

Fig 1. Nivelul de vizite la medicul de familie pe categorii de vârstă.

- 1,7 pentru prima categorie;
- 1 pentru categoria a doua;
- 1,5 pentru categoria a treia.

#### Concluzii

Implementarea modelului expus de ajustare la riscul de vârstă a permis obiectivizarea procesului de contractare a prestatorilor de asistență medicală primară în cadrul asigurării medicale obligatorii din Republica Moldova.

#### Bibliografie

1. Rosen Amy K, Reid Robert, Broemeling Anne-Marie, et al. Applying a Risk-Adjustment Framework to Primary Care: Can We Improve on Existing Measures? *Ann Fam Med*. 2003.
2. Brugos Larumbe A, Lorenzo Vello E, Juanenea Beraza M, et al. A proposal for capitation payment, based on age, chronicity, and gender, using management databases. *Aten Primaria*. 2000;25(1):11-5.

## Influența metodei de plată *per capita* asupra “productivității” instituțiilor medicale primare

C. Ețco, \*Gh. Damașcan, M. Buga, D. Rotaru

Department of Economy, Management and Psychopedagogy in Medicine  
National Company of Medical Insurance  
194 B, Stefan cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova

\*Corresponding author: 022223019. E-mail: gdamascan@cnam.md  
Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

### The influence of the *per capita* payment method on the “productivity” of primary medical care institutions

Among the key factors that influence a health system's performance is financing. During the implementation of compulsory health insurance in Moldova, primary health care has grown considerably in financing - from 240.5 mln lei in 2004 to 1,046.0 mln lei in 2011. Considering that the main method of financing primary care is pay per capita, we examine the influence of this method on the productivity of contracted institutions. The study outcome shows the passive character of per capita payment and the need to supplement with active forms of purchases: per service, bonuses, etc., whose value should be significant enough to stimulate the active behavior of providers to increase activities.

**Key words:** payment method, assistance, primary medical care.

### Влияние способа оплаты на душу населения, на “производительность” работы первичных медицинских учреждений

Среди ключевых факторов, влияющих на производительность системы здравоохранения, одним из наиболее важных является его финансирование. В период обязательного медицинского страхования в Республике Молдова значительно возросло финансирование первичной медицинской помощи – от 240,5 млн. лей в 2004 году до 1 046,0 млн. лей в 2011 году. Учитывая, что основным способом финансирования этого вида медицинской помощи является оплата на душу населения, нашей целью являлось рассмотрение влияния этого способа оплаты на производительность учреждений первичной медицинской помощи. В результате исследования было доказано, что оплата на душу населения является пассивной и рекомендовано ее дополнение активными формами закупки: за услуги, бонусы и др.

**Ключевые слова:** методы оплаты, помощь, первичная медицинская помощь.

### Introducere

Printre factorii care influențează esențial performanțele sistemului de sănătate, unul dintre cei mai importanți este finanțarea lui. Toate țările lumii se află într-o continuă reformă a propriilor modele de finanțare având drept scop sporirea cost – eficienței lor. Acest proces este continuu, deoarece în timp, participanții pieții serviciilor medicale se adaptează la mecanismele regulatorii ale modelelor de finanțare, ele devenind ineficiente. Din această cauză este necesară analiza permanentă a influenței metodelor de plată asupra activității instituțiilor medicale. În acest sens, în literatura de specialitate, deseori, poate fi întâlnit termenul de “productivitate a instituției medicale”, el arătând că analiza activității instituțiilor medicale trebuie efectuată prin prisma „produsului” lor de activitate.

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 incluzând suplimentar investigațiile incluse în coșul de garanții, cazurile de boală finisate 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 ale sistemelor de sănătate.

Cât privește utilizarea vizitei la medicul de familie ca produs de activitate a instituției primare, ea deseori este privită în două dimensiuni:

- vizita indiferent de tip – dimensiune cantitativă;
- vizita profilactică – pe lângă dimensiunea cantitativă cuprinde și aspecte calitative ale activității instituției.

