

- Necesită recalcularea (recalibrarea) tuturor valorilor relative, cu modificarea ICM la toate spitalele.
- Nu este indicat să se schimbe valorile relative în mijlocul ciclului anual de finanțare.

## 2. Calcularea unor coeficienți de ajustare doar a unor valori relative, cu aplicabilitate selectivă, doar la unele spitale

Spre deosebire de metoda 1, această metodă nu modifică valorile relative, ci folosește coeficienți de ajustare doar pentru o parte dintre DRG-uri și pentru o parte dintre spitale.

Folosirea acestui tip de ajustare a mecanismului DRG este condiționată de mai multe momente:

- DRG-urile cu protezări sunt neomogene (doar o parte din pacienții din acele DRG-uri au primit proteze – rata de protezare în același DRG este subunitară și variabilă de la spital la spital).
- Operațiile care implică protezări necesită o anumită calificare a personalului și anumite condiții de dotare a sălilor de operații. În consecință, ele nu se desfășoară decât în anumite spitale. Totuși, studiul a demonstrat că există mai multe spitale care trimit pacienți în aceste DRG-uri, chiar dacă rata de protezare este nulă sau foarte mică.
- Studiul de costuri ale protezărilor nu este suficient de complet, pentru a se putea justifica modificarea valorilor relative, cu implicații asupra tuturor spitalelor.

*Avantaj:* este o metodă selectivă de ajustare a finanțării care, practic, selectează doar unele DRG-uri din unele spitale și care compensează ținut costul ridicat al protezelor, doar acolo unde ele se aplică.

*Dezavantaj:* creează echivalentul unor liste paralele de valori relative.

### Concluzii

1. Metoda de calculare a coeficienților de ajustare a unor valori relative, cu aplicabilitate selectivă, a fost considerată drept cea mai potrivită pentru rezolvarea problemei de subfinanțare a grupurilor de cazuri tratate, în cadrul cărora se utilizează consumabilele costisitoare (protezele).

2. Soluția găsită de ajustare a finanțării se va aplica drept o măsură temporară doar în anul 2013.

3. Pe parcursul anului 2013, este necesară continuarea colectării datelor de cost pentru proteze și pentru DRG-urile implicate, astfel încât la sfârșitul anului să se modifice valorile relative, pentru a se reveni la un mecanism DRG clasic.

4. Pe viitor, alături de studiul de costuri per DRG, ar putea fi necesară și schimbarea grupurilor

DRG, dacă acestea se dovedesc neomogene în practica și codificarea din R. Moldova.

### Bibliografie

1. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems.* How-To Manuals. Edited by John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin, Sheila O'Dougherty. The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2009.
2. *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals.* Edited by Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin, Miriam Wiley. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, McGraw-Hill Education, 2011.

Prezentat la 11.07.2013

**Ghenadie Damașcan**, dr. în med.,  
CNAM, tel.: 079512198

## AJUSTAREA NIVELULUI FINANȚĂRII SPITALELOR PENTRU ACOPERIREA COSTULUI CONSUMABILELOR COSTISITOARE (PROTEZELOR)

**Daniel CIUREA<sup>1</sup>, Mircea BUGA<sup>2</sup>,  
Ghenadie DAMAȘCAN<sup>2</sup>, Alexandru ȘARCO<sup>3</sup>,  
Doina-Maria ROTARU<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate,  
București, România;

<sup>2</sup>Compania Națională de Asigurări în Medicină;

<sup>3</sup>Proiectul Servicii de Sănătate și Asistență Socială

### Summary

#### *Adjusting the level of funding the hospitals to cover the cost of expensive consumables (prostheses)*

*The fact that at the beginning of 2013, a number of hospitals have reported financial losses for patients that required prostheses, motivated to start a study on the establishment of a mechanism for adjusting the level of hospital funding to cover the cost of expensive consumables (prostheses).*

