

Competența face diferență! Proiect selectat în cadrul Programului Operațional Capacitate Administrativă cofinanțat de Uniunea Europeană, din Fondul Social European

Manual de politici alternative de sanatate



Acest material a fost tipărit cu sprijinul financiar al Uniunii Europene prin Programul Operațional Capacitate Administrativă. Opiniile și informațiile prezentate în aceste pagini sunt cele ale Asociației Colegiul Pacienților și nu reprezintă neapărat punctul de vedere al Uniunii Europene.

Manual de politici alternative de sanatate

Cuprins

1. Cuvant inainte, Cristian Sas
2. Despre Colegiul Pacientilor, Marilena Nicolae
3. Note biografice ale autorilor
4. Sfaturi pentru a profita la maxim de acest manual
5. Cum intiez o politica alternativa pronind de la o problema, Marilena Nicolae
6. Rolul consultatiei in elaborarea pliticilor publice, Carmen Sas
7. Analiza sistemului pubic de asigurari de sanatate la nivelul anului 2019, Cristian Sas
8. Cum functioneaza sistemul de asitenta medicala primara, Dragos Diculescu
9. Probleme identificate in asistenta medicala primara si propuneri alternative, Dragos Diculescu
10. Cum functioneaza sistemul de asistenta medicala in ambulatoriu de specialitate, Dragos Diculescu
11. Probleme identificate in asistenta medicala de specialitate si propuneri alternative, Dragos Diculescu
12. Cum functioneaza asistenta medicala bazata pe investigatii paraclinice, Cristian Sas
13. Probleme identificate in asistenta medicala paraclinica si propuneri alternative, Cristian Sas
14. Cum functioneaza asistenta medicala in spitalizare de zi si continua, Angela Pernes
15. Probleme identificate in asistenta medicala spitaliceasca si propuneri alternative, Angela Pernes
16. Trei propuneri alternative urgente sustinute de participanti in cadrul proiectului pentru anul 2020, Caterina Arjoca

Cuvant inainte



Politica publică este cadrul general, ghidul cuprinzând deciziile și regulile pentru acțiunile întreprinse de ramurile executive (administrative) ale statului în ceea ce privește o categorie de probleme de interes public, cum sunt sănătatea, securitatea, educația, transportul, mediul înconjurător, într-o manieră care se află în concordanță cu legea și obiceiurile instituționale.

Din ce în ce mai frecvent, voci din societatea civilă românească cer activ o mai mare utilizare a dovezilor în orientarea deciziilor politice și în măsurarea eficacității acestora. Adepții politicii bazate pe dovezi susțin că dovezile științifice de înaltă calitate, mai degrabă decât tradiția, intuiția sau ideologia politică, trebuie să ghideze deciziile politice.

Acest manual de politici alternative pe subiecte legate de sănătate pornește de la principiul politicilor bazate pe dovezi, dublat de o abordare de tipul 360 grade, în care se urmărește alinierea intereselor tuturor părților implicate sau afectate de respectiva propunere. Dezvoltarea durabilă, egalitatea de șanse, nediscriminarea, egalitatea de gen sunt principiile urmărite în cadrul demersului nostru.

Fundamentul politicii publice este alcătuit din legi și reglementări naționale și europene constituționale și legislative. Substraturile suplimentare includ atât interpretări judiciare, cât și reglementări secundare care sunt, în general, autorizate de legislație. Politica publică este considerată puternică atunci când rezolvă problemele în mod optim și eficient, servește și sprijină instituțiile și politicile guvernamentale și încurajează cetățenia activă.

Acest manual își propune să aducă în atenția clasei politice și a societății civile exemple concrete de politici alternative în domeniul sănătății, dar și o mapare exhaustivă a problemelor din conținutul contractului cadru („Co-Ca”) ce stă la baza sistemului de asigurări sociale de sănătate, documentate de experți ai Asociației Colegiul Pacienților în cadrul proiectului „Dezvoltarea capacității Asociației Colegiul Pacienților de a se implica în formularea și promovarea de alternative la politicile de sănătate publică inițiate de ministerul sănătății și de casa națională de asigurări de sănătate.”

Legislația din domeniul sănătății și anume Legea nr. 2006/95 privind reforma în domeniul sănătății, dar și legislația subsecventă, îndeosebi contractul cadru („Co-Ca”) și normele lui de aplicare sunt elemente de legislație ce necesită o urgentă actualizare fiind din multe puncte de vedere depășite și incomplete.

Analizând aceste documente în demersul de a identifica elementele legislative ce afectează drepturile pacienților și generează situația de fapt din sistemul medical Românesc și coroborându-le cu o analiză bazată pe dovezi venite din partea profesioniștilor implicați în livrarea serviciilor medicale în baza asigurării publice de sănătate, putem trage concluzia că legislația curentă încearcă mai degrabă să rezolve constrângeri bugetare decât să ofere un cadru optim de funcționare a sistemului.

Dincolo de reforma legislativă, este necesară o regândire a principiilor pe baza cărora funcționează sistemul de asigurări publice de sănătate și armonizarea acestora cu noile realități din lumea medicală și din societatea Românească.

Este evidentă dezalinierea intereselor părților implicate și mercantilizarea excesivă a sistemului ca reacție defensivă la o sub-finanțare cronică și iresponsabilă, dublată de o proastă gestionare și de o lipsa de flexibilitate în administrarea puținelor resurse disponibile.

Manualul nostru nu este un studiu teoretic, el este bazat pe situații și exemple concrete însoțite de propuneri alternative culese din interacțiunea cu peste 500 de profesioniști și reprezentanți ai societății civile implicați în asociații de pacienți, organizații neguvernamentale preocupate de

dezvoltarea comunităților și serviciilor sociale, profesioniști din domeniul serviciilor medicale ce lucrează în baza contractului cadru în unități medicale publice și private, personal medical de diverse grade, pacienți, acoperind toate regiunile țării.

În accepțiunea echipei Colegiului Pacienților este necesară o mobilizare amplă a societății civile și a cetățenilor pentru a ridica sănătatea ca importanță pe scara de priorități a programelor politice de guvernare, cu scopul de a alinia nivelul curent de finanțare a sănătății de aproximativ %5.2 din PIB la practica europeană unde norma este de peste %10.

Sperăm ca demersul și materialul nostru să constituie un exemplu pentru alte organizații neguvernamentale care identifică oportunități de îmbunătățire a sistemului medical românesc și care doresc să propună alternative la politicile publice în vigoare.

Acest material poate fi de un real folos pentru politicienii care doresc să îmbunătățească și să crească speranța de viață a Românilor, pentru echipele din comisiile de sănătate ale partidelor, pentru senatorii și deputații din Parlamentul României care doresc să adopte și să promoveze politici noi în domeniul sănătății bazate pe problemele reale ale pacienților și furnizorilor de servicii medicale, punându-le la dispoziție majoritatea informațiilor necesare elaborării unor modificări cu impact imediat la nivel național.

Invităm cu căldură pe toți cei interesați să susțină una sau mai multe dintre propunerile din acest manual. Invităm de asemenea pe cei interesați în elaborarea de politici alternative în domeniul sănătății să ne contacteze pentru a colabora și pentru a ne susține reciproc.

de Cristian Sas, Președinte Colegiul Pacienților

Despre Colegiul Pacienților

2

Asociația Colegiul Pacienților a luat naștere în anul 2015 ca o organizație non-guvernamentală cu reprezentativitate națională, menită să promoveze și să protejeze drepturile pacienților.

Misiunea Asociației Colegiul Pacienților este de a veghea asupra sistemului medical, apărând drepturile oamenilor la sănătate mai presus de interesele comerciale, politice sau de orice altă natură.

Colegiul Pacienților susține importanța consultării autorităților cu asociațiile de pacienți în ceea ce privește schimbările din sistemul de sănătate și reprezentarea acestora la nivelul luării deciziilor.

Prin acțiunile sale, realizate prin cele 17 sucursale deschise până în prezent, Colegiul Pacienților dorește să facă cunoscute și respectate drepturile pacienților din România.

Obiectivele strategice ale Asociației Colegiul Pacienților sunt:

- Integrarea unei perspective a pacienților în formularea, implementarea și monitorizarea politicilor de sănătate publică
- Monitorizarea modului de alocare a resurselor bugetare și din fondul CNAS și propuneri de politici alternative
- Monitorizarea modului de gestionare a infrastructurii medicale ce deservește asigurarea publică
- Apărarea și promovarea drepturilor pacienților și accesului egal la servicii medicale de calitate pentru toți pacienții din România
- Dezvoltarea sustenabilă a asociației (deschiderea de sucursale în toate capitalele de județ, precum creșterea numărului de membri)

De la înființare și până în prezent am lucrat, atât la creșterea capacității și sustenabilității noastre ca organizație prin deschiderea a 17 sucursale și creșterea numărului de membri la peste 7000, cât și la proiecte de impact pentru pacienți la nivel național.

Din anul 2019 Asociația Colegiul Pacienților este membru International Alliance of Patients' Organizations (IAPO).

Printre proiectele și acțiunile cele mai importante derulate de Asociația Colegiul Pacienților menționăm:

1. Implementarea proiectului "Dezvoltarea capacității Asociației Colegiul Pacienților de a se implica în formularea și promovarea de alternative la politicile de sănătate publică inițiate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate", finanțat din fonduri europene de către Autoritatea de Management pentru Programul Național Capacitate Administrativă.

Proiectul a fost derulat în perioada septembrie -2018 august 2019, având ca scop formularea și promovarea de propuneri alternative viabile la politicile de sănătate publică inițiate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, propuneri care vor conduce la creșterea calității și accesibilității actului medical către populație.

În urma interacțiunii cu reprezentanți ai asociațiilor de pacienți, cu profesioniști din domeniul serviciilor medicale, cu cadre medicale, s-au formulat mai multe concluzii sintetizate în 3 propuneri de politici alternative pentru sistemul public de sănătate în domeniile ambulatoriu clinic, ambulatoriu paraclinic și spitalizare.

Prin acest demers Asociația Colegiul Pacienților își propune să contribuie la îmbunătățirea sistemului medical românesc.

2. Caravana Integrității- Afacerile si Corupția un duo incompatibil in colaborare cu Transparency Internațional, dedicat promovării eticii și integrității ca element cheie al succesului în dezvoltarea mediului de afaceri si societății.

La acest proiect am contribuit cu expertiza noastră pe sănătate, fiind prezenți în toate orasele din țară.

3. Introducerea la nivel național a serviciului de asistență si consultanță pentru pacienți în caz de malpraxis in colaborare cu Consiliul de Mediere.

Colegiul Pacienților pune la dispoziția cetățenilor in colaborare cu Consiliul de Mediere un serviciu de suport in caz de malpraxis pentru soluționarea litigiilor dintre pacienți și cadrele medicale sau instituțiile medicale, soluționare ce se va realiza prin intermediul procedurii de mediere.

4. Aprobarea proiectului de îmbunătățire a signalisticii și serviciilor de recepție în spitalele din subordinea Administrației Spitalelor și Serviciilor Medicale (Hotararea Consiliului General al Municipiului Bucuresti).

5. Campanii de informare cu privire la drepturile pacienților, accesul pacienților la tratament, acțiuni de reprezentare la nivel local si central, organizarea de diverse evenimente în orașele: București, Oradea, Cluj, Constanța, Timișoara, Suceava, Iași, Bacău.

6. Campanii de prevenție la care au participat peste 50.000 de pacienți derulate in București, Oradea, Timișoara, Cluj, Constanța, Iași, Bacău.

7. Constituirea de grupuri de suport pentru pacienți: "Grupul de suport Prietenii inimii", "Grupul de suport Vreau sa am un copil"

8. Lobby si advocacy: Asociația Colegiul Pacienților a participat la nenumărate întâlniri si dezbateri publice care vizau pacienții și accesul acestora la servicii medicale si a avut mai multe inițiative dintre care menționăm:

- Introducerea in planul de guvernare PSD a propunerii de creștere a finanțării sistemului sanitar cu peste 600 mil euro/an prin taxarea băuturilor cu adaos de zahar
- Campania de blocare a modificărilor aduse la legea 95 cu impact negativ asupra abonamentelor de sănătate oferite angajaților de angajatorii privați

Colegiul Pacientilor isi propune sa fie o prezență activă in societate și să reprezinte cu demnitate și diligență drepturile pacienților si accesul universal la servicii medicale de calitate.

Note biografice ale autorilor

Cristian Sas are o reputație remarcabilă, cunostințe profunde și experiența vastă care acopera piața serviciilor medicale și a asigurărilor de sănătate publice și private din România. Cristian este activ implicat în îmbunătățirea cadrului de reglementare din sistemul public de sănătate fiind inițiatorul mai multor proiecte și propuneri alternative de politici de sănătate publică. Experiența sa profesională include: CEO la Clinica Anima și membru în consiliile de administrație a mai multor companii private de servicii medicale, Membru în consiliul de administrație al Spitalului Clinic de Urgență “Bagdasar-Arseni”, Vice-președinte al Patronatului Furnizorilor de Servicii Medicale Private “PALMED”, membru în comisia mixată pentru Asistență Medicală Spitalicească și Ambulatorie a CASMB.



Elena Angelica Perneș este expert pe zona de spitalizare, având peste 12 ani de experiență în servicii medicale de sănătate în mediul privat. Prin activitatea sa din cadrul spitalului unde activează, s-a specializat în contractarea serviciilor medicale cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Angela, participă activ la elaborarea de propuneri de îmbunătățire a sistemului medical public în cadrul mai multor organizații. Ambitia și perseverența o caracterizează, iar prin acțiunile proprii susține dreptul fundamental la sănătate al omului: “Sănătatea este esențială pentru fiecare dintre noi, iar accesul la serviciile medicale trebuie să fie facil. Doar astfel putem să evoluăm și să avem o societate sănătoasă!”

Carmen Sas este membru fondator în Asociația Colegiul Pacienților, expert grup țintă în cadrul proiectului de dezvoltare a capacității asociației de a propune politici publice către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu experiență de aproape 20 de ani în managementul clinicilor private din București. Colaborarea și spiritul de consultare a mai multor jucători dintr-un domeniu poate duce la acele idei care să fie cu adevărat valoroase și care să merite acțiuni concrete pentru binele societății.





