

PRIMELE REZULTATE ALE IMPLEMENTĂRII MECANISMULUI NOU DE PLATĂ PENTRU PERFORMANȚĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Ghenadie DAMAȘCAN,

Compania Națională de Asigurări în Medicină

Summary

The first results of the implementation of the new mechanism of paying for performance in primary health care

In Moldova, the same as in the most European countries, as a basic mechanism of financing method in PHC is used "per capita". But it is well known that each payment method in addition to the advantages has disadvantages, too. The main disadvantage of using the method "per capita" is its passivity. For these reasons, funding for the reason that the provider "exists" should be combined with funding for the provider that "do certain services".

In this context, since 2013, Moldova has implemented a new payment mechanism for achieving the indicators of performance. Analyzing the results of the implementation of this mechanism were found a number of changes that demonstrate the positive character stimulation of the new payment mechanism on the performance in primary care and argues further studies in this area.

Keywords: *funding mechanism PHC, new payment mechanism of the quality indicators.*

Резюме

Первые результаты внедрения нового механизма оплаты выполнения показателей качества в первичной медицинской помощи

В Республике Молдова, как и в большинстве европейских стран, в качестве основного механизма финансирования ПМП используется «подушевой» метод. Однако хорошо известно, что каждый способ оплаты имеет свои недостатки. Основным недостатком использования метода «на душу населения» является его пассивность. Для коррекции этого недостатка часто прибегают к комбинированным методам оплаты.

В связи с этим, начиная с 2013 года, в Республике Молдова внедрен новый механизм оплаты выполнения показателей качества. В результате анализа применения этого механизма, был выявлен ряд изменений, свидетельствующих о положительном и стимулирующем влиянии нового механизма на качество первичной медицинской помощи.

Ключевые слова: *механизм финансирования ПМП, новый механизм оплаты выполнения показателей качества.*

Introducere. Asistența medicală primară prezintă structură de bază a sistemului sănătății, constituind punctul de prim contact al pacientului în cadrul sistemului de prestare a serviciilor medicale.

Din aceste considerente, pretutindeni în lume se acordă o atenție deosebită factorilor care influențează performanța asistenței medicale primare, unul dintre aceștia fiind finanțarea ei.

În Republica Moldova, ca și în majoritatea țărilor europene, drept metodă de bază în finanțarea AMP este utilizată metoda „per capita”. Este însă bine cunoscut faptul că fiecare metodă de plată, pe lângă avantaje, are și dezavantajele sale. Din aceste considerente, de obicei se recurge la combinarea metodelor de plată, prin care neajunsurile unor metode sunt diminuate prin avantajele altora.

Principalul dezavantaj al metodei „per capita” îl constituie pasivitatea ei. Faptul că prestatorul va primi aceeași sumă de bani pentru „aceeași populație” deloc nu înseamnă că populația va primi aceleași servicii pentru aceiași bani. Din aceste considerente, finanțările pentru faptul că prestatorul „există” trebuie combinate cu finanțări pentru faptul că prestatorul „oferă anumite servicii”. De obicei, aceasta se realizează prin plată pentru performanță. Începând cu anul 2013, în Republica Moldova a fost implementat un nou mecanism de plată pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță, analiza primelor rezultate ale căruia a constituit scopul studiului în cauză.

Material și metode. În scopul analizei rezultatelor implementării noului mecanism de plată pentru performanță, au fost efectuate următoarele cercetări:

- studiul dinamicii acumulării numărului total de puncte pe țară pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate;
- studiul dinamicii complexității unui serviciu mediu prestat;
- aprecierea îndeplinirii sumelor estimative specificate în contract;
- estimarea indicatorilor pentru care au fost plătite cele mai mari sume de bani etc.

Studiul a cuprins perioada ianuarie – mai 2013.

Rezultate și discuții. La baza sistemului actual de plată pentru performanță stă un șir de indicatori care au următoarele criterii de îndeplinire:

Indicatorul 1: Internarea programată

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

Indicatorul 2: Depistarea și supravegherea maladiilor nontransmisibile

2.1. Numărul persoanelor cu vârsta peste 18 ani, cărora li s-a măsurat tensiunea arterială în luna de

raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 1 punct pentru fiecare persoană cu vârsta peste 18 ani, căreia i s-a măsurat tensiunea arterială prima dată în anul de gestiune.

