

APRECIEREA CHELTUIELILOR: ECONOMIA **SĂNĂTĂȚII**

INTRODUCERE

Economia sănătății reprezintă un element important al politicii sanitare, atât de nivel strategic (macroeconomia), cât și tactic (microeconomia).¹ Macroeconomia în sănătate se ocupă de finanțarea totală și alocarea resurselor sanitare, pe când microeconomia – cu compararea metodelor alternative pentru rezolvarea problemelor sanitare specifice. Resursele financiare ale domeniului sanitar sunt limitate, din acest motiv alegerea direcțiilor de alocare a lor este frecvent dificilă. Pentru un management adecvat al asistenței medico-sanitare este necesară cunoașterea resurselor, priorităților și alternativelor în sănătate. Toți furnizorii și planificatorii profesionali de asistență medico-sanitară necesită cunoștințe fundamentale în domeniul economiei sanitare și competență în problemele legate de influența metodelor de stimulare și stăpânire asupra asigurării, cererii și costului serviciilor medico-sanitare. Aceste cunoștințe permit de a înțelege faptul că asistența medico-sanitară de rând cu reducerea morbidității și mortalității în populație mai are și un cost anumit determinat de utilizarea resurselor.

Analiza economică sanitară furnizează un set de instrumente utile pentru managementul sanitar și luarea deciziilor în procesul de selectare a priorităților. Această analiză poate furniza elemente empirice pentru elaborarea politicii

¹ În economia obișnuită macroeconomia este definită ca activitate economică totală; microeconomia reprezintă teoria despre comportamentul producătorului individual și al consumatorilor.

sanitare, totodată de una singură fiind insuficientă pentru luarea deciziilor politice. Economia sanitară în procesul de rezolvare a problemelor sanitare preventive sau curative uzuale, uneori intră în conflict cu interesele profesionale, etice și morale. Aplanarea acestor contradicții este un obiectiv major al managementului sanitar modern și, respectiv, al Noii Sănătăți Publice.

PROBLEME ECONOMICE ÎN SISTEMELE DE SĂNĂTATE

Cheltuielile pentru asistența medico-sanitară variază în limite largi de la o țară la alta, oscilând între 4% și 14% din Produsul Intern Brut (GDP). Costul înalt și în creștere al serviciilor medico-sanitare devine tot mai mult un subiect de preocupare majoră a publicului și economiștilor. Resursele sanitare și modurile de alocare ale acestora reprezintă probleme de importanță centrală în orice sistem sanitar.

Există două categorii principale de probleme economice cu care se confruntă diferite țări: subinvestirea și suprainvestirea sau mai bine spus alocarea irațională a resurselor sanitare. În 1993 în *Raportul referitor la Dezvoltarea Mondială: Investiții în Sănătate* al Băncii Mondiale au fost abordate cele mai răspândite probleme sanitare care afectează, în special, sistemele de sănătate din țările în curs de dezvoltare. În acest raport s-a subliniat că sănătatea populației este o condiție irevocabilă pentru creșterea economică și că alocarea resurselor limitate pentru servicii costisitoare și relativ neproductive cum ar fi cheltuielile exagerate pentru forțele armate, împiedică țările de a satisface necesitățile sanitare de bază ale populației.

Investiții în Sănătate

În *Raportul referitor la Dezvoltarea Mondială, 1993* a fost evidențiat rolul sănătății în dezvoltarea economică și s-a stabilit că populația sănătoasă nu este

numai un obiectiv social, ci și economic. Populația sănătoasă este o forță mai productivă de muncă care contribuie esențial la creșterea economică. Copiii sănătoși învață mai bine și, deci, dețin un potențial mai mare de contribuție la dezvoltarea economică a țării natale.

În acest raport investițiile în sănătate au fost argumentate prin următoarele:

1. Sănătatea bună este o parte irevocabilă a prosperității;
2. Cheltuielile pentru sănătate pot fi justificate prin argumente pur economice;
3. Îmbunătățirea sănătății contribuie la creșterea economică:
 - a. Reduce pierderile economice de pe urma absenței pe motiv de boală de la serviciu;
 - b. Permite utilizarea resurselor naturale care au fost până acum inaccesibile din cauza bolilor;
 - c. Majorează gradul de frecventare a școlilor de către copii și capacitatea lor de a însuși programul de studiu;
 - d. Permite utilizarea alternativă a resurselor care puteau fi cheltuite pentru tratamentul bolilor;
4. Politica rațională de finanțare a sistemului sanitar și alocare a resurselor este esențială pentru obținerea unei sănătăți prospere.

În acest Raport Banca Mondială a chemat guvernele să majoreze investițiile în sănătate și să creeze o astfel de atmosferă în societate ca familiile individuale să facă același lucru. Ea a invocat necesitatea asigurării competitivității și diversificării asistenței medico-sanitare, bazate pe un raționament economic, dezvoltarea sanitară fiind bazată pe asigurarea „coșului de servicii sanitare publice și clinice esențiale” (vezi Tabelul 11.1).

Acest raport este un document fundamental al sănătății internaționale, importanța căruia poate fi comparată cu Declarația de la Alma-Ata și programul *Sănătate pentru Toți, 2000* (vezi Capitolul 2). El a stabilit că investițiile în sănătate sunt un instrument eficient de asigurare a dezvoltării economice și a

plasat sănătatea printre prioritățile naționale și internaționale pentru alocarea resurselor financiare.

TABELUL 11.1. Servicii medico-sanitare esențiale cost-eficiente pentru țările în curs de dezvoltare, Banca Mondială, 1993.

Intervenții sanitare publice	Servicii clinice
1. Imunizarea: DPT, polio, rujeolă, hepatita B, febra galbenă, suplimentarea cu vitamina A și iod (EPI Plus) ^a	1. Chimioterapia de scurtă durată în TB.
2. Servicii medico-sanitare școlare: dehelmintizarea, suplimentarea cu microelemente, educația sanitară.	2. Managementul copilului bolnav: ARI ^b , bolile diareice, rujeola, malarie, malnutriția.
3. Informarea referitor la sănătate, nutriție, planificarea familiei	3. Asistența prenatală, în sarcină și naștere.
4. Programe de reducere a fumatului și consumului de alcool.	4. Planificarea familiei.
5. Monitorizarea, supravegherea bolilor, controlul vectorilor.	5. Tratamentul STD ^c .
6. Prevenția SIDA.	6. Evaluarea, asistența în dureri, traume și infecții și altele dacă permit resursele.

Sursa: World Bank. 1993. *World Development Report, 1993: Investing in Health: World Development Indicators*. New York: Oxford University Press, p. 117.

^aEPI = Programul de imunizare în masă (Capitolul 4).

^bARI = Infecție respiratorie acută.

^cSTD = Boli sexual transmisibile (Capitolul 4).

CONCEPTELE DE BAZĂ ÎN ECONOMIA SĂNĂTĂȚII

Resursele tuturor societăților sunt limitate. Din acest motiv alocarea resurselor pentru sănătate, în dependență de prioritățile naționale, se află într-o permanentă competiție cu finanțarea educației, apărării, agriculturii și a altor domenii. Utilizarea rațională a resurselor limitate necesită stabilirea domeniilor prioritare. Această alegere reflectă atitudinea puterii politice față de sănătate și trebuie să se bazeze pe evaluarea obiectivă a costurilor și beneficiilor opțiunilor disponibile.

Componentele evaluării economice ale sănătății sunt prezentate în Figura 11.1. Utilizarea resurselor financiare și umane, atât directă, cât și indirectă este legată de un anumit program sanitar. Acest program este menit să producă

beneficii sau utilități sanitare, care pot fi de asemenea directe și indirecte. Beneficiile sanitare pot fi exprimate prin reducerea directă a morbidității și mortalității sau prin majorarea productivității muncii și a calității vieții.

Aprecierea veniturilor și cheltuielilor este o parte componentă esențială a managementului sanitar. Cheltuielile sanitare includ cheltuielile pentru construcție, asigurarea paturilor spitalicești și a instituțiilor de îngrijire medico-sanitară, echipament, personal, asistență la domiciliu, ambulatorii și programele preventive. Alte elemente ale costurilor sanitare includ timpul pierdut atât al pacientului, cât și al furnizorului de asistență medico-sanitară, pierderea anilor de viață funcțional completă și compromiterea calității vieții. Teoria „credit-debit” al economiei sănătății poate părea simplistă, dar este un instrument util de măsură a beneficiilor și costurilor unei intervenții sanitare specifice. Pentru luarea deciziei optime trebuie examinate și analizate costurile și beneficiile intervențiilor sanitare alternative.

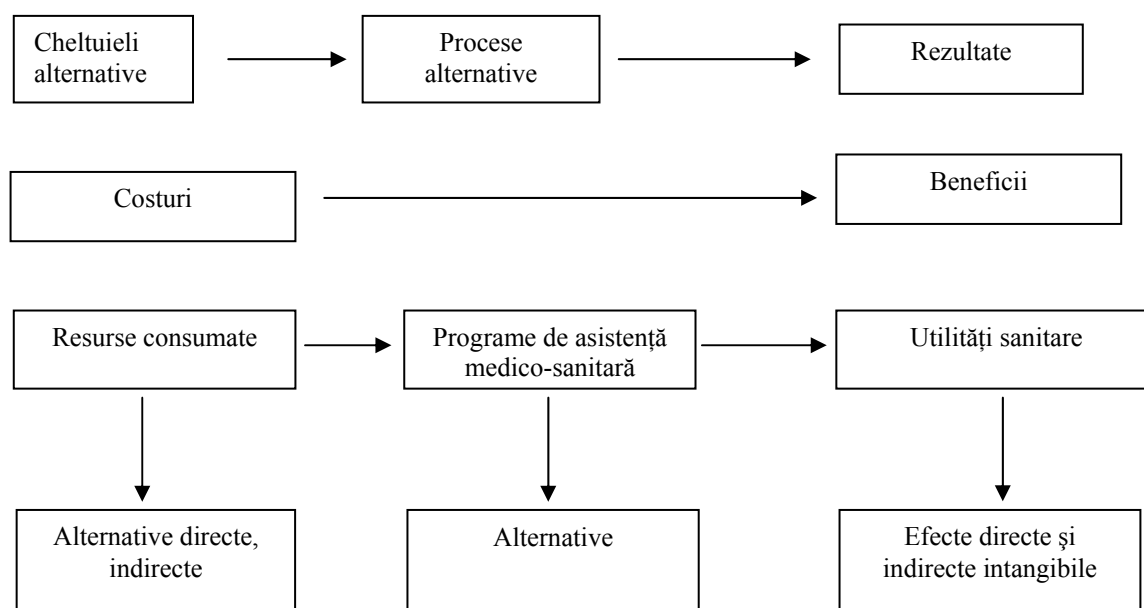


FIGURA 11.1. Modelele economice de evaluare a sănătății: resurse – programe – beneficii.

NECESITATEA, CEREREA ȘI UTILIZAREA SERVICIILOR MEDICO-SANITARE

Necesitatea și cererea în servicii medicale nu este neapărat același lucru. Necesitatea în asistență medico-sanitară apare atunci când pacientul este afectat de o boală sau disabilitate pentru care poate exista un tratament eficient și acceptabil. Necesitatea se referă și la stările nemedicale cum ar fi serviciile preventive de imunizare. Cererea în servicii medicale apare atunci când individul consideră că el/ea necesită asistență medico-sanitară și este gata să cheltuiască mijloace financiare, timp, energie, să absenteze de la serviciu și să sufere incomodități pentru a primi această asistență. Utilizarea serviciului sanitar apare în cazul în care individul tinde să-și satisfacă cererea sau necesitatea și folosește acest serviciu.

Necesități normative. Necesitățile normative sunt servicii determinate de experți ca fiind esențiale pentru îndeplinirea unei necesități specifice sau pentru un grup populațional specific. Acestea includ o mulțime de exemple de servicii clinice și preventive cum ar fi asistența prenatală, imunizarea, asistența medico-sanitară a sugarilor și copiilor de vârstă fragedă, managementul diabetului zaharat și al hipertensiunii arteriale, screening-ul pentru depistarea cancerului mamar și al prostatei. Unanimitatea opiniei experților confirmată de datele literaturii de specialitate este un obiectiv de precauție a „medicinii bazate pe dovezi”. Deseori opiniile profesioniștilor referitor la variatele subiecte sanitare publice sunt controversate acest fapt fiind determinat de interpretarea alternativă a informației disponibile și datele accesibile incomplete. Totodată avântul vertiginos al științei poate depăși capacitatea de absorbție a cunoștințelor noi în procesul de luare a deciziilor. Gândirea profesională poate fi eronată de anumite tendințe în opinia medicală sau influențată de realizările științelor clinice, tehnologice și epidemiologice. Astfel necesitățile normative trebuie regulat revizuite și actualizate de către profesioniști competenți, reprezentanți ai serviciilor clinice și sanitare publice, precum și ai managerilor sanitari și consumatorilor de asistență medico-sanitară. Alte discipline cum ar fi economia sanitară, sociologia, educația și planificarea sanitară contribuie

semnificativ la elucidarea factorilor contribuabili la apariția bolii și a metodelor de abordare a maladiei. Fiecare domeniu își aduce contribuția la interpretarea și luarea deciziilor referitor la standardele sistemului sanitar.

Caracteristicile individuale ale persoanelor care necesită sau cer asistență medico-sanitară includ astfel de factori cum ar fi vârsta și sexul etc.; aceste caracteristici sunt utile în determinarea tipului și volumului de servicii medico-sanitare necesare. Spre exemplu, o femeie de 40 de ani nu necesită efectuarea mamografiei atât de frecvent ca o femeie de 50 de ani. Un sugar necesită examinări și evaluări preventive mult mai frecvent decât un copil de 3 ani. La un bărbat de 45 de ani trebuie apreciată mult mai frecvent tensiunea arterială decât la unul de 25 de ani, iar un adolescent necesită o atenție preventivă mult mai mare referitor la comportamentul de risc decât un bărbat de 35 de ani.

Necesitate percepută. Necesitatea percepută reprezintă senzația subiectivă a individului sau comunității, care poate corespunde sau nu corespunde cu necesitățile fiziologice. În pofida subiectivității necesitatea percepută determină cererea în servicii medico-sanitare în comunitate. În ultimul timp tot mai recunoscută este importanța distribuirii adecvate a informației sanitare în populație pentru a majora gradul de corespundere a necesității percepute cu cea fiziologică (modelul sănătate-credință). Creșterea competenței publicului în problemele sanitare este de o importanță vitală pentru acceptarea în masă a unor astfel de programe preventive cum ar fi imunizarea și pentru asigurarea complianței cu regimul de tratament în afecțiunile cronice. Necesitățile percepute influențează de asemenea și planificarea sanitară. Comunitatea sau donatorul poate, spre exemplu, avea senzația subiectivă că comunitatea necesită un spital nou, în același timp resursele necesare pentru construirea acestuia pot fi cheltuite rezonabil pentru dezvoltarea asistenței primare sau a educației sanitare, intervenții care vor influența mult mai pozitiv sănătatea populației. Chiar și într-o societate autoritară, opinia publică poate impune persoanele responsabile să facă astfel de alegeri iraționale cum ar fi majorarea numărului

de paturi spitalicești sau investițiile exagerate în programele de reducere a fumatului și îmbunătățire a nutriției în comunitate.

Necesități exprimate. Necesitatea exprimată reprezintă o necesitate percepută realizată, spre exemplu, prin vizitarea medicului sau a clinicii. Necesitățile percepute pot rămâne nerealizate datorită barierelor economice, geografice, sociale sau psihologice care împiedică pacientul să se adreseze după ajutor medical. Accesibilitatea poate fi limitată și de faptul că individul nu-și poate permite să achite serviciile medico-sanitare costisitoare. Serviciul poate fi gratuit, dar nu întotdeauna accesibil datorită obstacolelor de distanță, lingvistice și culturale, dificultăților de aranjament sau perioadei îndelungate de așteptare. Ca rezultat persoana care dorește să primească ajutor medical nu-l poate accesa și interacțiunea ei cu sistemul sanitar se târănează până la apariția unei probleme mai serioase, urgente și costisitoare. Distanța, timpul și costul călătoriei, incomoditatea amplasării și teama de a pierde lucrul afectează persoanele care sunt în căutarea serviciilor medico-sanitare, în special a celor preventive. Amplasarea rațională a serviciului, precum și asigurarea funcționării lui gratuite poate modifica acești factori-piedică pentru accesul echitabil la asistența medico-sanitară. Persoanele în vârstă mai frecvent decât altele tind să-și realizeze necesitățile sanitare percepute, acest fapt fiind determinat de disconfortul psihic pe care îl simt din cauza senzației că sunt bolnavi și de teama de a nu deveni o povară pentru societate. Numeroși factori politici, religioși și culturali pot servi drept obstacol pentru utilizarea de către femeie a practicilor de planificare familială, chiar și în cazul în care nașterea eventuală îi pune în pericol viața. Lipsa cunoștințelor sanitare poate de asemenea compromite utilizarea corespunzătoare a asistenței medico-sanitare preventive și clinice.

Necesități comparative. Necesitatea comparativă este un termen care reflectă necesitățile a două grupuri populaționale similare din două regiuni

adiacente de același sex/vârstă/apartenență etnică și din aceeași clasă socială. Într-o regiune poate exista serviciul precăutat, cum ar fi fluorizarea apei, iar în alta acesta poate fi lipsă. Populația din comunitatea a doua are necesitatea obiectivă în acest serviciu sau în alt serviciu cu acțiune similară în conformitate cu dovezile științifice și profesionale de ultimă oră. Nu există valori absolut definite ale extinderii asistenței medico-sanitare, dar sunt acceptate standardele de bază care fac parte din standardele mondiale curente ale asistenței medico-sanitare, preventive și promovării sănătății. Aceste standarde sunt stabilite prin experiențe și erori, precum și prin studii științifice și trebuie în continuu reexamineate și actualizate în lumina noilor cunoștințe obținute, precum și referitor la beneficiile și costurile derivate din implementarea lor.

