – 206; Infecții respiratorii/inflamații cu CC catastrofale – 205; AIT și ocluzie precerebrala fără CC catastrofale sau severe – 191.

Cele mai frecvente diagnostic: Copil unic, născut în spital – 378; Bronhopneumonie, fără precizare – 375; Nașterea spontană prin prezentarea capului – 356; Sindrom vertebro-bazilar – 251; Ciroza ficatului, alte și neprecizate – 223; Angina instabilă – 218; Fals travaliu, fără precizare – 212; Cardiopatia hipertensivă cu insuficiența congestivă a inimii – 191; Iminență de avort – 191; Pneumonii bacteriene, fără precizare – 184.

Cele mai frecvente intervenții chirurgicale: Drenaj de cavitate amniotică – 168; Incizia și drenajul abcesului de părți moi – 127; Curetajul uterin fără dilatare – 99; Cura chirurgicală a herniei inghinale unilaterale – 79; Debridarea excizională a părților moi – 57; Adenoidectomia fără tonsilectomie – 51; Biopsia deschisă de genunchi – 51; Apendicectomia – 49; Colectectomia – 38; Extragerea de polip nazal – 38.

Grupurile luate în calcul la estimarea unui cost nou per DRG, în funcție de costul real al protezelor, criteriile de selecție fiind:

- a) DRG-ul indică probabilitatea de a fi fost efectuate protezări pe parcursul spitalizării;
- b) procentul cazurilor cu proteze din numărul total de cazuri în DRG-ul respectiv este semnificativ (peste 46% în cadrul spitalelor care au raportat costurile).

Cod DRG	Denumire DRG	Nr. total cazuri	Nr. Cazuri cu proteze	%Caz. cu proteze
C16Z	Proceduri asupra cristalinului	721	639	88.63%
F04A	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fără investigație cardiaca invaziva cu CC catastrofale	11	9	81.82%
F04B	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fără investigație cardiaca invaziva fără CC catastrofale	23	20	86.96%
F07A	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB, cu CC catastrofale	1	1	100.00%
F07B	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB, cu CC severe sau moderate	5	3	60.00%
F10A	Intervenții coronariene percutane, cu IMA, cu CC catastrofale	15	12	80.00%
F10B	Intervenții coronariene percutane, cu IMA, fără CC catastrofale	15	15	100.00%
F12A	Implantare sau înlocuire de pacemaker, sistem total, cu CC catastrofale	19	17	89.47%
F12B	Implantare sau înlocuire de pacemaker, sistem total, fără CC catastrofale	76	69	90.79%
F14A	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majora fără pompa CPB cu CC catastrofale	39	35	89.74%
F14B	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majora fără pompa CPB cu CC severe	43	32	74.42%
F14C	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majora fără pompa CPB fără CC catastrofale sau severe	13	6	46.15%
F15A	Intervenții coronariene percutane, fără IMA, cu implantare de stent, cu CC catastrofale sau severe	155	143	92.26%
F15B	Intervenții coronariene percutane, fără IMA, cu implantare de stent, fără CC catastrofale sau severe	9	9	100.00%

F16A	Intervenții coronariene percutane, fără IMA, fără implantare de stent, cu CC	14	12	85.71%
F17A	Insertie sau înlocuire de generator de pacemaker, cu CC catastrofale sau severe	5	4	80.00%
I01A	Proceduri majore bilaterale/multiple ale extremităților inferioare, cu revizie sau CC catastrofale	4	4	100.00%
I01B	Proceduri majore bilaterale/multiple ale extremităților inferioare, fără revizie, fără CC catastrofale	2	2	100.00%
I03A	Înlocuire soldului, cu CC catastrofale	33	32	96.97%
I03B	Înlocuire soldului, fără CC catastrofale	323	308	95.36%
I04A	Înlocuire e de genunchi, cu CC catastrofale sau severe	24	24	100.00%
I04B	Înlocuire e de genunchi, fără CC catastrofale sau severe	43	40	93.02%
I31A	Revizia soldului, cu CC catastrofale	1	1	100.00%
I31B	Revizia soldului, fără CC catastrofale	10	8	80.00%
I32C	Revizia genunchiului, fără CC catastrofale sau severe	2	1	50.00%

Coeficienții de ajustare (KP) a valorilor relative pentru proteze

Cod DRG	Denumire DRG	Valoare Relativă (VR)	KP	Echivalent VR Modificată
C16Z	Proceduri asupra cristalinului	0.8091	1.2653	1.0237
F04A	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fără investigație cardiaca invaziva cu CC catastrofale	8.4935	1.3550	11.5088
F04B	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fără investigație cardiaca invaziva fără CC catastrofale	5.2534	1.4374	7.5511
F07A	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB, cu CC catastrofale	7.2271	1.1275	8.1487
F07B	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB, cu CC severe sau moderate	5.1042	1.1637	5.9399
F07C	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB, fără CC	4.3081	1.1275	4.8575
F10A	Interventii coronariene percutane, cu IMA, cu CC catastrofale	2.7791	3.8017	10.5653
F10B	Interventii coronariene percutane, cu IMA, fără CC catastrofale	1.6369	6.1644	10.0905
F12A	Implantare sau inlocuire de pacemaker, sistem total, cu CC catastrofale	3.7192	1.5220	5.6606
F12B	Implantare sau inlocuire de pacemaker, sistem total, fără CC catastrofale	1.8434	2.0466	3.7727
F14A	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fără pompa CPB cu CC catastrofale	3.8731	1.4540	5.6314
F14B	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fără pompa CPB cu CC severe	2.2041	1.7079	3.7643
F14C	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fără pompa CPB fără CC catastrofale sau severe	1.6336	2.0424	3.3365
F15A	Interventii coronariene percutane, fără IMA, cu implantare de stent, cu CC catastrofale sau severe	1.5175	6.9737	10.5826
F15B	Interventii coronariene percutane, fără IMA, cu implantare de stent, fără CC catastrofale sau severe	0.9593	11.2534	10.7953
F16A	Interventii coronariene percutane, fără IMA, fără implantare de stent, cu CC	1.4144	6.2093	8.7825
F16B	Interventii coronariene percutane, fără IMA, fără implantare	0.8198	6.2093	5.0904