2.2. Numărul persoanelor cu hipertensiune arterială care se află la evidență și primesc tratament antihipertensiv conform protocolului clinic național, sub supravegherea medicului de familie, în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 3,5 puncte (lunar) pentru fiecare persoană cu hipertensiune arterială, care se află la evidență și primește tratament antihipertensiv (nu mai mult de 1 vizită în trimestru).

2.3. Numărul persoanelor cu hipertensiune arterială, instruite conform programului *Școala pacientului hipertensiv* în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană cu hipertensiune arterială instruită conform programului *Școala pacientului hipertensiv*.

2.4. Numărul persoanelor cărora li s-a apreciat indicele SCORE în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte pentru fiecare persoană căreia i s-a apreciat indicele SCORE, conform metodologiei aprobate (nu mai mult de o dată pe an pentru persoană).

2.5. Numărul persoanelor peste 45 de ani și din grupul de risc investigate la glicemie în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană peste 45 de ani și din grupul de risc investigate la glicemie prima dată în anul de gestiune.

2.6. Numărul persoanelor cu diabet zaharat care se află la evidență și primesc tratament conform protocolului clinic național, sub supravegherea medicului de familie, în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 3,5 puncte (lunar) pentru fiecare persoană cu diabet zaharat care se află la evidență și primește tratament (nu mai mult de 1 vizită în trimestru).

2.7. Numărul persoanelor cu diabet zaharat instruite conform programului *Școala pacientului cu diabet zaharat* în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană cu diabet zaharat instruită conform programului respectiv.

2.8. Numărul examenelor ginecologice profilactice, cu prelevarea citologiei, în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte pentru fiecare caz de examinare ginecologică profilactică, cu prelevarea citologiei, efectuată conform cerințelor Protocolului clinic național (o dată la 2 ani la femei cu vârsta de la 25 ani, inclusiv din grupele de risc).

2.9. Numărul persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne în luna de raportare: forme

vizuale – st. I, formele nevizuale – st. I-II. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte pentru fiecare persoană luată la evidență primar cu tumori maligne confirmate: forme vizuale – st. I, formele nevizuale – st. I-II.

Indicatorul 3: Supravegherea gravidei și a copilului

3.1. Numărul gravidelor luate la evidență în termen de gestație până la 12 săptămâni în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului pentru fiecare gravidă raportată constituie 30 de puncte.

3.2. Numărul gravidelor cărora li s-a indicat administrarea acidului folic în primul trimestru al sarcinii în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru fiecare gravidă căreia i s-a indicat administrarea acidului folic în primul trimestru al sarcinii.

3.3. Numărul gravidelor cărora li s-a indicat administrarea preparatelor cu fier în primul trimestru al sarcinii în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru fiecare gravidă căreia i s-a indicat administrarea preparatelor cu fier în primul trimestru al sarcinii.

3.4. Numărul gravidelor investigate prin examen ultrasonor, în termenele stabilite, în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului la fiecare termen raportat constituie 5 puncte pentru fiecare gravidă căreia i s-a efectuat examen ultrasonor, în termenele stabilite de standardele în vigoare.

3.5. Numărul gravidelor care au consultat medicul obstetrician-ginecolog în termenele stabilite, în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului la fiecare termen raportat constituie 5 puncte pentru fiecare gravidă care a fost consultată de către medicul obstetrician-ginecolog, în termenele stabilite de standardele în vigoare.

3.6. Numărul gravidelor care s-au adresat medicului de familie în termenele stabilite, în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului la fiecare termen raportat constituie 5 puncte pentru fiecare gravidă care a fost consultată de către medicul de familie în termenele stabilite de standardele în vigoare.