Diculescu Dragoș Stelian este expert pe zona de ambulatoriu clinic , având peste 9 ani de experiență în servicii medicale de sănătate în mediul privat. În cadrul acestui proiect a participat activ la elaborarea propunerilor de îmbunătățire a sistemului medical. Prin activitatea sa operațională din cadrul furnizorului de servicii medicale unde activează, s-a specializat în autorizarea spațiilor destinate desfășurării activităților medicale fiind în contact direct cu instituțiile statului ce sunt implicate în acest proces, Direcția de Sănătate Publică, Colegiul Medicilor din România, Oficiul Național al Registrului Comerțului, Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Caterina Arjoca este expert jurist în cadrul proiectului Asociației Colegiul Pacienților cu o experiență în domeniul juridic de peste 25 ani în diferite instituții cum ar fi Ministerul Economiei, Ministerul Fondurilor Europene. În expertiza profesională au avut un rol important formările la Școala de Științe Politice și Administrative și programele urmate la European Training Center în Paris și Florența.



Marilena Nicolae

Director operațiuni, Asociația Colegiul Pacienților

Marilena Nicolae deține prezent funcția de director operațiuni în cadrul Asociației Colegiul Pacienților, ocupându-se de coordonarea proiectelor și campaniilor derulate de asociație. În cadrul proiectului "Dezvoltarea capacității Asociației Colegiul Pacienților de a se implica în formularea și promovarea de alternative la politicile de sănătate publică inițiate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate" a făcut parte din echipa de management, având o contribuție semnificativă la realizarea obiectivelor proiectului.

Sfaturi pentru a profita de manual

4

Manual de politici alternative de sănătate

Idei care pot conduce la înțelegerea rapidă și ușoară a conținutului manualului:

1. Înainte de a lectura conținutul acestui manual recomand ca cititorul să fie informat cu privire la politica actuală de sănătate, îndeosebi cu privire la aspectele negative din prezent ale sistemului românesc de sănătate.
2. Recomand cititorului să selecteze din manual aspectele ce țin de specialitatea fiecăruia (exemplu: economistului aspectele ce țin de alternativele de management administrativ și financiar din cadrul politici alternative de sănătate propuse; medicului să recunoască rolul său în diferite variante alternative ale acordării sănătății; pacientului să selecteze avantajele și dezavantajele diferitelor forme de acordare a asistenței medicale)
3. Manualul constituie o realizare importantă în care autorii au pus toată priceperea, experiența personală și cunoștințele pe care le-au dobândit în domeniul politicilor de sănătate.
4. Manualul este astfel realizat încât fiecare specialist să găsească ușor în cuprinsul său domeniul de activitate/interes.
5. Manualul poate fi parcurs ușor de orice specialist din domeniul sănătății dar și de pacienți, anumiți termeni de specialitate fiind clarificați pe înțelesul pacientului.
6. Rezultatele muncii asidue a echipei s-au concretizat în scrierea acestui volum, în care au sintetizat cunoștințele actuale dar și propuneri de viitor. Manualul trebuie deci înțeles doar ca o propunere de variante alternative la sistemul actual de sănătate iar cititorul poate selecta cea pe care o crede cea mai fiabilă și eventual poate aduce propria contribuție prin propuneri originale.
7. Sunt convinsă că lecturarea acestui manual va suscita discuții ample, benefice și pentru cititori, dar și pentru autori.
8. Consider că realizarea acestui manual reprezintă un aport valoros al autorilor și nu pot decât să îl recomand cu căldură.

**Cum initiez o politica publica alternativa
pornind de la o problema**

5

5.1 Considerații generale asupra politicilor publice. Definiție, caracteristici și importanța politicilor publice

„O politică publică reprezintă un ansamblu de măsuri luate de către o autoritate legală și responsabilă care vizează îmbunătățirea condițiilor de viață ale cetățenilor sau conceperea unor măsuri de stimulare a creșterii economice”. (M. Profiroiu, E. Iorga, Manual de Politici Publice, Ed. Economică, București, 2009, p. 17).

Politica publică nu cunoaște o definiție unică, ci este caracterizată mai degrabă de o serie de elemente specifice care dau dimensiunea conceptului și anume:

- este formată dintr-un ansamblu de măsuri concrete
- include decizii cu privire la resursele alocate
- se înscrie într-un cadru general de acțiune, ceea ce permite distincția între o politică și măsuri adoptate individual
- are scopuri și obiective care sunt formulate în funcție de anumite norme și valori.

Aceste definiții concordă asupra unui aspect important: politicile publice reprezintă mijlocul prin care clasa politică și comunitatea inter-relaționează, primind soluții, inclusiv din partea acestora la problemele existente pe agenda publică. În plus, factorii interesați – grupurile de acțiune locală, societatea civilă, partenerii sociali pot interveni în procesul de definire, implementare și evaluare a politicilor publice.

Procesul de elaborare a politicilor publice se caracterizează prin faptul că el poate fi văzut atât ca un proces analitic (rezolvarea unei probleme), cât și ca un proces politic.

Din perspectiva procesului analitic, elaborarea politicilor publice reprezintă identificarea de soluții pentru problemele cu care se confruntă societatea civilă. În acest caz, în cadrul procesului de elaborare a politicii este importantă definirea corectă a problemei, identificarea și analiza unui set de soluții adecvat, selectarea alternativei care rezolvă cel mai bine problema.

Din perspectiva procesului politic, în procesul de elaborare a politicii publice, accentul cade asupra conflictelor și dezacordurilor pentru a se controla procesul de luare a deciziei, urmărindu-se interesul propriu grupului politic care controlează acest proces.

Rolul și importanța politicilor publice au la bază asigurarea pentru toți cetățenii unui stat a unui grad cât mai ridicat de satisfacere a nevoilor generale.

În concluzie, politicile publice oferă practic soluțiile la nevoile comunității la un moment dat, ele presupunând o serie de acțiuni, decizii, instituții și un cadru normativ de realizare a lor.

5.2 Ciclul de elaborare a unei politici publice

Capacitatea de a face politici publice poate aparține mai multor categorii de actori din sfera publică sau privată care trebuie să dețină abilitatea de a propune soluții viabile la problemele reale din societate.



Fig.1 Ciclul de elaborare a unei politici publice

În general procesul de realizare a unei politici publice cuprinde șase etape:

1. Identificarea problemei - are loc atunci când un eveniment, o persoană, un grup reușesc să atragă atenția asupra unei probleme, spre soluționare, prin intervenția puterii publice. Definirea problemei este o etapă foarte importantă în procesul elaborării politicilor publice, deoarece de rezultatul ei depinde modul în care vor fi ulterior formulate soluțiile și, respectiv, variantele de politici publice corespunzătoare.

În general, sunt considerate probleme publice acele probleme care afectează un număr substanțial de mare de persoane, ale căror consecințe sunt resimțite inclusiv de persoane care nu sunt implicate în mod direct.

Obstacole în definirea problemei:

- Problemele sunt "slab" structurate
- Identificarea are la bază surse ca: statistici, rapoarte, nemulțumiri ale cetățenilor reflectate în mass media, frustrări și îngrijorări reflectate în sondajele de opinie, etc
- Definirea problemei este întotdeauna un proces politic, ceea ce înseamnă că actorii implicați definesc problema în funcție de interesele lor
- Problemele de politică publică se suprapun, intră în competiție.
- Sunt suficient de semnificative – un număr semnificativ de persoane sau comunități sunt afectate

2. Punerea pe agenda politică - este etapa în care problema identificată este conștientizată, acceptată și considerată importantă pentru mediul politic.

În general, problemele de pe agenda publică sunt relevante pentru agenda politică dacă:

- Afectează un număr semnificativ de persoane
- Au impact ridicat
- Sunt viabile în timp

Nu toate problemele identificate ajung și pe agenda politică.

3. Formularea cadrului de politică publică – procesul prin care sunt definite, evaluate, acceptate sau respinse politici alternative de soluționare a unei probleme aflate pe agenda politică.

Criterii de alegere în formularea de politici publice:

- Cerințele impuse de instituția care solicită elaborarea unei politici publice sau în care aceasta este formulată
- Curentul politic
- Sugestiile specialiștilor
- Criteriul etic

4. Adoptarea unei politici publice - aici ne referim la toate eforturile pentru ca un anumit program să fie adoptat ca și program guvernamental. În această fază sunt concentrate elementele de negociere, dictate de interese, care pot schimba viziunea inițială asupra unei politici publice.

5. Implementarea unei politici publice – punerea în practică a politicii publice ca urmare a analizei alternativelor elaborate și a adoptării deciziei de politică publică.

În această etapă rolul administrației este decisiv.

6. Evaluarea de politici publice – formularea unor concluzii pe baza rapoartelor de monitorizare și a analizelor suplimentare. Se analizează modul în care diversele activități au condus la îndeplinirea scopurilor inițiale.

5.3 Elaborarea de propuneri de politici alternative

Politicile alternative sunt soluțiile propuse din afara sferei guvernamentale, de către actorii sociali interesați sau de către comunitatea locală, pentru soluționarea anumitor probleme sociale, care sunt deja incluse pe agenda publică sau pe care aceștia le aduc în discuție în spațiul public și le promovează de la nivel guvernamental sau local prin politici publice.

Politicile alternative contribuie la definirea și evaluarea adecvată a problemelor societății pentru care instituțiile statului trebuie să identifice soluții adecvate și eficiente.

Factorii interesați – grupurile de acțiune locală, societatea civilă, partenerii sociali pot interveni în

procesul de definire, implementare și evaluare a politicilor publice .

Prin asociere, cetățenii își pot avansa și promova propriile interese, acest aspect constituind principalul element al procesului politic, inclusiv al celui legat de realizarea politicilor publice. Acestea din urmă ajung să fie dezvoltate, implementate, redefinite în urma interacțiunii dintre grupurile sociale și instituțiile guvernamentale.

Politica publică reflectă practic un echilibru al influenței relative a grupurilor de interes, la un moment dat, în cadrul societății.

Pe lângă prevederile art. 74 din Constituția României cu privire la inițiativa legislativă a unui număr de cel puțin 100.000 de cetățeni cu drept de vot prin care se pot promova propuneri legislative (proiecte de legi), actorii sociali pot interveni în procesul decizional al politicii publice prin procedura de consultare preliminară prevăzută HG nr. 2005/775 și HG nr. 2006/870 (implicarea în grupurile de lucru tuturor părților interesate, grupuri sociale).

Deși nu este reglementată, intervenția grupurilor sociale se mai poate realiza pe parcursul procesului de implementare și evaluare a politicilor publice, constituind feedback-ul din partea comunității asupra rezultatelor ce se doreau atinse prin politicile implementate.

Propunerile de politici alternative ale societății civile/comunității trebuie să cuprindă cel puțin următoarele aspecte:

- Context, cu date relevante și obiective pentru problema identificată ce se dorește soluționată
- Formularea adecvată a problemei
- Identificare scopului politicii - scopul politicii reprezintă o declarație a ceea ce o politică publică intenționează să realizeze, într-un anumit domeniu, în urma identificării și formulării problemei).
- Formularea de obiective generale și specifice clare, măsurabile – set de rezultate scontate ce trebuie obținute pentru realizarea situației dorite și implicit, pentru soluționarea unei probleme
- Identificarea și descrierea grupului țintă/a beneficiarilor cărui li se adresează politica respectivă;
- Identificarea soluțiilor pentru rezolvarea problemei identificate și analizarea acestora, cu identificarea criteriilor de analiză;
- Identificarea resurselor pentru fiecare tip de soluție și analiza acestora din perspectiva impactului generat și a rezultatelor preconizate
- Prezentarea metodologiei de analiză
- Identificarea actorilor necesari a fi implicați pentru punerea în practică a politicii alternative
- Scurtă descriere a activităților/sub-activităților necesare pentru implementarea politicii (ex. alocare de fonduri, modificări legislative)
- Scurtă descriere a modului în care actorii sociali se pot implica în punerea în practică a politicii respective
- Demonstrarea susținerii comunității și a reprezentativității coalițiilor sau actorilor care propun politicile alternative.

Propunerile de politici alternative vor respecta, pe cât posibil, modele-cadru prevăzute pentru acestea de HG nr. 2005/775, precum și prevederile privind propunerile legislative.

Formular de propunere de politici publice			
1. Institutia inițiatoare			
2. Formularea problemei			
3. Denumirea politicii			
4. Scop			
5. Obiective generale/specifice			
6. Beneficiari			
7. Variante de soluționare	Varianta 1	Impact (economic, social, legislativ)	Buget estimat
	Varianta 2	Impact (economic, social, legislativ)	Buget estimat
8. Procesul de consultare	Organizații/instituții consultate	Rezultatul procesului de consultare (variante, puncte de vedere, poziții exprimate)	
9. Varianta de soluționare recomandată	Prezentarea variantei:		Buget estimat
	- beneficii		
	- impact detaliat	Termene preconizate de realizare	
	- grupuri vizate		
	- modalități /termene de monitorizare și evaluare		
	- indicatori de performanță		

5.4 Rolul actorilor sociali în elaborarea și implementarea unei politici publice

Luând în considerație etapele ciclului de realizare a politicilor publice, actorii sociali pot avea un rol pro-activ în:

- includerea și promovarea pe agenda publică a anumitor probleme, inclusiv promovarea de inițiative legislative cetățenești;
- elaborarea propunerilor de politici prin furnizarea de expertiză, alternative, analize de impact în cadrul procesului de consultare prealabilă;
- implementarea politicilor publice prin participarea activă sau în parteneriat cu instituțiile guvernamentale în soluționarea problemelor, realizând inclusiv măsuri complementare celor guvernamentale
- evaluarea impactului și redefinirea politicii acolo unde rezultatele nu au fost cele estimate sau au fost insuficiente pentru soluționarea problemei.

Există multiple canale de comunicare transparentă cu palierul decizional pentru promovarea politicilor alternative, însă rolul actorilor sociali nu trebuie să se limiteze doar la faza de definire și de decizie a politicilor publice.

Astfel, folosind expertiza deținută în diverse domenii, actorii sociali pot monitoriza activitățile legate de implementarea politicilor, transmițând semnale de alarmă atunci când obiectivele declarate și activitățile derulate nu își ating scopul, contribuind, ulterior, la redefinirea politicilor publice.

