

41. СЕЛЕЗНЕВ СА, ХУДАЙБЕРЕНОВ ГС. Травматическая болезнь (актуальные аспекты проблемы). Алма-Ата: Ылым, 1984, 224 с.
42. ЦЫБУЛЯК ГН, ШЕЯНОВ СД. Ранения и травмы живота: современная диагностика и новые подходы в лечении. Вест хирургии им. И.И.Грекова, 2001, Том 160, N5, с.81-88.
43. ЧЕРНЫШЕВ ВН. Острый перитонит. Повреждения живота. Самара: Самарский Дом печати, 2000, с.86-159.
44. ЩЕДРОНОК В, ЯКОВЕНКО И, МОГУЧАЯ О, ФИЛИППОВ А, СОБАКОВ И. Особенности диагностики при сочетанной кранио-абдоминальной травме. Материалы IV съезда нейрохирургов России. Июнь 2006, с.380-381.

**MANAGEMENTUL FINANCIAR AL CAZULUI TRATAT
DE POLITRAUMATISM CU COMPONENTĂ ABDOMINALĂ
ÎN CONDIȚIILE ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE SĂNĂTATE**

Gheorghe Rojnovanu

Școala de Management în Sănătate Publică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

*Financial management of a treated case of polytrauma
with abdominal injury in the medically insured*

Along with the significant clinical problems, polytraumatized patients represent an important financial burden for the health care system, especially for the tertiary Trauma Surgery centers. The expenses and incomes of a hospital depending on the complexity of the treated cases are very important in the aspect of paying modalities for the medical institution as well as to compare the expenses between the hospitals. Upon the experience of treating a representative group of polytraumatized patients with abdominal injury in a specialized institution the author analyses the veridical costs of a treated polytrauma case and compares them with the financial allocations of the medical insurance company for each treated case. In conclusion, changes in order to improve the hospital financing according to the case complexity is proposed, measures that should improve the quality of the medical service.

Rezumat

Paralel cu problemele clinice enorme ce le implică, pacienții cu politraumatisme severe reprezintă și un factor financiar relevant în sistemul de sănătate, în special pentru centrele terțiare în Chirurgia Traumei. Costurile și veniturile unui anumit spital în funcție de complexitatea cazurilor tratate are implicații uriașe, atât la nivelul modalităților de plată către instituțiile medicale, cât și a comparării costurilor între spitale. În baza experienței în tratamentul unui lot reprezentativ de politraumatizați cu componentă abdominală într-un centru specializat, se prezintă o analiză a datelor privind cheltuielile reale pentru rezolvarea politraumatismului, ultimele fiind comparate cu resursele financiare alocate de CNAM pentru fiecare caz tratat. În concluzie se propun remanieri referitoare la perfectarea sistemului de finanțare a spitalelor în funcție de complexitatea cazului, care va spori calitatea serviciilor de îngrijiri medicale integral de care va beneficia pacientul.

Introducere

Sistemul asigurărilor de sănătate atât în Republica Moldova, cât și în alte țări este acomodat la situația economică, politică, socială și culturală caracteristică țării, totodată sistemul de asigurări trebuie să realizeze îndeplinirea următoarelor obiective: acces universal la pachetele de servicii de sănătate; libera alegere a principalilor actori ai pieței serviciilor de sănătate; asigurarea finanțării sistemului de asigurări de sănătate; asigurarea și promovarea calității

serviciilor de sănătate. Este cert, că calitatea serviciilor de îngrijiri sanitare nu este la fel peste tot și variază de la instituție la instituție, de la o secție la alta, de un serviciu la altul, care își desfășoară activitatea în cadrul aceleiași instituții. Industria îngrijirilor medicale este marcată de suprautilizarea, subutilizarea de servicii, dar și de diferite nivele de îngrijiri și chiar erori de practică în tratament. Mulți experți în domeniu susțin că 85% din problemele care apar într-o organizație se datorează sistemului și numai 15% dintre acestea au drept cauză angajații. Aplicarea de politici adecvate, inclusiv și a celor a costurilor, de proceduri standard și măsuri corespunzătoare va reduce erorile de sistem și cele datorate angajaților [1].