	de stent, fără CC			
F17A	Insertie sau inlocuire de generator de pacemaker, cu CC catastrofale sau severe	2.7707	1.7114	4.7418
F17B	Insertie sau inlocuire de generator de pacemaker, fără CC catastrofale sau severe	1.4386	1.7114	2.4621
I01A	Proceduri majore bilaterale/multiple ale extremitatilor inferioare, cu revizie sau CC catastrofale	11.315	1.3710	15.5132
I01B	Proceduri majore bilaterale/multiple ale extremitatilor inferioare, fără revizie, fără CC catastrofale	5.8439	2.1403	12.5074
I03A	Inlocuire soldului, cu CC catastrofale	5.6945	1.7255	9.8261
I03B	Inlocuire soldului, fără CC catastrofale	3.007	2.4592	7.3949
I04A	Inlocuire e de genunchi, cu CC catastrofale sau severe	3.8682	2.4475	9.4674
I04B	Inlocuire e de genunchi, fără CC catastrofale sau severe	2.9502	2.9009	8.5583
I31A	Revizia soldului, cu CC catastrofale	8.0088	1.1295	9.0457
I31B	Revizia soldului, fără CC catastrofale	4.1716	2.6706	11.1406
I32A	Revizia genunchiului, cu CC catastrofale	6.3716	3.9360	25.0789
I32B	Revizia genunchiului, cu CC severe	4.7341	3.9360	18.6336
I32C	Revizia genunchiului, fără CC catastrofale sau severe	4.2248	3.9360	16.6290

Participarea autorului în calitate de membru al Grupurilor de lucru/Comisiilor în domeniu la activitățile ce au avut tangențe la studiul efectuat.

1) Grupul de lucru pentru elaborarea Concepției Sistemului Informațional Medical Integrat, format prin Ordinul MS nr. 309 din 06.11.2002.

2) Grupul de lucru pentru monitorizarea procesului de implementare a Sistemului Informațional Automatizat "Asigurările Obligatorii de Asistență Medicală", format prin Dispoziția Guvernului Republicii Moldova nr. 1123-2694 din 16. 12. 2003.

3) Grupul de lucru pentru elaborarea Concepției Rețelei Naționale Informaționale cu utilizarea purtătorului unic al informației integrate de identificare socială în mai multe domenii de activitate, format prin Dispoziția Guvernului Republicii Moldova nr. 73-d din 02. 07. 2004.

4) Comisia de mediere în procesul de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală, formată prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 388/203-A din 27.12.2004.

5) Consiliul permanent privind politica de dezvoltare și reformare a ocrotirii sănătății, format prin Dispoziția MS nr. 390-d din 12.08.2010 "Cu privire la formarea Comisiei pentru consultări și negocieri colective la nivel de ramură".

6) Grupul de lucru pentru elaborarea sistemelor de plată a prestatorilor de servicii medicale, format prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 566/152-A din 13.08.2010, Cu privire la coordonarea elaborării sistemelor de plată a prestatorilor de servicii medicale.

7) Grupul de lucru responsabil de elaborarea indicatorilor de calitate pentru evaluare și acreditare, format prin Ordinul MS nr. 688 din 09.09.2011.

8) Grupul de lucru pentru perfecționarea mecanismului de înregistrare a populației la medicul de familie, format prin Ordinul MS nr. 27 din 11.01.2012.

9) Grupul de lucru pentru extinderea sistemului de plată a spitalelor în funcție de complexitatea cazurilor (DRG, Case-Mix), format prin Ordinul CNAM nr. 111-A din 22.06.2012.

10) Grupul de lucru pentru perfecționarea mecanismului de plată în asistența medicală primară și elaborării indicatorilor de performanță "per serviciu", format prin Ordinul MS nr. 348-d din 24.09.2012.

11) Grupul de lucru pentru fortificarea CNMS cu capacitățile necesare pentru efectuarea studiilor, analizelor și sintezelor datelor statistice, în scopul furnizării propunerilor și concluziilor Ministerului Sănătății la luarea deciziilor și stabilirea obiectivelor de dezvoltare a sistemului sănătății, format prin Ordinul MS nr. 36-d din 01.02.2013.

12) Participanții la ședințele Consiliului permanent privind politicile de dezvoltare și reformare a sistemului ocrotirii sănătății, format prin Ordinul MS nr. 506 din 26.04.2013, Cu privire la constituirea Comisiei pentru consultări și negocieri colective din domeniul ocrotirii sănătății.

