

Prof. univ. Ion MEREUȚĂ

**„CU PRIVIRE LA MECANISMELE DE FINANȚARE A SPITALELOR:
CAZ TRATAT, BUGET GLOBAL, CHM, PMSI, DRG”
CONCEPTUL DGO (DRG- ONCOLOGIE)**

It would be optimal for the oncological system to exclude the patients with malignant tumors from the insurance system. Care for oncological patients with histologically confirmed diagnosis should be provided from the state budget. Criteria of grouping the diseases, currently proposed by the National Company of Insurance in Medicine, are not very appropriate for the oncological service, because they distort sometimes the oncological canons. I deem it necessary to use the criteria based on national DRG system, only after introducing a new compartment for benign tumors, called “DRG - Oncology” (DGO). The diagnosis groups (1 - skin, 2 - soft tissues, 3 - bones, etc.) and tumors should be grouped with TDR index, where T stands for groups of benign tumors of an organ, D-elements of diagnosis and treatment, R-level of medical risks. Remunerations based on DRG seems to have a proper perspective for the Republic of Moldova, although it is very expensive. The development of a national version of DRG is a very difficult and painstaking job, requiring special-purpose state subsidies for the implementation of computer technologies, able to calculate the cost of medical services based on DRG. It should be noted that the practical implementation of these technologies will contribute to a faster transition of the national health care system to the medical insurance system. Financing mechanisms of DRG social disease hospitals should be argued, otherwise, they can lead to bankruptcy. It is necessary to determine the specific costs for diagnosis and treatment malignant and benign tumors, in outpatient and inpatient.

Key words: DRG – Oncology, national DRG system, state budget, financing social disease.

Pentru evidențierea principiilor manageriale și financiare la începutul anului 1994, ulterior în 2000, 2001, 2003, 2004, 2006, 2012 am efectuat studii în domeniul analizei comparative internaționale a sistemelor de sănătate, care au avut drept scop și determinarea tendințelor evoluției asigurărilor medicale în țările dezvoltate pentru a propune unele modalități concrete de dezvoltare a sistemului național de asigurări în sănătate, a mecanismelor de finanțare a serviciilor medicale în condițiile asigurărilor.

Pentru a efectua studiul, ne-am propus următoarele sarcini:

1. Analiza tendințelor în domeniul asigurărilor medicale și a medicinei private în așa țări dezvoltate cum sunt Japonia, SUA, Anglia, Germania, Franța și Suedia.

2. Determinarea tipului, obiectivelor, surselor de finanțare, caracterului, modului de alegere a medicului și spitalului, condițiilor de organizare și specificului politicii naționale în domeniul asigurărilor medicale în țările menționate.

3. Definirea pronosticului celor mai optime modalități de evoluție a sistemului național de asigurări medicale în Republica Moldova în baza experienței mondiale acumulate de țările dezvoltate.

Studiile s-au realizat în baza analizei unor surse științifice, proiectării tabelelor proprii și analizei lor științifice.

Din tabelul 1, se relevă că tipul prevalent al sistemului de asigurare medicală în țările dezvoltate s-a dovedit a fi asigurarea socială. În baza experienței țărilor dezvoltate din lume, se

Tabelul 1

Tipurile sistemelor de asigurare medicală în țările dezvoltate din lume

<i>Țara</i>	<i>Tipul sistemului de asigurare medical</i>	<i>Prevalează</i>
Japonia	Asigurări sociale	#
SUA	Asigurări sociale benevole medicale	#
Anglia	Serviciul de sănătate (ajutor medical) Asigurări sociale (ajutor în bani)	
Germania	Asigurări sociale	#
Franța	Asigurări sociale	#
Suedia	Serviciul de sănătate (ajutoare spitalicești) Asigurări sociale (de ambulator, ajutoare în bani)	
Moldova (pronostic)	Asigurări sociale (medicale)	

poate conchide că modelul optimal al sistemului de asigurare de sănătate ar fi modelul asigurării de sănătate, ca parte a asigurărilor sociale. Un astfel de model se bazează pe următoarele principii:

1. Asocierea asigurărilor obligatorii și a celor facultative (benevole).

2. Prevalarea asigurărilor colective în raport cu cele individuale.

3. Diferențierea funcțiilor între finanțarea bugetară și cea extrabugetară a asigurărilor de sănătate.

4. Alegerea liberă a medicului și instituției medicale.

Tabelul 2

Obiectele asigurării medicale în țările din lume

<i>Țara</i>	<i>Obiectele asigurării medicale</i>
Japonia	<u>I. Asigurarea de sănătate națională</u> 1. Toată populația 2. Pensionarii P <u>II. Asigurarea de sănătate</u> 1. Toți lucrătorii 2. Colaboratorii netitulari
SUA	1. Pensionarii în vârstă de peste 65 ani SUA 2. Invalizii 3. Persoanele cu afecțiuni cronice din copilărie
Anglia	<u>I. Serviciul de sănătate</u> 1. De ajutor medical beneficiază toți cetățenii britanici, care locuiesc în țară 2. De ajutor bănesc beneficiază lucrătorii angajați și particularii
Germania	1. Toată populația 2. Fermierii — 93% din populație <i>Notă: Nu sunt asigurate persoanele cu un venit mare (54.000 mărci și mai mult pe an</i>
Franța	1. Toată populația Franței 2. Lucrătorii agricoli 3. Lucrătorii particulari
Suedia	1. De ajutor medical beneficiază toți cetățenii Suediei 2. Ajutoare bănești se acordă lucrătorilor cu un venit anual de minimum 6.000 mărci și gospodinelor

Tabelul 3

Denumirea sistemelor de asigurare medicală (Mereuță I., 1994, 2000)

<i>Tara</i>	<i>Denumirea sistemelor de asigurare medicală</i>
Japonia	1. Asigurare de sănătate guvernamentală
SUA	1. Asigurare de sănătate pentru senili (Medicare) 2. Asigurare spitalicească (Medicaid) pentru invalizi și handicapați 3. Asigurare medicală suplimentară
Anglia	1. Serviciul de sănătate național (responsabil de distribuirea ajutoarelor medicale) 2. Asigurare națională (responsabilitatea de distribuirea ajutoarelor bănești)
Germania	1. Sistemul general de asigurări în caz de boală
Franța	1. Sistem general
Suedia	1. Serviciul de sănătate național (responsabil de distribuirea ajutoarelor medicale) 2. Asigurări naționale
Moldova (pronostic)	Asigurare de sănătate națională

Analizînd obiectele de asigurare este necesar de remarcat că, în țările dezvoltate, ele sunt variate (tabelul 2). Concomitent, se poate evidenția o legitate. De regulă, contingentul principal al asigurărilor de sănătate de stat îl constituie populația neîncadrată în cîmpul muncii, în special, pensionarii. Populația muncitoare și lucrătorii angajați particular sunt asigurați de către patron (proprietarul întreprinderii), cu achitarea unor ajutoare bănești în cazuri de boală, în baza experienței prezentate, este oportună clasificarea totalității de obiecte ale asigurării de sănătate în Republica Moldova în 2 grupuri:

1) grupul 1 — elevi și studenți, invalizi, pensionari, familii unipolare și cu mulți copii, lucrători ai instituțiilor bugetare și membrii familiilor lor (copii pînă la 18 ani și soț neîncadrat în cîmpul muncii), militari activi;

2) grupul 2 — lucrători ai întreprinderilor, lucrători angajați particulari.

Drept criteriu al unei astfel de clasificări servește sursa de finanțare a acestor categorii. Bugetul va constitui sursa de finanțare a categoriilor din grupul 1 și fondurile întreprinderilor — ale categoriilor din grupul 2.

Din tabelul 3, reiese că, în Japonia, Anglia, Germania, Franța și Suedia, denumirile sistemelor de asigurare medicală reflectă caracterul statal al reglării acestui mod de asigurare, în SUA denumirea asigurărilor

medicale reflectă sau obiectul (de exemplu, senili), sau tipul asigurării (de exemplu, asigurările spitalicești). Avînd în vedere experiența țărilor dezvoltate, pentru Republica Moldova optimă ar fi reglarea sistemului de asigurare medicală la nivel statal. Astfel se poate conchide că un așa sistem s-ar defini: „Asigurare de sănătate națională”.

Astfel, datele prezentate în tabel atestă că cel mai adecvat model pentru Republica Moldova ar fi modelul de finanțare a asigurării medicale de tip englez. Primo, ocrotirea sănătății în Anglia este de stat. Secundo, în Anglia, deopotrivă cu asigurarea de stat, există și asigurarea privată (comercială) de sănătate. În tabelul, 29 se relevă că cheltuielile pentru asigurările medicale sunt suportate de stat, cît și de persoana asigurată. Totodată, după cota-parte a mijloacelor investite pe primul loc se plasează statul, pe 2—lucrătorul, pe 3 — persoana asigurată. Pornind de la aceasta, în Republica Moldova, optimală ar fi finanțarea asigurării medicale în proporții de: 85% din cheltuielile Fondului Național de asigurări — de către stat; 10-12% din venit — de la patron și 4-10% din venit — de la persoana asigurată (*И.Е.Мереуцэ «Социально-экономическое реформирование здравоохранения в Республике Молдова», 1994 г.*).

Este necesar de remarcat că aceștia sunt indicatori preliminări, care pot deveni puncte de

Tabelul 4

Sursele de finanțare a sistemelor de asigurare medicală (Mereuță I., 1994, 2000)

Țara	Finanțarea	
	Sursa	Cuantumul
Japonia	1. Persoana asigurată 2. Lucrătorul 3. Statul	4,15% din venitul mediu lunar + 0,3% bonusuri. 16,4% din cheltuielile pentru asigurarea ajutoarelor + 0,2% bonusuri 50% din cheltuielile pentru ajutoare
SUA	1. Persoana asigurată 2. Lucrătorul 3. Statul	1,45% din venit (limita 48.000 dolari), lunar - 31,9 dolari 1,45% din venit (limita 48.000 dolari), lunar - 31,9 dolari Lipsește
Anglia	1. Persoana asigurată 2. Lucrătorul 3. Statul	5,9% din venit (pînă la 325 funți/săptămînal) 5-10,45% din venit (pînă la 325 funți săptămînal) 85% din cheltuielile serviciului național de sănătate
Germania	1. Persoana asigurată 2. Lucrătorul 3. Statul	În medie, 6-7% din venit În medie, 6-7% din venit Lipsește
Franța	1. Persoana asigurată 2. Lucrătorul 3. Statul	În medie, 5-6% din venitul total În medie, 12-13% din venitul total Lipsește
Suedia	1. Persoana asigurată 2. Lucrătorul 3. Statul	Lipsește (în cazul persoanei bugetare) 10-11 % (în cazul persoanei particulare) 10-11% din cîștigul total 1. Toate cheltuielile sunt acoperite de autoritățile locale 2. 15% din cheltuielile pentru asigurările de sănătate
Moldova (pronostic)	1. Pers. asig. 2. Lucrătorul 3. Statul	4-10% din venit 85% din cheltuielile Fondului Național de asigurări

reper pentru formarea Fondului Național de asigurare de sănătate, în procesul evoluției sistemului de asigurare medicală ei pot fi rectificați în funcție de evoluția (ameliorarea) situației economice în republică.