*To resolve this problem was proposed the correction of relative values to the interested parties, through the application of adjustment coefficients that would reflect more accurately the subcomponent parts, this being obtained on the basis of real cost of prostheses, provided by hospitals.*

*As a result of the comparison between the current cost, the new cost and the equivalent rate in 2012 (financing per profile treated case), it is noticed that the KP coefficient approaches prices from 2013 to those from 2012 for taken into account DRG and therefore, eliminates the factors that led to the incomplete financing of hospitals for diagnostic groups.*

**Keywords:** financial loses, correction of funding, expensive consumables, KP coefficient.

**Резюме****Коррекция финансирования больниц для покрытия затрат на дорогие расходные материалы (протезирование)**

*Тот факт, что в начале 2013 года часть больниц сообщила о финансовых потерях для некоторых пациентов привел к необходимости исследований по созданию механизма коррекции уровня финансирования больниц, чтобы покрыть стоимость дорогих расходных материалов.*

*Для решения этой проблемы было предложено введение поправочных коэффициентов относительных величин групп, которые отражали бы более точно компонент дорогих расходных материалов.*

*После сравнения фактических затрат с затратами на новые имплантаты и эквивалентный тариф в 2012 году (финансирование пролеченного профильного случая) было установлено, что коэффициент КР приближает тарифы 2013 года к предыдущим, устраняя факторы, которые привели к недофинансированию больниц для упомянутых диагностических групп.*

**Ключевые слова:** *финансовые потери, коррекция финансирования, дорогие расходные материалы, коэффициент КР.*

**Introducere.** Odată cu introducerea mecanismului de plată pe DRG la toate spitalele din Moldova, în anul 2013 politica de finanțare a avut la bază contractarea cu spitalele a unui buget neutru, similar bugetului din anul 2012. Pentru acesta a fost calculat un tarif pe caz ponderat (TCP) pentru fiecare spital în parte, astfel încât, dacă numărul de pacienți și patologia acestora în anul 2013 vor fi similare cu cele din anul 2012, spitalul să primească același buget. În urma acestui calcul, s-a constatat că TCP varia foarte mult de la un spital la altul (variație între aproximativ 1500 lei și aproximativ 9000 lei), majoritatea spitalelor având un TCP între 2500 și 4000 lei. Această situație este normală și este revelată în toate cazurile de trecere la un sistem de finanțare bazat pe DRG. Pentru contractarea spitalelor în anul 2013, au fost utilizate TCP proprii pe spitale, situate în diapazonul 2500–4000 lei.

În mod normal, ca măsură de politică de finanțare DRG, TCP trebuie egalizat pentru toate spitalele, pentru că pacientul mediu trebuie tratat cu același cost mediu, indiferent de spital. Dar trecerea la un TCP unic național trebuie făcută gradat, într-un număr de ani, astfel încât să permită adaptarea spitalelor la noile condiții de finanțare.

În urma faptului că elaborarea valorilor relative autohtone este la început de cale, a fost observată situația că o serie de spitale au raportat pierderi fi-

nanciare pentru pacienții care necesitau protezări.

Scopul studiului a fost stabilirea unui mecanism de ajustare a nivelului finanțării spitalelor pentru acoperirea costului consumabilelor costisitoare (protezelor).

**Material și metode.** În cadrul studiului au fost utilizate date privind:

- Numărul de cazuri protezate și costul protezei per pacient pentru perioada iulie–decembrie 2012, raportate de 6 spitale (CNȘP Medicină Urgentă, Institutul de Cardiologie, Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie, Spitalul Clinic Central Stația Chișinău filiala ÎS *Calea Ferată*, Centrul Oftalmologic *Microchirurgia Ochiului* și Spitalul Internațional *Medpark*)
- Structura costurilor/valorilor relative ale DRG-urilor, aferentă versiunii de DRG actualmente în vigoare și în uz pentru finanțare
- Structura cazuisticii pe DRG în Moldova în perioada ianuarie–februarie anul 2013, respectiv numărul de cazuri pe DRG pe spital
- Parametrii financiari ai bugetului contractat pe anul 2013: număr de cazuri, tarif pe caz ponderat, sumă contractată pe fiecare spital.