3.7. Numărul copiilor supravegheați conform standardelor în vigoare și care au împlinit 3 luni în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte când copilul cu vârsta de 3 luni, inclusiv cel născut în anul 2012, a fost supravegheat, conform standardului în vigoare, în primele 3 luni de viață.

3.8. Numărul copiilor supravegheați conform standardelor în vigoare și care au împlinit 6 luni în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 de puncte când copilul cu vârsta de 6 luni, inclusiv cel născut în anul 2012, a fost supravegheat, conform standardului în vigoare, în perioada de la 3 la 6 luni.

3.9. Numărul copiilor supravegheați conform standardelor în vigoare și care au împlinit 12 luni în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 de puncte când copilul cu vârsta de 12 luni, inclusiv cel născut în anul 2012, a fost supravegheat, conform standardului în vigoare, în perioada de la 6 la 12 luni.

Indicatorul 4: *Depistarea și supravegherea tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulatoriu*

4.1. Numărul persoanelor din grupa de risc investigate la tuberculoză în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană din grupa de risc investigată la tuberculoză.

4.2. Numărul persoanelor luate la evidență primar cu tuberculoză în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte pentru fiecare persoană luată la evidență primar cu tuberculoză.

4.3. Numărul de cazuri finalizate de tratament al pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulatoriu, conform standardelor DOTS. Valoarea realizării indicatorului constituie 80 de puncte pentru fiecare caz de tratament supravegheat, inclusiv cazul inițiat în anul 2012, finalizat în luna de raportare.

Raportarea către CNAM a îndeplinirii indicatorilor de performanță în asistența medicală primară se efectuează lunar, prin intermediul unui sistem informațional, raport care ulterior generează darea de seama "pe hârtie".

Suma estimativă pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță în anul 2013 constituie 148 933,0 mii lei sau 15% din suma totală alocată pentru asistența medicală primară.

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

Prima cercetare a rezultatelor implementării noului mecanism a vizat studierea dinamicii acumulării numărului total de puncte pe țară pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate. Rezultatele pot fi văzute în figura 1.

După cum vedem, pe parcursul primelor trei luni, numărul total de puncte acumulate 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.

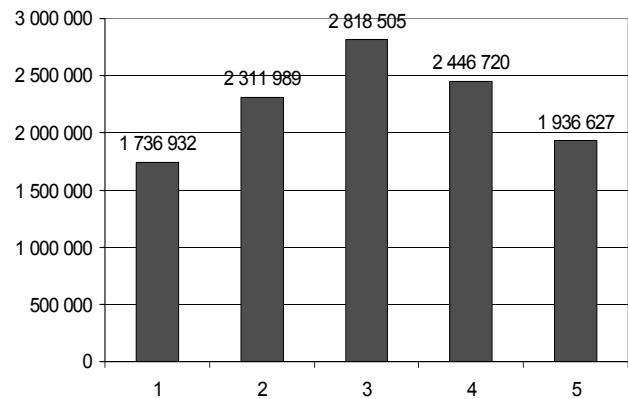


Figura 1. *Dinamica acumulării numărului total de puncte pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate*

Întrebările firești în acest context ar fi: *Din care cauză a descrescut numărul de puncte acumulate? S-a întâmplat oare aceasta din cauza scăderii numărului de servicii prestate sau din motivul că a descrescut „complexitatea în puncte” a serviciului mediu prestat?*

Pentru a răspunde la aceste întrebări, au fost efectuate două studii: al evoluției numărului de servicii prestate pe parcursul perioadei menționate și al evoluției valorii medii a unui serviciu prestat. Rezultatele sunt prezentate în figurile 2 și 3.

