II. INTRODUCERE ÎN ECONOMIA SANITARĂ

Dr. Paul Radu

1. ECONOMIA SANITARĂ ŞI PIAŢA LIBERĂ

Economia, în general, este ştiinţa care se ocupă cu studiul producţiei şi alocării bunurilor şi serviciilor în condiţiile unor resurse limitate. Ea se bazează pe două lucruri universale: dorinţele şi nevoile oamenilor sunt nelimitate, iar resursele disponibile pentru a le satisface sunt limitate. Astfel, economia studiază modul în care resursele sunt folosite pentru satisfacerea dorinţelor, uneori fiind denumită "ştiinţa sărăciei" (Witter, 2000).

Cele trei întrebări fundamentale care stau la baza economiei sunt:

- ce bunuri şi servicii trebuie produse?
- în ce mod trebuie produse aceste bunuri şi servicii?
- către cine trebuie repartizate aceste bunuri şi servicii?

Economia poate fi:

- pozitivă – studiază ceea ce există în realitate; ce bunuri sunt produse, cum anume şi către cine sunt distribuite;
- normativă – studiază ceea ce ar trebui să fie şi modul de a pune în practică.

În mod analog, *economia sanitară* studiază modul în care sunt produse şi furnizate îngrijirile de sănătate, în condiţiile unor resurse limitate. Cele trei întrebări fundamentale ale economiei sunt valabile şi pentru economia sanitară, cu specificarea că bunurile şi serviciile produse sunt reprezentate de îngrijirile de sănătate. Acesta este motivul pentru care se mai foloseşte în loc de economie sanitară şi termenul de economia îngrijirilor (serviciilor) de sănătate.

Economia sanitară s-a dezvoltat puternic în ultimele decenii, după o perioadă de incertitudine datorată teoriei conform căreia resursele pentru sănătate nu trebuie limitate (Fuchs, 1986). Această teorie susţinea că resursele pentru sectorul sanitar nu trebuie limitate, şi că se va ajunge la un viitor previzibil în care nevoile de îngrijiri de sănătate vor putea fi acoperite de resursele disponibile. Această situaţie nu este însă previzibilă, deoarece înseşi nevoile pentru îngrijiri de sănătate nu sunt aceleaşi, ele cresc în mod continuu, cauzele principale fiind îmbătrânirea populaţiei, presiunea noilor tehnologii cu scop diagnostic şi terapeutic, creşterea aşteptărilor populaţiei etc. Astăzi este evident pentru toată lumea că nici o ţară nu poate aloca resurse nelimitate pentru îngrijirile de sănătate, indiferent de nivelul dezvoltării sale economice, şi că există o interrelaţie între resursele alocate îngrijirilor pentru sănătate şi celelalte domenii economice.

Mai mult, starea de sănătate este condiţionată de alţi factori, în afara sistemului îngrijirilor de sănătate. Aceşti factori (condiţionarea genetică la nivel de individ, mediul socio-economic şi comportamentul individual) au un rol decisiv şi foarte important în definirea stării de sănătate a fiecărui individ.

Un sistem economic reprezintă un mod de distribuţie a resurselor astfel încât să fie satisfăcute nevoile, deci să răspundă celor trei întrebări fundamentale: ce producem, cum producem şi pentru cine producem (Witter S., 2000). Există două sisteme distincte care

încearcă să atingă aceste deziderate:

- sistemul economiei centralizate – în care statul evaluează nevoile consumatorilor şi decide ce bunuri să fie produse şi cum anume, precum şi distribuţia acestor bunuri;
- sistemul economiei de piaţa liberă – în care statul permite indivizilor să decidă ce bunuri să fie produse, în concordanţă cu distribuţia iniţială a resurselor (statul poate avea însă rolul de a redistribui resursele iniţiale între indivizi pentru a atinge obiective de echitate).

În practică majoritatea societăţilor au sisteme economice care operează între aceste două extreme. Deoarece eşecul economiei centralizate este cunoscut de fiecare dintre noi, în paginile următoare se va descrie cum ar trebui să funcţioneze un sistem de piaţa liberă.

1.1 Piaţa liberă

Piaţa reprezintă locul în care producătorii şi consumatorii se întâlnesc, şi au loc schimburile. Pentru ca bunurile să fie schimbate (tranzacţionate), ele trebuie să aibă un preţ. Preţul reprezintă valoarea monetară pe piaţă a unui produs, în momentul tranzacţiei.

Fiecare tranzacţie de pe piaţă prezintă două aspecte:

- cererea – cantitatea de bunuri pe care cumpărătorii sunt dispuşi să le cumpere la un preţ dat, la un anumit moment;
- oferta – cantitatea de bunuri pe care producătorii doresc să le vândă la un preţ dat, la un anumit moment.

Preţul de echilibru este preţul pentru care cantitatea de bunuri pe care furnizorii o aduc pe piaţă (oferta) este egală cu cantitatea de bunuri pe care consumatorii doresc să o cumpere (cererea).

Cererea este atributul consumatorilor. Modelul economic al comportamentului consumatorilor pleacă de la observaţia că, toţi cumpărătorii îşi folosesc veniturile astfel încât să obţină un maxim de bunăstare sau utilitate. Aceasta se realizează prin cumpărarea unor bunuri şi servicii în funcţie de venitul disponibil, plecând de la presupunerea că fiecare consumator ştie cel mai bine cum să-şi crească bunăstarea şi, deci, ce anume să cumpere. De asemenea, cumpărătorii caută furnizorii cu preţurile cele mai mici pentru acelaşi produs.

Când vorbim despre cerere, ne referim la *cererea efectivă,* adică la cantitatea de bunuri pe care cumpărătorii sunt dispuşi să le cumpere la un preţ dat, cumpărători care au însă şi posibilitatea (financiară) de a cumpăra bunul respectiv.

Cererea pentru un bun este determinată de două grupuri de factori:

- factori specifici individuali sau "gusturi", care ţin de vârstă, gen, obiceiuri, cultură, educaţie etc.;
- factori externi indivizilor, dar comuni societăţii:
  - preţul bunului (relaţia între preţul unui bun şi cererea pentru bunul respectiv determină curba cererii);
  - preţul celorlalte bunuri (substituibile şi complementare);

Bunurile *substituibile (alternative)* sunt acele bunuri care se pot cumpăra şi consuma în locul bunului respectiv. Cererea pentru un produs creşte în momentul creşterii preţului bunurilor substituibile şi invers. Bunurile *complementare* sunt acele bunuri care se consumă împreună cu bunul respectiv. Cererea pentru un produs scade în momentul creşterii preţului bunurilor complementare şi invers.

- preţul viitor al bunurilor, în sensul că o creştere previzibilă a preţului la un produs duce la creşterea cererii actuale pentru produsul respectiv;
- venitul indivizilor; în funcţie de modul de variaţie a cererii pentru bunuri, faţă de variaţia venitului individual, bunurile pot fi:
  - *superioare* – dacă cererea pentru ele creşte proporţional cu creşterea venitului;
  - *normale* – dacă cererea pentru ele creşte proporţional mai puţin decât creşterea venitului;
  - *inferioare* – dacă cererea pentru ele scade odată cu creşterea venitului.
- mărimea pieţei şi distribuţia veniturilor în interiorul pieţei.

Cu cât preţul unui produs este mai mare, cu atât se găsesc mai puţini cumpărători şi cantitatea cerută este mai mică, iar cu cât preţul este mai mic cu atât vor fi mai mulţi cei care vor dori să cumpere şi, deci, cererea va fi mai mare. Reprezentarea grafică a relaţiei între preţul unui produs şi cantitatea cerută la un moment dat este curba cererii (Figura II.1).

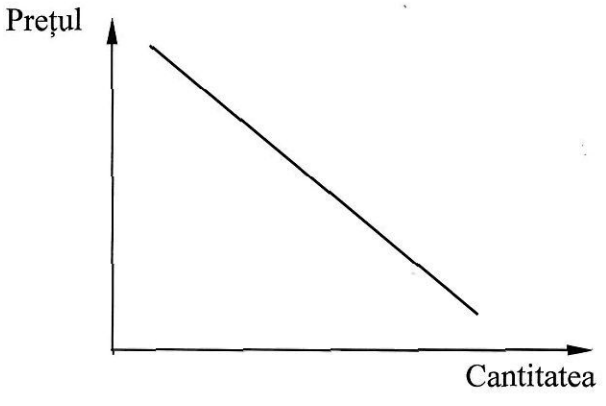

Figura II.1. Curba cererii

Oferta este atributul furnizorilor (al firmelor). Aşa cum am amintit, oferta reprezintă cantitatea de bunuri pe care producătorii (furnizorii) vor să le vândă la un preţ dat.

Într-o piaţă liberă perfectă, furnizorii doresc să-şi maximizeze profitul, au stimulente pentru a produce ceea ce vor să cumpere consumatorii şi au stimulente să producă la costuri minime. De asemenea, pe piaţă pot intra noi furnizori care să-şi vândă produsele la preţurile la care vor să cumpere consumatorii, eliminând de pe piaţă furnizorii ineficienţi.

Factorii care influenţează oferta de bunuri sau servicii sunt:

- maximizarea profitului; însă nu întotdeauna firmele doresc maximizarea profitului, existând chiar furnizori (firme) cu statut non-profit;

- forma de proprietate; de cele mai multe ori firmele cu acţionariat privat fac eforturi mai mari pentru creşterea eficienţei şi maximizarea profitului;
- schimbările tehnologice, modificarea factorilor de producţie, schimbări ale costurilor resurselor utilizate; toate acestea pot determina reducerea (sau creşterea) cheltuielilor la nivelul furnizorilor, cu impact asupra ofertei;
- taxele/subvenţiile;
- schimbări în preţul celorlalte bunuri.

Reprezentarea grafică a relaţiei între preţul unui produs şi cantitatea oferită spre vânzare la un moment dat este curba ofertei (vezi Figura II.2).

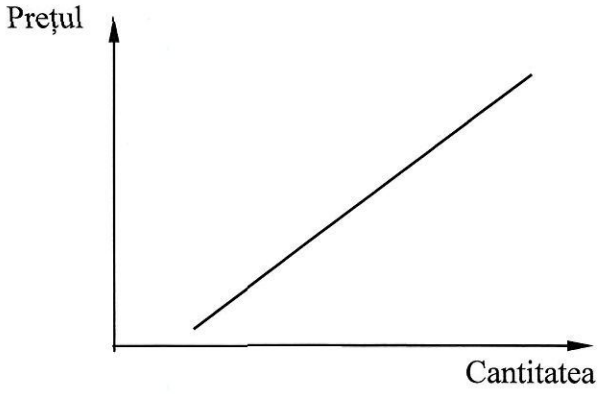

Figura II.2. Curba ofertei

Presupunând că un producător încasează pentru fiecare produs acelaşi preţ, preţul ultim la care ar dori să vândă este cel care să-i acopere cheltuielile cu ultima unitate de produs, deci preţul minim acceptat este costul marginal al ultimei unităţi de produs.

Pe o piaţă liberă, preţul unui bun este cel care aduce în balanţă cererea şi oferta determinând echilibrul pieţei. Preţul la care cererea pentru un bun este egală cu oferta pentru acelaşi bun se numeşte *preţ de echilibru* (vezi Figura II.3).

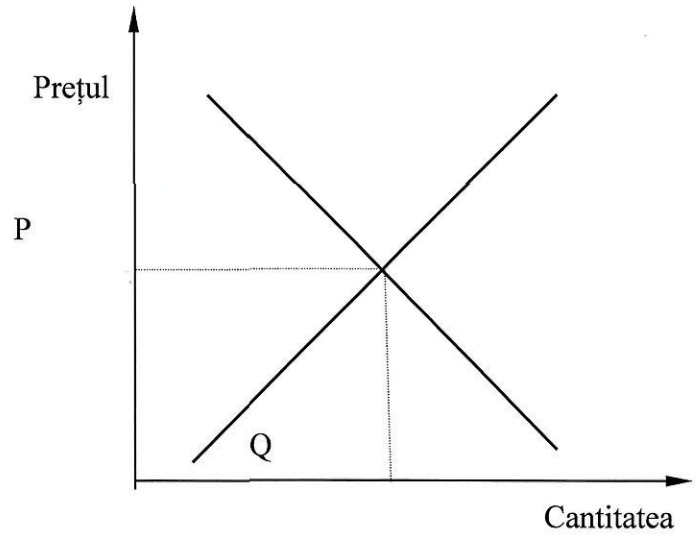

Figura II.3. Stabilirea preţului de echilibru

Elasticitatea reprezintă modul în care o cantitate cerută sau oferită variază la modificarea unuia dintre factorii care o influențează (prețul, venitul etc.). Ea este definită ca raportul între schimbarea procentuală a cantității cerute (oferite) şi schimbarea procentuală a factorului determinant. De exemplu elasticitatea cererii în funcție de preț este dată de formula:

$$E = \frac{dQ/Q}{dP/P}$$

E = schimbarea procentuală a cantității/schimbarea procentuală a prețului

Dacă schimbarea procentuală a cantității este mai mare decât a factorului determinant, atunci elasticitatea este mai mare decât 1 (ignorăm semnul negativ). În acest caz, spunem că fenomenul analizat este elastic. Dacă schimbarea procentuală a cantității este mai mică decât a factorului determinant, atunci elasticitatea este mai mică decât 1, deci fenomenul este inelastic. În cazul în care schimbarea are loc în aceeaşi proporție elasticitatea va fi egală cu 1; fenomenul analizat este unitar elastic.

Deoarece am pornit de la ideea că răspunsul cel mai bun la întrebările fundamentale ale economiei este oferit de un sistem economic care are la baza piața liberă, adică interacțiunea liberă între cerere şi oferta până la atingerea unui preț de echilibru, în continuare sunt prezentate condițiile optime de funcționare a unei piețe libere.

Condițiile necesare pentru ca o piață să funcționeze liberă şi astfel să rezulte o alocare optimă a resurselor în societate sunt:

- existența unui grad cât mai mare de competiție între furnizori; se poate realiza prin:
  - intrare liberă pe piață;
  - cunoaştere perfectă a tranzacțiilor de pe piață;
  - stimulare a cât mai mulți furnizori şi cumpărători, astfel încât nici unul dintre ei să nu poată influența singur prețul;
  - costuri egale de transport şi tranzacție;
  - mobilitate a factorilor de producție;
  - un mare grad de omogenitate a bunurilor (să fie comparabile);
  - scală a costurilor de producție constantă (sau descrescătoare).
- existența unei piețe complete; piețele incomplete sunt acelea în care prețul bunurilor de pe piață nu reflectă exact toate costurile implicate. Unii dintre factorii care stau la baza piețelor incomplete sunt:
  - externalitățile: beneficii sau costuri derivate din producerea sau cumpărarea unui bun care se reflectă şi asupra altora decât cei implicați în tranzacție, şi care nu se reflectă în prețul bunului tranzacționat; externalitățile pot fi pozitive (imunizarea) sau negative (poluarea);
  - bunurile publice: sunt bunuri "fără rival şi de la care nu poate fi exclus nimeni", adică bunuri pe care nu poți opri lumea să le consume şi a căror disponibilitate nu este afectată de numărul consumatorilor;
  - bunurile valoroase: bunuri față de care decidenții nu sunt neutri (indiferenți) în legătură cu cât se consumă;

- necesitatea consumatorilor de a avea şi de a fi capabili să înţeleagă informaţiile asupra preţurilor cât şi asupra eficacităţii şi calităţii bunurilor; de asemenea se presupune că fiecare consumator ştie cu certitudine ceea ce doreşte;
- existenţa unei distribuţii echitabile a veniturilor înainte ca tranzacţiile să aibă loc, pentru a se putea realiza o maximizare a utilităţii la nivelul societăţii (Witter, 2000).

2. PIAŢA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

Sănătatea este un bun fundamental care nu se poate cumpăra în cadrul unei pieţe, iar determinanţii ei sunt "bagajul" genetic, stilul de viaţă, mediul înconjurător şi îngrijirile de sănătate. Deoarece nevoia de îngrijiri de sănătate este determinată de nevoia de sănătate, spunem despre îngrijirile de sănătate că sunt un bun derivat şi că cererea de îngrijiri de sănătate este o cerere derivată.

De ce există o cerere de sănătate? Se spune că sănătatea este cerută atât pentru a fi consumată cât şi pentru faptul că este o investiţie. Dorim o sănătate mai bună, deoarece obţinem beneficii psihice simţindu-ne bine, în timp ce, dacă suntem bolnavi, obţinem beneficii negative. Ne dorim o sănătate mai bună, deoarece, dacă suntem bine putem să muncim şi astfel să câştigăm bani, în timp ce venitul nostru poate scădea, dacă suntem bolnavi.

Îngrijirile de sănătate au următoarele caracteristici:

- sunt esenţiale, adică este dificil să le substituim cu alte bunuri;
- sunt un bun derivat; îngrijirile de sănătate sunt doar unul dintre bunurile necesare menţinerii sau îmbunătăţirii sănătăţii;
- beneficiile unor îngrijiri de sănătate sunt nesigure; nu este dovedită eficacitatea tuturor îngrijirilor de sănătate care se furnizează pacienţilor.

Este evident că la baza cererii de îngrijiri de sănătate sunt nevoile de îngrijiri de sănătate. Alţi determinanţii ai cererii de îngrijiri de sănătate sunt:

- preţul acestora; preţul reprezintă un determinant important al cererii individuale; în general costul care stă la baza preţului este format din două componente: costurile medicale directe şi costurile indirecte;
- preţul altor bunuri, deoarece acestea pot influenţa costul resurselor necesare îngrijirilor de sănătate;
- venitul individual; în general creşterea venitului determină o cerere mai mare pentru anumite îngrijiri de sănătate (gen corecţii estetice etc.), dar sunt situaţii când creşterea venitului poate determina o scădere a cererii de îngrijiri de sănătate, deoarece persoanele cu venituri mai mari au o stare mai bună de sănătate;
- vârsta, nivelul educaţional, obiceiurile familiale.

Principalele tipuri de nevoi referitoare la îngrijirile de sănătate sunt:

- nevoia percepută – ceea ce pacientul consideră că ar avea nevoie (dorinţa lui);
- nevoia cerută – ceea ce pacientul solicită unui furnizor de îngrijiri de sănătate;

- nevoia normativă – ceea ce consideră un profesionist că ar avea nevoie pacientul;
- nevoia comparativă – la nivel populațional, plecând de la nevoile observate la alte populații.

Așa cum se observă, nevoia de îngrijiri de sănătate este un concept relativ care implică atât individul cât și societatea, totul având drept punct de plecare sărăcia informațiilor (a cunoștințelor) de care dispune un pacient în legătură cu "nevoile" sale de îngrijiri de sănătate. Această problema a determinării nevoii de îngrijiri de sănătate stă la baza *relației de agenție* care apare între furnizorii de îngrijiri de sănătate și pacienți. Specificul relației de agenție în cazul îngrijirilor de sănătate este cel care determină fenomenul cunoscut sub numele de *cererea indusă de ofertă.*

Oferta de îngrijiri de sănătate este reprezentată de ceea ce se furnizează consumatorilor de către producătorii de servicii de sănătate.

Factorii care influențează oferta sunt:

- costul de producție, care uneori este și foarte greu de calculat;
- tehnicile alternative de producție (îngrijirile primare vs. secundare etc.);
- substituirea resurselor (posibilitatea de substituire a capitalului cu forța de munca);
- piața resurselor (influențarea comportamentului furnizorilor în funcție de sistemul de plată);
- alte sectoare ale economiei (autoritățile locale, serviciile sociale, organizațiile voluntare).

Principalele unități de furnizare a ofertei de îngrijiri de sănătate la nivelul unui sistem de sănătate sunt:

- practicianul de îngrijiri de sănătate (medicii generaliști, de familie sau de alte specialități care acordă îngrijiri pacienților în ambulatoriu);
- unitățile sanitare cu paturi (din care cel mai cunoscut tip este spitalul).

Nici una dintre aceste unități de producție nu corespunde teoriei economice a firmei, care este caracterizată prin dorința de maximizare a profitului și posibilitatea de alegere a resurselor și a rezultatelor. Ambele tipuri de unități de producție pot fi considerate ca firme multi-produs ale căror rezultate au atât dimensiuni calitative cât și cantitative.

Practicianul de îngrijiri primare de sănătate are următoarele caracteristici:

- timpul său este principala sa resursă (prin timpul alocat practicii el își pune în valoare expertiza profesională);
- nu reprezintă o unitate tipică de producție, deoarece serviciile (îngrijirile) furnizate sunt foarte eterogene;
- nu poate aborda o standardizare a îngrijirilor;
- pune accent pe importanța discreției medicale și a libertății clinice;
- cel mai frecvent are rolul de "filtru" pentru accesul la serviciile spitalicești.

Spitalul este consumatorul principal al resurselor pentru sănătate. Principalele sale caracteristici sunt:

- spitalul nu poate fi asimilat unei fabrici; eterogenitatea serviciilor este foarte mare, iar standardizarea procedurilor nu este posibila pentru toate activitățile, mai ales în zonele clinice; cu toate acestea protocoalele de practică sunt unelte utile în îmbunătățirea managementului proceselor din spital şi standardizarea procedurilor;
- spitalul acționează rareori ca un antreprenor pentru maximizarea profitului (clinicienii şi managerii au alte scopuri – maximizarea beneficiilor pacienților, etica etc.);
- cadrul legal determină spitalele să nu poată face un profit "excesiv";
- un rol foarte important în funcționarea spitalelor îl are discreția clinică şi confidențialitatea informațiilor legate de starea de sănătate a pacienților, ceea ce presupune anumite costuri suplimentare şi proceduri specifice.

Există două caracteristici principale care diferențiază spitalul de majoritatea firmelor:

- natura eterogenă a spitalelor şi diversitatea factorilor în funcție de care putem face gruparea lor: mărime, specialități etc.
- identificarea celor care decid este foarte dificilă, deoarece responsabilitatea este împărțită între un număr de indivizi. Problemele care decurg de aici sunt următoarele:
  - dificultatea identificării decidenților reali;
  - conducerea se face mai degrabă pe considerente medicale, decât economice;
  - o incertitudine inerentă prevalează asupra fiecărui caz, de unde rezultă dificultatea evaluării exacte a resurselor necesare.

Un alt factor important care influențează activitatea furnizorilor de îngrijiri de sănătate îl reprezintă calitatea îngrijirilor de sănătate. Modul în care calitatea influențează oferta derivă din următoarele aspecte:

- calitatea este legată de natura şi rezultatul îngrijirilor primite;
- calitatea este un factor foarte important al pieței medicale;
- accentul pus pe pregătirea medicală poate duce la o variație a calității;
- sunt situații când se alocă resurse doar spre creşterea calității.

În concluzie, oferta de îngrijiri de sănătate este o problema foarte complexă, ea fiind "o complicata secvența de răspunsuri adaptative în fața incertitudinii" (McGuire, 1994).