De asemenea, aceștia pot avea un rol activ în implementarea politicilor prin promovarea acestora la nivelul comunităților, constituindu-se în așa-numitul palier intermediar între societate și palierul decizional.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. POPESCU, Luminița Gabriela, Politici Publice, suport de curs Facultatea de Administrație Publică, Școala Națională de Științe Politice și Administrative, București, 2007.
2. Manual de politici publice (2009), Institutul pentru Politici Publice Ed. Economica, București
3. M. Profiroiu, E. Iorga, Manual de Politici Publice, Ed. Economică, București, 2009
4. Manual pentru elaborarea propunerii de politici publice, Secretariatul General al Guvernului, Unitatea de Politici Publice, 2007
5. Miroiu, Adrian, Introducere în analiza politicilor publice, Editura Paideia, București, 2001

Rolul procesului de consultare

6

Consultarea este un concept și un instrument care deschide un spațiu propice pentru ca o serie de idei și propuneri să fie mai întâi identificate, prezentate, dezbătute, argumentate, pentru ca apoi să poată fi alese cele pe care majoritatea participanților la procesul de consultare decid că merită să fie supuse mai departe instituțiilor publice ca alternativă ce poate duce la îmbunătățirea unei structuri.

Acest proces presupune ca în bună credință mai mulți oameni să dezbată acele idei și propuneri cu scopul de a găsi, într-un spirit angajant și de cooperare, variantele optime și viabile unei probleme sau situații, nu de a impune propriile idei și concepții.

Proiectul de dezvoltare a capacității Colegiului Pacienților în elaborarea de propuneri viabile către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări s-a bazat, în cea mai mare parte, pe consultarea cu grupul țintă și cetățenii pentru a putea avea un proces de strângere de propuneri din diferite zone ale țării, de la actori importanți în domeniul sănătății, cu scopul inițierii unor alternative viabile către instituțiile abilitate care să aducă valoare în sistemul de sănătate din România.

În cadrul proiectului s-a ținut cont de etapele care stau la baza elaborării politicilor publice și care permit formularea alternativelor la starea actuală.

Consultarea dispune de un element central în cadrul procesului care este „Decidentul” acesta putând fi definit ca acea entitate care ia hotărâri, singur sau în grup, atunci când există posibilitatea unei opțiuni sau a selectării și a alegerii unei alternative din mai multe variante posibile.

Decidentul are la dispoziție o serie de instrumente sau tehnici de lucru prin care se pot genera idei sau soluții viabile la o problemă:

- Analiza SWOT (Puncte Tari – Puncte Slabe – Oportunități – Riscuri)
- Brainstorming și Tehnica grupului nominal (tehnici de lucru în echipa responsabilă cu soluționarea problemei, care poate fi multidisciplinară sau mixtă: consilieri, experți, parteneri de coaliție, colegi de partid etc.).
- Metoda celor 6 pălării (Eduard de Bonon, „Six Hats Model”) – Metoda celor «6 pălării» înlătură cel mai mare obstacol în calea gândirii rapide și eficiente – egoul. Astfel deciziile sunt luate dintr-o serie de perspective importante. În utilizarea celor „6 pălării”, membrii echipei joacă diverse roluri. Este o metodă creativă și inovativă de soluționare a problemelor prin abordarea indirectă a acestora din diverse unghiuri.
- Tehnica Delphi – consultarea unui grup de experți în domeniul de referință a problemei selectată pe baza aplicării unor chestionare care măsoară opiniile acestora asupra problemei analizate
- Consultări cu persoane și organizații din afara instituției – pentru completarea tuturor informațiilor și datelor necesare analizei și formulării problemei
- Studiarea modului în care alții au rezolvat probleme similare .

Colegiul Pacienților a ales ca în procesul de consultare să folosească o combinație de mai multe tehnici de la consultarea experților cu un grup de persoane din grupul țintă, la analiza SWOT.

Un număr de trei experți din cadrul proiectului, specializați pe diferite arii din domeniul sănătății cum ar fi: spitalizare, paraclinic, laborator și ambulatoriu au pregătit materiale cu informații despre starea și structura actuală din domeniul sănătății pe fiecare din ariile propuse cu scopul de a iniția o consultare cu grupul țintă ales din asociații profesionale la nivel național cum ar fi Colegiul Medicilor și Ordinul Asistenților, asociații de pacienți care reprezintă interesele pacienților în domeniul sănătății pe arii restrânse de boli, cât și instituții publice – spitale publice, până la jucători din mediul privat care lucrează ca furnizori pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

INSTRUMENTE PENTRU CONSULTAREA FACTORILOR INTERESAȚI

Factorii interesați în propunerea de alternative la politicile publice existente au la dispoziție câteva instrumente prin intermediul cărora consultarea acestora poate să aibă efectul scontat. Parte din acestea sunt :

ÎNTÂLNIRI, MESE ROTUNDE, WORKSHOPURI

Aceasta este o metodă clasică privind implicarea factorilor cheie și a cetățenilor. Întâlnirile cu grupuri de persoane din domeniu le dau ocazia asociațiilor, instituțiilor publice și private, cetățenilor, de a spune direct părerile lor în legătură cu o propunere, un proiect sau cu o anumită problemă. Aceste întâlniri se concentrează asupra unui anumit subiect ori se organizează pentru a afla comentariile asupra unui subiect mai larg. Înaintea întâlnirilor, celor prezenți li se pun la dispoziție informațiile necesare pentru ca ei să poată face comentarii cât mai folositoare. Astfel de întâlniri sunt conduse în mod organizat: celor care iau cuvântul li se va acorda un timp limitat pentru a-și exprima părerea și li se va cere să vorbească numai despre subiectul aflat în dezbateri.

INIȚIERE DISCUȚII ON LINE CU AJUTORUL PLATFORMELOR

Pentru a informa publicul în legătură cu diferite planuri sau propuneri, se pot afișa anunțuri. Astfel de anunțuri pot fi facute prin mijloace tradiționale, cum ar fi mass media (scrisă și audio – video), sau cu ajutorul unor platforme online în care fiecare persoană interesată poate să inițieze o petiție sau poate să își aducă aportul prin semnarea unei petiții.

În acest sens, Colegiul Pacienților a ales în acest proiect să se folosească de canalele moderne de publicitate on line tip comunicate de presa, Facebook unde a inițiat campaniile de promovare a meselor rotunde și workshop-urilor organizate în diferite locuri din București și celelalte orașe Timișoara, Cluj, Iași, Oradea, Brașov, sau platforma electronică www.sieusemnez.ro dedicată inițierii de petiții și promovare a propunerilor care au rezultat în cadrul dezbaterilor.

DESFAȘURAREA PROCESULUI DE CONSULTARE

Așa cum s-a menționat și anterior, în vederea demarării procesului de consultare a fost publicat un anunț al temei supuse consultării prin intermediul mass media, prin canalele stabilite în etapa preparatorie cu detalierea posibilităților de acces la informația necesară formulării recomandărilor și a tipului acesteia (verbală sau în scris).

Pe pagina de facebook au fost transmise datele și coordonatele stabilite pentru întâlniri și invitația de participare.

Orice persoană interesată a putut depune observații și recomandări pe marginea proiectelor supuse consultării iar apoi s-a ținut evidența tuturor observațiilor și recomandărilor primite în format scris prin formularele de propuneri pe care fiecare participant l-a avut la dispoziție în mapa pe care a primit-o la întâlnire.

Întâlnirile au fost organizate pentru fiecare oraș sau județ în câte două mese rotunde unde au putut participa între 10 și 20 invitați informați și consiliați cu privire la tematicile abordate, și la un workshop unde au putut participa până la 30 persoane din grupul țintă.

La finalizarea fiecărei întâlniri au fost strânse propunerile fiecărui participant și s-a elaborat un document care să cuprindă aceste propuneri. Pe parcursul întâlnirilor au fost invitați fiecare din participanți să se alature cu alte propuneri și să califice acele propuneri strânse pe care ei le consideră ca fiind importante și cu impact major în ceea ce privește sistemul nostru de sănătate.

Cursul de formare în dobândirea abilității de a formula politici publice de la Brașov, în perioada 4 – 2 august a reunit 20 de participanți din mai multe zone din țară, dintre cei prezenți la întâlnirile anterioare, care s-au implicat și evidențiat prin abordarea și expertiza lor și care timp de 3 zile, cu ajutorul unui trainer specializat au învățat pașii în munca de a iniția o politică publică.

De asemenea, împreună cu participanții s-au analizat propunerile precedente. Prezentul document recunoaște contribuția părților interesate în procesul de consultare și are rolul de a informa participanții la procesul de consultare cu privire la decizia finală și la modul în care recomandările făcute de acestea au fost valorificate pe parcursul procesului.

EGALITATEA DE ȘANSE

Unul din criteriile pe care le-a presupus proiectul și consultarea a fost să se țină cont de strategia europeană de egalitate la șanse.

La ce se referă conceptul de egalitate de șanse? :

Egalitatea de șanse pentru femei și bărbați este un principiu susținut de Uniunea Europeană pe care suntem responsabili ca în acțiunile noastre să îl conștientizăm și să ne asigurăm că acest concept este împărtășit de toți cei care participă la diversele tipuri de consultare, dar și că acele decizii care se iau mai departe ca urmare a derulării unui proiect sau implementării lui susțin acest principiu.

Deja în 1996, odata cu începerea demersurilor României de a adera la Uniunea Europeană conceptul egalității de șanse a fost adus în discursul public mai întâi de organizațiile neguvernamentale și abia apoi de ceilalți actori sociali.

Ce înseamnă egalitatea de șanse pentru femei și bărbați? :

o vizibilitate, autonomie, responsabilitate și participare egală a celor două sexe la / în toate sferele vieții publice și private (1998 – Consiliul Europei, Abordarea integratoare a egalității de șanse între femei și bărbați)

o luarea în considerare a capacităților, nevoilor și aspirațiilor diferite ale persoanelor de sex masculin și respective feminin, și tratamentul egal al acestora (Legea 2002 / 202 privind egalitatea de șanse pentru femei și bărbați)

o femeile și bărbații au aceleași drepturi, obligații și posibilități cu privire la: a avea un loc de muncă care să le asigure independența economică, a se implica în gospodărie și creșterea copiilor, a participa la viața politică, sindicală, socială, culturală, la activitățile comunitare.

Exista, de asemenea, limitări impuse de roluri stricte iar faptul că diferitele comportamente, aspirații și necesități ale femeilor și bărbaților sunt luate în considerare, evaluate și favorizate în mod egal, înseamnă că femeile și bărbații se bucură de aceeași libertate de a-și realiza aspirațiile.

Relevanța în problemele de gen – punerea în discuție a relevanței unei politici sau a unei acțiuni cu privire la relațiile de gen, a egalității dintre femei și bărbați. Abordarea integratoare a egalității de gen – elementul esențial utilizat în definiția abordării integratoare a egalității de gen este punerea accentului pe procesele de elaborare a politicilor.

Abordarea integratoare se referă la organizarea procedurilor și reglementărilor uzuale, organizarea responsabilităților și capacităților în scopul integrării perspectivei de gen în toate aceste proceduri, reglementari, responsabilități, capacități etc. Se referă, de asemenea, la utilizarea expertizei de gen în elaborarea și planificarea politicilor, utilizarea analizei privind impactul de gen în acest proces, includerea consultărilor și participării grupurilor și organizațiilor relevante. Numai când toate aceste condiții sunt îndeplinite se poate afirma că procesul abordării integratoare este în curs de realizare.

Dizabilitatea este termenul general pentru pierderile sau devierile semnificative ale funcțiilor sau structurilor organismului, dificultățile individului în executarea de activități și problemele întâmpinate prin implicarea în situații de viață, conform Clasificării Internaționale a Funcționării Dizabilității și Sănătății;

Gen / Gen social exprimă diferența culturală, diferența între categoriile distincte de femei și bărbați, construită și interpretată social (feminin / masculin).

Stereotipuri de gen – sistem de convingeri, opinii consensuale referitoare la caracteristicile femeilor și bărbaților în legătura cu trăsăturile dezirabile ale masculinității și feminității;

Prejudecățile de gen sunt acele idei preconcepuate care operează etichetări din perspectiva a ceea ce este predeterminat ca admis sau respins, pentru că o persoană este bărbat sau femeie;

La mesele rotunde, întâlnirile sau workshop-urile organizate s-a ținut cont de toate aceste aspecte, mai mult pe agenda fiecărei întâlniri primul punct de informare a abordat punctele de vedere ale Uniunii Europene cu privire la strategia de egalitate de șanse.

Rolul procesului de consultare



Scurta analiza a sistemului public de asigurari de sanatate la nivelul anului 2019

Sistemul public de asigurari de sanatate este gestionat exclusiv de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate („CNAS”) si administrat in teritoriu prin intermediul Caselor Judetene de Asigurari de Sanatate („CAJ”).

Finantarea sistemului de asigurari sociale de sanatate este asigurata sub forma de contributie obligatorie din partea tuturor angajatilor si a persoanelor ce realizeaza venituri cu un procent de %10 din venit, ele fiind in mare parte colectate la sursa de catre angajatori. Exista si un numar foarte mic de persoane asigurate la cerere, majoritatea asigurandu-se la nivelul salariului minim pe economie, nefiind nici ratiune sau un motiv sa faci altfel.

La acest sistem, contribuie aproximativ 6.8 milioane persoane, in timp ce sistemul asigura pe langa contributor pe sotia/sotul acestuia, copii, parintii daca nu realizeaza venituri, dar si multe alte categorii de persoane cum ar fi: pensionarii, elevi, studenti, persoanele incarcate, etc., ajungandu-se la peste 17 milioane de beneficiari si astfel creandu-se mari dezechilibre intre incasari si costul curent al serviciilor utilizate de beneficiari.

Anual, CNAS organizeaza o consultare publica vis-a-vis de continutul pachetului de baza si al contractului cadru, in baza caruia urmeaza sa contracteze pentru anul urmator serviciile medicale si medicamentele necesare asiguratilor, urmat de exercitiul de contractare. Desi acest proces ar trebui sa aiba predictibilitate si sa se desfasoare in primele luni ale anului calendaristic, rareori se intampla asa, data contractarii fiind imprevizibila. Dovada este situatia din ultimii 5 ani, cand contractarea a avut loc dupa cum urmeaza: Aprilie 2015, Iulie 2016, Martie 2017, Aprilie 2018, Iulie 2019.

Desi la consultarile premergatoare contractarii participa si asociatiile de pacienti si structurile asociative ale medicilor si furnizorilor, rareori propunerile acestora sunt luate in considerare, fiind mai degraba un exercitiu ce trebuie bifat.