Este important de menționat că pe parcursul asigurării medicale obligatorii în Republica Moldova, asistența medicală primară a cunoscut o creștere considerabilă în finanțare – de la 240 462 mii de lei în 2004 la 1 045 983,7 mii de lei în 2011, ceea ce constituie 435%.

Ținând cont de faptul, că principala metodă de finanțare a asistenței medicale primare în cadrul asigurărilor medicale obligatorii este plata *per capita*, noi am avut drept scop examinarea influenței acestei metode de plată asupra productivității instituțiilor medicale primare.

### Material și metode

Prin metoda observației statistice au fost efectuate 3 studii, perioada cercetării cuprinzând anii 2005-2010:

1. A fost cercetată dinamica numărului total de vizite, prestate în asistență medicală primară, cu scopul urmării influenței metodei de plată și sporirii finanțării asupra productivității instituțiilor primare în aspect cantitativ.
2. A fost cercetată dinamica ponderii vizitelor cu scop profilactic și a urmării influenței metodei de plată și sporirii finanțării asupra productivității instituțiilor primare în aspect calitativ.
3. A fost cercetat numărul mediu de vizite la o persoană în-

Tabelul 1

### Rezultatele cercetării la nivel de asistență medicală

Indicator	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
Ponderea vizitelor cu scop profilactic	31,1	29,0	28,2	29,1	27,5	29,1

scrisă pe listă, cu analiza dinamicii atât la nivel de asistență medicală, cât și la nivel de teritoriu. În cadrul acestui studiu a fost efectuată o cercetare integrală pentru toate teritoriile republicii, iar pentru comoditatea interpretării rezultatelor acestea au fost împărțite în 4 loturi:

Lotul 1 a cuprins instituțiile medicale, situate în zone 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, private). Lotul 2 a cuprins instituțiile medicale situate în zona rurală din nordul republicii – 11 teritorii, în care au activat 22 de ims. Lotul 3 a cuprins instituțiile medicale situate în zona rurală din centrul republicii – 13 teritorii, în care au activat 29 de ims. Lotul 4 a cuprins instituțiile medicale situate în zona rurală din nordul republicii – 11 teritorii, în care au activat 17 ims.

### Rezultate obținute

Rezultatele cercetării la nivel de asistență medicală sunt prezentate în tabelul 1. Putem observa 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

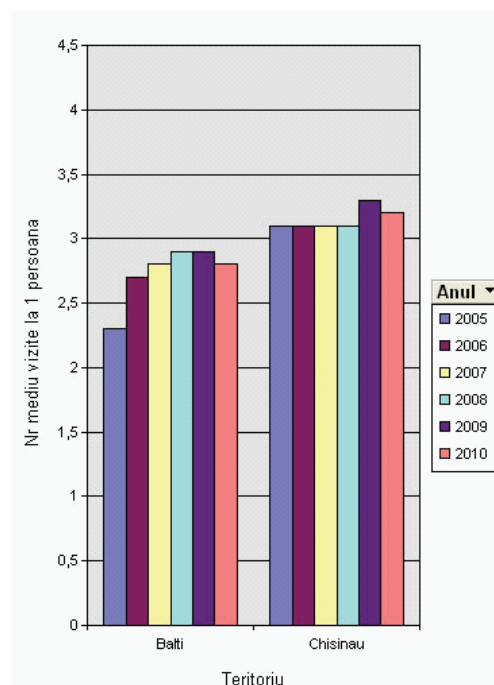


Fig. 1 Dinamica numărului mediu de vizite la o persoană în lotul teritoriilor urbane.

anual de aproximativ 9,9 mln. Pentru perioada 2009-2010 a avut loc o sporire neînsemnată a acestui indicator – cu 2,4% în 2009 și 0,9% în 2010.

