

SUBPROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE LA NIVELUL JUDEȚULUI CLUJ: FACTOR DE CALITATE ȘI PERFORMANȚĂ?

Autori: Daniel HORVATH, Sociolog, CAS CLUJ
Răzvan REPEDE, Medic, CAS CLUJ

În mod paradoxal, succesul extraordinar al medicinei științifice atât în privința îmbunătățirii stării de sănătate cât, mai ales, în privința efectelor sale pe plan economic, a provocat o reexaminare critică, mai atentă, a influenței serviciilor medicale asupra sănătății.

În acest sens și gândindu-ne, în primul rând, la starea de sănătate a “clienților” noștri – asigurații – s-au stabilit de către CNAS **unitățile spitalicești** (în număr de **17**) prin care se derulează, la **Cluj**, Programele și Subprogramele Naționale de Sănătate: 7 Spitale Clinice, 4 Municipale, 1 Orășenesc, 3 Institute și 2 spitale din rețelele caselor paralele.

Teoretic, logistica controlului și monitorizării derulării fondurilor în cadrul celor **11 subprograme naționale de sănătate bugetate** la nivelul județului nostru, se bazează pe anumite principii utilizate în cadrul acțiunilor de alocare a resurselor în sistemul asigurărilor de sănătate în România.

Punctele cheie prin care se urmărește îmbunătățirea continuă a calității procesului de control și monitorizare a derulării subprogramelor naționale de sănătate la nivelul județului Cluj, vizează aspecte organizatorice la 3 niveluri:

- 1. Structura;**
- 2. Procese;**
- 3. Rezultate.**

Despre modificarea structurii, fie la nivelul resurselor materiale, adică infrastructură, fie la nivelul resurselor umane, nu se poate discuta în actualele condiții de buget auster la nivelul unităților spitalicești care derulează aceste subprograme naționale de sănătate, iar evaluarea rezultatelor nu este încă o metodă de auditare obișnuită la noi. Rămâne doar analiza proceselor și activităților specifice prin care fondurile alocate tratamentului specific se transformă în efecte sanogenice pentru beneficiari.

Această analiză ar trebui să aibă la bază date concrete asupra a 3 factori:

- **nevoile reale** care stimulează cererea/producerea și furnizarea de servicii de sănătate;
- **resursele financiare** real disponibile pentru aceste tratamente specifice;
- **studiul indicatorilor** de morbiditate generală și specifică înregistrați.

Trebuie creată, deci, o **bază de date** care să reprezinte mai mult decât un depozit, o stocare pasivă a unor variabile, trebuie să fie un instrument care, utilizat corespunzător, să permită o analiză detaliată a modului în care sunt cheltuiți banii pentru a reuși: îmbunătățirea stării de sănătate a pacienților incluși în programele naționale de sănătate, și, nu în ultimul rând, eficientizarea alocării fondurilor destinate tratamentului acestor boli.

Pentru atingerea obiectivului principal, și anume îmbunătățirea stării de sănătate a persoanelor cu afecțiuni cronice subsumate patologiei definite de programele naționale de sănătate și eficientizarea alocării fondurilor destinate tratamentului acestor persoane, în viziunea noastră, acțiunile care trebuie îndeplinite sunt:

sănătății publice, cât și din punct de vedere financiar, care să permită o estimare reală a nevoilor.

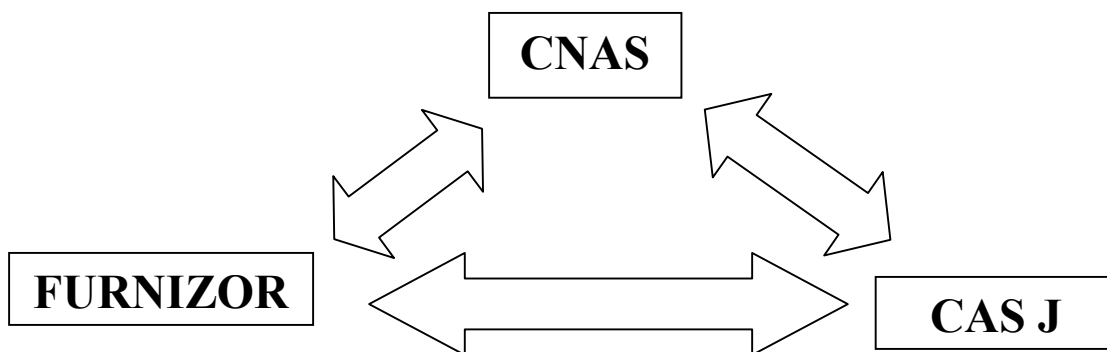
- Alocarea de fonduri la nivel real, bazată pe analiza datelor obținute mai sus.
- Elaborarea unor strategii de profilaxie care să întregască acțiunile curative destinate îmbunătățirii stării generale de sănătate a populației județului.