Cererea. Cererea în servicii medico-sanitare este determinată de așteptările individuale și comunitare referitor la asistența medico-sanitară (Figura 11.2). Economii o consideră ca o parte componentă a teoriei de neintervenție a statului în cererea economică conform căreia individul singur își stabilește necesitățile personale. Individul poate avea senzația că necesită un serviciu, iar experții îl pot considera nerezonabil. Pacientul poate cere de la medic prescrierea unui antibiotic pentru tratamentul infecției virale care nu este eficient în cazul dat și poate provoca doar efecte negative. Un spital comunitar poate dori să-și majoreze numărul de paturi sau să procure echipament medical sofisticat ca răspuns la cererea consumatorilor. Pacientul poate avea senzația că refuzul medicului de a-l îndrepta într-o instituție de asistență medico-sanitară controlată nu este justificat, chiar dacă există o mulțime de argumente legitime și etice de a nu o face. Doctorii pot dori să aibă la dispoziție personală un echipament medical costisitor fapt care poate fi inoportun din punct de vedere economic și de planificare. Astfel de ecuații răspândite nu sunt irevocabile, ele pot fi schimbate odată cu modificarea costurilor determinată de acumularea experienței clinice și tehnologice. Astfel orice procedură astăzi nejustificată

poate deveni mâine oportună. Astfel de conflicte sunt inevitabile în planificarea sanitară.

Asigurarea. Cererea poate de asemenea fi indusă și de asigurarea sau furnizarea asistenței medico-sanitare. Majorarea numărului de paturi spitalicești poate duce la creșterea utilizării lor peste măsura justificată sau aceasta se poate solda cu majorarea așteptărilor sau cererilor pacienților și familiilor lor în ceea ce privește spitalizarea mai îndelungată. Furnizarea gratuită a unor servicii poate duce la utilizarea lor excesivă, depășind necesitățile obiective în conformitate cu standardele acceptate. Utilizarea inoportună sau excesivă a serviciului poate fi promovată de utilizarea acestuia de către clasele sociale superioare, pe când alte servicii importante pentru asistența păturilor vulnerabile ale populației pot lipsi din cauza alocării iraționale a resurselor. În unele cazuri interesele furnizorilor de asistență medico-sanitară pot duce la promovarea utilizării serviciilor, situație în special caracteristică în asistența medicală preplătită. Această situație poate fi exemplificată prin activitatea chirurgicală excesivă în condițiile surplusului de chirurghi.

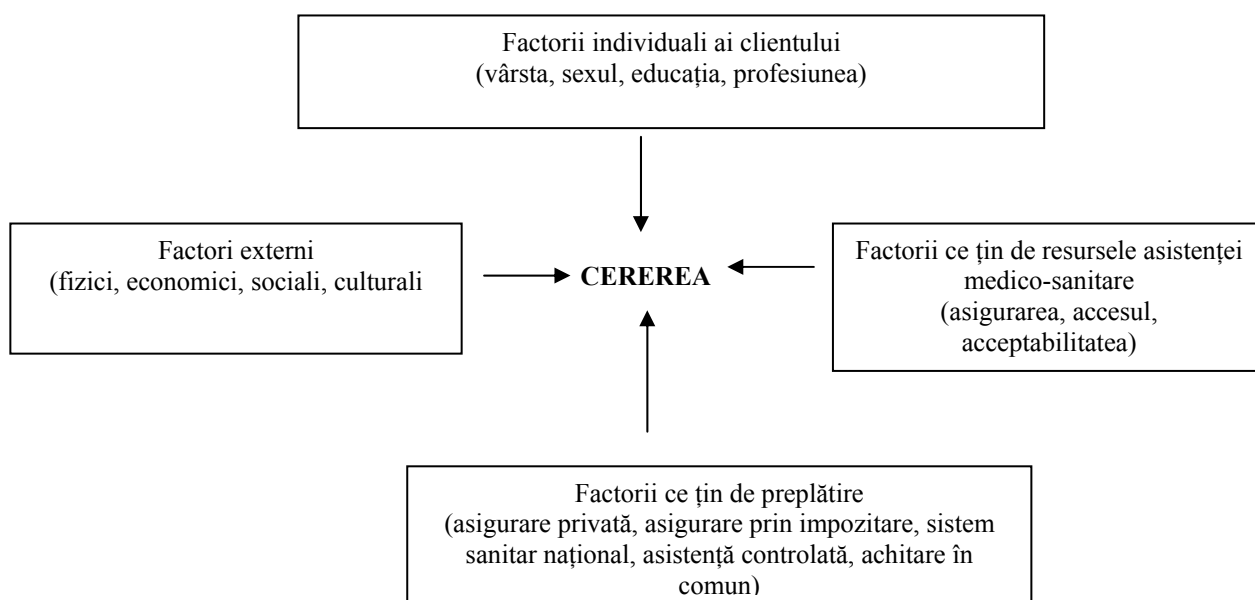


FIGURA 11.2. Factorii care influențează cererea în servicii medico-sanitare.

Modelul cererii Grossman. Unul din cele mai frecvent utilizate modele ale cererii economice este acel descris de Grossman. Această metodă privește sănătatea ca parte componentă a funcției de producere în care starea sănătății (creditul) este rezultatul activităților medico-sanitare (debitul) exercitate de individ sau sistemul de sănătate. Cererea individului în asistență medico-sanitară este influențată de numeroși factori cum ar fi barierele socio-economice, educaționale și culturale, metodele de stimulare a asistenței medicale, precum și vârsta și starea sănătății.

În acest model fiecare individ moștenește la naștere o anumită rezervă de sănătate. Cu timpul această rezervă se epuizează și sunt necesare investiții pentru a o menține. Odată cu îmbătrânirea ratele morbidității și mortalității precum și de utilizare a serviciilor de asistență medico-sanitară se majorează. Ritmul de epuizare a rezervei sănătății în timp poate fi prezentat prin curba de depreciere-în-timp a sănătății. Rezerva sănătății poate fi menținută prin investiții în ea, cum ar fi utilizarea serviciilor medico-sanitare și de promovare a sănătății (instituțiilor de odihnă etc.).

Astfel schimbarea stării sănătății este în funcție de asistența medico-sanitară primită, precum și de practicarea exercițiilor, condițiile bune de viață, nutriția adecvată, nepracticarea fumatului și factorii sociali. Pe parcursul ciclului de viață oamenii vor tinde să târăgăneze epuizarea rezervei sănătății lor prin majorarea cheltuielilor pentru serviciile medico-sanitare. Funcția de producție depinde de variabilele externe cum ar fi nivelul de studii, care influențează semnificativ procesul de producție. Opțiunile personale de asemenea influențează sănătatea care depinde de volumul resurselor alocate pentru menținerea ei, cum ar fi timpul oferit pentru exerciții fizice sau opțiunea personală de a consuma sau nu produse alimentare grase sau de a fuma sau nu.

Sănătatea reprezintă de asemenea și un mijloc de producție. Starea precară a sănătății aduce un discomfort, reduce senzația de prosperitate și duce la pierderea considerabilă a venitului personal prin micșorarea capacității sau performanței de lucru. Sănătatea ca produs de consum presupune faptul că

activitățile legate de îmbunătățirea sănătății majorează calitatea vieții, previn disconfortul sau boala sau îmbunătățesc aspectul exterior, spre exemplu prin metode de chirurgie plastică. Persoanele în vârstă utilizează mai multe servicii medico-sanitare spitalicești și ambulatorii decât tinerii acest fapt fiind determinat de epuizarea rezervei lor de sănătate. Există și factori în cadrul sistemului de asistență medico-sanitară sau a sistemului de asigurare medicală care pot afecta accesul individului la asistența medico-sanitară și calitatea acesteia. Ca exemplu poate servi refuzul unor companii de asigurare medicală de a asigura persoanele în vârstă sau cu deprinderi dăunătoare (fumătorii), cei cu o anamneză patologică compromisă sau persoanele care nu sunt asistate de servicii preventive.

Modelul Grossman al cererii sanitare majorând profiturile poate duce la înrăutățirea stării sănătății populației aceasta datorându-se răspândirii practicilor de comportament nesănătos sau de risc. În anii 1940 și 1950 în țările industrializate odată cu creșterea veniturilor la cap de locuitor s-a majorat considerabil consumul produselor alimentare bogate în grăsimi, fumatul, abuzul de alcool, accidentele rutiere, evenimente însoțite de o mortalitate sporită de pe urma bolilor cardiovasculare și traumelor. Acest fenomen paradoxal a apărut în anii 1980 și 1990 și în țările în curs de dezvoltare, afectând preponderent clasa socială medie. Totodată populațiile extrem de sărace din țările în curs de dezvoltare pentru care problemele sanitare de bază sunt nutriția inadecvată și bolile infecțioase beneficiază de pe urma creșterii venitului la cap de locuitor deoarece aceasta le permite de a-și îmbunătăți nutriția ceea ce are un efect pozitiv asupra stării sănătății.

Produsul de consum în opinia economiștilor reprezintă o utilizare a resurselor într-un mod care asigură cele mai mari beneficii pentru individ și societate. Economiștii pieții libere și astfel de instituții cum este Banca Mondială considerau odată că asistența medico-sanitară reprezintă o modalitate ineficientă de consum a resurselor și recomandau investirea acestora în domenii mai „productive”. Teoria economică opusă cum ar fi cea marxistă privea

investițiile în sănătate drept un consum neproductiv al resurselor în comparație cu investițiile în industria grea sau infrastructură. Și din contra în țările scandinave, unde sunt la putere socialiștii democrați, de mult este adoptat conceptul în conformitate cu care investițiile în sănătate sunt justificate atât din punct de vedere social, cât și economic, dreptul la sănătate devenind unul din principalele drepturi sociale ale individului. Acest concept a fost acceptat ca drept fundamental și argumentare socială a programului internațional *Sănătate pentru Toți, 2000*. În Raportul Băncii Mondiale *Investiții în Sănătate* din 1993 este subliniat faptul că sănătatea și educația este o investire în creșterea economică și nu o irosire de resurse.

COMPETIȚIA ÎN ASISTENȚA MEDICO-SANITARĂ

Serviciile sanitare tradițional au apărut ca organizații private, religioase, de caritate sau publice. În ultimii ani chiar și în țările unde aceste servicii sunt finanțate de stat devine tot mai răspândit conceptul de piață în organizarea acestor servicii care-i permite consumatorului să-și aleagă singur serviciile medico-sanitare competitive. Acest concept reprezintă baza reformelor sanitare în Serviciul Național de Sănătate al Marii Britanii din anii 1990, în conformitate cu care furnizorul de asistență medico-sanitară primară deține resursele sanitare financiare ale persoanelor deservite. Medicul generalist deținător de fonduri sanitare selectează specialiștii și serviciile spitalicești care sunt capabile să satisfacă cel mai amplu necesitățile pacientului. În mod similar în Statele Unite instituțiile de asistență controlată, deținând fondurile pentru cap de locuitor, selectează în baze competitive spitalele, medicii și alte servicii sanitare. Această tendință este caracteristică și pentru alte țări (Israelul, Columbia, Insulele Filipine, Iordania) unde clienții selectează de sine stătător instituțiile medico-sanitare sau fundațiile de asigurare medicală care vor fi responsabile pentru toată asistența și costurile acesteia, această alegere fiind

efectuată în baza comparării beneficiilor oferite de diferite spitale și medici practicieni.

Pentru a supraviețui în astfel de condiții organizațiile de asistență medico-sanitară cum ar fi spitalele sau serviciile de asistență primară sunt nevoite să acorde servicii de calitate comunității și individului. Pacientul sau consumatorul reprezintă *alfa* și *omega* pentru instituție. Pentru o funcționare eficientă furnizorii de asistență medico-sanitară trebuie să efectueze analize regulate ale costurilor, conținutului și indicilor de performanță ai asistenței medico-sanitare, precum și a satisfacției indivizilor și comunității.

Anexa 11.1. Obligațiile furnizorilor de asistență medico-sanitară.

1. *Disponibilitatea: oferirea continuă a serviciilor, 24 de ore în fiecare zi inclusiv și zilele de odihnă.*
2. *Accesibilitatea: clientul trebuie să acceseze ușor serviciile utilizând transportul disponibil și cheltuind un timp rezonabil.*
3. *Imputabilitatea: sistemul și furnizorul explică clientului esența programelor, deciziilor și acțiunilor efectuate.*
4. *Rezonabilitatea financiară: serviciile sunt furnizate la prețuri rezonabile pentru client și compania de asigurare medicală.*
5. *Acceptabilitatea: atitudinea binevoitoare a personalului față de pacient și familia sa.*
6. *Acreditarea: furnizorul trebuie să fie acreditat de către o agenție de acreditare și să implementeze recomandările acesteia.*
7. *Echitatea: asigurarea unui acces echitabil la servicii indiferent de vârstă, sex, origine etnică, religie, apartenență socială și politică, loc de reședință, stări medicale din anamneză și capacitate de plată.*
8. *Eficiența: utilizarea eficace a forței de muncă, finanțelor și a altor resurse.*
9. *Etica: respectarea standardelor profesionale, sociale, etnice și legale în vigoare.*
10. *Dreptul consumatorilor: pacientul și consumatorul sunt informați referitor la drepturile sale și posibilitățile alternative de asistență până la luarea deciziei medicale sau administrative.*
11. *Validitatea financiară: capacitatea de a-și îndeplini obligațiile financiare.*
12. *Scopuri și obiective: definite, scrise, revizuite și utilizate în baza monitorizării și planificării.*
13. *Inovații: poziția deschisă față de noile metode medico-sanitare clinice și preventive.*

- 14. Calitatea: promovarea standardelor înalte de asistență medico-sanitară în conformitate cu criteriile profesionale și standardele naționale.*
- 15. Acceptarea comunitară: satisfacerea așteptărilor comunității cu participarea în promovarea standardelor asistenței medico-sanitare.*
- 16. Comprehensiunea: legătura între varietatea largă de servicii prestate pentru satisfacerea amplă a necesităților pacientului.*

În unele țări cu acces universal la asistența medico-sanitară reformele sanitare includ introducerea mecanismelor de piață și competiție. Conceptul mecanismelor de piață în sănătate este dificil din punct de vedere ideologic pentru persoanele care consideră că acesta va compromite accesul universal și echitabil la asistența medico-sanitară, că consumatorul va fi indus în eroare în procesul de alegere a serviciului optimal și că costurile la asistența medico-sanitară vor deveni inacceptabile. De fapt există o mulțime de factori „de piață” în asistența medico-sanitară, cum ar fi asigurarea cu instituții sanitare și personal medical, ceea ce influențează cererea sanitară, precum și metoda de achitare a serviciilor oferite de doctori și spitale. Toate acestea influențează semnificativ economia sanitară. Totodată în țările în care consumatorul nu poate să-și aleagă furnizorul de asistență medico-sanitară există un potențial puternic de exploatare a consumatorului de către furnizor și invers.

Sistemele de asistență controlată depind de reducerea asistenței spitalicești inutile și majorarea utilizării serviciilor ambulatorii și la domiciliu. Serviciile anterior prestate în staționar în prezent pot fi chiar mai eficiente acordate ambulatoriu. Managerul principal al instituției sanitare trebuie să conducă tranziția spitalului de la ipostaza unui recipient pasiv de bolnavi la cea a unei instituții active care prestează diferite servicii medico-sanitare capabile să satisfacă toate necesitățile comunității, această tranziție fiind însoțită de un control permanent al costurilor pentru a rămâne competitiv și financiar valid.

FLEXIBILITATEA CERERII

Cererea poate fi influențată de factori determinați de consumator, furnizor, de asigurarea sau localizarea serviciilor. Elasticitatea cererii reflectă volumul cererii în dependență de prețul bunurilor sau al serviciilor. Pentru consumator costul reprezintă un factor determinant în alegerea bunurilor sau serviciilor utilizate. În cazul în care prețurile se majorează, cererea scade și invers. Cu alte cuvinte cererea nu este o categorie absolută și este influențată de preț și mărimea plății pentru serviciile utilizate.

În teoria economică capitalistă clasică individul este considerat drept cel mai bun expert al necesităților sale și decide singur ce să procure (suveranitatea consumatorului). Aceasta înseamnă că consumatorul procură servicii medico-sanitare bazându-se pe prețul și calitatea acestora, cum face orice persoană când cumpără spre exemplu un frigider. Deciziile individuale se iau în baza percepției, informării și resurselor personale. Adepții conceptului economiei sanitare de piață susțin că aceasta îi oferă individului o posibilitate mai mare de alegere și în mod indirect majorează competitivitatea furnizorilor pentru cererea consumatorului și calitatea serviciilor, favorizând în același timp micșorarea prețurilor.

Oponenții acestui punct de vedere sunt de părerea că economia de piață este inoportună pentru sistemul sanitar deoarece acest domeniu este mult mai complex și nu poate fi redus doar la relațiile dintre furnizor și consumator. Mecanismele de piață în asistența medico-sanitară sunt puternic influențate de asigurarea, accesul, metoda de achitare și alegerea consumatorului. Asigurarea serviciilor creează o cerere indusă de ofertă. Consumatorii cred în sfaturile medicilor lor și această relație se numește relație de agenție. Medicii iau decizia pentru pacienții lor bazându-se pe necesitățile pacientului și asigurarea cu servicii. Practica de achitare a serviciilor de o a treia parte, cum ar fi compania de asigurare sau statul, fără participarea directă a consumatorului poate duce la furnizarea unor servicii inutile, în special în cazul în care medicul este stimulat financiar de către sistemul de servicii medico-sanitare preplătite.