2.1 Eşecul pieței serviciilor de sănătate

Faptul ca piața serviciilor de sănătate nu este o piață liberă se întâlneşte în literatură sub denumirea de *eşecul pieței* ("market failure"). Competiția restrânsă, asimetria informațională, prezența externalităților, eterogenitatea îngrijirilor de sănătate sunt doar câteva dintre motivele care conduc la eşecul funcționării pieței serviciilor de sănătate ca o piață liberă („Economie sanitară şi management financiar", 2003).

Cauzele pentru care piaţa serviciilor de sănătate nu poate funcţiona adecvat ca o piaţă liberă sunt următoarele:

- competiţie absentă sau diminuată, datorită: restricţiilor la intrarea pe piaţă (trebuie o atestare pentru a putea furniza servicii), mobilităţii reduse a factorilor de producţie, eterogenităţii îngrijirilor de sănătate, existenţei economiilor de scală şi de scop;
- imperfecţiuni informaţionale şi asimetrie informaţională datorită: cunoştinţelor limitate asupra propriei stări de sănătate, dificultăţii evaluării eficacităţii clinice, specificului relaţiei de agenţie şi cererii induse de ofertă, competiţiei nu pentru preţuri, ci pentru calitate;
- pieţe incomplete, datorită: prezenţei externalităţilor (pozitive şi negative), considerării sănătăţii ca bun valoros, existenţei bunurilor periculoase (bunuri al căror consum are efect negativ asupra sănătăţii), implicării altor valori, cum ar fi altruismul;
- argumente de genul echităţii, datorită: distribuţiei inegale a veniturilor şi existenţei unor nevoi de sănătate mai mari la cei cu venituri mici.

În faţa acestui eşec al pieţei libere în sfera serviciilor de sănătate, se pune întrebarea dacă trebuie să intervenim pe această piaţă. Motivele principale ale intervenţiei pe piaţa îngrijirilor de sănătate sunt: pentru reducerea riscului financiar asociat bolii, pentru a creşte consumul anumitor îngrijiri de sănătate, pentru creşterea accesibilităţii private la unele servicii de sănătate, pentru scăderea consumului de bunuri periculoase, pentru creşterea competiţiei pe piaţă, pentru restrângerea/controlul costurilor etc.

Cum anume se poate interveni pentru rezolvarea acestor aspecte ale pieţei serviciilor de sănătate? Cele mai frecvente soluţii utilizate sunt: introducerea asigurărilor private (voluntare) sau publice (obligatorii), subvenţionarea acordării unor servicii, subvenţionarea/transferul veniturilor între diferite categorii de persoane, acţiunile de promovare a sănătăţii, reglementarea publicităţii, stabilirea de diferite taxe şi impozite pentru comportamentele nocive sănătăţii, încurajarea competiţiei între furnizorii de servicii de sănătate, utilizarea unor sisteme de plată cu stimulente adecvate situaţiilor locale, informarea mai bună a consumatorilor, finanţarea cercetării pentru programe de sănătate cât mai cost-eficace, controlul finanţării globale, încurajarea reglementărilor profesionale/etice, negocierea tarifelor; stimularea sănătăţii publice, stimularea unui rol mai activ al "cumpărătorilor" etc.

"Problema de bază este că piaţa nu poate fi eficientă în schimburile care se concentrează pe termen scurt între un număr mic de oameni care tranzacţionează, unde informaţia atât asupra naturii bunului cât şi asupra rezultatului aşteptat este necunoscută, unde bunul este puţin substituibil între consumatori şi unde sunt mari probleme potenţiale legate de incertitudinea şi complexitatea luării deciziei" (McGuire, 1994).

3. FINANȚAREA SECTORULUI SANITAR

În secțiunile anterioare s-au descris pe scurt argumentele pentru care o piață liberă, privată a îngrijirilor de sănătate în care consumatorii plătesc direct pentru serviciile de sănătate primite este o modalitate ineficientă şi inechitabilă de alocare a resurselor.

Pe lângă plata directă de către consumatori (pacienți) a furnizorilor pentru îngrijirile de sănătate primite, metodă caracteristică pieței libere, cea mai cunoscută metodă de plată este reprezentată de metoda terțului plătitor (asigurarea de sănătate). Principiul de bază al finanțării printr-un terț plătitor este acela că indivizii plătesc în mod regulat o anumită sumă de bani către un terț (indiferent dacă ei consumă sau nu îngrijiri de sănătate), iar în momentul în care indivizii primesc îngrijiri de sănătate, plata furnizorilor se face de către terțul respectiv, din sumele colectate în timp. Finanțarea printr-un terț plătitor reprezintă ceea ce se numeşte o schemă de asigurare împotriva riscului de boală. Schema fluxurilor financiare într-o astfel de situație se poate observa în figura II.4.

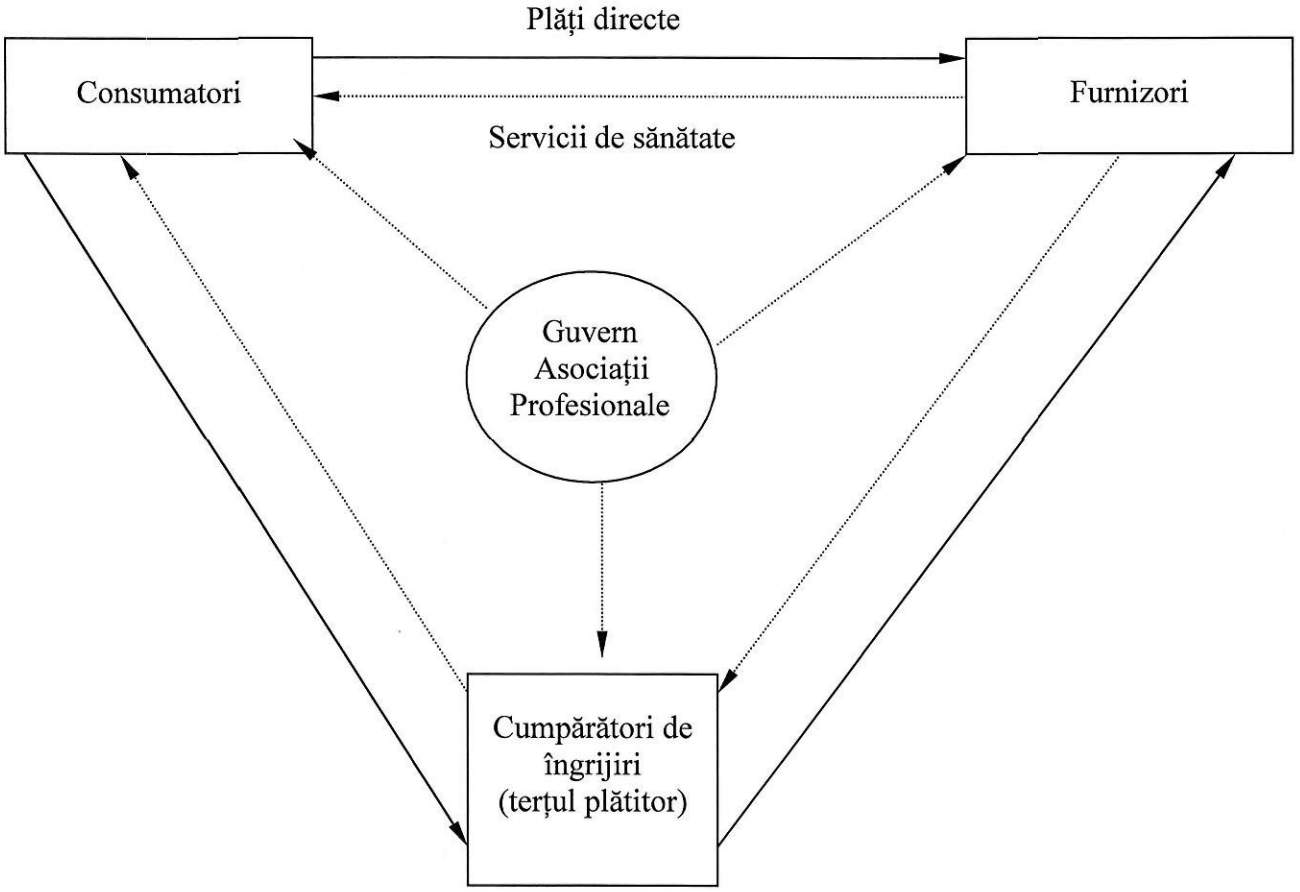

Figura II.4. Actorii implicați în finanțarea îngrijirilor de sănătate (sursa: OMS 92747)

Ceea ce realizează o schemă de asigurare, deci o finanțare a îngrijirilor de sănătate printr-un terț plătitor, este diminuarea riscului financiar individual, prin diseminarea acestuia la participanții din schema de asigurare. Cele două fluxuri financiare prezente în cazul metodei terțului plătitor sunt reprezentate de colectarea fondurilor şi plata furnizorilor. În continuare vom face o prezentare a altor opțiuni de finanțare a sectorului sanitar (în afară de plata directă), abordând colectarea fondurilor şi plata furnizorilor.

3.1 Colectarea fondurilor

Asigurarea este o modalitate de a împărți riscurile, riscul fiind probabilitatea de a apărea o pierdere. Riscul se poate asocia cu două tipuri de evenimente: care nu sunt predictibile (accidente, incendii etc.) și care sunt predictibile (moartea, îmbătrânirea, îmbolnăvirea). Îmbolnăvirea este un eveniment asociat cu bătrânețea sau cu moartea, dar deși cunoaștem că va apărea la cineva, cândva, nu putem prezice cu exactitate la cine anume și când anume. Acesta este motivul pentru care boala, respectiv sănătatea, sunt incerte pentru individ, dar predictibile pentru un grup de indivizi. Cu cât grupul de indivizi este mai mare, cu atât predicția de boală la nivelul grupului este mai exactă.

În felul acesta stau lucrurile pentru cei care decid să intre într-un sistem de asigurare pentru boală: toți asigurații decid să contribuie cu o sumă de bani, iar cei care se vor îmbolnăvi vor avea acoperite cheltuielile necesare din banii colectații la comun (Radu, 1999).

Motivele principale pentru care indivizii recurg la asigurarea de sănătate sunt următoarele:

- cererea pentru îngrijiri de sănătate este incertă; de aceea indivizii nu știu când vor avea nevoie de îngrijiri și în ce măsură, deci le va fi greu să prevadă ce bani să economisească pentru a putea plăti îngrijirile pe care le vor consuma;
- cheltuielile necesare unor anumite servicii pot avea consecințe catastrofale pentru bugetul unor indivizi; de aceea asigurarea poate avea și un rol de promovare a echității;
- unii indivizi au nevoie de mai multe îngrijiri de sănătate; astfel, este cunoscut faptul că bătrânii, copiii, familiile cu venituri scăzute au nevoi mai mari de îngrijiri de sănătate.

Este posibil însă ca existența unei finanțări printr-un terț plătitor să influențeze și riscul individual de boală. Aceasta se poate face prin stimularea consumului de servicii de sănătate preventive, care să scadă riscul apariției unor evenimente maladive mari consumatoare de resurse. În acest mod putem vorbi de o transformare a acestei asigurări împotriva bolilor într-o asigurare de sănătate, care încearcă nu doar acoperirea riscului financiar, ci și diminuarea riscului de boală prin stimularea comportamentului ce are ca țintă păstrarea sănătății.

În funcție de modul de colectare a fondurilor, asigurarea de sănătate poate fi de mai multe tipuri: asigurare voluntară (privată) și asigurare obligatorie (asigurare socială și asigurare publică prin intermediul guvernului).

Asigurarea privată (voluntară) de sănătate este acea asigurare în care indivizii decid voluntar să se asigure la o societate de asigurări. Ideea de bază este ca beneficiile plătite de asigurător (către furnizorii de îngrijiri de sănătate) să nu depășească veniturile colectate de la pacienți (sub forma contribuțiilor). Primele se pot stabili la un nivel egal pentru toți asigurații (prime comunitare) sau diferențiat, în funcție de riscul de boală al fiecărui asigurat (prime actuariale – de risc).

Problemele principale ale asigurărilor private sunt în număr de două:

- existența acestui fenomen de evaluare a riscului individual (raportarea primei de asigurare la riscul de boală) duce la excluderea din schema de asigurare a celor cu riscuri mari de boală (bătrâni, bolnavi cronici etc.), pentru care primele de asigurare sunt stabilite la un nivel foarte înalt; în concluzie firmele de asigurare vor căuta să asigure oameni sănătoși și cu venituri mari, deci vor

selecționa persoane cu riscuri mici de boală (riscurile "bune");

- pe de altă parte, cei care vor să-şi facă o asigurare privată vor căuta să obțină beneficii cât mai mari în schimbul primelor plătite; mulți dintre ei pot fi sănătoşi, deci să nu aibă nevoie de îngrijiri şi pot părăsi oricând schema, iar alții care au o problemă ascunsă de sănătate, vor dori să se alăture schemei; acest fenomen prin care societățile de asigurări selectează efectiv pe cei cu riscuri crescute (riscuri "rele"), poartă denumirea de selecție adversă, adică cei care ştiu că au un risc mai mare de boală sunt mai tentați să-şi facă o asigurare decât cei care se ştiu mai sănătoşi, deci cu risc mai mic de îmbolnăvire.

Deoarece asigurările private de sănătate nu pot oferi o soluție cuprinzătoare de finanțare a serviciilor de sănătate pentru întreaga populație, soluția adoptată de majoritatea organizatorilor de sisteme de sănătate o reprezintă introducerea obligativității schemelor de asigurare a sănătății. În acest fel, dispar ambele inconveniente menționate anterior: primele de asigurare nu mai sunt dependente de riscul de boală, ci de capacitatea de plată a fiecăruia (sunt legate de venitul individual), iar selecția adversă dispare, deoarece asigurarea este obligatorie şi pentru cei bolnavi şi pentru cei sănătoşi.

Asigurarea publică de sănătate, cunoscută mai frecvent ca şi *finanțare prin impozitare generală,* este o formă specială de asigurare în care indivizii nu plătesc contribuții pentru sănătate, ci, din impozitele (taxele) colectate de stat acesta asigură plata furnizorilor pentru serviciile furnizate indivizilor. În acest caz, terțul-plătitor este reprezentat de stat (sau de una dintre structurile sale), iar toți indivizii sunt îndreptățiți să primească servicii, indiferent de nivelul impozitului plătit. Se poate distinge un caz particular al asigurărilor publice, în care taxele colectate de stat sunt destinate special sănătății, deci un fel de taxă dedicată sănătății. În această situație, vorbim despre *finanțare prin taxe speciale* ("earmarked taxation").

Asigurarea socială de sănătate este acea formă de asigurare prin care indivizii sunt obligați să plătească prime către asigurător, prime care nu sunt legate de riscul de boală, ci de venitul fiecăruia. În acest mod, are loc o subvenționare a celor bătrâni de către tineri, a celor bolnavi de către cei sănătoşi şi a celor săraci de către cei mai bogați. Dispar astfel selecția adversă şi raportarea la risc, specifice asigurărilor private de sănătate. Cei care nu plătesc primele de asigurare nu beneficiază de plata asigurătorului către furnizor în momentul când solicită îngrijiri de la acesta.

Problema comună a tuturor sistemelor de asigurări (voluntare sau obligatorii) este legată de apariția *hazardului moral.* Acesta este fenomenul prin care apare un consum excesiv de îngrijiri de sănătate în cazul sistemelor în care pacienții nu plătesc nimic la punctul de contact cu furnizorii, în momentul când primesc îngrijiri de sănătate. Hazardul moral este inerent în orice schemă de asigurare şi duce la furnizarea excesivă de servicii din partea furnizorilor şi la consumul excesiv de servicii din partea asiguraților (Mossialos, 2002).

Există un hazard moral al consumatorului determinat de două cauze: (1) consumatorii au tendința de a supraconsuma îngrijiri de sănătate deoarece nu le plătesc în momentul consumului (efectul prețului scăzut), şi (2) tendința de a duce o viața mai riscantă, ştiind că nu plăteşte nimic în caz de boală (efectul de substituție).

Metodele clasice de atenuare a hazardului moral al consumatorului sunt: introducerea de co-plăți, deductibile, practicarea unor reduceri ale primelor în cazul utilizării mai reduse a serviciilor de sănătate, stabilirea unui plafon maxim al beneficiilor plătite etc. („Modelling in Health Care Finance: A compendium of quantitative techniques for health care financing", 1999).

Mai există însă şi hazardul moral al furnizorului, prin care acesta induce o creştere a cererii de servicii a pacientului (ştiind că acesta nu plăteşte direct nimic). Acest fenomen apare în special în sistemele care plătesc furnizorii pentru fiecare serviciu furnizat.

O comparaţie a diferitelor tipuri de finanţare se poate observa în Tabelul II.1.

Caracteristicile analizate	Impozitare generală	Impozitare specială	Asigurări sociale de sănătate	Asigurări private de sănătate
Sunt contribuţiile destinate special sectorului sanitar?	Nu	Da	Da	Da
Sunt contribuţiile legate de riscul de boală?	Nu	Nu	Nu	Da
Determină contribuţiile dreptul la beneficii?	Nu	Nu	Da	Da

Sursa: Witter S., Ensor T., Jowett M., Thompson R. - "Health Economics for Developing Countries", Macmillan, London and Oxford, 2000

Tabelul II.1. Caracteristicile principale ale metodelor de finanţare a sectorului sanitar

La aceste forme de asigurare se adaugă metode mai noi de finanţare, de tipul competiţiei dirijate ("managed competition"), îngrijirilor integrate ("managed care"), conturile de sănătate etc. Fiecare dintre metodele amintite reprezintă o formă de asigurare de sănătate, dar există particularităţi care le fac deosebite şi care determină modul în care acestea tratează problema riscului.

Finanţarea prin competiţie dirijată ("managed competition") presupune obligativitatea indivizilor de a se asigura, cu libertatea de a-şi alege asigurătorul, care va negocia cu furnizorii condiţii cât mai bune pentru plata îngrijirilor furnizate. Plata contribuţiilor se face în funcţie de venit (pentru acoperirea unui pachet de îngrijiri unic) spre un fond naţional (central) de asigurări, care va plăti caselor de asigurări fonduri per individ asigurat, în funcţie de riscul de boală al fiecăruia (Enthoven, 1997). Ceea ce trebuie să realizeze o astfel de finanţare, şi anume competiţia între asigurători pentru o orientare mai mare spre individ şi diminuarea puterii furnizorilor, trebuie pus în balanţă cu costurile mai mari de funcţionare. Chiar dacă unele ţări au propus şi au încercat astfel de metode de finanţare (Dekker în Olanda, Clinton în SUA), încă nu se pot trage concluzii despre beneficiile şi dezavantajele certe ale acestei metode (Fuchs, 1998).

Finanţarea prin îngrijiri integrate ("managed care") este un concept nou care integrează finanţarea cu furnizarea de îngrijiri de sănătate şi care presupune furnizarea serviciilor într-un sistem integrat, cuprinzător, responsabil şi competitiv (Donaldson, 1993), iar individul care se asigură negociază cu terţul plătitor care este în acelaşi timp şi furnizorul (sau într-un contract specific cu furnizorul). Reprezentantul unui astfel de asigurător-furnizor este organizaţia de tip HMO ("Health Maintenance Organisation") din SUA. Aceste organizaţii solicită contribuţii care au aceleaşi caracteristici cu cele de la asigurările private de sănătate (legate de risc, pentru contribuţiile individuale, sau comunitare, pentru contribuţiile de grup). De obicei, aceste contribuţii sunt mai mici decât la asigurările private, deoarece limitează accesul la o gamă proprie de furnizori şi apare împărţirea riscului financiar cu furnizorul prin contracte pe bază de capitaţie, bugete globale prospective etc.

Finanţarea prin conturi de sănătate este o metodă de finanţare a îngrijirilor de sănătate care presupune obligativitatea plăţii unei contribuţii lunare într-un cont bancar personal de sănătate. În eventualitatea unor boli, banii pot fi scoşi din acest cont personal şi folosiţi pentru cumpărarea de pe piaţa liberă a acelor îngrijiri care sunt considerate necesare. Banii din aceste conturi nu pot fi folosiţi decât pentru plata îngrijirilor de sănătate, pot fi donaţi membrilor de familie, tot pentru a fi folosiţi la îngrijirile de sănătate, sau retraşi la pensionare (cu păstrarea unui nivel minim în cont). Sistemul funcţionează în Singapore sub denumirea de Medisave, fiind completat de alte două scheme de acest gen: Medishield, pentru evenimentele catastrofice, şi Medifund, care plăteşte servicii minimale pentru populaţia care nu are nici un fel de altă asigurare.

Metodele de finanţare a îngrijirilor de sănătate nu apar în aceste forme pure, în care au fost descrise, decât rar, de cele mai multe ori ele fiind mulate pe condiţiile specifice din fiecare ţară şi, uneori, mixate chiar în interiorul unui singur sistem de îngrijiri de sănătate. La modul ideal, se pare că soluţia cea mai bună de finanţare ar fi aceea a unui sistem de sănătate cu trei nivele, după cum urmează (după "Analysing Health Sector Performance", Background Paper, WBI/World Bank Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing, 1999):

- pentru bunurile şi serviciile de sănătate publice, cu impact major asupra stării de sănătate, cea mai indicată metodă este finanţarea prin impozitare generală;
- pentru îngrijirile de sănătate necesare, derivate din riscul de boală individual, cele mai indicate metode sunt finanţarea publică prin impozitare specială sau asigurarea socială de sănătate;
- pentru serviciile considerate non-necesare (cu eficacitate nedovedită, de lux, la cererea pacienţilor etc.), cele mai indicate metode sunt finanţarea prin asigurări private de sănătate sau prin plată directă din buzunar.

Ceea ce trebuie să facă orice ţară care doreşte punerea în practică a unui astfel de sistem de finanţare mixt este definirea pe baza valorilor din societate şi a fondurilor disponibile a ceea ce se consideră a fi bunuri publice, bunuri necesare şi de lux în domeniul îngrijirilor de sănătate. Acest lucru trebuie realizat în cadrul politicilor de sănătate ale fiecărei ţări, deoarece şi pentru o astfel de problemă care pare, preponderent, tehnică nu există soluţii pur tehnice fără implicare politică (Vlădescu, 2002).

3.2 Finanţarea îngrijirilor de sănătate din România

Finanţarea îngrijirilor de sănătate din România şi alocarea resurselor reprezintă pentru sistemul de îngrijiri de sănătate locurile principale de acţiune ale reformei sanitare ce se desfăşoară în România în ultimii ani. Finanţarea sistemul sanitar din România a trecut în ultimii 15 ani, din punct de vedere conceptual, prin trei mari etape: (1) schemă de asigurări obligatorii prin impozitare generală, (2) schemă de asigurări obligatorii prin impozitare generală şi taxe dedicate sănătăţii şi (3) schemă de asigurări sociale de sănătate şi asigurări obligatorii prin impozitare generală şi dedicată sănătăţii (Zarckovic, 1998).