Dacă alocarea fondurilor la nivel real depinde în exclusivitate de elaborarea unei baze de date care să permită analize din care să rezulte care sunt nevoile reale de tratament, iar strategiile de profilaxie implică, pentru un succes cuantificabil, implicarea nu doar și a altor instituții cu responsabilități în domeniul sănătății publice, ci a întregii comunități, primul pas care trebuie parcurs este acela de a crea o bază de date suficient de densă, ca volum de informații, și suficient de flexibilă pentru a permite efectuarea analizelor care să conducă la atingerea obiectivului.

Altfel spus, lucrarea de față se va ocupa exclusiv de principiile informaționale de la care o astfel de bază de date ar trebui să pornească și de elaborarea unui model teoretic de program informatic care să gestioneze această bază de date în virtutea obiectivului enunțat mai sus.

ANALIZA FLUXULUI DE INFORMAȚII în PREZENT

În cadrul activităților cuprinse în desfășurarea Programele Naționale de Sănătate la nivelul Județului Cluj, sunt implicați 3 actori principali : **CNAS** – gestionar central al fondurilor alocate, **CAS Județene** – actori locali implicați în monitorizare și control și **Furnizorii** de îngrijiri medicale.



Programele și Subprogramele Naționale de Sănătate se derulează la nivelul județului Cluj prin intermediul a **6 Spitale Clinice** (Județean, Adulți, Municipal, Copii, Recuperare, Boli Infecțioase și TBC), **4 Municipale** (Dej, Gherla, Turda, Cimpia-Turzii), **1 Orășenesc** – Huedin, **3 Institute** (Oncologic, Inimii, Transplant) și două spitale din rețelele caselor paralele: Spitalul **CFR** și **Militar**.

În continuare vom prezenta un sinoptic al fluxului informațional și al activităților desfășurate la nivelul fiecărui actor implicat, în decursul unei luni calendaristice (în medie 30 de zile) :

1 – 5 a lunii	- primirea de către CAS CLUJ a raportărilor pe fiecare subprogram de sănătate (pe e-mail) de la nivelul furnizorilor, pentru perioada precedenta (pe care au fost cheltuite fondurile alocate) – luna, trimestru, an	Furnizor – CAS J
6 – 15 a lunii	- stocarea, verificarea, formularea și raportarea (prin e-mail) de către CAS CLUJ a raportărilor pentru perioada precedenta către CNAS ;	CAS J – CNAS
16 – 19 a lunii	- controlul la nivelul CNAS a raportărilor trimise de către CAS CLUJ	CNAS – CAS J
20 – 30 a lunii	- primirea (sau nu) a O.K.-ului telefonic de la nivelul CNAS - retransmiterea prin e-mail a eventualelor CORECTURI de către CAS CLUJ spre CNAS - controlarea acurateții datelor raportate la nivelul furnizorilor de către echipa de control pe PNS a CAS CLUJ ; - trimiterea pe suport de hârtie a raportărilor corecte (după O.K. de la nivel CNAS) - primirea pe format de hârtie a raportărilor pe perioada precedenta de către CAS CLUJ de la nivelul fiecărui furnizor ;	CNAS – CAS J CAS J – CNAS CAS J – Furnizor CAS J – CNAS Furnizor – CAS J
1 – 25 a lunii	- comanda de către furnizor spre CNAS pentru programele licitate național (si cerere de finanțare spre CAS CLUJ pentru celelalte)	Furnizor – CNAS Furnizor – CAS J
permanent	- verificarea modului în care se distribuie comanda (si se face recepția) aferenta lunii respective la nivelul unității sanitare care derulează programul respectiv, de către reprezentanții CAS CLUJ	CAS J – Furnizor

După cum se observa exista **doua canale majore pentru comunicare** între diferitele organizații implicate în derularea acestor subprograme naționale de sănătate : unul **electronic** (prin e-mail) iar celalalt clasic, prin **posta**.