**Rezultate și discuții.** Metodologia de calculare a unui cost nou per DRG, în funcție de costul real al protezelor, a cuprins mai multe etape.

A fost solicitată informația privind costul protezelor de la spitalele care furnizează astfel de servicii, respectiv costul protezei per pacient și încadrarea pacientului în DRG, pe perioada iulie–decembrie anul 2012. Au raportat informația solicitată 6 spitale: CNȘP Medicină Urgentă, Institutul de Cardiologie, Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie, Spitalul Clinic Central Stația Chișinău filiala ÎS *Calea Ferată*, Centrul Oftalmologic *Microchirurgia Ochiului* și Spitalul Internațional *Medpark*. Au fost raportate 47 de DRG-uri, conținând un număr de 5281 de cazuri, din care doar 1503 cazuri cu protezări, costul total al protezelor fiind de 15.878.651 lei. În urma analizei acestor DRG-uri, au fost reținute pentru a fi folosite în continuare în studiu doar 25 dintre ele. Criteriile de includere pentru DRG-urile care s-au păstrat în calcul au fost:

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

**Tabelul 1**

DRG-urile cu protezări luate în calcul

Cod DRG	Denumire DRG	Nr. total cazuri	Nr. cazuri cu proteze	% cazuri cu proteze
C16Z	Proceduri asupra cristalinului	721	639	88.63
F04A	Procedură de valvă cardiacă cu pompa CPB fără investigație cardiacă invazivă, cu CC catastrofale	11	9	81.82
F04B	Procedură de valvă cardiacă cu pompa CPB fără investigație cardiacă invazivă, fără CC catastrofale	23	20	86.96
F07A	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB, cu CC catastrofale	1	1	100.00
F07B	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB, cu CC severe sau moderate	5	3	60.00
F10A	Intervenții coronariene percutanate, cu IMA, cu CC catastrofale	15	12	80.00
F10B	Intervenții coronariene percutanate, cu IMA, fără CC catastrofale	15	15	100.00
F12A	Implantare sau înlocuire de pacemaker, sistem total, cu CC catastrofale	19	17	89.47
F12B	Implantare sau înlocuire de pacemaker, sistem total, fără CC catastrofale	76	69	90.79
F14A	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB, cu CC catastrofale	39	35	89.74
F14B	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB, cu CC severe	43	32	74.42
F14C	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB, fără CC catastrofale sau severe	13	6	46.15
F15A	Intervenții coronariene percutanate, fără IMA, cu implantare de stent, cu CC catastrofale sau severe	155	143	92.26
F15B	Intervenții coronariene percutanate fără IMA, cu implantare de stent, fără CC catastrofale sau severe	9	9	100.00
F16A	Intervenții coronariene percutanate, fără IMA, fără implantare de stent, cu CC	14	12	85.71
F17A	Insertie sau înlocuire de generator de pacemaker, cu CC catastrofale sau severe	5	4	80.00
I01A	Proceduri majore bilaterale/multiple asupra extremităților inferioare, cu revizie sau CC catastrofale	4	4	100.00
I01B	Proceduri majore bilaterale/multiple asupra extremităților inferioare, fără revizie, fără CC catastrofale	2	2	100.00
I03A	Înlocuirea șoldului, cu CC catastrofale	33	32	96.97
I03B	Înlocuirea șoldului, fără CC catastrofale	323	308	95.36
I04A	Înlocuirea genunchiului, cu CC catastrofale sau severe	24	24	100.00
I04B	Înlocuirea genunchiului, fără CC catastrofale sau severe	43	40	93.02
I31A	Revizia șoldului, cu CC catastrofale	1	1	100.00
I31B	Revizia șoldului, fără CC catastrofale	10	8	80.00
I32C	Revizia genunchiului, fără CC catastrofale sau severe	2	1	50.00