Înainte de anul 1989 şi până în anul 1992, finanţarea sistemului de sănătate românesc avea la bază un sistem de asigurări obligatorii, sub forma unei finanţări prin impozitare generală. Statul era cel care colecta prin Ministerul Finanţelor taxele şi impozitele generale. Din aceste sume colectate Guvernul şi mai apoi Parlamentul decidea ce sumă să fie alocată Ministerului Sănătăţii, care reprezenta în fapt terţul-plătitor, deoarece el era ordonatorul principal de credite. Trebuie precizat că, în acelaşi timp,

Ministerul Sănătății era şi singurul furnizor de îngrijiri de sănătate prin instituţiile sanitare din subordinea sa (spitale, institute etc.), ceea ce a determinat existenţa unui sistem de sănătate integrat, în care rolul de solist principal îl avea Ministerul Sănătății şi organismele sale teritoriale (direcţiile judeţene de sănătate publică). Ceea ce trebuie evidenţiat este că acest mod de finanţare a dus la două consecinţe importante (Donaldson, 1993):

- percepţia populaţiei că furnizarea îngrijirilor de sănătate este un proces pentru care nu se plăteşte şi de care este răspunzător statul;
- lipsa definirii exacte a îngrijirilor de sănătate de care puteau beneficia cetăţenii, rezultând percepţia că orice fel de îngrijire poate fi furnizată, dacă sunt resursele necesare pentru aceasta.

Fondurile colectate şi gestionate anual de Ministerul Sănătății au reprezentat aproximativ 3% din Produsul Intern Brut (PIB) al României, cu variaţii mici, în plus sau în minus, de la un an la altul. Deşi s-a redus treptat, fiind înlocuită de finanţarea prin asigurări sociale de sănătate, acest mod de finanţare mai există şi în acest moment, reprezentând aproximativ 15% din sumele totale cheltuite pentru sistemul de îngrijiri de sănătate.

Un caz particular al finanţării prin impozite generale a fost acela din perioada 1995-1997, când o parte a cheltuielilor din sectorul sanitar au fost acoperite prin fonduri provenind de la bugetele locale, şi nu de la bugetul de stat. Aceste fonduri nu erau gestionate de Ministerul Sănătății, dar utilizarea lor era dictată de normele legale prin care se introdusese acest mecanism (se acopereau cheltuielile de întreţinere, hrană, obiecte de inventar cu valoare mică etc.).

Începând cu anul 1992, apare o nouă modalitate de finanţare în sistemul sanitar românesc, şi anume, Fondul special pentru sănătate. Acest Fond avea rolul de a completa resursele financiare de care beneficia Ministerul Sănătății prin alocare de la bugetul de stat. Momentul când a apărut acest Fond reflectă penuria de resurse financiare ale statului, ca urmare a recesiunii economiei începută odată cu anul 1990. Modul de constituire a acestui Fond a fost reglementat de Ordonanţa Guvernului nr. 22/1992, aprobată prin Legea nr. 114/1992 şi avea la bază contribuţia angajatorilor de 2%, raportat la fondul de salarii, plus colectarea unor taxe specifice pentru produse considerate nocive sănătății (tutun şi alcool). La înfiinţarea sa, Fondul special pentru sănătate, se constituia direct la Ministerul Sănătății şi avea ca destinaţie principală compensarea preţurilor la medicamentele eliberate în ambulatoriu. Finanţarea prin acest Fond special s-a adăugat aceleia existente prin alocarea directă de la bugetul de stat, reprezentând aproximativ 20% din sumele totale cheltuite pentru finanţarea sistemului de îngrijiri de sănătate (Zarckovic, 1998).

Efectele introducerii Fondului special de sănătate au fost (Enachescu, 1998):

- creşterea resurselor colectate pentru finanţarea îngrijirilor de sănătate;
- sensibilizarea angajatorilor asupra faptului că, prin sumele plătite, contribuie direct la îngrijirile de sănătate acordate salariaţilor; acest efect a fost umbrit însă de povara reprezentată de această taxă specială, care s-a adăugat la nivelul taxelor existente deja pentru fiecare angajator.

Din anul 1998, ca urmare a adoptării Legii asigurărilor sociale de sănătate (urmată de o serie de modificări şi completări), finanţarea predominantă a sănătății se face prin colectarea unor taxe speciale, dedicate sănătății care provin direct sau indirect de la angajatori, angajaţi, liber-profesionişti, pensionari, şomeri etc. Introducerea acestui mecanism de finanţare este dublată de înfiinţarea Caselor de Asigurări, care sunt instituţii publice care nu sunt subordonate Ministerului Sănătății. Efectele imediate ale introducerii

noii modalităţi de finanţare au fost:

- evidenţierea cu claritate a faptului că banii pentru îngrijirile de sănătate provin direct din buzunarul fiecărui cetăţean;
- separarea celui care finanţează sistemul de sănătate (casele de asigurări) de cel care furnizează serviciile de sănătate (Ministerul Sănătăţii în cea mai mare parte din cazuri) şi stabilirea unor relaţii contractuale între aceşti parteneri;
- creşterea fiscalităţii pentru angajatori, de la 2% la 5% şi apoi la 7%.

Introducerea finanţării prin asigurări sociale nu a desfiinţat finanţarea prin taxe generale, ci doar a dus la definirea (mai mult sau mai puţin precisă) domeniilor de activitate sanitară care vor fi acoperite prin cele două metode principale de finanţare: asigurările sociale de sănătate şi asigurarea publică gestionată de Ministerul Sănătăţii. Trebuie menţionat că din punctul de vedere al fondurilor colectate, introducerea asigurărilor sociale de sănătate în anul 1998 nu a adus majorări de fonduri, totalul sumelor pentru sănătate reprezentând tot în jur de 3% din PIB. Odată cu intrarea deplină în practică a asigurărilor sociale de sănătate, din 1999, şi majorarea contribuţiilor de la 5 la 7%, totalul fondurilor pentru sănătate a crescut, ceea ce a dus la o majorare a ponderii cheltuielilor pentru sănătate în PIB până spre 4%. În sume absolute, pentru sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cheltuielile s-au majorat de la aproximativ 1,2 miliarde dolari SUA în anul 1999 la 2,7 miliarde dolari SUA în anul 2005 (Radu, 2005).

Este necesar a fi precizat că aceste 3 modalităţi de finanţare descrise nu sunt singurele care au fost şi/sau există în sistemul de îngrijiri de sănătate din România. Ele sunt cele care au dominat finanţarea sistemului şi care stau la baza schemei de asigurări publice. Pe lângă aceste forme, plata directă a unor servicii (stomatologice, servicii de specialitate în ambulatoriu etc.) sau co-plăţile altor servicii (medicamente) reprezintă metode de finanţare prin care sistemul de îngrijiri de sănătate vehiculează sume importante.

La aceste plăţi directe, oficiale, se pot adăuga şi plăţile neoficiale (IMSS, 2001). Totalul sumelor cheltuite în sistem în afara celor care finanţează direct schema de asigurări obligatorii, variază de la un studiu la altul, în limite foarte mari, fiind cuprinse între 20 şi 50% din fondurile colectate de sistemul de asigurări obligatorii, ceea ce conduce spre o pondere de 5-7% din PIB folosită pentru totalul îngrijirilor de sănătate.

Ancheta integrată în gospodării realizată de Institutul Naţional de Statistică şi Studii Economice în anul 1999 a estimat nivelul cheltuielilor private (cheltuieli directe plus plăţi "informale") la 305 milioane dolari SUA, adică aproximativ 22% din totalul cheltuielilor, sau 0,9% din PIB. Această pondere de 22% a cheltuielilor private este mai mare decât media din ţările membre ale OECD, dar este mai mică decât în ţări, precum SUA sau Australia, şi situează România la media din ţările Europei Centrale şi de Est (Vlădescu, 2001).

3.3 Plata furnizorilor

Plata furnizorilor reprezintă cel de-al doilea flux financiar într-un sistem care are la bază un terţ plătitor. Separarea modului în care se colectează fondurile (sursele de finanţare) de modul în care acestea se distribuie furnizorilor este o temă importantă a economiei sanitare. Plata furnizorilor este unul din punctele cheie ale unui sistem de îngrijiri de sănătate, ştiut fiind că aceasta stă la baza activităţii furnizorilor de servicii.

Criteriile de judecată a succesului unei metode de plată a furnizorilor sunt următoarele (Witter, 2000):

- costul administrării şi monitorizării,
- controlul asupra costurilor totale,
- efectul asupra calităţii îngrijirilor,
- impactul asupra eficienţei tehnice,
- efectul la nivelul eficienţei alocative.

Prezentarea principalelor metode de plată a furnizorilor, precum şi a stimulentelor pe care acestea le implică din punct de vedere ai tipului, volumului, costului şi calităţii serviciilor furnizate se va face urmărind iniţial plata practicienilor individuali (în principiu, medici generalişti), apoi plata instituţiilor sanitare (în principiu, spitale).

Plata personalului medical se poate face prin:

- capitaţie – reprezintă plata medicilor în concordanţă cu numărul pacienţilor înregistraţi la cabinetul propriu (pe lista lor); plata se face indiferent de volumul serviciilor furnizate în decursul unui an; este evident faptul că un pacient nu se poate înregistra decât pe lista unui medic, dar alegerea medicului este liberă; plata prin capitaţie este potrivită acolo unde scopul este de a plăti medicul pentru a asigura acoperire cu servicii, mai degrabă, decât a furniza multe tratamente; în general se face o ajustare a capitaţiei pentru fiecare pacient, în funcţie de vârsta acestuia (pentru copii şi bătrâni se plăteşte mai mult); uneori, capitaţia se suplimentează cu plata separată pentru realizarea anumitor obiective cheie (screening pentru cancer, vaccinări etc.); sistemul capitaţiei încurajează medicii la competiţie, pentru atragerea pacienţilor pe lista lor, dar odată înregistraţi pacienţii, medicii au stimulentul de a furniza cât mai puţine servicii; o problema frecventă a capitaţiei este apariţia fenomenului de selecţionare a pacienţilor buni ("cream skimming"), deoarece chiar în cazul unei capitaţii ajustate se pot găsi pacienţi care nu sunt acceptaţi la înregistrare;
- plata per serviciu – adică plata fiecărei proceduri sau serviciu furnizate pacientului; în această situaţie trebuie definită unitatea de plată şi preţul acesteia; lunar medicul centralizează serviciile furnizate şi trimite o nota de plată terţului plătitor; în general terţul plătitor foloseşte o schemă tarifară unică de plată a furnizorilor; prin acest sistem, fiecare furnizor este plătit în funcţie de munca depusă, iar medicii au stimulente de a furniza servicii prompte, atractive şi de calitate; marea slăbiciune a acestei metode este aceea că încurajează medicii la un exces de consultaţii şi proceduri, dintre care unele nu sunt necesare (aici se manifestă specificul relaţiei de agenţie prin care furnizorii cresc cererea de servicii – hazardul moral al furnizorilor), ceea ce duce la o escaladare a costurilor; pentru rezolvarea acestei probleme se poate fixa un nivel maxim al plăţilor, fiecare serviciu urmând să primească un anumit număr de puncte, iar valoarea unui punct să fie stabilită în funcţie de numărul total de puncte realizate; o altă metodă constă în verificarea de către terţul plătitor a "profilului medicului", pentru a vedea dacă acesta furnizează servicii ne-necesare sau raportează servicii care nu au fost furnizate (McGuire, 1994);

- plata în funcţie de realizarea unor obiective stabilite de comun acord cu terţul plătitor; se foloseşte când se doreşte realizarea unui volum mare de servicii prin care să se asigure succesul programului (ex: vaccinările);
- salariu – metodă bine cunoscută, prin care anual se plăteşte o sumă fixă de bani, indiferent de volumul de muncă sau de calitatea serviciilor furnizate; pot exista şi contracte în care salariile să fie ajustate pe baza performanţelor realizate (de exemplu, prime pentru realizarea unor nivele optime de vaccinare); în cazul existenţei unei relaţii între nivelul salariului şi performanţa realizată, este foarte important de stabilit cine şi cum monitorizează performanţa; această modalitate de plată se poate combina cu acordarea unor bonusuri, de obicei pentru furnizarea de îngrijiri unui număr mare de pacienţi („Economie sanitară şi management financiar", 2003).

Plata instituţiilor sanitare se poate face prin:

- plata per unitate furnizată – furnizorul acordă un serviciu pacientului, iar plata se face în general după aceea, pe baza unei înţelegeri (tarif) între furnizor şi terţul plătitor; în acest caz trebuie definită unitatea care stă la baza plăţii; o unitate de îngrijiri se poate defini în diferite moduri:
  - ziua de spitalizare; unităţile sunt plătite cu o sumă fixă sau variabilă pentru fiecare zi pe care o petrece un pacient în spital; acest mod de plată are un mare dezavantaj, deoarece stimulează menţinerea cât mai îndelungată a pacienţilor în spital;
  - serviciul sau procedura furnizată – mecanismul este identic cu cel de la plata per serviciu a practicienilor individuali;
  - costul mediu per pacient – furnizorii primesc o sumă de bani fixă pentru fiecare pacient tratat, pe baza calculării unui cost mediu; această metodă nu încurajează furnizarea cât mai eficientă a îngrijirilor, deoarece îi răsplăteşte pe cei care au costuri mari;
  - standarde medicale economice – furnizorii sunt plătiţi în funcţie de diagnosticul de boală, pentru fiecare diagnostic pacientul fiind supus unui protocol de tratament; necesită stabilirea anterioară a acestor protocoale, precum şi un sistem foarte bun de monitorizare;
  - costul per tip de pacient – furnizorii sunt plătiţi pentru fiecare pacient externat, în funcţie de diagnosticul pus, diagnostic ajustat în funcţie de severitate, vârstă, complicaţii, diagnosticele secundare etc.; cele mai cunoscute metode de plată de acest fel sunt plata per DRG (Diagnosis Related Groups - în S.U.A., Australia etc.) şi plata per HRG (Healthcare Related Groups - în Anglia); acest mod de plată necesită stabilirea anterioară a preţului pentru fiecare grup de diagnostice, iar plata se face prospectiv; spitalele ştiind cât vor încasa în avans, vor intra în competiţie pentru calitatea serviciilor, încercând să-şi reducă şi cheltuielile; pentru spitalele care nu se află într-un mediu concurenţial, există riscul de a apărea o diminuare a calităţii odată cu reducerea cheltuielilor;
- plata prin buget – adică furnizorul primeşte o sumă fixă pentru un an întreg; pot exista mai multe tipuri de bugetare:
  - normativă, adică în concordanţă cu numărul de paturi sau de personal etc.; permite creşterea autonomiei unităţilor sanitare şi a responsabilităţii lor;

nu are foarte multe stimulente de creştere a eficienţei,

- istorică, în care bugetul alocat are la bază activitatea din anul precedent; are stimulente perverse întrucât cei care cheltuiesc mult vor primi şi mai mult, iar cei care economisesc vor primi şi mai puţin;
- per capitaţie, pentru fiecare locuitor deservit de unitatea respectivă; în acest caz spitalul îşi asumă riscul financiar al servirii populaţiei respective;
- clinică, în care se împarte bugetul unităţii la nivelul fiecărei clinici (secţii); implică o structură spitalicească diferită, cu o semiindependenţă clinică.

Indiferent de mecanismul de plată ales la finanţarea spitalelor, este nevoie de stabilirea unui contract care are la bază detalierea unui contract general de funcţionare între furnizor şi terţul-plătitor. Din perspectiva mecanismului de plată a spitalelor, contractele pot fi:

- contracte bloc, în care spitalul se angajează să furnizeze servicii pentru o populaţie desemnată, urmând a fi plătit cu o sumă fixă pentru fiecare membru al populaţiei respective; este un fel de capitaţie a spitalelor, dar în care se specifică mai detaliat ce servicii se aşteaptă a fi furnizate de spitalul respectiv; este o soluţie bună atunci când contractul este legat şi de furnizorii de îngrijiri primare (ex: Health Maintenance Organisations - HMO - în S.U.A);
- contracte pe tipuri de servicii, în care se precizează ce servicii sunt furnizate de spital şi modalitatea efectivă de plată pentru fiecare tip de servicii; acesta este modelul folosit în acest moment în România, unde spitalele contractează serviciile pe diferite mecanisme de plată (pe caz rezolvat-DRG, pe zi de spitalizare, bugetare normativă etc. – conform Ordinului CNAS/MS nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005);
- contracte cost-volum, în care se precizează ce volum de servicii se vor plăti şi care este preţul pentru fiecare dintre servicii; în cazul unei depăşiri a numărului de servicii contractate, plata se face la un preţ diferit de cel plătit iniţial (doar pentru cazurile peste cele contractate); se pretează pentru servicii care se pot planifica şi care nu sunt urgente.

Fiecare mod de plată are avantajele şi dezavantajele sale, fiind greu de spus, la modul general, care este mai bun. În introducerea unui nou sistem de plată a furnizorilor trebuie avute în vedere specificul fiecărei categorii de furnizori în parte, precum şi capacitatea de monitorizare a modalităţii de plată. Mai mult, experienţa a dovedit că, deşi modalitatea de plată modifică implicit comportamentul furnizorilor, mai important în determinarea acestui comportament este nivelul venitului, şi nu modul de obţinere a acestuia. Indiferent dacă sunt simple sau complexe, metodele de plată a furnizorilor nu pot suplini o planificare, cumpărare şi contractare eficace (Witter, 2000).

3.4 Plata furnizorilor de îngrijiri de sănătate în România

Până la apariţia Legii asigurărilor sociale de sănătate şi a intrării sale în vigoare, plata furnizorilor din sistemul sanitar românesc avea la bază o abordare normativă, plecând de la resursele necesare funcţionării sistemului de sănătate. Furnizorii de servicii erau

considerate spitalele, care aveau în structura lor atât unitățile propriu-zis cu paturi, cât şi policlinicile şi dispensarele. Funcționând într-un sistem integrat finanțator-plătitor, spitalele erau considerate ordonatori terțiari de credite, şi primeau resursele financiare defalcate pe articole bugetare: salarii, medicamente şi materiale, hrană, cheltuieli de întreținere, cheltuieli pentru reparații etc. În funcție de locul unde apăreau aceste cheltuieli, spitalele alocau aceste resurse spre unitățile din structura lor. Personalul angajat în spitale era plătit printr-o singură metodă, salariul, indiferent dacă activitatea se desfăşura în spital, policlinică sau dispensar.

O etapă intermediară, de la acest mod de plată a furnizorilor spre cel contractual din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, a fost experimentat în cele 8 județe unde s-a aplicat Hotărârea Guvernului nr. 370/1994 care schimba modul de organizare a asistenței primare. În aceste județe medicii din dispensare au fost scoşi de sub tutela spitalelor cărora le aparțineau dispensarele unde lucrau şi au contractat serviciile furnizate populației cu direcțiile sanitare județene. Modul de plată a avut la bază capitația, dar şi plata unor anumite servicii specifice (imunizări, controale periodice etc.) sau realizarea unor obiective sanitare. În acest mod nu au fost acoperite însă toate cheltuielile dispensarelor, salariile personalul angajat şi celelalte cheltuieli de funcționare fiind acoperite de către direcțiile sanitare sau bugetele locale, după caz. Deşi era prevăzut ca furnizorii din asistența primară să primească bugete globale (având la bază capitația) pentru acoperirea întregii activități desfăşurate în dispensare, acest lucru nu s-a reuşit în practică.

Introducerea Legii asigurărilor sociale de sănătate a impus o nouă concepție privind plata furnizorilor de îngrijiri de sănătate, prin necesitatea contractării între furnizorul de îngrijiri şi plătitor. În noua organizare a sistemului sanitar, casele județene de asigurări de sănătate sunt singurele care contractează îngrijiri de sănătate pentru asigurați, iar orice entitate ce are un contract de furnizare de servicii cu casele de asigurări este numit furnizor de servicii. În plus, sistemul contractării serviciilor a permis participarea pe piața furnizorilor de servicii şi a furnizorilor privați, pe lângă furnizorii publici. Adițional, orice furnizor de servicii de sănătate poate contracta servicii şi cu plata directă de către pacient sau de către terți (asigurători privați, angajator etc.). Baza contractuală a noilor relații între finanțator şi furnizor a determinat folosirea unor noi metode de plată (conform Ordinului CNAS/MS nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005):

- pentru asistența primară, relația contractuală se stabileşte între casele de asigurări județene şi cabinetele medicale organizate conform OG 124/1998, cu modificările şi completările ulterioare; modul de plată a acestor furnizori este prin capitație şi per serviciu; numărul punctelor aferente fiecărui asigurat, lista serviciilor plătite, modalitățile de decontare etc. sunt reglementate în Contractul Cadru şi normele de aplicare a acestuia; metoda de stabilire a valorii de rambursare aferentă unui punct din asistența primară este cea a punctului flotant, care ia în considerare nivelul fondurilor alocate îngrijirilor primare şi totalul punctelor aferente îngrijirilor furnizate; problemele principale care derivă însă din acest nou mod de plată sunt:
  - reducerea la minim a timpului şi a numărului de consultații furnizate asiguraților în condițiile plății majoritar prin capitație;
  - selecția pacienților care au probleme reduse de sănătate mai ales acolo unde sunt puțini furnizori, şi nu există competiție între medici;

- pentru asistența medicală din ambulatoriul de specialitate, relația contractuală se stabileşte între casele de asigurări județene şi cabinetele medicale organizate conform OG 124/1998, cu modificările şi completările ulterioare sau spitalele care au în structura lor unități de asistență medicală ambulatorie de specialitate; modalitatea de plată este per serviciu furnizat (consultație sau tip de investigație), iar în vederea limitării efectului de suprafurnizare de servicii, s-a stabilit un nivel maxim al numărului de consultații admis la plată pentru fiecare zi de activitate, acest nivel fiind de 28 de consultații; numărul de puncte aferente fiecărei consultații, serviciu medical sau tratament este reglementat în Contractul Cadru şi normele de aplicare a acestuia, iar valoarea punctului are la bază acelaşi principiu ca în asistența primară, adică este recalculat pe o bază trimestrială în funcție de sumele disponibile şi de numărul efectiv de puncte realizate; în cazul investigațiilor sunt stabilite tarife efective, dar se negociază volumul furnizat cu fiecare furnizor în parte; problemele care derivă din acest nou mod de plată al furnizorilor din ambulatoriul de specialitate sunt:
  - lipsa unui sistem informatic care să permită o evaluare rapidă a serviciilor decontate, atât consultații cât şi investigații şi tratamente;
  - insuficienta definire a condițiilor în care se poate încheia un contract de furnizare de servicii de către un furnizor privat cu casele județene de asigurări de sănătate;
- pentru asistența medicală spitalicească, modalitatea de plată este: tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru îngrijirile pentru afecțiuni acute, tarif pe zi de spitalizare pe tipuri de secții şi spitale pentru îngrijirile aferente afecțiunilor cronice etc. Problemele de fond, încă nerezolvate, ale mecanismelor actuale de finanțare a spitalelor sunt următoarele:
  - faptul că finanțarea pe caz rezolvat nu a ajuns încă la utilizarea unui tarif unic național (în lipsa unor costuri determinate local pe diferite tipuri de pacienți);
  - lipsa unor sisteme de ajustare care să aibă în vedere diversitatea furnizorilor de servicii spitaliceşti şi condițiile obiective de funcționare a unora dintre aceştia (centre de excelență, servicii terțiare, zone izolate etc.);
  - insuficienta definire a serviciilor furnizate şi finanțate prin spitalizarea de zi şi integrarea acestei spitalizări cu spitalizarea continuă.
- pentru asistența medicală stomatologică, modalitatea de plată este per serviciu, dar implică şi co-plată din partea asiguratului; prin Contractul Cadru şi normele de aplicare ale acestuia sunt stabilite tarifele şi nivelul co-plăților pentru serviciile stomatologice;
- pentru asistența medicală de urgență prespitalicească contractele de furnizare de servicii prevăd ca modalitate de plată bugete negociate pe baza mai multor indicatori: cost pe kilometru parcurs sau cost per solicitare, în funcție şi de alte elemente: timpul mediu de răspuns şi gradul de dotare a mijlocului de transport;
- pentru serviciile medicale de reabilitare a sănătății, plata furnizorilor prevede mai multe modalități, în funcție de tipul furnizorului:

- tarif pe zi de spitalizare, în cazul când furnizorul este o unitate spitalicească, sau tarif per serviciu în cazul în care furnizorul este o unitate ambulatorie de specialitate;
- negocierea unor bugete pe bază istorică, în cazul preventoriilor, sau negocierea unor bugete pe bază istorică, la care se adaugă şi co-plată din partea asiguratului la un nivel de 25-30% din costul unei zile de spitalizare, în cazul sanatoriilor.