Acest proces de contractare anual este un consumator major de timp si resurse atat la nivelul caselor judetene, cat si la nivelul furnizorilor. Sistemul ar functiona mai bine daca contractarea ar putea avea loc in orice moment al anului: in felul acesta efortul ar putea fi disipat si angajatii specializati. Suplimentar, contractele ar putea avea o durata mai lunga cum ar fi de exemplu 5 ani, iar eventualele modificari ce pot aparea in decursul perioadei contractuale ar putea lua forma unor acte aditionale.

In prezent, avand in vedere ca procesul de „negociere” este mai degraba teoretic decat practic, s-ar putea stabili din start ca vorbim despre un contract de adeziune ce ar putea fi semnat electronic, avand in vedere ca toti furnizorii CNAS sunt obligati sa detina semnatura electronica pentru raportarea in SIUI, mecanism ce ar eficientiza procesul pentru toate partile implicate.

CNAS are sediul in Bucuresti si, conform organigramei, are 298 angajati platiti cu peste 6000 lei net fiecare. CNAS este reprezentata in teritoriu de catre CAJ, cate una in fiecare judet plus Bucuresti; aceste unitati au fiecare intre 40 si 150 angajati, de unde putem presupune ca doar administrarea sistemului necesita aproximativ 3000 angajati.

Servicii acoperite de asigurarea publica de sanatate si cum se contracteaza ele

Casele judetene de sanatate contracteaza anual urmatoarele categorii de servicii de la furnizori publici si privati, in functie de disponibilitatea lor pe plan local:

1. Îngrijiri medicale la domiciliu
2. Centre de permanență
3. Îngrijiri paliative la domiciliu
4. Radiografii dentare și panoramice
5. Asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice
6. Asistență medicală medicină fizică și de reabilitare
7. Consultatii de urgenta la domiciliu si transport sanitar neasistat
8. Ambulatoriu specialitati clinice - Servicii Ecografii
9. Servicii medicale în unități sanitare cu paturi

10. Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitati paraclinice - RADIOLOGIE - IMAGISTICĂ MEDICALĂ
11. Furnizarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu
12. Asistență medicală dentară
13. Convenții pentru bilete de trimitere
14. Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitati paraclinice - LABORATOARE DE ANALIZE MEDICALE
15. Medicină Primară - Servicii Ecografii
16. Dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale în ambulatoriu
17. Asistență medicală primară
18. FARMACII PNS - Furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în PNS

Metodologia de contractare si mecanica contractuala difera de la o categorie la alta: spitalizarea este contractata pe un sistem de tipul DRG (Diagnostic Related Groups), in timp ce restul categoriilor sunt contractate intr-un sistem de tipul plata per serviciu raportat la o lista de servicii si tarife impusa in baza unui plafon aprobat, cu o exceptie notabila: farmacia care nu are plafon. Nu se accepta depasirea plafoanelor si in cazul in care aceasta se intampla pierderea este a furnizorului.

Ce sunt plafoanele si cum functioneaza?

Plafoanele reprezinta suma maxima de bani in care un furnizor de servicii medicale trebuie sa se incadreze pe parcursul unei luni calendaristice. Majoritatea furnizorilor de servicii medicale servesc clientii pe principiul primul venit – primul servit si gestioneaza liste de asteptare pentru luna urmatoare.

Mecanica stabilirii plafoanelor este alambicata si diversificata:

- in cazul spitalelor, ea se raporteaza la numarul de paturi,
- istoric, in cazul laboratoarelor de analize medicale sau al unitatilor de imagistica, plafonul judetean atribuit arbitrar (pe istoric) de CNAS este distribuit catre toti furnizorii pro-rata cu punctajul obtinut din analiza capacitatii, resursei umane si a calitatii, dublat de o lista scurta de teste decontate (97 teste),
- in cazul ambulatoriului de specialitate si al medicinei primare, plafonul este la nivel de consultatii si lista de servicii.

Acest sistem de contractare este anevoios si sfideaza principiile asigurarilor de sanatate moderne unde, ca regula, banul urmeaza pacientul, acesta putand alege furnizorul preferat, fenomen ce duce la cresterea calitatii si competitivitatii serviciilor medicale.

Printre cele mai frecvente anomalii create de acest mod de lucru sunt:

1. Spitalele private solicita contributii personale si pot refuza pacientul asigurat atunci cand plafonul este epuizat.
2. Spitalele publice accepta cazuri peste plafon si inregistreaza pierderi, ajungand frecvent in situatii in care fac compromisuri de calitate inacceptabile si in care pun viata pacientilor in pericol.
3. Laboratoarele cu adresabilitate si reputatie buna raman fara plafon in primele zile ale lunii, in timp ce altele ajung sa plateasca comisioane medicilor pentru a beneficia de trimiteri.
4. In ambulatoriul de specialitate, frecvent, medicii nu au servicii in contract CAS disponibile sau contractate si solicita prestarea lor contra cost.

Cum sunt platite serviciile catre furnizori?

Tarifele la care se contracteaza serviciile sunt sever subevaluate, principalele sectoare vaduvite fiind: spitalizarea, ambulatoriul de specialitate, medicina primara, ingrijirile la domiciliu, stomatologie. Exceptie fac laboratorul si farmacia unde marjele sunt rezonabile.

In cazul spitalelor, situatia este dramatica nivelul decontarilor fiind in marea majoritate a

cazurilor sub cost, ceea ce face aceasta activitate dependenta (i) in cazul unitatilor publice, de subventii de la Ministerul Sanatatii si Consiliile Judetene si (ii) in cazul spitalelor private, de contributia personala. Sistemul este atat de dezechilibrat incat el sanctioneaza economic in special spitalele care isi asuma cazuri cu o complexitate mare, ducand la o lipsa acuta de resurse la nivelul acestora.

Un alt fenomen nascut din lipsa de resurse si tarifele foarte mici pe zona de spitalizare este exploatarea la maxim a vulnerabilitatilor aplicatiei DRG si a posibilitatii de a asocia diagnostice cu scopul de crestere a indicelui de complexitate, fapt ce a dus la denaturarea statisticilor pana la punctul in care ele au devenit irelevante (statistic).

Valoarea la care se deconteaza de catre CNAS o interventie chirurgicala cu complexitate mica este aproximativ 1.600 lei, urcand la 6.000 lei pentru cele complexe, cu maxime in jurul valorii de 20.000 lei in cazuri de mari arsi.

Este astfel evident ca actualul model de finantare a spitalelor nu este sustenabil, fiind necesara o reforma imediata.

Ambulatoriul, desi apare ca prioritate in strategia nationala pentru sanatate, este descurajant atat pentru medicii, cat si pentru investitorii in sanatate, fiind aproape imposibil de organizat intr-o maniera profitabila.

Medicina de familie este platita cu 19,25 ron / consult si o plata sub forma de abonament de 4,08 lei pt copii pana intr-un an, 3,5 lei pentru copii pana in 5 ani, 2,9 lei pentru persoane cu varsta intre 5 si 59 ani respectiv 3,64 lei pentru cei peste 60 ani. Astfel, un cabinet mediu de medicina de familie poate factura teoretic in jur de 18.127 lei la o captatie de 2200 pacienti si un grad de utilizare a normei de %100.

Medicina de specialitate este platita cu 28 lei pentru o consultatie fara servicii. La specialitatile cu servicii suma facturata per pacient poate ajunge si la 85.4 lei, dar plafonul de servicii maximal pe zi este de doar 439.6 lei, rezultand un pret mediu maxim per pacient de 52.53 lei. In acest context, suma maxima facturabila de un cabinet cu norma intreaga este de 20.962 lei. Pentru medicii cu peste 5 ani vechime in specialitate, in urma obtinerii titlului de medic primar, tarifele cresc cu %20.

In cazul serviciilor de imagistica, tarifele decontate pentru radiologie conventionala sunt intre 18 si 35 lei, ecografii intre 30 lei si 80 lei, cu doua exceptii notabile ecografia transesofagiana 170 lei si cea obstetricala de T2 la 350 lei. Investigatiile cu computerul tomograf CT sunt decontate la tarife cuprinse intre 60 lei si 400 lei, serviciile de rezonanta magnetica RMN cu 400 lei – 700 lei, angiografiile cu 400 lei pana la 600 lei. Explorările functionale sunt platite cu sume cuprinse intre 10 lei si 20 lei, exceptie facand holterul cu 75 lei.

In acest context, majoritatea furnizorilor taxeaza pacientii pentru diverse servicii conexe in paralel cu serviciul prestat in decontare cu CAS pentru a putea supravietui.

In cazul medicamentelor, lista produselor este larga si plafonarea exista doar la nivel de producator prin taxa de clawback. Totusi, in ultimi ani, lista nu a fost actualizata si, o data cu intrarea in UE, exporturile paralele au dus la disparitia de pe piata a produselor cu preturi mici.

Sistemul deconteaza medicamente foarte ieftine la modul general. Astfel, pentru o cutie de Claritine un adult cu salariu de 10.000 lei net va beneficia de %50 decontare, platind 5 lei in loc de 10 lei, la fel ca un salariat ce castiga salariul minim pe economie. In schimb, nici unul dintre ei nu va avea acces la medicamente scumpe in cazul unor boli rare sau grave.

In cazul medicamentelor este necesara o repriorizare a alocarilor de fonduri, in sensul in care pacientii au nevoie de sprijin mai ales pentru medicamentele scumpe sau pentru tratamentele de durata unde nu pot fi ajutati de familie sau de societatea civila.

Cine sunt furnizori de servicii medicale ai CNAS?

Desi nu pare, sistemul este in mare masura privatizat, exceptie facand zona de spitale unde ponderea unitatilor publice este inca foarte mare din cauza modului de finantare.

In acest context, marii furnizori de servicii medicale private s-au concentrat pe contractarea:

- A) serviciilor de spitalizare continua si de zi unde fac o selectie atenta a cazurilor pentru a nu se incarca cu costurile peste tariful oferit de CAS, facand up-sale si vanzari asociate cu servicii conexe.
- B) laboratorului de analize unde plafonarea la nivel de gama creeaza o cerere foarte mare de analize cu plata in afara contractului CAS
- C) Serviciilor de imagistica, in special RMN (care nu are costuri variabile mari, este usor de autorizat si cererea este in crestere).
- D) Ambulatoriului de specialitate, medicina primara si stomatologia unde au fost privatizati cu forta in anii '90.

In cazul spitalelor, vorbim de putin peste 400 unitati de stat si aproximativ 200 unitati private unde, valoric, unitatile private reprezinta mai putin de %10 cheltuielile sistemului CAS.

Activitatea de laborator este in proportie de peste %95 privata, dar fragmentarea la nivel de contract cu CNAS este foarte mare cu peste 2000 de furnizori, intr-o totala discordanta cu situatia din restul Europei, marcata de o consolidare accelerata in ultimii ani.

Medicina de familie este %100 privata si neconsolidata, marile lanturi de clinici avand sub %2 din piata, majoritatea praxis-urilor (in jur de 13.000) operand sub forma de cabinete individuale.

Medicina de specialitate este si ea in proportie de aproximativ %70 privata, aici situatia fiind totusi mai echilibrata, cu peste jumatate din praxis-uri activand in cadrul unor policlinici si centre medicale de dimensiuni mici si medii, marile lanturi avand o cota de piata de pana in %10.

Stomatologia este eminentemente privata, ponderea cabinetelor individuale fiind de peste %95, ceea ce se intampla si datorita modului de plata focusat pe medic.

Restul serviciilor sunt in marea lor majoritate prestate de furnizori privati de dimensiuni medii si mici, multi detinuti de medici sau profesionisti din domeniu ce reusesc cu greu sa supravietuiasca birocratiei excesive si preturilor foarte mici.

Decontarea serviciilor prestate catre CNAS

Toate serviciile prestate in baza asigurarii de sanatate trebuie introduse in Sistemul Informatic Unic Integrat („SIUI”) in timp real si semnate cu cardul de sanatate prin introducerea pinului.

Serviciile astfel introduse se constituie intr-o raportare la final de luna si, dupa ce se ruleaza un set de verificari si validari, rezulta valoarea de facturat a furnizorului catre casa, factura ce este platita de obicei in maxim 30 zile.

Desi ca idee si functionalitati SIUI este fara doar si poate esential bunei functionari a sistemului, din cauza frecventelor sincope in operare el are o imagine proasta atat in randul medicilor, cat si in randul pacientilor. SIUI ramane totusi principalul mecanism prin care s-a eliminat frauda din farmacii si ambulatorii.

Concluzii

Sistemul public de asigurari de sanatate din Romania este disfunctional, focusat pe furnizor, iar finantarea acestuia se face in limitele unor bugete nerealiste si fara nici o legatura cu riscul subscris.

Contrar logicii si principiilor asigurarilor, asigurarea publica de sanatate romaneasca te ajuta cand nu ai neaparata nevoie si costurile sunt mici si te lasa sa te descurci singur cand costurile devin mari si problema complexa.

Sistemul este ingropat intr-o birocratie excesiva ce nu genereaza nici control si nici eficienta, generand un cost de administrare per asigurat foarte mare.

Sistemul public de asigurari de sanatate din Romania necesita astfel o reforma din temelie.

Cum funcționează sistemul de asistență medicală primară



Organizația Mondială a Sănătății în 1978 a elaborat și promovat conceptul de îngrijiri primare de sănătate, iar conform definiției date la acel moment, îngrijirile primare de sănătate sunt acele îngrijiri prin care se pot furniza servicii de sănătate la cel mai ridicat standard de sănătate în condițiile celui mai mic preț de cost.

Pentru România domeniul asistenței medicale primare are o importanță deosebită deoarece reprezentatul său este specialitatea de medicină de familie care a cunoscut un recul semnificativ în anii 80-90 când medicii s-au specializat tot mai mult. A revenit în prim plan în anii 90 prin intermediul reformei sistemului de sănătate, devenind chiar o specialitate medicală, fenomen impulsat de cele mai multe guverne și Casa de Asigurări de Sănătate, deoarece se observase o tendință a sistemului medical de a deveni din ce în ce mai scump și – paradoxal – mai haotic, odată cu creșterea gradului de specializare a medicilor.