Unele persoane pot dori să procure servicii suplimentare în dependență de beneficiile așteptate (utilitate marginală). Costul marginal reprezintă costul comodității suplimentare utilizate. În teoria economică clasică consumatorul decide să procure serviciul în cazul în care utilitatea marginală este egală sau mai mare decât costul marginal, ceea ce reflectă faptul că beneficiul suplimentar justifică cheltuielile supraadăugate. Conceptul economiei de piață fiind utilizat în asistența medico-sanitară poate duce la furnizarea insuficientă a asistenței preventive în special grupurilor populaționale cu cele mai mari necesități. Dacă serviciile medico-sanitare funcționează în condițiile economiei de piață, atunci consumatorul poate să nu ia în considerație beneficiile altor persoane; el le ia în considerație doar pe cele proprii (externalități). Spre exemplu, dacă vaccinurile sunt accesibile doar pe piață, multe persoane nu le vor procura. Aceasta va majora substanțial riscul pentru publicul general și va reduce imunitatea populațională. Externalitățile trebuie luate în considerație în procesul de luare a deciziilor politice pentru evaluarea beneficiilor pentru societatea întreagă.

În cazul în care există mai mulți furnizori de asistență medico-sanitară aceștia se vor completa reciproc și vor furniza servicii la un preț redus pentru a atrage clienții. Totodată această situație este o raritate în sistemul de servicii medicale unde salariile și plățile sunt stabilite prin negocieri colective. La nivelul serviciilor spitalicești și de asigurare medicală existența monopolului (doar un furnizor) sau a oligopolului (puțini furnizori) reduce competiția prețurilor și deseori se soldează cu stabilirea unor prețuri fixe. Monopsonia este o situație în care există doar un cumpărător, astfel furnizorul poate fi supus unor presiuni din partea cumpărătorului sau poate fi impus să satisfacă careva cereri suplimentare ale clientului. Astfel în Statele Unite organizațiile de asistență controlată cumpără serviciile spitalicești.

Într-un sistem înalt privatizat de asistență medico-sanitară cum a fost în anii 1990 cel din Statele Unite, cererea în asistență este raționalizată prin intermediul unor plăți suplimentare de către consumator sau prin intermediul

garanțiilor de asigurare. Garanțiile de asigurare reprezintă achitări suplimentare efectuate de persoana asigurată. Astfel beneficiarii programului Medicare din Statele Unite trebuie să achite o parte din serviciile medico-sanitare utilizate sau pot să aleagă opțiunea de asistență controlată care acoperă toate cheltuielile pentru servicii, dar care alege de sine stătător furnizorul de asistență medico-sanitară. Deci în așa fel beneficiarul trebuie să aleagă între achitarea unei plăți suplimentare sau jertfirea dreptului de a-și alege furnizorul de servicii.

În sistemul public de asistență medico-sanitară cererea este raționalizată prin intermediul limitării asigurării cu servicii sau prin intermediul cererii de la pacientul care dorește să fie consultat de specialist a unei îndreptări de la medicul de familie care trebuie să joace rolul de filtru al pacienților, astfel fiind limitat dreptul consumatorului la alegerea liberă. Acest concept a fost aprobat de multe sisteme sanitare inclusiv și de sistemul de asistență controlată din Statele Unite. Aceasta reprezintă o limitare a drepturilor consumatorului, care în unele cazuri dorește să consulte un alt specialist, dar este o metodă esențială pentru prevenirea „comercializării” asistenței medico-sanitare care poate duce la exagerarea costurilor serviciilor sanitare.

Conceptul economiei sanitare de piață este bazat pe libertatea consumatorului de a alege liber serviciile medico-sanitare în baza beneficiilor anticipate de îmbunătățire a stării sănătății. Patronul trebuie să ofere angajatului mai multe opțiuni de asigurare medicală. Asigurarea medicală cu garanție de asigurare presupune participarea consumatorului la achitarea serviciilor și îi oferă persoanei asigurate libertatea alegerii furnizorului de asistență medico-sanitară, totodată consumatorul trebuie lunar să achite plăți suplimentare spre deosebire de opțiunea asistenței controlate. Aceasta duce la apariția inechităților și diferențelor în populație deoarece această alegere depinde de starea financiară a angajatului. Frecvent cei care au cea mai mare necesitate în servicii medico-sanitare au posibilități mai mici de a le accesa. Persoanele care nu dispun de mijloace financiare sunt lipsite de posibilitatea de alegere liberă sau procurare a serviciilor în condițiile economiei de piață. Ele sunt totalmente

dependente de serviciile gratuite de caritate. Această problemă importantă poate fi abordată prin mai multe căi economice cum ar fi furnizarea asistenței medico-sanitare persoanelor cu un venit mic prin intermediul programului Medicaid sau prin intermediul procurării serviciilor în baza scrisorilor de garanție.

Deciziile sau acțiunile pacienților sunt influențate nu numai de cost și acces, dar și de cunoștințele și atitudinea față de asistența medico-sanitară. O persoană care nu cunoaște metodele moderne de control a natalității sau care trăiește într-o societate în care din motive religioase sau politice este descurajată practica utilizării acestora nu poate lua o decizie competentă despre practicarea acestor metode. Mecanismele de piață acționează prin diferite căi în diferite sisteme de sănătate. Chiar și în cazul în care serviciile sunt gratuite și utilizarea lor reprezintă un drept al tuturor există limitări în asigurarea serviciilor. Oferindu-i consumatorului posibilitatea de a-și alege furnizorul de asistență medico-sanitară, utilizând metode de stimulare pentru promovarea asistenței calitative și mecanisme de constrângere pentru reducerea serviciilor inutile mecanismele de piață dețin un rol major în procesul de reformare a multor sisteme de sănătate din lume.

APRECIEREA CHELTUIELILOR

Cheltuielile sanitare pot fi analizate prin mai multe metode și includ cheltuielile directe ale pacientului; cheltuielile companiei sau fundației de asigurare medicală din numele pacientului; cheltuielile spitalului sau ale altui furnizor de asistență medico-sanitară și cheltuielile indirecte ale pacientului, familiei sale și societății inclusiv timpul de lucru pierdut sau scăderea productivității din cauza bolii.

Cheltuielile oportuniste se referă la resursele utilizate care puteau fi destinate altui domeniu. Costul terenului și al clădirilor spitalicești, spre exemplu, putea fi alocat altor domenii cum sunt instituțiile de asistență primară sau instituțiile de învățământ. Majorarea cheltuielilor sanitare poate compromite capacitatea societății de a investi mijloace financiare în educație și alte programe sociale importante.

Cheltuielile sociale includ cheltuielile pentru efectele sanitare indirecte cum ar fi valoarea totală a producției pierdute sau costul suportului social al persoanei afectate de boală sau dizabilitate. Costurile private includ cheltuielile individului pentru procurarea asistenței medico-sanitare și cheltuielile suplimentare legate de sănătate cum ar fi achitarea asigurării medicale, pierderea venitului, procurarea medicamentelor și participarea la achitarea serviciilor medico-sanitare.

INDICII ECONOMICI AI STĂRII SĂNĂTĂȚII

Analiza economică apreciază atât debitul (costurile și resursele cheltuite), cât și creditul (reducerea mortalității, morbidității, majorarea longevității vieții, reducerea dizabilității) sistemului sanitar. Îmbunătățirea calitativă și cantitativă a vieții sunt măsuri ale creditului sistemului sanitar. Aprecierea acestor indici trebuie să fie o parte componentă a evaluării economice a utilizării resurselor naționale și personale pentru asistența medico-sanitară. Anii de viață cu rectificare la dizabilitate și anii de viață cu rectificarea calității vieții sunt unități de măsură ale impactului total al bolii asupra populației (atât al mortalității, cât și al dizabilității).

Anii de viață cu rectificare la dizabilitate (DALY) sunt calculați ca valoare a anilor de viață liberi de dizabilitate care ar putea fi pierduți în rezultatul decesului prematur sau al dizabilității datorate unei boli apărute într-un an

anumit. Anii de viață cu rectificarea calității vieții (QALY) reflectă durata așteptată a vieții cu rectificarea modificărilor în calitatea vieții apreciate prin evaluarea a două sau mai multe aspecte ale sănătății cum ar fi durerea, disabilitatea, dispoziția, capacitatea de autodeservire sau de a efectua activități sociale utile cum ar fi munca plătită sau lucrul de menajerie. DALY și QALY sunt evaluate utilizând estimările experților ale gradului de infirmitate (normal, infirmitate, incapacitate) de pe urma unei anumite boli. Infirmitățile includ pierderea capacității de comunicare, tulburările de somn, durerea, depresia, precum și tulburările sexuale, nutriționale și neuromotorii.

Valoarea stării sănătății individului poate fi apoi transformată în valori numerice pentru comparare. Valorile scorurilor sunt sumate și este calculat scorul total. Aceasta permite aprecierea comparativă a stării sănătății și evaluarea eficienței intervențiilor alternative. Această evaluare, totuși, depinde de subiectivitatea cercetătorului, variabilitatea interobservatorie fiind frecvent mare. Atâta timp cât aceste evaluări nu iau în considerație toți factorii determinanți ai bolii, mortalitatea totală și indicii economici, impactul economic al bolii va rămâne o parte componentă a planificării sanitare.

DALY și QALY furnizează o bază comună pentru compararea mortalității, a dimensiunilor disabilității și calității vieții, diferitor cauze și a schimbărilor pe parcursul timpului. Acești indici sunt utilizați ca indicatori veridici ai stării sănătății pentru analiza diferitor strategii politice sanitare, justificarea intervențiilor specifice și pentru determinarea priorităților sanitare. Banca Mondială, WHO și alte organizații internaționale interesate examinează indicii alternativi pentru a lega sănătatea și determinantele impactului total al bolii și disabilității și pentru a perfecționa procesul de stabilire a priorităților științifice și sanitare publice.

Câștigul în durata așteptată a vieții datorat intervențiilor preventive și curative poate fi apreciat din surse de date publicate. Majorarea duratei așteptate a vieții pacientului care a supraviețuit stopului cardiac prin implantarea unui pacemaker este apreciată la 36-46 de luni, iar transplantul de

măduvă osoasă la un bolnav cu o formă recurentă de limfom non-Hodgkin este însoțit de o creștere a duratei așteptate a vieții cu 72 de luni. În măsurile preventive majorarea duratei așteptate a vieții are valori mai mici. Spre exemplu, screening-ul pentru depistarea cancerului de col uterin majorează durata așteptată a vieții a tuturor femeilor cu 3 luni, totodată pentru o femeie la care cancerul de col uterin a fost depistat precoce această majorare constituie în mediu 25 de ani. Această metodologie se bazează pe rezultatele publicate ale studiilor și poate fi de o importanță deosebită pentru compararea și analiza strategiilor și priorităților medico-sanitare.

ANALIZA COST-EFICIENȚĂ

Analiza cost-eficacitate (CEA) în asistența medico-sanitară reflectă realizările în starea sănătății populației sau în reducerea impactului bolii, obținute printr-o intervenție specifică în raport cu costul acestei intervenții. Această analiză este utilizată pentru determinarea celei mai ieftine metode eficiente pentru atingerea obiectivului dorit. Ea constă în compararea costului și eficienței metodelor alternative cu scop de selectare a celei optimale. Metoda cea mai cost-eficientă este cea metodă care permite atingerea obiectivului utilizând cele mai puține resurse. Un cost mic pentru majorarea DALY indică un grad înalt de cost-eficacitate și deci intervenția trebuie să aibă o prioritate înaltă deoarece utilizează puține resurse.

Metodele alternative de tratament pot de asemenea fi comparate, cum ar fi tratamentul conservativ cu cel chirurgical, chirurgia ambulatorie cu cea staționară sau tratamentul în comunitate în comparație cu tratamentul în spital. Se observă din Tabelul 11.2 că cele mai cost-eficiente servicii pentru țările în curs de dezvoltare sunt programele de imunizare în masă, deoarece în aceste țări bolile evitabile prin vaccinare sunt cauze majore ale pierderii de DALY.

Printre alte programe cost-eficiente se numără cele de prevenire a deficiențelor de iod și vitamină A, de tratament al helmintozei, chiar dacă aceste patologii sunt cauze relativ minore de pierdere de DALY.

În Raportul Băncii Mondiale din 1993 au fost comparate variate intervenții sanitare publice și medicale clinice din țările în curs de dezvoltare, această comparație fiind efectuată în baza DALY și costului intervenției (Tabelul 11.2). Această analiză permite stabilirea în baza comparației cost-eficacitate a coșului de servicii medico-sanitare esențiale necesare pentru o țară anumită. Intervențiile cost-eficiente oportune includ suplimentarea cu vitamina A, controlul rujelei și chimioterapia direct observată în TB. O intervenție costisitoare, dar foarte eficientă este chimioterapia leucemiei la copiii de până la 15 ani. Această intervenție este justificată de beneficiile importante aduse. Aceeași chimioterapie la o persoană de 75 de ani are o valoare DALY joasă. Studiile CEA abordează comparativ astfel de probleme cum ar fi chirurgia ambulatorie în raport cu chirurgia spitalicească, tratamentul conservativ în raport cu tratamentul chirurgical (spre exemplu, în ulcerul peptic sau cardiopatia ischemică), prevenția în masă în raport cu prevenția individuală a cariei dentare (spre exemplu, fluorizarea apei în raport cu igiena personală a cavității bucale), asistența comunitară în comparație cu cea instituțională etc.

TABELUL 11.2. Cauzele principale ale impactului bolilor copiilor în țările în curs de dezvoltare și intervențiile cost-eficiente, 1990.

Boala	Pierderea DALY (mil.)	% Total de pierderi DALY	Intervențiile potrivite	Cost-eficacitatea (dolari SUA pentru 1 DALY)
1. Bolile copilăriei evitabile prin vaccinare	65	1	EPI ^a	12-30
2. Deficiența de vitamină A	12	2	EPI plus ^a	12-30
3. Deficiența de iod	9	1	Suplimentarea cu iod	19-37
4. Helmintozele intestinale	17	3	Sănătatea școlară	20-34
5. Bolile diareice	92	14	Managementul integrat al copilului bolnav	30-100

			(MISC)	
6. Malnutriția protein-calorică	12	2	MISC	20-150
7. Morbiditatea și mortalitatea perinatală	96	15	Planificarea familială, asistența prenatală și obstetricală	30-100
8. Infecțiile respiratorii	98	15	MISC	30-100
9. Malaria	31	5	MISC	30-100
10. Malformațiile congenitale	35	5	Tratament chirurgical	Costisitor
11. Alte	193	28	-	
Total	660	100	-	

Sursa: Bobadilla et al., 1994.

^aEPI = programul de imunizare în masă; EPI plus = EPI + suplimentarea cu vitamine și iod (vezi Capitolul 4); MISC = servicii medicale integrate pentru copil.

Compararea anilor de viață câștigați de pacienții în stadiul terminal al insuficienței renale din Statele Unite a demonstrat că transplantul renal este mai puțin costisitor (3.600 dolari SUA per an câștigat de viață) în comparație cu dializa la domiciliu (4.300 de dolari SUA per an câștigat de viață) și dializa în spital (116.000 dolari SUA per an câștigat de viață). Plus la aceasta transplantul renal majorează calitatea vieții pacientului. Aceasta a fost, probabil, primul exemplu de analiză „cost-utilitate”, când anii câștigați de viață au fost însoțiți și de îmbunătățirea calității vieții. Acest fapt poate fi exprimat ca cost-eficacitate pentru QALY. Totodată strategiile politice sanitare stabilite în baza unor astfel de analize se confruntă cu anumite dificultăți în obținerea unui număr suficient de donatori de rinichi și asigurarea cu personal competent și instituții capabile să efectueze eficient transplantarea.

Pentru înlăturarea chirurgicală a vezicii biliare în prezent se utilizează tehnici endoscopice în locul metodei tradiționale deschise de colecistectomie. Colecistectomia endoscopică este mai puțin traumatică, iar perioada de vindecare după ea este mai scurtă, astfel încât pacientul este externat în ziua a doua și se reîntoarce la lucru peste o zi sau două. Pacientul supus colecistectomiei tradiționale necesită o durată mai lungă de spitalizare și o recuperare la domiciliu înainte de a merge la lucru. Noua procedură este mai

ușor suportată de pacient și mai sigură. Analiza cost-beneficiu trebuie să ia în considerație nu numai costurile medicale și spitalicești, dar și cele sociale cum ar fi pierderea timpului de muncă de către pacient și furnizorul de asistență medico-sanitară. În prezent tomografia computerizată, odată considerată costisitoare și pentru utilizare specială, a devenit o metodă valoroasă pentru diagnosticul numeroaselor patologii, fiind utilizată în locul procedurilor de diagnostic mult mai costisitoare, periculoase și mai puțin eficiente.

Asistența la domiciliu a unui vârstnic cu infirmitate moderată sau severă, care include pregătirea și servirea bucatelor, îngrijirea personală, aplicarea metodelor fizioterapeutice și asistenței sociale este mai puțin costisitoare decât asistența aceluiași pacient într-o instituție. Asistența la domiciliu permite externarea precoce a pacientului din spital și recuperarea lui la domiciliu. Aceste evaluări trebuie să ia în considerație și transferul cheltuielilor pentru serviciile prestate în instituție (alimente, lenjerie, încălzire și electricitate) pe umerii familiei pacientului. Asistența la domiciliu favorizează vindecarea mai rapidă, evită infecțiile nozocomiale și promovează senzația generală de prosperitate la pacient. Totodată pentru persoanele cu afecțiuni sau disabilități multiple, care necesită o asistență medico-sanitară și de îngrijire mult mai intensivă, asistența instituțională este mai cost-eficientă decât asistența la domiciliu. Asistența de amânare constă în sprijinul familiei care îngrijește un pacient cu disabilități multiple pentru târăgănarea asistenței instituționale mult mai costisitoare.

Studiile comparative ale tratamentului pacienților psihiatrici în spitalul psihiatric, în secția psihiatrică a spitalului general și în centrele de tratament de zi au demonstrat că tratamentul de zi este cel mai ieftin, totodată aceste evaluări ar trebui completate cu unele unități de măsură a severității bolii și volumului de asistență acordată. Planificarea serviciilor și instituțiilor de asistență psihiatrică cu reducerea asistenței spitalicești necesită alocarea resurselor suplimentare pentru asistența adecvată a acestor bolnavi în comunitate, ca

aceste persoane să nu rămână fără adăpost după cum se întâmplă în multe centre urbane din lume.