Din sinteza ce urmează, se poate evidenția că alegerea liberă a medicului pentru asistența de ambulator constituie principiul dominant în condițiile medicinei de asigurări în țările dezvoltate din lume. Totodată, este necesar de remarcat că medicii care acordă consultații în policlinică activează, în general, conform sistemului de

retribuire în acord. Ultima depinde de calitatea serviciilor prestate pacientului de către medic. Fiecare gen de serviciu medical se estimează cu un anumit scor, corespunzîndu-i și o anumită sumă de bani. Evoluția sistemului de asigurare medicală în Moldova contribuie la dreptul pacientului de a alege liber medicul. Totodată, remunerarea medicului trebuie să depindă de genul serviciului medical, care trebuie să fie tarificat printr-un anumit scor.

Analizînd datele literaturii, se constată că cea mai favorabilă modalitate de alegere a spitalului pentru

pacient este alegerea liberă a acestei instituții. Totodată, aceasta se atestă numai în Japonia, una din cele mai prospere țări. În SUA, Anglia, Germania, Franța, spitalele primesc pacienții conform biletelor de trimitere ale medicilor (de stat, de familie, particulari). Pentru Moldova, în condițiile actuale, ultima variantă este cea mai acceptabilă.

În tabelul 5, se atestă că libertatea deschiderii unei practici curative particulare constituie o condiție favorabilă pentru evoluția medicinei de asigurare. Analiza corelației asistenței medicale de stat și particulare evidențiază legitatea următoare: cu cât este mai prosperă țara, cu atât este mai major rolul asistenței medicale particulare. Astfel, în Japonia și în SUA, asistența medicală privată constituie 66-68%, în Germania și în Franța — 35-50%. Avînd în vedere experiența Germaniei și Franței și nivelul de dezvoltare al acestor țări, pentru Republica Moldova este oportună următoarea corelație a asistenței medicale: de stat — 65%, particulară

necomercială — 20%, particulară comercială — 15%. Pe măsura evoluției sistemului de asigurare medicală, corelația cotelor-parte prezentate poate să se modifice în direcția majorării cotei-părți a sectorului privat al asistenței medicale (*I. Mereuță. Sistemele sănătății în țările Uniunii Europene. Chișinău, 1996*).

Tabelul 6 reprezintă analiza comparativă a politicii diferitelor țări în domeniul asigurărilor medicale și pronosticul strategiei politice pentru Republica Moldova.

O problemă importantă este finanțarea spitalelor. Managementul financiar depinde de forma de proprietate a instituției medicale.

În diferite țări europene sectorul privat de spitalizare reprezintă 30-35% din ansamblul de paturi spitalicești.

El regroupează instituțiile comerciale și necomerciale, ambele avînd drept privat. Însă, coexistă și alte forme juridice: asociații, societăți civile medii, societăți anonime, etc.

Tabelul 5

Condițiile organizării medicinei de asigurări* (Mereuță I., 1994, 2000)

Țara	Deschiderea activității proprii	Corelația asistenței medicale de stat și particulare
Japonia	Libertatea deschiderii practicii particulare	Asistență: de stat — 34% particulară — 66%
SUA	Libertatea deschiderii practicii particulare	Asistență: de stat — 32% particulară necomercială — 51% particulară comercială — 17%
Anglia	Asociația medicilor de familie efectuează expertiza și acordă autorizație pentru exercitarea practicii particulare	Asistență: de stat — 97% particulară necomercială — 3%
Germania	Libertatea deschiderii practicii particulare	Asistență: de stat — 50% particulară necomercială — 35% particulară comercială — 15%
Franța	Libertatea deschiderii practicii particulare	Asistență: de stat — 65% particulară necomercială — 16% particulară comercială — 19%
Moldova (pronostic)	Libertatea deschiderii practicii particulare	Asistența: de stat — 65% particulară necomercială — 20% particulară comercială — 15%

Tabelul 6

Politica în domeniul asigurării medicale (Mereuță I., 1994, 2000)

<i>Țara</i>	<i>Strategia politică</i>
Suedia	1. Majorarea contribuției pacientului pentru examenul medical, vizita la domiciliu a medicului, pentru cumpărarea medicamentelor, serviciilor stomatologului. 2. Planificarea guvernamentală a asigurării medicale și distribuire optimală a resurselor financiare și umane : — reducerea numărului paturilor pentru afecțiunile obișnuite și mărirea numărului de paturi pentru afecțiunile cu evoluție îndelungată; — extinderea serviciilor prestate la domiciliu; — extinderea serviciilor prestate în ambulatoriu.
Moldova	Pronosticul strategiei politice: 1. Adoptarea Legii cu privire la asigurarea medicală. 2. Elaborarea și implementarea versiunii naționale a DRG-PPS. 3. Calcularea coeficientului majorării costului serviciilor medicale și cheltuielilor aferente de spitalizare. 4. Stimularea concurenței între spitale prin compararea tarifelor pentru serviciile prestate. 5. Reducerea numărului paturilor pentru bolnavii obișnuiți și mărirea numărului de paturi pentru bolnavii cu afecțiuni cu o evoluție îndelungată. 6. Elaborarea „Fișei de asigurare” pentru distribuire întemeiată a utilajului medical. 7. Extinderea asistenței la domiciliu cu achitarea conform asigurării asistenței medicale externe. 8. Introducerea achitărilor de asigurare pentru activitățile profilactice. 9. Dezvoltarea rețelelor electronice. 10. Majorarea contribuției pentru examenul medical, vizita la domiciliu a medicului, pentru cumpărarea medicamentelor, serviciilor stomatologice. 11. Privatizarea unor instituții în scopul creșterii eficienței (<i>prin lege</i>).

Clinicile private comerciale aparțin, de obicei, în mare parte, medicilor chirurghi, în alte cazuri sunt investitori din alte domenii, având toate condițiile și posibilitățile, de a poseda mai multe instituții. În sectorul privat, găsim, de asemenea, clinici cu o capacitate de 250 paturi, adevărate spitale cu un platou tehnic foarte sofisticat. De altfel, există și instituții cu o capacitate de 50-100 paturi. Ultimele având o activitate diversă: terapie, chirurgie, obstetrică, însă, la fel, pot fi spitalizate într-un anumit disciplină medicală particulară.

În ansamblu, majoritatea clinicilor private comerciale au scopuri economice orientate spre micșorarea zile-pat, în particular este caracteristic pentru chirurgie.

Finanțarea centrelor spitalicești regionale, instituțiilor publice și private activând în interesul statului este asigurată de un Buget Global (Dotation Globale) fixat conform bugetului preventiv. Suma totală alocată fiecărei instituții

este evaluată în fiecare an de către Ministerul Sănătății, bazându-se pe conturile exercițiului precedent și aplicând un procent de evoluție fixat de Stat.

Bugetul Global este vărsat instituțiilor, de către Casele de Asigurări a maladiei, numindu-se case private. Finanțarea este repartizată între regimurile de proporție după numărul de zile de internare a persoanelor protejate. Spitalul primește, din partea bolnavului, o taxă zilnică, considerată ca o participare la cheltuielile hoteliere precum și pentru produsul tichetului moderator. De altfel, el poate primi încasări, începând cu activitățile axate.

Plata spitalelor private comerciale diferă de cea a spitalelor publice. Ea se împarte în mai multe elemente, taxe: cheltuieli pentru cazare, servicii acordate de către medici, îngrijiri de către asistentele medicale, săli de operație și exploatarea funcționale ale bolnavului, farmacie, taxe pentru analize și servicii acordate de către medic.

Prețul unei zile și taxele pentru servicii sunt fixate, pentru fiecare instituție convențională, conform nivelului regional, de către casele regionale de Asigurare a maladiei. Taxa este ajustată în fiecare trimestru, adăugată sau micșorată de un mod de a respecta obiectiv costul global negociat la nivel național de către reprezentanții tutelei, asigurării de boală, de către sindicatele profesionale.

Bolnavul achită plata direct medicului. Deci, nu are loc o rambursare asigurată ca și pentru actele înscrise în Nomenclatura Generală a Actelor Profesionale, pentru care medicul atestă că el legalizează primirea onorariilor.

Actele realizate într-o Instituție de Sănătate privată nu participă la Serviciul Public.

Tarificarea se face după prețul jurnalier și conform actelor. Controlul este efectuat de către Casele de asigurare de boală și statul. Finanțarea este direct legată de activitate:

- Prețul jurnalier;
- Conform tipului de spitalizare (spitalizare completă, ambulatorie, spitalizare la domiciliu);
- Remunerarea actelor;
- Remunerarea practicienilor;
- Remunerarea clinicii (cheltuielile legate de sălile de operație), echipamentele după referința pieței;
- Nu există o garanție financiară, de unde și sunt slabe rația cheltuielilor fixe.

Pentru actele medicale efectuate într-o instituție de sănătate private nu participă la Serviciul Public Spitalicesc cu sau fără cazare, cu excepția serviciului de îngrijiri externe, ansamblul actelor dispersate precum ca aceste onorari sunt dispersate în anumite borderou de facturi.

Așa cum medicul operează pentru dispersare taxelor, partea garantată de către Casa de Asigurare este vărsată direct conform alegerii: fie, în ansamblu, unui medic, desemnat de către confrăți, sau unei societăți de medici, sau unui grup de medici din instituția dată, fie individual fiecărui practician.