Numărul anual de vizite la o persoană înscrisă pe lista medicului de familie a fost în mediu 2,8, cu devieri pe parcursul perioadei 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. Referitor la studiul la nivel de teritoriu a numărului mediu de vizite la o persoană înscrisă pe listă, vrem să menționăm următoarele: în lotul 1 – pentru instituțiile medicale din mun. Chișinău se observă o productivitate stabilă în diapazonul 3,1-3,3 vizite la 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 la o persoană pe an. În ambele cazuri vedem diminuarea productivității în 2010, în comparație cu 2009 (fig. 1).

În lotul 2 (fig. 2) putem observa că:

- a avut loc o creștere continuă a productivității sau variații succesive de creștere – descreștere cu tendința de ansamblu spre creștere în cadrul a 4 teritorii (Drochia 2,2-3,3; Sângerei 2,2-2,7; Ocnîța 2,8-3,4; Râșcani 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);

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

Este de menționat faptul că pentru teritoriile cu productivitate relativ stabilă este caracteristic un nivel al indicatorului mai mic decât pentru majoritatea teritoriilor, în care au avut loc creșteri sau descreșteri ale indicatorului.

Lotul 3. Deși pentru 11 din 13 teritorii a acestui lot (excep-

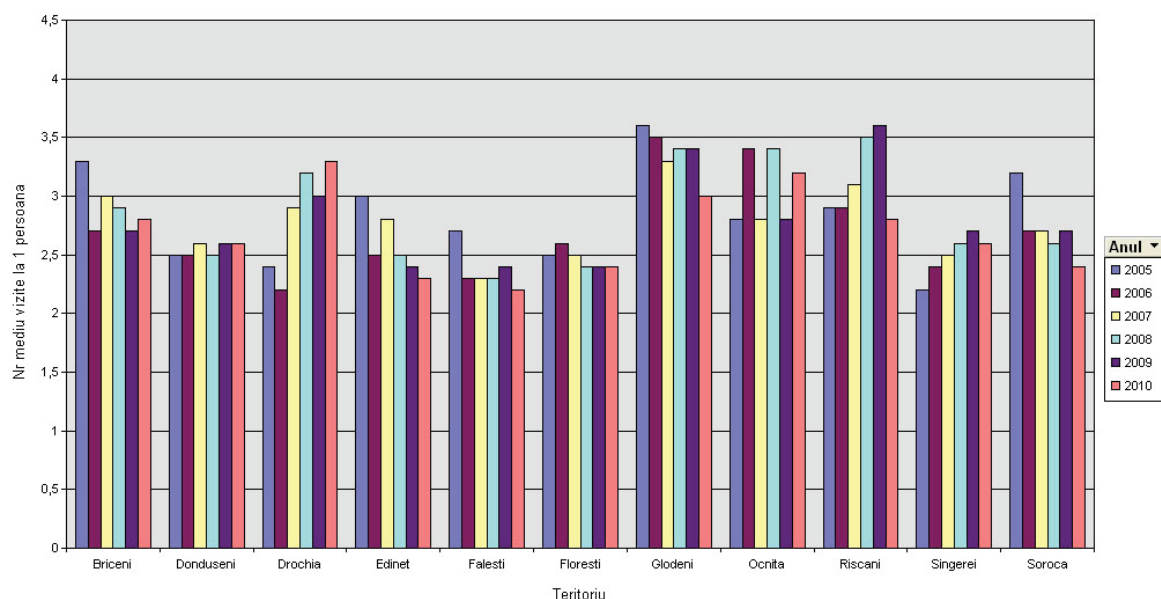


Fig. 2 Dinamica numărului mediu de vizite la o persoană în lotul teritoriilor rurale din nordul republicii.