Anii viitori vor arăta gradul în care fiecare din noile modalităţi de plată (apărute odată cu sistemul asigurărilor sociale de sănătate) a furnizorilor şi-au atins scopul pentru care au fost introduse.

4. CUMPĂRAREA ŞI CONTRACTAREA SERVICIILOR

Aşa cum s-a descris anterior, în majoritatea sistemelor de sănătate pacientul nu mai este cel care cumpără direct serviciile de care are nevoie. Cumpărarea serviciilor se face de către terţul plătitor, folosind în acest scop resursele colectate de la contribuabili.

Această idee de "cumpărare a serviciilor de sănătate" este oarecum nouă, deoarece iniţial sistemele care aveau la bază un terţ plătitor funcţionau pe principiul plăţii furnizorilor în concordanţă cu serviciile acordate pacienţilor. Cu timpul, s-a observat însă, că datorită specificului relaţiei de agenţie şi a cererii induse de ofertă, nivelul serviciilor cerute de pacienţi depăşeşte posibilităţile de finanţare. De aici a apărut ideea de raţionalizare a serviciilor care trebuie oferite pacienţilor în funcţie de nevoile de sănătate identificate la nivel populaţional.

Până de curând, în majoritatea ţărilor, funcţia de evaluare a nevoilor de sănătate la nivel populaţional şi de cumpărare a serviciilor în legătură cu nevoile identificate era integrată în organizaţii care erau în acelaşi timp şi furnizoare de servicii de sănătate. Exemplul cel mai la îndemnă este cel al ţării noastre unde Ministerul Sănătăţii şi direcţiile sanitare judeţene aveau în acelaşi timp acest rol dublu: de a identifica nevoile populaţiei şi de a cumpăra servicii, dar şi de a furniza servicii prin toate unităţile sanitare care le aparţineau. Din această cauză funcţia de cumpărare se face de cele mai multe ori având în vedere nu atât nevoile populaţiei, ci ale furnizorilor de servicii de sănătate.

Pentru a rezolva această situaţie, tendinţa actuală de reorganizare a acestor instituţii este aceea de separare a celor care cumpără servicii în numele populaţiei de cei care furnizează serviciile. Acest proces poartă denumirea de "separare a cumpărătorului de furnizor" (Witter, 2000).

Prin aplicarea Legii asigurărilor sociale de sănătate, casele judeţene de asigurări de sănătate cumpără servicii, iar cât timp spitalele vor aparţine de direcţiile judeţene de sănătate publică, acestea vor fi principalul furnizor de servicii. În momentul în care spitalele vor aparţine comunităţilor, se poate spune că aceste comunităţi reprezintă principalul furnizor de servicii de sănătate. În plus, medicii din asistenţa primară, organizaţi ca practicieni independenţi, contractează direct serviciile acordate pacienţilor cu casele de asigurări de sănătate.

Ceea ce se întâmplă de cele mai multe ori în practică (nu numai la noi) este faptul că terţul plătitor se preocupă predominant de modul de plată a furnizorilor, şi mai puţin de evaluarea nevoilor populaţiei. Chiar dacă au puterea financiară, cumpărătorii sunt frecvent

dominați de interesele profesioniștilor din interiorul organizațiilor furnizoare de servicii, sau practică metode de finanțare istorice fără a face vreo evaluare a cost-eficacității serviciilor care sunt furnizate. Acesta este motivul pentru care trebuie accentuat rolul "de gândire" în cadrul unor astfel de organizații ale cumpărătorilor de servicii de sănătate.

Obiectivul general al cumpărătorilor este de a maximiza îmbunătățirea stării de sănătate a populației din aria lor, iar acest lucru se face prin evaluarea nevoilor și cumpărarea de servicii eficace și cost-eficace. Alte obiective mai pot include cumpărarea de servicii care să răspundă unor criterii cum ar fi accesibilitatea, calitatea etc.

Rolurile și activitățile principale ale unui cumpărător de servicii de sănătate sunt:

- evaluarea nevoilor de servicii ale populației;
- identificarea strategiilor, programelor și intervențiilor cost-eficace de soluționare a acestor nevoi ale populației;
- evaluarea serviciilor de sănătate existente și a modului în care acestea pot răspunde strategiilor identificate;
- consultarea medicilor/publicului/pacienților asupra valorilor sociale și a priorităților;
- urmărirea politicilor naționale și locale în domeniul sănătății;
- definirea cât mai exactă a serviciilor care se dorește a fi cumpărate (clarificarea pachetului de bază de servicii de sănătate care sunt acoperite prin schemele de asigurări de sănătate);
- stabilirea unor contracte cu furnizorii, cu specificarea cantității, calității și prețului serviciilor;
- monitorizarea/evaluarea furnizorilor de servicii de sănătate, în vederea aprecierii concordanței între serviciile contractate și cele furnizate pacienților (deoarece plătitorul de servicii de sănătate nu primește serviciile respective, ci pacientul!);
- folosirea informațiilor obținute pentru un nou ciclu de cumpărare/contractare.

Evaluarea nevoilor populației nu este ușor de realizat, mai ales în contextul unor diferite definiții ale nevoilor. În primele secțiuni ale acestui capitol au fost prezentate definițiile nevoii percepute, nevoii cerute, nevoii normative și nevoii comparative. Un termen ideal este acela al nevoii obiective, care reflectă nevoia reală de servicii de sănătate a unui pacient.

Economiștii folosesc frecvent în evaluarea nevoilor termenul de "capacitate de a beneficia" care unește conceptul de nevoie obiectivă cu cel de disponibilitate a unui tratament eficace care să răspundă acelei nevoi.

Toți acești termeni diferă de *priorități*, care sunt definite ca modul de înțelegere a nevoilor de către cei care fac politicile de sănătate, nevoi filtrate și printr-o sită a considerațiilor politice.

În evaluarea nevoilor necesare procesului decizional al cumpărării, este necesară o viziune asupra întregii comunități (maximizarea îmbunătății stării de sănătate), ceea ce uneori poate duce la conflicte de interese cu medicii clinicieni sau cu pacienții individuali, care doresc să beneficieze de cele mai bune tratamente disponibile. Argumentul în favoarea unui țel explicit de maximizare a îmbunătății stării de sănătate este

acela că forţează politicienii, managerii şi doctorii să precizeze clar care sunt priorităţile în domeniul sănătăţii. Cealaltă soluţie este aceea a unor decizii bazate pe principii mai puţin explicite cum ar fi: preferinţele furnizorilor, relaţii între decidenţi, sau "primul venit-primul servit".

Pentru determinarea nevoilor sunt necesare trei tipuri de informaţii:

- epidemiologice (prevalenţa şi incidenţa bolilor în populaţie); chiar având aceste date legate de structura şi caracteristicile populaţiei nu putem stabili imediat serviciile necesare, ştiut fiind că majoritatea factorilor care stau la baza sănătăţii sunt situaţi în afara sectorului sanitar; de aceea este important să fie identificate acele probleme care pot fi rezolvate efectiv de către sectorul sanitar, şi apoi să se stabilească priorităţi în funcţie de resursele disponibile;
- medicale şi economice – eficacitatea şi cost-eficacitatea tratamentelor disponibile;
- instituţionale – ce servicii există pentru a răspunde acestor nevoi; în această situaţie este vorba nu numai de aprecierea existenţei serviciilor, dar şi a modului în care sunt utilizate şi dacă au o calitate adecvată.

Aşa cum am arătat, pasul următor în procesul cumpărării este acela al contractării serviciilor necesare cu diferiţii furnizori. În acest context foarte importantă este poziţia pe piaţă atât a cumpărătorului cât şi a furnizorului. De exemplu, dacă într-o anumită regiune nu există decât un singur furnizor (*monopol* al furnizorilor), va fi foarte greu de negociat şi de obţinut servicii care poate nu sunt pe placul furnizorilor, dar sunt necesare populaţiei. În cazul prezenţei mai multor furnizori, cumpărătorul trebuie să încurajeze relaţii pe termen lung cu aceştia, şi nu să încerce doar o competiţie a preţurilor între furnizori, în detrimentul pacienţilor şi al intereselor publicului. Pe de altă parte, în cazul existenţei unui singur cumpărător de îngrijiri de sănătate (*monopson* al cumpărătorilor), există pericolul ca acesta să nu fie suficient de motivat pentru a face o cumpărare eficace, eficientă şi de calitate de îngrijiri de sănătate, deoarece nu este în pericol ca asiguraţii să renunţe la serviciile lui şi să opteze pentru o altă schemă de asigurare.

Există situaţii când pe piaţă nu acţionează doar un singur cumpărător, ci mai mulţi (grupurile de medicină primară din Marea Britanie); riscul unei astfel de situaţii este acela că se pierde din vedere aspectul comunitar în favoarea unuia orientat mai mult sper individ. O soluţie în acest caz o reprezintă gruparea acestor cumpărători pentru a-şi coordona politicile privind cumpărarea anumitor servicii.

În oricare situaţie în care există o separare a cumpărătorilor de furnizori trebuie să existe o formă de înţelegere între aceştia privind tipul, volumul, calitatea şi costul îngrijirilor de sănătate care vor fi furnizate. Aceste înţelegeri iau de obicei forma unor contracte.

Indiferent de cine este cumpărătorul (autoritatea sanitară, casa de asigurări, medicii generalişti, etc.) sau furnizorul, orice contract trebuie să conţină următoarele aspecte (Witter, 2000):

- natura muncii furnizate,
- volumul şi calitatea muncii furnizate ,
- preţul muncii furnizate şi modul de plată (în avans, în etape sau retrospectiv),
- unele informaţii referitoare la procesul muncii (dacă sunt relevante),

- modul de monitorizare a contractului şi informaţiile care vor fi furnizate,
- aspecte legale referitoare la nerespectarea contractului etc.

Detalii referitoare la tipurile de contracte care pot fi întocmite între terţul plătitor şi furnizorul de servicii de sănătate (spitalul) au fost prezentate în cadrul secţiunii referitoare la plata furnizorilor.

În practică, alegerea tipului de contract este determinată de mărimea cumpărătorului şi a furnizorului de servicii, de volumul de servicii contractate, de abilitatea de a prevede cât mai corect volumul de servicii de sănătate preconizat a fi furnizat, de modul în care furnizorii îşi pot alege sau nu pacienţii etc.

Ceea ce este important de subliniat, din perspectiva furnizorilor de îngrijiri spitaliceşti, este faptul că spitalele sunt furnizori cu o activitate complexă şi o varietate mare de îngrijiri acordate. Acest lucru conduce la necesitatea ca, în momentul contractării unor servicii, spitalul să-şi concentreze atenţia pe două direcţii principale:

- definirea cât mai bună a gamei serviciilor care pot fi acoperite, pe baza platformei tehnice şi a resurselor umane disponibile; în acest fel spitalul poate avea în vedere nu doar contractarea de servicii prin spitalizare continuă, dar şi prin spitalizare de zi, servicii de tip ambulatoriu, servicii paraclinice, îngrijiri de urgenţă, îngrijiri pentru afecţiuni cronice sau reabilitare etc.; diversificarea gamei serviciilor poate atrage resurse suplimentare la nivelul spitalului (cu costuri variabile relativ reduse!), dar necesită, nu doar identificarea nevoilor potenţiale la nivelul pieţei serviciilor de sănătate, ci şi o cunoaştere cât mai bună a mecanismelor de plată şi a stimulentelor induse de fiecare metodă de plată în sine; în acest fel, spitalul poate aprecia care modalitate de plată îi este mai favorabilă, în cazul când are posibilitatea utilizării unor îngrijiri de sănătate alternative pentru nevoile bolnavilor (de exemplu, să-l trateze la domiciliu în loc de spitalizare continuă etc.);
- identificarea unui număr cât mai mare de potenţiali clienţi (pacienţi şi plătitori-asigurători) cu care să încerce să-şi contracteze serviciile pe care le poate furniza; chiar dacă, la ora actuală, pentru majoritatea spitalelor din România, casa judeţeană este cel mai mare cumpărător de îngrijiri spitaliceşti, este necesar ca spitalele să devină mai active în căutarea unor surse suplimentare de venituri (pentru servicii finanţate de Ministerul Sănătăţii, pentru servicii acordate neasiguraţilor, străinilor, celor cu asigurare facultativă de sănătate sau cu asigurare voluntară de sănătate etc.), ceea ce le va face mai puţin vulnerabile la constrângerile costurilor din sistemul public al asigurărilor sociale de sănătate (unde cota de impozitare a scăzut în ultimul an de la 14 la 13,5%, şi unde pot apărea noi scăderi).

Contractarea reprezintă încă ceva nou pentru multe sisteme de sănătate care abia au trecut, de la un sistem integrat al cumpărătorilor şi furnizorilor, la un sistem unde apare despărţirea între furnizori şi cumpărători. De aceea, contractarea, ca proces, evoluează odată cu creşterea experienţei participanţilor. Pentru început însă este nevoie ca aceste contracte să fie cât mai explicite, referitor la natura, volumul şi calitatea serviciilor, şi să implice un cost rezonabil de monitorizare. Cu timpul, ele vor evolua spre acea balanţă în care cumpărătorul doreşte servicii cât mai cost-eficace care să răspundă nevoilor populaţiei, iar furnizorul o planificare pe termen lung şi o piaţă stabilă pentru serviciile furnizate.

5. EVALUAREA ECONOMICĂ A ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

Evaluarea economică a îngrijirilor de sănătate reprezintă o modalitate prin care se doreşte oferirea unor răspunsuri la cele trei întrebări fundamentale ale economiei sanitare: ce servicii trebuie produse, în ce mod şi pentru cine. În literatură evaluarea economică se mai întâlneşte şi sub denumirea de evaluare a eficienţei (Drummond, 1990) . Primul pas în abordarea acestui subiect îl reprezintă definirea termenilor de eficacitate şi eficientă.

Eficacitatea reprezintă gradul în care o anumită activitate produce rezultatele care se aşteaptă de la ea (indiferent de resursele folosite).

Eficienta implică nu numai abordarea rezultatelor unei activităţi, ci şi a resurselor utilizate; există o *eficienţă tehnică* prin care se doreşte (ca urmare a unei activităţi) producerea unor rezultate aşteptate folosind cât mai puţine resurse, şi o *eficienţă alocativă,* în care resursele şi rezultatele sunt folosite în modul cel mai bun cu putinţă astfel încât să rezulte un maxim de bunăstare.

Evaluarea îngrijirilor de sănătate poate fi împărţită deci în două părţi: în primul rând, o evaluare a eficacităţii îngrijirilor respective (sau o evaluare a eficacităţii clinice), apoi o evaluare a eficienţei – ceea ce implică luarea în calcul atât a costurilor şi a beneficiilor, cât şi a altor tipuri de îngrijiri de sănătate eficace.

Evaluarea eficacităţii clinice nu face obiectul evaluării economice, ci este baza medicinii bazate pe dovezi. Ceea ce este de reţinut legat de eficacitate şi eficienţă este faptul că nu trebuie pornit un studiu de evaluare a eficienţei unor intervenţii, fără a avea în prealabil o demonstrare a eficacităţii intervenţiilor respective.

Evaluarea economică este importantă, deoarece încearcă să dea răspunsul la întrebarea cum să folosim resursele limitate în faţa unor nevoi şi dorinţe nelimitate. Ea este o modalitate explicită care poate sta la baza alocării resurselor, proces care, de cele mai multe ori, se desfăşoară folosind metodele cunoscute gen: "aşa am făcut şi ultima dată", "simt eu că este bine în acest mod" etc.

Evaluarea economică reprezintă procesul prin care se compară două sau mai multe alternative din punctul de vedere al resurselor consumate şi al rezultatelor obţinute.

Ea implică deci două laturi indispensabile: pe de o parte, analizarea a cel puţin două alternative, şi pe de altă parte, analizarea simultană atât a costurilor cât şi a rezultatelor obţinute. O privire sumară asupra diferitelor evaluări ale îngrijirilor de sănătate este prezentată în Tabelul II.2

<table>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="3">Se examinează atât costurile (resursele) cât
şi rezultatele (efectele) alternativelor?</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Se compară două sau mai multe alternative?</td><td rowspan="3">N
U</td><td colspan="2">NU</td><td>DA</td></tr>
<tr><td>se examinează doar rezultatele</td><td>se examinează doar costurile</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">evaluare parţială</td><td>evaluare parţială</td></tr>
<tr><td>1A. Descrierea rezultatelor</td><td>1B. Descrierea costurilor</td><td>2. Descrierea cost / rezultat</td></tr>
<tr><td rowspan="2">D
A</td><td colspan="2">evaluare parţială</td><td>evaluare economică completă</td></tr>
<tr><td>3A. Evaluarea eficacităţii</td><td>3B. Analiza costului</td><td>4. Minimizarea costurilor
Analiza cost-eficacitate
Analiza cost-beneficiu
Analiza cost-utilitate</td></tr>
</table>

Sursa: Drummond M. F., Stoddart G. L., Torrance G.W. – „Methods for the economic evaluation of health care programmes", Oxford University Press, Oxford, 1990.

Tabelul II.2. Caracteristicile distinctive ale evaluărilor îngrijirilor de sănătate

Procesul care stă la baza unei evaluări economice este acela al identificării mai multor alternative, apoi studierea fiecăreia dintre ele (ce resurse sunt necesare şi care sunt rezultatele obţinute). In Tabelul II.3 sunt arătate principalele tipuri de costuri şi consecinţe folosite în realizarea evaluărilor economice.

COSTURI:	CONSECINŢE:
I. Costuri organizaţionale şi operaţionale din sectorul sanitar	**I.** Schimbări ale stării de sănătate (efecte fizice, psihice, sociale)
II. Costuri aferente pacienţilor şi familiilor lor: • plăţile din buzunar • alte resurse folosite de pacient şi familie pentru tratament • timpul de absenţă de la muncă • costurile psihice (durerea, anxietatea etc.)	**II.** Schimbări în folosirea resurselor (beneficii): • pentru funcţionarea serviciilor de sănătate: 1. aferente afecţiunii originale 2. aferente altor afecţiuni • pentru pacient şi familia sa: 3. economii sau mai mult timp liber 4. economisire a timpului de absenţă de la muncă
III. Costuri aferente externalităţilor	**III.** Schimbări în calitatea vieţii pacientului şi a familiei sale (utilitatea)

Sursa: Drummond M. F., Stoddart G. L., Torrance G.W. – „Methods for the economic evaluation of health care programmes", Oxford University Press, Oxford, 1990.

Tabelul II.3. Tipuri de costuri şi consecinţe folosite în evaluarea economică

Resursele necesare sunt exprimate prin costuri, iar rezultatele obţinute pot fi exprimate prin: efecte asupra stării de sănătate, utilităţi asociate fiecărei stări de sănătate sau beneficii economice asociate fiecărei stări de sănătate.

În momentul realizării unei evaluări economice, este nevoie de identificarea tuturor resursele necesare, precum şi a tuturor efectelor rezultate. Nivelul resurselor utilizate se exprimă prin costurile implicate, costuri care sunt de mai multe tipuri. Dealtfel chiar şi consecinţele intervenţiei pot fi grupate în mai multe tipuri.

5.1 Determinarea costurilor

Costurile pot fi abordate din mai multe perspective; astfel, în contabilitate, ele apar sub aspectul unor bani ce reflectă ceea ce se plăteşte real, dar într-o evaluare economică vorbim despre costul oportunităţii.

Costul oportunităţii unei resurse reprezintă beneficiile care ar fi putut fi generate prin folosirea resursei în cea mai bună alternativă posibilă (adică ce oportunitate am ratat folosind resursa respectivă în modul în care am decis să o folosim). Şi pentru serviciile de sănătate, costul unui serviciu de sănătate este dat de povara pe care o impune asupra celorlalte servicii de sănătate (care nu se pot furniza), şi asupra societăţii. De exemplu timpul utilizat de un medic pentru a consulta un pacient este acel timp în care el nu poate consulta un alt pacient, sau medicamentele folosite de un pacient înseamnă resurse care nu mai pot ajunge şi la un alt pacient (Roberts, 2006). Această abordare asupra costurilor este preferată de economişti şi reprezintă costul oportunităţii ratate prin utilizarea resurselor într-o direcţie, şi nu în alta.

O primă clasificare a costurilor este aceea de costuri directe şi indirecte.

Costurile directe sunt acele costuri determinate efectiv de furnizarea unui serviciu de sănătate. Costurile organizaţionale sunt o parte a costurilor directe. Ele reprezintă totalitatea costurilor (din sectorul sanitar) implicate pentru realizarea activităţii care este supusă evaluării economice. Tot din costurile directe mai fac parte şi plăţile directe făcute de pacienţi, precum şi alte resurse folosite de pacient şi familie pentru tratament. În cazul calculării costurilor pentru un pacient dintr-un spital, costurile directe sunt reprezentate de totalitatea cheltuielilor efectuate de către spital pentru acel pacient, cheltuieli care se pot identifica şi demonstra că au fost utilizate direct pentru pacientul respectiv. De exemplu, cheltuielile pentru medicamentele sau hrana pacientului (se poate determina exact ce medicamente a primit şi ce anume a mâncat).