În Franța PMSI este sistemul, care permite o măsură medicalizată a producției spitalicești franceză, adaptată remunerării spitalelor și clinicelor. Este preluată conform Nomenclurii Grupelor Omogene de Maladii, ce este adaptată clasificării americane: „Diagnosis related Groups”

(DRG) elaborată de echipa de grupă profesorului Robert FETTER (Universitate a Yale, Statele Unite): Ea permite clasificarea sejururilor spitalicești în grupe prezentând o dublă omogenitate în termeni medicali și economici.

Omogenitatea grupelor este, în primul rând, economică, că este puternic corelată, cu durata sejurului, în acel mod a fost demonstrată prima analiză făcută în baza câtorva milioane de dosare. Introducere a DRGH, pentru 5 ani, în Statele Unite a fost progresivă. Clasificarea DRG, constituie, inițial, un mediu de analiză a activității, fiind utilizată în 1983 de către administrația americană pentru a încasa taxele sejurului spitalicesc pentru handicapați, persoane în etate, asigurate de către programul federal Medicare*.

În sectorul public spitalicesc francez, sub bugetul global, clasificarea GHM este utilizată, în prezent, conform diferitelor modalități. Pentru fiecare instruire, este vorba de a compara dotarea globală, care-i va fi alocată, ce cea a anului precedent, dacă activitatea sa a fost remunerată în baza dispozitivului PMSI (GHM pondere economică).

Această nomenclatură va permite reducerea deficitelor bugetare între diferite spitale, comparând bugetul conform activităților echivalente. Clasificare GHM obligă o clasificare unică. Tot sejurul este obligatoriu clasificat în unul singur.

PMSI a fost introdus în Franța, la mijlocul anilor 80, de către Jean de Kervasdoue.

Paralel cu introducerea PMSI în sectorul public, sectorul privat a fost supus și el unei experimentări, reunind, pentru început, 40 clinici, apoi 150.

Conform unor reglementări din 20 septembrie 1994-1995, instituțiile spitalicești competente trebuie să transmită Direcției Regionale de Afaceri Sanitare și Sociale (DRASS) un număr de informații, în ceea ce privește activitatea lor medicală, chirurgicală, obstetricală, precum și costurile aferente a acestei activități. Aceste transmițeri de informații au fost prevăzute în contractele între instituțiile și serviciile de stat externe în momentul culegerii generalizate a standardelor: rezultate de externare, conținând, informațiile necesare medicale și administrative în Clasamentul sejururilor în GHM.

Constituirea unei baze de date, începând cu datele PMSI a permis reducerea mijloacelor și

constituirea grupelor apropiate de asigurările reale franceze.

O experimentare efectuată în regiunea Langedoc-Tousslon, în 1994, a reunit toate instituțiile publice și private, reprezentând în total 500 000 spitalizări pe ani. Ea a arătat posibilitatea unei tarifări fondate asupra unui sistem și a relevat importanța dispariției alocărilor bugetare între spitalele sectorului public și între sectoarele publice și private.

Reforma Sănătății va permite o reamenajare de tranziție spitalicească franceză. Într-adevăr, Statul a pus în funcțiune mijloacele necesare spre restructurarea ei: Agențiile Regionale de Spitalizare. Această restructurizare nu este urgentă pentru a participa la cheltuielile de sănătate, împreună cu alte sectoare de activitate a sănătății, însă, de asemenea, pentru a adapta spitalul la noile tehnici și necesități ale bolnavilor. Totodată, Agențiile Regionale de Spitalizare riscă să se ciocnească de nenumărate obstacole.

Serviciul spitalicesc trebuie să se modernizeze. Deci, noile tehnologii permit reducerea apreciabilă a duratelor de spitalizare: Spitalul a conservat un număr de paturi excesiv, apreciat de către numeroși experți. Colecistecomile, care necesită o spitalizare depășind o săptămână, fiind practicate prin calea clasică sunt, în prezent, realizate în 3 zile prin celioscopie (*Ion Mereuță și coaut. "Managementul financiar a Sistemului Sănătății", 2004*).

Cazurile de cistectomii pentru cancer sunt reduse datorită BCG terapie endovezicală, care reduc recidivele de polipi vezicali. La pacienții supuși chimioterapiei pot apărea efecte secundare, ca antiemeticele din clasa Zophren. Rămân, însă, numeroase spitale și clinici supradimensionate, care pot asigura o securitate totală bolnavilor din cauza activităților insuficiente.

Acestei inadaptări a necesităților medicale ale sectorului spitalicesc francez se asociază o reducere considerabilă bugetară, generată de bugetul global slab administrat.

PMSI este sistemul de alocare bugetară corelat cu activitatea reală a spitalelor și clinicilor, ce permite Agenților repartizarea efectivă a dotațiilor bugetare. Costul indicelui sintetic de activitate permite compararea costului spitalelor pentru un act dat, devenind un element inițial. Devine

necesar, ca toate centrele spitalicești să fie dotate cu un sistem de informare medical optimal. Într-adevăr, un cod (o codificare) de diagnostic și acte (se permite clasificarea sejururilor spitalicești în Grupe Omogene ale Maladiilor cu costuri diferite) de proastă calitate duce la scăderea indicelui sintetic ce se traduce prin penalități financiare. Departamentul de informare a spitalelor și clinicilor a devenit un post strategic împotriva penalizărilor din spitalele performante pentru evitarea repartizării proaste a mijloacelor bugetare noi.

PMSI este generalizat pentru toate instituțiile spitalicești publice și private, începând cu anul 1997. El permite utilizarea primei baze de date permanente medicalizată la nivel național. O altă vocație este mijlocul de alocare bugetară deja utilizată în sectorul public și este utilizată și în sectorul privat. Dacă calitatea informațiilor epidemiologice furnizate este însă garantată, ea permite, pentru prima dată, de a dispune datele sub tipurile și volumul de patologii spitalicești. Utilizarea sa medicală rămâne, totodată, relativ limitată din lipsa de precizie. În plus, construirea unei baze de date medicalizate poate servi ca suport de introducere a tabloului strategic.

PMSI permite, de a arăta prețul real de spitalizare în spitalele din Franța, și datele esențiale pentru studiile economice. Colegiul economiilor recomandă pentru costul de sejur în Spitalele Publice de a utiliza date de contabilitate analitică prezentate de grupul omogen al maladiilor.

Utilizarea PMSI nu trebuie să se limiteze la o constrângere bugetară. Este posibilă utilizarea bazei de date medicale în numeroase alte scopuri: utilizarea bugetară a PMSI; calcularea costului unei patologii; utilizarea strategică a PMSI; utilizarea în studiile farmaco-economice.

PMSI este, în esență, un mijloc de alocare bugetară a instituțiilor spitalicești, deci îi permite calcularea cu precizie a costului și serviciilor medicale.

El funcționează în baza metodei de calcul al indicelui sintetic de activitate (ISA) a instituțiilor, elaborată începând cu nomenclatura GHM.

Calcularea punctelor ISA este bazată pe 2 variabile:

- Numărul fiecărui GHM produs;
- Ponderea economică relativă a fiecărui GHM.

Calculul ponderii economice a fiecărui GHM se face începând cu o experimentare a contabilității analitice asupra unui eșantion național reprezentat de 100 instituții și este reactualizat în fiecare an.

Modelul contabilității analitice este impus instituțiilor care participă la studiile naționale.

El cuprinde:

Costul structurii: cheltuieli financiare, amortisment imobiliar, cheltuieli de întreținere;

Costul logistic: serviciile de reparații și spălătorie;

Costul medical: consumările medicale, actele medico-tehnice, personalul de îngrijire, amortizările de întreținere a echipamentului medical.

Contabilitatea analitică încrucișată cu informațiile PMSI permit construirea unei scări relative a costurilor GHM.

ISA (Indice Sintetic de Activitate) – este suma produselor GHM într-o instituție multiplă de pondere economică relativă (rezultând din scara națională a costurilor). Este o unitate ce permite măsurarea activității unităților de îngrijire de scurtă durată (terapie-chirurgie-obstetrică) a instituțiilor spitalicești.

Scopul de tarificare a instituțiilor spitalicești de către PMSI este alocarea unui buget echivalent tuturor instituțiilor (ținând cont de unele misiuni de cercetare științifică) pentru o activitate echivalentă măsurată în SUA.

Nr. de puncte afectate GHM = costul median a GHM, raportat la costul median GHM $540 \cdot 1000$.

În concluzie:

Putem menționa că Sistemul de Sănătate francez este universal și accesibil tuturor cetățenilor. El cuprinde un regim de asigurare compusă din diferite case de asigurări ale maladiilor, la care sunt adăugate casele de asigurări complementare. Instituțiile statale și private coexistă între ele și evident modurile de remunerare sunt variabile. În prezent, cheltuielile de sănătate reprezintă 10% din Produsul Național Brut.

Modelul de finanțare: Finanțarea face parte din cotizațiile obligatorii vărsate, de către toți cetățenii, caselor de asigurare a maladiilor. La această asigurare obligatorie se adaugă și asigurările facultative, care sunt numite Mutuelles sau companiilor de asigurare private a acoperi

cheltuielile suplimentare ce nu sunt acoperite de către casele de asigurări obligatorii ale maladiilor.

Casele de asigurare a maladiilor: Casele de asigurare a maladiilor sunt organisme publice autonome însărcinate de către stat de a asigura funcționarea unui regim național de asigurare obligatorie.

Deci, există diferite case (agricultorii, lucrătorii independenți și cei salariați). Cotizarea este funcția de venituri și este plătită de către patron, cotizarea sa reprezentând 12% din salariul angajatului. Lucrătorii independenți varsă cotizații în funcție de veniturile lor, însă pensionarii varsă 1% din pensiile lor.

Această asigurare, administrată de către casele de asigurare a maladiei, acoperă marea parte de servicii de îngrijire și rambursează direct o mare parte de cheltuieli spitalicești.

Utilizatorul trebuie să participe la cheltuieli prin bani a unui tichet moderator și a plăți pentru toate depășirile de onorarii de către medici.