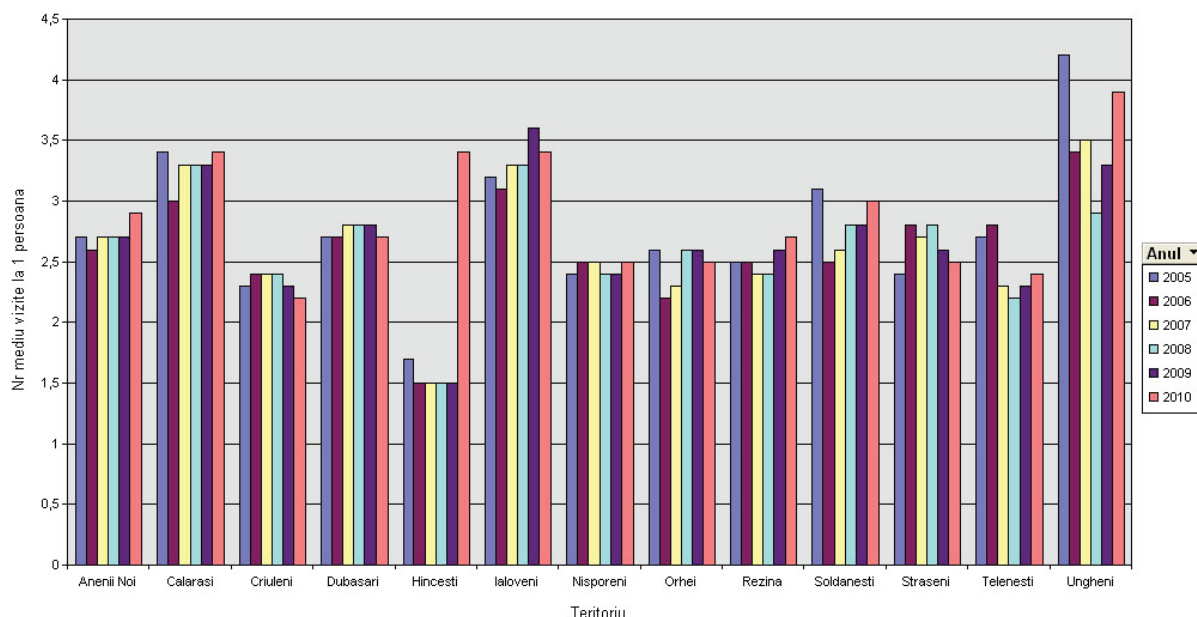


Fig. 3 Dinamica numărului mediu de vizite la o persoană în lotul teritoriilor rurale din centrul republicii

