

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

Bibliografie

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

Prezentat la 11.07.2013

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

Oleg RABOVILĂ, Zina COBĂLEANU,
ISMP Spitalul Clinic Republican

Summary

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

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

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

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

Резюме

Повышение эффективности как альтернативный метод при недостаточном финансировании в здравоохранении

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

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

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

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

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

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

Aprecierea priorităților în domeniul sănătății publice ține de competența managerilor sistemelor

de sănătate, a economiștilor, politicienilor și reprezentanților mass-mediei. Astfel, managerii sistemelor de sănătate, analizând mortalitatea și morbiditatea, evidențiază acele domenii care, după distribuție și consecințe – invaliditate timpurie, deces timpuriu și reversibil –, duc societatea la pierderi esențiale sociale și economice. Sarcinile economiștilor și a organelor de conducere sunt de a contrapune eficacitatea diverselor soluții de dezvoltare a domeniului, comparând cheltuielile și rezultatele obținute. Asupra determinării priorităților au influență posibilitățile bugetului, necesitatea în servicii și presiunea politică. Reprezentanții mass-mediei și ai organizațiilor obștești asigură controlul societății asupra direcțiilor de dezvoltare a domeniului.

Din multitudinea de metode ce ar putea ameliora sănătatea populației e destul de dificil de a alege acele tehnologii și acele remedii medicamentoase care, având costuri rezonabile, ar putea aduce un efect maxim asupra sănătății populației, comparativ cu costul lor.

În literatura de domeniu din țară nu am găsit careva costuri privind îngrijirile medicale corelate cu un anumit tratament din Protocolul clinic și ca urmare a unor calcule de eficiență a utilizării surselor financiare alocate asistenței medicale.

Scopul studiului a fost studierea și analiza comparativă a metodelor de apreciere a cost-eficacității asistenței medicale, precum și argumentarea necesității imperative de a demara un studiu complex de apreciere și comparare a costurilor diverselor îngrijiri medicale.

Material și metode. Pentru realizarea studiului au fost folosite metodele descriptivă și analitică. Au fost studiate peste 30 de surse naționale și internaționale la subiectul cost-eficiența în sistemele de sănătate.

Rezultate și discuții. H. M. Levin menționează că primele studii privind analiza cost-eficienței în SUA au apărut încă în anii '50 ai sec. XX, când s-au făcut primele încercări de a găsi o metodă de tratament efectivă, cu un cost relativ adecvat, iar către anii '60 au început să fie elaborate primele programe guvernamentale alternative.

Ca urmare, către anii '90 analiza cost-eficacității a devenit una dintre domeniile de prioritate pentru Centrul de Control și Prevenire a Maladiilor din SUA (Center for Disease Control and Prevention). În alte state au fost create comitete similare: Comitetul Consultativ de Efecte Farmaceutice în Australia (Pharmaceutical Benefits Advisory Committee) și Institutul Național pentru Sănătate și Excelențe Clinice în Marea Britanie (National Institute for Health and Clinical Excellence). Toate aceste structuri sunt cointeresate ca la alocarea fiecărui Dolar sau Liră sterlină să fie

obținut efectul de îmbunătățire al sănătății maxim posibil [6, 10, 11].

Dacă la primele etape de utilizare metodele economice erau folosite pentru a limita careva cheltuieli, în prezent analiza complexă clinico-economică tot mai des contribuie și la sporirea calității asistenței medicale. Acum, în baza unei astfel de analize, se selectează totalitatea de procedee medicale și remedii medicamentoase, fără de care nu este posibilă obținerea rezultatului clinic așteptat.

Aplicarea practică ai acestor metode a devenit posibilă odată cu acumularea unui număr mare de cercetări ale eficacității și securității intervențiilor medicale, efectuate după un model identificat în diferite sisteme de sănătate și în diverse țări, precum și dezvoltarea și accesibilitatea diverselor tehnologii informaționale, care au făcut posibilă crearea și utilizarea pe larg a unor baze de date fondate pe medicina bazată pe dovezi.