Prestările de servicii medicale: Medicii sunt fie salariați a instituțiilor publice, fie profesioniști autonomi și plătesc conform actelor. Legea prevede actele remunerate ca o taxă, din remunerare. În prezent, o mare parte din medici aderă la această convenție. Ei au, totodată, posibilitatea de a alege între două tipuri de programe. Cetățeanul este rambursat de către casa de asigurare a bolii conform remunerării de bază, în cazul depășirii el este rambursat de către casele companiilor complementare de asigurare. Pacientul este liber să-și aleagă instituția de asigurare.

Sistemul de sănătate al Germaniei este bazat pe asigurările publice, la care se mai adaugă și cele private. Cetățeanul este liber să aleagă și are acces la ansamblu de servicii de sănătate publice și private. Cheltuielile de sănătate reprezintă 10,5% din PIB-ul Germaniei.

Serviciul de sănătate cuprinde un regim de asigurare obligatorie a maladiei, care acoperă 90% din populație, sau toți cetățenii care au venituri inferioare sumei 60.000 USD. Aceste persoane sunt obligate să se asigure la una din casele de asigurare însă persoanele cu veniturile mai mari sunt libere să se asigure la o companie privată sau să participe la regimul de serviciu public.

Regimul de serviciu public de sănătate se bazează, în întregime, pe Casele de Asigurări de

boală (în medie, 1100), care sunt corporații publice, cărora guvernul federal îi dă mandatul de joc în domeniul de sănătate, rolul de a se asigura. Aceste case sunt controlate de reprezentanți și patroni angajați și cotizațiile se repartizează egal între ei. Pentru pensionari, șomeri și persoane handicapate, cotizațiile sunt finanțate de o casă socială.

Procentul vărsat caselor reprezintă 60% din cheltuielile de sănătate. Restul este finanțat din impozite și asigurări private, care asigură cheltuielile persoanelor neasigurate și cheltuielile nerambursabile.

Conform legii, medicii generaliști sunt toți regrupați în sânul asociațiilor regionale și naționale, care au scopul de a furniza servicii de îngrijire pacienților asigurați de casele de asigurare a bolnavilor. Aceste asociații negociază cu casele de asigurare a bolnavilor o alocare bănească ce sunt distribuite medicilor în funcție de activitățile lor și de baremul onorariilor negociate la nivel național.

Spitalele sunt diversificate în trei mari categorii: publice, private comerciale și necomerciale. Primele două categorii angajează medici salariați și primesc de la casele de asigurări o taxă jurnalieră pentru pacienți unde este inclusă și remunerarea medicului. Acestea sunt plătite conform actelor, de către casele de asigurări și, în general, este vărsată o parte sub formă de onorarii pentru spital.

Cheltuielile de exploatare ale spitalelor sunt finanțate de casele de asigurări chiar și private, pe când cheltuielile de investiții, chiar și în instituțiile private, sunt finanțate de guvernele provinciale.

În Statele Unite ale Americii, în general, medicii sînt remunerați conform actelor, de către companiile de asigurare publică ori privată. Nici o cenzură legală nu controlează remunerarea acestora. În acest timp, în scopul de a controla mărirea costurilor de sănătate, diferite formule de servicii integrate au fost dezvoltate de către sectorul privat.

Organizația de Menținere a Sănătății (OMS), care integrează finanțarea și modurile de prestări, angajează, în general, echipe medicale și deschid spitale și clinici rezervate membrilor lor. Există, de asemenea, câteva formule recente PMO (Preferred Maintenance Organization) ce

administrează direct resurse ce dețin contracte cu rețelele de medici și spitale, ce asigură servicii la un preț mai bun.

Nu există un regim general de asigurare a bolnavilor în Statele Unite. Finanțarea de Sănătate este mixtă și este necesară intervenții în sectorul public, ca și în sectorul privat. Modurile de finanțare sunt, totuși, bazate pe asigurările private. Asigurările Publice acoperă câteva categorii de persoane defavorizate, un oarecare număr de cetățeni, în medie, 14% nu am nici o asigurare. Statele Unite ale Americii acordă 14% din PIB, cheltuielilor pentru sănătate.

Există mai multe moduri de finanțare private și publice. Asigurările private nu sunt coordonate și pot, ocazional, să se suprapună ori să se completeze, ceea ce face un sistem foarte complex.

Asigurările private cuprind asigurările de grupă luate de către patron, ca și asigurările individuale. Ele acoperă 74% din populație, căci o mare parte sunt persoanele cu vîrsta sub 65 ani. Există 1000 de companii private supuse unui control de stat. O mare parte din regimuri acoperă cheltuielile spitalicești și îngrijirile medicale. Pentru serviciile complementare, acoperirile variază de la un regim la altul.

Există două programe publice principale de asigurări de boală: Medicare și Medicaid.

La aceste două programe, trebuie adăugate cheltuielile făcute de către stat și municipalități pentru asigurarea unui minimum de îngrijiri acordate celor defavorizați.

Medicare: Este un regim de asigurare universal destinat persoanelor vîrstnice, handicapatilor, finanțat de către guvernul federal și include 13% din mediul populației, fie persoanelor în vîrstă de 65 ani și mai mult și persoanelor handicapate. Acest regim acoperă numai 50% din cheltuielile de sănătate pentru persoanele vîrstnice, însă o mare parte aderă la o asigurare complementară.

Medicaid: Acest program este un regim de asigurare a bolnavilor destinate unor grupe de persoane defavorizate, în particular, persoanelor în vîrstă, femeilor gravide sau copiilor cu handicap.

Acest regim este finanțat de către guvernul federal și al Statelor (de la 20% la 50%, conform veniturilor statului). Programul este administrat

conform unor directive federale: Unele state, ca Hawaii și Oregon, au completat programul federal.

Neasigurații: 14% de cetățeni nu au nici o asigurare. Aceștia sunt, în mare parte, defavorizații, micii salariați, cărora patronii nu le oferă asigurări de boală. În acest timp, în pofida acestei situații, aceste persoane beneficiază, totuși, de îngrijire de bază punând la dispoziție clinicile și spitalele datorită unui suport financiar de Stat, al puterilor locale și generozității publicului.

În Marea Britanie, cheltuielile de sănătate reprezintă 7% din PIB. Sistemul de Sănătate este universal și finanțat din acumularea impozitelor. Principala particularitate a sistemului britanic este introducerea unei forme de competiții inspirate de mecanismele de piață în interiorul unui sistem public.

Bugetul este distribuit de către Ministerul Sănătății birourilor regionale, care își asumă o responsabilitate de coordonare și alocare a resurselor între administrațiile sanitare de district și fondul medicinei generale. Acestea cumpără servicii din spitale și clinici, care cer o cooperare constantă între două organisme.

Administrațiile sanitare de district sunt finanțate de birourile regionale în funcție de evaluarea necesităților populației și de cumpărarea serviciilor spitalicești susceptibile de a răspunde la necesitățile lor. Ele pot cumpăra serviciile instituțiilor din districtul lor, districtele vecine sau din spitalele private (independente), ținând cont de raportul calitate-preț.

Medicii se pot grupa în asociație (regrupare de cel puțin 3000 de membri) și forma fonduri de medicină generală, ceea ce permite acordarea de către stat a unui procent destinat cumpărării unor servicii precise (examene, consultații externe și unele acte de chirurgie selectivă) în instituțiile spitalicești și clinici. Fondurile medicinei generale negociază cu spitalele și clinicile semnând contracte cu instituțiile spitalicești, care oferă cele mai bune avantaje.

Medicii generaliști sunt contactanții independenți, remunerați de către Serviciul Național de Sănătate, pe bază de rambursare a cheltuielilor, la care se adaugă o margă, care se aplică conform unor modalități: taxa pentru un pacient, plata după acte și alocații de practică în cabinet, când spitaliștii afiliați spitalelor, precum

și medicii ce lucrează în serviciile de îngrijire comunitare sunt salariați.

Spitalele și clinicile, care sunt organisme publice, se află în competiție cu unele și altele pentru obținerea contractelor de administrări sanitare de district și fondurile de medicină generală. Aceste programe sunt, în general, autoadministrate în interiorul sistemului public și au puterea de a fixa local remunerarea, condițiile de lucru ale personalului lor și de a acumula excedente. Ei sunt liberi să vândă serviciile lor întreprinderilor private, cheltuielile de funcționare a spitalelor de către fondul de medicină generală, administrațiilor generale de district ală ca cheltuielile de investire finanțate direct de birourile regionale.

Sistemul Canadian de Sănătate comportă trei nuanțe. El este compus din regimuri publice și private de asigurare a bolii, servicii finanțate de către stat și altele de către indivizi. Organizarea sa și prestațiile sale sunt, mai întâi de toate, responsabilitățile provinciilor. Este administrat conform unei dispoziții legislative federale generale. Legea Canadiană a Sănătății, descrie principiile de bază ale sistemului, dar care permite de asemenea variații considerabile la nivelurile de organizare a structurii serviciilor precum și a modurilor de finanțare.

Există două funcții-cheie ale sistemului de sănătate, care se poate califica în „publice și private”: finanțare publică sau privată, prestarea serviciilor de sănătate de către o instituție publică sau privată.

Asupra acestui plan de finanțare, Statul asigură în mediu, 75% din totalul de cheltuieli. Totodată, cheltuielile publice se stabilesc în medie cu 72%.

O mare parte din venituri și impozitele fiscale, taxe asupra veniturilor, tutun, alcool, prelevări efectuate pe lângă patroni, premiile de asigurare a maladiei, impozite funciar sunt folosite la finanțarea serviciilor medico-spitalicești și serviciile suplimentare provinciale.

Se poate cumpăra o asigurare pentru a acoperi serviciile ce sunt asigurate și plătite de regimuri publice. O oarecare asigurare este des oferită sub formă de regim-patron.

Baza finanțării spitalelor evident și a veniturilor ce determină salarizarea medicilor sunt mecanismele evaluării și estimării economice a serviciilor de sănătate.

Despre sistemul de prețuri în sfera ocrotirii sănătății, structura prețurilor la serviciile medicale, metodologiile stabilirii prețurilor și tarifelor pentru prestarea serviciilor medicale contra plată s-a scris mult și, în special, de prof. univ. C. Ețco cu colab., 2000. Aici am dori să abordăm problema sub aspect de politică, principii de macronivel, avînd la bază analiza cost-eficacitate, cost-utilitate, cost-beneficii etc.