Reforma sistemului românesc de sănătate este un proces care a început încă din 1990 și care, din nefericire, încă în anul 2019 este departe de a se fi realizat. Primul pas cu adevărat important a fost făcut în 1997 atunci când a fost adoptată Legea Asigurărilor Sociale de Sănătate (Legea nr. 1997/145), lege care a intrat în vigoare definitiv de la 1 ianuarie 1999, lege care schimba modul în care se făcea finanțarea sistemului de sănătate (inițial prin impozitarea la nivel național și prin alocare bugetară de la Ministerul Sănătății) aducând nou taxarea individuală pe ștutul de plată (ca asigurare socială) precum și administrarea fondurilor astfel colectate de către un fond de asigurări și el constituit prin această lege. Administrarea acestor fonduri astfel colectate se face de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate care transferă apoi resursele către Casele Județene de Asigurări de Sănătate. Aceasta a fost o schimbare majoră care a făcut în fapt trecerea de la fostul sistem de tip Semashko la un sistem de tip Bismarck (model răspândit în țări precum Franța, Belgia, Olanda, Austria și mai ales Germania de unde provine).

Cum este plătit medicul de familie în România?

Medicul are o listă de pacienți arondați praxisului printr-un proces voluntar de înscriere. Această listă este numită Capitație și este platită sub forma unui abonament lunar.

Capitație minimă 800 pacienți, optimă 1800 pacienți, maximă 2200 pacienți

Grupa de vârstă	Sub 1 an	4 - 1 ani	59 - 5 de ani	60 de ani+
Puncte/pacient/an	14	12	10	12,5
Lei / an / pacient	49	42	35	43,75
Lei / luna / pacient	4,08	3,5	2,9	3,64

Valoarea punctului de la noua contractare iulie 3.5 :2019RON

Pe lângă plata Capitației, medicul de familie este plătit per serviciu prestat în baza unei raportări lunare, în limita unui plafon de 20 consultații / zi, la un program de 5 ore / zi

5.5 puncte pentru consult – adică 19.25 ron

15 puncte pentru consult la domiciliu – 52.5 ron

Simulare venituri cabinet medical medicină de familie:

Capitație	Venit	Costuri	Venit brut	Taxe	Net
900	13,629	8,379	5,25	1,838	3,413
1,6	16,1	8,379	7,721	2,702	5,019
2,2	18,127	8,379	9,748	3,412	6,336
3	22,775	8,379	14,396	5,039	9,357
	Ron lună				
Total Costuri	8,379				
Chirie	2,115				
Utilități și întreținere	600				
Asistent	3,314				
Leasing auto	800				
Cost auto	450				
Internet și telefon	180				
Soft raportare	120				
Contabil	300				
Tipizate	150				
Consumabile	350				

În iulie 2017 a fost publicată Legea nr. 185 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate. Ea cuprinde și acreditarea tuturor instituțiilor medicale din ambulatoriu, inclusiv cele din asistența medicală primară. Este un prim pas, desigur, care ar dovedi interesul pentru găsirea unor modalități de îmbunătățire a calității serviciilor medicale oferite de furnizorii din sistemul de sănătate din România.

Probleme identificate în asistența medicală primară și propuneri alternative





Principalele probleme identificate de participanții la proiectul inițiat de Colegiul Pacienților pe zona de asistență medicală primară au legătură cu subfinanțarea sistemului cât și cu modul de organizare. Pentru a simplifica analiza problemelor din asistența medicală primară am grupat problemele în următoarele categorii:

- I. Subfinanțarea și slaba dotare a Cabinetelor de Medicină de Familie
- II. Accesibilitatea în cabinetul Medicului de Familie
- III. Slaba informare a pacienților
- IV. Birocrația

Pentru fiecare categorie de mai sus veți regăsi problemele sesizate de participanți și cel puțin o idee de propunere alternativă privitor la modul cum ar putea fi rezolvată respectiva situație fără a intra însă într-o analiză profundă.

I.Subfinanțarea și slaba dotare a Cabinetelor de Medicină de Familie

Problemele identificate de participanți referitor la segmentul „Subfinanțarea și slaba dotare a Cabinetelor de Medicină de Familie” se împart în următoarele categorii:

- a) Probleme sesizate de pacienți
- b) Probleme sesizate de medicii

a)Probleme sesizate de Pacienți

Igiena precară a cabinetelor de medicină de familie, echipamente medicale învechite, mobilier degradat

Descrierea Problemei:

Pacienții reclamă faptul că majoritatea cabinetelor de medicină de familie au un mobilier depășit și învechit, aparatura medicală este depășită fizic și moral atunci când există, iar de cele mai multe ori acel dulap de urgență ce ar trebui să conțină un minim de medicamente este veșnic gol.

Soluții alternative :

- Soluția rapidă ar fi majorarea imediată a valorii punctului astfel încât venitul lunar al medicului de familie să-i permită acestuia un leasing pentru mobilier și echipamente.
- Renunțarea la obligația de a angaja asistent medical, care de fapt este un registrator medical în cabinetul medicului, astfel această resursă care a devenit din ce în ce mai scumpă ar fi eliberată rapid pentru a putea fi utilizată acolo unde chiar este necesară și anume în spitale, iar medicul de familie ar putea economisi astfel pentru a reinvesti în utilarea, mobilarea și igienizarea spațiului destinat cabinetului medical

b) Probleme sesizate de medici:

Lipsa totală de interes a Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Sănătate pentru sistemul de asistență medicală primară

Descrierea Problemei:

Venitul unui cabinet de medicină de familie nu ofera posibilitatea efectuării unor investiții în dotare cu echipamente și mobilier, acesta abia asigurându-i medicului de familie un trai decent.

Asistența medicală primară în secolul 21 nu se mai poate face doar cu stetoscopul și tensiometrul. Ea trebuie să ofere o gamă cât mai largă de servicii de calitate, astfel încât pacientul să-și poată rezolva problemele medicale în comunitate și, dacă se poate, să evite internările inutile.

Aceasta implică un nivel de dotare corespunzător, care să permită diagnosticul și monitorizarea principalelor boli cronice, posibilitatea de a face prevenție, de a urmări corect sănătatea mamei și copilului, de a putea oferi diverse proceduri la nivelul centrelor medicale. Toate acestea însă necesită

organizare și o finanțare corespunzătoare.

Medicina de familie este %100 privată, dar totodată este %100 dependentă de contractul cu CNAS, iar atâta timp cât o consultație care durează 15 minute este decontată de către CNAS cu echivalentul a 19.5 ron, iar numărul consultațiilor pe zi este plafonat la 20, medicii de familie nu vor putea să susțină costurile reale de întreținere și dotare a spațiilor pe care le dețin.

Soluții alternative :

- Soluția rapidă ar fi majorarea imediată a valorii punctului astfel încât venitul lunar al medicului de familie să-i permită acestuia un leasing pentru mobilier și echipamente.
- Renunțarea la obligația de a angaja asistent medical, care de fapt este un registrator medical în cabinetul medicului, astfel această resursă care a devenit din ce în ce mai scumpă ar fi eliberată rapid pentru a putea fi utilizată acolo unde chiar este necesară și anume în spitale, iar medicul de familie ar putea economisi astfel pentru a reinvesti în utilarea, mobilarea și igienizarea spațiului destinat cabinetului medical
- Garantarea unor linii de credit fără dobândă de către Ministerul Sănătății pentru cabinetele de medicină de familie cu destinația obligatorie pentru achiziție de echipamente medicale : ekg, spirometru, ecograf, audiometru, etc

II. Accesabilitatea în cabinetul Medicului de Familie

Problemele identificate de participanți referitor la segmentul „Accesabilitatea în cabinetul Medicului de Familie” se împart în următoarele categorii:

- a) Probleme sesizate de pacienți
- b) Probleme sesizate de medici

a) Probleme sesizate de Pacienți

1. Programul limitat al medicului de familie și neasigurarea unei permanențe

Descrierea Problemei:

Pacienții reclamă că dacă au o problemă de rezolvat și medicul său a terminat programul de dimineață, va trebui să aștepte până a doua zi după-amiază. Majoritatea covârșitoare a medicilor de familie lucrează în cabinete medicale individuale. Astfel, pacienții au acces la cabinet 7-5 ore pe zi. În multe locuri, acest lucru se datorează faptului că în același spațiu își desfășoară activitatea două cabinete medicale, dar fiecare cu listă proprie.

Soluții alternative :

- Soluția o reprezintă, evident, asocierea medicilor și organizarea în grupuri de practică care să poată asigura un program continuu, 12-10 ore pe zi, astfel încât pacienții să aibă acces la orice oră la servicii de AMP, un astfel de exemplu ar fi Centrele de Permanență, care ar degreva spitalele de o importantă cazuistică minoră ce poate fi tratată în Ambulatoriul de Specialitate.

2. Lipsa unui sistem viabil de programare la cabinetul medicului de familie

Descrierea Problemei:

Problema sistemului de efectuare a programărilor, aproape inexistent, foarte puține cabinete având un sistem de programare eficient. Majoritatea cabinetelor fac programări doar în timpul orelor de program, programările fiind făcute de asistentă, care își întrerupe activitatea curentă pentru a răspunde la telefon și a face programările. Programările online sunt aproape inexistente. Există câteva soluții IT, majoritatea timide, dar acceptarea lor de către medici a fost destul de slabă.

Soluții alternative :

- Soluția o reprezintă, dezvoltarea de urgență a unei aplicații naționale de programări online găzduită de către CNAS prin care pacienții să beneficieze de o alternativă viabilă la apelarea telefonică a cabinetului medicului de familie sau la deplasarea fără programare la cabinet și astfel la evitarea formării deja celebrelor cozi de așteptare de la ușa cabinetului medicului de familie

b) Probleme sesizate de medici:

Numărul redus de Norme în Contract cu CNAS la nivelul anumitor județe, blocarea intrării medicilor tineri în contract cu CNAS

Descrierea Problemei:

Un aspect care poate fi discutat este faptul că media de vârstă a profesioniștilor din medicina de familie este de circa 55 de ani. Trebuie găsite soluții atât pentru formarea de noi promoții de specialiști de medicină de familie cât și pentru eliminarea din legislație a numărului maxim de norme de medicină de familie la nivelul fiecărui județ.

Soluții alternative :

- Limitarea numărului de pacienți ce pot fi înscriși pe lista unui medic de familie la maxim 2.000 și deblocarea de urgență a normelor CNAS la nivelul fiecărui județ

III. Slaba informare a pacienților

Problemele identificate de participanți referitor la segmentul „Slaba informare a pacienților” se împart în următoarele categorii:

a) Probleme sesizate de pacienți

b) Probleme sesizate de medici

a) Probleme sesizate de Pacienți

Îngrădirea dreptului de a accesa anumite programe naționale finanțate de către Ministerul Sănătății cum ar fi de exemplu Screeningul de Col Uterin

Descrierea Problemei:

Pacienții reclamă că medicul de familie nu le-a adus la cunoștință că pot beneficia gratuit de screening, iar publicitatea acestui program a fost una inexistentă.

Soluții alternative :

- Implementarea unor măsuri coercitive la nivelul medicilor de familie care accesează aceste programe, dar care ulterior nu-și informează pacienții din grupul țintă despre existența lor, și nici nu le oferă suport în accesarea acestora.

b) Probleme sesizate de medici:

Decontul greoi , formularele stufoase ce trebuiesc completate și valoarea de decontare derizorie a serviciilor efectuate de către medicul de familie

Descrierea Problemei:

Medicii de familie reclamă faptul că decontarea pe aceste programe naționale presupune o birocrație enormă prin completarea unor formulare stufoase și că nu depinde doar de ei, în lanțul decontării fiind incluși și medicii specialiști cât și furnizorii de investigații paraclinice, analize de laborator, astfel timpul de decontare fiind unul care se poate întinde și pe parcursul mai multor luni, devenind neatractiv din punct de vedere financiar pentru medicul de familie și un mare consumator de timp.

Soluții alternative :

- Accesul direct al pacienților atât la consultațiile de specialitate cât și la investigațiile paraclinice, analize de laborator cu ajutorul cardului de asigurat pe programele naționale, fără a mai fi nevoie de o trimitere specială din partea medicului de familie, astfel îngreunând accesul la screening;

IV. Birocrația

Problemele identificate de participanți referitor la segmentul „Birocrație” se împart în următoarele categorii:

- a) Probleme sesizate de pacienți
- b) Probleme sesizate de medici

a) Probleme sesizate de Pacienți

Numărul infinit de adeverințe solicitat de către medicul de familie

Descrierea Problemei:

În vederea eliberării anumitor documente medicale, medicii de familie solicită pacienților să facă dovada că sunt salariați. Ex. Concediu Medical, Rețeta Compensată, Bilet de Trimitere Specialist, etc

Soluții alternative :

- Soluția rapidă este interconectarea portalului REVISAL ce aparține Ministerului Muncii cu SIUI, astfel încât medicul de familie să poată interoga statutul de salariat al pacientului, nemaifiind nevoie să-l plimbe pe acesta între angajator și propriul cabinet pentru a solicita adeverințe de salariat.

b) Probleme sesizate de medici:

Lipsa timpului necesar în cadrul unei consultații

Descrierea Problemei:

Durata consultației decontate de către CNAS este de maxim 15 minute, timp în care medicul de familie este obligat să ofere și consultația propriu zisă, și anamneza pacientului, să elibereze și un bilet de trimitere către medicul specialist, să elibereze și un bilet de trimitere către investigații paraclinice, și eventual să elibereze și o rețetă compensată.

Este utopic să ne imaginăm gradul de calitate pe care îl poate atinge un medic în 15 minute efectuând atât de multe activități.

Soluții alternative :

- Soluția rapidă ar fi creșterea de urgență a timpului alocat pentru o consultație la minim 20 minute. Creșterea calității asistenței medicale primare este o preocupare a tuturor sistemelor de sănătate. Unul dintre motive îl reprezintă creșterea costurilor îngrijirilor medicale secundare, mai ales pe fondul îmbătrânirii populației. Se consideră că, prin transferul unei părți din îngrijirile medicale dinspre spital spre asistența primară și comunitară, calitatea îngrijirii pacienților și calitatea vieții se vor îmbunătăți. Pentru acest lucru este însă necesară o modernizare a serviciilor din asistența primară care să fie capabilă să preia o serie de responsabilități.

O altă problemă care întârzie dezvoltarea asistenței medicale primare este slaba coordonare dintre asistența medicală primară și cea secundară. Acest lucru este destul de evident și în România. Practic, toate serviciile medicale sunt în concurență pentru a atrage cât mai mulți clienți. Consumul de servicii medicale nu este reglat de nevoia reală a pacienților, ci de necesitatea de a-și justifica existența serviciilor respective.