Metodele cel mai des aplicate sunt: analiza cost-eficacitate, analiza cost-beneficiu, analiza cost-utilitate, analiza costului bolii, analiza de minimizare a costurilor, analiza utilizării, calculul anilor de viață ajustați în funcție de calitate, calculul anilor de viață ajustați în funcție de incapacitate, calitatea vieții asociată cu sănătatea etc. [18, 20].

Analiza cost-eficacitate (cost-effectiveness analysis) este evaluarea economică care compară costurile și consecințele a două sau mai multe alternative, în care unul dintre rezultate este exprimat în unități naturale.

Analiza cost-eficacitate presupune compararea rezultatelor orientate la obținerea unui scop comun prin diferite căi. Eficacitatea se evaluează în baza obținerii rezultatelor scontate: reducerea morbidității, sporirea calității asistenței medicale, extinderea longevității unei grupe anumite din populație etc. Această metodă este pe larg folosită de companiile de asigurări în medicină. Din cele mai ușor apreciabile sunt: numărul de zile-pat, numărul de vizite, numărul de chemări ale ambulanței etc.

Analiza cost-eficacitate poate contribui la asigurarea utilizării eficiente a resurselor de investiții în sectoare în care beneficiile sunt dificil de exprimat monetar. Există categorii ale căror beneficii fie nu au un preț de piață ușor accesibil, fie nu sunt ușor măsurabile în termeni monetari.

Analiza cost-beneficiu (cost-benefit analysis) este evaluarea economică care compară costurile și consecințele a două sau mai multe alternative, în care atât costurile, cât și consecințele sunt convertite în valoare monetară.

Analiza cost-beneficiu se aplică atunci când rezultatul poate fi exprimat în bani (micșorarea numărului zilelor de incapacitate, anii de viață

adăugați). Rezultatele unei astfel de analize pot fi exprimate prin raportul dintre suma alocată și suma care exprimă venitul sau pierderea la aplicarea unui procedeu față de altul. La nivel de ramură, această analiză se aplică pentru a oferi servicii medicale cu plată, alegerea pieței pentru oferte medicale, marketing, aprecierea posibilei rentabilități [7, 8].

Analiza cost-utilitate (cost-consequence analysis) constă în evaluarea economică care compară costurile și consecințele a două sau mai multe alternative, în care costurile și consecințele nu sunt agregate și toate rezultatele sunt exprimate în unități naturale.

Analiza costului bolii (cost of illness analysis) este determinarea impactului economic al bolii sau al stării de sănătate incluzând costul tratamentului.

Analiza de minimizare a costurilor constă în evaluarea economică care compară costurile și consecințele a două sau mai multe alternative care determină rezultate identice.

Analiza utilizării (utilization review) este o procedură organizată, care urmărește evaluarea internărilor, a duratelor de spitalizare, a serviciilor medicale furnizate, a necesității acestor servicii și care promovează utilizarea cea mai eficientă a acestor servicii.

Anii de viață ajustați în funcție de calitate (quality adjusted life year – QALY's) se calculează multiplicând numărul de ani de viață adăugați de o intervenție cu o valoare-standard care reflectă calitatea vieții de-a lungul perioadei adăugate. Valoarea **0** acordată reprezintă decesul, iar valoarea **1** reprezintă starea de sănătate perfectă. Valori subunitare sunt posibile pentru stări de sănătate considerate mai nefavorabile decât decesul.

Anii de viață ajustați în funcție de incapacitate (Disability-adjusted life years – DALY's) constituie o unitate a îngrijirilor de sănătate care ajustează speranța de viață la o vârstă specifică, cu pierderea de sănătate și pierderea de ani de viață datorate incapacității date de prezența bolii sau a leziunilor. DALY se folosește frecvent pentru a măsura povara globală a bolii.

Calitatea vieții asociată cu sănătatea (health related quality of life) reprezintă aspecte ale calității vieții asociate cu sănătatea sau cu o îngrijire a sănătății (supraviețuirea, capacitatea de a desfășura activități /sarcini fizice considerate normale, cum ar fi mersul, conducerea unei mașini, desfășurarea unei activități productive, capacitatea de autoîngrijire și de îngrijire a altora, absența depresiei, absența durerii, capacitatea de a vedea, auzi, vorbi și de a gândi normal) [7].