Costurile indirecte sunt costurile care nu sunt date de furnizarea efectivă a serviciului respectiv, dar se asociază cu acest fapt. În categoria costurilor indirecte intră costurile datorate absenţei de la muncă şi costurile psihice. În cazul calculării costurilor pentru un pacient dintr-un spital, costurile indirecte sunt reprezentate de totalitatea cheltuielilor efectuate de către spital pentru acel pacient, cheltuieli care nu pot fi identificate direct ca fiind folosite pentru pacientul respectiv. De exemplu, cheltuielile făcute de spital pentru igiena pacientului respectiv (apa folosită de către pacient din totalul apei utilizate de spital etc.) sau pentru administrarea spitalizării sale. Această clasificare în costuri directe şi indirecte este utilă pentru managerul de spital, deoarece astfel poate vedea mai uşor locurile unde se poate interveni pentru controlul costurilor aferente unui pacient, precum şi în descentralizarea managementului către secţiile clinice (un şef de secţie poate fi responsabil pentru cheltuielile directe cu medicaţia pacienţilor din secţia sa, dar nu poate răspunde pentru cheltuielile indirecte – de exemplu, numărul de personal angajat la compartimentele administrative ale spitalului).

Pentru a putea determina costurile necesare desfăşurării fiecărei activităţi este necesar să identificăm iniţial costurile totale ale furnizorului respectiv. Apoi alocăm aceste costuri pentru fiecare activitate desfăşurată la nivelul furnizorului.

Costul total – CT – al unei firme reprezintă costul necesar realizării producţiei (la un nivel dat). Costul total este format din mai multe costuri: costuri fixe, costuri semi-variabile şi costuri variabile.

Costurile fixe – CF – sunt acele costuri ce rămân independente faţă de nivelul producţiei. Ele pot varia în timp, dar nu sunt dependente de producţie (de exemplu

închirierea unui spațiu necesar desfășurării activității). Pentru un spital din România cel mai bun exemplu este costul închirierii spațiului unde funcționează furnizorul respectiv, sau costurile de personal (conform legislației actuale) etc.

Costurile variabile – CV – sunt acele costuri dependente de nivelul producției, ele variind odată cu fiecare nou produs (de exemplu, costul materiilor prime). Pentru un spital aceste costuri sunt cele care depind de numărul și tipul bolnavilor tratați în spital (de exemplu, costurile cu medicamentele și materialele sanitare).

Costurile semivariabile – CSV – sunt acele costuri care variază numai la realizarea anumitor nivele de producție (de exemplu, costul necesar angajării unor noi salariați). Se observă că de fapt costurile semivariabile sunt un caz particular de costuri variabile.

Foarte importante sunt definițiile a încă două tipuri de costuri pe care le vom mai întâlni în continuare: costul mediu și costul marginal.

Costul mediu reprezintă costul producerii unei unități dintr-un bun (sau dintr-un serviciu), și se obține prin împărțirea costurilor totale la numărul de unități produse.

Costul marginal este costul suplimentar necesar producției unei noi unități dintr-un produs (cu cât cresc costurile totale, dacă nivelul producției crește cu o unitate). Pentru un spital, costul marginal ar fi, de exemplu, costul efectiv al tratării unui pacient suplimentar, față de numărul de cazuri contractat cu casa de asigurări. Asemănător costului marginal se definește și *costul incremental* care este costul necesar variației producției între două nivele date, raportat la variația numărului de bunuri produse. Este interesant de observat că, în timp ce costul mediu include atât elemente ale costurilor fixe cât și variabile, costul marginal include numai acele elemente de cost care apar în urma creșterii producției (costurile variabile).

Foarte importantă într-o evaluare economică este luarea în considerație a perioadei de timp necesară desfășurării intervenției (intervalul între momentul utilizării resurselor și cel al apariției rezultatelor), deoarece societatea preferă să aibă bani și să-i cheltuiască acum mai degrabă decât în viitor. Din această cauză, chiar în absența inflației un leu este mai valoros acum decât peste un an. Acesta este motivul pentru care în momentul realizării unei evaluări economice costurile și beneficiile care apar în viitor trebuie reprezentate la valoarea lor prezentă. Acest proces poartă denumirea de proces de actualizare a costurilor iar mijlocul prin care se realizează este *rata de actualizare*.

Mai multe detalii despre costurile îngrijirilor de sănătate sunt prezentate la capitolul de Management financiar.

5.2 Tipuri de analize economice

Așa cum am amintit, în toate evaluările economice resursele se exprimă prin costurile implicate. Ceea ce desparte diferitele tipuri de evaluări economice este modul de a exprima și de a măsura consecințele intervențiilor analizate.

Astfel, în practică, se folosesc patru tipuri de evaluări economice:

- minimizarea costurilor,
- analiza cost-eficacitate,
- analiza cost-utilitate,
- analiza cost-beneficiu.

Analiza de minimizare a costurilor

Această evaluare economică este cel mai simplu tip de evaluare economică şi presupune că rezultatele intervenţiilor sunt identice. În această situaţie, deoarece avem aceleaşi consecinţe se identifică şi se analizează doar costurile implicate de fiecare dintre alternative.

Deosebirea dintre o analiză a costurilor şi o evaluare de minimizare a costurilor este aceea că, în cea de-a doua situaţie, trebuie puse în evidenţă toate consecinţele şi arătat că diferenţele dintre rezultatele alternativelor sunt inexistente sau fără importanţă.

Un exemplu de astfel de analiză o reprezintă evaluarea şi compararea costurilor pentru chirurgia de o zi în cazul herniilor, faţă de metoda clasică ce implică internarea pacientului în spital şi spitalizarea continuă a acestuia.

Analiza cost-eficacitate

Analiza cost-eficacitate permite compararea mai multor alternative care ating aceleaşi obiective, dar într-o măsură diferită. Condiţia esenţială pentru realizarea unei astfel de evaluări este ca beneficiile să se exprime în aceeaşi unitate de măsură.

În analiza cost-eficacitate, consecinţele se exprimă în unităţi "naturale", cel mai frecvent în ani de viaţă câştigaţi sau decese evitate. Este o analiza economică deplină, deoarece evaluează atât costurile cât şi consecinţele alternativelor, şi poate compara intervenţii care nu au aceleaşi rezultate, dar care au consecinţe ce se pot exprima prin aceeaşi unitate de măsură. Astfel, într-o analiză cost-eficacitate putem compara consecinţele transplantului renal cu cele ale dializei spitaliceşti, consecinţe exprimate prin numărul de ani de viaţă câştigaţi. Putem însă să comparăm chiar şi un program de prevenire a deceselor cauzate de accidente de bicicletă folosind casca de protecţie cu un program de chirurgie cardiacă, evaluând însă numărul de ani de viaţă câştigaţi în urma fiecăruia dintre aceste programe. Rezultatele finale ale unei astfel de analize se exprimă în unităţi monetare necesare pentru un an de viaţă câştigat.

Analiza cost-eficacitate ia în considerare numai un aspect al îmbunătăţirii stării de sănătate (prelungirea vieţii sau evitarea decesului), dar nu ţine cont de celălalt aspect al îmbunătăţirii stării de sănătate şi anume calitatea vieţii.

Analiza cost-utilitate

În această analiză consecinţele intervenţiilor sunt măsurate prin utilitatea generată de fiecare dintre ele. Utilitatea se referă la valoarea care se acordă unei stări specifice de sănătate, şi poate fi măsurată prin preferinţele indivizilor sau ale societăţii pentru fiecare stare particulară de sănătate. Această tehnică de evaluare economică are marele avantaj că încearcă să evalueze consecinţele alternativelor şi din punctul de vedere al calităţii vieţii post-intervenţie.

Consecinţele sunt valorizate prin unităţi naturale care încearcă să reflecte utilitatea asociată fiecărei stări de sănătate. Punctul comun al acestor unităţi de măsură este acela al combinării prelungirii vieţii cu calitatea vieţii asociată acestor ani. Cel mai frecvent folosite unităţi de măsură sunt: anii de viaţă ajustaţi în funcţie de calitatea vieţii (Quality Adjusted Life Years – QALY sau EuroQol – EQ), ani de viaţă sănătoşi (Years of Healthy Life – YHL) sau ani de viaţă ajustaţi în funcţie de disabilităţile prezente (Disability Adjusted Life Years – DALY).

În cazul analizei cost-utilitate pentru fiecare dintre stările de sănătate consecutive intervenţiilor se atribuie un anumit număr de QALY, de exemplu. Marele neajuns al acestei metode este acela al identificării pentru fiecare stare specifică de sănătate a numărului de QALY.

De exemplu, consecutiv unui transplant renal, să presupunem că pacientul mai poate trăi 10 ani, ceea ce reprezintă anii de viaţă câştigaţi. Apoi trebuie să evaluăm calitatea vieţii

pentru aceşti ani de viaţă câştigaţi (deoarece, de exemplu, calitatea vieţii nu este aceiaşi dacă eşti sănătos sau dacă iei toată viaţa medicaţie imunosupresoare). Să presupunem că într-o astfel de situaţie, calitatea vieţii este 50% din calitatea vieţii unui om sănătos de aceeaşi vârstă. Rezultă un beneficiu post-transplant renal de 5 QALY (10*0,5=5).

Dificultatea atribuirii unui număr de QALY fiecărei stări specifice de sănătate derivă din dificultatea evaluării calităţii vieţii pentru fiecare stare specifică de sănătate. Pentru a atribui fiecărei stări de sănătate o anumită calitate a vieţii, se folosesc mai multe tehnici de determinare. Cele mai cunoscute metode prin care se încearcă evaluarea calităţii vieţii pentru fiecare stare specifică de sănătate sunt:

- măsurarea pe o scală a raporturilor,
- loteria standard ("standard gamble"),
- schimbul temporal ("time trade-off").

În finalul analizei cost-utilitate se compară pentru fiecare dintre alternative costul per QALY sau invers câţi QALY se obţin pentru fiecare unitate monetară folosită.

Analiza cost-beneficiu

In acest tip de analiză atât costurile cât şi beneficiile sunt exprimate în termeni monetari. Este o analiză destul de rar întâlnită, datorită dificultăţii de apreciere a consecinţelor în termeni monetari.

Avantajul metodei constă în faptul că pot fi comparate orice intervenţii, indiferent de tipul rezultatelor. Marele dezavantaj al metodei este acela al aprecierii în termeni monetari a consecinţelor. După identificarea costurilor şi a beneficiilor, rezultatele evaluării se pot exprima printr-un raport cost/beneficii sau o diferenţă beneficii minus costuri.

Această metodă de evaluare economică poate fi folosită şi pentru comparaţii cu alternativa "nu facem nimic", care uneori poate fi mai bună decât o intervenţie pentru care costurile sunt mai mari decât beneficiile.

In Tabelul II.4 se pot observa modalităţile de măsurare a costurilor şi a consecinţelor în momentul realizării unei evaluări economice.

Tipul evaluării economice	Măsurarea costurilor	Tipul consecinţelor	Măsurarea consecinţelor
Minimizarea costurilor	Bani	Identice în toate aspectele relevante	Nu
Cost-eficacitate	Bani	Implică un singur efect comun ambelor alternative, dar realizat în grade diferite	Unităţi naturale (ani de viaţă câştigaţi etc.)
Cost-beneficiu	Bani	Implică unul sau mai multe aspecte, nu neapărat comune ambelor alternative; efectele comune se pot realiza în grade diferite	Bani
Cost-utilitate	Bani	Implică unul sau mai multe aspecte, nu neapărat comune ambelor alternative; efectele comune se pot realiza în grade diferite	"Zile sănătoase" sau "ani de viaţă câştigaţi ajustaţi în funcţie de calitatea vieţii - QALY"

Sursa: Drummond M. F., Stoddart G. L., Torrance G.W. – „Methods for the economic evaluation of health care programmes", Oxford University Press, Oxford, 1990.

Tabelul II.4. Măsurarea costurilor şi a consecinţelor în diferitele tipuri de evaluare economică

Întrebările care trebuie avute mereu în vedere în momentul analizării unei evaluări economice sunt următoarele (Drummond, 1990):

1. Care a fost contextul evaluării economice? (întrebarea la care trebuie răspuns s-a pus într-o formă la care să se poată răspunde?)
2. S-a făcut o descriere cuprinzătoare a alternativelor?
3. S-a stabilit anterior eficacitatea alternativelor?
4. S-au identificat toate costurile şi consecinţele alternativelor?
5. Unităţile de măsură pentru măsurarea consecinţelor sunt cele mai potrivite?
6. Sunt credibile valorile atribuite costurilor şi consecinţelor?
7. S-a făcut ajustarea temporală a valorii costurilor şi a consecinţelor?
8. S-a făcut o analiză incrementală a costurilor şi consecinţelor alternativelor?
9. S-a făcut o analiză a sensibilităţii?
10. Include prezentarea şi discutarea rezultatelor toate problemele pe care le poate întâlni utilizatorul?

Clasificarea tipurilor de analize pentru evaluarea economică are mai mult un scop didactic. În practică, de cele mai multe ori realizatorul analizei nu poate prevedea exact ce formă finală va lua analiza, deoarece este probabil să nu ştie care vor fi rezultatele finale ale intervenţiilor. În plus, analizele de minimizare a costurilor şi cost-eficacitate presupun că intervenţiile analizate merită să fie făcute şi trebuie să hotărâm doar pe care o alegem. Ele sunt folosite deci în situaţii în care vrem să evaluăm eficienţa tehnică. Analizele cost-utilitate şi cost-beneficiu pot compara alternative cu consecinţe total diferite şi chiar cu alternativa "nu facem nimic", şi de aceea ele sunt utile în momentul în care dorim să facem o evaluare a eficienţei alocative.

În final trebuie spus că evaluarea economică este doar un instrument tehnic care poate sta la baza luării deciziilor şi că ea nu poate înlocui logica, responsabilitatea sau riscul ce se asociază procesului de luare a deciziilor.

BIBLIOGRAFIE

1. "Modelling in Health Care Finance: A compendium of quantitative techniques for health care financing", Geneva, ILO, 1999.
2. Donaldson C., Gerard K. – „Economics of health care financing; the visible hand", Macmillan, London, 1993.
3. "Economie Sanitară şi Managementul Financiar" – CPSS şi INCDS, Bucureşti, 2003.
4. Enăchescu Dan – "Recent Evolutions and Perspectives of the Health System in Romania", Editura Universitară Carol Davila, Bucureşti, 1998.
5. Enthoven A. C., – "The market-based reform of America's care financing and delivery system: managed care and managed competition", Innovations in Health Care Financing, An International Conference, Washington, DC., March, 1997.
6. Fuchs V. R. – "Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice", World Scientific Publishing Co., Singapore, 1998.
7. Fuchs, V. R. – „The Health Economy", Cambridge, Ma. – London, UK: Harvard University Press, 1986.
8. Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate – "Cheltuielile private pentru sănătate - România 1996-1999", MarLink, Bucureşti, 2001.
9. Roberts Marc J. – "Background paper for the Regional Advanced Flagship Course on Efficiency, Quality and Health Systems", April 9-14, 2006 Budapest, Hungary, Health Services Management Training Center Semmelweis University, World Bank Institute.
10. McGuire A., Henderson J., Mooney G. – "The Economics of Health Care", Routledge, London, 1994.
11. Mossialos E., Dixon A., Figuersa J., Kutzin J. – "Funding Health Care: Options for Europe", European Observatory On Health Care Systems Series, WHO and Open University Press, 2002.
12. Radu Paul – "Principiile solidarităţii şi subsidiarităţii în asigurările de sănătate din România", Management in Sănătate, nr. 2, iunie 1999.
13. Radu Paul, Haraga Simona – „L'allocation de ressources du système d'assurance maladie en Roumanie – le patient est le vrai bénéficier?", Prezentare la al XVI Congres al ALASS, Montreal, Canada, octobrie, 2005
14. Vlădescu C., Enăchescu D., Dragomiristeanu A. – "Politici de alocare a resurselor şi de planificare a personalului medical în sistemele de sănătate. România în context internaţional", CPSS, Bucureşti, 2001.
15. Vlădescu C., Predescu M., Stoicescu E. – "Sănătate publică şi management sanitar: Evaluarea nevoilor şi planificarea sanitară; Promovarea sănătăţii şi educaţia pentru sănătate; Etică medicală şi drepturile pacienţilor", CPSS, Bucureşti, 2002.
16. Witter S., Ensor T., Jowett M., Thompson R. – "Health Economics for Developing Countries", Macmillan, London and Oxford, 2000.
17. Zarckovic. G., Enăchescu D. – "Probleme privind politicile de sănătate în ţările Europei Centrale şi de Răsărit", Editura Infomedica, Bucureşti, 1998.

III. SISTEMUL GRUPELOR DE DIAGNOSTICE (DRG)

Sistemul de clasificare în grupe diagnostice este utilizat în România ca bază pentru finanțarea a 276 de spitale ce furnizează îngrijiri de tip acut. În acest context se impune ca toți factorii implicați să cunoască o serie de noțiuni și aspectele practice legate de sistemul DRG: ce sunt DRG-urile, cum se înregistrează datele clinice și cum se codifică, cum se trimit datele pacienților în format electronic, conceptul și stimulentele noului sistem de finanțare și multe alte lucruri.

1. INTRODUCERE ÎN SISTEMUL GRUPELOR DE DIAGNOSTICE (DRG)

Dr. Paul Radu

1.1 Ce sunt DRG-urile?

DRG-urile sunt un sistem de clasificare a pacienților pe baza diagnosticului, procedurilor și a altor informații clinice, care oferă posibilitatea de a face o corelație între tipul de cazuri pe care spitalul le tratează (adică indicele de complexitate a cazurilor – ICM sau case-mix index) și costurile aferente acestora.

Prin sistemul grupelor de diagnostice (DRG) se analizează caracteristicile fiecărui pacient externat (vârstă, gen, durată de spitalizare, diagnostice principale și secundare, proceduri, stare la externare și greutate la naștere, în cazul nou-născuților), iar în funcție de acestea pacienții sunt clasificați într-o categorie distinctă. În acest mod, sistemul DRG realizează o "fotografie" a rezultatelor spitalului, încercând să standardizeze modalitatea de a reda rezultatele activității acestuia.

Grupele de diagnostice au două caracteristici esențiale: (1) omogenitatea clinică, adică într-un anume DRG cazurile (pacienții) sunt similare (dar nu identice) din punct de vedere clinic și (2) omogenitatea costurilor, adică fiecare DRG conține cazuri ce necesită un consum asemănător de resurse. Grupele de diagnostice sunt medicale și chirurgicale în funcție de prezența sau absența unei intervenții chirurgicale și sunt concepute pentru a acoperi patologia asociată pacienților cu afecțiuni de tip acut, care solicită spitalizarea. Ele sunt concepute în lumina standardizării „rezultatelor" spitalului (exprimate prin prisma pacienților externați, "omogenizați" în interiorul acestor grupe).

Pentru a putea clasifica fiecare pacient externat într-o grupă de diagnostice este necesară parcurgerea a patru mari etape:

1. obținerea/înregistrarea datelor clinice despre pacienții externați; clasificarea DRG necesită obligatoriu 7 variabile pentru fiecare pacient: vârstă, gen, durata de spitalizare, diagnostice principale și secundare, intervenții chirurgicale sau alte proceduri efectuate, stare la externare și greutate la naștere (numai pentru nou-născuți);
2. codificarea datelor necesare (pentru diagnostice și proceduri), în vederea utilizării unui limbaj standardizat pentru aceste variabile și pentru a putea fi folosite cu mai multă ușurință;
3. colectarea sub formă electronică a acestor date;

4. trimiterea automată a fiecărui caz într-o grupă de diagnostice (folosind o aplicație computerizată de grupare – "grouper").

După gruparea cazurilor (pacienților) în grupe diagnostice și pentru a folosi sistemul DRG la finanțarea spitalelor, mai sunt necesare două etape:

1. stabilirea de tarife pentru fiecare grupă de diagnostice (sau valori relative ale tarifelor); acestea au la bază costurile adiacente pacienților din fiecare DRG și se pot importa odată cu grouperul sau pot fi dezvoltate local; odată calculate, aceste costuri sunt transformate în tarife și utilizate pentru toate spitalele participante la schema de finanțare;
2. alocarea bugetul destinat asistenței spitalicești către spitale, plecând de la numărul și tipul pacienților externați (case-mix-ul fiecărui spital) și lista de tarife (sau de valori relative) pentru fiecare DRG.

Prin finanțarea pe bază de caz rezolvat, spitalele care pentru un anumit DRG vor avea costuri mai mari decât tariful stabilit vor pierde resurse la categoria respectivă de pacienți tratați, iar cele care vor avea costuri mai mici decât tariful stabilit pentru un anumit DRG vor câștiga resurse la acea categorie de pacienți. Per ansamblu, spitalele sunt stimulate să păstreze costurile la un nivel inferior tarifelor pentru fiecare tip de pacient, pentru a putea economisi resurse și a le folosi în scopuri diferite.

1.2 Utilitatea DRG

Dr. Paul Radu

Sistemul DRG poate fi utilizat doar ca metodă de clasificare a pacienților în vederea evaluării rezultatelor spitalului, sau utilizarea lui poate fi extinsă și la finanțarea spitalelor. Indiferent de modul de utilizare trebuie identificate inițial scopurile pentru care se dorește punerea în practică a acestui sistem. Dintre scopurile ce pot fi avute în vedere prin clasificarea DRG se pot enumera:

1.2.1 Evaluarea rezultatelor activității spitalului.

În această situație, spitalul introduce clasificarea DRG pentru a avea o imagine mai bună a rezultatelor sale, și pentru a putea face comparații ale rezultatelor sale cu cele ale altor spitale. În același timp, clasificarea DRG este un instrument util spitalului în creșterea eficienței (prin identificarea resurselor necesare fiecărui tip de pacient), în procesul de îmbunătățire a calității serviciilor furnizate (prin evaluarea calității și definirea unor modele de practică), în modelarea activității și a structurii spitalului (personal, secții etc.) și în realizarea unui management bazat pe rezultate și nu pe resurse sau procese.

Pentru a realiza aceste deziderate, procesul introducerii clasificării DRG necesită însă o atenție deosebită la:

a) înregistrarea datelor – dacă acestea sunt viciate, atunci întregul proces al clasificării DRG poate fi greșit;
b) colectarea și transmiterea datelor – chiar dacă datele sunt bine înregistrate pe hârtie, este nevoie de un management foarte eficient al sistemului informațional, pentru ca ele să ajungă nealterate sub formă electronică și apoi să poată fi utilizate la gruparea pacienților;
c) confidențialitatea informațiilor – baza de date ce cuprinde informațiile despre pacienți trebuie foarte bine gestionată, pentru a preveni utilizarea neautorizată a

informațiilor confidențiale referitoare la pacienții externați;

d) autonomia managementului spitalicesc – în condițiile realizării unei „fotografii" a rezultatelor, este nevoie ca managementul de spital să poată avea suficientă autonomie pentru a putea interveni în modelarea serviciilor pentru a putea astfel crește eficiența și calitatea îngrijirilor furnizate.

1.2.2 Evaluarea furnizorilor 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. Astfel, informațiile despre pacienți colectate de la spitale pot fi baza rapoartelor de morbiditate spitalicească, pot fi utilizate la evaluarea accesibilității și adecvării serviciilor furnizate (de exemplu, se pot genera rapoarte despre numărul și tipul pacienților care nu au suportat intervenții chirurgicale, deși au fost spitalizați în secții chirurgicale etc.), la compararea secțiilor sau spitalelor privind durata de spitalizare (DMS) pe tipuri de pacienți, la analizarea existenței unor furnizori prin prisma serviciilor prestate (de exemplu, clinici universitare cu patologie foarte simplă, sau patologie ori proceduri efectuate în spitale inadecvate etc.).