CNAS a încercat sa structureze si/sau standardizeze modalitățile de comunicare atât în ceea ce privește **raportările** cit și în ceea ce privește **comenzile**, mai ales în format electronic. În acest sens, în cazul raportărilor, a creat o anumita metodologie care pe de-o parte urmărește ca toate acestea sa se execute într-o anumita **perioada de timp**, iar pe de alta parte ca ele sa se desfășoare după un anumit **tipic**. Așadar, CNAS a elaborat un set de așa-zise **machete** pentru fiecare raportare de subprogram național de sănătate în parte, care se caracterizează prin completarea – de către unitatea sanitara care derulează respectivul subprogram – unui **tabel**, în format **Excell**, cu anumite date legate de **numărul, diagnosticul, felul tratamentului** (s-au elaborat, uneori, anumite grupe terapeutice) și **costul** acestuia, pentru **pacienții tratați** în respectivul subprogram național de sănătate. Aceste date trebuie susținute prin raportarea **Codurilor Numerice Personale**

fiecare dintre pacienții raportați ca tratați în respectiva perioadă de *timp*.

În ceea ce privește **comenzile** pentru tratament specific, s-a elaborat un **soft**, up-gradat periodic, care permite selectarea subprogramului național de sănătate dorit și comandate doar preparatele specifice aprobate de către CNAS. Toate acestea trebuie transmise prin e-mail și fax la CNAS până în data de 25 a lunii pentru luna următoare.

DISFUNȚIONALITĂȚI CAUZATE DE ACEST FLUX INFORMAȚIONAL

Dorința CNAS de a crea un sistem informatic complex – **unic integrat**, care pe lângă faptul că ar dori să colecteze informații specifice despre sistemul asigurărilor sociale de sănătate într-o manieră nouă, rapidă și transparentă (adică cu ajutorul mijloacelor specifice IT-ului), ar realiza pentru prima oară și legătura (tot informatică) între toate instituțiile co-interesate în realizarea scopului (gestionarea eficientă și cu eficiența a fondului special creat), este foarte ambițioasă – date fiind posibilitățile concrete disponibile, umane și materiale.

În acest timp auster, plin de frământări interne, ne-am propus să identificăm corect dezarticulările (atât de structura cât și de proces, în speranța că sigur vor fi influențate și rezultatele) de la nivelul modului de derulare a subprogramelor naționale de sănătate, să le facem cunoscute celor interesați și să propunem soluții alternative.

În ceea ce privește structura, se pare că nu prea avem alternative reale momentan, care să producă într-adevăr o diferență. Altfel se pune problema în momentul când focalizăm procesul nemijlocit prin care banii alocați tratamentului persoanelor bolnave (de exemplu, de TBC sau diabet) se transformă în medicamente specifice (izoniazida sau siofor) disponibile în mod real tuturor celor în nevoie.

« DATA MINING » - O NOUA ABORDARE

În 1980, Donabedian definea: *“calitatea îngrijirilor consta în aplicarea științei și tehnologiei medicale astfel încât să fie maximizate beneficiile îngrijirilor fără a crește riscurile”*. În același timp cu Brook și Iohr, 8 ani mai târziu, același autor face precizări noi: calitatea este acel atribut al îngrijirii medicale care are două aspecte: *“faptul de a face ceea ce trebuie și cum trebuie.”*

Aprecierea calității se ocupa tocmai de evaluarea acestor două aspecte la nivelul serviciilor de sănătate. Calitatea nu se refera numai la îmbunătățirea satisfacției clientului/utilizatorului, sau doar la audit profesional, la îmbunătățirea eficienței sau reducerea costurilor. Se refera la toate acestea la un loc. O importanță deosebită se acorda ideii de *reacție de răspuns* din partea clientului/utilizatorului de servicii medicale și ideii de a da acestuia ceea ce dorește.