Determinarea costurilor și veniturilor unui anumit spital în funcție de complexitatea cazurilor tratate are implicații uriașe, atât la nivelul modalităților de plată către instituțiile medicale, cât și a comparării costurilor între spitale. Referitor la serviciile spitalicești este necesară identificarea claselor de pacienți ale căror caracteristici de proces sunt omogene și pot fi calculate și ale căror caracteristici clinice determină o atitudine terapeutică similară în orice tip de instituție. De aceea, sunt necesare cercetări în vederea aprecierii costurilor serviciilor medicale și resurselor financiare alocate pentru un caz tratat de politraumatism cu componentă abdominală în funcție de gravitatea sau complexitatea politraumatismului.

Scopul

Analiza costurilor pentru un caz tratat de politraumatism cu componentă abdominală în condițiile asigurărilor obligatorii de sănătate.

Material și metode

Din totalitatea integrală de cazuri de politraumatism cu componentă abdominală (n=895) am selectat un eșantion de pacienți tratați în 2008, care au beneficiat de servicii medicale asigurate (n=96). Conform contractului bilateral dintre CNȘPMU și Campania Națională de Asigurări de Sănătate în 2008 pentru fiecare caz tratat în chirurgia aseptică s-au alocat 2594 lei, iar în chirurgia septică – 3824 lei.

La 14 dintre pacienți evoluția posttraumatică s-a complicat cu procese septice intraabdominale (n=10), extraabdominale (n=3) și în plagă (n=1), astfel pentru tratamentul acestora în secția chirurgie septică CNAM a alocat în total 53536 lei. Pentru ceilalți 84 de politraumatizați s-au alocat 212708 lei, fără a ține cont de complexitatea politraumatismului. Așadar, pentru toți 96 politraumatizați cu componentă abdominală tratați în CNȘPMU în 2008 au fost alocate în total 266244 lei, în medie – 2773,38±44,54 lei pentru fiecare caz tratat.

Ulterior, pentru a face analiza financiară pentru tratamentul acestor pacienți s-au calculat costurile reale la nivel de pacient, care presupune sumarea tuturor cheltuielilor aferente a consumurilor pentru fiecare caz în parte. Plus la aceasta, costul reflectă cheltuielile efective cu fiecare episod de politraumatism conform Catalogului unificat pentru serviciile medico-sanitare acordate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane (ordinul N466 din 19.12.2007). În acest scop s-au selectat pacienții tratați într-un an, creând o totalitate selectivă de cazuri asigurate. Loturile au fost divizate în concordanță cu gravitatea politraumatismului conform scorului ISS – până la 16 puncte (I lot) și peste 16 puncte (II lot). Această divizare s-a efectuat conform recomandărilor din literatură privind experiența acumulată în implementarea sistemului DRG în Germania și alte țări [5].

Modul de calculare a costurilor potrivit principiului cheltuielilor și a tarifelor s-a stabilit conform metodologiei în vigoare aprobată prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1128 din 28.08.02. Principiul primatului cheltuielilor reale a prevăzut includerea în fiecare cost a cheltuielilor, legate de acordarea serviciului în cauză. Costurile asistenței medicale au inclus, după caz:

- costul zilei-pat;
- costul unei ore de operație;
- costul unui serviciu medical de examinare sau de investigare;
- costul intervenției (intervențiilor) chirurgicale.

Pentru calcularea costului tratamentului unui politraumatizat s-a aplicat următoarea formulă:

$$C_{\text{trat}} = [(C_{z/p} \times D_{\text{trat}}) + C_{\text{med}} + C_{\text{alim}} + C_{\text{total invest}} + C_{\text{total interv}}], \text{ în care:}$$

C_{trat} – este costul real al tratamentului unui bolnav;

$C_{z/p}$ – costul unei zile-pat în secția respectivă;

D_{trat} – durata medie a tratamentului conform standardelor;

C_{med} – cheltuielile pentru medicamente;

C_{alim} – cheltuielile pentru alimentație;

$C_{\text{total invest}}$ – cheltuielile totale ale investigațiilor;

$C_{\text{total interv}}$ – cheltuielile totale ale intervenției (intervențiilor), anesteziei.