13) Grupul participanților la Dialogul de politici privind plățile pentru performanță în asistența medicală primară, organizat prin Ordinul MS nr. 676 din 10.06.2013.

14) Grupul de lucru pentru elaborarea proiectului Hotărârii Guvernului privind modificarea și completarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, format prin Ordinul MS nr. 338-d din 30.06.2014.

15) Grupul de lucru pentru elaborarea indicatorilor de performanță și perfecționarea mecanismului de plată în asistența medicală primară, format prin Ordinul MS nr. 331-d din 03.10.2013.

16) Grupul de lucru pentru elaborarea proiectului de modificare a Programului unic al Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală, format prin Dispoziția MS nr. 338-d din 30.06.2014.

17) Grupul de lucru pentru elaborarea indicatorilor de performanță în cadrul asistenței medicale primare și revizuirii schemei bazate pe performanța muncii conform prevederilor Acordului de Finanțare pentru modernizarea Sectorului Sănătății încheiat între Republica Moldova și Asociația Internațională pentru Dezvoltare, format prin Dispoziția MS nr. 387-d din 29.07.2014.

18) Comisia pentru evaluarea activității instituțiilor medico-sanitare primare în vederea îndeplinirii indicatorilor de performanță, formată prin Dispoziția MS nr. 307-d din 04.08.2014.

**CertIFICATELE DE ÎNREGISTRARE ALE OBIECTELOR OCROTITE DE DREPTUL DE AUTOR ȘI DREPTURILE CONEXE
ce vizează domeniile cu tangențe la studiul efectuat.**

 REPUBLICA MOLDOVA AGENȚIA DE STAT PENTRU PROPRIETATEA INTELLECTUALĂ
<h1 style="color: #A52A2A;">CERTIFICAT</h1>
DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR OCROTITE DE DREPTUL DE AUTOR ȘI DREPTURILE CONEXE
Seria <u> OȘ </u> nr. <u> 1547/1012 </u> din <u> 09 august 2005 </u>
În temeiul Legii privind dreptul de autor și drepturile conexe nr. 293-XIII din 23.11.1994 “Model de contractare a instituției medicale spitalicești în cadrul AMO” <small>(denumirea operei / interpretării / fonogramei)</small> Operă științifică
a fost înregistrată în Registrul de Stat al operelor ocrotite de dreptul de autor și drepturile conexe.
Titular(i) a drepturilor nepatrimoniale Damașcan Ghenadie Pavel <small>(numele de familie, prenumele, patronimicul)</small>
Titular(i) a drepturilor patrimoniale Damașcan Ghenadie Pavel <small>(numele de familie, prenumele, patronimicul (denumirea))</small>
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  Director General  L.Ș. </div> </div>
Chișinău

Formular CRS



REPUBLICA MOLDOVA

AGENȚIA DE STAT PENTRU PROPRIETATEA INTELECTUALĂ

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR OCROTITE DE DREPTUL
DE AUTOR ȘI DREPTURILE CONEXE

Seria OȘ nr. 1548/1013

din 09 august 2005

În temeiul Legii privind dreptul de autor și drepturile conexe nr. 293-XIII din 23.11.1994

“Metodă de estimare a costului cazului tratat”

(denumirea operei / interpretării / fonogramei)

Operă științifică

a fost înregistrată în Registrul de Stat al operelor ocrotite de dreptul de autor și drepturile conexe.

Titular(i) a drepturilor nepatrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul)

Titular(i) a drepturilor patrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul (denumirea))



Director General

L.Ș.

Chișinău

Formular CRS



REPUBLICA MOLDOVA

AGENȚIA DE STAT PENTRU PROPRIETATEA INTELLECTUALĂ

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR OCROTITE DE DREPTUL
DE AUTOR ȘI DREPTURILE CONEXE

Seria OȘ nr. 1545/1010

din 09 august 2005

În temeiul Legii privind dreptul de autor și drepturile conexe nr. 293-XIII din 23.11.1994

“Metodă de finanțare a instituțiilor medicale spitalicești

(denumirea operii / interpretării / fonogramei)

pentru cazurile tratate cu cost excepțional”

Operă științifică

a fost înregistrată în Registrul de Stat al operelor ocrotite de dreptul de autor și drepturile conexe.

Titular(i) a drepturilor nepatrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul)

Titular(i) a drepturilor patrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul (denumirea))



Director General

L.Ș.

Chișinău

Formular CRS



REPUBLICA MOLDOVA

AGENȚIA DE STAT PENTRU PROPRIETATEA INTELECTUALĂ

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR OCROTITE DE DREPTUL
DE AUTOR ȘI DREPTURILE CONEXE

Seria OȘ nr. 1546/1011

din 09 august 2005

În temeiul Legii privind dreptul de autor și drepturile conexe nr. 293-XIII din 23.11.1994

“Metodă de formare a volumelor de asistență spitalicească

(denumirea operei / interpretării / fonogramei)

pentru contractare în cadrul asigurărilor medicale obligatorii”

Operă științifică

a fost înregistrată în Registrul de Stat al operelor ocrotite de dreptul de autor și drepturile conexe.

Titular(i) a drepturilor nepatrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul)

Titular(i) a drepturilor patrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul (denumirea))



Director General

L.Ș.