Calitatea, după cum se vede, nu poate fi inclusă într-un anumit șablon. Calitatea este un mod de a gândi, un mod de a vedea lucrurile și un mod de a relaționa cu cei din jur și mai ales cu cei care te solicita.

calitatea serviciilor de sănătate poate fi definită în funcție de anumite caracteristici și anume: **accesibilitatea** îngrijirilor; **adecvarea** îngrijirii; **echitatea**; **eficiența**; **eficacitatea**; **continuitatea** îngrijirilor; **perspectivele pacienților**; **siguranța mediului de îngrijire**.

Calitatea este o “umbrelă” pentru îmbunătățirea activității personalului și deci îmbunătățirea performanțelor organizației, folosind noi metode și abordări. Se pune accentul pe introducerea de noi practici și noi proceduri, care au ca scop creșterea satisfacției pacienților, scăderea costurilor, deci creșterea eficienței. Calitatea presupune un mod de

1. **calitatea din perspectiva *clientului*** (utilizatorului/pacientului): ceea ce doresc pacientii/clientii de la serviciul respectiv;
2. **calitatea din perspectiva *profesionistilor***: urmareste daca serviciul respectiv vine în întâmpinarea nevoilor exprimate de către beneficiarii serviciilor medicale, și daca acest serviciu utilizează în mod adecvat tehnicile și procedurile care se considera a fi necesare pentru întâmpinarea nevoilor pacienților;
3. **calitatea din perspectiva *conducerii***, care pune accentul pe utilizarea cat mai eficienta a resurselor în limitele și pe baza normelor stabilite de către furnizori sau de către autoritatile de sănătate.

Din perspectiva programelor și subprogramelor naționale de sănătate calitatea îngrijirilor de sănătate acordate pacienților beneficiari ai tratamentelor specifice se refera la **analiza cost-eficientei**, adică la îmbunătățirea continua a sănătății beneficiarilor prin alocarea cit mai chibzuita a fondurilor disponibile. formularea unei strategii anuale (deocamdată) pentru fiecare subprogram în parte, trebuie sa pornească de la analizarea situației existente la un moment dat, adică la **evaluarea reala a nevoilor de îngrijiri pentru sănătate** specifice fiecărei îmbolnăviri cronice pentru tratarea căreia s-au alocat fonduri. teoria generala a caracterizării nevoilor le împarte în doua mari categorii : **resimțite** și **neresimțite**. prima categorie este împărțită discret în doua : care **produc cerere** pentru utilizarea serviciilor de sănătate și care **nu produc** asemenea cerere. în acest sens trebuie creata o **baza de date** care sa caracterizeze aceste nevoi resimțite (chiar și cele care deocamdată nu solicita tratament, de exemplu, modul în care – împreuna cu direcția de sănătate publica – ne îngrijim de evoluția pacienților aflați în evidenta centrului de diabet cluj și tratați doar cu dieta adecvata, etc.) și care sa înregistreze într-un mod standardizat anumite variabile legate atât de pacient cit și de boala sa, deci de nevoile de sănătate ale acestuia.

Atât activitatea cit și evoluția oricărei organizații depind în mare măsura de datele pe care se bazează. în orice ramura economica, dezvoltarea unei organizații oarecare, independent de cifra de afaceri sau piața țintă, trebuie sa tina cont de datele colectate pentru a produce așa numitul proces decizional informat. nimeni nu o sa recunoască conștient faptul ca procesul decizional cotidian are la baza date incomplete sau de proasta calitate. cu toate acestea specialiștii americani considera ca aproximativ 3 din 4 organizații nu posedă și deci nu utilizează un instrument de asigurare a calității datelor pe care se bazează activitatea organizației respective. cum este posibil acest lucru ? un răspuns simplu și la îndemână poate focaliza modul de colectare a informațiilor. pe plan mondial cantitatea de informație colectata creste cam de 10 ori anual. și acesta nu este singurul lucru cauzator de calitate proasta. date inconsistente, incomplete, duplicate sau redundante sunt colectate pe diferite canale. calitatea colectării nu este discutata până când analiza care sta la baza procesului decizional nu duce la rezultate slabe în care nici măcar nu se realizează amortizarea investiție în perioada de timp prognozata. Adevărul este ca o baza de date de proasta calitate va afecta calitatea rezultatelor activităților desfășurate de organizația respectiva și rezultatele sunt cele care determina modul și gradul de utilizare a produselor sau serviciilor furnizate.