În această situație, trebuie acordată o atenție deosebită următoarelor probleme:

a) raportările false – unele spitale vor încerca să modifice datele pacienților pentru a ascunde lucrurile care nu sunt convenabile;

b) calitatea serviciilor prestate – sistemul DRG nu evaluează direct calitatea serviciilor, iar o analiză ce presupune doar numărul și tipul pacienților externați poate ascunde diferențe mari în calitatea serviciilor furnizate, chiar pentru pacienți de același tip;

c) furnizorii de tip monopol – pentru aceștia este greu de realizat comparații, și uneori activitatea lor este ea însăși rezultatul unor politici de sănătate în aria respectivă (de exemplu, accentuarea importanței serviciilor de cardiologie intervențională);

d) resursele necesare funcționării sistemului – clasificarea pacienților în DRG nu necesită resurse mari, deoarece colectarea de date la nivel de pacient a fost reglementată și implementată pe plan național.

Dintre scopurile ce pot fi atinse prin finanțarea DRG, cele mai importante sunt:

1.2.3 Creșterea eficienței alocative pentru palierul serviciilor 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, iar cele cu pacienți puțini vor avea resurse puține. În acest fel alocarea resurselor financiare are la bază rezultatele spitalului și mai puțin structura acestora.

În realizarea acestui deziderat trebuie cunoscute unele puncte sensibile ce pot împiedica atingerea unei alocării mai obiective a resurselor:

a) corectitudinea tarifelor per DRG – în acest sens, este necesar ca ele să acopere în mare măsură un anumit model de practică pentru diferitele tipuri de pacienți; în plus, trebuie evaluată și calitatea serviciilor și definite clar serviciile foarte costisitoare care sunt acoperite de aceste tarife (de genul RMN etc.);

b) raportările modificate – cunoscând ce tipuri de pacienți beneficiază de o

finanțare mai bună, spitalele vor căuta să "umble" la date, pentru a rezulta pacienți „mai complicați". Acest fenomen este frecvent în sistemele ce utilizează DRG la finanțare şi poartă denumirea de „saltul DRG" (DRG creep); în funcție şi de modul explicit de realizare a circuitelor financiare, pot apărea chiar fraude prin raportarea datelor unor pacienți care nu există, reinternarea unor pacienți etc.

c) alegerea modului de plată prospectiv sau retrospectiv – prin sistemul retrospectiv trebuie avute în vedere toate slăbiciunile unui model de plată per unitate (în cazul DRG, unitatea de plată este tipul de pacient), cea mai importantă fiind tendința de a interna cât mai mulți pacienți (dacă se poate dintre aceia pentru care finanțarea este mai mare); prin sistemul prospectiv se induce mai degrabă o selectare a cazurilor (cele mai puțin consumatoare de resurse) în vederea încadrării în bugetul negociat.

1.2.4 Creşterea eficienței tehnice la nivelul furnizorului de servicii spitalicești

Finanțarea DRG permite spitalelor să-şi evidențieze cu claritate tipurile de pacienți şi resursele atrase pentru aceştia, iar printr-o comparație cu costurile necesare se generează cadrul de funcționare pentru o eficiență cât mai mare.

Prin acest sistem, spitalele pot să-şi cunoască tipurile de pacienți pentru care pierd resurse (şi să intervină în procesele ce se desfăşoară pentru a reduce cheltuielile) şi pacienții la care sunt în beneficiu financiar (şi să încerce să atragă cât mai mulți pacienți de acest tip).

Aspectele sensibile care trebuie monitorizate pentru atingerea acestui scop sunt:

a) autonomia managementului – se pune problema, dacă managerii de spital vor avea puterea şi motivația pentru a interveni în scopul creşterii eficienței; tot aici, trebuie avute în vedere situația medicilor stagiari şi rezidenți care ajută unele spitale să fie mai eficiente, activitatea cadrelor didactice ale facultăților de medicină (UMF), care nu sunt salarizate de spital (sau doar parțial) etc.

b) responsabilitatea managementului de spital – se pune problema, către cine se va îndrepta responsabilitatea, în cazul în care sunt luate măsuri nepopulare (dar nu în defavoarea pacienților) pentru creşterea eficienței spitalului, sau dacă se decide reorganizarea unor secții care produc pierderi, dar sunt necesare comunității);

c) situațiile de profit/pierderi la nivelul spitalelor – trebuie reglementat modul de gestionare a profitului generat printr-o creştere a eficienței şi modul de gestionare a spitalelor cu pierderi;

d) calitatea serviciilor furnizate – există tendința ca unele spitale pentru a avea beneficii pe termen scurt să facă rabat de la calitatea serviciilor furnizate pentru a creşte eficiența tehnică; în acest fel, dacă nu se monitorizează calitatea serviciilor, prin sistemul DRG se poate ajunge la extrema că „mori în spital, dar mori mai eficient";

1.2.5 Modelarea serviciilor spitalicești pentru a răspunde cât mai bine nevoilor populației

Modelarea ofertei furnizorilor prin tarifele pe tip de pacient pleacă de la ideea că „ai ceea ce plăteşti". În acest fel, se poate interveni în momentul stabilirii tarifelor pentru a stimula furnizarea unor anumite servicii şi a scădea furnizarea altor servicii. Acest mod de

a realiza modelarea ofertei furnizorilor este foarte eficace, dar necesită un model profesional de evaluare a nevoilor privind serviciile de sănătate.

Modelarea serviciilor necesită atenţie sporită la următoarele aspecte:

a) definirea celor care stabilesc nevoile – aici poate fi vorba de clarificarea rolului instituţiilor care cumpără servicii de sănătate, a celor care răspund de sănătate la nivel comunitar etc.;

b) reglementarea modelării ofertei furnizorilor – cine va avea în final ultimul cuvânt referitor la înfiinţarea de noi spitale sau secţii, numărul de paturi, achiziţia de tehnologie etc.

c) impactul asupra celorlalte sectoare ale sistemului de îngrijiri de sănătate – inevitabil oglinda cea mai bună a efectelor de modelare a serviciilor spitaliceşti va fi restul sistemului; acesta trebuie să fie pregătit să facă faţă noilor provocări în urma schimbării activităţilor spitaliceşti (de exemplu, prin reducerea DMS în spitale, probabil că se va reduce şi numărul de paturi, dar va creşte presiunea pentru preluarea pacienţilor în sistemul de îngrijiri ambulatorii, la domiciliu, sau a celor cu afecţiuni cronice etc.)

Funcţionarea sistemului DRG, scopurile în care poate fi utilizat sistemul DRG şi punctele ce trebuie avute în vedere în atingerea acestor scopuri stau la baza următoarelor concluzii:

1. sistemul DRG este doar un instrument care poate fi folosit la evaluarea rezultatelor activităţii spitalelor şi/sau la finanţarea spitalelor;
2. primul pas în vederea introducerii sistemului DRG trebuie să fie întotdeauna definirea politicilor de sănătate şi a scopurilor dorite prin utilizarea lui;
3. pasul al doilea îl reprezintă alegerea şi aplicarea sistemului DRG, care trebuie făcută având în vedere scopurile dorite şi punctele sensibile ale modelului ales;
4. evaluarea permanentă a atingerii scopurilor dorite prin folosirea DRG este necesară pentru a stabili modul de soluţionare a problemelor pentru care s-a folosit sistemul DRG, şi pentru a evita ca sistemul DRG să devină un scop în sine.

1.3 Istoric şi experienţa internaţională

Dr. Paul Radu

Elaborarea şi dezvoltarea DRG-urilor a început la sfârşitul anilor '60 la Universitatea Yale din Statele Unite. Motivul iniţial al dezvoltării DRG-urilor a fost acela de a crea un cadru eficient de monitorizare a utilizării serviciilor într-un spital. Prin urmare, DRG-urile trebuie considerate, în primul rând şi mai mult decât orice, un sistem de clasificare, şi nu numai unul de finanţare. Dacă DRG-urile sunt folosite ca bază pentru un sistem de finanţare, trebuie create şi implementate o serie de alte componente. Prima aplicare la scară largă a DRG-urilor pentru finanţare a fost la sfârşitul anilor '70 în Statul New Jersey din Statele Unite.

În prezent, peste 30 de ţări folosesc DRG-urile pentru măsurarea activităţii clinice, îmbunătăţirea managementului clinic, alocarea resurselor/bugetelor pentru îngrijirea sănătăţii, pregătirea ghidurilor de practică etc. Cu toate că implementarea DRG-urilor în România ca bază pentru finanţarea spitalelor este un fenomen relativ nou, conceptul DRG nu este nou şi, de mulţi ani, în numeroase ţări au fost înregistrate rezultate ale utilizării

sale. Printre acestea se numără creşterea eficienţei şi scăderea duratei de spitalizare, cu menţinerea îngrijirilor de calitate, pentru a menţiona doar câteva aspecte.

Deşi multe ţări folosesc DRG-urile pentru clasificarea pacienţilor în funcţie de diagnostice şi/sau ca bază pentru sistemul de finanţare a spitalelor, există şi multe alte utilizări ale acestora, cum ar fi :

- compararea spitalelor în funcţie de o serie largă de indicatori de resurse şi rezultate;
- evaluarea diferenţelor în ceea ce priveşte ratele mortalităţii intra-spitaliceşti;
- implementarea şi susţinerea dezvoltării unor ghiduri sau protocoale de practică;
- susţinerea proiectelor de îmbunătăţire continuă a calităţii;
- bază pentru managementul intern şi planificare.

În prezent sunt numeroase ţări care folosesc sistemul DRG fie la evaluarea rezultatelor activităţii spitalului, fie la finanţarea acestuia:

- SUA – la finanţarea retrospectivă a spitalelor pentru pacienţii din programul Medicare, şi al celor din sistemul asigurărilor private; majoritatea spitalelor folosesc sistemul la evaluarea activităţii;
- Belgia – la evaluarea activităţii spitalelor şi la standardizarea duratei medii de spitalizare;
- Franţa, Irlanda, Spania, Ungaria, Germania, Singapore – la finanţarea prospectiva a spitalelor publice
- Norvegia, Finlanda, Suedia, Danemarca – la finanţarea prospectivă a spitalelor publice, şi pentru decontări regionale;
- Portugalia, Australia – la finanţarea prospectivă a spitalelor publice, la finanţarea retrospectivă a spitalelor private şi pentru decontări regionale.

În anexele III.1, III.2 sunt prezentate descrieri ale implementării DRG în Australia şi în Statele Unite.

1.4 Rolul Setului Minim de Date la nivel de Pacient

Dr. Nona Chiriac

Pentru clasificarea pacienţilor în grupe diagnostice (DRG) sunt necesare date legate de vârstă, gen, durată de spitalizare, diagnostice principale şi secundare, proceduri, stare la externare şi greutate la naştere în cazul nou-născuţilor, acestea fiind variabilele în funcţie de care se face gruparea cazurilor.

Pentru funcţionarea sistemului de clasificare a pacienţilor, este necesară culegerea unor date clinice la nivel de pacient, din foaia de observaţie clinică generală (FOCG - reglementată prin ordinul ministrului sănătăţii şi familiei nr. 798/2002), care conţin şi caracteristicile mai sus amintite. Începând cu 1.01.2003, conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului Minim de Date la nivel de Pacient (SMDP) în spitalele din România, datele care alcătuiesc SMDP sunt :

1. Numărul de identificare a cazului externat
2. Numărul de identificare a spitalului
3. Numărul de identificare a secţiei

4. Numărul foii de observaţie clinică generală
5. Numele pacientului
6. Prenumele pacientului
7. Localitatea
8. Judeţul
9. Data naşterii
10. Sexul
11. Codul numeric personal
12. Tipul asigurării de sănătate
13. Casa de asigurări de sănătate
14. Data internării
15. Ora internării
16. Tipul internării
17. Diagnostic la internare
18. Data externării
19. Ora externării
20. Tipul externării
21. Starea la externare
22. Diagnosticul principal şi diagnosticele secundare, la externare
23. Intervenţiile chirurgicale efectuate
24. Data intervenţiei chirurgicale principale
25. Explorările funcţionale efectuate
26. Investigaţiile radiologice efectuate
27. Greutatea la naştere (doar pentru nou-născuţi)
28. Transferurile intra-spitaliceşti (secţia; data)
29. Medicul curant
30. Medicul operator

Aceste date se culeg în format electronic, completarea corectă a tuturor câmpurilor mai sus amintite, obligatorii din FOCG fiind vitală pentru procesul ulterior de clasificare a pacienţilor, pentru cel de analiză a datelor clinice şi de finanţare. Conform reglementarilor legale (*Ordinul ministrului sănătăţii şi familiei 798/2002* şi *Instrucţiunile de completare a foii de observaţie clinică generală* - a se vedea www.drg.ro, secţiunea *Resurse* precum şi anexa nr.III.4), medicul curant este cel responsabil pentru completarea diagnosticelor şi procedurilor în foaia de observaţie.

Spitalele au obligaţia să colecteze SMDP şi răspund de corectitudinea, gestionarea şi confidenţialitatea datelor. În momentul transmiterii datelor, acestea sunt obligate să cripteze (să cifreze) datele confidenţiale ale pacientului (nume, prenume, cod numeric personal), precum şi codul de parafă al medicului. Spitalul trebuie să transmită SMDP la Şcoala Naţională de Sănătate Publică şi Management Sanitar (înfiinţată prin reorganizarea Institutului Naţional de Cercetare–Dezvoltare în Sănătate - INCDS), denumită în continuare SNSPMS, în formatul impus de aplicaţia „DRG Naţional" furnizată de aceasta.

Organizarea activităţii de colectare şi raportare a datelor necesită funcţionarea unui departament de statistică-informatică, care generează sub formă electronică SMDP şi îl transmite către instituţiile abilitate.

În spital, organizarea codificării şi documentării FOCG se face conform regulilor stabilite de către Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară Bucureşti, denumit în continuare CCSS, aceasta constituind baza colectării datelor pentru SMDP. Personalul responsabil de codificarea FOCG, colectarea, trimiterea şi gestionarea datelor trebuie să participe la instruirile periodice asigurate prin autoritatea de sănătate publică judeţeană, CCSS sau SNSPMS.

Datele colectate în luna precedentă se transmit lunar, exclusiv în formatul impus de aplicaţia "DRG Naţional", prin e-mail, însoţite de un fişier centralizator privind numărul total al cazurilor transmise pentru fiecare secţie, la SNSPMS până la data de 5 a lunii în curs, precum şi la autorităţile de sănătate publică judeţene.

SNSPMS recepţionează datele şi administrează baza centrală de date, validează datele şi le analizează, furnizând rapoarte către spitale, Ministerul Sănătăţii Publice şi Casa Naţională de Asigurări de Sănătate (CNAS) pentru finanţarea pe bază de caz rezolvat. Autorităţile de sănătate publică judeţene sprijină spitalele în generarea, colectarea şi transmiterea SMDP şi transmit datele colectate către CCSS. Acesta din urmă elaborează regulile de completare a FOCG, monitorizează codificarea şi completarea FOCG, dezvoltă listele de codificare a diagnosticelor, procedurilor şi unităţilor sanitare; organizează instruiri pentru spitale şi autorităţile de sănătate publică în legătură cu cele de mai sus.

SMDP poate suferi mici modificări în funcţie de varianta de grouper (program de grupare a pacienţilor) aleasă şi de caracteristicile sistemului de îngrijiri de sănătate din ţara unde se aplică. Astfel, în unele variante este necesară colectarea prin SMDP a datelor privind statusul mintal al pacientului sau numărul orelor de ventilaţie mecanică. Totuşi, aceste mici variaţii nu sunt de natură să modifice esenţial conţinutul şi destinaţia SMDP.

Datele clinice astfel colectate la nivel de pacient, pe lângă menirea lor de a sta la baza clasificării pacienţilor în grupe de diagnostice, constituie un fundament pentru o serie de analize asupra performanţelor clinice ale spitalului, secţiilor şi medicilor, dar şi analize asupra morbidităţii la nivelul spitalelor care să orienteze politicile sanitare.

Erorile în culegerea şi raportarea datelor din SMDP generează gruparea eronată a pacienţilor, interpretări greşite ale rezultatelor activităţii clinice şi, în final, alocare incorectă a fondurilor cuvenite spitalului pentru finanţarea pe caz rezolvat.

1.5 Rolul codificării

Dr. Simona Muşat

Codificarea este un proces important care condiţionează implementarea sistemului de finanţare bazată pe caz rezolvat. La baza codificării stau informaţiile corecte şi complete scrise de medic în foaia de observaţie clinică generală (FOCG) introdusă în practică prin *Ordinul ministrului sănătăţii şi familiei nr. 798 din 15.10.2002*. Transpunerea acestor informaţii în coduri prin utilizarea unor sisteme de clasificare permite raportarea şi înregistrarea lor într-un format unitar.

În România pentru codificarea diagnosticelor se utilizează Clasificaţia Internaţională a Maladiilor revizia a 10-a (CIM-10) introdusă în practică prin *Ordinul ministrului sănătăţii nr. 685 din 17.06.1993*, iar pentru codificarea procedurilor, Clasificarea Internaţională a Maladiilor, varianta australiană (CIM-10-AM v.3) reglementată prin *Ordinul Ministrului Sănătăţii nr. 1624 din 09.12.2004*.

Rolul codificării este unul foarte important, deoarece fără a avea o imagine clară a serviciilor furnizate, este dificil de stabilit câţi bani să fie alocaţi fiecărui spital doar pe baza numărului de pacienţi trataţi. După colectarea şi raportarea electronică a setului minim de date la nivel de pacient (SMDP), cazurile sunt clasificate în grupe diagnostice (DRG), cărora li se atribuie valori relative. Ulterior, prin aplicarea unor formule, se calculează o serie de indicatori ce stau la baza finanţării spitalelor. Este evident faptul că erorile apărute în procesul de codificare pot afecta clasificarea pacienţilor în grupe diagnostice, pot influenţa calculele şi, în consecinţă, se reflectă asupra distribuţiei resurselor în sistem.

Pe de altă parte, dacă toate spitalele raportează cazurile folosind o înregistrare medicală uniformă şi un sistem standard de codificare, atunci factorii de decizie au un „limbaj comun" pe care îl pot folosi pentru a înţelege serviciile de îngrijire a sănătăţii oferite de spitalele din România. Astfel, analizele şi statisticile elaborate (care în funcţie de calitatea procesului de codificare, au un anumit grad de acurateţe) vor sta la baza politicilor de îngrijiri şi a deciziilor ce se iau în sistemul de sănătate.

De asemenea, România raportează Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (OMS) o serie de date privind morbiditatea şi mortalitatea, fiind extrem de important ca acestea să fie colectate în format standard şi respectând anumite reguli impuse la nivel internaţional. Aceste date nu numai că oferă o „fotografie " a sistemului de sănătate, dar reprezintă o bază a posibilelor colaborări cu alte ţări europene în cadrul diferitelor programe în domeniu.

Un alt argument pentru codificarea corectă şi riguroasă a diagnosticelor şi serviciilor medicale furnizate este reprezentat de valoarea pe care aceasta o are pentru procesul de cercetare. Este evident faptul că doar colectarea unor date cât mai exacte, în format uniform, şi înregistrarea lor electronică oferă posibilitatea realizării unor studii pertinente şi facilitează comunicarea cu colegii şi asociaţiile profesionale din ţară şi străinătate.

1.6 Rolul informaticii

Ing. Andrei Ionescu

Informatica reprezintă suportul întregului proces de colectare de date si finanţare pe bază de caz rezolvat. Toate etapele acestui mecanism se bazează pe programe informatice şi pe capacitatea persoanelor implicate de a utiliza corect aceste programe.

Primul pas foarte important se desfăşoară la nivelul spitalului şi constă în introducerea datelor clinice ale pacientului. Acest proces este reprezentat în Figura III.1.

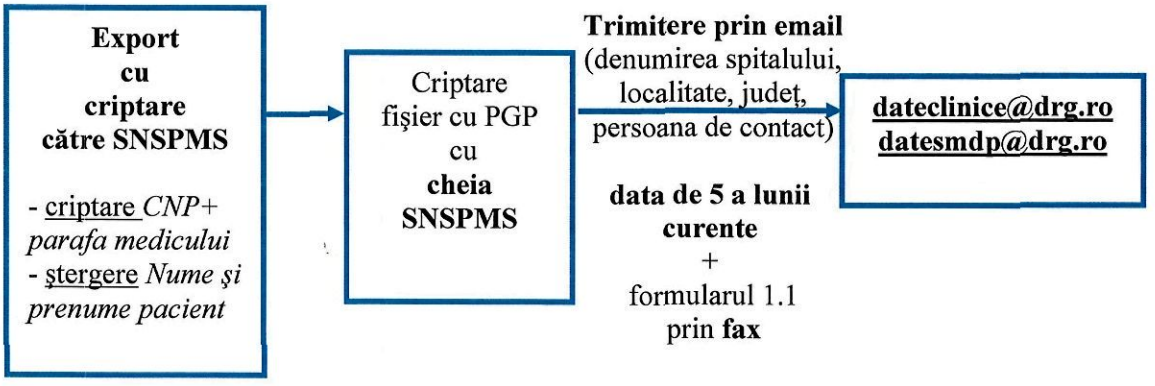

Figura III.1 Exportul datelor clinice către SNSPMS

Resursele necesare pentru a finaliza cu succes această primă etapă sunt :

1. calculatoare funcţionale, prevăzute cu un sistem de salvare a datelor;
2. personal instruit în introducerea electronică a datelor clinice;
3. cel puţin o legătură bună la Internet (de preferat încă una pentru siguranţă);
4. o căsuţă de e-mail fără limitări;

5. program de colectare de date clinice;
6. exportul datelor realizat conform cu specificațiile tehnice în vigoare.

La momentul actual, toate spitalele din România sunt obligate să colecteze date clinice la nivel de pacient; practic, datele pentru fiecare pacient căruia i se întocmește foaie de observație clinică generală trebuie trimise electronic la SNSPMS, respectând formatul aplicației DRGNational4.1.

Cele două opțiuni pentru a colecta electronic datele sunt :

1. instalarea și utilizarea programului DRGNational4.1 (varianta actuală), distribuit de către SNSPMS prin autoritățile județene de sănătate publică; nu necesită nici un cost privind licențele, iar suportul în utilizare este asigurat de către SNSPMS;
2. achiziționarea unui alt program de colectare a pacienților, care trebuie să exporte datele respectând specificațiile tehnice în vigoare, stabilite de către SNSPMS.

Este obligatoriu ca foaia de observație electronică a unui pacient să coincidă ca informație cu foaia sa de observație clinică generală (FOCG) sub toate aspectele (să fie completă și corectă).