Rezultate și discuții

Astfel, lotul I a fost constituit din 18 politraumatizați cu componentă abdominală care au însumat un scor ISS ≤ 16 puncte, iar lotul II – 78 pacienți cu scorul ISS > 16 puncte. Desigur, este evident că eforturile financiare depuse pentru tratamentul pacienților cu traumatisme nesevere (necomplexe) sunt mult mai reduse, atât ca și frecvență, cât și după complexitate. Pentru a exprima cantitativ acest fapt, am calculat separat cheltuielile reale ale spitalului în rezolvarea acestor cazuri. Acestea au inclus costul zilei-pat, durata tratamentului în secțiile terapie intensivă și reanimare, secțiile chirurgie aseptică sau septică, costul unei ore de anestezie, costul unui serviciu medical de investigare, costul intervenției (intervențiilor) chirurgicale. Date privind costurile acestor servicii au fost furnizate din Catalogul unificat pentru serviciile medico-sanitare acordate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane.

Astfel, resursele financiare reale consumate pentru tratamentul pacienților din lotul I au constituit în total 95836,0 lei, în medie pentru un pacient – 5324,22 lei. Comparând cheltuielile reale suportate de spital pentru rezolvarea cazului și suma medie alocată de CNAM pentru fiecare caz tratat, s-a arătat că resursele financiare necesare pentru rezolvarea unui episod de boală au fost aproape de 2 ori mai mari decât cele alocate de CNAM (respectiv 5324,22 lei vs 2773,38 \pm 44,54 lei, $p < 0,001$).

Similar s-au calculat și cheltuielile reale pentru tratamentul politraumatizaților din lotul II, adică cu politraumatisme mai complexe, ISS depășind 16 puncte. S-a accentuat asupra numărului de pacienți consultați și transferați în CNȘPMU pe linia Aviasan, subliniind complexitatea cazului politraumatismului la pacienții din lotul II. Astfel, resursele financiare reale consumate pentru tratamentul pacienților din lotul II au constituit în total 844904,0 lei, în medie pentru un pacient – 10832,1 lei. În comparație cu cheltuielile reale suportate de spital pentru rezolvarea cazului tratat din lotul II și suma medie alocată de CNAM, s-a demonstrat analogic că resursele financiare necesare pentru rezolvarea unui episod de boală au fost aproape de 4 ori mai mari decât cele alocate de CNAM (respectiv 10832,1 lei vs 2773,38 \pm 44,54 lei, $p < 0,001$).

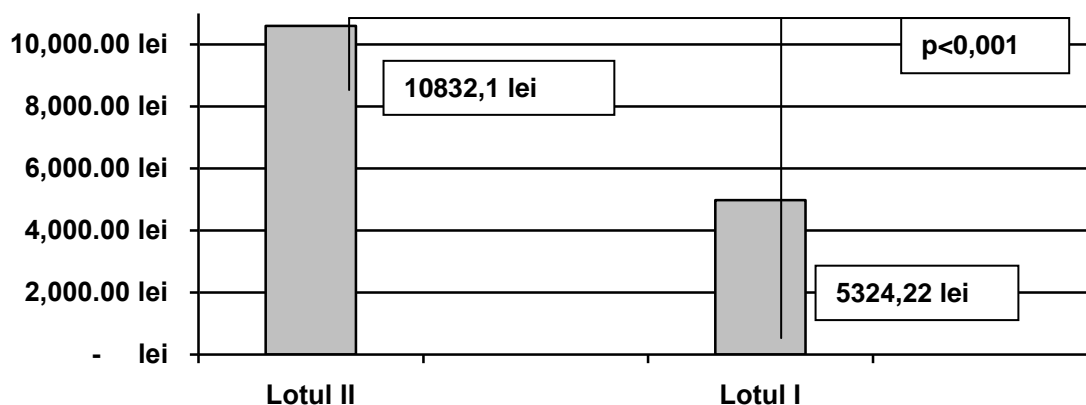


Fig.1. Repartizarea resurselor financiare reale utilizate în rezolvarea cazului tratat în funcție de complexitatea politraumatismului

Așadar, acest studiu a permis efectuarea analizei comparative dintre resursele financiare consumate real pentru fiecare caz, ținând cont de complexitatea politraumatismului. Astfel, pentru un caz rezolvat din lotul I s-au utilizat 5324,22 lei, pe când pentru un episod de boală în lotul II – 10832,1 lei, consumul financiar pentru un caz sever de politraumatism fiind semnificativ mai mare comparativ cu resursele financiare utilizate pentru un caz din lotul I ($p < 0,001$) (Fig.1).