Introducerea calității într-o baza de date presupune un proces de aranjare a informațiilor colectate în așa fel incit fiecare înregistrare este corecta, la zi și consistent reprezentata. acest proces este reprezentat în principal de progresul tehnologic pe care-l reprezintă definirea conceptelor de « **data mining** » și « **data warehousing** » . aceste principii sunt legate de o serie de instrumente « de calitate », care asigura o colectare și o utilizare activa a bazei de date : « auditare și standardizare », « identificare și consolidare », « verificare și curatire », etc.

Riscul este ubicvitar pe pământ. Oriunde exista cerere și oferta, producție și recepție de servicii sau bunuri, în

afaceri trebuie sa încerce sa-si utilizeze mai bine baza de date în acest sens ? Este simplu : pentru ca cele mai importante obstacole care împiedeca realizarea unui bun management al riscului sunt colectarea, înțelegerea, structurarea și modelarea bazei de date existente. un raport recent al universității Berkeley din California, observa ca în următorii aproximativ 5 ani se va produce mai multa informație pe glob decât, în toata istoria cunoscuta a sa. drept urmare vor trebui luate mult mai multe decizii în legătura cu datele colectate în mult mai puțin timp decât acum. orice organizație va avea încasările, profitul și dezvoltarea amenințate daca nu va înțelege sa-si manipuleze mai bine baza de date. procesul de data-mining va deveni tot mai important în viata oricărei organizații care se confrunta cu eficientizarea gestionarii riscului pe măsura ce creste exponențial cantitatea de informație pe baza căreia se vor elabora noile soluții de dezvoltare a activităților specifice organizației. unii cercetători în domeniul managementului riscului și al procesului de colectare a informațiilor, sustin ca peste 80% din datele colectate de diverse organizații sunt nestructurate și cu toate acestea în gestionarea acestor baze de date se investește doar aprox. 20% din tehnologia specifica existenta.

‘Data mining’ nu înlocuiește analiștii și managerii capabili, ci mai degrabă le oferă noi și puternice instrumente pentru a-si face mai bine treaba. orice companie care este conștienta de afacerea pe care o realizează și de clienții ei, este conștienta de asemenea și de modelele importante pe care angajații acesteia le considera eficiente în procesul de vânzare. ce poate face în plus procesul de ‘data mining’ este sa confirme aceste observații empirice si, bazate pe acestea, sa găsească altele noi și mai subtile, care sa conducă la îmbunătățiri incrementale continue.

În afara de elaborarea cit mai precisa a modului în care se realizează structurarea (« data mining ») datelor în cadrul bazei de date, trebuie sa avem grija ce depozit (« data warehouse ») potrivit alegem pentru datele noastre. în acest sens ne putem imagina acest depozit ca o casa cu mai multe etaje. fiecare informație colectata este asemănătoare unei camere și fiecare variabila care definește o anumita informație se aseamănă cu o anumita caracteristica a camerei respective. hai sa ne imaginam acum cum ar fi sa facem un plan al casei respective și sa uitam sa ne planificam chiuveta în bucătărie sau canalizarea în baie! marea majoritate a oamenilor nu ar fi multumiti cu acest plan. Așa se întâmplă și în cazul specialiștilor care pun în practica conceptele de « data warehousing » și « data mining ». daca nu găsec datele necesare sau acestea sunt puse în mai multe locuri, nu vor putea construi nici măcar un depozit eficient și activ de date, fara sa mai vorbim de o structurare avantajoasa a acestora. ei trebuie sa construiască cel mai bun depozit adaptat nevoilor de mărime și stocare a informațiilor respective. cheia construcției unui model de baza de date este intelegerea nevoilor de prelucrare a informațiilor respective, adica a modului în care trebuie folosite acestea după colectare și stocare. aceste cerinte de prelucrare și categoria de rezultate care trebuie aflate, vor ghida modul în care se elaborează dimensiunile și categoriile care vor compune depozitul respectiv. exemple de categorii pot fi : cereri de finantare, niveluri de aprovizionare sau note contabile, iar exemple de dimensiuni pot fi : timp, furnizor sau produs. toate aceste bucati creeaza arhitectura logica a depozitului. în acelasi timp, trebuie sa tinem permanent cont de interacțiunile care exista între diferitele entitati care formeaza baza de date la diferitele nivele ale depozitului. gradul acestor interacțiuni vor auto-dimensiona și ierarhiza diferitele variabile culese.