Chișinău

Formular CRS



REPUBLICA MOLDOVA

AGENȚIA DE STAT PENTRU PROPRIETATEA INTELECTUALĂ

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR OCROTITE DE DREPTUL
DE AUTOR ȘI DREPTURILE CONEXE

Seria OȘ nr. 1543/1008

din 09 august 2005

În temeiul Legii privind dreptul de autor și drepturile conexe nr. 293-XIII din 23.11.1994
"Metodă de formare a grupurilor de cazuri tratate pentru finanțare pe caz"
(denumirea operii / interpretării / fonogramci)

în cadrul asigurărilor medicale obligatorii"

Operă științifică

a fost înregistrată în Registrul de Stat al operelor ocrotite de dreptul de autor și drepturile conexe.

Titular(i) a drepturilor nepatrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul)

Titular(i) a drepturilor patrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul (denumirea))



Director General

L.Ș.

Chișinău



REPUBLICA MOLDOVA

AGENȚIA DE STAT PENTRU PROPRIETATEA INTELECTUALĂ

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR OCROTITE DE DREPTUL
DE AUTOR ȘI DREPTURILE CONEXE

Seria OS nr. 2539/1063

din 29 noiembrie 2005

În temeiul Legii privind dreptul de autor și drepturile conexe nr. 293-XIII din 23.11.1994
"Metodă de contractare a nașterilor în cadrul sistemului asigurării medicale

(denumirea operei / interpretării / fonogramei)

obligatorii în Republica Moldova"

Operă științifică

a fost înregistrată în Registrul de Stat al operelor ocrotite de dreptul de autor și drepturile conexe.

Titular(i) a drepturilor nepatrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul)

Titular(i) a drepturilor patrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul (denumirea))



Director General

L.Ș.

Chișinău

Formular CRS



REPUBLICA MOLDOVA

AGENȚIA DE STAT PENTRU PROPRIETATEA INTELLECTUALĂ

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR OCROTITE DE DREPTUL
DE AUTOR ȘI DREPTURILE CONEXE

Seria OȘ nr. 1157/1197

din 17 mai 2006

În temeiul Legii privind dreptul de autor și drepturile conexe nr. 293-XIII din 23.11.1994

Model de contractare a îngrijirilor medicale la domiciliu în cadrul

(denumirea operei / interpretării / fonogramei)

asigurării obligatorii de asistență medicală.

Operă științifică

a fost înregistrată în Registrul de Stat al operelor ocrotite de dreptul de autor și drepturile conexe.

Titular(i) a drepturilor nepatrimoniale

Damașcan Gh.P., Cerbu A.V., Procopciuc E.I.

(numele de familie, prenumele, patronimicul)

Titular(i) a drepturilor patrimoniale

Damașcan Gh.P., Cerbu A.V., Procopciuc E.I.

(numele de familie, prenumele, patronimicul (denumirea))



Director General

Chișinău



REPUBLICA MOLDOVA

AGENȚIA DE STAT PENTRU PROPRIETATEA INTELECTUALĂ

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR OCROTITE DE DREPTUL
DE AUTOR ȘI DREPTURILE CONEXE

Seria OS nr. 1908/2723

din 09 august 2010

In temeiul Legii privind dreptul de autor și drepturile conexe nr. 293-XIII din 23.11.1994

“Sistem de înregistrare a populației în instituțiile medico - sanitare ce prestează

(denumirea operei / interpretării / fonogramei)

asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală”

Operă științifică

a fost înregistrată în Registrul de Stat al operelor ocrotite de dreptul de autor și drepturile conexe.

Titular(ș) a drepturilor nepatrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul)

Titular(i) a drepturilor patrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul (denumirea))



Director General

L.Ș.

Chișinău



REPUBLICA MOLDOVA

AGENȚIA DE STAT PENTRU PROPRIETATEA INTELECTUALĂ

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR OCROTITE DE DREPTUL
DE AUTOR ȘI DREPTURILE CONEXE

Seria OȘ nr. 2095/2745

din 10 septembrie 2010

În temeiul Legii privind dreptul de autor și drepturile conexe nr. 293-XIII din 23.11.1994

“Metodă de optimizare a procesului de înregistrare a populației în instituția medico-
(denumirea operei / interpretării / fonogramei)

sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de

asistență medicală” Operă științifică

a fost înregistrată în Registrul de Stat al operelor ocrotite de dreptul de autor și drepturile conexe.

Titular(i) a drepturilor nepatrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul)

Titular(i) a drepturilor patrimoniale

Damașcan Ghenadie Pavel

(numele de familie, prenumele, patronimicul (denumirea))



Chișinău

Director General

L.Ș.