Din datele prezentate în *tabelul 1* se observă că, în acest grup de DRG-uri, există un singur DRG din clasa C (C16Z – proceduri asupra cristalinului), 15 DRG-uri din clasa F – DRG-uri chirurgicale cu proceduri cardiace și 9 DRG-uri din clasa I – DRG-uri chirurgicale cu proceduri asupra sistemului musculo-scheletal.

S-a calculat costul mediu al DRG-urilor-țintă, pe baza datelor de contractare din anul 2013 și a valorilor relative ale DRG calculate în anul 2011, cu subcomponenta lor de proteze. Subcomponenta de proteze s-a obținut pe baza datelor reale de cost ale protezelor. În acest scop, spitalelor menționate li s-a solicitat să prezinte costurile reale ale protezelor utilizate în cadrul fiecărui caz tratat, grupat în grupurile menționate în *tabelul 1*.

Ulterior, a fost calculat costul maxim al DRG-ului respectiv, pentru situația că toți pacienții din DRG ar fi fost supuși procedurii de protezare. Costul mediu s-a calculat ținând cont de rata cazurilor cu proteze în DRG-urile selectate pentru fiecare spital.

A fost aleasă anume această metodă (și nu ponderarea cu rata protezării per grup de spitale), pentru că și în interiorul grupului de spitale ratele de protezare au fost foarte diferite (de exemplu, pentru DRG-ul F14A rata protezării este de 60% la Institutul de Cardiologie și de 90% la Spitalul Internațional *Medpark*).

În acest fel, au fost calculate costuri medii finale diferite pentru fiecare spital în parte, în funcție de rata proprie de protezare. Pe baza costurilor medii, au fost calculați coeficienții de ajustare echivalenți pentru aceste costuri medii și apoi s-a calculat media acestor coeficienți. A fost calculat astfel un coeficient KP – coeficient de ajustare a valorii relative pentru proteze, independent de spital, dar care să se aplice doar la spitalele care fac protezări în acel DRG.

Este important de menționat că există o serie de DRG-uri adiacente celor luate în calcul, dar pentru care nu au fost raportate costurile protezelor, deoarece în perioada inclusă în studiu nu au fost pacienți care să fie grupați în aceste DRG-uri. Spre exemplu, F07A și F07B au fost prinse în studiu și au primit un KP egal

cu 1,13, respectiv 1,16. Logic ar fi ca și F07C, care nu a fost raportat în studiu, să primească un KP de 1,13. Ca urmare, a fost adoptată decizia ca DRG-urile adiacente celor luate în calcul să primească și ele un coeficient KP similar.

Justețea acestei propuneri se poate observa dacă se analizează DRG-urile F16A și F16B: dacă nu se aplică coeficientul KP pentru F16B, atunci costurile finale vor fi: F16A – 26.857 lei și F16B – 2.507 lei; dacă se aplică coeficientul KP pentru F16B, atunci costurile finale vor fi: F16A – 26.857 lei și F16B – 15.566 lei, ceea ce este mult mai echitabil.

Rezultatele studiului de estimare a coeficienților de ajustare a valorilor relative pot fi văzute în tabelul 2.

