



**Mecanisme de Plata  
si  
Modele de Finantare**

**Experienta Internationala**

Jugna Shah, Nimitt Consulting USA,  
Steve Gillett, TCTR Turkey,  
Dana Burduja, CHPS Romania

**Conferinta INCDS, Sinaia, Octombrie 2005**

# Ce isi propun decidentii:

- Cresterea/imbunatatirea accesului populatiei la servicii de sanatate de calitate, in conditiile unor costuri rezonabile
- Promovarea unei alocari constante si echitabile a resurselor limitate disponibile pentru sanatate catre furnizorii de servicii, pentru populatie
- Cresterea calitatii datelor folosite in planificarea si organizarea serviciilor de sanatate
- Evaluarea calitatii si adecvarii practicii medicale in concordanta cu cele enuntate mai sus



# Ce recomanda organizatiile internationale (I)

<b>OMS</b> <b>Matricea Evaluarii Performantei</b> <b>Sistemelor de Sanatate</b>	<b>Nivel</b> <b>Mediu</b>	<b>Distributie</b>
<b>Obiective stabilite (“Goals”)</b>	<b>✓</b>	<b>✓</b>
<b>Imbunatatirea starii de sanatate</b> <b>(“health improvement”)</b>	<b>✓</b>	<b>✓</b>
<b>Raspunsuri la asteptari</b> <b>(“responsiveness to expectations”)</b>	<b>✓</b>	<b>✓</b>
<b>Echitate in contributia financiara</b> <b>(“fairness in financial contribution”)</b>	<b>—</b>	<b>✓</b>
	<b>Eficienta</b>	<b>Echitate</b>

# Ce recomanda organizatiile internationale (II)

<b>OECD Matricea Evaluarii Performantei Sistemelor de Sanatate</b>	<b>Nivel Mediu</b>	<b>Distributie</b>
<b>Imbunatatirea starii de sanatate (+) ("Health improvement/ outcomes")</b>	✓	✓
<b>Raspunsuri la asteptari si acces (+) ("responsiveness and access")</b>	✓	✓
<b>Contributie financiara/ cheltuiala pentru sanatate (-) ("Financial contribution/ health expenditure")</b>	✓	✓
	<b>Eficienta</b>	<b>Echitate</b>

# Cum se pot pune impreuna?

- Prin imbunatatirea furnizarii serviciilor de sanatate pentru populatie in termeni de calitate, acces si eficienta
- Prin crearea unui mecanism de monitorizare a calitatii serviciilor furnizate, in structurile cele mai potrivite in decursul timpului
- Prin distribuirea resurselor limitate in mod obiectiv si echitabil
- Prin furnizarea de stimulente in vederea reducerii ineficientiei si minimizarii pierderilor, in acelasi timp cu urmarirea in mod constant a calitatii
- Prin reducerea pe cit posibil a reglementarilor administrative si de practica medicala impuse furnizorilor
- Prin furnizare de date si informatii viabile ca suport in luarea deciziilor



# Asistenta primara

- **Tarif pe serviciu** – plata pentru fiecare serviciu sau procedura furnizate
- **Capitatie** – un anumit tarif pentru fiecare pacient (de multe ori ajustat, de exemplu in functie de virsta) petru o lista fixa de pacienti
- **Salarizarea directa** – aplicabila direct medicilor si/sau altor furnizori directi, fara legatura cu volumul sau calitatea serviciilor
- **ORICE COMBINATIE A CELOR DE MAI SUS, DAR CU ANUMITE LIMITARI SAU CONSTRINGERI**

# Ambulatoriu de specialitate

- **Tarif pe serviciu** – plata pentru fiecare serviciu sau procedura furnizate
- **Capitatie** – un anumit tarif pentru fiecare pacient (de multe ori ajustat, de exemplu in functie de virsta) petru o lista fixa de pacienti
- **Salarizarea directa** – aplicabila direct medicilor si/sau altor furnizori directi, fara legatura cu volumul sau calitatea serviciilor
- **ORICE COMBINATIE A CELOR DE MAI SUS, DAR CU ANUMITE LIMITARI SAU CONSTRINGERI**