Seria: OȘ (operă științifică)

Nr. de înregistrare: 3855

Data înregistrării: 17.01.2014

Nr. cererii: 108

Denumirea: „Metodă de corecție a "pasivității" mecanismului de plată bazat pe DRG (Case -mix) în contextul influenței cumpărătorului serviciilor medicale asupra spectrului prestat de servicii de către spitale”

Autor:

Damașcan Ghenație IDNP: 0963008548670

Titularul drepturilor patrimoniale:

Damașcan Ghenație IDNP: 0963008548670

L. S. D. Măceș Director Departament Drept de Autor și Drepturi Conexă

AGENȚIA DE STAT
PENTRU PROPRIETATEA INTELLECTUALĂ
A REPUBLICII MOLDOVA
ȘI DREPTURILE CONEXE
POSDOLIBNII MOLDOVA



REPUBLICA MOLDOVA

AGENȚIA DE STAT PENTRU PROPRIETATEA INTELLECTUALĂ

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR
DREPTULUI DE AUTOR ȘI DREPTURILOR CONEXE

SERIA OȘ Nr. 3855
DIN 17.01.2014

În temeiul Legii privind dreptul de autor și drepturile conexe nr. 139 din 02.07.2010, obiectul de pe verso a fost înregistrat în Registrul de Stat al obiectelor protejate de dreptul de autor și drepturile conexe.



DIRECTOR GENERAL

CHIȘINĂU

Seria: OȘ (operă științifică)

Nr. de înregistrare: 5010

Data înregistrării: 23.03.2015

Nr. cererii: 1065

Denumirea: „Sistem de finanțare prospectivă a furnizorilor de servicii medicale bazat pe procurări active.”

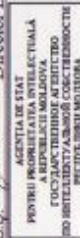
Autor:

Damașcan Ghenadie IDNP: 0963008548670

Titularul drepturilor patrimoniale:

Damașcan Ghenadie IDNP: 0963008548670

L.S. Damașcan / Director Departament Drept de Autor și Drepturi Conexă



REPUBLICA MOLDOVA

Agencia de Stat pentru
Proprietatea Intelectuală

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR
DREPTULUI DE AUTOR ȘI DREPTURILOR CONEXE

SERIA OȘ NR. 5010
DIN 27.03.2015

Eliberat în temeiul Legii nr.139/2010, privind dreptul de autor și drepturile conexe, obiectul de pe verso a fost înregistrat în Registrul de Stat al obiectelor protejate de dreptul de autor și drepturile conexe



Director General

L.S. Damașcan

CHIȘINĂU

REPUBLICA MOLDOVA
 MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
 INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ
 PUBLICĂ
 INSTITUTUL DE CERCETĂRI
 ȘTIINȚIFICE ÎN DOMENIUL OCROTIRII
 SĂNĂTĂȚII MAMEI ȘI COPILULUI
 (IMSP ICȘOSM și C)



РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА
 МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
 ОБЩЕСТВЕННОЕ МЕДИКО-
 САНИТАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
 НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
 ИНСТИТУТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
 МАТЕРИ И РЕБЕНКА

MD – 2062, Chișinău, str. Burebista, 93
 Tel. 52-36-61;
 Fax. (0 3732) 52-11-71

2062, Кишинэу, ул. Буребиста, 93
 Тел. 52-36-61;
 Факс. (0 3732) 52-11-71

nr. 01-13/41 din 27.03.2009

Aprob

Director IMSP Institutul de Cercetări Științifice
 în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului



L. Ețco Ludmila Ețco

ACT DE IMPLEMENTARE

1. **Denumirea metodei pentru implementare:** Metodă de contractare a nașterilor în cadrul sistemului de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală.
2. **De cine este propusă:** Ghenadie Damașcan.
3. **Unde a fost implementată:** IMSP " Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului".
4. **Anul implementării:** 2007.
5. **Utilizarea metodei:** Metoda este utilizată pentru contractarea nașterilor în toate Centrele Perinatologice din Republica Moldova (de nivelul III, nivelul II și nivelul I) și este bazată pe patru grupuri de nașteri divizate în dependență de complexitatea cazurilor prestate.
6. **Eficacitatea implementării:** Metoda este mai eficace în comparație cu mecanismul de plată pe caz tratat "pe profil" deoarece volumul de finanțare depinde nu de nivelul instituției medicale, ci de nivelul complexității cazurilor prestate. Suplimentar, metoda stimulează respectarea nivelului centrului perinatologic în conformitate cu cerințele ghidurilor perinatologice, ceea ce contribuie la sporirea calității serviciilor oferite.
7. **Obiecții, propuneri:** Odată cu acumularea experienței în finanțarea instituțiilor vizate conform metodei expuse, numărul grupurilor de plată pentru nașteri poate fi mărit.

Responsabil de implementare: Serbenco Anatolie.


REPUBLICA MOLDOVA
COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

MD-2005, mun. Chișinău, bd. Renașterii, nr.12; tel.(373 22)22-31-66; fax.(373 22)22-61-84; www.cnam.md; e-mail: info@cnam.md

20.11.2009 nr. 0117-1926

ACT DE IMPLEMENTARE

1. Denumirea metodei pentru implementare:

Model de estimare a volumelor de finanțare pentru încheierea contractelor cu prestatorii de AMP în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

2. De cine este propusă:

Ghenadie Damașcan, șef Direcție „Tehnologii de asigurări medicale, statistică și informatică”, CNAM.

3. Unde și când a fost implementată:

Compania Națională de Asigurări în Medicină, a. 2008.

4. Rezultatele și eficacitatea implementării metodei:

A fost elaborat și implementat un nou model de estimare a volumelor de finanțare, în cadrul plății „per capita”, pentru încheierea contractelor cu prestatorii de asistență medicală primară.

A fost elaborat mecanismul de înregistrare electronică a populației în instituția medico-sanitară și creat sistemului informațional „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală”.