**Tabelul 2**

*Coeficienții de ajustare (KP) a valorilor relative pentru proteze*

Cod DRG	Denumire DRG	Valoare relativă (VR)	KP	Echivalent VR modificată
C16Z	Proceduri asupra cristalinului	0.8091	1.2653	1.0237
F04A	Procedură de valvă cardiacă cu pompa CPB fără investigație cardiacă invazivă, cu CC catastrofale	8.4935	1.3550	11.5088
F04B	Procedură de valvă cardiacă cu pompa CPB fără investigație cardiacă invazivă, fără CC catastrofale	5.2534	1.4374	7.5511
F07A	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB, cu CC catastrofale	7.2271	1.1275	8.1487
F07B	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB, cu CC severe sau moderate	5.1042	1.1637	5.9399
F07C	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB, fără CC	4.3081	1.1275	4.8575
F10A	Intervenții coronariene percutanate, cu IMA, cu CC catastrofale	2.7791	3.8017	10.5653
F10B	Intervenții coronariene percutanate, cu IMA, fără CC catastrofale	1.6369	6.1644	10.0905
F12A	Implantare sau înlocuire de pacemaker, sistem total, cu CC catastrofale	3.7192	1.5220	5.6606
F12B	Implantare sau înlocuire de pacemaker, sistem total, fără CC catastrofale	1.8434	2.0466	3.7727
F14A	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB, cu CC catastrofale	3.8731	1.4540	5.6314
F14B	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB, cu CC severe	2.2041	1.7079	3.7643

F14C	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB, fără CC catastrofale sau severe	1.6336	2.0424	3.3365
F15A	Intervenții coronariene percutanate, fără IMA, cu implantare de stent, cu CC catastrofale sau severe	1.5175	6.9737	10.5826
F15B	Intervenții coronariene percutanate, fără IMA, cu implantare de stent, fără CC catastrofale sau severe	0.9593	11.2534	10.7953
F16A	Intervenții coronariene percutanate, fără IMA, fără implantare de stent, cu CC	1.4144	6.2093	8.7825
F16B	Intervenții coronariene percutanate, fără IMA, fără implantare de stent, fără CC	0.8198	6.2093	5.0904
F17A	Insertie sau înlocuire de generator de pacemaker, cu CC catastrofale sau severe	2.7707	1.7114	4.7418
F17B	Insertie sau înlocuire de generator de pacemaker, fără CC catastrofale sau severe	1.4386	1.7114	2.4621
I01A	Proceduri majore bilaterale/multiple asupra extremităților inferioare, cu revizie sau CC catastrofale	11.315	1.3710	15.5132
I01B	Proceduri majore bilaterale/multiple asupra extremităților inferioare, fără revizie, fără CC catastrofale	5.8439	2.1403	12.5074
I03A	Înlocuirea șoldului, cu CC catastrofale	5.6945	1.7255	9.8261
I03B	Înlocuirea șoldului, fără CC catastrofale	3.007	2.4592	7.3949
I04A	Înlocuirea genunchiului, cu CC catastrofale sau severe	3.8682	2.4475	9.4674
I04B	Înlocuirea genunchiului, fără CC catastrofale sau severe	2.9502	2.9009	8.5583
I31A	Revizia șoldului, cu CC catastrofale	8.0088	1.1295	9.0457
I31B	Revizia șoldului, fără CC catastrofale	4.1716	2.6706	11.1406
I32A	Revizia genunchiului, cu CC catastrofale	6.3716	3.9360	25.0789
I32B	Revizia genunchiului, cu CC severe	4.7341	3.9360	18.6336
I32C	Revizia genunchiului, fără CC catastrofale sau severe	4.2248	3.9360	16.6290

În urma comparației dintre costul actual, costul nou cu proteze și tariful echivalent din anul 2012 (finanțare pe caz tratat pe profil), se observă că acest coeficient KP apropie tarifele din anul 2013 față de cele din anul 2012 pentru DRG-urile luate în calcul și, prin urmare, înlătură factorii care au dus la subfinanțarea spitalelor pentru grupurile de diagnostice menționate.

Un alt aspect important al ajustării nivelului de finanțare este **impactul asupra bugetului total**

**național**, destinat serviciilor spitalicești finanțate prin DRG. Implementarea corecției valorilor relative cu coeficientul KP nu va afecta bugetul total național, deoarece există un plafon maxim de decontare în contractul fiecărui spital. Practic, ajustarea de față va acoperi un deficit de finanțare pentru cazurile respective în interiorul contractului încheiat cu spitalul.