Evaluarea economică a îngrijirilor de sănătate reprezintă o modalitate prin care se încearcă a se răspunde celor trei întrebări fundamentale ale economiei sanitare: ce servicii trebuie produse, în ce mod, pentru cine.

În literatură evaluarea se mai întîlnește și sub denumirea de evaluare a eficienței. Primul pas în abordarea acestui subiect îl reprezintă definirea termenilor de eficacitate și eficiență.

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

Eficiența implică nu numai abordarea rezultatelor unei activități, ci și a resurselor.

Există o eficiență tehnică, prin care se dorește (ca urmarea unei activități) producerea unor rezultate așteptate folosind cît mai puține resurse. Eficiență alocativă, în care resursele și rezultatele sunt folosite în modul cel mai bun cu putință, astfel încît să rezulte un maxim de bunăstare.

Evaluarea îngrijirilor de sănătate poate fi împărțită, deci, în două părți: în primul rînd, o evaluare a eficacității îngrijirilor respective (sau o evaluare a eficacității clinice), apoi o evaluare a eficienței — ceea ce implică luarea în calcul a costurilor și a beneficiilor, cît și a altor tipuri de îngrijiri de sănătate eficiente.

Evaluarea economică este importantă, deoarece încearcă să dea răspunsul la întrebarea — cum să folosim resursele limitate în fața unor nevoi și dorințe nelimitate. Ea este o modalitate explicită, care poate sta la baza alocării resurselor, proces care de cele mai multe ori se desfășoară folosind metodele cunoscute gen: „așa am făcut și ultima dată”, „sînt 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 și al rezultatelor obținute.

Ea implică, deci, două laturi indispensabile: pe de o parte, analizarea a cel puțin două alternative

și, pe de altă parte, analizarea simultană atât a costurilor, cît și a rezultatelor obținute.

Procesul care stă la baza unei evaluări economice este acela de a identifica mai multe alternative și apoi de a studia, pentru fiecare dintre ele, ce resurse sunt necesare și care sunt rezultatele obținute. Resursele necesare sunt exprimate prin costuri, iar rezultatele obținute pot fi exprimate prin: efecte asupra stării de sănătate, utilități asociate fiecărei stări de sănătate sau beneficii economice asociate fiecărei stări de sănătate.

În momentul realizării unei evaluări economice trebuie să încercăm să determinăm toate resursele necesare, precum și toate efectele rezultate. Nivelul resurselor utilizate se exprimă prin costurile implicate, costuri care sunt de mai multe tipuri. De altfel, chiar și consecințele intervenției pot fi grupate în mai multe tipuri.

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

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

Costurile directe sunt acele costuri determinate efectiv de furnizarea unui serviciu de sănătate.

- *Costurile organizaționale* sunt o parte a costurilor directe. Ele reprezintă totalitatea costurilor (din sectorul sanitar) implicate pentru realizarea activității care este supusă evaluării economice.

- Tot din costurile directe mai fac parte și *plățile directe* făcute de pacienți.

- precum și alte *resurse folosite* de pacient și familie pentru tratament.

Costurile indirecte sunt costurile care nu sunt date de furnizarea efectivă a serviciului respectiv, dar se asociază cu acest fapt.

- costurile datorate absenței de la muncă
- costurile psihice.

Pentru a putea determina costurile necesare desfășurării fiecărei activități este necesar să identificăm inițial costurile totale ale furnizorului

respectiv. Apoi alocăm aceste costuri pentru fiecare activitate desfășurată la nivelul firmei respective.

Costul total — CT — al unei instituții reprezintă costul necesar realizării producției (la un nivel dat). Costul total este format din mai multe costuri: costuri fixe, costuri semivariabile și costuri variabile.

- *Costurile fixe* — CF — sunt acele costuri ce rămân independente față de nivelul producției. Ele pot varia în timp, dar nu sunt dependente de producție (de exemplu, închirierea unui spațiu necesar desfășurării activității).

- *Costurile variabile* — CV — sunt acele costuri dependente în funcție de nivelul producției, ele variind o dată cu fiecare nou produs (de exemplu, costul materiilor prime).

- *Costurile semivariabile* — CSV — sunt acele costuri ce variază numai la realizarea anumitor niveluri 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 cu care ne 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).

Asemănător cu costul marginal se definește și costul incremental care este costul necesar variației producției între două niveluri 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 preferinței de timp, adică a faptului că 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.

Dacă, 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 și presupune că rezultatele intervențiilor sunt identice. În această situație, deoarece avem aceleași consecințe, se identifică și se analizează doar costurile implicate de fiecare dintre alternative.

Deosebirea dintre o analiză a costurilor și o evaluare de minimizare a costurilor este aceea că, în cea de-a doua situație, trebuie puse în evidență toate consecințele și arătat că diferențele dintre rezultatele alternativelor sunt inexistente sau fără importanță. Un exemplu de astfel de analiză o reprezintă evaluarea și compararea costurilor pentru chirurgia de o zi, în cazul herniilor, față de metoda clasică ce implică internarea pacientului în spital.

Analiza cost-eficacitate

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

În analiza cost-eficacitate consecințele se exprimă în unități „naturale”, cel mai frecvent în ani de viață câștigați sau decese costurile, cât și consecințele alternativelor și poate compara intervenții care nu au aceleași rezultate, dar care au consecințe ce se pot exprima prin aceeași unitate, de măsură.

Astfel, într-o analiză cost-eficacitate, putem compara consecințele transplantului renal cu cele ale dializei spitalicești, consecințe exprimate prin numărul de ani de „viață prelungită”. Putem însă să comparăm chiar și un program de prevenire a deceselor prin accidente de bicicletă folosind

casca de protecție cu un program de chirurgie cardiacă, — cu condiția ca să evaluăm numărul de ani de viață câștigați în urma fiecăruia dintre aceste programe.

Analiza cost-eficacitate ia în considerare numai un aspect al îmbunătățirii stării de sănătate (prelungirea vieții sau evitarea decesului), dar nu ține cont de celălalt aspect al îmbunătățirii stării de sănătate, și anume, calitatea vieții.

Analiza cost-utilitate

În această analiză, consecințele intervențiilor sunt măsurate prin utilitatea generată de fiecare dintre ele. Utilitatea se referă la valoarea care se acordă unei stări specifice de sănătate și poate fi măsurată prin preferințele indivizilor sau societății pentru fiecare stare particulară de sănătate.

Această tehnică de evaluare economică are marele avantaj că încearcă să evalueze consecințele alternativelor și din punctul de vedere al calității vieții postintervenție.

Consecințele sunt valorizate prin unități naturale care încearcă să reflecte utilitatea asociată fiecărei stări de sănătate. Punctul comun al acestor unități de măsură este acela al combinării prelungirii vieții cu calitatea vieții asociată acestor ani. Cele mai frecvent folosite unități de măsură sunt: anii de viață ajustați în funcție de calitatea vieții („quality adjusted life years” — QALY), ani de viață sănătoși („years of healthy life” — YHL) sau ani de viață ajustați în funcție de dizabilitățile prezente („disability adjusted life years” — DALY).

În cazul analizei cost-utilitate, pentru fiecare dintre stările de sănătate consecutive intervențiilor 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 viață câștigați. Apoi trebuie să evaluăm calitatea vieții pentru acești ani de viață câștigați (deoarece, de exemplu, calitatea vieții nu este aceeași dacă ești sănătos sau dacă iai toată viața medicație imunosupresoare). Să zicem, că într-o astfel de situație, calitatea vieții este 50% din calitatea vieții unui om sănătos de aceeași vârstă. Rezultă un beneficiu post-transplant renal de 5 QALY ($10 \times 0,5 = 5$).

Dificultatea atribuirii unui număr de OALY fiecărei stări specifice de sănătate derivă din dificultatea evaluării calității vieții pentru fiecare stare specifică de sănătate. Pentru a atribui fiecărei stări de sănătate o anumită calitate a vieții se folosesc mai multe tehnici de determinare. Cele mai cunoscute metode prin care se încearcă evaluarea calității vieții 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, câți QALY se obțin pentru fiecare unitate monetară folosită.

Analiza cost-profit

În acest tip de analiză, atât costurile, cât și beneficiile sunt exprimate în termeni monetari. Este o analiză destul de rar întâlnită datorită dificultății de apreciere a consecințelor în termeni monetari. Avantajul metodei este acela al aprecierii în termeni monetari a consecințelor. După identificarea costurilor și a beneficiilor, rezultatele evaluării se pot exprima printr-un raport cost/beneficii sau o diferență beneficii minus costuri.

Această metodă de evaluare economică poate fi folosită și pentru comparații cu alternativa „nu facem nimic”, care, uneori, poate fi mai bună decât o intervenție pentru care costurile sunt mai mari decât beneficiile.

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 poate că nu știe care vor fi rezultatele finale ale intervențiilor. În plus, analizele de minimizare a costurilor și cost-eficacitate presupun că intervențiile analizate merită să fie făcute și trebuie să vedem doar pe care o alegem. Ele sunt folosite, deci, în situații în care vrem să evaluăm eficiența tehnică.

Analizele cost-utilitate și cost-beneficiu pot compara alternative cu consecințe total diferite și chiar cu alternativa „nu facem nimic” și, de aceea, ele sunt utile în momentul în care dorim să facem o evaluare a eficienței alocative.

În final, trebuie spus că evaluarea economică este doar un instrument tehnic ce poate sta la baza luării deciziilor și că ea nu poate înlocui

logica, responsabilitatea sau riscul ce se asociază cu procesul de luare a deciziilor (*Ion Mereuță și coaut. „Managementul financiar al Sistemului Sănătății”, 2004*).

2. Conceptul și metodologia DGO (DRG – oncologie)

Conceptul finanțării de către CNAM a serviciilor oncologice.

Elaborarea conceptului a avut mai multe etape- conceptul de finanțare, determinarea abreviatorilor, grupările de diagnostic și criteriile, determinarea costurilor serviciilor oncologice în condiții de ambulator și staționar și tarificarea, determinarea prevederilor conceptuale ale contractului IO- CNAM.

