



Figura 2. Dinamica numărului de farmacii contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină, anii 2005-2012

De asemenea, pe parcursul anilor 2006-2012 a crescut considerabil și numărul rețetelor compensate, eliberate beneficiarilor sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală. Dinamica numărului de rețete pe ani este prezentată în tabelul 3.

Tabelul 3

Dinamica numărului de rețete compensate, eliberate beneficiarilor sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală, anii 2006-2012

Anii	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Numărul rețetelor	732778	1644088	1975526	2180566	2744387	3212730	3197780

În urma studiului efectuat, s-a observat creșterea numărului de rețete compensate – de la 732778 în anul 2006 până la 3197780 în anul 2012, sau de 4,4 ori.

Concluzii

1. În cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală a avut loc o sporire considerabilă a accesului persoanelor asigurate la medicamentele compensate, fapt demonstrat prin dinamica alocațiilor pentru preparate compensate din fondul de bază al asigurării obligatorii de asistență medicală în anii 2005-2012.

2. A avut loc o creștere a cheltuielilor efective pentru acoperirea procurării medicamentelor compensate de la 7,4 mil. la 166,2 mil. lei, sau de 22,5 ori.

3. Lista medicamentelor compensate a fost extinsă anual, cu introducerea mai multor denumiri de remedii pentru diverse maladii – de la 9 DCI în anul 2005 până la 81 de DCI în anul 2013 (sau de 9 ori).

4. Numărul contractelor încheiate între instituțiile farmaceutice și Compania Națională de Asigurări în Medicină a crescut de la 100 în anul 2005 până la 258 de contracte în 2013, ceea ce constituie 138,7%.

5. S-a majorat numărul rețetelor compensate, eliberate beneficiarilor sistemului de asigurare obli-

gatorie de asistență medicală – de la 732778 în anul 2006 până la 3197780 în anul 2012, sau de 4,4 ori.

Bibliografie

- Hotărârea Guvernului nr. 1372 din 23.12.2005 *Cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală*, cu modificările și completările ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 176-181 din 30.12.2005.
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 914 din 19.09.2012 *Cu privire la Consiliul pentru medicamentele compensate al Ministerului Sănătății*.
- Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 492/139-A din 22.04.2013 *Cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală*, publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 110-113 din 17.05.2013.
- Strategia de dezvoltare instituțională a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pentru anii 2013-2017*, aprobată prin Decizia Consiliului de Administrație al CNAM din 13.11.2012.

Prezentat la 11.07.2013

CĂI DE SOLUȚIONARE A PROBLEMEI SUBFINANȚĂRII GRUPURILOR DE DIAGNOSTICE CU COMPONENTĂ SPORITĂ A CONSUMABILELOR COSTISITOARE

Daniel CIUREA¹, Constantin EȚCO², Mircea BUGA³,
Ghenadie DAMAȘCAN³, Alexandru ȘARCO⁴,
Doina-Maria ROTARU³,

¹Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate,
București, România;

²Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie N. Testemițanu;

³Compania Națională de Asigurări în Medicină;

⁴Proiectul Serviciu de Sănătate și Asistență Socială

Summary

Ways of solving the problem of underfunding the Diagnostics Groups with increased supplies of costly consumables

The introduction of the mechanism of financing on the basis of complexity of cases may cause the creation of incentives for providers of hospital services, to strengthen health care. The tactics to take the relative values of countries with experience in this field is specific for all those countries that have decided to implement the method of DRG financing. However, this solution should be regarded as a temporary one, the future trend is creating your own relative values because health systems differ from one country to another and therefore, can appear incomplete financing situations or over financing for certain Diagnostics Groups.

Thus, in the first half of 2013, in the Republic of Moldova, has been noticed the situation, that a number of hospitals have reported financial losses for patients requiring prostheses. In order to resolve this issue was conducted a study of possible ways to adjust the level of funding of hospital institutions that provide cases with enhanced component of costly consumables.

Keywords: underfunding, diagnostic group, costly consumables.

Резюме

Пути решения проблемы недофинансирования диагностических групп с повышенным компонентом дорогостоящих расходных материалов

Введение механизма финансирования на основе сложности случаев может создать стимулы для предоставления большего количества услуг больницами. Практически все страны, которые решили внедрить метод финансирования DRG, на начальном этапе прибегают к перенятию относительных значений групп от стран, накопивших опыт в этой области.