Uneori cea mai ieftină metodă este și cea mai puțin eficientă. Spre exemplu, rezultatele unui studiu au demonstrat că prevenirea gravidității prin metoda actului sexual întrerupt este cea mai ieftină metodă, dar mai puțin eficientă decât utilizarea remediilor contraceptive. Avortul poate fi o metodă de control al natalității mai puțin costisitoare decât utilizarea contraceptivelor. Totodată el este însoțit, de rând cu problemele etice, și de complicații frecvente care contribuie la majorarea morbidității și mortalității în sarcinile ulterioare atât a mamei, cât și a nou-născutului.

Analiza cost-eficacitate ia în considerație atât costul, cât și eficacitatea intervențiilor, fiind o unitate de apreciere a valorii pentru cost. Totodată ea nu răspunde la întrebarea când trebuie efectuată intervenția.

ANALIZA COST-BENEFICIU

Prin analiza cost-beneficiu (CBA) este comparat costul unui program specific cu beneficiile așteptate de la acesta. Costurile includ cheltuielile directe și cele indirecte, care includ pierderea productivității și a contribuției sociale. Beneficiile directe includ reducerea morbidității și mortalității și mijloacele economisite de asistența medico-sanitară, cum ar fi cheltuielile pentru spitalizare, serviciile medicale și medicamente. Beneficiile indirecte includ mijloacele economisite de familia pacientului ce țin de vizitarea pacientului (cheltuielile de transport) sau timpul lipsit de la lucru pentru îngrijirea copilului sau părintelui bolnav. Alte beneficii indirecte ale societății țin de reducerea timpului de absență de la lucru a pacientului sau familiei sale în timpul bolii.

Aprecierea costurilor și beneficiilor constă din trei etape: enumerare, măsurare și evaluare explicită. Aprecierea unei metode particulare de tratament

sau enumerarea necesită estimarea schimbărilor stării sănătății pacientului, costului resurselor utilizate, precum și a modificărilor capacității de muncă a pacientului. Evaluarea economică depinde de determinarea medicală a factorilor necesari pentru managementul problemei și a rezultatelor așteptate. Evaluarea explicită sau estimarea costului variabilei se bazează pe determinarea valorii economice a acestor factori. Uneori trebuie luați în considerație o mulțime de factori. Pentru a-i putea procesa aceștia sunt simplificați și devin aproximativi.

Studiul CBA al screening-ului fenilketonuriei (afecțiune metabolică congenitală) în Statele Unite a demonstrat că costul acestui screening a 660.000 de nou-născuți este de 1,39 milioane dolari inclusiv cheltuielile pentru confirmarea testelor, dietele speciale pentru cei bolnavi și administrarea acestui program. Beneficiile câștigate sunt apreciate la o valoare de 1,26 milioane dolari SUA pentru serviciile medicale și de 1,05 milioane pentru păstrarea productivității, costul sumar al acestora ajungând la 2,31 milioane dolari. Raportul beneficiu/cost este de $2,31/1,39 = 1,66$. La fiecare dolar investit societatea a avut de câștigat 1,66 dolari. În studiile CBA comparative a suplimentării programelor de imunizare cu încă o doză de vaccin antirujeolic sau cu o singură doză de vaccin contra hepatitei B sau *Haemophilus influenzae* B s-a demonstrat că doza a doua de vaccin antirujeolic avea un raport beneficiu/cost foarte înalt ($CBA = 4,5/1$) atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare. Vaccinarea contra hepatitei B avea de asemenea un raport beneficiu/cost înalt ($CBA = 4,5/1$), chiar și în regiunile moderat endemice pentru această boală. În cazul imunizării cu vaccin contra *Haemophilus influenzae* B beneficiile sociale au depășit costurile, totodată multe din beneficii au rămas neobservate deoarece nu făceau parte din sectorul sanitar (spre exemplu, reducerea necesității în instruire specială a copiilor cu leziuni ale sistemului nervos central). Raportul beneficiu/cost, fiind privit doar din punctul de vedere al sectorului sanitar a fost mic. Astfel de rezultate pot împiedica sistemele sanitare de a adopta programe benefice.

Adoptarea unui program sanitar specific poate include și analiza cost-beneficiu. Totodată aceste programe frecvent sunt adoptate fără această analiză în baza altor interese de obicei politice și profesionale. CBA poate argumenta prioritatea intervențiilor alternative și de aceea este utilizată în procesul de luare a deciziilor. Stabilirea priorităților în baza evaluării costurilor și beneficiilor permite ministerelor sănătății să aleagă direcțiile de alocare a resurselor (pentru spitalele cu tehnologii sofisticate, asistența la domiciliu, extinderea programelor de imunizare sau investirea mijloacelor financiare în asistența medico-sanitară primară).

Atât CBA, cât și CEA includ costurile inițiale și tardive, dar în cadrul acestor analize trebuie ținut cont de faptul că valoarea banilor în viitor va fi mai mică ca în prezent. De aceea costurile și beneficiile derivate dintr-un proiect trebuie calculate cu rectificarea acestui fapt, mai ales în cazul în care efectele programelor implementate apar într-o perioadă îndelungată de timp. Valoarea cumulativă rectificată se numește valoarea netă prezentă (NPV).

SCHEMA DE EVALUARE GENERALĂ A COSTURILOR INTERVENȚIEI ȘI A CONSECINȚELOR

Aprecierea eficacității și costurilor unei intervenții a devenit baza politicii sanitare. Schima BASICC (schema de bază de evaluare a costurilor și consecințelor intervenției) a fost pe larg promovată de Centrele de Epidemiologie și Medicină Preventivă în Statele Unite. O altă schemă mai complexă ar permite aprecierea eficienței intervenției, costului, inclusiv a cheltuielilor indirecte, costurilor productivității (timpul pierdut de lucru sau odihnă) și costurile intangibile (durerea și suferința).

Costurile includ costuri fixe care nu variază în funcție de volumul serviciului acordat, precum și costurile pentru arendă, utilitățile sau

echipamentele incluse în program. Costul mediu reprezintă costul total al programului împărțit la unitățile totale ale produsului rezultat din acest program. Costul variabil este costul care variază în funcție de volumul serviciului furnizat cum ar fi numărul de vizite necesare pentru asistența la domiciliu. Costul marginal reprezintă costul suplimentar ce nu se include în cheltuielile pentru programul de bază (majorarea numărului de personal sau instituții pentru activități neprogramate).

BASICC este orientat preponderent asupra costurilor intervențiilor și costurilor directe care se referă la asistența medico-sanitară. Costul net poate fi calculat în felul următor: costul intervenției plus costul efectelor adverse pentru un număr n de persoane minus costul direct al numărului așteptat de cazuri evitate pentru același număr n de persoane:

$$\text{Costul net} = \text{costul programului} + \text{costul efectelor adverse} - \text{costul exodurilor sanitare adverse evitate}$$

Etapele evaluării utilizând schema BASICC sunt următoarele:

1. Descrieți programul, obiectivele, populația țintă, eficacitatea intervenției, barierele externe, resursele necesare, managementul programului, strategia de implementare, dovezile științifice ale eficacității;
2. Definiți impactul, incidența și prevalența bolii în cazul în care acest program nu este implementat;
3. Definiți rezultatele așteptate ce țin de îmbunătățirea calității vieții, reducerea incidenței sau severității bolii sau reducerea deceselor premature;
4. Apreciați eficacitatea intervenției luând în considerație că în practică succesul de 100% al intervenției este rareori determinat de complianța și eficiența acestei intervenții;
5. Apreciați costul intervenției pentru o unitate;
6. Apreciați costurile medicale directe ale rezultatelor adverse evitate prin intervenție;

7. Evaluați volumul resurselor necesare pentru intervenție, care includ costurile fixe, variabile, precum și costul unei unități.

VALOAREA VIEȚII UMANE

Unul dintre beneficiile așteptate de la o intervenție sanitară este salvarea vieții omenești. Aprecierea valorii economice a vieții omenești este un element util pentru calcularea beneficiilor intervenției specifice sau, spre exemplu, a compensației oferite familiei unei persoane care a decedat din cauza neglijenței doctorului sau a conducerii întreprinderii.

Valoarea vieții umane din punct de vedere economic a fost prima dată calculată de William Petty în anul 1699, când acesta dezvoltă ideea matematicii politice. William Farr în 1876 pentru calcularea echivalentelor economice a utilizat tabelele vieții. Mai târziu economiștii au calculat valoarea capitalului uman, dorința de a plăti pentru servicii și au elaborat alte metode de apreciere cantitativă a valorii vieții omenești.

Tentativele de a calcula valoarea economică a vieții umane s-au confruntat de nenumărate ori cu probleme etice și politice. Adepții materialismului evaluau valoarea vieții umane în dependență de valoarea producției pe care individul ar putea-o furniza societății. Adepții conceptului umanist erau de părerea că viața omului nu are preț, argumentând această poziție prin afirmația că salvarea unei vieți omenești înseamnă salvarea întregii omeniri (principiul sanctității vieții umane). Dacă viața omului nu are preț, medicii pot utiliza resurse prețioase pentru salvarea unei singure vieți umane, fără a lua în considerație faptul că aceste resurse sunt cheltuite din contul altor vieți omenești. Spre exemplu, costul unui transplant de cord, care poate îmbunătăți calitativ și cantitativ viața unui pacient, poate fi alocat în mod alternativ unui program de prevenție care poate salva mult mai multe vieți, prevenind apariția

bolilor cardiace la un număr mare de persoane. Trebuie oare agențiile internaționale să cheltuiască sute de milioane de dolari pentru eradicarea poliomielitei care este o boală schiloditoare, dar nu fatală, în timp ce rujeola, considerată drept boală răspândită benignă, ucide anual 1 milion de copii? Aprecierea valorii umane nu trebuie considerată ca o tentativă de provocare a conflictelor etice, ci doar ca un instrument de planificare a priorităților și necesităților economiei sanitare.

În economia sanitară sunt utilizate unele unități arbitrare pentru demonstrarea căilor alternative de utilizare a resurselor limitate. Valoarea socială implicită a vieții (ISV) caracterizează programul după numărul de vieți omenești salvate, reieșind din principiul că într-o societate democratică toate viețile au aceeași valoare intrinsecă. Aprecierea inconsistentă a ISV s-a reflectat în unele decizii guvernamentale din mai multe țări. Guvernul Marii Britanii, spre exemplu, a respins propunerea de a introduce containerele pentru medicamente securizate de copii, program care presupunea cheltuirea a mai puțin de 5000 de dolari SUA pentru o viață salvată. Totodată același guvern a adoptat schimbările în codul de construcție care presupuneau cheltuirea a 50 de milioane de dolari pentru fiecare viață salvată. Costurile estimate ale unui an de viață salvată pot varia de la o intervenție sanitară publică la alta: mamografia anuală efectuată femeilor de 40-49 de ani costă, după unele aprecieri, 62.000 de dolari SUA pentru fiecare an de viață salvată, pe când programul de efectuare o dată în trei ani a mamografiei la femeile de 60-65 de ani costă doar 2.700 de dolari pentru un an de viață salvată; programul de sistare a fumatului de către bărbații de 50-54 de ani are un raport cost/eficacitate de 990 dolari pentru fiecare an de viață salvată (Brownson, Remington, Davis, 1998).

Anexa 11.2. Valoarea socială implicită a vieții (exemplu).

Valoarea socială implicită a vieții (ISV) se calculează prin următoarea ecuație:

$$ISV = \frac{\text{costul total} - \text{beneficiile totale}}{\text{suma anilor de viață salvată}}$$

Spre exemplu, în Marea Britanie în anii 1960, în pofida faptului că costurile sociale depășeau cu mai mult de 5000 de dolari beneficiile sociale, dializa la domiciliu era efectuată. Cu alte cuvinte societatea era gata să plătească 5000 de dolari pentru menținerea în viață pe parcursul unui an a unui membru al societății. Din acest exemplu putem conchide că ISV este de cel puțin 5000 de dolari SUA.

Economiștii din trecut evaluau viața reieșind din pierderea produsului net al societății sau luând în considerație pierderile viitoare de venit minus pierderile viitoare în consumare datorate decesului unui individ. Această metodă de determinare a capitalului uman este încă pe larg utilizată deoarece este simplă în calculare. Totodată ea nu ia în considerație suferința familiei decedatului. Fiind calculată prin această metodă viața unui pensionar are o valoare negativă deoarece acesta nu mai este producător de bunuri materiale și servicii. Această metodă nu precaută lucrul efectuat la domiciliu cum ar fi pregătirea bucatelor, lucrul de menajerie și educarea copiilor, precum și nu ia în considerație valoarea beneficiilor psihologice și sociale ale unei familii ce constă din mai multe generații.

O altă metodă de apreciere a valorii vieții umane este bazată pe oferirea prin judecată a compensațiilor. Aceasta reprezintă o metodă subiectivă frecvent bazată pe interpretarea de către judecată a gradului de contribuție a neglijenței. Spre exemplu, această apreciere poate depinde totalmente de faptul dacă victima accidentului rutier era sau nu cu centura de siguranță pusă în momentul impactului.

O metodă reușită de apreciere a valorii vieții umane este cea bazată pe dorința de plăți a individului pentru reducerea probabilității de a deceda. Spre exemplu, cât ar putea plăti persoana pentru procurarea anvelopelor noi pentru automobilul său sau care ar fi costul suplimentar pe care persoana ar fi gata să-l achite pentru a călători cu o rută aeriană mai sigură? Ce sumă va fi gata pacientul să achite suplimentar pentru a fi operat de un chirurg renumit sau va

accepta serviciul accesibil din cadrul spitalului de circumscripție. Astfel de aprecieri prezintă dificultăți și frecvent se bazează pe întrebări referitor la diferite situații ipotetice. Răspunsurile depind de asemenea și de venitul respondentului, de atitudinea lui față de risc și de probabilitatea decesului.

Subiectul aprecierii valorii vieții omenești nu este doar teoretic. În cazul în care, spre exemplu, costul prevenirii transmiterii HIV de la mamă la făt este de 3000 de dolari SUA, iar numărul de cazuri de femei gravide HIV pozitive care pot transmite virusul este atât de mare încât o mare parte din bugetul național al unei țări în curs de dezvoltare poate fi cheltuită doar pentru acest scop, în timp ce există o insuficiență de fonduri pentru imunizarea de bază – în asemenea condiții frecvent este necesară efectuarea unei alegeri frecvent dureroase, dar inevitabile. Toate societățile se confruntă cu necesitatea efectuării alegerii priorităților și alocarea resurselor. Decizia de construire a magistralelor auto moderne este o decizie care promovează importante valori sociale, dar care poate costa vieți omenești survenite de pe urma efectului de degradare a mediului din cauza poluării excesive și accidentelor rutiere.

FINANȚAREA SĂNĂTĂȚII – NIVELUL MACROECONOMIC

Finanțarea asistenței medico-sanitare a evoluat pe parcursul istoriei de la achitarea personală a serviciului la momentul acordării lui la finanțarea prin intermediul asigurării medicale preplătite de către patron/angajat sau, în dependență de țară, la finanțarea statală a asistenței medico-sanitare prin intermediul mecanismelor de securitate socială bazate pe impozitare cu participarea organizațiilor private și nonguvernamentale (Tabelul 11.3.). În ultimă instanță toate țările se confruntă cu necesitatea finanțării de către stat a asistenței medico-sanitare pentru întreaga populație sau cel puțin, ca în Statele Unite, cu finanțarea de către stat a asistenței medico-sanitare acordate

grupurilor populaționale vulnerabile cum ar fi vârstnicii și săracii, precum și cu serviciile medicale pe care asigurarea medicală nu le poate acoperi (serviciile medico-sanitare comunitare) (vezi Capitolul 13).

TABELUL 11.3. Sursele de finanțare a serviciilor sanitare.

Surse publice	Surse private	Surse internaționale
Veniturile guvernelor federal, statale și locale provenite preponderent din impozitare; venituri accizuri, resurse, moșteniri, valoarea supraadăugată, venituri capitale, proprietăți, speciale Securitatea socială: impozitul pe salariu Asigurarea medicală obligatorie Loterii Taxe special dedicate: produse din tutun, alcool, jocuri de noroc	Asigurare medicală privată Mijloace personale Donații private Fundații private Servicii comunitare de voluntariat	Organizații afiliate la ONU Fundații Organizații religioase Alte organizații nonguvernamentale Banca Mondială Ajutorul reciproc statal

Finanțarea asistenței medico-sanitare include nu numai metode de strângere a mijloacelor financiare, ci și alocarea acestor fonduri. Cheltuielile sanitare naționale derivate din surse guvernamentale și nonguvernamentale sunt utilizate pentru finanțarea unui șir larg de programe și servicii. În orice sistem sanitar există o competiție pentru fonduri și de faptul cum sunt alocate mijloacele financiare depinde nu numai modul de furnizare a serviciului, dar și prioritățile („legile” economiei sanitare – Anexa 11.3).

Anexa 11.3. „Legile” alocării resurselor sanitare.

1. *Legea Sutton: Willy Sutton, spărgător de bănci, fiind întrebat de ce le sparge a răspuns: ”Deoarece acolo sunt bani.” Această expresie este utilizată pentru a indica că serviciile medico-sanitare își concentrează eforturile asupra acelor aspecte sanitare care sunt mai bine finanțate. În cazul în care mai multe mijloace financiare sunt alocate pentru serviciile de tratament, iar asistența preventivă este insuficient finanțată, accentul primordial în asistența medico-sanitară va fi pus pe metodele de tratament și nu pe cele preventive.*
2. *Legea Capone: Al Capone, gangster renumit, planificând împreună cu colegii împărțirea sferelor de influență în Chicago a spus: „Luați partea*

de nord și eu voi lua partea de sud.” (cu alte cuvinte să împărțim lucrurile în conformitate cu interesele reciproce). Această expresie în contextul sanitar înseamnă că planificarea sanitară poate reflecta interesele furnizorilor de asistență medico-sanitară, care sunt opuse intereselor publicului general. O utilizare alternativă a acestui concept poate sublinia că planificarea macroeconomică servește interesele generale și nu pe cele ale pacientului individual.