Concepția de finanțare a serviciilor oncologice de către CNAM:

1. Diagnosticul și tratamentul bolnavilor cu tumori benigne în baza DRG (DGO)- oncologie.

2. Tratamentul tumorilor maligne în baza finanțării după fact (după consum), cost total, (finanțarea poate avea loc și din bugetul de Stat!).

3. Serviciile oncologice acordate pacienților în secția de internare, în secțiile ATI, în săli de operație, săli de pansament – vor fi finanțate după principiul „Bugetului global”.

2.1 Abrevierea tumorilor:

1.Tumorile Cap și gât

Tc/g1 – Buza și cavitatea bucală

Tc/g2 – Faringile

Tc/g3- Laringele

Tc/g4 – Sinusul maxilar și etmoidal

Tc/g5- Glandele salivare

Tc/g6 - Glanda tiroidă

2.Tumorile Tractului Digestiv

Ttd1- Esofagul

Ttd2- Stomacul

Ttd3 – Intestinul subțire

Ttd4- Colonul

Ttd5- Rectul

Ttd6- Ficatul (vezicula biliară, căile biliare, ampula Vater)

Ttd7- Pancreasul

3.Tumori pulmonare

Tp1 – Pulmonul

Tp2- Mezoteliomul pleural

4.Tumorile oaselor

Tos1- Oase tubulare lungi

Tos2- Oasele bazinului

Tos3- Vertebrele

Tos4- Tratament cu endoprotezare

5.Tumorile țesuturilor moi

Ttm1- Tumoare a țesuturilor moi

Ttm2- Tumoare a țesuturilor moi și necesitatea de limfadenectomie regională (operația limfadenectomie axilă, Operație Duken, Melnicov, etc.)

Ttm3- Tumoare retroperitoneală

6.Tumorile pielii

Tp1- Tumoare cutanată a regiunii Cap și gât

Tp2- Tumoare cutanată pe trunchi

Tp3- Tumoare cutanată pe membrele inferioare sau superioare

Tp4- Tumoare cutanată primară și necesitatea efectuării limfadenectomiei regionale

7.Tumorile urologice

Tur1- Prostata

Tur2- Penisul

Tur3- Testicolul

Tur4- Rinichiul

Tur5- Vezica urinară

Tur6- Uretra

8.Melanomul malign

MM1- tumoră cutanată pigmentată

MM2- tumoră cutanată primară și necesitatea în limfadenectomie regională

MM3- tumoră cutanată de dimensiuni mari ce necesită autodermplastie

9.Tumorile sînului

Tgm1- Tumoră în sîn, necesitatea rezecției sectorale

Tgm2- Tumoră în sîn, necesitatea efectuării mastectomiei cu limfadenectomiei axilare, operația tip Madden

Tgm3- Tumoră în distrucție a sînului și necesitatea efectuării operației Pirogov

10.Tumorile ginecologice

Tgin1- Vulva

Tgin2- Vaginul

Tgin3- Colul uterin

Tgin4- Uterul
 Tgin5- Ovarele
 Tgin6- Tompele Fallope
 Tgin7- Tumorile trofoblastice

11. Tumorile globului ocular

Toft1- Pleoapa
 Toft2- Conjunctiva
 Toft3- Melanomul ocular (uveia)
 Toft4- Retinoblastomul
 Toft5- Carcinom glandei lacrimale

12. Hemoblastozele

Hem1- Maladia Hodgkin
 Hem2- Limfom Non-Hodgkin
 Hem3- Tratamente

2.2. Abrevierea diagnosticului și a tratamentului chirurgical:

Db/i – Diagnostic /tratament, biopsie incizională

Db/ex- Diagnostic/ tratament biopsie excezională

2.3 Riscurile și coeficientul de tarificare:

2.3.1 Riscurile:

R1- risc scăzut (riscul operațional și ATI)
R2- risc mediu (maladii concomitente, riscuri operaționale și ATI)
R3-risc înalt (maladii concomitente, riscuri operaționale și ATI, necesitatea de transfuzie, profilaxia CID, etc.).

2.3.2 Coeficientul de tarificare:

Coeficienții de tarifiere se vor stabili în dependență de risc, volumul asistenței oncologice, metodele sofisticate de diagnostic și de examinare morfologică, complexitatea tratamentului.

2.4. Grupările diagnostice (DGO)

2.4.1. Tumori cap și gât

Tabelul 7

DGO “Tumori cap și gât”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic (DGO)		Costuri(RM*- LM, RO**- RONI, UE***-Euro)					
		R.M. HGN nr.1029 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul de tarificare determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)		
Cod	Grupare				România	Germania	
Onco 1.1	Tc/g1DbiR1	195-284	1.860	1,25	4500-5000	6000	
	1.2	Tc/g1DbiR2		2.180	1,3		
	1.3	Tc/g1DbiR3		2.280	1,5		
	1.4	Tc/g1DbexR1		2.300	1,4		
	1.5	Tc/g1DbexR2		2.500	1,5		
	1.6	Tc/g1DbexR3	380-412	2.850	2,0		7.000
	1.7	Tc/g2DbiR1		5.800	1,3	5.500	
	1.8	Tc/g2DbiR2		6.200	1,4		
	1.9	Tc/g2DbiR3		6.500	1,5		
	1.10	Tc/g2DbexR1		6.150	1,6		
	1.11	Tc/g2DbexR2		7.580	1,7	5000-6000	
	1.12	Tc/g2DbexR3	489	8.850	1,8		10.000
	1.13	Tc/g3DbiR1		8.500	1,7		
	1.14	Tc/g3DbiR2		8.750	1,8		
	1.15	Tc/g3DbiR3		8.900	1,8		
	1.16	Tc/g3DbexR1		9.200	1,8		
	1.17	Tc/g3DbexR2		9.550	1,9		
	1.18	Tc/g3DbexR3	489	10.850	2,0		24.000
	1.19	Tc/g4DbiR1	408	7.800	1,2	5.500	

1.20	Tc/g4DbiR2		8.150	1,3		
1.21	Tc/g4DbiR3		8.400	1,4		
1.22	Tc/g4DbexR1		8.700	1,2		
1.23	Tc/g4DbexR2		9.150	1,4		
1.24	Tc/g4DbexR3	1.003	10.850	1,5		12.000
1.25	Tc/g5DbiR1	282	7.050	1,1	6.200	
1.26	Tc/g5DbiR2		7.280	1,1		
1.27	Tc/g5DbiR3		7.800	1,2		
1.28	Tc/g5DbexR1		8.000	1,1		
1.29	Tc/g5DbexR2		8.150	1,2		
1.30	Tc/g5DbexR3		8.280	1,3		8.000
1.31	Tc/g6DbexR1	601	10.200	1,5	7.800	
1.32	Tc/g6DbexR2		11.800	1,6		
1.33	Tc/g6DbexR3		12.500	2,0		11.000

*Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova, Nr. 1020, 2011.

**Nomenclator de prețuri la serviciile medicale, România, 2011

***www.lechemie24.com

2.4.2. Tumorile tractului digestiv

Tabelul 8

DGO “Tumorile tractului digestiv”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**- RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R.M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
Cod	Grupare				România	Germania
Onco 2.1	Ttd1DbexR1	1858	8.500	2,0	4.400	16.000
2.2	Ttd1DbexR2		9.800	2,5		
2.3	Ttd1DbexR3	1.858-2.120	10.850	3,0		24.000
2.4	Ttd2DbexR1	1.458	20.500	2,5	4.400	15.000
2.5	Ttd2DbexR2		21.800	2,7		
2.6	Ttd2DbexR3		22.580	3,0		22.000
2.7	Ttd3DbexR1	779	8.600	1,5	2.750	
2.8	Ttd3DbexR2		9.800	1,8		
2.9	Ttd3DbexR3		10.500	2,0		23.000
2.10	Ttd4DbexR1	942	10.860	1,5	3.850	
2.11	Ttd4DbexR2		11.280	1,8		
2.12	Ttd4DbexR3		12.500	2,0		27.000
2.13	Ttd5DbexR1	1.200	10.860	1,5	4.950	
2.14	Ttd5DbexR2		12.280	2,0		
2.15	Ttd5DbexR3		13.250	3,0		25.000
2.16	Ttd6DbexR1	1.275	18.650	2,0	4.400	
2.17	Ttd6DbexR2		19.500	2,5		
2.18	Ttd6DbexR3		20.500	3,0		50.000
2.19	Ttd7DbexR1		20.200	2,0	9.350	
2.20	Ttd7DbexR2		20.850	2,5		
2.21	Ttd7DbexR3	2.854	21.500	3,0		55.000

2.4.3. Tumori pulmonare

Tabelul 9

DGO “Tumori pulmonare”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
Cod	Grupare	R.M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul I tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Onco 3.1	Tp1DbexR1	572	12.500	1,5	2500	14.000
3.2	Tp1DbexR2		13.200	2,0		
3.3	Tp1DbexR3		13.800	2,5		
3.4	Tp2DbexR1		13.950	1,5	2800	
3.5	Tp2DbexR2		14.280	2,0		
3.6	Tp2DbexR3	672	14.800	2,5		27.000

2.4.4. Tumori osoase

Tabelul 10

DGO “Tumori pulmonare”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE*-Euro) la 1.12.2012				
Cod	Grupare	R.M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Onco 4.1	Tos1DbexR1	796	6850	1,5	3.500	13.000
4.2	Tos1DbexR2		7650	1,8		
4.3	Tos1DbexR3		7950	2,0		15.000
4.4	Tos2DbexR1	825	10980	2,0	4.000	
4.5	Tos2DbexR2		12500	2,5		
4.6	Tos2DbexR3		16280	3,0		30.000
4.7	Tos3DbexR1	1.025	10500	2,0	4.500	
4.8	Tos3DbexR2		12840	2,5		
4.9	Tos3DbexR3		14880	3,0		25.000
4.10	Tostrat/endopr.	20.000	62.000	3,0		16.000-20.500

2.4.5. Tumorile țesuturilor moi

Tabelul 11

DGO “Tumorile țesuturilor moi”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
Cod	Grupare	R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Onco 5.1	Ttm1DbexR1	951	1500	1,5	2200	