Datoria spitalului, așa cum reiese și din Ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 29/2003, este de a organiza procesele de codificare, colectare și trimitere a datelor clinice astfel încât ele să fie finalizate în limitele de timp legale și la un bun nivel calitativ.

Următoarea etapă se desfășoară în cadrul SNSPMS, în concordanță cu Figura III.2.

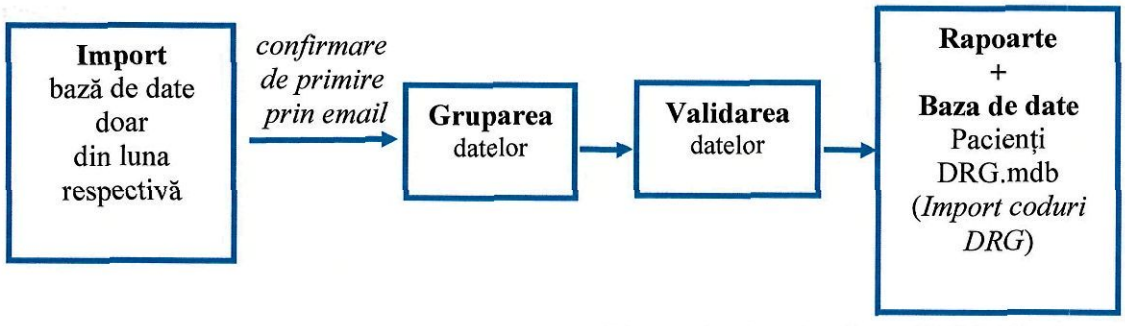

Figura III.2 Importul, gruparea și validarea datelor de către SNSPMS

Datele aferente perioadei curente sunt importate într-o bază centrală de date, apoi sunt grupate folosind un program numit grouper (la momentul actual se folosește programul HCFA 18.0). Urmează procesul de validare a datelor pacienților, respectând regulile stabilite de către CNAS, apoi generarea rapoartelor și trimiterea lor către spitale și case de asigurări de sănătate, așa cum este prezentat și în Figura III.3.

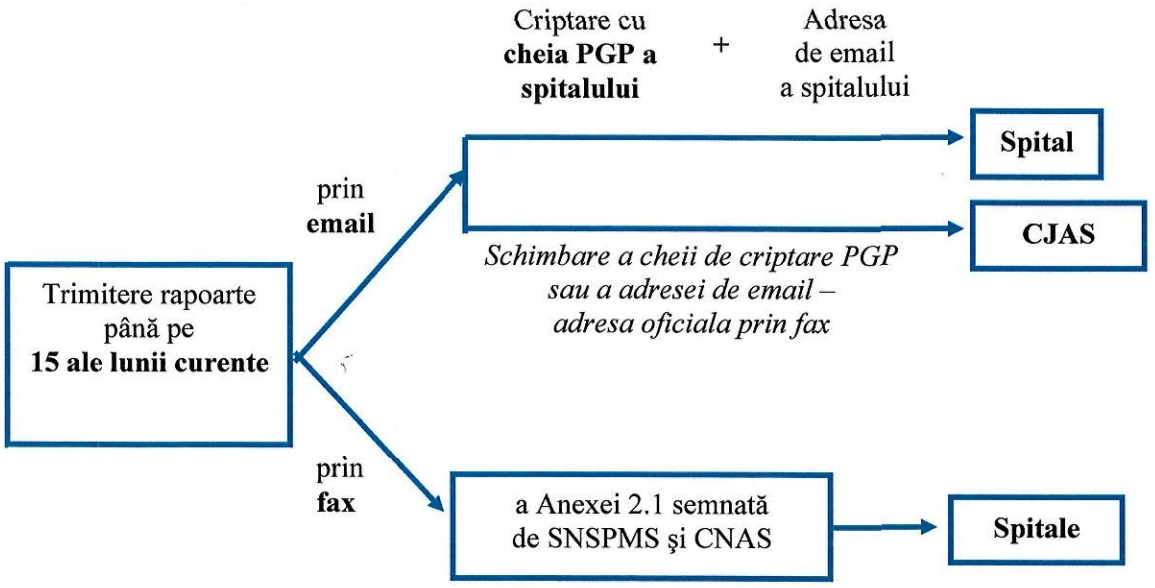

Figura III.3 Rezultatul prelucrării datelor la nivelul SNSPMS

După primirea datelor, la nivelul spitalului trebuie să se desfăşoare un proces de analiză şi corectare a cazurilor invalidate de SNSPMS. Aceste cazuri corectate sunt retrimise în cadrul recorelărilor trimestriale către SNSPMS pentru a fi validate.

Schimbarea cheii de criptare PGP cu care sunt criptate rapoartele trimise de SNSPMS duce la imposibilitatea citirii acestor rapoarte la nivelul spitalului. De aici reiese responsabilitatea spitalului de a salva şi păstra cheia PGP, precum şi de a asigura o căsuţă de mail stabilă şi fără limitări. Schimbarea acestor două coordonate se realizează doar ca urmare a unei cereri oficiale din partea spitalului către SNSPMS.

În concluzie, la nivelul spitalului trebuie să se realizeze un management al foilor de observaţie colectate electronic, astfel încât să se asigure un procent cât mai mare de cazuri validate şi corect codificate, respectând în acelaşi timp concordanţa cu foaia de observaţie clinică generală. Conducerea spitalelor trebuie să înţeleagă rolul deosebit al informaticii în acest proces de colectare a datelor clinice şi să acorde o atenţie sporită acestui domeniu. Astfel, dotarea cu calculatoare, crearea unei reţele la nivelul spitalului, investiţia în instruirea şi păstrarea personalului implicat în acest proces trebuie să devină priorităţi pentru a asigura un flux de date continuu şi real între spital şi SNSPMS.

1.7 Rolul analizei datelor

Dr. Cristinel Palas

Ce este analiza?

Analiza datelor nu este un scop în sine, ci este doar un mijloc de a obţine informaţii privind performanţa spitalului, informaţii care, la rândul lor, să servească deciziilor luate în cadrul sau în afara spitalului cu privire la îmbunătăţirea acestei performanţe (Figura III 4).

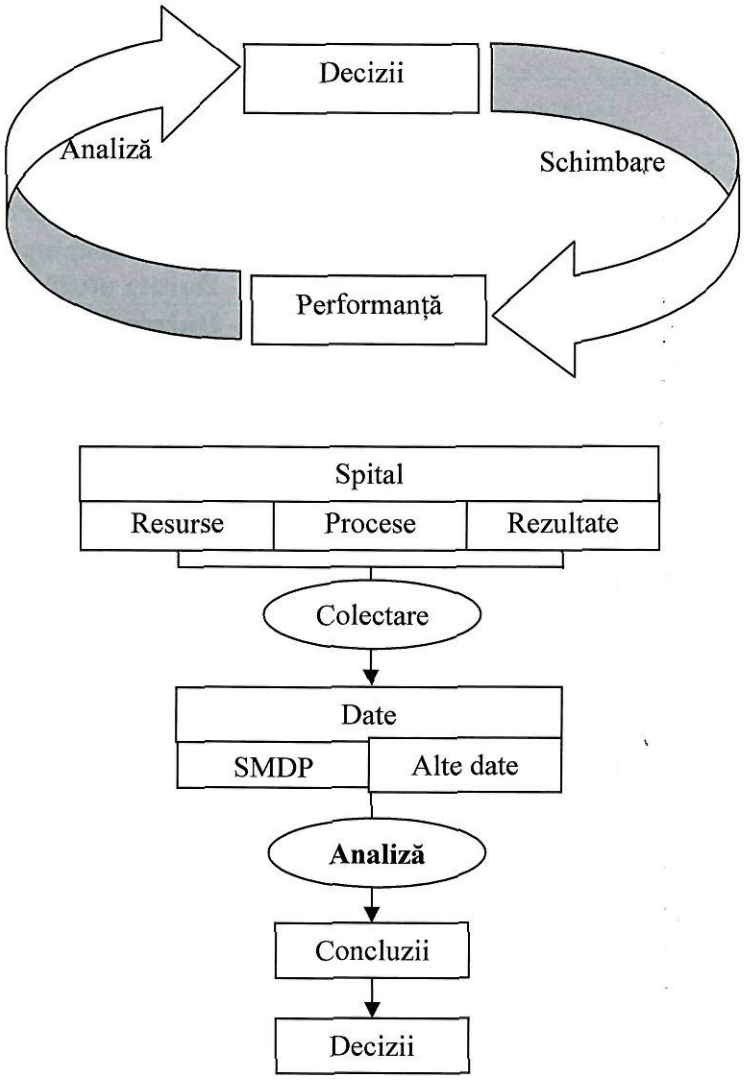

Figura III.4 – Rolul analizei în procesul de îmbunătățire a performanței

Ce este performanța?

Performanța reprezintă măsura în care sunt îndeplinite scopurile propuse.

Conceptul de performanță a serviciilor de sănătate reprezintă o însumare a conceptelor de calitate, eficiență şi eficacitate a acestora.

Prin urmare, conceptul de performanță este unul multidimensional, acoperind aspecte diverse, cum ar fi: practică bazată pe dovezi, continuitate şi integrare a serviciilor de sănătate, promovarea sănătății, orientarea spre pacient etc.

Cum se măsoară performanța?

Performanța se măsoară prin indicatori (vezi Tabelul III 1).

Dimensiune	Subdimensiuni	Indicatori (exemple)
Eficacitate clinică	**- Adecvarea procesului de îngrijire - Conformitatea procesului de îngrijire - Rezultatele procesului de îngrijire**	**- Rata reinternărilor - Rata mortalității - Rata complicațiilor - Durata medie de spitalizare**
Eficiență	**- Utilizarea tehnologiei disponibile pentru cele mai multe îngrijiri posibile - Utilizarea tehnologiei disponibile pentru cea mai bună îngrijire posibilă**	**- Durata medie de spitalizare - Cost mediu - Rata de utilizare a tehnologiei existente**
Orientarea spre personal	**- Mediul de practică - Recunoaşterea nevoilor individuale - Activități de promovare a sănătății - Remunerare adecvată - Dezvoltare (educație continuă) - Satisfacția personalului**	**- Rata absenteismului - Rata demisiilor/transferurilor - Salariul mediu - Număr cursuri specializare - Percepția personalului**
Responsabilitate/ Receptivitate	**- Integrare în sistemul de sănătate - Integrare în comunitate - Orientare spre sănătatea publică - Acces - Continuitate - Promovarea sănătății - Echitate**	**- Pondere pacienți consiliați - Pondere pacienți internați cu trimitere de la medic de familie/ specialist - Pondere pacienți cu scrisoare de recomandare la externare - Pondere pacienți transferați la alte unități sanitare**
Siguranță	**- Siguranța pacientului - Siguranța personalului - Siguranța mediului**	**- Rata infecțiilor nosocomiale - Rata accidentelor - Rata complicațiilor**
Orientarea spre pacient	**- Respectul pentru pacienți - Confidențialitate - Comunicare - Libera alegere a medicului - Satisfacția pacientului**	**- Timp de aşteptare - Ponderea pacienților informați - Percepția pacientului**

Tabelul III. 1 – Exemple de indicatori de performanță

Cui trebuie comunicați indicatorii de performanță?

Aşa cum s-a menționat, indicatorii de performanță reprezintă informații care sunt utilizate atât în interiorul cât şi în exteriorul spitalului.

Utilizarea internă a acestor indicatori este legată de conceptul de management bazat pe informații, adică de folosirea indicatorilor ca informație managerială pentru

monitorizarea, evaluarea şi îmbunătăţirea funcţiilor spitalului pe termen scurt (operaţionalitate), mediu (tactică) sau lung (strategie).

În consecinţă, indicatorii de performanţă trebuie aduşi la cunoştinţa celor responsabili cu gestionarea operaţională, tactică sau strategică a activităţii spitalului.

Utilizarea externă a acestor indicatori este legată de cerinţa de informaţie din partea instituţiilor care gestionează sistemul de sănătate (între care Ministerul Sănătăţii Publice şi Casa de Asigurări de Sănătate), a pacienţilor şi a publicului în general.

De ce trebuie să cunoaştem performanţa spitalului?

Ca orice organizaţie, spitalul are o misiune de îndeplinit, în virtutea căreia există şi funcţionează. Prin urmare, un spital îşi justifică existenţa doar în măsura în care el îşi îndeplineşte misiunea.

La modul general, misiunea oricărui spital este aceea de a oferi servicii de sănătate specifice care să rezolve problemele de sănătate ale pacienţilor (eficacitate), în cel mai bun (calitate) şi mai economicos (eficienţă) mod posibil.

Cum performanţa se referă tocmai la eficacitate, calitate şi eficienţă, cunoaşterea performanţei spitalului înseamnă cunoaşterea modului în care el îşi îndeplineşte misiunea.

Cunoaşterea performanţei spitalului este cu atât mai importantă dacă ţinem seama de faptul că acesta trebuie să se adapteze permanent unui mediu extern în continuă schimbare, astfel încât să îşi îndeplinească misiunea şi în contextele nou apărute.

Situaţiile noi, cărora spitalul trebuie să le facă faţă, pot fi determinate de cauze diverse, cum ar fi, dezvoltarea unor noi politici de sănătate sau apariţia unor noi orientări şi tendinţe (creşterea responsabilităţii sociale a spitalului, creşterea interesului pentru calitatea îngrijirilor), modificări în cererea de servicii spitaliceşti sau în competiţia pentru oferta acestor servicii, schimbări ale tehnologiei medicale etc.

Succesul adaptării la noi situaţii nu poate fi însă apreciat decât prin compararea performanţei înainte şi după schimbare.

Care este rolul managerului?

Dacă din punct de vedere tehnic (operaţional), analiza este o activitate specifică, diferită de toate celelalte activităţi ale spitalului, din punct de vedere managerial, ea este un proces ca oricare altul, cu aceleaşi cerinţe de planificare, organizare, conducere şi control.

Prin urmare, sarcinile managerului în raport cu procesul de analiză sunt legate de asigurarea resurselor (umane şi materiale) necesare activităţii de colectare a datelor şi de analiză propriu-zisă, de planificarea şi organizarea acestor activităţi şi de urmărirea modului în care ele se desfăşoară.

Mai mult, deoarece rezultatul procesului de analiză – informaţia – reprezintă materia primă a procesului decizional care, la rândul lui, este atribuţia de bază a managerului, se poate spune că managerul este mai apropiat de această activitate decât de oricare alta. Astfel, spre deosebire de activităţile medicale care sunt cu precădere sub controlul medicului, activitatea de analiză este strict controlată de manager de la început (el fiind cel care o solicită) şi până la sfârşit (el fiind cel care evaluează rezultatul final, şi anume, claritatea şi relevanţa concluziilor analizei pentru scopul în care a fost cerută).

2. MECANISMUL FINANȚĂRII BAZATE PE CAZ (DRG)

2.1 Contractarea şi decontarea serviciilor

Dr. Mihaela Stoienescu

Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate reprezintă baza tuturor contractelor dintre casele de asigurări de sănătate şi furnizorii de servicii medicale. Contractul-cadru se elaborează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, pe baza consultării Colegiului Medicilor din România, denumit în continuare CMR, Colegiului Medicilor Dentişti din România, denumit în continuare CMDR, Colegiului Farmaciştilor din România, denumit în continuare CFR, Ordinului Asistenţilor Medicali şi Moaşelor din România, denumit în continuare OAMMR, precum şi a organizaţiilor patronale şi sindicale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de către Ministerul Sănătăţii, şi se aprobă prin hotărâre a guvernului.

Contractul-cadru reglementează, în principal, condiţiile acordării asistenţei medicale cu privire la:

a) pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate;

b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale şi a altor servicii pentru asiguraţi aferente pachetului de servicii de bază prevăzut la lit. a);

c) criteriile şi standardele calităţii pachetului de servicii;

d) alocarea resurselor şi controlul costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate în vederea realizării echilibrului financiar al fondului;

e) tarifele utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare şi actele necesare în acest scop;

f) internarea şi externarea bolnavilor;

g) măsuri de îngrijire la domiciliu şi de recuperare;

h) condiţiile acordării serviciilor la nivel regional şi lista serviciilor care se pot contracta la nivel judeţean, precum şi a celor care se pot contracta la nivel regional;

i) prescrierea şi eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor şi ortezelor, a dispozitivelor medicale;

j) modul de informare a asiguraţilor;

k) coplata pentru unele servicii medicale.

CNAS elaborează norme metodologice de aplicare a contractului-cadru - ca parte integrantă a contractului-cadru, prin consultarea CMR, CFR, CMDR şi OAMMR, precum şi a organizaţiilor patronale şi sindicale reprezentative din domeniul medical, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui CNAS.

Ce sunt contractele?

Un contract este un acord scris între două părţi, de regulă consfinţit de lege. Mai precis, un contract este un act juridic prin care sunt stabilite drepturile şi obligaţiile fiecărei părţi implicate în tranzacţie.

Contractele pentru servicii de medicale se încheie între cumpărătorii şi furnizorii de servicii. Cumpărătorii pot fi case de asigurări sociale sau private, statul, instituţii şi persoane particulare. Principalul cumpărător de servicii medicale spitaliceşti, conform legislaţiei în vigoare, este casa de asigurări sociale de sănătate din teritoriul administrativ unde unitatea sanitară spitalicească are sediul. Acest lucru nu exclude posibilitatea de a identifica şi atrage şi alţi potenţiali beneficiari ai serviciilor medicale pe care le poate realiza spitalul.

Principalele elemente ale unui contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti sunt :

1. tipul serviciilor care vor fi furnizate;
2. volumul serviciilor;
3. tariful serviciilor, modalităţile şi termenele de plată;
4. perioada contractului;
5. obligaţiile părţilor;
6. informaţii necesare pentru monitorizarea contractului;
7. reglementări legale în cazul în care contractul nu este respectat.

Contractarea serviciilor medicale spitaliceşti

Contractul de furnizare de servicii medicale al spitalului cu casa de asigurări de sănătate reprezintă sursa principală a veniturilor în cadrul bugetului de venituri şi cheltuieli şi se negociază între manager şi conducerea casei de asigurări de sănătate, în funcţie de indicatorii stabiliţi în contractul-cadru. În procesul de contractare a serviciilor medicale spitaliceşti s-au identificat următoarele etape:

1. elaborarea documentaţiei necesare încheierii contractului; documente care atestă existenţa şi funcţionarea în condiţiile legii a spitalului;
2. identificarea serviciilor cu potenţial de contractare în funcţie de structura spitalului;
3. elaborarea indicatorilor specifici spitalului, atât cantitativi cât şi calitativi care stau la baza fundamentării ofertei de servicii medicale;
4. fundamentarea tarifelor pentru serviciile propuse pentru contractare;
5. negocierea tipului, volumului şi tarifele de serviciilor medicale;
6. încheierea şi semnarea contractului.

Decontarea serviciilor medicale spitaliceşti

Decontarea serviciilor medicale spitaliceşti este un proces prin care spitalul încasează sumele aferente serviciilor medicale prestate în conformitate cu clauzele contractului. Etapele procesului de decontare a serviciilor medicale spitaliceşti:

Raportarea serviciilor medicale spitaliceşti

Principalele aspecte privind raportarea sunt următoarele:

1. spitalul raportează în luna curentă activitatea lunii precedente;
2. indicatorii specifici realizaţi sunt raportaţi conform formularelor elaborate prin ordin al preşedintelui CNAS;

3. termenul de raportare este reglementat prin contractul-cadru şi normele de aplicare a acestuia şi poate fi pentru activitatea realizată în primele 15 zile ale lunii, lunar şi trimestrial.

Validarea este o etapă foarte importantă care se desfăşoară la nivelul caselor de asigurări sau la nivelul organizaţiilor abilitate în acest sens. Validarea serviciilor medicale finanţate pe bază de caz rezolvat (DRG) se realizează la Şcoala Naţională de Sănătate Publică şi Management Sanitar şi are la bază criterii şi metodologie aprobată prin ordin al preşedintelui CNAS.

Decontarea reprezintă plata de către casele de asigurări de sănătate a contravalorii serviciilor medicale validate spitalului. Se realizează în termenele si în conformitate cu prevederile din contract, numai pentru tipurile de servicii contractate, direct proporţional cu serviciile validate, în limita sumelor contractate cu această destinaţie şi pe baza unor criterii specifice pentru fiecare categorie de servicii medicale.

Managerul răspunde de realitatea şi exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât şi cu ocazia raportării datelor în cursul execuţiei.

Spitalele publice pot realiza venituri suplimentare din:

a) donaţii şi sponsorizări;

b) asocieri investiţionale în domenii medicale ori de cercetare medicală şi farmaceutică;

c) închirierea unor spaţii medicale, dotări cu echipamente sau aparatură medicală unor alţi furnizori de servicii medicale;

d) contracte privind furnizarea de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări private sau agenţi economici;

e) editarea şi difuzarea unor publicaţii cu caracter medical;

f) servicii medicale, hoteliere sau de altă natură, furnizate la cererea unor terţi;

g) servicii de asistenţă medicală la domiciliu, furnizate la cererea pacienţilor;

h) contracte de cercetare si alte surse.

Proiectul bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalelor publice se elaborează de către managerul spitalului pe baza propunerilor fundamentate ale conducătorilor secţiilor si compartimentelor din structura spitalului.

2.2 Ajustarea finanţării bazate pe caz

Ec. Simona Haraga

Majoritatea ţărilor care utilizează sistemul de finanţare bazată pe caz a spitalelor operează o serie de ajustări ale tarifelor acestora menite să preîntâmpine costurile suplimentare care se pot înregistra la nivelul unor unităţi sanitare datorate unor factori cum sunt: utilizarea aparaturii de înaltă performanţă, situarea în zone mai reci unde sunt necesare fonduri suplimentare pentru încălzire, activitatea de învăţământ care presupune un volum superior de cadre medicale şi, nu în ultimul rând, ajustări pentru cazurile cu durate de spitalizare (DS) mai mici sau mai mari decât normale (cazuri cu DS extreme), cazuri care pot afecta semnificativ bugetele spitalelor. Analiza cazurilor cu DS extreme este bine documentată şi în literatura de specialitate, ea variind de la o ţară la alta în funcţie de modul de definire ales.

Finanțarea bazată pe caz rezolvat a spitalelor a acumulat deja o experiență de câțiva ani în România, astfel încât, în prezent, nu numai promotorii acestui mecanism îi înțeleg avantajele şi dezavantajele, ci şi implementatorii finali, adică spitalele. Unul dintre neajunsurile acestui sistem bazat pe clasificarea în grupe de diagnostice, observat chiar de către spitale, a fost cel al nivelului de finanțare a cazurilor cu durate de spitalizare foarte mici sau foarte mari. Pe baza acestor experiențe, în cursul anului 2004, a fost dezvoltată metodologia de ajustare a finanțării activității spitalelor pentru aceste cazuri, şi pusă în aplicare începând cu anul 2005. Ea este aplicată trimestrial, odată cu regularizarea activității raportate de spitale, iar rezultatul este reflectat de nivelul coeficientului K (un factor de corecție aplicat la finanțare – vezi glosarul de termeni), ce reprezintă, în sinteză, impactul ajustării financiare a sumei realizate de spital în acea perioadă.