În majoritatea statelor occidentale, criteriile de selecție a metodelor maximal efective în diagnostic,

tratament și profilaxie sunt cele incluse în standarde, protocoale, ghiduri clinice. Astfel, a devenit posibil să se țină cont nu numai de criteriile clinice, dar și de mecanismele de reglare a cheltuielilor, devenind totodată posibilă realizarea unei vaste și detaliate analize clinico-economice. Au fost alcătuite compendii de analiză clinico-economică, totuși majoritatea lor nu conturează ferm toate subiectele, iar pentru realizarea aceluiași obiective se propun metode alternative.

O parte componentă a unei analize economice complexe este și metoda de **analiză farmaco-economică**. În așa țări ca Australia, Canada, SUA, Japonia, Danemarca, Marea Britanie, Belgia, Spania, Franța, Norvegia, Suedia au fost elaborate Compendii Naționale de analiză farmaco-economică [13, 14, 19].

În *Australia*, încă din anul 1990, recomandările de analiză economică a remediilor medicamentoase au fost incluse în Compendiul pentru companiile farmaceutice de prezentare a tuturor datelor despre remediile medicamentoase.

În *Canada* în 1994, în *Olanda* în 1998, *Franța* în 1998, *Norvegia* în 1999, iar în *Letonia*, *Litania* și *Estonia* în 2002 au apărut compendii asemănătoare [11, 16, 17, 20].

Totuși, numai în Australia, iar din 2002 în Norvegia indicațiile incluse în compendiu sunt obligatorii, în alte țări ele poartă un caracter consultativ. În Norvegia recomandările inițial aveau caracter de recomandare, pentru ca apoi să devină obligatorii [17].

În Canada, Compendiul de analiză farmaco-economică este esențial în realizarea principiilor de echitate și accesibilitate în îngrijirile medicale [19].

În 2001, în *Marea Britanie* a fost luată decizia să nu se ramburseze cheltuielile pentru medicamente, dacă ultimele nu sunt recomandate de Compendiu [14, 19]. Astfel, pentru a obține un rezultat determinat cu resurse financiare limitate, trebuie de selectat minuțios remediile medicamentoase utilizate, tipul de îngrijiri și aplicarea rațională a procedurilor medicale.

În sistemul de sănătate național, aprecierea cost-eficienței metodelor de tratament nu este o problemă mai puțin actuală. Alegerea metodei curative reieșind din eficacitatea așteptată și din costul determinat este necesară în majoritatea cazurilor, iar soluția nu în toate caturile este ușor de găsit. Alegerea unor metode de diagnostic, tratament și reabilitare care ar duce la un impact considerabil asupra sănătății populației este extrem de necesară în sistemele de sănătate cu finanțare insuficientă.

OMS, în 2003, a publicat *Ghidul OMS privind analiza cost-eficienței*. La baza publicației a stat studiul *WHO-CHOICE* (CHOsing Interventions that are Cost-Effective) din 1998, în care au fost reflectate metodele de elecție pentru a obține un impact considerabil asupra sănătății. La baza elaborării ghidului

au stat observații estimate în total la 2054 ani de studiu în 49 de țări [12].

În acest ghid, experții OMS au menționat că analiza cost-eficienței este la fel de importantă atât în statele cu venit modest sau mediu, cât și în țările cu venit înalt. Doar având la bază rezultatele acestor studii persoanele ce elaborează politici în sănătate, pe țară au posibilitatea să eficientizeze folosirea resurselor oricum limitate pentru sănătate, în scopul atingerii unor rezultate optime în diminuarea poverii bolilor. Iar aceste studii trebuie efectuate în fiecare țară în parte, neputându-se reflecta rezultatele dintr-o țară în alta.