Prin urmare, prezentul studiu a demonstrat că resursele financiare reale necesare pentru tratamentul unui politraumatizat cu componentă abdominală depășesc semnificativ suma alocată de Compania Națională de Asigurări de Sănătate pentru fiecare caz tratat. Astfel, pentru tratamentul lotului total de 96 pacienți în 2008 s-au cheltuit real 940740,0 lei, deficitul economic depășind de 3,5 ori suma rambursată de CNAM pentru fiecare caz tratat. Plus la aceasta, un caz de politraumatism sever (>16 puncte) necesită resurse financiare mult mai importante. Doar numai pentru un caz de politraumatism sever cu componentă abdominală cheltuielile reale au fost în medie de 2 ori mai mari, decât pentru un caz de traumatism nesever (ISS < 16). Mai ales, că studiul de față a arătat predominarea net superioară a contingentului de politraumatizați cu traumatisme severe (78 vs 18, $p < 0,05$). Un argument în favoarea acestei afirmații este și faptul, că în CNȘPMU – centru specializat în asistența pacienților cu traumatisme sunt concentrate cele mai multe și cele mai grave cazuri clinice, inclusiv și cele 9 cazuri transferate pe linia Aviației Sanitare, la care evoluția bolii posttraumatice a evoluat, de regulă, cu complicații sau cazul a necesitat implicarea mai multor servicii în rezolvarea succesivă și definitivă a acestuia (profilul chirurgical, traumatologic, neurochirurgical etc).

Așadar, pe lângă problemele clinice enorme ce le implică, pacienții cu politraumatisme severe reprezintă și un factor financiar relevant în sistemul de sănătate, în special pentru centrele terțiare în Chirurgia Traumei, similar CNȘPMU. Introducerea sistemului de "*diagnosis-related group*" (DRG) în multe țări similar a arătat impactul potențial economic negativ al politraumatizațiilor gravi pentru centrele de nivel înalt specializate în traumatisme [5]. Cu toate că acesta necesită un sistem informațional foarte performant, se face în timp real și este un proces foarte scump și consumator de timp și resurse umane [2]. În ultimii ani remanierele în acest sistem ar fi binevenite cu scopul de rambursare oportună pentru tratamentul pacientului traumatizat, deoarece un studiu realizat în acest context a arătat că deficitul economic în cazul unui politraumatizat grav nefiind atribuit la sistemul DRG pentru 2005 a depășit în medie 9000 EURO pentru fiecare caz [5]. Alt studiu efectuat în Anglia confirmă că centrele terțiare primesc numai 10% din banii pentru tratamentul politraumatizaților. Numărul acestor pacienți este relativ mic, însă impactul tratamentului acestora este foarte mare [7]. Pe de altă parte, după cum susțin și Schimelz A. și coautorii (2002), concentrația pacienților în centre specializate în traumatologie, în care este garantată terapia optimă, va conduce la creșterea continuă a deficitului în aceste spitale, ceea ce va deteriora în viitor conceptul de „centru de traumă” [6].

Sistemul de clasificare DRG a fost dezvoltat de un grup de medici, economiști și statisticieni de la Universitatea Yale (SUA) în anii '70 ai sec.XX, care au încercat să imagineze un sistem de evaluare a rezultatelor spitalelor. Cercetătorii insistau să știe dacă metodele utilizate în industria de control ale calității și costurilor puteau fi adaptate la „industria” serviciilor spitalicești. De aceea, ca soluție la nivelul anilor '80 aceștia au propus dezvoltarea sistemului DRG. Adică, pentru a putea vorbi despre serviciile spitalicești, trebuie să putem identifica clase de pacienți ale căror caracteristici de proces sunt omogene și pot fi calculate și ale căror caracteristici clinice determină o atitudine terapeutică similară în orice tip de instituție [3].