1. **Identificarea corecta și continua a nevoilor reale de tratament într-o anumita perioada pentru diferitele subprograme naționale de sănătate :**
 - a. identificarea corecta (durabila) a tuturor potențialilor beneficiari ;
 - b. identificarea cantitativa și calitativa a medicamentelor necesare.

- a. utilizarea unui singur element de identificare corecta a persoanei beneficiare (CNP-ul) ;
 - b. utilizarea ICD-10 pentru raportarea diagnosticului (sau diagnosticului principal) a persoanei beneficiare ;
 - c. utilizarea DCI pentru identificarea tratamentului specific primit de către persoana beneficiara ;
 - d. utilizarea acelorași unitati de măsură (lei, etc.) pentru a aloca costul pentru fiecare persoana beneficiara, în cadrul perioadei raportate.
3. **Elaborarea unei baze de date informatizate – data warehouse** – care sa insemne mai mult decât un simplu depozit, pasiv și nesigur ;
4. **Elaborarea unui software** care sa ofere posibilitatea utilizării datelor stocate – **data mining** – în vederea imbunatatirii continue a calității îngrijirilor medicale acordate prin intermediul fondurilor alocate derulării subprogramelor naționale de sănătate la nivelul Județului CLUJ.

MODEL TEORETIC AL UNEI APLICAȚII : MANAGEMENTUL UNUI SISTEM INFORMAȚIONAL

Primul pas în construirea unui model teoretic al unei aplicații, care se reprezintă mai mult de cât o bază de date și să asiste în procesul decizional legat de alocarea de fonduri managerii implicați, îl constituie definirea exactă a datelor primare necesare sistemului informațional – fundația unui management adaptat la realitate.

Identificare corectă a potențialilor beneficiari este primul set de date necesar, înțelegându-se prin potențiali beneficiari nu doar pacienții tratați ci toate persoanele diagnosticate cu o afecțiune care poate fi inclusă într-un program național de sănătate. Sursa acestor date va fi constituită atât de toate cabinetele medicale unde se stabilește un diagnostic inclus într-un program național de sănătate cât și de farmaciile care deservește spitalele care derulează aceste programe. Este important la aceste date ca CNP-ul să fie format din exact 13 cifre și să respecte algoritmul de formare elaborat de poliție.

Al doilea set de date necesar este reprezentat de diagnosticul asociat CNP-ului introdus anterior. Se va folosi în acest caz codificarea standardizată a diagnosticelor în funcție de ICD-10 (CIM – 10 – clasificarea internațională a maladiilor) definit anterior. Sursa o reprezintă cabinetele medicale unde se stabilește un diagnostic pozitiv care va fi codificat conform ICD – 10.

Al treilea set de date îl reprezintă tratamentul aferent diagnosticului introdus anterior. Sursa acestor în reprezintă un algoritm automat care leagă diagnosticul cu tratamentul necesar descris în ghidurile terapeutice aferente bolii respective. De asemenea, pentru comparație, va exista un set separat de date care va conține, având ca sursă farmaciile, tratamentul prescris în mod real pentru un anumit diagnostic.

Al patrulea și ultimul set de date primare, este reprezentat de costurile necesare tratamentului. Sursa datelor este tot un algoritm automat inclus în program care va lega costurile fiecărui produs farmaceutic prescris cu diagnosticul stabilit. Și în acest caz, va exista un set de date suplimentar, având ca sursă farmaciile care derulează programele naționale de sănătate, care va asocia tratamentul prescris în mod real cu costurile reale.

Suplimentar, pornind de la un T 0, considerat momentul în care programul este operațional, se vor înregistra decesele cauzate de afecțiuni cronice subsumate programelor naționale de sănătate.

să permită determinarea ratei de prevalență și analiza trendului indicatorilor de morbiditate; determinarea ratei de incidență și analiza trendului indicatorilor de morbiditate; determinarea ratei mortalității specifice (pe cauzele de boală cuprinse în programele naționale); estimarea costurilor necesare tratamentului pentru o persoană pe o perioadă de un an (cost real, bazat pe inflație și creșterea prețurilor la medicamente); estimarea fondurilor totale necesare tratării persoanelor cu afecțiuni cronice cuprinse în cadrul programelor naționale de sănătate; estimarea fondurilor suplimentare necesare tratării persoanelor potențiale cu afecțiuni cronice cuprinse în cadrul programelor naționale de sănătate.