# Spitale

- Numar de paturi, personal sau alti indicatori, legati **exclusiv de structura** spitalului (nu se mai foloseste in aproape nici o tara ca metoda exclusiva de plata)
- **Tarif pe serviciu** – pentru fiecare item, serviciu sau procedura
- **Capitatie** – toate serviciile sint incluse intr-un tarif general pe pacient (de cele mai multe ori ajustat, de exemplu in functie de virsta), pentru un numar fix de pacienti
- **Salarizare directa** - aplicabila direct medicilor si/sau altor furnizori directi, fara legatura cu volumul sau calitatea serviciilor
- Per diem (**tarif pe zi de spitalizare**) – plata pentru fiecare zi de spitalizare
- **Tarif pe pacient** – plata facuta pentru fiecare pacient externat, la tariful convenit
- **Tarif pe caz** – plata pentru fiecare tip de pacient, pe baza unei combinatii specifice de diagnostice si proceduri ale pacientului (i.e. DRG)
- Tarif pe episod, spitalicesc sau incluzind toate serviciile indiferent de tipul de servicii (ambulatoriu, acut, reabilitare etc)
- **ORICE COMBINATIE A CELOR DE MAI SUS, DAR CU ANUMITE LIMITARI SAU CONSTRINGERI**



## Metode de finantare a activitatii acute spitalicesti folosind diferite mecanisme de plata (I)

Metoda de plata	Mecanismul	Avantaje/Dezavantaje	
		Avantaje	Dezavantaje
Buget istoric pe baza numarului de paturi, personal sau alte aspecte de structura (plata globala)	Finantare pe baza activitatii si fondurilor istorice (i.e. anul precedent, eventual ajustat cu inflatia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Impartire usoara a fondurilor disponibile</li> <li>(2) Costuri administrative relativ mici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Fara legatura inte distribuirea fondurilor si numarul/tipul pacientilor tratati</li> <li>(2) Fara stimulente pentru eficientizarea spitalului</li> <li>(3) Fara motivatie pentru personal</li> <li>(4) Fara motivatie in furnizarea de servicii de calitate si potrivite</li> <li>(5) Riscul financiar in principal la furnizor</li> </ul>
Tarif pe serviciu	Finantare pe baza numarului de produse/ servicii furnizate	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Stimulent important pentru furnizarea de servicii (chiar daca servicii mai multe nu inseamna in mod necesar si calitate sau rezultate mai bune)</li> <li>(2) Foarte agreata de medici avind in vedere ca rambursarea lor e legata de fiecare serviciu furnizat</li> <li>(3) Exista stimulente pentru tratarea cazurilor complicate (nu exista riscul selectiei adverse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Nu exista legatura intre alocare si numarul sau felul pacientilor tratati, ci doar cu numarul de servicii furnizate</li> <li>(2) Stimulente pentru cresterea numarului de servicii furnizate</li> <li>(3) Stimulente pentru cresterea numarului de trimiteri</li> <li>(4) Stimulente pentru utilizarea unor resurse minime in furnizarea serviciilor</li> <li>(5) Aproape nici un stimulent pentru eficienta</li> <li>(6) Riscul financiar mai mare pentru platitor</li> <li>(7) Control redus asupra nevoilor reale de sanatate si satisfacerea lor</li> </ul>
Capitatie	Finantare pe baza numarului de pacienti acoperiti (eventual ajustata, de exemplu in functie de virsta sau alti indicatori)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Spitalul cunoaste volumul total al finantarii</li> <li>(2) Costuri administrative relativ reduse</li> <li>(3) Riscul impartit intre platitor si furnizor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Nu exista legatura intre volumul finantarii si numarul sau tipul pacientilor tratati</li> <li>(2) Stimulente pentru furnizarea a cit mai putine servicii</li> <li>(3) Stimulente pentru selectarea pacientilor "mai sanatosi" sau care consuma servicii mai putin costisitoare</li> </ul>