3. *Legea Roemer: „Paturile spitalicești, odată construite și asigurate, vor fi pline.” Asigurarea paturilor spitalicești este determinanta cheie a utilizării acestora, în special în cazul în care publicul este asigurat medical. Această „lege” a fost modificată în baza experienței modificării sistemelor de achitare cu introducerea stimulării financiare pentru reducerea utilizării paturilor. După introducerea achitării prin metoda grupurilor cu diagnosticuri înrudite (DRG) în Statele Unite în anii 1980 a avut loc o reducere considerabilă în utilizarea și asigurarea paturilor spitalicești. Metodele de stimulare financiară pentru controlul atât al asigurării paturilor spitalicești, cât și al utilizării acestora sunt elemente de importanță crucială pentru planificarea sanitară din majoritatea țărilor industrializate.*

Consecințele economice ale deciziilor referitor la alocarea resurselor sunt determinante majore ale economiei sanitare. Fiecare țară se confruntă cu probleme similare în reformarea sistemelor sanitare legate de modificarea serviciilor în conformitate cu noile necesități și rezultatele economice ale deciziilor anterioare (vezi Capitolul 13). Analiza comparativă a cheltuielilor naționale totale pentru asistența medico-sanitară este prezentată în Tabelul 11.4. Statele Unite sunt o țară care cheltuiește pe an ce trece tot mai multe resurse financiare pentru asistența medico-sanitară. Totodată în anii 1990 această țară a reușit să reducă ritmul de creștere al acestor cheltuieli. În Canada ritmul de creștere al cheltuielilor sanitare în anii 1970 și 1980 era de asemenea înalt. Totuși această țară a reușit să reducă acest ritm și s-a plasat după cheltuielile sanitare la cap de locuitor de pe locul doi pe locul patru după Statele Unite, Germania și Franța.

Cheltuielile pentru asistența medico-sanitară includ mijloacele financiare din toate sursele cheltuite pentru întreg sectorul sanitar, indiferent de faptul cine gestionează sau furnizează serviciile. Metodele de finanțare a asistenței medico-

sanitare includ finanțarea din impozite, prin intermediul sistemului de securitate socială, prin intermediul asigurărilor preplătite de patron/angajat sau prin achitarea directă a serviciilor de către consumator la momentul acordării lor. Cheltuielile totale pentru asistența medico-sanitară și modul în care aceste fonduri sunt alocate reprezintă subiecte fundamentale ale economiei și planificării sanitare. Alocarea resurselor necesită un proces minuțios de planificare pentru a echilibra cheltuielile din diferite sectoare ale domeniului sanitar și a asigura echitatea între diferite regiuni și grupuri sociale în societate.

Care este volumul „optimal” de finanțare a sectorului sanitar? Răspunsul la această întrebare reprezintă o decizie politică care reflectă valoarea socio-economică a sănătății pentru națiunea dată. Această atitudine a națiunii față de sănătate este reflectată de asemenea și de faptul cât de bine este plătit personalul medical în comparație cu alte profesii, precum și de asigurarea cu resurse fizice și umane a asistenței medico-sanitare în societatea dată. Practic toate țările dezvoltate au recunoscut importanța sănătății naționale și rolul sistemelor de finanțare în asigurarea unui acces universal la asistența medico-sanitară. Soluțiile de rezolvare a acestor probleme diferă de la o țară la alta (vezi Capitolul 13), dar este important de menționat că sistemul de finanțare influențează considerabil serviciile furnizate. Marea Britanie continuă să-și gestioneze Serviciul Național de Sănătate, alocând un procent relativ mic din Produsul Intern Brut (GDP). Același lucru se întâmplă și în Danemarca și Japonia (Tabelul 11.4).

Existe diferențe semnificative între nivelul cheltuielilor sanitare în diferite țări. În țările cu o economie de piață bine dezvoltată pentru sănătate sunt alocate 9,3% din GDP, pe când fostele țări socialiste cheltuiesc pentru sănătate doar 3,5%, iar țările în curs de dezvoltare în mediu sub 4,5%. Cheltuielile sanitare la cap de locuitor de asemenea variază în limite largi. Totodată aceste cheltuieli nu reflectă eficiența utilizării resurselor. Din păcate în multe țări cu o finanțare săracă a asistenței medico-sanitare resursele sunt utilizate ineficient.

TABELUL 11.4. Cheltuielile la cap de locuitor în procente din Produsul Intern Brut (GDP) în următoarele țări, 1960-1997.

Țara	1960	1970	1980	1990	1995	1997
Statele Unite	5,1	7,1	8,9	12,2	13,6	13,5
Canada	5,5	7,1	7,3	9,2	9,7	9,0
Franța	4,2	5,8	7,6	8,9	9,9	9,6
Germania	4,3	5,7	8,1	8,2	10,4	10,4
Suedia	4,7	7,1	9,4	8,8	7,2	8,6
Japonia	Na	4,4	6,4	6,0	7,2	7,3
Danemarca	3,6	6,1	6,8	6,5	6,4	7,4
Marea Britanie	3,9	4,5	5,6	6,0	6,9	6,7

Sursa: *Health United States*. 1998, and OECD Health Data, 1998; Anderson, G.F., Poullier, J.P. Health spending access, and outcomes: trends in industrialized countries. *Health Affairs*, op cit.

Indiferent de eficiența utilizării resurselor țările care cheltuiesc pentru sănătate mai puțin de 4% din Produsul Național Brut (GNP) au un sistem de asistență medico-sanitară slab dezvoltat. Acele țări care alocă pentru sănătate între 4-5% din GNP pot tinde la o asistență medico-sanitară universală, care frecvent este asigurată cu prețul unor salarii mizere și a echipamentului învechit, cheltuind resursele limitate prea econom. Această situație se agravează, în special în condițiile unui surplus de medici și spitale care creează așa-numitul efect de sifon al resurselor sanitare sau în cazul în care resursele sunt concentrate în orașe, în timp de majoritatea populației locuiește în localitățile rurale.

Țările dezvoltate care cheltuiesc pentru asistența medico-sanitară de la 6 la 14% din GNP au tras concluziile cuvenite, plasând asistența medico-sanitară printre prioritățile vitale ale societăților lor. În țările cu o finanțare sanitară majoră cum ar fi Statele Unite, veniturile medicilor sunt foarte înalte, chiar în comparație cu alți profesioniști bine plătiți. În statele unde există o singură agenție de finanțare a sistemului sanitar cheltuielile administrative sunt mai mici decât în țările cu o finanțare din mai multe surse a serviciilor medico-sanitare. În Canada cheltuielile administrative de gestionare a programelor provinciale de asigurare medicală constituie mai puțin de 5% din cheltuielile sanitare totale, în comparație cu Statele Unite unde pentru administrarea

asigurărilor medicale private se cheltuiește aproximativ 30% din cheltuielile totale.

În anul 1981 Organizația Mondială a Sănătății a definit Strategia Globală de Dezvoltare a Sănătății în care accentul este pus pe utilizarea eficientă a resurselor ca element de importanță vitală pentru dezvoltarea sănătății. WHO a recomandat alocarea preferențială a resurselor serviciilor de asistență primară și intermediară, în special pentru asigurarea cu asistență medico-sanitară a grupurilor populaționale astăzi lipsite de ea. În majoritatea țărilor sunt necesare realocări ale resurselor pentru fortificarea asistenței primare și adoptarea noilor tehnologii și programe care s-au dovedit a fi cost-eficiente în ceea ce privește costurile și beneficiile anticipate.

În țările unde există multiple surse de finanțare a domeniului sănătății, este dificil fără ajutorul financiar suplimentar din partea statului de a elabora un plan național de finanțare sanitară pentru prevenirea inechităților în grupurile socio-economice și populațiile urbane și rurale. În cazul în care în asigurarea medicală sau sistemul statal de oferire a granturilor pentru servicii specifice sunt implicate mai multe agenții, apar diferențe în serviciile acordate diferitor grupuri populaționale, fiind afectate în special păturile populației, care nu au reprezentanți în organele de guvernare și care, frecvent, au cele mai mari necesități sanitare. În astfel de circumstanțe deseori serviciile de sănătate publică își concentrează eforturile asupra furnizării serviciilor de bază persoanelor private de beneficiile sanitare din motivul lipsei asigurării medicale. Acest fapt are un impact major asupra serviciilor de sănătate publică, care și așa sunt insuficient subvenționate în comparație cu serviciile clinice. Țările cu o astfel de organizare sanitară sunt nevoite să introducă asigurarea medicală națională pentru persoanele dezavantajate (vârstnicii și săracii), oferindu-le un loc special în sistemul de asigurare, acestea plătind mai puțin decât clasa socială medie și lucrătorii activi. Acest sistem este aplicat în Statele Unite și în multe țări în curs de dezvoltare (vezi Capitolul 13).

În țările cu o finanțare centralizată a asistenței medico-sanitare există un potențial de alocare rațională a resurselor, dar aceasta depinde de volumul finanțării totale și strategia politică rațională de alocare a resurselor cu scop de asigurare a accesului echitabil la servicii și a echilibrului dintre un sector sanitar și altul. Alocarea mijloacelor financiare sanitare presupune un proces de selectare din mai multe alternative. Alocarea inadecvată a resurselor în diferite sectoare sanitare poate duce la crearea un sistem sanitar neproductiv și risipitor. Ca exemplu poate servi finanțarea excesivă a asistenței medico-sanitare terțiare în condițiile lipsei asistenței primare.

În țările unde fondurile sunt alocate autorităților sanitare regionale sau locale există mai mari posibilități de realocare a resurselor pentru satisfacerea deplină a necesităților locale ale populației. Dar acest potențial poate fi compromis de lipsa datelor și a analizei la nivel local și districtual pentru stabilirea priorităților regionale. Unele funcții ale sistemelor înalt centralizate sunt de o importanță crucială pentru promovarea intereselor sanitare naționale și a echității interregionale. Aceste funcții includ stabilirea strategiei politice și a standardelor, monitorizarea indicilor stării sănătății și determinarea scopurilor și obiectivelor sanitare cu finanțarea activităților de promovare a priorităților naționale. Șirul de servicii sau programe care necesită finanțare pentru un grup populațional este prezentat în Tabelul 11.5.

TABELUL 11.5. Categoriile majore ale cheltuielilor sanitare.

1. <i>Asistența instituțională</i> Spitale clinice Spitale generale Spitale psihiatrice și de altă specializare Instituții de asistență de lungă durată Instituții de asistență rezidențială Spitale de asistență paliativă 2. <i>Medicamente și vaccinuri</i> 3. <i>Asistența ambulatorie</i> Asistența primară, practica de familie, asistență pediatrică, prenatală și medicală Asistența medicală specializată de diagnostic și tratament Spitalele de zi și clinicele ambulatorii de asistență chirurgicală, medicală,	6. <i>Programe cu destinație specială</i> Imunizarea Sănătatea mamei și a copilului Planificarea familiei Sănătatea mentală STD, HIV, tuberculoza Screening-ul pentru depistarea cancerului, diabetului zaharat, hipertensiunii arteriale 7. <i>Sănătatea dentară</i> 8. <i>Activități sanitare comunitare</i> Comunități sănătoase Promovarea sănătății în comunitate și în grupurile de risc Sănătatea mediului și igiena muncii Igiena alimentară Securitatea apei potabile
--	---

geriatrică, de dializă, psihiatrice, oncologice, de tratament al abuzului de droguri și alcool 4. <i>Asistența la domiciliu</i> 5. <i>Asistența de suport al vârstnicilor</i>	Grupuri speciale 9. <i>Cercetări științifice</i> 10. <i>Educația și perfecționarea profesională</i>
---	---

În anul 1997 în Statele Unite 43,4 milioane de persoane sau 16,1% din populație erau neasigurate. Medicaid, program de asigurare medicală în masă a săracilor și a asistenței de lungă durată a vârstnicilor, orbilor și persoanelor cu dizabilități permanente, în anul 1997 finanța serviciile medico-sanitare acute și de lungă durată pentru 41,3 milioane de beneficiari, cheltuind aproape 160 de miliarde de dolari SUA din contribuțiile federale, statale și locale. Medicare, program de asigurare a vârstnicilor, persoanelor cu dizabilități și pacienților în stadiul terminal al insuficienței renale în anul 1997 a cheltuit 215 miliarde de dolari (4083 dolari pentru fiecare asigurat). Ambele programe fac parte din Amendamentele aprobate în 1965 la Legea de Securitate Socială, Medicare fiind gestionat prin administrare federală, iar Medicaid fiind administrat cu participarea celor trei nivele administrative – federal, statal și local.

COSTUL AFECȚIUNII

Cheltuielile directe pentru asistența medico-sanitară din Statele Unite după tipul afecțiunii sunt apreciate regulat prin Examinări în Masă a Cheltuielilor Medicale Naționale pentru asistența medico-sanitară a populației civile, neinstituționalizate, această investigație acoperind mii de persoane și instituții sanitare. Cele mai multe mijloace financiare în Statele Unite sunt cheltuite pentru asistența bolnavilor cu boli cardiovasculare, urmează asistența pacienților cu traume și cu neoplasme.

Începând cu anul 1993, după o perioadă de majorare vertiginoasă a cheltuielilor sanitare din anii 1980, în SUA au fost inițiate măsuri de reducere a ritmului de creștere al costurilor asistenței medico-sanitare, care s-au încununat

cu succes. Această reducere a ritmului de creștere se datora, parțial, introducerii sistemului de asistență controlată și a mecanismelor de stimulare a reducerii utilizării asistenței spitalicești, precum și realocării resurselor de la asistența spitalicească la cea ambulatorie fapt care s-a soldat în anii 1991-1997 cu o creștere cu 36% a mijloacelor financiare achitate de Medicare medicilor generaliști și cu o reducere cu 15% a plăților pentru asistența specializată. Spre exemplu, veniturile chirurgilor oftalmologi s-au redus cu 18,4%, iar ale cardiochirurgilor cu 9,3%.

Costurile și variația lor în practica medicală

În condițiile unei asistențe medico-sanitare preplătite, fie ea publică sau privată, în atenția managerilor serviciilor sanitare neapărat vin așa probleme ca creșterea costurilor, utilizarea risipitoare a resurselor, variația costurilor și fraudele în practica medicală. Variațiile costurilor în dependență de necesitățile grupurilor populaționale deservite poate fi justificată. Totodată în cazul în care analiza epidemiologică nu justifică aceste variații, ele devin o problemă administrativă care necesită soluții alternative. Compararea calității și cantității serviciilor acordate diferitor grupuri populaționale este în competența organelor epidemiologice și administrative. Această abordare a problemei fiind suplimentată cu date curente din literatura de specialitate referitor la noile metode de tratament argumentează așa-numita practică medicală bazată pe dovezi.

Analiza practicii medicale prin intermediul examinării datelor medicale și spitalicești poate pune în evidență diferențe izbitoare între diferite orașe, regiuni și țări. Prin această analiză, denumită ca „analiza ariilor mici”, sunt examinați indicii practicii medicale în tentativa de a determina cauzele acestor diferențe semnificative. Spre exemplu, nu există dovezi incontestabile ale beneficiilor ratelor înalte ale unor intervenții chirurgicale cum ar fi histerectomia, colecistectomia sau tonsilectomia. Mai mult ca atât, aceste operații sunt însoțite de o rată relativ majoră de complicații postoperatorii sau erori iatrogene. Spre

exemplu, rata colecistectomiilor la începutul anilor 1990 în Canada era de 600, în Statele Unite de 370, iar în Marea Britanie de 122 la 100.000 de populație. Aceste studii au demonstrat că excesul de chirurghi și metoda de achitare a plății pentru serviciu au dus la efectuarea intervențiilor chirurgicale inutile și potențial periculoase. Costul acestor erori pentru sistemul sanitar este major și apreciabil.

În Statele Unite Organizațiile de Menținere a Sănătății (HMO) s-au dovedit a fi capabile să furnizeze o asistență complexă o perioadă îndelungată de timp fără abuz de asistență spitalicească. HMO și organizațiile cu profit de asistență controlată s-au răspândit pe larg în anii 1990. Numărul spitalizărilor, durata medie de spitalizare și numărul de zile pat pentru membrii HMO (care nu erau incluși în programul Medicare) și membrii Medicaid în anii 1993-1994 erau mult mai mici decât aceiași indici din populația acoperită de asigurarea medicală bazată pe plata imediată pentru serviciu.

Descoperirea și implementarea tehnologiilor inovatorii noi, simple, ieftine, mai puțin invazive și însoțite de un risc mai mic s-a soldat cu schimbări importante în standardele asistenței medico-sanitare. Evaluarea continuă a criteriilor medicale variabile cu implementarea noilor cunoștințe și realizări, de rând cu unanimitatea opiniilor generale confirmate prin meta-analize sunt de o importanță esențială pentru promovarea calității asistenței medico-sanitare (vezi Capitolul 15).

Stăpânirea costurilor

Marile așteptări publice și profesionale de la asistența medico-sanitară, de rând cu cererea crescândă a populației în vârstă, tehnologia medicală costisitoare și dublarea serviciilor medicale înalt tehnologice, toate acestea contribuie la criza costurilor sanitare din mai multe țări. Stăpânirea costurilor a devenit o problemă importantă căreia era determinată de faptul că ritmul vertiginos de creștere al costurilor sanitare în majoritatea țărilor în anii 1970 și 1980 a depășit ritmul de creștere economică. În acele condiții guvernele țărilor

au devenit preocupate de căutarea soluțiilor pentru stăpânirea ritmului de creștere a acestor costuri. Analiza cost-eficacitate și cost-beneficiu, revizuirea caracteristicile noilor intervenții și programe sanitare în ceea ce privește cheltuielile administrative și capitale precum și beneficiile acestora, au devenit părți componente importante ale planificării și managementului sanitar care influențează considerabil procesul de luare a deciziilor raționale. Atâta timp cât spitalele rămân consumatori majori ai resurselor sanitare (între 40% și 60% în dependență de țară), eforturile maxime sunt orientate asupra reducerii utilizării spitalului și dezvoltării serviciilor sau programelor alternative de asistență ambulatorie și comunitară.