Перспективным направлением является создание собственных относительных значений, так как системы здравоохранения варьируют от страны к стране и, следовательно, могут возникнуть ситуации чрезмерного или недостаточного финансирования для определенных групп диагнозов. Так, в первой половине 2013 года, в Республике Молдова наблюдалась ситуация, когда ряд больниц сообщили о финансовых потерях для пациентов, нуждающихся в дорогостоящих расходных материалов. Для того, чтобы решить эту проблему было проведено исследование о возможных путях решения покрытия затрат на компоненту дорогостоящих расходных материалов.

Ключевые слова: недофинансирование, диагностическая группа, дорогостоящие расходные материалы.

Introducerea mecanismului de finanțare în bază de complexitate a cazurilor poate determina crearea unor stimulente pentru prestatorii de servicii spitalicești de a fortifica serviciile de sănătate, de a reduce durata mare de spitalizare și numărul de spitalizări inutile, de a trata pacienții în instituțiile corespunzătoare etc. Totodată, este necesar de recunoscut faptul că sistemul de complexitate a cazurilor este doar un instrument. Acesta trebuie implementat astfel încât să creeze stimulentele corecte pentru promovarea și creșterea eficienței, transparenței și pentru reducerea pierderilor în sectorul de sănătate.

Unul dintre elementele-cheie ale sistemului DRG (Diagnosis Related Groups) îl constituie „valorile relative” ale grupurilor de cazuri tratate.

La dezvoltarea șirului de valori relative pentru R. Moldova au participat mai mulți experți internaționali, ei având o vastă experiență în domeniu. Valorile relative ale DRG-urilor pentru Moldova au fost calculate plecând de la cel mai recent șir de valori

relative calculate pentru Irlanda, prin ajustări cu datele clinice și financiare colectate din spitalele-pilot din Moldova, utilizând aplicația informatică *Power Performance Manager*.

Tactica de preluare a valorilor relative de la o țară cu experiență în acest domeniu este caracteristică practic pentru toate statele care au decis implementarea metodei de finanțare pe DRG. Această soluție trebuie însă privită drept una temporară, tendința de viitor fiind crearea propriilor valori relative, deoarece sistemele de sănătate diferă de la o țară la alta. Din aceste considerente, pot apărea situații de subfinanțare sau suprafinanțare pentru anumite grupuri de diagnostice.

Astfel, în prima jumătate a anului 2013, în Republica Moldova a fost observat faptul că o serie de spitale au raportat pierderi financiare pentru pacienții care necesitau protezări. În scopul soluționării acestei probleme, a fost inițiat studiul mecanismelor posibile pentru ajustarea nivelului finanțării instituțiilor spitalicești care prestează servicii în cazuri cu componentă sporită a consumabilelor costisitoare (protezelor). Au fost găsite următoarele căi:

1. Revenire la un tarif pe caz ponderat propriu neutru (similar cu cel calculat pentru 2012)

Această metodă presupune revenirea la tariful pe caz ponderat mai mare, calculat în decembrie 2012 pe baza datelor clinice ale pacienților tratați în anul 2012 în spitalul respectiv și a bugetului care a acoperit furnizarea acestor servicii. Utilizarea acestui tarif ar conduce la realizarea unui buget pentru anul 2013 egal cu cel din 2012, dacă spitalul ar furniza aceleași servicii, ceea ce, statistic, este de așteptat pe parcursul unui an de zile.

Avantajele folosirii acestei metode:

- Respectarea principiului de contractare a unui buget neutru în primul an după trecerea la mecanismul de finanțare DRG (așa cum s-a aplicat în majoritatea spitalelor din Moldova pentru anul 2013). Acest principiu a fost pe larg folosit pe plan internațional.
- Nu necesită un studiu suplimentar de costificare a protezării.
- Se aplică spitalului-țintă și nu afectează alte spitale.

Dezavantaje:

- Ar fi un pas înapoi de la principiul de egalizare a tarifelor pe caz ponderat ale spitalelor.
- Nu are la bază o metodă cantitativă de apreciere a nivelului corect al creșterii, ci doar metoda revenirii la bugetul neutru istoric.

În consecință, această metodă nu a fost agreată din cauza dezavantajului de a face un pas înapoi pe drumul reformei, către egalizarea tarifelor pe caz ponderat.

2. Plata protezelor la nivel de cost real, din fond separat față de fondul DRG, pe bază de raportare a fiecărui caz

Această metodă presupune ca spitalul să raporteze costul real pentru fiecare caz cu protezare în parte, alături de datele DRG, în fiecare lună. Practic, la sfârșitul lunii, se calculează costul total real al protezelor și se adaugă la suma calculată pe DRG pentru spital. Pentru o aplicare corectă a acestei metode, trebuie exclusă componenta *Proteze* din fiecare valoare relativă a DRG-urilor-țintă (diminuarea valorii relative a fiecărui DRG cu echivalentul costului protezei). În acest fel, plata internării și intervenției se face pe DRG, iar plata protezei se face prin decontare directă pe cost real.