La baza modelului a stat trecerea de la finanțare pentru numărul estimativ de persoane preluat de la Biroul Național de Statistică, la finanțare pentru numărul de persoane înregistrat în instituția medico-sanitară conform noilor prevederi. Pentru a nu admite falimentarea unor instituții medicale a fost elaborat un mecanism de trecere treptată la noile condiții de finanțare.

Modelul a implicat toate instituțiile medicale primare din Republica Moldova, iar implementarea lui a permis excluderea dublărilor în înregistrări și obiectivizarea procesului de contractare a prestatorilor de asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

**Director General
CNAM**



Mircea Buga


REPUBLICA MOLDOVA
COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

MD-2005, mun. Chișinău, bd. Renașterii, nr.12; tel.(373 22)22-31-66; fax.(373 22)22-61-84; www.cnam.md; e-mail: info@cnam.md

19. Dec. 2010 nr. 01/17-1469

ACT DE IMPLEMENTARE

1. Denumirea metodei pentru implementare:

Metodă de estimare a sumelor destinate procurării medicamentelor compensate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

2. De cine este propusă:

Ghenadie Damașcan, șef Direcție „Tehnologii de asigurări medicale, statistică și informatică”, CNAM.

3. Unde și când a fost implementată:

Compania Națională de Asigurări în Medicină, a. 2008.

4. Rezultatele și eficacitatea implementării metodei:

A fost propusă o metodă nouă de estimare a sumelor destinate procurării medicamentelor compensate, la baza căreia a stat ajustarea sumei-limită pentru medicamentele compensate la risc demografic și risc de morbiditate a populației înregistrate în instituția medico-sanitară.

Propunerea a fost bazată pe un studiu, care a demonstrat, că ponderea principalelor contingente de consumatori de medicamente semnificativ diferă de la o instituție medico-sanitară la alta, ceea ce argumentează diferența în necesitățile în medicamente a teritoriilor de deservire a acestor instituții.

Metoda propusă este utilizată pentru contractarea tuturor prestatorilor de AMP din Republica Moldova, începând cu anul 2008 și are un impact pozitiv asupra procesului de asigurare a populației cu medicamente compensate, ceea ce crează premise pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale, acordate în cadrul asistenței medicale primare.

**Director General
CNAM**



Mircea Buga


REPUBLICA MOLDOVA
COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

MD-2005, mun. Chișinău, bd. Grigore Vieru, nr.12; tel.(373 22)22-31-66; fax.(373 22)22-61-84; www.enam.md; e-mail: info@enam.md

18.11.2011 nr. 0117-1491

ACT DE IMPLEMENTARE

1. **Denumirea metodei pentru implementare:** Optimizarea modelului de contractare a asistenței medicale primare prin ajustarea sumelor “per capita” la risc de vârstă.
2. **De cine este propusă:** Ghenadie Damașcan, șef Direcție „Contractare și Relații cu Prestatorii” a CNAM.
3. **Unde a fost implementată:** Compania Națională de Asigurări în Medicină.
4. **Anul implementării:** 2010.
5. **Utilizarea metodei:** Metoda este utilizată la contractarea tuturor prestatorilor de asistență medicală primară în cadrul AOAM din Republica Moldova.
6. **Eficacitatea metodei:** Metoda este mai eficace în comparație cu plata per capita, deoarece coeficienții de utilizare a resurselor instituției medico-sanitare pentru deservirea persoanelor din categoriile menționate de vârstă diferă semnificativ (170% pentru categoria 0-5 ani și 150% pentru categoria de vârstă peste 50 ani).
7. **Obiecții, propuneri:** Calcularea coeficienților de utilizare a resurselor instituției medico-sanitare pentru diferite categorii de vârstă urmează a fi efectuată periodic, pentru actualizarea atât a coeficienților de grup, cât și a numărului grupurilor de vârstă.

Director General
CNAM



Mircea Buga


REPUBLICA MOLDOVA
COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

MD-2005, mun. Chișinău, bd. Grigore Vieru, nr.12; tel.(373 22)22-31-66; fax.(373 22)22-61-84; www.cnam.md; e-mail: info@cnam.md

12-12-12 nr. 01/17-1383

ACT DE IMPLEMENTARE

Prin prezenta, se confirmă că rezultatele cercetărilor efectuate în cadrul tezei de doctor habilitat în științe medicale cu tema: "Elaborarea și estimarea eficacității metodologiilor de contractare a serviciilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate", realizate de dl. Ghenadie Damașcan, au fost utilizate pentru elaborarea și implementarea Regulamentului cu privire la rambursarea spitalelor în funcție de complexitatea cazurilor (DRG și CASE-MIX), aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1034/217-A din 30.12.2011, care a stat la baza implementării sistemului de plată bazat pe DRG în regim-pilot și care a prevăzut elaborarea mecanismelor de:

1. Colectare și raportare a datelor la nivel de pacient;
2. Receptionare, import și grupare a datelor;
3. Validare a datelor și raportare a rezultatelor;
4. Contractare a prestatorilor serviciilor medicale.