Cum funcționează sistemul de asistență medicală în ambulatoriul de specialitate

10



În ciuda importanței sale, asistența medicală ambulatorie reprezintă o componentă redusă a sistemului de asigurări de sănătate, CNAS alocându-i, în medie, numai %3 din resurse anual. Anual, CNAS contractează între 2.800 și 3.100 de furnizori de servicii. Numărul medicilor care fac parte din aceste contracte se apropie de 15.000.

Repetându-se situația din cazul asistenței medicale primare, anii 2008 și 2011 au adus scăderi ale finanțării, reflecție a constrângerilor bugetare, dar și a importanței reduse acordată de autorități ambulatoriului de specialitate. Abia în anii 2015 - 2013 s-a revenit la creșteri semnificative ale bugetului alocat, ca urmare a reorientării priorităților de politici publice și către serviciile din medicina primară

Valoarea medie a punctelor a variat, după o scădere de 30 % în anul 2009-2008, au urmat creșteri substanțiale în anii 2012 și 2015, 2013 (cu %45, %33 și, respectiv %50), și s-ar "traduce" astfel :

4. Numărul de puncte pe consultație, valabil pentru pachetele de servicii: Număr puncta pentru specialități medicale		Număr puncta pentru specialități chirurgicale
a. Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	16,20 puncte	17,25 puncte
b. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)		32,40 puncte
c. Consultația peste vârsta de 4 ani	10,80 puncte	11,50 puncte
d. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică peste vârsta de 4 ani		21,60 puncte
e. Consultația de planificare familială		10,80 puncte
f. Consultația de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)		21,60 puncte
g. Consultația de neurologie peste vârsta de 4 ani		14,40 puncte
h. Consultația pentru îngrijiri paliative		18,00 puncte

1. pentru specialități clinice și pentru medicii care lucrează exclusiv în planificare familială, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 minute);

2. pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, și pentru medicii care lucrează exclusiv în activitatea de îngrijiri paliative în ambulatoriu, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute);

3. pentru specialitățile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depăși, după caz, 154/153/150 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 7 ore/zi

4. pentru specialitățile clinice, în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic/cabinet, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultații; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultații; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultații.

În situația în care programul de lucru al unui medic/cabinet este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultații, servicii medicale crește sau scade corespunzător.

Simulare venituri cabinet medical în ambulatoriu de specialitate:

Nr. Consultații	Nr. Puncte Servicii	Venit	Costuri	Venit brut	Taxe	Net
19	153	21,062	8,379	12,683	4,44	8,244
16	110	16,628	8,379	8,249	2,887	5,362
12	100	13,5	8,379	5,121	1,792	3,328
5	153	12,171	8,379	3,792	1,327	2,465
		Ron luna				
Total Costuri		8379				
Chirie		2115				
Utilități și întreținere		600				
Asistent		3314				
Leasing auto		800				
Cost auto		450				
Internet și telefon		180				
Soft raportare		120				
Contabil		300				
Tipizate		150				
Consumabile		350				

Ambulatoriul clinic de specialitate nu a cunoscut volatilitatea pachetului de servicii și a condițiilor de contractare din medicina de familie, însă câteva modificări de amploare au lăsat o amprentă durabilă.

Cea mai importantă este eliminarea serviciilor de diagnostic și terapeutice din pachetul de bază în anul 2011. Acestea reprezentau o cincime din volumul de activitate al medicilor specialiști, care au fost obligați să efectueze numai consultații sau să perceapă tarife pentru servicii. CNAS a încercat să compenseze măsura cu creșterea valorii punctului per consultație și cu eliminarea unor limite asupra numărului acestora.

Efectele nu s-au lăsat așteptate: numărul de contracte de furnizare a scăzut cu %15, iar execuția bugetară în anul 2011 a fost numai %87 din programul aprobat. Serviciile medicale au fost reintroduse în anul următor, însă chiar și în anul 2013 erau cu %52 sub valoarea din urmă cu șase ani.

Și în privința consultațiilor s-a manifestat o tendință de scădere; numărul total era cu o zecime mai mic în anul 2013 decât în urmă cu patru ani. Majoritatea erau acordate pacienților cronici, care pot beneficia de o consultație pe lună sau pe trimestru. Numărul și ponderea acestora este în creștere, tendință vizibilă și la medicina de familie.

Consultațiile pentru pacienți cu afecțiuni acute și subacute sunt în scădere, ca urmare a limitării, începând cu anul 2010, a numărului aferent unui episod de boală la 3-1 consultații.

În ciuda evoluțiilor din ultimii trei ani, volumul de activitate în ambulatoriul clinic de specialitate rămâne la un nivel inferior. În contextul politicii de prevenire a spitalizărilor se pune just întrebarea unde pot fi examinați, tratați și îngrijiți pacienții, dacă ramura de servicii cea mai apropiată - ambulatoriul de specialitate - nu are capacitatea sa-i preia? Este nevoie de finanțare susținută pe o perioadă mai lungă de timp și stabilitate a serviciilor din pachetul de bază, astfel

încât ambulatoriul clinic de specialitate să-și dezvolte capacitatea și să amelioreze calitatea serviciilor.

Numărul serviciilor medicale s-a prăbușit, iar cel al consultațiilor a scăzut și el, fără a compensa în vreun fel deficitul de ofertă creat. În medicina de familie ritmurile de creștere a serviciilor curative și pentru cronici au rămas constante .

Prin urmare, spitalele nu au preluat prin compartimentele de urgențe, camere de gardă sau prin trimiteri de la medicii de familie pacienții care nu au mai avut acces la servicii de diagnostic și terapeutice în ambulatoriul clinic de specialitate. În schimb, investigațiile paraclinice și internările cu bilete de trimitere de la medicul specialist au scăzut, cel mai probabil ca efect al reducerii activității din ambulatoriul de specialitate .

Sistemul de asigurări sociale de sănătate din România a făcut progrese importante în cei douazecisimii de ani de existență. Serviciile medicale sunt la parametrii mult superiori și în evoluție continuă, comparativ cu sfârșitul anilor 1990, iar infrastructura de date reprezintă o referință la nivel european.

Reformele din ultimii ani prin care ponderea tarifului pe servicii furnizate de medicii de familie a crescut la %50 sunt corecte, însă mai trebuie făcuți pași importanți, cum ar fi:

- alocarea unor sume mai mari pentru serviciile de prevenție;
- încurajarea medicilor de familie și a celor specialiști să furnizeze mai multe servicii;
- stimularea serviciilor medicale în mediul rural, astfel încât, în caz de nevoie, pacienții din aceste zone să nu solicite direct servicii de spitalizare sau să se prezinte la unitățile de primiri urgențe;

Realizarea acestui obiectiv cere ca CNAS și MS să continue inițiative existente, dar și să înceapă altele noi. Presupune, mai mult decât orice, schimbarea mentalității actorilor din sistem, astfel încât pacientul să fie plasat în centrul tuturor activităților, iar deciziile, inclusiv cele financiare, să se alinieze intereselor acestuia.

Probleme identificate în asistența medicală de specialitate și propuneri alternative





Principalele probleme identificate de participanții la proiectul inițiat de Colegiul Pacienților pe zona de asistență medicală de specialitate au legătură cu subfinanțarea sistemului cât și cu modul de organizare.

Veți regăsi problemele sesizate de participanți și cel puțin o idee de propunere alternativă privitor la modul cum ar putea fi rezolvată respectiva situație fără a intra însă într-o analiză profundă.

I. Lipsa medicilor specialiști în ambulatoriul de specialitate

Descrierea Problemei:

Pacienții reclamă faptul că timpul de programare este foarte mare, pentru unele specialități ca :

- Oncologia
- Alergologia
- Cardiologia
- Oftalmologia
- Neurologia

Soluții alternative :

- Soluția rapidă ar fi majorarea imediată a valorii punctului astfel încât venitul lunar al medicului specialist să fie unul atractiv pentru acesta
- Corelarea numărului de posturi de la rezidențiat cu cererea de piață

II. Numarul redus de Investigatii efectuate in ambulatoriul de specialitate

Descrierea Problemei:

Numărul mic de servicii și valoarea derizorie decontată de CAS pentru investigațiile prestate în ambulatoriu în raport cu costul real al echipamentelor necesare, al consumabilelor, timpului și competențelor necesare

Soluții alternative :

- Soluția rapidă ar fi majorarea imediată a valorii punctului astfel încât venitul lunar al medicului de familie să-i permită acestuia un leasing pentru mobilier și echipamente.
- Garantarea unor linii de credit fără dobândă de către Ministerul Sănătății pentru cabinetele de medicină de familie cu destinația obligatorie pentru achiziție de echipamente medicale : ekg, spirometru, ecograf, audiometru, etc

III. Furnizorii nu contracteaza toate serviciile din ambulatoriu pe specialitati

Descrierea Problemei:

Pacienții reclamă că de foarte multe ori, în urma prezentării cu un bilet de trimitere la medicul specialist din ambulatoriul de specialitate, doar consultația a fost gratuită, și a fost pus să achite restul investigațiilor efectuate în cabinet, astfel nu a beneficiat de o decontare de %100 așa cum presupune acel bilet de trimitere.

Soluții alternative :

- Soluția o reprezintă, evident, majorarea valorii punctului atât pe consultație cât și pe servicii, astfel încât să fie sustenabilă achiziția echipamentelor medicale performante cu ajutorul cărora corpul medical să poată pune un diagnostic de certitudine.

IV. Serviciile oferite de medicii specialiști în ambulatoriu au liste de așteptare mari sau nu se fac în contract cu CNAS

Descrierea Problemei:

Pacienții reclamă că sunt trecuți pe liste de așteptare de către furnizorii de servicii medicale, iar uneori timpul mediu de așteptare este de până la 2 luni, fapt ce duce la agravarea bolii prin neefectuarea investigațiilor necesare sau la plata acestor investigații de către pacienți

Soluții alternative :

- Soluția o reprezintă, creșterea numărului de puncte alocat medicilor specialist care acum este de 156 zi. Practic în cazul specialităților cu multe manevre medicale ex ORL,
 - Dermatovenerologie,
 - Oftalmologie,
 - Medicină Interna,
- acestea sunt insuficiente, epuizându-se din primii 4 pacienți programați, restul pacienților fiind nevoiți să achite investigațiile sau să aștepte.

V. Accesul medicilor specialiști la competențe, costul mare.

Descrierea Problemei:

Medicii ar trebui să aibă la absolvirea rezidențiatului competențele necesare. CNAS ar trebui să solicite ca în decurs de 3 ani toți medicii de familie să aibă cel puțin competența pentru Ekg, Ecografie, Spirometrie, Indice GB iar medicii specialiști trebuie să aibă toate competențele utilizabile în ambulatoriu și aceste servicii ar trebui decontate CAS.

Soluții alternative :

- Modificarea structurii rezidențiatului astfel încât pe parcursul acestuia medicul specialist să efectueze un număr minim de investigații pentru fiecare echipament ce necesită o competență specială, astfel la finalizarea rezidențiatului, medicul specialist nu va mai fi nevoit să dea examene cu firme private unde trebuie să achite zeci de mii de lei pentru a le fi certificate aceste competențe.

VI. Lipsa decontării Stomatologiei

Descrierea Problemei:

Serviciile stomatologice sunt aproape exclusiv contra cost. Mulți cetățeni nu își permit aceste servicii ele fiind foarte scumpe contra cost. Plafonul este foarte mic alocat per medic 2400 ,2000 ,1600 ron în funcție de grad, faptul că el este împărțit la un număr foarte mare de medici, aproximativ 4.400 înrăutățește situația.

Soluții alternative :

- Soluția rapidă este ca dacă nu se poate crește plafonul ideal ar fi ca acesta să nu fie pe medic ci global cu liste transparente de așteptare în baza planurilor de tratamente depuse de furnizori.

Alte probleme menționate de furnizori ce țin de mecanica operațională a CAJ și contractul cadru și afectează toate componentele zonei de ambulatoriu sunt:

- Furnizorii susțin că perioada de contractare nu este predictibilă
- CNAS nu decontează telemedicina
- Medicii specialiști nu pot să aibă program sau să-și împartă norma între mai multe locații pentru a-și crește adresabilitatea și pentru a fi mai aproape de pacienții lor.
- Probleme frecvente ale sistemului informatic CNAS

Patru dimensiuni importante ce trebuie reținute:

1. Orientarea spre pacient.

Pacientul să fie plasat în centrul activităților, iar deciziile, inclusiv cele financiare, să se alinieze intereselor acestuia.

2. Evoluția costurilor.

Costurile prestațiilor medicale cresc pretutindeni odată cu progresul tehnologic. Acestei tendințe i se alătură îmbătrânirea populației, schimbările profilului morbidității și îmbunătățirea treptată a accesului la servicii.

3. Controlul resurselor prevalează.

În general, măsurile de reducere a costurilor restrâng accesul asiguraților la toate serviciile medicale, sau plafonarea acestora fără a avea o justificare medicală.

4. Activitatea din asistența spitalicească este concentrată la vârf.

Cele mai mari %25 dintre spitale publice au o pondere de %70 în sistem. Deși spitalele mari ar trebui să trateze afecțiuni complexe, ele internează numeroase cazuri simple, compatibile cu ambulatoriul de specialitate. Această distribuție, în care asistența spitalicească are pondere atât de mare, este atipică față de celelalte sisteme de sănătate din statele UE. Pentru eficientizarea resurselor trebuie acordată o pondere mai mare asistenței medicale primare și tratamentelor în ambulatoriu, pentru a degreva FNUASS de cheltuielile foarte costisitoare ale asistenței spitalicești, care în foarte multe cazuri nu sunt necesare

Cum functioneaza asistenta medicala bazata pe investigatii paraclinice

12

Care și ce sunt serviciile medicale paraclinice

Diagnosticul paraclinic se bazează pe utilizarea de aparatură medicală specială, fiind efectuat la cererea medicului specializat pe domeniul de care este legată explorarea cu scopul de a testa parametrii fizici, chimici și de funcționalitate.

Diagnosticul Paraclinic constă în explorarea paraclinică a individului și cuprinde:

- **Analize de laborator clinic, cum ar fi:**

- Hematologie,
- Biochimie,
- Bacteriologie,
- Imunologie,
- Citologie,
- Genetică,
- Toxicologie,
- Și multe altele.