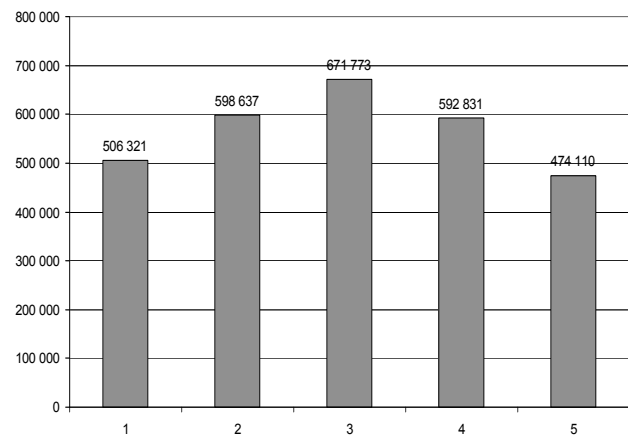


Figura 2. *Evoluția numărului de servicii prestate*

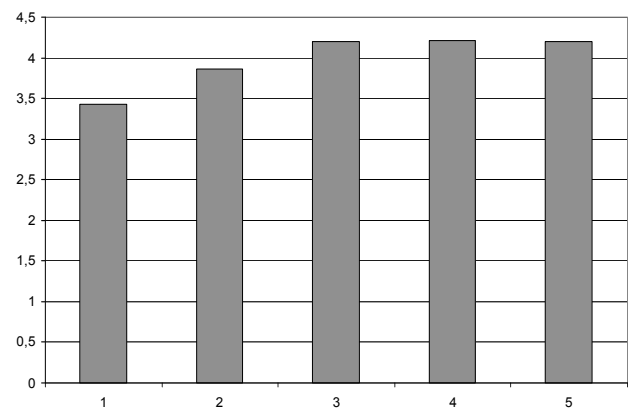


Figura 3. *Evoluția valorii medii a unui serviciu prestat*

Observăm că valoarea medie a unui serviciu prestat nu s-a micșorat, ceea ce denotă faptul că diminuarea numărului de puncte acumulate pe țară s-a datorat scăderii numărului de servicii prestate. De fapt, aceasta înseamnă că instituțiile medicale au preferat nu să presteze un număr cât mai mare de servicii, ci să presteze servicii mai complexe. Pentru a confirma acest fapt, noi am comparat numărul de servicii prestate pe fiecare indicator în luna I și luna IV a anului 2013. Rezultatele pot fi văzute în figura 4.

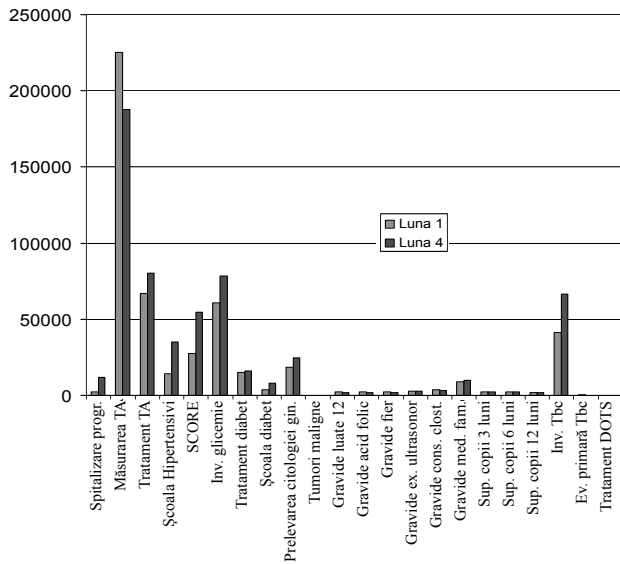


Figura 4. Servicii prestate în luna I în comparație cu luna IV

După cum se vede în diagramă, a scăzut considerabil numărul persoanelor cărora li s-a măsurat tensiunea arterială, dar 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. Foarte important este faptul că, paralel cu aceasta, a crescut numărul persoanelor cu hipertensiune arterială care se află la evidență și primesc tratament antihipertensiv conform Protocolului clinic național, sub supravegherea medicului de familie, numărul persoanelor cu hipertensiune arterială instruite conform programului Școala pacientului hipertensiv, numărul celor cărora li s-a apreciat indicele SCORE ș.a. Toate acestea ne vorbesc despre caracterul pozitiv stimulator al noului mecanism de plată conform performanței asistenței medicale primare.

Un alt aspect al cercetării rezultatelor implementării noului mecanism l-a constituit studiul legat de îndeplinirea sumelor estimative. Tabloul general poate fi văzut în figura 5.