Studiul efectuat de INCDS (SNSPMS) în cursul anului 2004, cu privire la definirea metodologiei de ajustare a finanțării în funcție de durata de spitalizare, a cuprins două etape:

1. definirea şi cuantificarea cazurilor cu DS extreme la nivel național, pe fiecare grupă de diagnostic, prin testarea mai multor metode statistice; rezultatul primei etape: definirea limitelor inferioare şi superioare de "normalitate" a duratei de spitalizare pentru 447 de DRG-uri din România (cu cel puțin 50 de cazuri), deci implicit a cazurilor cu DS extreme;
2. cuantificarea financiară a impactului cazurilor cu DS extreme, definite conform etapei I, asupra spitalelor, realizată prin calcularea numărului cazurilor echivalente pentru fiecare spital şi a indicelui de case mix (ICM) pe cazurile echivalente pentru activitatea analizată.

Pe baza rezultatelor studiului efectuat, INCDS a recomandat ajustarea finanțării bazate pe caz prin folosirea metodei deviației standard în definirea limitelor de normalitate a DS pentru grupele de diagnostice. Conform acestei metode SNSPMS a propus un set de limite de normalitate pentru fiecare grupă de diagnostice în care se clasifică pacienții externați, astfel încât ele sunt folosite la ajustarea finanțării începând cu anul 2005. Această listă a DRG-urilor, precum şi metoda efectivă de calcul pentru ajustarea trimestrială a finanțării, apar în normele de aplicare a Contractului Cadru (*anexa nr. 18 b* în anii 2005 şi 2006).

Cum funcționează această ajustare la nivelul spitalului?

Practic, nivelul coeficientului K este calculat pentru fiecare spital în parte, trimestrial, aplicându-se la regularizarea sumelor primite de spital pe baza contractului de servicii pentru îngrijiri ale pacienților cu afecțiuni de tip acut, încheiat cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Astfel, formularul de raportare a activității fiecărui spital la regularizarea trimestrială conține nivelul coeficientului K, acesta înmulțindu-se cu numărul pacienților externați şi validați, cu ICM-ul realizat de spital aferent acestor cazuri, precum şi cu tariful pe caz ponderat al spitalului.

O imagine comparativă a impactului cazurilor cu durate de spitalizare extreme pentru spitalele finanțate pe bază de caz rezolvat în 2004 (simulat) şi 2005 este prezentată în Tabelul nr. III.2.

Coeficient K	2004 (185 spitale)	2005 (276 spitale)
Min	0,82	0,9413
< 0,95	20 spitale	2 spitale
0,95 – 1,00	162 spitale	240 spitale
>1	3 spitale	34 spitale
Max.	1,00	1,0238
Media	0,97	0,9917

Tab. III.2 – Impactul cazurilor cu durate de spitalizare extreme (Haraga, 2005)

Se poate observa (Tabelul III.2) o mai bună distribuţie a coeficientului k pe spitale, în anul 2005, şi un impact relativ mic al cazurilor cu DS extreme, la nivel naţional, numai 2 spitale fiind afectate la nivelul finanţării cu mai mult de 5%. Impactul total în finanţarea spitalelor rezultă din diferenţele înregistrate între economiile generate de cazurile cu DS extreme mici şi necesarul de finanţare generat de cazurile cu DS extreme mari.

În concluzie, utilizarea mecanismului de finanţare bazată pe caz în vederea atingerii obiectivelor de îmbunătăţire a eficienţei şi echităţii reprezintă o provocare. Orice măsură luată într-o direcţie sau alta generează în acelaşi timp stimulente contrare obiectivului propus: furnizorii (spitale) sunt stimulaţi să caute finanţarea cea mai avantajoasă pentru cazul tratat, în timp ce finanţatorul caută ca banii să urmeze pacientul oriunde acesta este tratat. Deoarece stimulentul natural indus de finanţarea mai mică a cazurilor cu durate de spitalizare extreme mici este creşterea duratei de spitalizare până la limita inferioară a DRG-ului cazului respectiv, pe viitor se are în vedere efectuarea unui studiu pentru observarea comportamentului furnizorilor. Analiza cazurilor cu durate de spitalizare extreme este utilă în identificarea diferenţelor de practică medicală acolo unde sunt observate, putând apoi adapta mecanismul de finanţare sau ajustare a acesteia pentru a induce furnizorilor comportamentul dorit. În ceea ce priveşte impactul financiar – economiile, acestea ar putea fi utilizate de CNAS pentru a crea mecanisme de control al furnizorilor, şi pentru a premia câştigurile în eficienţă, acolo unde sunt observate.

2.3 Rolul calculării costurilor

Dr. Cristina Pavel

În orice instituţie fie ea profit, non-profit sau guvernamentală există o interrelaţie între activitatea desfăşurată şi costuri, venituri şi profituri. Cuantificarea modului în care activităţile desfăşurate în cadrul organizaţiei afectează nivelul costurilor permite managerului:

a) să ia decizii pe termen scurt în ceea ce priveşte serviciile furnizate;

b) să evalueze noi practici în ceea ce priveşte serviciile;

c) să planifice sau să cuantifice din punct de vedere financiar efectele activităţii viitoare;

d) să proiecteze sisteme de control managerial eficiente;

e) să ia decizii corecte pe termen lung (investiţii, casări, închidere/deschidere secţii, etc.);

f) să proiecteze sisteme de cost per produs folositoare şi de mare acurateţe;

g) să stabilească preţurile, evalueze profiturile şi pierderile şi să determine scheme de plată.

Literatura de specialitate agreează ca principii de bază în procesul de calculare a costurilor următorii paşi:

1. formularea foarte clară a problemei cu includerea obiectivului, utilităţii rezultatelor şi perioadei de timp alocate;
2. descrierea foarte clară a serviciilor (obiecte de cost).

Alegerea unei metodologii depinde de tipul de serviciu pentru care urmează a se calcula costurile, beneficiul adus de acest proces şi eficienţa economică a procesului în sine (dacă beneficiul adus de determinarea costurilor justifică efortul). Până în prezent nu există o metodologie universal acceptată de calculare a costurilor. În funcţie de scopul pentru care vor fi utilizate datele de cost (stabilire de preţuri, control managerial, supervizare, planificare bugetară etc.) se poate alege o anumită metodologie.

Indiferent de metodologia aleasă, aceasta va urma trei paşi distincţi: (1) identificarea resurselor utilizate pentru furnizarea serviciului, (2) cuantificarea resurselor şi calcularea de unităţi de cost, (3) ataşarea unei valori monetare pentru fiecare unitate cuantificată.

Majoritatea metodelor iau în calcul pentru determinarea unităţilor de cost atât costurile directe cât şi pe cele indirecte necesare furnizării unui anumit serviciu. Ideal, costurile ar trebui identificate direct, iar costurile indirecte ar trebui alocate fiecărui serviciu pe baza utilizării reale sau pe baza principiului cauză-efect. În practică, studiile de costuri utilizează 5 metode: (1) măsurarea directă a costurilor, (2) metoda contabilă de calculare a costurilor, (3) utilizarea de unităţi de cost standard, (4) preţuri, taxe, (5) estimări/extrapolări. Fiecare dintre aceste metode are avantaje şi dezavantaje, pentru alegerea uneia putând fi utilizate criterii precum: scopul calculării costurilor, perspectivele studiului, tipul şi complexitatea serviciilor de sănătate/tehnologiei utilizate, gradului de precizie cerut, gradului de generalizare sau reprezentativitate necesar, disponibilitatea datelor şi acurateţea lor, numărul de utilizatori ai serviciilor etc.

În condiţiile unei restricţionări a fondurilor pentru îngrijirile spitaliceşti, deplasarea de la utilizarea resurselor la determinarea costurilor devine necesară pentru managerul oricărui spital. Expansiunea tehnologiei informaţiilor în sistemul de management al spitalului şi asocierea unui set minim de date de cost la nivel de pacient (SMCP) la SMDP colectat în prezent, conferă o imagine completă a activităţii spitalului în evaluarea propriei eficienţe. De aceea, pentru spitale calcularea realistă a costurilor la nivel de secţie şi de pacient este deosebit de importantă în finanţarea bazată pe caz. În plus, cunoaşterea de către spital a raportului cost-venit pentru fiecare din cele mai frecvente tipuri de cazuri pe care le tratează este importantă în managementul financiar propriu spitalului, în procesul intern de luare a deciziei şi poate permite justificarea financiară a cazurilor extreme, pentru care s-au consumat resurse semnificative.

În ţară, printre spitale există deja „pionieri" în această activitate care pot răspunde la întrebarea „cât va costa acest tip de pacient?".

Cu ajutorul acestor spitale INCDS (SNSPMS) a iniţiat în anul 2004 un Studiu de evaluare a costurilor spitaliceşti la nivel de pacient.

Pentru îmbunătăţirea mecanismului de finanţare bazată pe caz este necesară

colectarea constantă a unui număr reprezentativ de date de cost la nivel de pacient în vederea fundamentării de valori relative româneşti şi înlocuirea actualelor mult criticate valori de proveniență americană.

Un astfel de proces creează premizele pentru:

a) calcularea costurilor reale la nivelul principalelor tipuri de pacienți externați;

b) colectarea şi analiza de costuri pentru grupele de diagnostice la nivel național;

c) estimarea tarifelor pe caz ponderat;

d) fundamentarea valorilor relative româneşti;

e) propuneri de reducere a inechităților în finanțarea spitalelor;

f) propuneri de politici de finanțare bazată pe caz pe tipuri de spitale.

Studiul are în vedere experiența a 27 de spitale înscrise voluntar în proiect, fiecare având diferite experiențe de calculare a costurilor pe pacient, după metode proprii.

Informațiile culese inițial despre spitalele înscrise conțin: tipuri de costuri evidențiate la nivel de pacient, număr şi tip de pacienți pentru care s-au calculat costurile, formatul electronic de colectare şi calculare, perioada.

Criteriile de evaluare tehnică pentru definitivarea listei de spitale eligibile au ținut cont de capacitatea spitalelor de evidență a consumurilor şi a costurilor aferente la nivel de pacient, cel puțin pentru costurile directe medicale.

Discuțiile asupra metodologiei au ținut cont de nevoia captării în timp util şi cu acurațețe a datelor de cost la nivel de pacient, după o structură relevantă. Astfel, în paralel cu setul minim de date la nivel de pacient (SMDP) era necesară obținerea unui set minim de date de cost la nivel de pacient (SMCP) pentru care s-a realizat o aplicație software de colectare a datelor la nivelul spitalelor.

Analiza datelor colectate prin aplicația software a urmărit proporția între diferitele tipuri cheltuieli la nivel de spital comparativ cu proporția națională, cele mai frecvente DRG-uri pentru care s-au trimis şi date de costuri, la fiecare din aceste DRG-uri proporția cheltuielilor directe şi a celor indirecte, costurile directe pe caz, costuri indirecte pe zi de spitalizare la fiecare spital în parte şi costuri medii pe caz cu valorile relative asociate.

Evaluările şi analizele realizate au permis identificarea unor dificultăți în determinarea costurilor medii şi a valorilor relative asociate pe baza datelor ce pot fi furnizate în prezent de spitale. Parte din aceste dificultăți rezidă fie în lipsa elementelor de identificare între cele două seturi de date, SMDP şi SMCP, fie în discontinuitățile în completarea cheltuielilor legate de articolele bugetare, funcție de capacitățile tehnice ale spitalelor.

Ținând cont de aspectul voluntar al participării spitalelor la acest proiect şi de disponibilitatea manifestată pe această perioadă, se observă că date de costuri directe la nivel de pacient se pot obține numai cu privire la medicamente şi parte din materialele sanitare.

Pentru anul 2006, îmbunătățirea calității datelor furnizate de spitale necesită:

1. rezolvarea problemelor tehnice de colectare a datelor la nivelul spitalelor (volum mare de muncă, lipsa de personal, bariere în angajarea de personal, salarizare redusă pentru personalul necesar, inexistența în legislație a categoriei de personal necesar pentru această activitate), eventual prin achiziționarea de aplicații integrate;

2. colectarea anumitor informații care, în prezent, nefiind solicitate, nu se colectează la nivel de pacient (de exemplu, evidențierea separată a cheltuielilor, funcție de fondurile de proveniență, transferul de pacienți cu afecțiuni acute între spitale);
3. motivarea și susținerea spitalelor participante în proiect.

2.4 Reglementări și instrumente utile

Ec. Ștefania Rasoiu

În România se folosește în prezent sistemul de clasificare DRG ca bază pentru finanțarea a 276 de spitale ce furnizează îngrijiri pentru afecțiuni de tip acut, și ca instrument în monitorizarea, evaluarea și controlul activității tuturor spitalelor.

Cadrul legal al aplicării sistemului DRG este amplu și se actualizează permanent, datorită perfecționării continue a acestui sistem.

Acest sistem se aplică în condițiile de organizare și funcționare a spitalelor prevăzute de *Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății.* Prezentăm mai jos titlurile cu impact major asupra aplicării sistemului DRG.

Titlul 1. Sănătatea publică

1. Stabilește cadrul normativ pentru aplicarea strategiilor și a programelor de sănătate potrivit normelor europene.
2. Reglementează organizarea și funcționarea asistenței medicale spitalicești, precum și organizarea și funcționarea spitalelor.
3. Definește rolul statului reprezentat de Ministerul Sănătății Publice și structurile deconcentrate ale acestuia în teritoriu, în ceea ce privește monitorizarea, evaluarea și controlul activității spitalelor.
4. Stabilește raporturile dintre finanțatorii sistemului de sănătate și unitățile publice.

Titlul 8. Asigurările sociale de sănătate

1. Reglementează organizarea sistemului de asigurări sociale de sănătate.
2. Stabilește locul și rolul asigurărilor voluntare de sănătate în sistemul de sănătate în raport cu asigurările sociale de sănătate.
3. Stabilește mecanismele de acordare a serviciilor medicale decontate de la sistemul de asigurări sociale de sănătate.
4. Reglementează constituirea, administrarea și utilizarea fondului național unic de asigurări de sănătate.
5. Introduce condiții pentru stabilirea pachetului de bază de servicii medicale, precum și tipurile de servicii medicale ce pot fi contractate de casele de asigurări de sănătate.

În domeniul finanțării spitalelor prin acest sistem, reglementările de bază sunt:

1. planul acțiunilor majore pentru implementarea finanțării bazate pe caz în spitalele din România aprobat prin ordin comun al ministrului sănătății publice și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

2. contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a guvernului;
3. normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin comun al ministrului sănătăţii publice şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Aceste reglementări sunt completate de:

1. Ordine ale ministrului sănătăţii publice
   - privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România;
   - privind colectarea electronică a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România;
   - privind studiul de evaluare a costurilor la nivel de pacient în spitale finanţate pe bază de caz rezolvat;
2. Ordine ale preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate
   - privind regulile de validare a datelor clinice la nivel de pacient în vederea finanţării bazate pe caz rezolvat;
   - pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe ţară, fără regim special, necesare raportării activităţii furnizorilor de servicii medicale;
3. Standarde şi instrucţiuni ale Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară privind completarea formularelor şi codificarea datelor înscrise în acestea.

O altă categorie importantă de reglementări aplicabile în domeniu este cea privind securitatea şi confidenţialitatea datelor, respectiv:

- Legea nr.677/2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date;
- Legea nr.455/2001 privind semnătura electronică;
- Ordinul Avocatul poporului nr.52/2002 privind aprobarea Cerinţelor minime de securitate a prelucrărilor de date cu caracter personal;
- Ordinul ministrului sănătăţii nr.49/2004 privind introducerea certificatelor digitale calificate de semnătura electronică în spitalele/instituţiile sanitare din România.

BIBLIOGRAFIE

1. Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial nr.372 din 28.04.2006;
2. Hotărârea Guvernului nr.52/2005 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, publicată în Monitorul Oficial nr.71 din 20.01.2005;
3. Hotărârea Guvernului nr.1747 din 22 decembrie 2005 pentru prelungirea aplicării prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 52/2005 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005 şi ale Hotărârii Guvernului nr. 235/2005 privind aprobarea pentru anul 2005 a listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, publicată în Monitorul Oficial nr. 1187 din 29.12.2005;
4. Hotărârea Guvernului nr. 374 din 22 martie 2006 privind prelungirea aplicării prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 52/2005 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005 şi ale Hotărârii Guvernului nr. 235/2005 privind aprobarea pentru anul 2005 a listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, publicată în Monitorul Oficial cu numărul 285 din data de 29 martie 2006;
5. Ordinul nr.56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, publicat în Monitorul Oficial nr.134bis din 14.02.2005;
6. Ordinul nr. 408/160 din 12 aprilie 2006 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, cu modificările şi completările ulterioare Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 361 din data de 25 aprilie 2006;
7. Ordinul nr.39/3/2006 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, cu modificările şi completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial nr.75 din 26.01.2006;
8. Ordinul nr.227/74/2005 privind modificarea Ordinului ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de

sănătate pentru anul 2005, publicat în Monitorul Oficial nr.320 din 15.04.2005;

9. Ordinul nr.663/216/2005 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, cu modificările şi completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial nr.556 din 29.06.2005;
10. Ordinul nr.817/13/2005 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, cu modificările şi completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial nr.716 din 8.08.2005;
11. Ordinul nr.1259/238/2005 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, cu modificările şi completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial nr.1081 din 30.11.2005;
12. Ordinul nr.277/2005 privind regulile de validare a cazurilor externate si raportate în aplicaţia "DRGNaţional V4" şi metodologia de evaluare a cazurilor externate, raportate şi nevalidate, solicitate spre validare, publicat în Monitorul Oficial nr.107 din 03.02.2006;
13. Ordinul nr.54/2006 privind modificarea şi completarea Ordinului preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 277/2005 pentru aprobarea Regulilor de validare a cazurilor externate şi raportate în aplicaţia "DRG Naţional V4" şi a Metodologiei de evaluare a cazurilor externate, raportate şi nevalidate, solicitate spre revalidare, publicat în Monitorul Oficial nr.220 din 10.03.2006;
14. ORDIN nr. 167 din 13 aprilie 2006 privind modificarea şi completarea Ordinului preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 277/2005 pentru aprobarea Regulilor de validare a cazurilor externate şi raportate în aplicaţia "DRG Naţional V4" şi a Metodologiei de evaluare a cazurilor externate, raportate şi ne validate, solicitate spre revalidare, publicat în Monitorul Oficial nr.365 din data de 26 aprilie 2006
15. Ordinul nr.246/2005 pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe ţară, fără regim special, necesare raportării activităţii furnizorilor de servicii medicale, publicat în Monitorul Oficial nr.1171 si 1171bis din 23.12.2005;
16. Ordinul nr. 204 din 8 mai 2006 privind modificarea Ordinului preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 246/2005 pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe ţară, fără regim special, necesare raportării activităţii furnizorilor de servicii medicale, publicat în Monitorul Oficial cu numărul 432 din data de 18 mai 2006;
17. Ordinul nr.1619/599/2004 privind aprobarea Planului acţiunilor majore pentru implementarea finanţării bazate pe caz în spitalele din România, în perioada 2004-2005, publicat în Monitorul Oficial nr.1223 din 20.12.2004;
18. Ordinul nr.1551/546/2004 pentru aprobarea Strategiei privind dezvoltarea finanţării

pe caz în spitalele din România în perioada 2005-2008, publicat în Monitorul Oficial nr.1150 din 06.12.2004;

19. Ordinul nr.1625/2004 privind Studiul de evaluare a costurilor la nivel de pacient în spitale finanţate pe bază de caz rezolvat, publicat în Monitorul Oficial nr.1223 din 20.12.2004;
20. Ordinul nr.29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România, publicat în Monitorul Oficial nr.104 din 19.02.2003;
21. Ordinul nr.1623/2004 pentru modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România, publicat în Monitorul Oficial nr.1223 din 20.12.2004;
22. Ordinul nr.1624/2004 privind introducerea Listei tabelare a procedurilor din Clasificarea Internaţională a Maladiilor, varianta australiană, CIM-10-AM v.3, în spitalele şi unităţile ambulatorii de specialitate din România, publicat în Monitorul Oficial nr.1223 din 20.12.2004;
23. Ordinul nr. 798/2002 privind introducerea în spitale a formularului FOAIA DE OBSERVAŢIE CLINICĂ GENERALĂ;
24. Ordinul nr.88/2004 pentru modificarea si completarea OMSF 798/2002, privind introducerea în spitale a formularului Foaia de Observaţie Clinica Generala;
25. Ordinul nr.440/2003 privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi, publicat în Monitorul Oficial nr.338 din 19.05.2003;
26. Ordinul nr.3/2004 pentru modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 440/2003 privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi, publicat în Monitorul Oficial nr.42 din 19.01.2004;
27. Ordinul nr.1193/892/2003 privind aprobarea Planului acţiunilor majore pentru implementarea finanţării bazate pe caz în spitalele din România, în perioada 2003-2004, publicat în Monitorul Oficial nr.936 din 24.12.2003;
28. Ordinul nr.102/34/2002 privind aprobarea Strategiei pentru implementarea finanţării bazate pe caz în spitalele din România, publicat în Monitorul Oficial nr.164 din 7.03.2002;
29. Ordinul nr.1021/113/2002 privind aprobarea Planului acţiunilor majore pentru implementarea finanţării bazate pe caz în spitalele din România, în perioada 2002-2003; publicat în Monitorul Oficial nr.12 din 10.01.2003;
30. Ordinul nr.137/2001 pentru completarea Ordinului MS nr. 935/2000 privind aprobarea implementării primei etape a proiectului de finanţare a spitalelor bazată pe caz;
31. Ordinul nr.457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, publicat în Monitorul Oficial nr.551 din 4 09 2001;
32. Ordinul nr.635/2001 pentru completarea Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor

organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, publicat în Monitorul Oficial nr.593 din 20.09.2001;

33. DRG în România: **http://www.drg.ro**
34. DRG în Australia: **http://www.health.gov.au/casemix/index.htm**
35. DRG în Germania:

    http://www.medinfoweb.de/drg;

    http://www.g-drg.de/systemgrundlagen/drg_history.htm

    http://www.medinfoweb.de/drg.htm;

    http://www.drgonline.de;

    http://www.de-drg.de
36. DRG în Ungaria: **http://www.gyogyinfok.hu**
37. DRG în Italia: **http://www.drg.it**
38. NordDRG - Sistemul Nordic DRG -

    http://www.pubcare.uu.se/nordwho/verksam/norddrge.htm
39. DRG în Elveţia: http://www.fischer-zim.ch/paper-en/index.htm
40. **http://www.casemix.org**
41. **http://www.who.dk/observatory/toppage**
42. Haraga Simona – „Impactul ajustării cazurilor cu durate de spitalizare extreme", Management în sănătate, nr.3, septembrie 2005.
43. Paul Radu – „Sistemul grupelor de diagnostice – instrument al politicilor de sănătate", Management în Sănătate, nr. 3, septembrie 2001.