*Nota: Afirmatiile de mai sus presupun stabilirea unor tarife corecte pentru oricare dinte mecanismele prezentate*

## Metode de finantare a activitatii acute spitalicesti folosind diferite mecanisme de plata (I)

Metoda de plata	Mecanismul	Avantaje/Dezavantaje	
		Avantaje	Dezavantaje
Tarif pe zi de spitalizare	Finantare pe baza unui tarif prestabilit pentru fiecare zi de spitalizare (care include costurile cu salariile, inflatia etc)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Costuri de operare administrative relativ mici</li> <li>(2) Riscul financiar impartit intre finantator si furnizor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Nu exista o concordanta intre volumul fondurilor distribuite si tipul de pacienti tratati</li> <li>(2) Stimulente pentru cresterea duratei de spitalizare</li> <li>(3) Stimulente pentru furnizarea a cit mai putine servicii pentru fiecare zi de spitalizare</li> <li>(4) Stimulente pentru cresterea numarului de pacienti tratati (i.e., rata de utilizare a paturilor mare)</li> </ul>
Tarif pe caz externat	Finantare pe ba za unui tarif prestabilit pentru fiecare pacient externat (care include costurile cu salariile, inflatia etc)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Stimulente pentru cresterea eficientei in folosirea resurselor</li> <li>(2) Costuri de operare administrative relativ mici</li> <li>(3) Riscul financiar impartit intre finantator si furnizor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Nu exista o concordanta intre volumul fondurilor distribuite si tipul de pacienti tratati</li> <li>(2) Stimulente pentru spitale sa externeze pacientii "quicker and sicker"</li> <li>(3) Stimulente pentru a furniza mai putine servicii (sau mai "ieftine") pentru fiecare pacient</li> <li>(4) Stimulente pentru cresterea numarului de pacienti, si mai ales a pacientilor "mai sanatosi" (i.e., rata de utilizare a paturilor mare)</li> </ul>
Case-mix (DRG sau orice alt sistem de clasificare (inclusiv cele pe baza episodelor integrate de ingrijiri)	Finantare pe baza unui tarif prestabilit pentru fiecare TIP de pacient tratat (i.e., DRG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Exista o legatura clara intre finantare, numarul si tipul pacientilor tratati, ceea ce poate determina o distributie rationala a fondurilor intre spitale</li> <li>(2) Costuri administrative acceptabile</li> <li>(3) Stimulente pentru cresterea eficientei in folosirea resurselor</li> <li>(4) Riscul financiar impartit intre finantator si furnizor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Stimulente pentru spitale sa externeze pacientii "quicker and sicker"</li> <li>(2) Stimulente pentru a furniza mai putine servicii (sau mai "ieftine") pentru fiecare pacient</li> <li>(3) Stimulente pentru cresterea numarului de pacienti, si mai ales a pacientilor "mai sanatosi" (i.e., rata de utilizare a paturilor mare)</li> </ul>

*Nota: Afirmatiile de mai sus presupun stabilirea unor tarife corecte pentru oricare dinte mecanismele prezentate*



	<b>Mecanisme de plata folosite pentru rambursarea serviciilor de sanatate in diferite tari</b>		
<b>Tara</b>	<b>Asistenta primara</b>	<b>Ambulatoriu de specialitate</b>	<b>Pacienti acuti in spitale</b>
<b>Australia</b>	Fee-for-service, per session payments, salary, and some contracting	Fee-for-service, per session payments	Global budgets (using case-based methods; AR-DRGs)
<b>Austria</b>	Flat rate/patient/3 month +Fee for Service/limited visits/patient	Flat rate/patient/3 month +Fee for Service/limited visits/patient	Global Budgets (using case-based methods; Austrian DRGs called LKF)
<b>Bulgaria</b>	Capitation	Salary	Budgets (using case-based methods including clinical care paths and moving towards DRGs)
<b>Canada</b>	Fee-for-service and salary and clinical care financed through alternate payment plans	Fee-for-service and salary	Some fee-for-service and global and regional budgets
<b>Czech Republic</b>	Capitation	Capped fee-for-service	Budgets (using case-based methods to some extent to measure activity)
<b>Denmark</b>	Capitation and fee-for-service	Capitation and fee-for-service	Global budgets based on negotiations and 10% of financing based on case-based methods (DRGs) especially for cross-county patients
<b>Estonia</b>	Capitation payment and fee-for-service	Capped fee-for-service	Per diem and developing per case payments used case-based methods
<b>Finland</b>			Various (case-based methods being used; Nordic version of DRGs)