Stăpânirea costurilor și prestarea asistenței medico-sanitare de calitate înaltă sunt noțiuni care pot coexista. Desigur măsurile de stăpânire (Tabelul 11.6) a costurilor sunt însoțite de creșterea preciziei în asistența medicală și utilizarea mai eficientă a resurselor. Unele măsuri presupun înlocuirea unui serviciu costisitor cu unul mai ieftin, iar altele sunt legate de modificări în serviciile medicale profesionale cum ar fi introducerea în locul tratamentului chirurgical în staționar a chirurgiei ambulatorii pentru, spre exemplu, pacienții care au suferit infarctul de miocard.

TABELUL 11.6. Exemple de programe de servicii medico-sanitare care promovează stăpânirea (reducerea) costurilor.

Programul	Acțiunile
Asistența la domiciliu	Reducerea duratei de spitalizare după tratamentul medical sau chirurgical; reducerea incidenței infecțiilor nozocomiale (achiziționate în spital); suportul vârstnicilor și al bolnavilor cronici pentru a preveni instituționalizarea lor de lungă durată
Instituțiile de asistență de lungă durată	Pentru persoanele care nu pot fi îngrijite în familie – reducerea duratei de spitalizare
Reducerea cheltuielilor	Reducerea numărului de paturi spitalicești, limitarea serviciilor medicale
Asistență ambulatorie sau de zi chirurgicală, medicală, mentală	Reducerea duratei de spitalizare, însoțită de limitarea infecțiilor secundare și a complicațiilor iatrogene
Prevenția	Prevenția (primară, secundară și terțiară) reduce spitalizarea pentru boli evitabile prin vaccinare, boli cardiovasculare și complicațiile acestora
Sănătatea mediului	Clorurarea apei comunitare previne bolile diareice și reduce numărul de spitalizări; fluorizarea apei reduce bolile stomatologice

Promovarea sănătății	Intervenții de reducere a traumatismelor rutiere; interzicerea fumatului în locuri publice pentru reducerea cancerului pulmonar și a cardiopatiei ischemice
Grupurile cu diagnosticuri înrudite (DRG)	Promovează reducerea duratei de spitalizare
Organizații de menținere a sănătății și de asistență controlată (HMO și MCO)	Promovează alternative pentru spitalizarea de lungă durată, micșorează utilizarea spitalului; stimulează patronii, angajații și guvernele să înroleze beneficiarii în programe mai puțin costisitoare de asistență controlată; metoda de capitație stimulează atitudinea preventivă față de boală, fortifică asistența ambulatorie și cea preventivă
Regionalizarea sistemului sanitar	Promovează raționalizarea serviciului, eliminarea excesului de instituții și a dublării lor; promovează orientarea comunitară în organizarea serviciilor

Țările în care sistemele sanitare sunt finanțate din surse publice sunt deosebit de interesate în introducerea mecanismelor de stăpânire a costurilor, deoarece acestea vor permite reducerea cheltuielilor sanitare la nivel național. În Canada organele de administrație publică și-au reorientat eforturile de la asigurarea accesului la asistența medico-sanitară la implementarea metodelor de stăpânire a costurilor. În anii 1980 cheltuielile sanitare au crescut până la 12,5% din GNP ceea ce depășește cu mult nivelul creșterii economice în această țară. Mecanismele de stăpânire a costurilor implementate în Canada includ controlul plăților, regionalizarea sistemului sanitar pentru prevenirea dublării serviciilor și a excesului de paturi spitalicești, precum și majorarea utilizării serviciilor medicale non-spitalicești. În anii 1990 aceste măsuri s-au încununat cu succes, reducând ritmul de creștere al cheltuielilor sanitare (Capitolul 13).

ASISTENȚA MEDICALĂ ȘI SPITALICEASCĂ – MICROECONOMIA

Strategia politică de alocare a resurselor elaborată la nivel național, regional și local trebuie să ia în considerație mulți factori specifici care influențează modul de prestare a serviciului și costul acestuia. Asigurarea

asistenței eficiente depinde în mare măsură de faptul cum este plătit personalul medical și cum sunt organizate serviciile. Metodele de salarizare a doctorilor includ plata pentru serviciu, plata pentru caz, capitația, salariul sau combinațiile dintre aceste metode. Fiecare din acestea își are istoricul, avantajele și dezavantajele sale, precum și adepții și oponenții săi.

Plata pentru serviciile medicului

Plata pentru serviciu presupune achitarea plății pentru fiecare serviciu prestat, cum ar fi vizita sau intervenția chirurgicală. Plata pentru asistența obstetricală complexă inclusiv asistența prenatală și intranatală, precum și pentru alte servicii complexe în timpul unei boli sau perioade de îngrijire se numește plată pentru caz. Plata pentru serviciu este o metodă tradițională răspândită de achitare a serviciilor medico-sanitare și reprezintă o practică încă utilizată în Canada, Germania și în alte țări. În unele locuri plata poate fi fixată prin intermediul negocierilor furnizorilor de asistență medico-sanitară cu organizațiile de asigurare medicală publice sau private. Costurile serviciilor medicale specializate frecvent depășesc cu mult plata pentru asistența medico-sanitară primară deoarece acestea sunt considerate mai prestigioase.

Metoda de plată pentru serviciu promovează o abundență de servicii costisitoare, inclusiv a celor chirurgicale, care frecvent depășesc necesitățile reale. Această situație apare în special atunci, când pacientul este asigurat complet acesta având o capacitatea de plată cu mult mai mare decât persoana neasigurată. Unele sisteme de asigurare cer participarea persoanei în acoperirea costurilor asistenței medico-sanitare. Această metodă a primit denumirea de coparticipare la plata pentru serviciile medicale. Această metodă este argumentată prin ideea că ea stimulează consumatorul să nu utilizeze servicii medico-sanitare inutile. Oponenții acestei metode sunt de părerea că metoda de coparticipare afectează disproporțional populația săracă și descurajează asistența preventivă.

Metoda de achitare a serviciilor medicale în baza principiului capitației presupune achitare unei sume fixe pentru asistența unei persoane într-o perioadă definită de timp. Această metodă poate fi aplicată atât pentru serviciile medico-sanitare complexe, cât și pentru medicii de familie. Spre deosebire de serviciul salarizat această metodă permite o cunoaștere mai apropiată a pacientului de către doctor. Ea a fost utilizată în Marea Britanie până la introducerea în anul 1911 a asigurării medicale naționale. Introducerea recentă a stimulărilor financiare pentru obținerea unei imunizări complete sau pentru implementarea programelor de screening a contribuit major la ridicarea performanței în aceste domenii.

În prezent sistemul de finanțare al Marii Britanii plătește un grup de medici generaliști (GP) pentru pacienții deserviți. Medicii generaliști încheie contracte cu spitalele pentru deservirea clienților lor. Fondurile medicilor generaliști plătesc spitalele bazându-se pe metoda grupurilor cu diagnosticuri înrudite (DRG). Acest sistem inițiat la sfârșitul anilor 1980 devine tot mai răspândit în cadrul Serviciului Național de Sănătate din Marea Britanie (NHS), deoarece permite reducerea numărului de paturi spitalicești și realocarea resurselor de la asistența instituțională la cea preventivă și ambulatorie.

Metoda de achitare a serviciilor medico-sanitare prin intermediul salarizării personalului medical este răspândită în spitale chiar dacă coexistă cu altele cum ar fi plata pentru serviciu sau capitația. Avantajul acestei metode constă în faptul că medicul își poate pronostica venitul. Totodată această metodă elimină motivația financiară a intervențiilor medicale inutile. Salarizarea poate fi combinată cu diferite stimulări financiare pentru serviciile suplimentare.

Metoda de remunerare a doctorilor are o influență semnificativă asupra modului de utilizare a serviciilor medicale. Dovezile empirice indică faptul că practica de plată pentru serviciu este însoțită de utilizarea excesivă a sistemului, inclusiv efectuarea intervențiilor chirurgicale inutile. În același timp serviciile salarizate sunt frecvent criticate pentru relațiile îndepărtate dintre medic și

pacient, ceea ce se poate solda cu deservirea lui inadecvată. În prezent devin tot mai răspândite metodele combinate de plată a serviciilor medicale, cea mai frecvent utilizată metodă fiind cea bazată pe principiul capitației.

Plata pentru asistența medico-sanitară complexă

Sistemul de achitare a serviciilor medico-sanitare pe cap de locuitor este un sistem de finanțare bazat pe o populație definită și un sistem sanitar care furnizează un șir complex de servicii medicale. Ca exemplu de astfel de sistem pot servi sistemele districtuale de sănătate sau organizațiile de asistență controlată. Finanțarea după principiul capitației este responsabilă pentru toată asistența medico-sanitară, astfel încât mijloacele financiare spitalicești pot fi realocate alternativelor mai cost-eficiente cum ar fi asistența ambulatorie, la domiciliu și de lungă durată. Populația poate fi, în baze voluntare, asigurată cu asistență medicală prin intermediul Organizațiilor de menținere a sănătății (HMO), sistemelor de asistență preplătită sau controlată. Populația poate fi asigurată cu servicii medicale și după principiul localizării geografice de către sistemele de sănătate districtuale sau regionale.

În unele sisteme de finanțare a asistenței medico-sanitare achitarea plății pentru cap de locuitor este efectuată cu luarea în considerație a distribuirii vârstelor și sexelor în populația din regiune și localitate. Pentru aprecierea necesităților în servicii sanitare la acestea sunt aplicate ratele naționale de utilizare a spitalelor pentru diferite grupe de vârstă și sex. Metoda de capitație oferă o motivație financiară pentru reducerea internărilor inutile și a duratei de spitalizare, totodată nu este în interesul spitalului de a externa pacientul înainte de termen deoarece aceasta poate fi subiectul litigiilor judecătorești sau pacientul poate fi reinternat ulterior pentru a asistență mult mai costisitoare.

Valoarea capitației poate fi determinată prin aplicarea coeficienților standardizați regionali ai mortalității (SMR), pentru a aprecia numeric diferențele de vârstă, sex și morbiditate. Această practică este pe larg utilizată în Marea Britanie. Serviciul Național de Sănătate al Marii Britanii își plătește

majoritatea medicilor generaliști printr-o metodă combinată de capitație și a grupurilor cu diagnosticuri înrudite (DRG) discutată mai jos.

ORGANIZAȚIILE DE MENȚINERE A SĂNĂTĂȚII ȘI DE ASISTENȚĂ CONTROLATĂ

Organizațiile de menținere a sănătății (HMO) sunt organizații care integrează sistemul de asigurare medicală cu cel de asistență medico-sanitară și sunt responsabile de serviciile spitalicești, ambulatorii și asistența preventivă a populației deservite. Aceste organizații reprezintă un sistem de asistență preplătită în care persoana asigurată este afiliată la o instituție medico-sanitară, care primește de la compania de asigurare plata pentru asigurarea individului asigurat cu servicii medico-sanitare complexe într-o perioadă definită de timp. Această strategie a fost dezvoltată inițial în Statele Unite, unde au fost create organizații non-profit sponsorizate de industrii, sindicate și grupuri corporative. Sub denumirea de practici preplătite în grup, aceste organizații au fost dezvoltate de Kaiser Permanente în California în timpul celui de-al II-lea Război Mondial și mai târziu în multe alte regiuni ale țării.

Începând cu anul 1973 când a fost primită legea referitor la HMO, Organizațiile de menținere a sănătății au devenit în Statele Unite o parte componentă a sistemului sanitar. Unele HMO de dimensiuni mari gestionează spitalele proprii utilizând 1,5 paturi spitalicești la 1000 de populație, cifră cu mult sub media din Statele Unite. Aceste organizații operează cu 1,2 medici la 1000 de populație, în comparație cu 4,5 la 1000 în sistemul de asistență medico-sanitară achitată prin metoda de plată pentru serviciu. Medicii care lucrează cu HMO pot fi remunerați prin salariu sau în baza capitației în cazul în care fac parte din personalul HMO de personal sau de grup sau în baza principiului de plată pentru serviciu dacă aceștia sunt membri ai asociațiilor de

practică independentă (IPA) sau a Organizațiilor de Furnizori de Preferință (PPO).

Anexa 11.4. Modele de Organizații de menținere a sănătății.

- 1. HMO de personal și de grup: HMO tradițională este bazată pe modelul practicii preplătite în grup în care HMO angajează sau contractează grupuri de medici pentru a furniza o asistență complexă membrilor săi, de obicei, în centre gestionate de către HMO sau în spitale proprii sau contractate de către HMO. HMO de grup pot coparticipa la stimularea financiară a medicilor și pacienților.*
- 2. Asociație de practică independentă (IPA): organizație de medici independenți care sunt contractați pentru asigurarea asistenței medico-sanitare la preț redus pentru pacienții care fac parte din HMO. Medicii pot de asemenea furniza asistență medicală și pacienților care nu aparțin HMO sau care sunt membri ai altei HMO.*
- 3. Organizație de furnizori de preferință (PPO): entitate oficială organizată de medici, spitale, farmacii, laboratoare și alți furnizori contractați pentru acordarea asistenței membrilor HMO la un preț redus sau în baza principiului capitației. Fiecare furnizor lucrează independent, dar respectă condițiile contractului inclusiv utilizarea expertizei colegiale. Beneficiarul își poate alege furnizorul din cei propuși.*

Asistența medico-sanitară din Statele Unite a fost influențată major de experiența HMO și a altor organizații de asigurare medicală care utilizau măsuri asemănătoare de control al costurilor, limitând creșterea practicii răspândite de plată pentru serviciu. HMO și organizațiile de asistență controlată fac asistența medico-sanitară mult mai ieftină deoarece promovează un management adecvat al pacienților în comunitate și reduc utilizarea spitalului.

Realizările majore din anii 1990 ale asistenței controlate au avut loc mai ales în sectorul cu profit al asistenței controlate, deoarece acesta este capabil să participe substanțial la asigurarea medicală a populației datorită avantajelor sale incontestabile (costul mai mic și asistența mai complexă decât cea a asigurării medicale bazate pe principiul plată pentru serviciu). Organizațiile de asistență controlată își asumă responsabilitatea deplină pentru asistența medico-sanitară complexă a membrilor săi. Către anul 1995 mai mult de 58 milioane de americani au primit asistență medico-sanitară prin intermediul HMO și alți 91

de milioane a fost deserviți de alte tipuri de organizații de asistență controlată cum ar fi organizațiile de furnizori de preferință. În anul 1997 aproximativ 48% din beneficiarii Medicaid s-au înscris în organizații de asistență controlată în comparație cu 10% în anul 1991. În 1997 4,9 mln. din 38 milioane de beneficiari de Medicare au fost incluși în programe de asistență controlată (website HCFA). HCFA care se ocupă de reglarea activității organizațiilor de asistență medico-sanitară a publicat recomandări pentru raportarea și evaluarea calității asistenței prestate prin intermediul acreditării acestor organizații (vezi Capitolul 15).

În prezent sistemele de asistență controlată sunt promovate de oamenii de afaceri, de companiile de asigurare, de programele Medicaid și Medicare, precum și de guvernul federal. Asistența controlată a devenit un mod predominant de utilizare a asistenței medico-sanitare controlate. În anul 1997 o pătrime din populația SUA era înrolată în HMO, limitele acestei acoperiri oscilând de la 18% în regiunile de sud și până la 36% în cele de vest. 67 de milioane de persoane primeau asistență medicală prin intermediul HMO, acest număr depășind dublu nivelul implicării populației în HMO în anul 1991. În anul 1991 jumătate din toți membrii HMO erau incluși în programe în grup, ulterior această practică micșorându-se până la 17%, în timp ce practica de înrolare în programele mixte s-a majorat de la 10 la 43% în anul 1997, procentul persoanelor înrolate în asociațiile de practici individuale rămânând constant de aproximativ 40%. În luna mai a anului 1999, 181,4 milioane de americani sau 66,6% din toată populația SUA erau înrolați în programe de asistență controlată (website Managed Care On-Line).

Asistența controlată, în special sectorul cu profit, este criticată de o mulțime de organizații medicale, sanitare publice, de către mass-media, stat și legislativul federal. Acest sistem este învinuit că reduce posibilitatea pacientului de a-și alege specialistul dorit sau asistența necesară, fapt datorat motivațiilor economice ale sistemului de capitație, în special când organizația este administrată de o companie ce urmărește profit. Beneficiile economice ale

acestei metode sunt în general recunoscute. Oponenții acestei metode atrag atenția publicului asupra motivației financiare a asistenței medico-sanitare cât mai restrânse și asupra pierderii de către individ a dreptului de consumator de a alege în sistemul de asistență controlată cu profit. Calitatea și problemele etice ale asistenței controlate sunt descrise ulterior în Capitolul 15. Eforturile legislativele statale și federale de a defini drepturile pacientului sunt încă în plină desfășurare, iar procedura de apelare și coșul minim de servicii sunt încă în proces de creare. Legea despre Drepturile Pacienților promovată activ de Președintele Bill Clinton în anul 1998 a suferit eșec în Congres cu o prevalare minimă de voturi (50-47). Această lege probabil va reapărea în viitor în sesiunile Congresului și în discuțiile politice aprinse.

Oponenții metodei de asistență controlată susțin că micșorarea utilizării spitalelor de către HMO se poate datora selectivității HMO față de membrii lor și că HMO ar putea deservi inadecvat membrii săi în scopul reducerii costurilor sau creșterii veniturilor medicilor. Totuși dovezile curente demonstrează că HMO furnizează o asistență medico-sanitară de calitate la un preț mai redus decât sistemele nelimitate de asigurare medicală, bazate pe plata pentru servicii. Reducerea ritmului de creștere a cheltuielilor sanitare din Statele Unite din anii 1994-1999 este atribuită trecerii unei considerabile părți a populației de la asistența achitată în baza principiului de plată pentru serviciu la asistența controlată. Asistența controlată apare de asemenea și în alte țări, în special în cele ale Americii Latine (Argentina, Brazilia, Mexic, Chile, Peru ș.a.), precum și pe Insulele Filipine, toate aceste țări căutând să stăpânească creșterea costurilor și să asigure cu asistență medico-sanitară o parte cât mai mare a populației.