### Concluzii

1. Faptul că, la începutul anului 2013, o serie de spitale au raportat pierderi financiare pentru pacienții care necesitau protezări a motivat demararea unui studiu privind stabilirea unui mecanism de ajustare a nivelului finanțării spitalelor pentru acoperirea costului consumabilelor costisitoare (protezelor).

2. Pentru soluționarea problemei a fost propusă corecția valorilor relative ale grupurilor interesate, prin aplicarea unor coeficienți de ajustare, care ar reflecta mai corect subcomponenta de proteze.

3. Subcomponenta de proteze a fost obținută pe baza datelor reale de cost ale protezelor, prezentate de spitale.

4. Aplicarea coeficienților KP trebuie privită ca o măsură temporară, acceptată pentru anul 2013. Paralel este necesar să se continue colectarea datelor de cost pentru proteze și pentru DRG-urile implicate, astfel încât să se definitiveze studiul și la sfârșitul anului să se modifice valorile relative, pentru a se reveni la un mecanism DRG clasic.

5. Pe viitor, alături de studiul de costuri per DRG, ar putea fi necesară și schimbarea grupurilor DRG, dacă acestea se dovedesc neomogene în practica și codificarea din Republica Moldova.

### Bibliografie

1. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. How-To Manuals. Edited by John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin, Sheila O'Dougherty. The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2009.
2. *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Edited by Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin, Miriam Wiley. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, McGraw-Hill Education, 2011.

Prezentat la 8.07.2013

**Mircea Buga**, dr. în med.,  
CNAM  
Tel.: 068383883

## EFICIENTIZAREA UTILIZĂRII MIJLOACELOR FINANCIARE DIN FONDURILE ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ DESTINATE TRATAMENTULUI PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ ÎN CONDIȚII DE AMBULATORIU

Constantin EȚCO<sup>1</sup>, Mircea BUGA<sup>2</sup>,  
Doina-Maria ROTARU<sup>2</sup>, Ghenadie DAMAȘCAN<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Universitatea de Stat de Medicină  
și Farmacie Nicolae Testemițanu;

<sup>2</sup>Compania Națională de Asigurări în Medicină

### Summary

*Efficient use of financial resources from mandatory health insurance funds for treating TB patients in outpatient care*

*The improvement in outpatient treatment of patients with TB continues to be an actual problem, despite of all various scenarios used till now. This thesis highlights the interventions used in the Republic of Moldova, including those proposed and funded by the National Health Insurance Company. The results demonstrate the effectiveness of financial mechanisms implemented in recent years and the motivation and mobilization of TB patients treatment in outpatient care, inclusive by improving compliance and reducing early treatment.*

**Keywords:** tuberculosis, outpatient care, efficiency, compulsory health insurance.

### Резюме

*Повышение эффективности использования средств фондов обязательного медицинского страхования для лечения больных туберкулезом в амбулаторных условиях*

*Улучшение амбулаторного лечения больных туберкулезом продолжает оставаться актуальной проблемой, несмотря на различные сценарии, использованные до сих пор. В работе подчеркивается вмешательство, применяемые в Республике Молдова, в том числе предложенные и финансируемые Национальной Медицинской Страховой Компанией. Результаты демонстрируют эффективность финансовых механизмов, реализованных в последние годы, чтобы мотивировать и мобилизовать больных туберкулезом при амбулаторном лечении, в том числе улучшение приверженности пациентов к терапевтическим средствам и сокращение доли отказа от лечения.*

**Ключевые слова:** туберкулез, амбулаторное лечение, эффективность, обязательное медицинское страхование.

**Introducere.** Republica Moldova face parte din țările cu povară înaltă a tuberculozei multidrogrezistente (MDR-TB), depășind 6,5% de MDR-TB în rândul