Toate aceste acțiuni au la baza unele dintre instrumentele specifice conceptelor de mai sus, care oferă posibilitatea nu numai de a crea un depozit corect și activ (*data warehouse*) ci și posibilitatea de a stoca, prelucra, analiza și utiliza tintit informațiile culese (*data mining*).

Începutul trebuie realizat prin definirea inechivocă a noțiunii de « **pacient tratat** », deoarece normele care guvernează modalitatea de derulare a fondurilor alocate subprogramelor naționale de sănătate, solicită raportarea doar a acestor persoane, pe perioadele de timp solicitate. Pacientul tratat este acea persoană care suferă de un diagnostic eligibil pentru încadrarea într-un anumit subprogram național de sănătate finanțat la nivelul județului Cluj, care a primit – pe baza prescripției eliberate de către un medic specialist – medicamentele specifice corespunzătoare suferinței sale – în doza recomandată, per doză și pe zi – de la farmacia unității spitalicești prin care se derulează acel subprogram național de sănătate.

Urmează elaborarea unui sistem de « *record linkage* » prin care să ne asigurăm că persoana tratată în cadrul unui subprogram național de sănătate este identificată corect, adică **unic**. Aceasta înseamnă că și în ipostaza în care respectiva persoană este tratată de mai multe ori în decursul perioadei raportate sau este tratată cel puțin odată în cel puțin două unități spitalicești din județ care derulează un anumit subprogram național de sănătate în perioada raportată, va beneficia de o înregistrare unică în baza de date, pentru perioada raportată.

Codul Numeric Personal care va fi utilizat ca metodă necesară și suficientă pentru identificarea corectă a potențialului beneficiar, trebuie să fie o însușire logică – după algoritmul de formare a CNP elaborat de către Poliție – **de 13 cifre** și numai 13. În acest sens trebuie stabilită o colaborare eficientă cu Poliția Cluj pentru ca toți locuitorii județului să beneficieze de identificare corectă prin intermediul CNP-ului. La nivelul județului nostru ne confruntăm în destul de mare măsură, pentru anumite subprograme naționale de sănătate, cu solicitarea tratamentului unor persoane eligibile dar cu domiciliul în alt județ. O identificare corectă a acestora ar putea stabili noi coordonate pentru distribuirea fondurilor necesare tratamentului specific în anumite subprograme naționale de sănătate.

Identificarea corectă a diagnosticului – conform codificării internaționale **ICD-10** – oferă posibilitatea utilizării asanumitului « *decision tree* », instrument care permite încadrarea corectă într-unul (și numai unul) dintre subprogramele naționale de sănătate derulate la nivelul Clujului. În acest fel, de exemplu, o persoană care posedă CNP-ul 1650111120694 și care are diagnosticul codificat C.62 « Tumora malignă a testicolului » (conform ICD-10), tratat cu un medicament citostatic, va fi automat încadrat în subprogramul național de sănătate nr. 2.2 « Prevenție și control în patologia oncologică », cu costurile aferente, pentru perioada raportată. Algoritmul reprezentat de arborele de decizie permite în acest caz, ca orice persoană cu un CNP valid (format din 13 cifre), dar care are diagnostic codificat cuprins între C.00 și C.97 (conform ICD-10) și numai acestea, să fie încadrate în subprogramul nr. 2.2, împreună cu costurile aferente tratamentului specific.

oricind, **nevoia reala de medicamente** (atit cantitativ cit și calitativ) pentru fiecare subprogram național de sănătate în parte.