SISTEME DE SĂNĂTATE DISTRICTUALE

În Marea Britanie și țările scandinave există de mai mulți ani modelul complex de servicii medico-sanitare sub forma de sistem de sănătate districtual. Persoanele rezidente ale unui district beneficiază de asistența medico-sanitară furnizată sau contractată de către district. În principiu împărțirea geografică a serviciilor medicale favorizează utilizarea eficientă a resurselor și transferul ușor al pacientului dintr-un serviciu în altul, în dependență de necesități și nu din cauza intereselor financiare ale furnizorului sau sistemului de asigurare medicală.

În țările scandinave există tradiții și o experiență bogată în domeniul managementului instituțiilor de asistență medicală la nivel de district, finanțarea acestora fiind efectuată prin combinarea impozitării locale și a granturilor naționale. Reformele din anii 1980 care au inclus integrarea unui număr mare de servicii în componența sistemelor de sănătate districtuale însoțită de micșorarea numărului de paturi spitalicești au dus la reducerea ritmului de creștere a cheltuielilor sanitare.

În Marea Britanie alocarea mijloacelor financiare sistemelor de sănătate regionale a fost studiată îndelungat și detaliat în anii 1980 de către Partidul Muncitoresc pentru Alocarea Regională a Resurselor (RAWP). Rezultatele finale ale acestui studiu au demonstrat că cea mai eficientă metodă de alocare a resurselor financiare autorităților sanitare locale este cea bazată pe principiul capitației cu rectificarea coeficienților standardizați districtuali ai mortalității. Această rectificare permite luarea în considerație a diferențelor de vârstă și a indicilor mortalității.

Noile inițiative de reformă sanitară din Canada combină micșorarea numărului de paturi spitalicești și regionalizarea serviciilor sanitare prin intermediul integrării lor în sistemele de sănătate regionale și districtuale. În Provincia Saskatchewan în anul 1993 au fost înființate 30 de secții districtuale de sănătate care includeau spitale, instituții de îngrijire și secții de sănătate publică. Finanțarea în baza principiului de capitație a permis realocarea resurselor de la asistența spitalicească la alte sectoare sanitare cum ar fi

asistența medico-sanitară la domiciliu și în comunitate. Provincia a reușit să reducă ritmul de creștere a cheltuielilor sanitare până la un nivel mai mic decât ritmul creșterii economice. Inițiativele sanitare rurale din Statul New York presupuneau de asemenea tranziția la sisteme sanitare districtuale, dar rigiditatea sistemelor de finanțare și lipsa promovării politice a acestor inițiative a dus la eșecul lor.

Regionalizarea spitalelor și a altor servicii reprezintă o altă metodă de raționalizare a asistenței medico-sanitare și de control a costurilor. În comunitățile cu un exces de paturi spitalicești și servicii competitive, regionalizarea, fiind însoțită de cooperarea sau eliminarea departamentelor și practicilor sanitare inutile și risipitoare (fertilizarea *in vitro*, cardiochirurgia, rezonanța magnetică nucleară [MRI]), permite raționalizarea asistenței medico-sanitare. În Statele Unite au fost întreprinse tentative de regionalizare a astfel de servicii cum ar fi sistemul de asistență perinatală (anii 1980), dar aceste practici nu au fost pe larg acceptate. În anii 1990 în Statele Unite, odată cu avansarea asistenței controlate, rețeaua de spitale din sectoarele cu profit și non-profit s-a extins agresiv cu scop de majorare a greutății specifice de piață a asistenței spitalicești și integrare pe verticală a serviciilor și managementului costurilor și eficacității.

ACHITAREA PLĂȚII PENTRU ASISTENȚA SPITALICEASCĂ

Spitalul reprezintă cel mai costisitor component al sistemului sanitar. Tradițional spitalele erau plătite pentru ziua de spitalizare sau cu un tarif fix pentru ziua-pacient. Costul unei zile de spitalizare poate fi reprezentat prin costul real al ei sau împărțind costurile totale pe zi ale asistenței medico-sanitare spitalicești la numărul de paturi, poate fi calculată media lui națională, statală sau regională, fiind posibile rectificări ulterioare ale acesteia.

Cheltuielile pe zi de spitalizare care reflectă cheltuielile spitalului pentru asistența medico-sanitară a pacientului într-o secție spitalicească, cum ar fi secția de terapie intensivă, pot fi mai mari sau mai mici decât suma primită.

Metoda de achitare pe zi de spitalizare încurajează durata lungă de spitalizare și este benefică pentru spitalele cu tehnologii învechite. Fiind bazată pe mediile naționale sau statale această metodă poate fi nerentabilă pentru spitalele cu personal calificat și tehnologii avansate cum ar fi spitalele clinice. În cazul în care serviciul este acoperit de asigurarea medicală nu există motivație pentru scurtarea duratei de spitalizare a pacientului. Achitarea pe zi de spitalizare este însoțită de utilizarea ineficientă a instituției, cum ar fi internările în spital pentru servicii de diagnostic și tratament care ar putea fi acordate prin căi alternative mai puțin costisitoare. Furnizorul de asistență medico-sanitară este stimulat de a spitaliza și presta asistență de lungă durată unui pacient în stare relativ bună, în timp ce pacientul în stare gravă reprezintă o responsabilitate financiară. Acest sistem este lipsit și de motivații de îmbunătățire a eficienței prin dezvoltarea serviciilor alternative de asistență ambulatorie sau de zi și penalizează spitalele care reduc durata de spitalizare sau utilizarea patului spitalicesc.

Plata pentru fiecare serviciu prestat în spital favorizează acordarea unei asistențe hiperbolizate inutile, durata de spitalizare îndelungată, ratele de internare majore, precum și dublarea serviciilor. Această metodă a fost răspândită în Statele Unite, dar în prezent este tot mai mult înlocuită prin metoda grupurilor cu diagnosticuri înrudite (DRG) (vezi mai jos). Această metodă de asemenea nu oferă motivații de reducere a costurilor și utilizării spitalului.

Bugetarea istorică este o metodă de remunerare bazată pe bugetul anului trecut, rectificat luând în considerație inflația și costurile serviciilor noi. Bugetul poate fi revizuit categorie după categorie de către agenția finanțatoare sau poate fi format în bloc, ceea ce oferă spitalului posibilitatea realocării mijloacelor financiare. Finanțarea poate include și investiții capitale pentru

renovare. Această metodă este frecvent utilizată în cazul în care spitalul este gestionat direct de către ministerul sănătății. Spre deosebire de sistemul de finanțare pentru o zi, acest sistem trebuie teoretic să ofere unele motivații pentru reducerea duratei de spitalizare și utilizarea eficientă a resurselor spitalicești.

Finanțarea după tarifele normative, practică pe larg în Uniunea Sovietică, oferă motivații la nivel național pentru menținerea numărului major de paturi spitalicești, a salariilor mizere și a calității proaste a serviciilor. Reforma în țările post-sovietice necesită anularea tuturor acestor norme istorice și reducerea capacității excesive de paturi spitalicești, precum și adoptarea unor motivații financiare pentru îmbunătățirea asistenței medico-sanitare (Capitolul 13).

În rezultatul preocupării majore a publicului și comunității profesionale de problemele costurilor medico-sanitare înalte și utilizării excesive a asistenței spitalicești în anii 1960 în Statele Unite au fost dezvoltate metode alternative de achitare a serviciilor medico-sanitare. Sistemul grupurilor cu diagnosticuri înrudite (DRG) a fost adoptat în 1983 de către Departamentul de Finanțare a Asistenței Medico-sanitare (HCFA) al SUA ca metodă de bază de achitare a costurilor asistenței spitalicești acordate beneficiarilor Medicare. În anul 1999 sistemul DRG reprezenta metoda de bază de achitare a asistenței spitalicești în Statele Unite. Acesta devine tot mai utilizat și în alte țări cum ar fi Marea Britanie, Israel și unele țări în curs de dezvoltare cum ar fi Insulele Filipine.

Sistemul DRG reprezintă un sistem de achitare prospectivă a asistenței spitalicești în baza a 495 de categorii de diagnostic și tratament fiecare din acestea având un preț fix. Acest sistem oferă motivații financiare pentru reducerea duratei de spitalizare, utilizarea eficientă a serviciilor de diagnostic și tratament și reducerea numărului de paturi spitalicești. În rezultatul implementării sistemului DRG în anii 1990 în Statele Unite a crescut considerabil numărul de servicii spitalicești ambulatorii, iar ratele ocupării paturilor treptat au scăzut. Implementarea sistemului DRG nu se soldează cu

reducerea internărilor și creează premise pentru falsificarea criteriilor de diagnostic cu hiperbolizarea diagnosticurilor pentru primirea unui venit mai mare („furtul DRG”).

Fiecare metodă de finanțare a asistenței medico-sanitare își are avantajele și dezavantajele sale. Metoda DRG este cea mai reușită pentru promovarea utilizării raționale a asistenței spitalicești. Bugetarea regională în baza principiului capitației însoțită de achitarea serviciilor spitalicești prin metoda DRG poate fi cel mai reușit mecanism de finanțare a asistenței ambulatorii și celei spitalicești, favorizând echitatea interregională și stimulând utilizarea eficientă a serviciilor de diagnostic și tratament. Sistemele de achitare prospectivă a serviciilor medico-sanitare trebuie numai decît asociate cu mecanisme de asigurare a calității asistenței, ceea ce reprezintă o problemă de importanță vitală pentru managementul sanitar (Capitolul 15).

CHELTUIELILE CAPITALE

Costul capital pentru construirea sau renovarea instituției medicale se bazează pe considerații de lungă durată, dar are și efecte importante asupra costurilor de gestionare curentă. Costul gestionării unei instituții medicale noi pe parcursul a 2-3 ani poate fi egal cu costul capital al acesteia. Cheltuielile capitale pot fi acoperite din surse publice, statale sau prin donații cu destinație specială. Agențiile guvernamentale pot în baza procedurii de certificare a necesităților (CON) aproba un proiect capital de construcție sau de dotare cu echipament a unui spital și apoi adopta un mecanism de acumulare a fondurilor necesare, incluzând costul capital în componența bugetului de lungă durată a instituției. Această practică a apărut în Statele Unite după primirea Legii Hill-Burton (vezi Capitolul 10) și în Canada după înființarea sistemului național de asigurare medicală. În țările în care spitalele sunt gestionate independent de

stat, fondurile necesare pentru acoperirea costurilor capitale pot fi strânse o perioadă mai îndelungată de timp prin instituirea unor mecanisme speciale.

În cazul în care costurile capitale sunt acoperite de stat acesta deține un control mai mare asupra direcțiilor, distribuirii și asigurării cu servicii spitalicești. Normele naționale pot favoriza creșterea numărului de paturi spitalicești prin încurajarea construcției spitalelor sau pot menține numărul excesiv de paturi în condițiile unei asistențe medico-sanitare de calitate joasă. Aceste norme pot de asemenea fi utilizate pentru stabilirea limitelor superioare sau a motivației financiare pentru reducerea numărului de paturi. Una din cele mai răspândite metode de stăpânire a prețurilor din anii 1990 o constituie reducerea numărului de paturi spitalicești, care nu este însoțită de micșorarea calității asistenței medico-sanitare. Reducerea numărului de paturi spitalicești este favorizată de transferul pacienților care necesită spitalizare de durată în programele de asistență la domiciliu sau în instituțiile de asistență de lungă durată cu transferarea costurilor capitale și pentru gestionare. Cu toate acestea menținerea calității asistenței este incompatibilă cu menținerea unui raport major de paturi spitalicești la populație (contradicție cu Legea Roemer sus-menționată), deoarece resursele pentru menținerea numărului excesiv de paturi spitalicești sunt utilizate din contul altor servicii medico-sanitare necesare comunității.

ASIGURAREA, UTILIZAREA ȘI COSTURILE ASISTENȚEI SPITALICEȘTI

Raportul de paturi spitalicești acute la populație în Statele Unite în anii 1940-1980 s-a majorat considerabil, iar ulterior acest raport s-a redus. Numărul de paturi și utilizarea acestora se schimbă odată cu introducerea motivațiilor financiare și majorarea presiunilor economice pentru a găsi noi forme mai puțin

costisitoare de asistență medico-sanitară, precum și odată cu recunoașterea tot mai largă a eficienței asistenței medico-sanitare ambulatorii și comunitar orientate. În Statele Unite utilizarea spitalului, durata medie de spitalizare și valoarea medie a ocupării patului au scăzut în special în perioada anilor 1980-1995. Numărul de personal spitalicesc la 100 de zile-pacient s-a majorat de la 226 în 1960 la 583 în 1991, această creștere reflectând majorarea numărului de servicii tehnice și de suport, precum și severitatea afecțiunilor pacienților internați. Creșterea numărului personalului, de inovații tehnologice și a medicațiilor costisitoare majorează semnificativ costul asistenței spitalicești. În Tabelul 11.7 sunt prezentate tendințele în asigurarea cu paturi spitalicești acute și în ocuparea lor în spitalele generale nefederale ale Statelor Unite în perioada anilor 1940-1996.

Tendințele asigurării cu paturi spitalicești și a utilizării acestora în Statele Unite au fost în descreștere în anii 1940-1990. În pofida îmbătrânirii populației tendința de micșorare a utilizării spitalelor a fost determinată de următoarele: schimbarea indicilor morbidității, substituirea asistenței spitalicești cu asistența ambulatorie, adoptarea sistemului DRG de achitare a serviciilor medico-sanitare spitalicești, reducerea duratei de spitalizare, dezvoltarea vertiginoasă a economiei sanitare și stăpânirea costurilor medicale, implementarea metodelor mai eficiente de asistență medico-sanitară, creșterea conștiințiozității sanitare a publicului general și îmbunătățirea metodelor de prevenție.

Mortalitatea de pe urma cardiopatiei ischemice în această perioadă s-a redus dramatic, totodată nu s-au micșorat ratele totale de spitalizare a pacienților cu boli cardiace, în timp ce numărul total de zile de asistență a scăzut cu 38%. Aceasta reflectă schimbările în asistența medico-sanitară cu micșorarea duratei de spitalizare și reabilitarea agresivă a pacienților cu infarct acut de miocard, precum și accentul asupra asistenței ambulatorii. Grație introducerii remediilor și tehnologiilor noi cum ar fi streptokinaza, angioplastia și aplicarea șunturilor aorto-coronariene, tratamentul medical modern al

infarctului acut de miocard este mai eficient decât cel anterior. Toate acestea au favorizat declinul treptat al ratelor mortalității (Capitolul 5).

Multe țări europene au început în anii 1980 să reducă numărul de paturi spitalicești. Cum se observă din Tabelul 11.8 Suedia și Franța și-au redus capacitatea de paturi cu 53% și respectiv 36%, în țările Europei de Vest această capacitate a fost micșorată în mediu cu 26%. În țările Europei de Est și cele post-sovietice numărul de paturi spitalicești rămâne mare, în timp ce cheltuielile sanitare la cap de locuitor sunt mici.

TABELUL 11.7. Numărul de paturi spitalicești acute și utilizarea lor, Statele Unite, 1940-1996.

Facilități	1940	1950	1960	1970	1980	1985	1990	1996
Paturi la 1000 de populație	3,2	3,3	3,6	4,3	4,5	4,2	3,7	3,3
Externări la 1000 de populație	na ^a	na	na	na	159	138	113	105
Durata medie de spitalizare (zile)	na	na	na	na	7,3	6,5	6,7	6,5
Numărul total de zile de spitalizare la 1000 de populație	na	na	na	na	1129	872	705	544
Procentul ocupării	70	na	75	77	75	65	67	62

Sursa: *Health United States*, 1993 and 1998, and OECD, 1998.

Notă: nu sunt incluse spitalele federale.

^ana – datele nu sunt disponibile (Not available).

Reducerea utilizării spitalului și a numărului de paturi spitalicești ridică problema realocării personalului și a resurselor. Instituțiile spitalicești pot fi transformate în alte instituții (vezi Anexa 11.5). Frecvent cea mai reușită metodă de utilizare a instituțiilor spitalicești vechi este transformarea lor în instituții de alt tip de asistență, mai ales că costul teritoriului pe care-l ocupă poate depăși cu mult beneficiile utilizării acestei instituții în calitate de spital.

TABELUL 11.8. Numărul de paturi spitalicești acute și cheltuielile sanitare totale (procentul din GDP) în țările selectate, 1980-1997.

Țara	Paturi la 1000 de populație			Cheltuieli sanitare totale (% din GDP)		
	1980	1990	1996	1980	1990	1997
Italia	7,5	6,0	5,1	7,0	8,1	7,6
Franța	6,2	5,2	4,5	7,6	8,9	9,9
Danemarca	5,6	4,6	3,9	8,7	8,2	7,7
Olanda	5,2	4,0	3,4	7,9	8,3	8,5
Suedia	5,1	4,1	2,8	9,4	8,8	8,6
Israel	3,0	2,6	2,3	6,8	7,8	8,4
Marea Britanie	2,9	2,3	2,0	5,6	6,0	6,7

Anexa 11.5. Reducerea excesului de paturi spitalicești.