Avantaje:

- Fiecare caz este plătit cu costul real al protezei.
- Se poate stabili plafonul maxim pentru procurarea de proteze (plafon pentru fiecare spital sau plafon național).
- Nu necesită un studiu suplimentar de costificare a protezării.
- Se aplică spitalului-țintă și nu afectează alte spitale.
- Acoperă costul real al fiecărei protezei (nu folosește costuri medii).

Dezavantaje:

- Introduce o nouă metodă de finanțare a pacienților spitalizați, în completarea plății pe mecanism DRG.
- Creează o dezechilibrare a valorilor relative ale DRG, prin extragerea componentei *Proteze* din valorile relative ale DRG-urilor-țintă.

În consecință, această metodă nu a fost agreată din cauza necesității de a introduce o metodă complementară de finanțare, pe lângă DRG.

3. Realizarea unui studiu de costificare a protezării și ajustarea în consecință a nivelului finanțării prin DRG

Metoda constă în realizarea unui studiu de costuri ale intervențiilor cu protezare și recalcularea costului DRG-urilor aferente, ținând cont și de costul real al protezelor. Noul cost per pacient în DRG-urile specifice unde au apărut protezări este calculat prin înlocuirea costului existent al protezelor (cota-parte a protezei din structura costului DRG-ului respectiv) cu costul real al protezei raportat de către spitale. În mod evident, această înlocuire se face exclusiv pentru acele DRG-uri, pentru care au fost raportate costurile protezelor în cadrul studiului respectiv.

Principalul rezultat al metodei îl constituie diferența dintre costul nou calculat și cel existent, diferență care reprezintă suma suplimentară pe care

o primește spitalul pentru fiecare caz din DRG-ul respectiv. Pentru implementarea metodei, ajustarea poate fi exprimată, pentru finanțare, sub trei forme distincte.

a. **Diferența Delta în lei** – reprezintă diferența dintre costul final calculat și costul actual per DRG, exprimată în lei. Aceasta va trebui plătită lunar spitalelor pentru fiecare caz grupat în DRG-ul respectiv. Această metodă este similară cu plata protezelor la costul real, prezentată mai sus, cu diferența că plata se face la costul mediu. Avantajele și dezavantajele sunt cele prezentate mai sus.

b. **Coeficienți de ajustare a tarifului pe caz ponderat pe spital (KS)** – reprezintă raportul dintre suma suplimentară (suma de Delta a tuturor DRG-urilor) și suma actuală calculată pe DRG. Coeficientul KS se calculează lunar, este supraunitar și ajustează tariful pe caz ponderat. Este variabil de la lună la lună. Practic, este exprimarea metodei de mai sus, a sumei Delta, sub forma unui coeficient.

Avantaje:

- Este o metodă cu largă aplicabilitate pentru ajustarea nivelului de finanțare DRG, ca urmare a intervenției unor factori externi ce nu pot fi controlați de spital (de exemplu, ajustarea pentru *outliers* în durata de spitalizare sau de cost).
- Se aplică doar spitalelor-țintă, nu influențează alte spitale.

Dezavantaj: diferența se calculează lunar și este variabilă.

Această cale nu a fost agreată, deoarece ajustează tariful pe caz ponderat.

c. **Coeficienți de ajustare a valorilor relative** – reprezintă raportul dintre costul nou calculat și costul actual, cu care se ajustează valoarea relativă a fiecărui DRG implicat. În final, se exprimă printr-o ajustare a indicelui de CASE-MIX al spitalului. Acești coeficienți nu variază de la o lună la alta, se calculează o singură dată și se aplică spitalelor pe o perioadă determinată de timp. Există două posibilități de aplicare a acestei metode:

1. Recalcularea valorilor relative, cu aplicabilitate la toate spitalele

Avantaje:

- Integrarea studiului de costuri în finanțare, prin modificarea valorilor relative.
- Implică toate spitalele, chiar dacă tratează pacienți din DRG-urile interesate sau nu.

Dezavantaje:

- Dacă studiul de costuri nu este suficient de riguros și de valid sau dacă DRG-urile respective nu sunt omogene, ajustarea conduce la dezechilibrarea valorilor relative, cu urmări pentru toate spitalele.

- 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 CIUREA¹, Mircea BUGA²,
Ghenadie DAMAȘCAN², Alexandru ȘARCO³,
Doina-Maria ROTARU²,**

¹Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate,
București, România;

²Compania Națională de Asigurări în Medicină;

³Proiectul 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.