5.2	Ttm1DbexR2		1950	1,8		
5.3	Ttm1DbexR3		2200	2,0		10.000
5.4	Ttm2DbexR1	1250	3500	1,5	3600	
5.5	Ttm2DbexR2		4800	2,5		
5.6	Ttm2DbexR3		5850	3,0		20.000
5.7	Ttm3DbexR1	1790	8680	2,0	4400	
5.8	Ttm3DbexR2		9500	2,3		
5.9	Ttm3DbexR3		10200	2,5		30.000

2.4.6. Tumorile pielii

Tabelul 12

DGO “Tumorile pielii”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE***- Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
Onco. 6.1	Tp1DbiR1	370	1400	1,2	1100	6.000
6.2	Tp1DbiR2		1500	1,25		
6.3	Tp1DbiR3		1600	1,3		
6.4	Tp1DbexR1		1750	1,2		
6.5	Tp1DbexR2		1800	1,3		
6.6	Tp1DbexR3		1850	1,5	2200	7.000
6.7	Tp2DbiR1	370	1400	1,5		
6.8	Tp2DbiR2		1690	1,8		
6.9	Tp2DbiR3		1980	2,0		
6.10	Tp2DbexR1		2000	1,5		
6.11	Tp2DbexR2		2120	2,0		
6.12	Tp2DbexR3		2200	3,0		8.000
6.13	Tp3DbiR1	370	1400	1,2	2200	
6.14	Tp3DbiR2		1520	1,4		
6.15	Tp3DbiR3		1590	1,5		
6.16	Tp3DbexR1		1620	1,5		
6.17	Tp3DbexR2		1880	2,0		
6.18	Tp3DbexR3		2000	3,0		10.000
6.19	Tp4DbexR1	819	2400	2,0	4700	
6.20	Tp4DbexR2		2860	2,5		
6.21	Tp4DbexR3		3200	3,0		12.000

2.4.7. Tumori urologice

Tabelul 13

DGO “Tumorile urologice”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO** -RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientu l tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
Onco. 7.1	Tur1DbexR1	994	8550	1,5	3400	
7.2	Tur1DbexR2		8800	2,0		
7.3	Tur1DbexR3		9000	2,5		25.000
7.4	Tur2DbexR1	487	4800	1,5	1250	
7.5	Tur2DbexR2		5200	2,0		
7.6	Tur2DbexR3		6980	1,5		10.000
7.7	Tur3DbexR1	236	3850	1,8	2400	
7.8	Tur3DbexR2		4380	1,3		
7.9	Tur3DbexR3		4850	1,5		10.000
7.10	Tur4DbexR1	414	10200	1,3	4600	
7.11	Tur4DbexR2		12600	1,8		
7.12	Tur4DbexR3		14800	2,0		22.000
7.13	Tur5DbexR1	943	8200	1,5	4800	
7.14	Tur5DbexR2		8500	2,0		
7.15	Tur5DbexR3		8680	2,5		23.000
7.16	Tur6DbexR1	537	9200	1,5	3800	
7.17	Tur6DbexR2		9500	2,0		
7.18	Tur6DbexR3		10300	2,5		15.000

2.4.8. Melanomul Malign

Tabelul 14

DGO “Melanomul Malign”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO** - RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
Onco 8.1	MM1DbexR1	370	2400	1,2	1500	10.000
8.2	MM1DbexR2		2620	1,3		
8.3	MM1DbexR3		2860	1,5		11.000
8.4	MM2DbexR1	630	3800	1,5	4800	
8.5	MM2DbexR2		3910	1,8		
8.6	MM2DbexR3		3980	2,0		13.000
8.7	MM3ADP		3200	2,2	3600	10000

2.4.9. Tumorele glandelor mamare

Tabelul 15

DO “Tumorele glandelor mamare”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DO		Costuri (RM*-LM, RO** -RONI,UE*** - Euro) la 1.12.2012					
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)		
					România	Germania	
Cod	Grupare						
Onco 9.1	Tgm1DbexR1	254	4860	1,2	4400	9.000	
	9.2	Tgm1DbexR2		5200	1,4		
	9.3	Tgm1DbexR3		6600	1,5		
	9.4	Tgm2DbexR1	613	5960	1,5	4800	
	9.5	Tgm2DbexR2		6480	1,8		
	9.6	Tgm2DbexR3		8250	2,0		10.000
	9.7	Tgm3DbexR1	437	8620	1,1	6600	
	9.8	Tgm3DbexR2		9450	1,2		
	9.9	Tgm3DbexR3		10800	1,3		14.000

2.4.10. Tumorele ginecologice

Tabelul 16

DO “Tumorele ginecologice”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DO		Costuri (RM* - LM, RO** - RONI,UE*** - Euro) la 1.12.2012					
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)		
					România	Germania	
Cod	Grupare						
Onco 10.1	Tgin1DbexR1	767	1850	1,1	1.500		
	10.2	Tgin1DbexR2		2150	1,2		
	10.3	Tgin1DbexR3		2200	1,3	2.000	10.000
	10.4	Tgin2DbexR1	780	2280	1,3		
	10.5	Tgin2DbexR2		2400	1,4		
	10.6	Tgin2DbexR3		2680	1,5		15.000
	10.7	Tgin3DbexR1	860	2860	1,5	2.300	
	10.8	Tgin3DbexR2		2980	1,8		
	10.9	Tgin3DbexR3		3100	2,0		20.000
	10.10	Tgin4DbexR1	598-900	3280	2,0		
	10.11	Tgin4DbexR2		3990	2,0	3.000	18.000
	10.12	Tgin4DbexR3		3880	2,0		
	10.13	Tgin5DbexR1	451	4800	2,0	2.500	16.000
	10.14	Tgin5DbexR2		4850	2,0		
	10.15	Tgin5DbexR3		4900	2,5		30.000
	10.16	Tgin6DbexR1	234	4800	2,0	2.500	
	10.17	Tgin6DbexR2		4850	2,0		
	10.18	Tgin6DbexR3		4980	2,5		
	10.19	Tgin7DbexR1	360	5000	2,0	2.800	25.000
	10.20	Tgin7DbexR2		5200	2,0		
	10.21	Tgin7DbexR3		5500	2,5		

2.4.11. Tumori globului ocular

Tabelul 17

DGO “Tumori globului ocular”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
Onco 11.1	Toft1DbexR1	513	2800	1,2	1.000	3500
11.2	Toft1DbexR2		2850	1,3		
11.3	Toft1DbexR3		2900	1,5		
11.4	Toft2DbexR1	431	2950	1,2	650	3400
11.5	Toft2DbexR2		3000	1,3		
11.6	Toft2DbexR3		3100	1,5	3600	8000
11.7	Toft3DbexR1	664	3200	1,5	2500	8000
11.8	Toft3DbexR2		3800	1,8		
11.9	Toft3DbexR3		4200	2,0	5000	12500
11.10	Toft4DbexR1	664	4700	1,5	5000	13000
11.11	Toft4DbexR2		4750	1,8		
11.12	Toft4DbexR3		4800	2,0		
11.13	Toft5DbexR1	694	4850	1,5	1500	2500
11.14	Toft5DbexR2		5000	1,8		
11.15	Toft5DbexR3		5200	2,0	4500	4500

2.4.12. Hemoblastozele

Tabelul 18

DGO “Hemoblastozele”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
Onco 12.1	Hem1DbiR1	205	1250	1,2	350	1000
12.2	Hem1DbR1		1300	1,3		
12.3	Hem1DbiR3		1350	1,4		
12.4	Hem1DbexR1		1400	1,2		
12.5	Hem1DbexR2		1480	1,3		
12.6	Hem1DbexR3		1860	1,5		1500
12.7	Hem2DbiR1		2200	1,2	380	
12.8	Hem2DbiR2	205	2750	1,3		
12.9	Hem2DbiR3		2800	1,3		
12.10	Hem2DbexR1		2900	1,4		
12.11	Hem2DbexR2		3200	1,4		
12.12	Hem2DbexR3		3800	1,5		2500
12.13	Hem3trat	1800	4300	1,2	400	

2.4.13 Alte tumori

Tabelul 19

DGO “Alte tumori”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
Onco 13.1	TDR	250	3.800	1,2	2.000	2.500

2.4.14 Tratamente

Tabelul 20

DGO “Tratamente”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN, nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
14.1	ChT(1CURA)	1000	2800	1,2	1750	1000-5000
15.1	RT (10-20 seansuri)	1800	4600	1,2	10.500-21.000	4500-6000

2.5. Metodologia de determinare a costurilor serviciilor oncologice și tarificarea

Calculul economic al prețului tratamentului a unui pacient oncologic s-a efectuat în baza metodologiei matematice.

2.5.1 Calcularea tratamentului în condiții de ambulator:

Prețul unei consultații în ambulatoriu se calculează după formula:

$$W_c = V(1+d)(1+c)(1+f) + P + I + R \quad (1)$$

unde

W_c – prețul unei consultații;

V – fondul de remunerare a muncii personalului medical pentru o consultație;

d – coeficientul majorării salariului de bază din contul premiilor, achitărilor suplimentare și altor plăți;

c – coeficientul achitărilor în fondul de asigurare socială;

f – coeficientul salarizării personalului

administrativ și auxiliar (se calculează conform formulei nr. 4);

P – prețul medicamentelor și materialelor pentru pansamente;

I – prețul inventarului moale;

R – cheltuielile privind uzura, repararea și întreținerea utilajului medical.

Rata salarizării personalului medical predomină în prețul serviciilor medicale în policlinici și ambulatorii.

La calcularea remunerării serviciilor personalului medical, pentru o consultație, este necesar de a aprecia sarcina a fiecărui subiect din personalul medical inclusiv și valoarea ei financiară, care revin la funcția unui medic consultant de ambulatoriu.

Personalul medical se poate de divizat în următoarele categorii:

- Personal medical mediu și inferior a secției (cabinet);

- Șeful secției (cabinet), asistenta medicală superioară;

- Sora-gospodină;
- Personalul medical a serviciului auxiliar;
- Personalul medical a întregului ambulatoriu sau policlinică (infirmieri, deregătoare):

Calculul remunerării personalului pentru primele 2 categorii menționate anterior se realizează după formula:

$$S = A + B \cdot K_b + C \cdot K_s + D \cdot K_d \quad (2)$$

unde:

S – remunerarea consultațiilor medicului de ambulatoriu și personalului secției (cabinetul), ce revin acestei funcții;

A – fondul anual de remunerare a serviciilor medicilor;

B – fondul anual de remunerare a șefului secției (cabinetului), sorei superioare, sorei gospodine;

C – fondul anual de remunerare a serviciilor unei unități medii de personal medical;

D – fondul anual de remunerare a serviciilor unei unități inferioare de personal medical;

K_b , K_s , K_d – raportul dintre numărul funcțiilor corespunzătoare la funcția medicului consultațiilor de ambulatoriu.