Director General



Mircea Buga



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA
Instituția Medico-Sanitară Publică
SPITALUL CLINIC REPUBLICAN

MD2025, Chișinău, str. N. Testemițanu, 29.
Tel.: +373 22 72-85-85; 40-36-00; 40-35-55. Fax: +373 22 72-90-33, e-mail:scr@ms.md
http://www.scr.md

18.04.2013 nr. 04/02-424

Aprob
Director IMSP Spitalul Clinic Republican

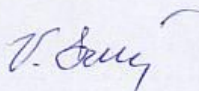
Serghei Popa



ACT DE IMPLEMENTARE

- 1. Denumirea metodei pentru implementare:** Metodă de finanțare a asistenței medicale spitalicești în bază de complexitate a cazului tratat (DRG (Case-Mix)).
- 2. De cine este propusă:** Ghenadie Damașcan (membru al grupului de lucru pentru elaborarea sistemelor de plată a prestatorilor de servicii medicale, format prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 566/152-A din 13.08.2010.
- 3. Unde a fost implementată:** IMSP "Spitalul Clinic Republican" (spital-pilot)
- 4. Anul implementării:** 2012.
- 5. Utilizarea metodei:** Metoda este utilizată pentru rambursarea serviciilor spitalicești (cu scurtă durată de spitalizare) în cadrul Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală.
- 6. Eficacitatea metodei:** Din punct de vedere a reflectării cheltuielilor episodului de spitalizare, mecanismul de relatare a cazurilor tratate la „grup de plată” în cadrul sistemului DRG este considerabil mai eficace în comparație cu mecanismul de plată precedent, 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.
- 7. Obiecții, propuneri:** Componentele elaborate pentru implementarea sistemului DRG sunt viabile pentru condițiile Republicii Moldova. Se propune extinderea utilizării metodei pentru finanțarea întregului sistem spitalicesc.

Responsabil de implementare,
șef statistică și audit medical SCR



Victor Eremia



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

str. Vasile Alecsandri 2, MD-2009, mun. Chișinău
Tel. +373 22 729 907, +373 22 268 818; Fax. +373 22 738 781; e-mail: office@ms.gov.md
www.ms.gov.md

31.12.14 nr. 019/2014

ACT DE IMPLEMENTARE

Prin prezenta, se confirmă că rezultatele cercetărilor efectuate în cadrul tezei de doctor habilitat în științe medicale cu tema: "Elaborarea și estimarea eficacității metodologiilor de contractare a serviciilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate", realizate de dl. Ghenadie Damașcan, au fost utilizate pentru elaborarea și implementarea:

Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (pentru anii 2005-2013).

Hotărârii Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea „Contractului-tip de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală” nr. 1636 din 18.12.2002;

Hotărârii Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea modelelor de factură și registre în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 1535 din 27.11.2002;

Hotărârii Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea și implementarea sistemului informațional automatizat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” nr. 507 din 25.04.2003;

Hotărârii Guvernului Republicii Moldova cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală, nr.1372 din 23.12.2005;

Hotărârii Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, nr. 1387 din 10.12.2007 și Hotărârile "pentru aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală" nr. 1099 din 02.12.2010 și nr.184 din 29.03.2012.

Deasemenea, rezultatele studiului au permis dezvoltarea strategiei de procurare a serviciilor medicale în scopul încurajării accesibilității și calității acestora, fiind puse la baza elaborării Ordinilor comune ale MS și CNAM: (Ordinul 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; Ordinul nr.1391/362-A din 02.12.2013 "Cu privire la alegerea liberă a spitalelor de nivel raional în zone de sănătate"; Ordin nr.142/68-A din 27.02.2014 "Despre aprobarea Regulamentului privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță", ș.a.).

Cercetarea a argumentat necesitatea trecerii la sisteme de finanțare pe 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; Ordinul nr. 58-A din 28 ianuarie 2013 "Privind înregistrarea și transmiterea electronică a datelor clinice la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX)").

Ministru



Andrei USATÎ



REPUBLICA MOLDOVA

COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

MD-2005, mun.Chișinău, bd. Grigore Vieru, nr.12; tel.(373 22)22-31-66; fax.(373 22)22-61-84; www.cnam.md; e-mail: info@cnam.md

13.02.2014 nr. 01/17-203

ACT DE IMPLEMENTARE

Prin prezenta, se confirmă că rezultatele cercetărilor efectuate în cadrul tezei de doctor habilitat în științe medicale cu tema: "Elaborarea și estimarea eficacității metodologiilor de contractare a serviciilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate", realizate de dl. Ghenadie Damașcan, au fost utilizate pentru elaborarea și implementarea:

Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2005, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină din 29.11.2004;

Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2006, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină nr.488/214-A din 27.12.2005, cu modificările și completările ulterioare;

Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2007, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină nr.476/258-A din 14.11.2006, cu modificările și completările ulterioare;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2008 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.462/214-A din 14.12.2007, cu modificările și completările ulterioare;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2009 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.473/213-A din 10.12.2008, cu modificările și completările ulterioare;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.522/207-A din 24.12.2009, cu modificările și completările ulterioare;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2011 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.348/56-A din 29.04.2011;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1021/206-A din 29.12.2011, cu modificările și completările ulterioare;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1239/253-A din 10.12.2012, cu modificările și completările ulterioare;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1605/414-A din 31.12.2013, cu modificările și completările ulterioare.