<b>Mecanisme de plata folosite pentru rambursarea serviciilor de sanatate in diferite tari</b>			
<b>Tara</b>	<b>Asistenta primara</b>	<b>Ambulatoriu de specialitate</b>	<b>Pacienti acuti in spitale</b>
<b>France</b>	Fee-for-service	Fee-for-service, salary, and some capitation	Budgets (limited case-based financing used with expansion in the future)
<b>Germany</b>	Fee-for-service	Fee-for-service and capitation	Case-fees, and per diems (moving towards case-based financing; AN-DRGs)
<b>Ireland</b>	Direct payments, GMS payments boards	Salary and fee-for-service	Budgets (using case-based financing; DRGs)
<b>Italy</b>	Capitation	Salary	Budgets (case-based; DRGs)
<b>New Zealand</b>	Fee-for-service and some capitation; partial government subsidies and some negotiated contracts	Fee-for-service and some capitation	Global budgets based in part on historical budgets (moving towards DRGs; contracting and salary)
<b>Hungary</b>	Capitation	Capped fee-for-service	Budgets (case-based; variation of DRGs called HBCs)
<b>Japan</b>	Fee-for service with tight budget and volume controls	Fee-for service with tight budget and volume controls	Fee-for-service with tight budget controls (case-based being studied)
<b>Latvia</b>	Capitation payment and fee-for-service	Salary and points system	Per diem
<b>Lithuania</b>	Salary and capitation	Salary and fee-for-service	Case-based
<b>Netherlands</b>	Capitation and fee-for-service	Fee-for-service with some budgeting and contracting	Case-based principles using "care episodes" that cover both inpatient and outpatient care (in limited use)



	<b>Mecanisme de plata folosite pentru rambursarea serviciilor de sanatate in diferite tari</b>		
<b>Tara</b>	<b>Asistenta primara</b>	<b>Ambulatoriu de specialitate</b>	<b>Pacienti acuti in spitale</b>
<b>Poland</b>	Capitation	Capped fee-for-service	Per admission
<b>Russia</b>	Per capita and salaries	Salary and fee-for-service	Case-based (US DRG version) financing used in one region with expansion planned to others
<b>Slovakia</b>	Capitation	Salary and fee-for-service	Budget
<b>Slovenia</b>	Capitation	Salary	Per diem
<b>South Korea</b>	Fee-for-service	Fee-for-service	Fee-for-service (Case-based methods being studied)
<b>Spain</b>	Global budget, salaries for public, and fee for service for private	Global budget, salaries for public, and fee for service for private	Global budgets (case-based; DRGs to set prices for transfer patients in several regions); capitation and other approaches also used
<b>Sweden</b>	Fee-for-service and salary	Fee-for-service and some capitation	Global budgets and payments/price lists based in part on case-based principles; DRGs)
<b>Turkey</b>	Fee-for-service and salary	Fee-for-service and salary	Fee-for-service and salary
<b>United Kingdom</b>	Salary, fee-for-service, capitation, and fixed allowances	Fee-for-service and salary	Case-based (DRGs) principles used for planning and payments in Wales
<b>United States</b>	Fee-for-service, salary, charges, and capitation depending on the payer	Fee-for-service, salary, capitation, and case-based financing used ambulatory case-mix system (APC) by Medicare and other methods used by other payers	Case-based payment (DRGs used for making payments rather than creating budgets) used by the government payer; other methods used by private payors



Concluzii...