In ultima instanța, compararea periodica (luna, trimestriala sau semestriala) a **indicatorilor de morbiditate specifica** (cel puțin incidența și prevalenta pentru fiecare îmbolnăvire cronica în parte) pentru fiecare subprogram național de sănătate finanțat la nivelul județului nostru, ne va permite cu siguranța o apreciere mult mai reala a nivelului cost-eficientei de alocare a fondurilor. Aceasta **analiza cost-eficienta** dar și cea de **cost-utilitate** au la baza și utilizarea unei metode terapeutice standardizate în toate locurile unde acesta este indicat : adică elaborarea și utilizarea reala a **ghidurilor de practica medicala !**

*Two crows Corporation, **Introduction to data mining and knowledge Discovery**, Third Edition, Two crows Corporation, 1999*

*Two crows Corporation, **Data mining '99: Technology report**, Two crows Corporation, 1999*

*M Berry and G Linoff, **Data minig Techniques**, John Wiley, 1997*

*Pawan Kumar S. And Saurabh Swarup, **Business intelligence and insurance**, Wipro technologies, 2001
(www.wipro.com)*

M.O. 214/2004, Anexele I – IV la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 172/113/2004 pentru aprobarea derulării programelor și subprogramelor de sănătate finanțate din bugetul de stat și din bugetul FNUASS în anul 2004

M.S.I. în gestionarea subprogramelor naționale de sănătate la nivelul CAS Cluj:

factor de calitate și performanță?

Autori: Daniel HORVATH, Sociolog, CAS CLUJ

Răzvan REPEDE, Medic, CAS CLUJ

În mod paradoxal, succesul extraordinar al medicinei științifice atât în privința îmbunătățirii stării de sănătate cât, mai ales, în privința efectelor sale pe plan economic, a provocat o reexaminare critică, mai atentă, a influenței serviciilor medicale asupra sănătății.

În acest sens și gândindu-ne, în primul rând, la starea de sănătate a “clienților” noștri – asigurații – s-au stabilit de către CNAS **unitățile spitalicești** (în număr de **17**) prin care se derulează, la **Cluj**, Programele și Subprogramele Naționale de Sănătate: 7 Spitale Clinice, 4 Municipale, 1 Orășenesc, 3 Institute și 2 spitale din rețelele caselor paralele.

Teoretic, logistica controlului și monitorizării derulării fondurilor în cadrul celor **11 subprograme naționale de sănătate bugetate** la nivelul județului nostru, se bazează pe anumite principii utilizate în cadrul acțiunilor de alocare a resurselor în sistemul asigurărilor de sănătate în România (și nu numai!).

Punctele cheie prin care se urmărește îmbunătățirea continuă a calității procesului de control și monitorizare a derulării subprogramelor naționale de sănătate la nivelul județului Cluj, vizează aspecte organizatorice la 3 niveluri:

4. Structura;

5. Procese;

6. Rezultate.

Despre structură nu se poate discuta în actualele condiții de buget auster la nivelul unităților spitalicești care derulează aceste subprograme naționale de sănătate, iar evaluarea rezultatelor nu este încă o metodă de auditare obișnuită la noi. Rămâne doar analiza proceselor și activităților specifice prin care fondurile alocate tratamentului specific se transformă în efecte sanogenice pentru beneficiari.

Această analiză ar trebui să aibă la bază date concrete asupra a 3 factori:

- **nevoile reale** care stimulează cererea/producerea și furnizarea de servicii de sănătate;
- **resursele financiare** real disponibile pentru aceste tratamente specifice;
- **studiul indicatorilor** de morbiditate generală și specifică înregistrați.

Trebuie creată, deci, o **bază de date** care să reprezinte mai mult decât un depozit, o stocare pasivă a unor variabile, trebuie să fie un instrument care, utilizat corespunzător, să permită o analiză detaliată a modului în care sunt cheltuiți banii pentru a reuși: prevenția terțiară sau secundară a anumitor îmbolnăviri cronice cu efecte economice și sociale importante.

Pentru analiza informațiilor culese, este necesară dezvoltarea unui “soft” care să poată colecta activ un set de 3 categorii de variabile:

1. **Identificarea exactă a potențialului beneficiar** al tratamentului în cadrul unuia dintre subprogramele naționale de sănătate;
2. **Înregistrarea într-un mod standardizat (ICD 10) a diagnosticului** de încadrare într-unul dintre subprogramele

Cuvinte cheie: Subprograme Naționale de Sănătate, îmbunătățirea continuă a calității, nevoi reale, baza de date, soft, colectare standardizată, alocarea resurselor financiare.