A fost considerată normală îndeplinirea sumei estimative în limitele 90 – 110%. În acest diapazon s-au încadrat 62 de instituții medicale. 66 de instituții au depășit pragul de 110%. Nu au ajuns la 90% de îndeplinire 52 de instituții.

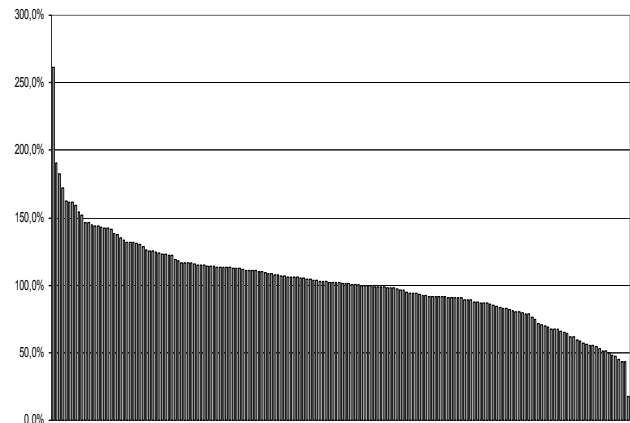


Figura 5. Tabloul general al îndeplinirii sumelor estimative

Diapazonul de îndeplinire a sumelor estimative a constituit ~45–200%. Prezența unui diapazon atât de mare argumentează necesitatea menținerii mecanismului de plată pentru performanță.

Studiul final vine să răspundă la întrebarea: Pentru care indicatori se achită cei mai mulți bani? Rezultatul poate fi văzut în figura 6.

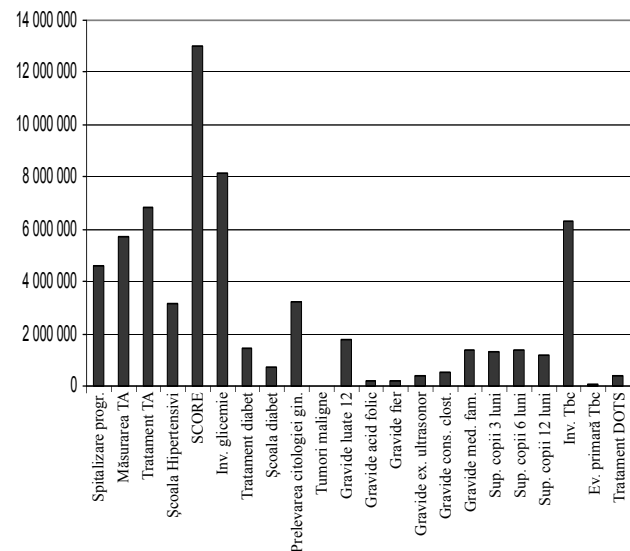


Figura 6. Sume achitate per indicator

Concluzii

1. Instituțiile medicale primare preferă să presteze servicii mai complexe, decât să presteze un număr cât mai mare de servicii. Aceasta ne vorbește despre caracterul pozitiv stimulator al noului mecanism de plată conform performanței asistenței medicale primare.

2. Diapazonul mare al procentului de îndeplinire a sumelor estimative (~45–200%) argumentează necesitatea prezenței mecanismului de plată pentru performanță.

3. Pe parcursul primelor 5 luni ale anului 2013, cei mai mulți bani au fost achitați pentru aprecierea indicelui SCORE (~13 mil. lei), investigații la glicemie

a persoanelor peste 45 de ani și din grupa de risc pentru diabet zaharat (8,2 mil. lei), acoperirea cheltuielilor pentru persoanele cu hipertensiune arterială care se află la evidență și primesc tratament antihipertensiv conform Protocolului clinic național, sub supravegherea medicului de familie (6,8 mil. lei).

Bibliografie

1. Ordinul MS și CNAM nr. 1239/253-A din 10.12.2012 *Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.*
2. Riku Elovainio. *Performance incentives for health in high-income countries – key issues and lessons learned.* World Health Report (2010), Background Paper, no 32, 46 p.
3. Chaix-Couturier C., Durand-Zaleski I., Jolly D., Durieux P. *Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues.* In: Int. J. Qual. Health Care, 2000; nr. 12, p. 133-142.