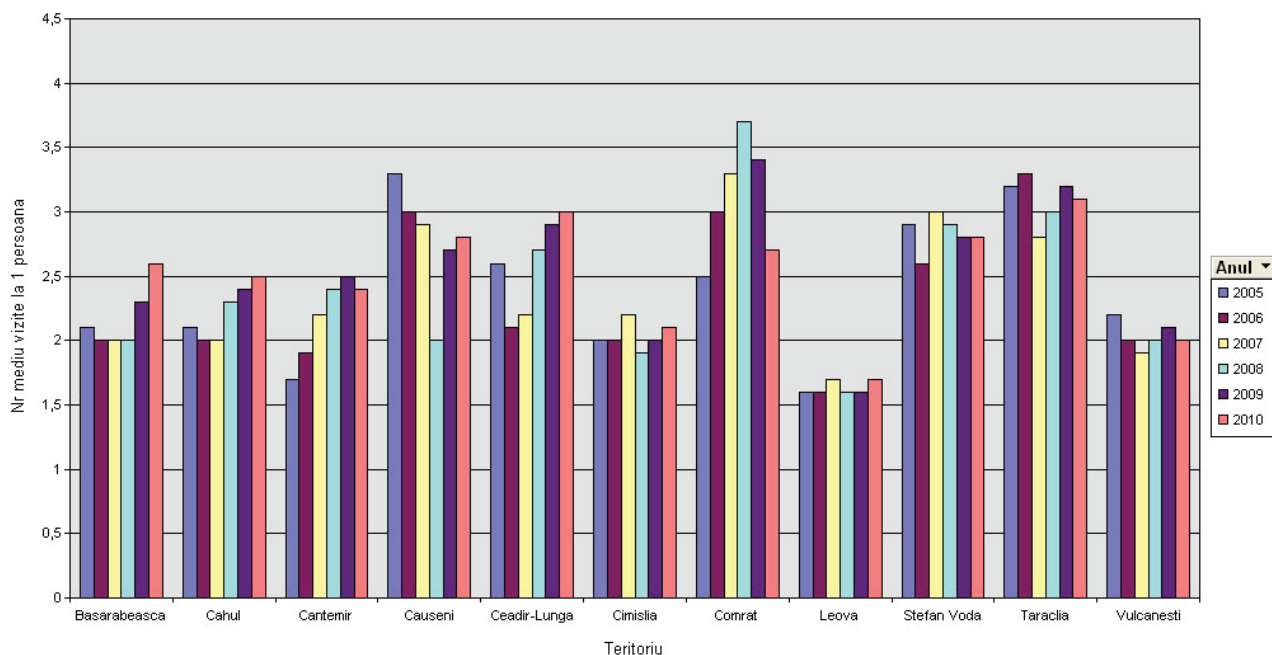


Fig. 4 Dinamica numărului mediu de vizite la o persoană în lotul teritoriilor rurale din sudul republicii.

ție făcând Hâncești 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, atunci la compararea între teritoriile lotului observăm că productivitatea a fost vădit diferită – de la 1,5 la Hâncești, la 4,2 la Ungheni (fig. 3).

Lotul 4. A avut loc o creștere continuă a productivității sau variații succesive de creștere – descreștere cu tendință de ansamblu spre creștere în cadrul a 4 teritorii (Basarabasca 2-2,6; Cahul 2-2,5; Cantemir 1,7-2,5; Ceadâr-Lunga 2,1-3). Descreștere se observă doar în Căușeni, iar în 6 teritorii (Cimișlia; Comrat; Leova; Stefan-Vodă; Taraclia; Vulcanăști) productivitatea a fost relativ stabilă, sau variațiile ei nu au avut tendințe bine definite (fig. 4).

#### Concluzii

1. În pofida lărgirii pachetului de servicii medicale primare și majorarea considerabilă a volumului de finanțare, pe parcursul perioadei examinate, practic, nu a avut loc sporirea numărului de vizite la medicul de familie.
2. Ponderea vizitelor cu scop profilactic a cunoscut o descreștere de la 31,1% în 2005 până la 27,5% în 2009.

3. Deși tarifele *per capita* (respectiv, veniturile instituțiilor medicale pe persoană) sunt aceleași pentru întreg teritoriul republicii, volumele de activitate a instituțiilor medicale diferă semnificativ.
4. Plata *per capita* are un efect pasiv asupra productivității instituțiilor medicale și din acest considerent trebuie suplimentată prin forme active de procurare: per serviciu, bonificație ș.a., valoarea cărora trebuie să fie semnificativă, încât să stimuleze activ comportamentul prestatorilor îndreptat spre sporirea activității.

#### Bibliografie

1. Cykert S, Hansen C, Layson R, et al. Primary care physicians and capitated reimbursement. Experience, attitudes, and predictors, *J Gen Intern Med.* 1997;12(3):192-4.
2. Goodman David C, Mick Stephen S, Bott David, et al. A New Tool for the Evaluation of Primary Care Services. *Health Serv Res.* 2003;38(1 Pt 1):287-309.
3. Sorbero Melony ES, Dick Andrew W, Zwanziger Jack, et al. The Effect of Capitation on Switching Primary Care Physicians. *Health Serv Res.* 2003; 38(1 Pt 1):191-209.
4. Goodson John D, Bierman Arlene S, Fein Oliver, et al. The Future of Capitation. *J Gen Intern Med.* 2001;16(4):250-256.