Concluzii

1. În contextul alinierii la cerințele OMS, este extrem de necesară realizarea unor studii de apreciere a costurilor reale ale îngrijirilor medicale, cu o posibilă evidențiere a resurselor potențiale de optimizare a acestor cheltuieli.

2. Devine extrem de necesară instituirea unor studii în crearea unor ghiduri de analiză farmaco-economică, ce ar putea orienta consumatorul de servicii de sănătate către o selecție mai optimă a remediilor medicamentoase.

Bibliografie

1. *Costurile și calitatea serviciilor medicale*. Conferință Internațională, București, martie 2012.
2. M.R. Gold, J.E. Siegel, L.B. Russel, M.C. Weinstein. *Cost-effectiveness in health and medicine*. New-York, Oxford: Oxford University Press, 1996.
3. Olteanu Mircea. *Metode de creștere a eficienței utilizării resurselor în sănătate*. Medica Academica, martie 2011.
4. Jefferson T., Demicheli V., Mugford M. *Elementary Economic Evaluation in Health Care*. BMJ books, 2000.
5. Kaiser Family Foundation. *Healthcare Cost: A Premier, Key information on healthcare costs and their impact*. 2009.
6. Klint R., Long H. *Towards a definition of Quality-Healthcare*. Physician Executive. 2003
7. V. Goldenberg-Vaida. *Manual de analiză cost-eficacitate*. București, 2012.
8. Materialele Conferinței internaționale *Finanțarea sustenabilă a sistemelor de sănătate*. 24-25 martie 2011.
9. *Medical bills rising faster than inflation*. Business Today, 2010, March 31, Sect. 2.
10. M. Drummond O'Brien, G. L. Stoddart, G. W. Torrance. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
11. *Valuing health care*. Ed. by F.A. Sloan. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
12. WHO Publications: World Health Organization. *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, WHO framework for Action, 2005, Geneva.
13. Авксентьева М. В. *Международный опыт применения фармакоэкономических исследований в управлении здравоохранением*. В: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2000, № 1, с. 25-31.
14. Авксентьева М. В. *Методологические проблемы проведения и практического внедрения результатов клинико-экономического анализа*. В: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2001, № 4, с. 3-8.
15. Батов В. В. *Практический фармакоэкономический анализ как средство рационализации затрат на лекарственное обеспечение стационара* В: Управление системой охраны здоровья населения и отрасли здравоохранения в Республике Беларусь, Минск, 2003, с. 112-115.
16. Бекетов А. С. *Проведение анализа "цена – эффективность" для выбора препаратов из группы аналогов*. В: Качественная клиническая практика, 2002, № 2.
17. Васькова Л. *Фармакоэкономика должна быть экономной*. В: Медицинская газета (электронная версия), 2003, № 5-8.
18. Воробьев П. А. *Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи)*, 2004, 404 с.
19. Гракович А. А. *Принципы клинико-экономического анализа и перспективы использования его результатов в здравоохранении Республики Беларусь*. В: Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2007, № 2, с. 14-23.
20. Чурилин Ю. Ю. *Особенности расчета стоимости лекарственной терапии в фармако-экономическом анализе*. В: Качественная клиническая практика, 2001, № 2.

Prezentat la 20.06.2013

AUDITUL CULTURAL – O COMPONENTĂ IMPORTANTĂ A AUDITULUI ORGANIZAȚIONAL DIN INSTITUȚIILE MEDICALE

Nina GLOBA,

Catedra Economie, Management
și Psihopedagogie în Medicină,
USMF Nicolae Testemițanu

Summary

The cultural audit – an important component of organizational audit of medical institutions

The paper presents the results of a study aimed at studying and evaluating the organizational culture of municipal hospitals. The article explains the necessity to assess organizational culture of the medical institutions. It also describes the various strategies and assessment methods of culture, and a number of difficulties that may face managers in the cultural audit process. At the same time, the paper reflects the views of managers of institutions in relation to some aspects of organizational culture audit.

Keywords: organizational culture, the audit of culture, assessment of organizational culture, strategies and methods for assessing culture, questionnaire, interview, the phases of the organizational culture audit.