- **Imagistică medicală, ca de exemplu:**

- Rx: bazate pe proprietățile razelor röntgen radioscopie, radiografie, CT,
- Ecografie: cardiacă, abdominală, tiroidiană, de glande mamare,
- RMN (Rezonanță Magnetică Nucleară),
- Imagistică nucleară - folosește proprietatea fizică a anumitor izotopi radioactivi,
- Și altele.

- **Explorări funcționale ale diverselor organe și aparate:**

- Aparatului respirator: spirometrie,
- Aparatului cardio-vascular: EKG- electrocardiogramă, Holter, Test effort, etc.,
- Aparatului renal (sondaje), secreției gastrice, ficatului, căilor biliare,
- Ale pancreasului exocrin prin tubaje,
- Gastro-intestinale: endoscopie, gastroscopie, colonoscopie,
- Analizatorului vizual, acuitate vizuală, etc.,
- Analizatorului acustico-vestibular prin audiometrie, etc,
- Sistemului nervos prin EEG - electroencefalogramă.
- Și multe altele.

Rolul investigațiilor paraclinice

În România nu există o practică coerentă exprimată prin ghiduri de practică. De asemenea, ne confruntăm cu o mare reticență din partea corpului medical de a folosi intensiv investigațiile paraclinice în stabilirea unui diagnostic de certitudine, pe motiv de costuri și orgoliu profesional, fără a se asigura însă implicarea activă a pacientului în asumarea riscului prin obținerea unui acord informat.

Medicina modernă se bazează din ce în ce mai mult pe diagnosticul de certitudine, acesta fiind un indicator elocvent al calității actului medical prin (i) creșterea vitezei de diagnosticare, (ii) a vitezei începerii de către pacient a tratamentului corect, precum și prin (iii) măsurarea eficacității tratamentului utilizat.

Astfel, investigațiile paraclinice pot fi utilizate pentru:

- Diagnostic de certitudine (infirmarea sau confirmarea unui diagnostic prezumtiv),
- Screening-ul factorilor de risc,
- Screening-ul infecțiilor virale și bacteriene,
- Testări ale rezistenței bacteriene,
- Măsurarea diverselor valori ale capacității funcționale a diverselor organe investigate,
- Vizualizarea structurală și funcțională a diverselor organe investigate,
- Cercetare științifică specifică.

Utilizarea investigațiilor paraclinice în cadrul practicii medicale

Odată cu dezvoltarea exponențială a capacităților și funcționalităților echipamentelor electronice, domeniul investigațiilor paraclinice (ca și multe alte domenii) cunoaște o democratizare accelerată a capacității de utilizare și de înțelegere a funcționalităților, dublată de o eficiență foarte mare și de creșterea acurateții interpretărilor oferite de inteligența artificială.

În principiu, investigațiile paraclinice sunt efectuate la cererea și sub supravegherea unui medic specialist care, de multe ori, are o competență profesională (diplomă) care îi atestă dreptul de a efectua respectiva investigație.

În România, accesul medicilor la competențe este sever restricționat și nu există baze de date publice care atestă dobândirea acestor competențe, în principal, din cauza intereselor economice ale unor profesori ce dețin monopolul acordării lor.

Astfel, deși un medic specialist petrece între 3 și 7 ani în cadrul rezidențiatului de specialitate, când acesta devine specialist nu obține și toate competențele necesare practicării specialității, astfel încât trebuie să intre pe liste de așteptare la cursurile contra cost efectuate de cei câțiva profesori acreditați. Există numeroase relatări credibile din rândul medicilor conform cărora, la aceste cursuri, în schimbul unor sume de bani, prezența nu este necesară și nu există nici o dovadă fizică a numărului de manevre efectuate de un medic pentru a dobândi respectivele competențe.

Faptul că până și cele mai banale investigații cum ar fi EKG, Spirometrie, Ecografie necesită aceste “diplome” contra cost este o dovadă a lipsei capacității de auto-reformare a mediului academic medical.

Mai grav este faptul că medicii au ajuns să ignore necesitatea utilizării acestor investigații din cauza dificultății cu care se obțin diplomele, scăzând astfel calitatea actului medical și chiar punându-se în pericol viața multor pacienți ce sunt greșit diagnosticați sau ajung la un diagnostic corect mult prea târziu.

Un exemplu elocvent este cel al medicilor de familie unde situația a ajuns dramatică în condițiile în care doar câteva procente dintre medicii din piață dețin măcar una dintre competențele mai sus enumerate.

Serviciile paraclinice decontate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate („CNAS”) și mecanica accesării lor

Și Casa Națională de Asigurări de Sănătate restricționează sever medicii în utilizarea investigațiilor paraclinice prin mai multe metode:

- preț neatractiv (sub cost),
- plafon financiar de decontare,
- gamă limitată de teste decontate.

Plafoanele din ambulatoriu alocate fiecărui furnizor sunt stabilite anual, prin împărțirea pro-rata între furnizori a unui plafon alocat la nivel de județ de către CNAS. Plafonul este împărțit între furnizori în baza unui punctaj obținut de aceștia (i) în funcție de capacitatea tehnică instalată, (ii) de resursa umană angajată și de (iii) alte câteva criterii de calitate foarte subiective.

Serviciile medicale paraclinice pot fi accesate atât în ambulatoriu, cât și în cadrul spitalizării. Totuși, preponderent ar trebui să fie diagnosticul în ambulatoriu.

În ambulatoriu pot fi accesate prin sau pe baza trimiterii de la medicul de familie:

- Investigații de laborator în limita a 62 parametri
- Investigație de imagistică: Ecografie,
- Investigații radiologice: Rx,
- Teste funcționale (EKG, Spirometrie, Pulsoximetrie).

În ambulatoriu pot fi accesate prin sau pe baza trimiterii de la medicul specialist:

- Investigații de laborator în limita a 97 parametri
- Investigații de imagistică (Ecografie, RMN)
- Investigații radiologice (Rx, Dexa, CT)
- Scopii (endoscopie, colonoscopie, etc)
- Teste funcționale (EKG, EEG, Spirometrie, etc.)

În cadrul spitalizării de zi se pot efectua:

- Investigații de laborator,
- Investigații de imagistică (Ecografie, RMN),
- Investigații radiologice (Rx, Dexa, CT),
- Scopii (endoscopie, colonoscopie, etc.)
- Teste funcționale (EKG, EEG, Spirometrie, etc.).

În cadrul spitalizării continue se pot efectua în principiu orice teste și investigații necesare stabilirii diagnosticului sau tratamentului, în limita disponibilității acestora în oferta spitalului.

Cine contactează serviciile paraclinice și cum sunt plătite aceste servicii de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate

În cadrul ambulatoriului, serviciile paraclinice pot fi contractate de către:

- Medicul de familie
- Medicul specialist
- Ambulatoriile de specialitate
- Centrele de imagistică
- Laboratoarele de analize.

Spitalizarea de zi și cea continuă oferă serviciile paraclinice ca parte integrantă din serviciul de spitalizare contractat.

Serviciile medicale paraclinice sunt decontate furnizorului de servicii medicale în contract cu casa județeană de asigurări de sănătate în limita listei de servicii și a plafonului contractat la începutul fiecărei luni calendaristice pentru luna anterioară, în baza decontului depus.

Pentru a fi decontate, serviciile medicale trebuie semnate de către pacient cu cardul de sănătate, prin introducerea codului PIN.

Modalitatea de plată a testelor diferă în funcție de situația specifică decontării lor: ambulatoriu, spitalizare de zi sau continuă. Astfel, în ambulatoriu, vorbim de o plată per serviciu în baza unei liste de prețuri stabilite la nivel național și în limita unui plafon financiar la nivelul furnizorului stabilit prin contract și care nu poate fi depășit. În cazul spitalizării de zi, investigațiile paraclinice sunt incluse în tariful pe caz rezolvat. În cazul spitalizării continue, serviciile paraclinice sunt incluse în tariful stabilit de aplicația DRG și contractat la nivelul unității spitalicești.

Prin urmare, dacă la nivelul ambulatoriului, prin politica de limitare a gamei și prin plafonul financiar, se blochează utilizarea normală a investigațiilor paraclinice, la nivelul spitalizării, prin includerea testelor în prețul decontat care este oricum (în multe cazuri) subevaluat se descurajează economic utilizarea acestor investigații.

Probleme identificate in asistenta medicala paraclinica si propuneri alternative

13



Principalele probleme identificate de participanții la proiectul inițiat de Colegiul Pacienților pe zona de servicii medicale paraclinice au o legătură profundă cu (i) modul în care este finanțat sistemul, (ii) cu subfinanțarea cronică și (iii) cu modul de organizare.

Pentru a simplifica analiza problemelor din segmentul de asistență medicală paraclinică am grupat problemele în următoarele categorii:

- I. Laborator de analize
- II. Imagistică medicală
- III. Investigații paraclinice din ambulatoriu

Pentru fiecare categorie de mai sus veți regăsi problemele sesizate de participanți și cel puțin o idee de propunere alternativă de rezolvare a respectivei situații, fără a intra însă într-o analiză aprofundată.

I.LABORATORUL DE ANALIZE

Problemele identificate de participanți referitor la segmentul „Analize de laborator” se împart în următoarele categorii:

- 1.1. Probleme sesizate de pacienți
- 1.2. Probleme sesizate de medici
- 1.3. Probleme sesizate de furnizori

1.1. Probleme sesizate de pacienți

1.1.1. Lipsa fondurilor pentru analize de laborator

Descrierea problemei

Pacienții reclamă faptul că, dacă nu ajung la laborator în primele zile ale lunii, nu beneficiază de gratuitatea oferită de CAJ pentru că plafonul alocat laboratoarelor se consumă imediat. Pacienții susțin că sunt obligați astfel să achite analizele necesare din surse proprii, fără posibilitatea recuperării banilor. În urma discuțiilor cu grupul țintă estimăm că, din această cauză, peste %70 dintre pacienți ajung să plătească testele din propriul buzunar deși au dreptul să le efectueze în baza asigurării publice de sănătate.

Soluții alternative:

- A. Găsirea altor metode de control al costurilor cu analizele de laborator care să nu blocheze accesul pacienților la serviciul medical.
- B. Eliminarea plafoanelor financiare la nivel de furnizor, astfel încât pacientul să poată alege furnizorul dorit în orice moment; propunem deci introducerea principiului conform căruia banul urmează pacientul, nu furnizorul.

1.1.2. Nerespectarea programărilor la investigații

Descrierea problemei

Pacienții reclamă faptul că, deși își fac programare pentru recoltarea analizelor decontate de către CAS, sunt frecvente cazurile în care, atunci când pacientul se prezintă pentru programare, laboratorul susține că nu mai are fonduri de la CAJ, pacientul fiind pus să aleagă între a renunța la efectuarea testelor și a le plăti. Problema este generată de faptul că laboratoarele nu pot estima foarte precis câți pacienți pot deservi în cadrul plafonului alocat, odată pentru că valoarea biletelor de trimitere are o variație naturală, dar și din cauza faptului că multe dintre laboratoare au mai multe puncte de recoltare care colectează probe simultan pe același plafon.

Soluții alternative:

- A. Găsirea altor metode de control al costurilor cu analizele de laborator care să nu blocheze accesul pacienților la serviciul medical.
- B. Eliminarea plafoanelor financiare la nivel de furnizor, astfel încât pacientul să poată alege furnizorul dorit în orice moment; propunem deci introducerea principiului conform căruia banul urmează pacientul, nu furnizorul.

1.1.3. Imposibilitatea de a folosi o trimitere pentru investigații paraclinice în alt județ decât cel în care a fost emisă

Descrierea problemei

Pacienții reclamă faptul că biletul de trimitere nu este acceptat în alt județ decât cel în care a fost emis, atunci când ei încearcă să găsească un laborator care are fonduri disponibile pentru analize decontate de CNAS sau un laborator care are o calitate mai bună a serviciilor. Furnizorii susțin că nu pot raporta la CAJ decât bilete de trimitere pentru analize paraclinice emise de medici în contract cu aceeași casă județeană de sănătate cu care au și ei contract. Astfel, un pacient din Vaslui nu poate merge la Iași sau unul din Arad nu poate merge la Timișoara. Mai absurdă este situația pacienților din mediul rural unde, din considerente geografice sau de disponibilitate a transportului, de multe ori cel mai accesibil sau apropiat oraș mare este în alt județ decât cel de reședință.

Soluții alternative:

- A. Eliminarea constrângerilor legate de locul de utilizare a biletelor de trimitere la investigații paraclinice: acestea ar trebui să poată fi onorate în orice localitate din țară.
- B. Pacientul plătește din surse proprii și decontează ulterior contravaloarea testelor la CAJ de domiciliu.

1.1.4. Lipsa unui laborator sau punct de recoltare în proximitate (mediul rural)

Descrierea problemei

Pacienții reclamă faptul că, în ultimii ani, medicii au renunțat la a mai recolta analize de laborator în cabinetele lor și acum sunt trimiși la oraș să își facă analizele. Pe lângă costul legat de transport pentru pacienții în vârstă sau pentru cei cu copii mici, această deplasare este un efort suplimentar mai ales în contextul unei persoane bolnave. Pe lângă acest aspect, am adăugă noi, există și riscul de a trimite cu transportul public un pacient contagios, crescând riscul de a îmbolnăvi pe alții sau de a agrava condiția pacientului. Laboratoarele de analize și medicii de familie susțin că au renunțat la colaborări din cauza unei reglementări din contractul cadru care sancționează contractele între laboratoare și medici, dar și din cauza faptului că se solicita autorizarea punctelor de recoltare în baza unor norme și criterii ne-sustenabile economic și logistic.

Soluții alternative:

- A. Exceptarea de la autorizare a punctelor de recoltare din mediul rural organizate în cabinetele medicilor de familie,
- B. Posibilitatea laboratoarelor și obligarea medicilor de familie să organizeze și să găzduiască un program de recoltare de câteva ore pe săptămână de la cel puțin 2 furnizori de servicii de laborator a căror selecție se face prin tragere la sorți anuală.

1.1.5. Viteza de primire a rezultatelor

Descrierea problemei

Pacienții reclamă faptul că sunt situații când sunt nevoiți să revină de mai multe ori la laborator până obțin rezultatul analizelor date în lucru. Situația este mai dramatică în cazul pacienților oncologici care așteaptă săptămâni la rând, sub stres, rezultatul probelor anatomo-patologice, teste în baza cărora se face stadializarea și se decide tratamentul corect. Furnizorii invocă fie volumele mici sosite în lucru a căror grupare crește timpul de așteptare, fie lipsa medicilor care, puțini fiind, când pleacă în concediu sau la congrese generează perioade mari de așteptare. Furnizorii invocă procedura greoaie de înlocuire a unui medic în contract cu CAS și faptul că nu au voie să externalizeze efectuarea unor teste nici măcar în situații de urgență.