Prezentat la 11.07.2013

SPORIREA COST-EFICIENȚEI – O ALTERNATIVĂ A FINANȚĂRII INSUFICIENTE A SISTEMELOR DE SĂNĂTATE

Oleg RABOVILĂ, Zina COBĂLEANU,
ISMP Spitalul Clinic Republican

Summary

Increasing of efficiency as an alternative method when is insufficiency funding in health care

The costs in healthcare are rising every year as the result of increasing number and changing the structure in the direction of aging population, increasing the cost of medical services etc. which consisted in average 5.5–10.5% of GDP. Even the high developed countries with strong economies can not fully meet the funding needs in health care. As a result, in the 50th years of the last century, were initiated the first health economic studies.

The purpose of our study is a comparative analysis of methods for determining the effectiveness of medical care. National studies are needed to determine the real costs of medical services and the start of the work on elaboration of the national guidelines for pharmaco-economical analysis.

Keywords: *effectiveness of health care, funding, the cost of medical services, pharmaco-economic analysis.*

Резюме

Повышение эффективности как альтернативный метод при недостаточном финансировании в здравоохранении

Затраты в здравоохранении растут с каждым годом вследствие повышения количества и изменения структуры в сторону старения населения, увеличения стоимости медицинских услуг и т.д. и составляют в среднем 5,5–10,5% в структуре ВВП. Даже страны с сильными экономиками не могут полностью удовлетворить потребности финансирования в здравоохранении. Как следствие, еще в 50-х годах прошлого столетия появились первые медико-экономические исследования.

Целью нашего исследования явился сравнительный анализ методов определения эффективности медицинской помощи. Необходимы национальные исследования в определении реальных стоимостей медицинских услуг и начало работ по составлению национального руководства по фармако-экономическому анализу.

Ключевые слова: *эффективность медицинской помощи, финансирование, стоимость медицинских услуг, фармако-экономический анализ.*

Introducere. Pentru fiecare individ, ca și pentru întreaga societate, sănătatea reprezintă unul din cei mai importanți factori ce asigură viața și desfășurarea activității. Creșterea cheltuielilor publice pentru sănătate are la bază o serie de factori: creșterea numărului populației, modificarea structurii acesteia; sporirea costului prestațiilor medicale; creșterea numărului cadrelor medicale; sporirea speranței la viață etc. În țările dezvoltate, cheltuielile pentru sănătate reprezintă aproximativ 5,5–10,5% din PIB, iar în țările în curs de dezvoltare nivelurile sunt considerabil mai scăzute, uneori chiar sub 1% [1].

În același timp, toate țările se confruntă cu o discrepanță între cererea de servicii medicale și resursele disponibile, ceea ce a dus la variate metode de încercare de a spori eficiența utilizării resurselor, de la tehnologizarea procesului de îngrijire la perfecționarea organizării și a finanțării. Nu există nicăieri în lume un sistem perfect de sănătate care ar putea fi copiat. Experiența pozitivă a unor țări poate fi un izvor de inspirație, dar este necesară o adaptare la condițiile locale [3].

Dacă apreciem sistemul sănătății din SUA în ultimii peste 30 de ani, volumul alocat serviciilor de sănătate a sporit de peste 2 ori: dacă în 1972 constituia 7,6%, iar 1992 – 14%, în 2004 a depășit 16% (cu alocațiile private). Aceeași tendință de majorare considerabilă a fost atestată în Marea Britanie (sistem bazat de fonduri publice) și în Franța (sistem bazat pe asigurări sociale). Ca urmare, în toate aceste țări analiza de cost-eficacitate a devenit una dintre domeniile prioritare din sistemul de sănătate, iar în orientarea persoanelor cu posibilități de decizie – principalul argument pentru elaborarea unor politici și strategii în domeniu [2, 4, 5].

Aprecierea priorităților în domeniul sănătății publice ține de competența managerilor sistemelor