Raportul K_s și K_d se determină după normativele sectoriale, însă K_b se stabilește după programul stabilit de fiecare sector.

Remunerarea muncii personalului medical din contul unei consultații se calculează după formula:

$$V = S \cdot t / T \quad (3)$$

unde:

V – achitarea muncii personalului medical din contul unei unități de muncă (o singură consultație);

S – fondul anual de remunerare a muncii medicului de ambulatoriu și a întregului personal ce revine acestei funcții;

t – timpul acordat de medic la o unitate de lucru (o consultație);

T – posibilitățile funcționale temporare anuale pentru activitatea de diagnostic-profilactic.

Calculul ulterior se realizează pe baza calculului altor cheltuieli.

Plata de remunerare suplimentară include cheltuielile de achitare a lucrului pentru orele suplimentare (la înlocuirea personalului aflat în concediu sau deplasare). Pentru evidența acestui cont de cheltuieli se stabilește un coeficient, determinat prin raportul sumei plăților suplimentare la fondul salariului de bază. Premiile și alte adaosuri la fondul planificat de remunerare (fondul salariului de bază) se aplică prin introducerea unui coeficient corespunzător. Contribuțiile la asigurările sociale se stabilesc conform procedurilor legislative începînd de la suma de bază (salariul de bază), plăților suplimentare, premii și alte plăți.

Coeficientul adaosurilor se determină după formula:

$$f = \frac{x + Q}{M - x} \quad (4)$$

unde:

f – coeficientul adaosurilor;

x – coeficientul salarizării personalului administrativ și auxiliar;

Q – suma cheltuielilor după articolele 3, 4, 10, 19 a estimărilor de cheltuieli și venituri ale instituției: cheltuielile de birotică și gospodărești, cheltuielile de deplasare și de serviciu (reprezentare), cheltuielile pentru procurarea cărților, cheltuielile pentru repararea clădirilor și de amenajare a instituției, alte cheltuieli.

M – salariul întregului personal al instituției.

Cheltuielile pentru medicamente și material de pansament se iau în considerație după datele reale.

În calculul prețului se iau în considerație suma mijloacelor necesare pentru procurarea echipamentului și deducerile de amortizare după normele în vigoare.

Astfel de indicatori, precum prețul medicamentelor și a mijloacelor de transport, deducerile de amortizare a echipamentului utilizat și a prețului întregului inventar moale al instituției, se divizează la numărul consultațiilor planificate în dependență de numărul medicilor pentru consultațiile de ambulatoriu și a funcțiilor lor

planificate, dar nu numărul real de vizități a instituției.

2.5.2. Determinarea prețului serviciilor medicale în spital

Determinarea prețului unei zile în spital (prețul unei zi-pat) se realizează după o formulă similară formulei (1) cu adăugarea prețului alimentației:

$$P_{zp} = V(I+d)(I+c)(I+f) + \Pi + I + Z + R \quad (5)$$

unde:

P_{zp} – prețul unei zi-pat;

D – coeficientul majorării salariului de bază din contul plăților suplimentare, premii și altor plăți;

c – coeficientul contribuțiilor la asigurările sociale;

f – coeficientul adaosurilor (după formula 4);

Π – prețul medicamentelor și materialelor de pansament;

I – prețul inventarului moale;

Z – prețul alimentației;

R – deducerile de amortizare a echipamentului utilizat.

Calculul remunerării personalului medical pentru o zi-pat în secție se determină după formula:

$$V = \frac{A + B}{K \times F} \times 100$$

unde:

V – remunerarea personalului medical pentru o zi-pat;

A – remunerarea personalului medical al secției;

B – remunerarea personalului medical din centrele serviciilor diagnostice (cumulativ pentru toate tipurile de servicii), ce revin la secția dată;

K – cifra de afaceri a patului (rotația patului).

Cifra de afaceri a patului (P) se determină după formula:

$$F = \frac{N - t_p}{T + t_n} \times 100$$

unde:

N – numărul zilelor calendaristice în an;

T – durata medie de tratament în staționar;

t_p – timpul de nefuncționare a patului din cauza reparației și din alte cauze;

t_n – timpul de la externare pînă la internarea altui bolnav pentru desfășurarea profilaxiei sanitaro-epidemiologice;

t_n se stabilește după profilul secției (paturi) (în acest caz – 1 zi);

$N - t_p$ – ca activitate planificată de lucru a paturilor pe an, se stabilește în mediu pe tipuri de instituții (pentru spitalele urbane 340 zile).

Costul total al serviciilor oncologice specializate se formează din mai multe compartimente a lucrului medical, surorilor medicale, infirmierelor, a procedurilor, manipulațiilor, operațiilor, costul medicamentelor utilizate, a investigațiilor, inclusiv de laborator clinic, biochimic, citologic și morfologic, alimentației raționale, serviciilor habituale (hoteliere).

Costul total se determină reieșind din programul de diagnostic și se estimează la final după terminarea acordării serviciilor medicale.

Dacă instituția medicală acordă asistență medicală are statur, profit și e plătitoare de TVA, atunci se adaugă TVA, dacă nu – atunci rămâne suma inițială.

Pe baza studiilor se determină mediana costului serviciilor oncologice și se înaintează MS R. Moldova pentru aprobarea tarifelor, ulterior prezentate pentru hotărîrea la Guvern.

Rezumat: Optimal pentru sistemul oncologic ar fi excluderea bolnavilor cu tumori maligne din sistemul asigurărilor. Asigurarea asistenței medicale a bolnavilor oncologici după confirmarea histologică trebuie să fie asigurată din bugetul de stat. Criteriile de grupare actuale, propuse de CNAMnu sunt adecvate pentru serviciul oncologic, ele denaturează canoanele oncologice.

Consider necesar, ca criteriile să fie bazate pe un sistem Național DRG, care ar avea și compartimentul – varianta „DRG - oncologie”(DGO), și să se refere numai la tumorile benigne. Grupurile de diagnostic – 1 – pielea, 2 – țesuturile moi, 3 – oasele, ș.a.m.d.,

și tumorile să fie grupate cu indicele TDR. Unde T- va reprezenta grupele de tumori benigne a unui organ, D- elemente de diagnostic și tratament (Dbi/Dbex)- Dbi-biopsie incizională și Dbex- biopsie excezională, R- nivelul riscurilor medicale. Modalitatea de remunerare în baza Diagnosticaly Related Groups este de mare perspectivă pentru republică, deși este costisitoare. Elaborarea versiunii naționale a DRG—este un lucru foarte dificil și migălos, care necesită dotații de stat cu destinație specială pentru elaborarea unor tehnologii computerizate de calculare a costului serviciilor medicale în bază de DRG. Este necesar de remarcat că implementarea în practică a acestor tehnologii va contribui la o tranziție mai rapidă a sistemului național de ocrotire a sănătății la medicina de asigurări, deoarece costul serviciilor medicale constituie „pivotalul” medicinei de asigurări. Mecanismele DRG (Diagnosticaly Related Groups) de finanțare a spitalelor de boli sociale, fără argumentarea

tarifelor pentru grupurile de diagnostic și evident pot duce la falimentul lor. Implementarea DRG trebuie să fie bazată pe determinarea costurilor reale a tarifelor și doar ulterior aceste măsuri să determine mecanismele implementării lor. E necesar de determinat costurile specifice în domeniul diagnosticului și tratamentului tumorilor, inclusiv a cancerului, în condiții de ambulator și staționar la tumorile benigne și cele maligne.

Bibliografie:

1. Mereuță I. „Sistemele de Sănătății în țările UE”, Chișinău , 1996, pag. 86.
2. Mereuță I. „Concepția reformării sistemului de sănătate în R.M. (actualități și perspective)”, Moldova Suverană, 1997.
3. Mereuță I., Păpușoi E., Ețco C. „Managementul în medicină și sănătate publică”, Chișinău , 1999, pag. 186.
4. Mereuță I., Cojocaru V, Ețco C., Gherman V., Lupu S. „ Managementul financiar al sistemului sănătății”, Chișinău , 2004, pag.174.
5. Ețco C., Goma L., Reabov E., ș.a. „Economia ocrotirii Sănătății”, Chișinău, 2000, pag. 379.
6. Tintuc D. „Sănătate publică și management”, Chișinău, 2007, pag.893.

Doina Barba, Nicolae Bodrug, Lucia Andrieș, Ludmila David, Viorel Istrate, Mariana Negrean, Svetlana Nichita, Adriana Botezatu

**ESTIMAREA EFICACITĂȚII TRATAMENTULUI COMPLEX
AL URTICARIEI CRONICE RECIDIVANTE ASOCIATE HEPATITEI
CRONICE CU UTILIZAREA IMUNOMODULATORULUI POLIOXODONIU**

There has been estimated the efficacy of the new pharmaceutical remedy Polioxidoniu in the complex treatment of chronic relapsing forms of urticaria associated with chronic hepatitis, clinical and immunological efficacy of the immunomodulator was manifested by the rapid decrease of clinical manifestations, functional activity of T and B lymphocytes, T-helper subpopulation, increased serum IgG, clinical optimized laboratory indices of liver syndromes.

Key words: chronic hepatitis, remedy Polioxidoniu, urticaria.

Rezumat. A fost apreciată eficacitatea noului remediu farmaceutic Polioxidoniu în tratamentul complex al formelor asociate de urticarie cronică recidivantă cu hepatita cronică. Eficacitatea clinico-imunologică a imunomodulatorului utilizata s-a manifestat prin diminuarea mai clară și rapidă a manifestărilor clinice, activității funcționale a

limfocitelor T și B, subpopulației T-helper, majorarea concentrației serice a IgG, optimizarea indicilor sindroamelor hepatice de laborator.

Actualitatea temei. Globalizarea problemelor definite de alergii și patologia hepatică dictează necesitatea de a preciza aspectele epidemiologice, particularitățile