Introducerea DRG ca și mecanism de plată în funcție de performanță, în prezent se dezvoltă un instrument de management de mare valoare. Determinarea costurilor și veniturilor unui anumit spital în funcție de complexitatea cazurilor tratate are implicații uriașe, atât la nivelul modalităților de plată către spitale, cât și a comparării costurilor între spitale. Nu putem vorbi de controlul costurilor la nivel de sistem fără să avem informații legate de costuri la nivelul spitalelor, pentru aceleași tipuri de pacienți (ajustate unitar cu complexitatea). Principalele utilizări ale sistemului DRG ar fi: evaluarea activității instituției, rambursarea prin contractare

și/sau plată, calcularea costurilor, facilitarea oportunităților în cercetare (epidemiologie, economie sanitară etc), monitorizarea și măsurarea calității, precum și standardizarea practicii medicale. În urma implementării sistemului DRG s-au notat următoarele caracteristici și puncte forte: este coerent din punct de vedere clinic, este implementat în Australia și alte țări (Irlanda, Singapore, Germania, România, Turcia, Slovenia, Croația etc) cu sau fără adaptări locale, exprimă utilizarea omogenă a resurselor pentru pacienții din aceleași DRG-uri, este revizuit în funcție de datele de costuri reale, este simplu de folosit administrativ, include mai multe tipuri de îngrijiri spitalicești, este ideal pentru populații relativ mici (până la 20 mln.) [8].

Acest lucru conduce la multe beneficii spitalului, și anume să înțeleagă unde se cheltuiesc banii; să beneficieze de avantajele modelului de finanțare: îmbunătățirea contractării, managementului financiar, alocării de resurse și a planificării; să se compare cu alte spitale, și nu în ultimul rând, să completeze fondul de amortizare și de rezervă a spitalului, ce ar permite dezvoltarea continuă a instituției. Plus la aceasta, se înregistrează și beneficii la nivelul sistemului de sănătate: posibilitatea estimării și comparării costurilor spitalicești, îmbunătățirea standardelor de costuri, ameliorarea valorilor relative și clasificarea DRG, ameliorarea politicilor și modelelor de finanțare, îmbunătățirea planificării, tarifelor și contractării.

Și în sfârșit, odată cu perfectarea sistemului de finanțare a spitalelor prin sistemul DRG va spori calitatea serviciilor de îngrijiri medicale integrale, de care va beneficia pacientul. Căci, managementul financiar are în vedere conducerea finanțelor în scopul maximizării beneficiilor și avuției instituției, acesta presupunând atragerea de resurse financiare, materiale și umane și utilizarea eficientă a resurselor. Deși are importanță îndeplinirea ambelor condiții, nu se poate vorbi, spre exemplu, despre subfinanțarea serviciilor de sănătate decât în raport cu rezultatele obținute. Este și motivul pentru care se încearcă, prin sistemul de asigurări de sănătate, schimbarea criteriului de finanțare a spitalelor în funcție de capacitate cu cel bazat pe rezultate (număr de servicii prestate, calitatea serviciilor, numărul și complexitatea cazurilor tratate). În sens strict economic, scopurile managementului financiar în contextul economiei de piață sunt: profitabilitatea (maximizarea profitului) și viabilitatea (legată de problema lichidităților) [4].

În sfera serviciilor de sănătate, scopul principal îl constituie beneficiile aduse în starea de sănătate a pacienților, iar concurența nu este în preț, ci în calitate, spre deosebire de activitățile finalizate prin bunuri și servicii pur comerciale. Relaționarea sistemului de îngrijiri medicale cu alți agenți economici face necesară înțelegerea legilor economice și a comportamentului de piață al acestora, context economic general în care acționează furnizorii de servicii medicale.