1. Transformarea spitalului în instituție de asistență de lungă durată: lărgirea serviciilor de reabilitare, de asistență a bolnavilor cronici.
2. Închiderea maternităților: înlocuirea lor cu secții obstetricale din componența spitalelor generale districtuale.
3. Deschiderea secțiilor psihiatrice în cadrul spitalelor generale: închiderea paturilor de asistență psihiatrică de lungă durată sau transformarea lor în paturi acute, dezvoltarea serviciilor comunitare.
4. Deschiderea secțiilor geriatrie acute în cadrul spitalelor generale: asistență de scurtă durată completată de asistența la domiciliu și de lungă durată.
5. Deschiderea și dezvoltarea secțiilor ftiziatrie în cadrul spitalelor generale: investigarea și tratamentul de scurtă durată, închiderea paturilor de asistență spitalicească de lungă durată a bolnavilor cu tuberculoză, întărirea sistemului de asistență comunitară a acestor bolnavi.
6. Deschiderea și dezvoltarea secțiilor de detoxificare a bolnavilor care fac abuz de alcool sau droguri: în cadrul spitalelor generale cu deschiderea instituțiilor comunitare de asistență a acestor bolnavi.
7. Transformarea paturilor spitalicești în paturi cu destinație specială: pentru persoanele fără adăpost, victimele abuzurilor sau violenței.
8. Transformarea instituțiilor spitalicești în instituții de asistență ambulatorie: utilizarea personalului medical și a instituției în servicii ambulatorii sau de zi.
9. Deschiderea și dezvoltarea instituțiilor de asistență paliativă. Asistența bolnavilor în stări terminale.
10. Transformarea instituțiilor spitalicești în alte instituții social utile: centre comunitare, școli sau centre de perfecționare.
11. Demolarea instituțiilor spitalicești vechi: valoarea terenului poate fi folosită pentru inițierea altor programe sanitare.

FORȚE DE PIAȚĂ MODIFICATE

Tradițional forțele de piață sunt considerate ca forțe care oferă consumatorului posibilitatea de a alege cele mai ieftine și/sau cele mai bune bunuri materiale și servicii oferite în baze competitive de către furnizori. În

asistența medico-sanitară o serie de factori modifică forțele de piață. Înțelegerea forțelor de piață modificate prezentate în Tabelul 11.9 și a importanței lor strategice face parte din procesul de pregătire a managerilor, furnizorilor și planificatorilor sanitari. Unii din acești modifikatori sunt factorii de reglare statală, cum ar fi controlul numărului de paturi spitalicești. Alții sunt legați de accesul la servicii, costul și modul de achitare al acestora și de alte activități care influențează cererea în asistență medico-sanitară, precum și de calitatea și eficiența serviciilor acordate. Mecanismele de piață sunt modificate de regulamente, stimulări și alți factori utilizați pentru îmbunătățirea calității și înlesnirea accesului la asistență medico-sanitară (Tabelul 11.11).

ECONOMIA ȘI NOUA SĂNĂTATE PUBLICĂ

Noua Sănătate Publică este interesată direct de problemele finanțării serviciilor medicale, economiei sanitare și alocării resurselor umane, financiare sau materiale. Nu există un alt concept decât Noua Sănătate Publică care ar aborda atât de complex, ca un tot întreg, problemele promovării sănătății, medicinei preventive, curative și serviciilor de asistență de lungă durată. Echilibrul lor și dependența reciprocă sunt influențate de sistemele de finanțare și prioritățile sanitare naționale de utilizare a resurselor.

Analiza economică, ca și evaluarea epidemiologică, este un instrument important pentru planificarea și managementul sanitar, în special în evaluarea alocării resurselor în interiorul unui sistem sanitar. Neefectuarea acestei evaluări duce la ineficacitatea planificării sanitare. Metodele analizei economice descrise pe scurt în acest capitol fac parte din arsenalul Noii Sănătăți Publice. Înțelegerea aspectelor economice ale organizării sistemului de asistență medico-sanitară este de o importanță majoră pentru stabilirea

priorităților, organizarea și utilizarea serviciilor, precum și pentru rezolvarea problemelor etice, politice, sociale și manageriale ale domeniului sanitar.

TABELUL 11.9. Forțele de piață și factorii modificatori în economia sanitară.

Determinantele cererii în servicii medico-sanitare	Modificatori ai utilizării	Exemple
Factorii de piață clasici	<p>Producerea</p> <p>Cererea</p> <p>Competiția în costuri și calitate</p> <p>Eficiența macrosistemului</p> <p>Integrarea pe verticală</p> <p>Integrarea pe orizontală</p> <p>Eficiența microsistemului</p> <p>Stimularea și stăpânirea</p> <p>Reputația</p>	<p>Furnizorii se unesc pentru a reduce producerea</p> <p>Achitarea în avans majorează cererea</p> <p>Asistența controlată <i>versus</i> programele de plată pentru serviciu</p> <p>Sistemele sanitare districtuale și HMO</p> <p>Sisteme complexe de servicii acordate unei anumite populații</p> <p>Rețele complexe de spitale pentru utilizarea lor eficientă</p> <p>Îmbunătățirea calității, computerizarea, atitudinea personalului, programul de lucru și orele de servicii</p> <p>Metoda bugetară de finanțare: în bloc, pe zi, DRG</p> <p>Consumator, comunitate, satisfacția furnizorului</p>
Factori de reglare	<p>Regalarea producerii</p> <p>Reglarea cererii</p> <p>Reglarea prețului</p> <p>Reglarea metodei de achitare</p> <p>Problemele promovării sănătății</p>	<p>Reducerea numărului de paturi spitalicești și a personalului medical la 1000 de populație</p> <p>Funcția de filtrare a pacienților</p> <p>Controlul prețurilor, salarii sau metoda de capitație</p> <p>DRG, bugete în bloc pentru spitale</p> <p>Îmbogățirea alimentelor, factorii de securitate, centurile de siguranță</p>
Factorii sanitari și sociali	<p>Necesitățile diferite ale populației</p> <p>Inechitățile sociale</p> <p>Îmbunătățirea infrastructurii pentru reducerea necesităților</p> <p>Creșterea socio-economică</p> <p>Politici sociale publice</p> <p>Sănătatea ca prioritate națională și locală</p> <p>Promovarea sănătății</p> <p>Îmbunătățirea KABP</p>	<p>Tranziția demografică și epidemiologică</p> <p>Reducerea diferențelor sociale, asigurarea accesului universal, grupurile de risc țintă</p> <p>Apele de canalizare, prelucrarea apei, securitatea rutieră</p> <p>Creșterea veniturilor naționale și familiale</p> <p>Securitatea socială, pensiile, compensațiile</p> <p>Reforma sistemului sanitar</p> <p>Implicarea comunității și a furnizorilor în prevenție</p> <p>Drepturile, necesitățile și responsabilitățile</p>

	(cunoștințe, atitudini, credințe și practici)	furnizorilor, beneficiarilor, consumatorilor
Determinantele sistemului	Schimbarea priorităților în alocarea resurselor Inovațiile tehnologice Substituirea Managementul calității totale	Echilibrul între asistența instituțională și comunitară Noi vaccinuri, medicamente, echipament de diagnostic, rehidratare orală, asistenți sanitari comunitari Asistența la domiciliu, medicamentele neomologate Acreditarea externă, sisteme de revizuire periodică, alegerea pacientului, îmbunătățirea continuă a calității

REZUMAT

Raportul referitor la Dezvoltarea Mondială din 1993 a fortificat poziția promovată de WHO după Conferința de la Alma-Ata din 1978: echilibrul dintre asistența medico-sanitară primară și spitalicească este un element esențial al sistemului sanitar; asistența primară și promovarea sănătății sunt cele mai cost-eficiente intervenții pentru îmbunătățirea stării sănătății populației. În țările unde accentul era odată pus pe asistența spitalicească, în prezent există un potențial real de realocare a resurselor pentru dezvoltarea asistenței primare și a standardelor de promovare a sănătății. Aceasta este direcția reformelor sistemelor sanitare din mai multe țări.

Metodele inovatorii de finanțare și administrare a asistenței medico-sanitare cum ar fi HMO, asistența controlată, finanțarea în baza principiului capitației, gestionarea fondurilor de către medicii generaliști, sistemele sanitare districtuale și DRG – toate acestea fac parte din procesul de căutare a căilor mai eficiente de utilizare a resurselor și de limitare a ritmului de creștere al costurilor sanitare. Realizările importante în asistența medico-sanitară, cum ar fi chirurgia endoscopică și ambulatorie, asistența la domiciliu influențează considerabil economia sanitară. Odată cu îmbătrânirea populației și implementarea noilor descoperiri tehnologice, costurile vor crește neapărat, mai

ales dacă nu vor fi întreprinse măsuri de prevenire sau târăgănare a instalării complicațiilor la bolnavii cronici.

Sănătatea se află într-o competiție permanentă în alocarea fondurilor cu alte programe guvernamentale. În Noua Sănătate Publică, asistența medico-sanitară reprezintă o investiție în capitalul uman care este de o importanță vitală pentru dezvoltarea țării precum și o responsabilitate etică a societății față de cetățenii ei. Noua Sănătate Publică este implicată în toate aspectele managementului asistenței medico-sanitare. Astfel cunoașterea noțiunilor fundamentale ale economiei sanitare este de o importanță majoră pentru practica medicală, de rând cu cunoașterea bolilor infecțioase sau a altui subiect din panorama largă a domeniului sanitar.

SURSE ELECTRONICE

Asociația Americană de Sănătate Publică, Decizia politică 9615 (PP).

Standardele naționale de imputabilitate pentru accesul și calitatea asistenței medico-sanitare controlate: <http://www.apha.org/science/policy.html>

Asociația Americană de Sănătate Publică, Decizia politică 9716 (PP). Problema profitului în asistența medico-sanitară:

<http://www.apha.org/science/policy.html>

Asociația Americană de Sănătate Publică, Decizia politică 9802. Asistența controlată și persoanele cu dizabilități fizice/mentale:

<http://www.apha.org/science/policy.html>

Departamentul de Finanțare a Asistenței Medico-sanitare: <http://www.hcfa.gov/>

Asistența controlată: <http://www.managedcare.hhs.gov>

Asistența controlată (On-line): Claire@mcoll.mcareol.com,
www.managedcaredigest.com

Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD):

<http://www.oecd.org>

Reforma Sanitară, Banca Mondială (On-line):

<http://www.worldbank.org/healthreform/>

Organizația Mondială a Sănătății, Regiunea europeană, baza de date Sănătate pentru Toți: <http://www.who.org/dk>

LECTURĂ RECOMANDATĂ

- Anderson, G. F., Ponllier, J.-P. 1999. Health spending, access and outcomes: trends in industrialized countries. *Health Affairs*, May/June: 178-192.
- Bobadilla, J.-L., Cowley, P., Musgrove, P., Saxenian, H. 1994. Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization*, 72:653-662.
- Centers for Disease Control. 1995. Assessing the effectiveness of disease and injury prevention programs: costs and consequences. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44:RR-10:1-10.
- Centers for Disease Control. 1995. Economic costs of birth defects and cerebral palsy—United States, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44:694-699.
- Chang, W.-Y., Henry, B. M. 1999. Methodologic principles of cost analysis in the nursing, medical, and health services literature, 1990-1996. *Nursing Research*, 48:94-104.
- Evans, R. G., Lomas, J., Barer, M. L., Labelle, R. J., Fooks, C., Stoddart, G. L., Anderson, G. M., Feeny, D., Gafni, A., Torrance, G. W., Tholl, W. G. 1989. Controlling health expenditures: The Canadian reality. *The New England Journal of medicine*, 320:571-577.
- Murray, C. J. L., Govindaraj, R., Musgrove, P. 1994. National health expenditures: A global analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 72:623-637.
- Wennberg, J. E. 1990. Outcomes research, cost containment, and the fear of health care rationing. *The New England Journal of Medicine*, 323:1202-1204.
- Wickham, J. E. A. 1993. An introduction to minimally invasive therapy. *Health Policy*, 23:7-15.
- World Bank. 1993. *World Development Report, 1993: Investing in Health. World Development Indicators*. New York: Oxford University Press.

Wright, J. C., Weinstein, M. C. 1998. Gains in life expectancy from medical interventions - Standardizing data on outcomes. *New England Journal of Medicine*, 339:380-386.

BIBLIOGRAFIE

Abel-Smith, B. 1991. Financing health for all. *World Health Forum*, 12:191-200.

Anderson, R. M., Rice, T. H., Kominski, G. F. 1996. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy and Management*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Anderson, T. F., Mooney, G. (eds). 1990. *The Challenge of Medical Practice Variation: Economic Issues in Health Care*. Hong Kong: MacMillan.

Bodenheimer, T. 1999. The American health care system: Physicians and the changing medical marketplace. *The New England Journal of Medicine*, 340:584-588.

Brownson, R. C., Remington, P. L., Davis, J. R. 1998. *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2nd Edition. Washington, DC: American Public Health Association.

Bunker, J. P. 1970. Surgical manpower: A comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales. *The New England Journal of Medicine*, 282:135-144.

Centers for Disease Control. 1992. A framework for assessing the effectiveness of disease and injury prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41:RR-3:1-12.

Centers for Disease Control. 1995. Economic costs of birth defects and cerebral palsy—United States, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44:694-699.

Chassin, M. R., Koseoff, J., Park, R. E., Winslow, C. M., Kahn, K. L., Merrick, N. J., Keesey, J., Fink, A., Solomon, D. H., Brook, R. H. 1987. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health services? *Journal of the American Medical Association*, 258:2533-2537.

Creese, A. L., Henderson, R. H. 1980. Cost-benefit analysis and immunization programmes in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 58:491-497.

Drumond, M. F. 1985. Survey of cost-effectiveness and cost-benefit analyses in industrialized countries. *World Health Statistics Quarterly*, 38:383-401.

Drumond, M. F., Stoddart, G. L. 1985. Principles of economic evaluation of health programmes. *World Health Statistics Quarterly*, 38:355-367.

- Drumond, M. F., Stoddart, G., Labelle, R., Cushman, R. 1987. Health economics: An introduction for clinicians. *Annals of Internal Medicine*, 107:88-92.
- Folland, S., Goodman, A. C., Stano, M. 1997. *The Economics of Health and Health Care*, Second Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Friede, A., Taylor, W. R., Nadelman, L. 1993. On-line access to a cost-benefit/cost-effectiveness analysis bibliography via CDC WONDER. *Medical Care*, 31(Supplement):JS12-17.
- Ginsberg, G. M., Tulchinsky, T. H., Abed, Y., Angeles, H. I., Akukwe, C., Bonn, J. 1990. Costs and benefits of a second measles inoculation of children in Israel, the West Bank, and Gaza. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44:274-280.
- Ginsberg, G. M., Berger, S., Shouval, D. 1992. Cost-benefit analysis of a nationwide inoculation programme against viral hepatitis B in an area of intermediate endemicity. *Bulletin of the World Health Organization*, 70:757-767.
- Ginsberg, G., Tulchinsky, T., Filon, D., Godfarb, A., Abramov, L., Rachmilevitz, E. A. 1998. Costbenefit analysis of a national thalassemia programme in Israel. *Journal of Medical Screening*, 5:120-126.
- Inglehart, J. K. 1999. The American health care systems—Medicare. *New England Journal of Medicine*, 340:327-332.
- Jacobs, P. 1991. *The Economics of Health and Medical Care*, Third Edition. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Kelley, J. E., Burrus, R. G., Burns, R. P., Graham, L. D., Chandler, K. E. 1993. Safety, efficacy, cost and morbidity of laparoscopic versus open cholecystectomy; a prospective analysis of 228 consecutive patients. *American Surgeon*, 59:23-27.
- Kinnon, C. M., Velasquez, G., Flori, Y. A., World Health Organization Task Force on Health Economics. 1994. *Health Economics: A Guide to Selected WHO Literature*. Geneva: WHO.
- Lieu, T. A., Cochi, S. L., Black, S. B. 1994. Cost-effectiveness of a routine varicella vaccination program for U.S. children. *Journal of the American Medical Association*, 271:375-381.
- Lord, J., Thomason, M. J., Littlejohns, P., Chalmers, R. A., Bain, M. D., Addison, G. M., Wilcox, A. H., Seymour, C. A. 1999. Secondary analysis of economic data: A review of cost-benefit studies of neonatal screening for phenylketonuria. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 53:179-186.
- Mills, A. 1985. Economic evaluation of health programmes: Application of the principles in developing countries. *World Health Statistics Quarterly*, 38:368-382.
- Mills, A. 1985. Survey and examples of economic evaluation of health programmes in developing countries. *World Health Statistics Quarterly*, 38:402-431.

- Mitchell, J. B. 1985. Physician DRG's. *The New England Journal of Medicine*, 313:670-675.
- Mooney, G. H., Drummond, M. F. 1982. Essentials of health economics: Part 1 - What is economics? *British Medical Journal*, 285:949-950.
- National Center for Health Statistics. 1998. *Health, United States, 1998, With Socioeconomic Status and Health Chartbook*. Hyattsville, Maryland.
- OECD Health Data. 1998. A Comparative Analysis of 29 Countries. OECD.
- Patrick, D. L., Erickson, P. 1993. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.
- Robinson, R. 1993. Cost-benefit analysis. *British Medical Journal*, 307:924-926.
- Roemer, M. I. 1961. Bed supply and hospital utilization: A natural experiment. *Hospitals*, 1:35-42.
- Smith, S., Freeland, M., Heffler, S., McKusick, D. and the Health Expenditures Projection Team. 1998. The next ten years of health spending: What does the future hold? *Health Affairs*, Jan/Feb:128-140.
- Stacker, K., Waitzkin, H., Mart, C. 1999. The exportation of managed care to Latin America. *New England Journal of Medicine*, 340:1131-1135.
- Thompson, M. S. 1986. Willingness to pay and accept risks to cure chronic disease. *American Journal of Public Health*, 74:392-396.
- Vayda, E. 1973. A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales. *The New England Journal of Medicine*, 289:1224-1229.
- Weinstein, M. C., Stason, W. B. 1977. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *The New England Journal of Medicine*, 296:716-721.
- Wennberg, J. F., Gittelsohn, A. 1973. Small area variations in health care delivery. *Science*, 182:1102-1108.
- White, C. C., Koplan, J. P., Orenstein, W. A. 1985. Benefits, risks and costs of immunization for measles, mumps and rubella. *American Journal of Public Health*, 75:739-744.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1996. *European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies, Summary*. Copenhagen: WHO.