Director General

Mircea Buga

DECLARAȚIE PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnatul, Damașcan Ghenadie, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

_____ Damașcan Ghenadie

CURRICULUM VITAE

Nume: Damașcan
Prenume: Ghenadie
Data nașterii: 30.10.1966
Cetățenia : Republica Moldova



Studii: 1983, Școala medie moldovenească nr.1 din or. Bălți.
1989, USMF “ N. Testemițanu “, Facultatea Medicină Generală.
Diplomă cu mențiune IB nr. 962858.
2003, Doctorat la Catedra “Economie, Management și Psihopedagogie” a USMF „N. Testemițanu”, specialitatea 14.00.33 – Medicină socială și management. Tema tezei: „Finanțarea instituțiilor medicale spitalicești în condițiile implementării asigurărilor medicale obligatorii”. Teza a fost susținută pe 14 septembrie 2005.

Grad științific: Doctor în științe medicale (331.03 Medicină socială și management). Diploma DR nr. 0178.

Stagii: 2001, Performances assessment of hospital services network (The World Health Organization).
2002, Tecnologie dell'informazione e gestione aziendale in sanita (Lodi, Italia).
2002, Sistemi Informativi Ospedalieri (Trento, Italia).
2004, Health Sector Reform and Sustainable Financing (The World Bank Institute).
2004, La pratique de la strategie dans les organisations de sante (Université d'été en administration et gestion des services sanitaires, Ascona, Suisse).
2004, Economie de la sante et management hospitalier. Nouveau systeme de tarification a l'activite (Malesroit, France).
2006, Advanced Flagship Course on Efficiency, Quality and Health Systems (The World Bank Institute, Budapest, Hungary).

2006, Financing of Health Care Systems (EPOS, Public Health Reform Project funded by the European Union, Chişinău).

2007, The management of primary health care institution in the context of decentralization of the rayon health care system (Moldova Governance Threshold Country Program).

2008, E-Government (Des Moines, USA).

2009, L'evaluation en sante: concepts et methodes. (Summer school in Public Health Policy, Economics and Management. Lugano, Suisse).

2010, Managementul financiar și controlul în sectorul public (Academia de administrare publică, Chişinău).

2010, Sistemul de rambursare a prestatorilor de asistență medicală, dezvoltarea sistemului case-mix (NIMITT Consulting, Chişinău).

2012, Non Communicable Diseases and their Prevention (Hebrew University-Hadassah Braun School of Public Health and Community Medicine. Jerusalem, Israel).

2013, Flagship Course on Health Systems Strengthening: Focus on Non Communicable Diseases (Barcelona, Spain).

Activitatea profesională:

1989, medic chirurg SCM nr.2, Chişinău.

1990, medic chirurg SCM "Sfânta Treime", Chişinău.

2002, Compania Națională de Asigurări în Medicină, consultant.

2003, Compania Națională de Asigurări în Medicină, Șef Direcție "Tehnologii de asigurări medicale, statistică și informatică".

2009 - prezent, Compania Națională de Asigurări în Medicină, Șef Direcție "Contractare și relații cu prestatorii".

Activități prin cumul:

2009-2011 USMF "N. Testemițanu", Catedra Economie Management și Psihopedagogie în Medicină, asistent universitar.

2011-2014 Laboratorul Științific "Management și Psihologie". Colaborator științific superior.

Participări în proiecte științifice:

2010-2013 „Servicii de Sănătate și Asistența Socială. Sistemul de rambursare a prestatorilor de asistență medicală și dezvoltare a

sistemului Case–Mix". Proiect al Băncii Mondiale.

2011-2014 "Eficientizarea mecanismelor de plată în contractarea serviciilor medicale calitative în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală". Proiect al Academiei de Științe a Republicii Moldova.

2015-prezent, "Modernizarea sectorului sănătății în Republica Moldova". Proiect al Asociației Internaționale pentru Dezvoltare.

Participări la foruri științifice:

2009, Conferința științifico-practică "Probleme actuale ale managementului financiar din sistemul de sănătate". Chișinău.

2009, Congresul XX ALASS. Luxembourg.

2010, Conferința Internațională „Клиники дружественные к молодежи”. Sankt Petersburg, Federația Rusă.

2011, Conferința Internațională „Realizările proiectului pilot și implementarea sistemului de plată a spitalelor în funcție de complexitatea cazurilor (DRG, Case-mix). Chișinău.

2012, Congresul III al medicilor de familie din Republica Moldova, cu participare internațională. Chișinău.

2012, Conferința Internațională „Parteneriate reale în dezvoltarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu pentru asigurarea bunăstării persoanelor aflate la vârsta neputințelor”. 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.

2014, Всероссийская конференция с международным участием „Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения России”. Moscova, Federația Rusă.

Lucrări științifice publicate:

49 lucrări științifice publicate inclusiv 4 monografii.

Mențiuni:

2010, Diploma Guvernului Republicii Moldova de gr.I. pentru rezultate deosebite în activitate și contribuție personală la

dezvoltarea sistemului de asigurări obligatorii în medicină.

Cunoașterea limbilor: română–maternă, rusă–fluent, franceză–satisfăcător, engleză–începător.

Date de contact: 2005, Republica Moldova, or. Chișinău, bd. G.Vieru 12, Compania Națională de Asigurări în Medicină.
tel. 22-30-19, fax (3732) 22-61-84
e-mail: gdamashcan@hotmail.com