Concluzii

1. Costurile reale ale unui caz de politraumatism sever cu componentă abdominală (ISS > 16 puncte) depășesc semnificativ valoarea acestora pentru un caz cu scorul ISS ≤ 16 puncte, ceea ce determină necesitatea introducerii sistemului de "*diagnosis-related group*" (DRG) ca mecanism de plată pentru cazul tratat în funcție de complexitatea cazului.
2. Studiul de față a arătat deficitul total de resurse financiare rambursate instituției medicale pentru tratamentul cazurilor de politraumatism cu componentă abdominală, acesta depășind în medie de 3,5 ori cheltuielile reale anuale.
3. Utilizarea sistemului DRG ar permite măsurarea activității instituției, rambursarea prin contractare și/sau plată, calcularea costurilor, oportunitate în cercetare (epidemiologie, economie sanitară), monitorizarea și măsurarea calității, precum și standardizarea practicii medicale.

Bibliografie

1. CIOBANU GHEORGHE. *Managementul serviciului de urgență în sistemul sănătății publice al Republicii Moldova*. Chișinău 2007, 318 p.
2. CIOCANU MIHAI, TOPCHIN LUDMILA, HÎNCU OLEG, IACOB GABRIELA. *Managementul serviciilor spitalicești*. Chișinău, 2007, 160 p.

3. CIUREA DANIEL, BURDUJA DANA, DRAGOMIRIȘTEANU AURORA. „Finanțarea spitalelor în dependență de complexitatea cazurilor tratate” în cadrul proiectului REPEMOL. 2007. (AUTOGRP Patient Classification Scheme and Diagnosis Related Groups, robert Fetter, report to the Healthcare Financing Administration).
4. EȚCO CONSTANTIN, GOMA LUDMILA, GLOBA NINA et al. *Management în sistemul de sănătate*. Chișinău. Epigraf. 2006, 862 p.
5. FLONE S, BUSCHMANN C, NABRING J. et al. *Definition of polytrauma in the German DRG system 2006. Up to 30% "incorrect classifications"*. *Unfallchirurg*. July 2007, vol.110, no.7, p.651-658.
6. SCHIMELZ A, ZIEGLER D, BECK A, GEBHARD F. *Costs for acute, stationary treatment of polytrauma patients*. *Unfallchirurg*. November 2002, vol.105, no.11, p.1043-1048.
7. SIKAND M, WILLIAMS K, WHITE C, MORAN CG. *The financial cost of treating polytrauma: implications for tertiary referral centres in the United Kingdom*. *Injury*. June 2005, vol. 36, no.6, p.733-737.
8. THOMSON J, FETTER A. *Planning, Budgeting, and Controlling-One Look at the Future: Case-Mix Costs Accounting*. Health Services research, Summer 1979.

MANAGEMENTUL CALITĂȚII TOTALE ȘI PERSPECTIVE DE OPTIMIZARE A CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE CHIRURGICALE

Corneliu Croitor

Catedra Economie, management și psihopedagogie în medicină

Summary

Total quality management and prospects of optimizing quality of surgical care

Total quality management is a fundamental organizational strategy which is based on the idea that achieving a high quality performance is achieved only through the perseverance of all organizations involved in continuous improvement processes. The objective is to increase efficiency and effectiveness in customer satisfaction.

The concept of total quality management (Total Quality Management - TQM) was proposed by Dr. Edwards Deming in 1940.

Main force of TQM is that people need to be innovative and flexible in this respect, ISO 9001 requires people rigorous, responsible and disciplined.

In the present study was exposed a generalization of data from literature, especially reports on the quality of medical and surgical services and assessment of the views of heads of departments of the University Clinic from Chisinau, Moldova.

Rezumat

Managementul calității totale este o strategie organizațională fundamentată ce se bazează pe ideea ca performanța în atingerea unei calități superioare este realizată doar prin implicarea cu perseverență a întregii organizații în procese de îmbunătățire permanentă. Obiectivul este creșterea eficienței și eficacității în satisfacerea clienților.

Conceptul de *management al calității totale* (Total Quality Management - TQM) a fost propus de dr. Edwards Deming în 1940.

Forța principală a TQM constă în aceea că are nevoie de oameni inovativi și flexibili, în acest sens, ISO 9001 necesită oameni riguroși, responsabili și disciplinați.

În lucrarea de față a fost expusă o generalizare a datelor din literatura de specialitate, în special relatările privind calitatea serviciilor medicale chirurgicale, cât și analiza opiniilor șefilor de secții din Clinica Universitară din or. Chișinău, Republica Moldova.