Soluții alternative:

- A. Introducerea în contractul cadru a unei prevederi legate de timpul maxim de eliberare a unui rezultat
- B. Posibilitatea ca laboratoarele să externalizeze testele ce nu le pot efectua într-un interval optim, indiferent de cauză.

1.2. Probleme sesizate de medici

1.2.1. Număr mic de analize decontate de CAS (93 analize de laborator din circa 10.000 teste existente în nomenclatoarele internaționale)

Descrierea problemei:

Medicii, dar și pacienții cu boli grave, au insistat asupra gamei foarte restrânse de teste decontate de CAS, această listă fiind neactualizată de peste 10 ani. Casa de asigurări decontează în ambulatoriu doar 93 analize de laborator, analize ieftine și de uz curent, ignorând nomenclatoarele internaționale de teste ce au ajuns la peste 1000 de parametri. Majoritatea laboratoarelor de analize din România au în ofertă peste 600 de parametri, dar, din păcate, pacienții trebuie să acceseze aceste teste contra cost. Faptul că pacienții sunt sub-investigați duce la depistarea târzie a bolilor, multe din ele ajunse în faza cronică, fapt ce duce la o creștere a costurilor cu medicamentele, spitalizarea și concediile medicale.

Soluții alternative:

- A. Actualizarea listei de teste contractată de casă la nivelul celorlalte state membre UE
- B. Posibilitatea ca pacientul să deconteze la CAJ testele efectuate la recomandarea unui medic și care au dus la stabilirea unui diagnostic de certitudine.

1.2.2. Suspiciuni legate de calitatea analizelor de laborator

Descrierea problemei:

Medicii emit opinii și suspiciuni vis a vis de calitatea analizelor de laborator în mod frecvent și acuză faptul că starea clinică a pacientului nu este reflectată de rezultatele primite de la unele laboratoare.

Soluții alternative:

- A. Introducerea obligativității pentru laboratoare de a stoca pentru cel puțin 7 zile probe ce permit efectuarea de teste suplimentare din același material biologic, la cererea medicului trimitător, precum și
- B. Introducerea obligativității laboratoarelor de a avea o linie telefonică de suport pentru medicii trimițători la care aceștia pot cere informații suplimentare.

1.3. Probleme sesizate de furnizori

1.3.1. Lipsa fondurilor pentru analize de laborator decontate CAS

Descrierea problemei:

Laboratoarele primesc în fiecare lună din partea CAJ un plafon financiar în care trebuie să se încadreze cu decontările de analize în luna respectivă. Din interviurile cu reprezentanții laboratoarelor în contract cu CAS, am constatat că în majoritatea cazurilor valoarea medie a plafonului este de 35 lei / lună, excepție făcând municipiul București unde plafonul mediu este în jurul valorii de 100 lei / lună. Valoarea medie estimată de noi a analizelor de laborator de pe un bilet de trimitere este de aproximativ 110 lei, de unde rezultă că un laborator din țară poate deservi în cadrul contractului cu CAJ maxim 319 pacienți pe lună, adică în jur de 15 pacienți / zi, în timp ce unul din București poate ajunge la 900 pacienți pe lună, respectiv o medie de 43 pacienți / zi. În practica europeană se consideră că un laborator mic deservește aproximativ 1000 pacienți / zi și unul mare poate ajunge și la 10000 pacienți unici / zi. Această fragmentare exagerată a pieței de laborator duce la o mare ineficiență economică, deficiențe de calitate și lipsa de perspective pentru piața de laborator din România.

Soluții alternative:

- A. Eliminarea plafonului ca formă de control al consumului
- B. Introducerea principiului “banul urmează pacientul” în situația în care se păstrează o formă de plafonare la nivelul pieței

1.3.2. Norme de alocare a plafonului ce nu au nici un fundament economic și de sustenabilitate

Descrierea problemei:

Lipsa de sustenabilitate economică a mecanicii de stabilire a plafoanelor în cazul laboratoarelor de analize asigură o distribuție a fondurilor stabilite pentru analize CNAS pentru fiecare CAJ, iar acesta

din urmă către toți furnizorii care încheie un contract, direct proporțional cu punctajul obținut de fiecare, pornind de la (i) capacitatea de procesare instalată, (ii) resursa umană angajată și (iii) controalele externe de calitate contractate. Astfel, s-a ajuns în situația ridicolă în care România are o capacitate instalată ce ar permite efectuarea de analize pentru toți cetățenii Europei. Practic, laboratoarele, pentru a obține un punctaj cât mai mare, au cumpărat multiple echipamente ce permit procesarea de volume mari (-300 800 teste / ora), în condițiile în care ele au fonduri pentru cel mult 43 pacienți / zi.

Soluții alternative:

- A. Eliminarea plafonului la nivelul furnizorului și introducerea principiului “banul urmează pacientul” în situația în care se păstrează o formă de plafonare la nivelul pieței,
- B. Eliminarea criteriilor legate de resursa umană care și-a pierdut din relevanță în contextul plafonului ridicol de mic și încarcă nejustificat costurile.

1.3.3. Creșterea artificială a costurilor laboratoarelor prin impunerea de controale externe și acreditarea RENAR

Descrierea problemei:

Pentru a intra în contract cu CAJ, laboratoarele sunt obligate să dețină o acreditare RENAR (organism de certificare) care, contra a aproximativ 000 10 lei/an, certifică respectarea standardului de calitate ISO 17025 de către acestea. Suplimentar, contractarea controalelor externe de calitate este inclusă cu o pondere semnificativă în mecanică calculării punctajului ce determină plafonul laboratorului. Aceste două elemente ce ar trebui să ducă la creșterea calității în laboratoarele de analize au eșuat în demersul lor și au devenit doar un element de cost ce reprezintă aproximativ %10-7 din prețul testelor contractate cu CAS.

Soluții alternative:

- A. Eliminarea acestor elemente de cost

1.3.4. Furnizorilor li se solicită liste de așteptare cu pacienții care nu ajung să acceseze plafoanele, dar, de cele mai multe ori, furnizorii nu primesc fonduri pentru onorarea acestora, fapt ce generează situații tensionate și frustrări în rândul pacienților. Cu toate acestea, există situații în care se face alocarea către furnizori de plafoane în ultimele zile ale lunii, când nu mai pot fi consumate.

Descrierea problemei:

Ocazional, în ultimele zile ale unor luni calendaristice, CAJ anunță furnizorii că poate suplimenta plafoanele și solicită laboratoarelor să consume banii. Din păcate, aceste alocări nu sunt corelate cu listele de așteptare pe care unii furnizori le țin. Astfel, unele laboratoare au surpriza de a primi fonduri, dar nu au pacienți, în timp ce altele, care au liste de așteptare, nu le pot onora. Pacienții afla că la alte laboratoare sunt bani și se frustrează că au stat degeaba pe listele de așteptare ale unui laborator ce nu a primit aceste suplimentări.

Soluții alternative:

- A. Eliminarea plafonului la nivelul furnizorului și introducerea principiului “banul urmează pacientul” în situația în care se păstrează o formă de plafonare la nivelul pieței.

1.3.5. Lipsa medicilor de laborator

Descrierea problemei:

Fragmentarea pieței dată de lipsa de concurență reală a dus la situația paradoxală în care se mențin în viață, artificial, la nivel național, aproximativ 1400 laboratoare care absorb ineficient un număr impresionant de medici și asistenți de laborator pentru a procesa volume ridicele de teste.

Soluții alternative:

- A. Eliminarea plafonului la nivelul furnizorului și introducerea principiului “banul urmează pacientul” în situația în care se păstrează o formă de plafonare la nivelul pieței ar genera o concurență reală, bazată pe calitate, iar prin reducerea numărului de laboratoare în mod natural s-ar elibera forța de muncă necesară laboratoarelor care au volume și oferă calitate.

II. IMAGISTICĂ MEDICALĂ

Problemele identificate de participanți referitor la segmentul „Imagistică medicală” se împart în următoarele categorii:

1. Probleme sesizate de pacienții
2. Probleme sesizate de furnizori

1. Probleme sesizate de pacienții

1.1. Lipsa plafoanelor pentru efectuarea investigațiilor de imagistică în baza asigurării publice de sănătate

Descrierea problemei:

Pacienții reclamă faptul că, dacă nu ajung la centrul de imagistică în primele zile ale lunii, nu pot beneficia de gratuitatea oferită de CAJ pentru că plafonul alocat centrului se consumă imediat. Pacienții susțin că, astfel, sunt obligați să achite din surse proprii, fără posibilitatea recuperării banilor, investigațiile necesare. În urma discuțiilor cu grupul țintă estimăm că, din această cauză, peste %50 dintre pacienți ajung să plătească investigațiile din propriul buzunar, deși au dreptul să le efectueze în baza asigurării publice de sănătate.

Soluții alternative:

- A. Găsirea altor metode de control al costurilor cu investigațiile imagistice care să nu blocheze accesul pacienților la serviciul medical.
- B. Eliminarea plafoanelor financiare la nivel de furnizor, astfel încât pacientul să poată alege furnizorul dorit în orice moment, introducerea principiului: „banul urmează pacientul, nu furnizorul”.

1.2. În mod frecvent, pacienții sunt nevoiți să plătească servicii suplimentare pentru efectuarea investigațiilor imagistice de tip CT sau RMN pe baza biletului de trimitere.

Descrierea problemei:

Pacienții reclamă faptul că unele centre de imagistică impun servicii și taxe conexe serviciului ce urmează a fi prestat în baza biletului de trimitere, mai ales pe zona de CT și RMN, obligând pacienții să contribuie cu sume de ordinul a 200 lei până la 400 lei per pacient. Furnizorii reclamă prețul foarte mic oferit de contractul cu CAS și absența din costul serviciului a unor elemente cum ar fi substanța de contrast, anestezie, etc.

Soluții alternative:

- A. Contractarea de către CAS a serviciilor de imagistică cu toate elementele de cost aferente incluse

1.3. Absența serviciilor de ecografie din oferta majorității centrelor de imagistică, serviciul fiind oferit preponderent contra cost

Descrierea problemei:

Pacienții reclamă faptul că marea majoritate a centrelor de imagistică nu mai au în contract cu CAJ serviciul de ecografie și astfel pacienții sunt obligați să efectueze ecografiile contra cost. Centrele de imagistică invocă tariful decontat foarte mic și lipsa de interes a medicilor de a presta aceste servicii în contract cu CAJ din cauza tarifului care de multe ori nu acoperă nici măcar pretenția financiară a medicilor.

Soluții alternative:

- A. Creșterea tarifelor pentru serviciile de ecografie la un nivel care să le facă atractive pentru medici și centrele de imagistica

2. Probleme sesizate de furnizori

2.1. Lipsa plafoanelor pentru efectuarea investigațiilor de imagistică în baza asigurării publice de sănătate în centrele de imagistică.

Descrierea problemei:

Furnizorii reclamă faptul că plafonul alocat centrului se consumă în câteva zile și volumele asigurate de CAS nu sunt suficiente pentru menținerea în funcțiune a unui centru de imagistică performant. Pacienții susțin că astfel sunt obligați să achite contravaloarea investigațiilor necesare din surse proprii, fără posibilitatea recuperării banilor.

Soluții alternative:

- A. Găsirea altor metode de control al costurilor aferente investigațiilor imagistice care să nu blocheze accesul pacienților în accesarea serviciului medical
- B. Eliminarea plafoanelor financiare la nivel de furnizor, astfel încât pacientul să poată alege furnizorul dorit în orice moment, introducerea principiului: “banul urmează pacientul, nu furnizorul”.

2.2. Serviciile imagistice de înaltă performanță CT și RMN, precum și ecografia sunt decontate de CAS la tarife ce fac dificilă operarea în condiții normale și de sustenabilitate

Descrierea problemei:

Furnizorii reclamă faptul că echipamentele lor sunt scumpe și cumpărate exclusiv din import, iar salariile medicilor și personalului din centrele de imagistică se apropie vertiginos de nivelul salariilor din UE, dar tarifele la care le sunt decontate aceste servicii sunt de 3-2 ori mai mici. Ei susțin că înlocuirea echipamentelor și sustenabilitatea serviciului fără creșterea prețurilor sau introducerea unei contribuții personale a pacienților este pusă în pericol.

Soluții alternative:

- A. Creșterea tarifelor sau introducerea unor coplăți în funcție de venitul beneficiarului

III. INVESTIGAȚII PARACLINICE DIN AMBULATORIU

1. Probleme sesizate de pacienți

1.1. În foarte multe cazuri, medicii specialiști nu contractează serviciile conexe consultului de specialitate, aceste servicii fiind contra cost.

Descrierea problemei:

Pacienții reclamă faptul că foarte mulți medici susțin că au contractat cu CAJ doar consultațiile și că serviciile conexe actului medical (EKG, EEG, Spirometrie, Colposcopie, etc) nu sunt contractate. Alți medici susțin că numărul de servicii ce pot fi decontate este limitat la câteva /zi versus 19 consultații și că după terminarea acestora ei nu pot lucra gratis, prin urmare cer pacienților să plătească aceste servicii. Alți medicii susțin că o parte din investigații și explorări sunt depășite și nu merită făcute.

Soluții alternative:

- A. Eliminarea plafonului de 157 puncte pentru serviciile conexe actului medical și obligativitatea contractării tuturor serviciilor aferente specialității contractate.
- B. Actualizarea listei serviciilor conexe și punctajelor aferente, cu scopul de a reflecta realitățile lumii medicale din anul 2020.

2. Probleme sesizate de furnizori

2.1. Discrepanța mare de profitabilitate între prestarea investigațiilor în ambulatoriu sau pe plafonul de paraclinice versus tarifele decontate în spitalizare de zi sau spitalizare continuă.

Descrierea problemei:

Furnizorii susțin că a devenit o practică în piață contractarea spitalizării de zi sau internarea pacientului cu scopul exclusiv de efectuare de investigații paraclinice din cauza lipsei plafonului sau pentru profitabilitatea mai bună. Astfel, cresc artificial costurile cu spitalizarea de zi și spitalizarea continuă, sunt denaturate raportările și se creează o inechitate între furnizorii și medicii din ambulatoriu vs unități cu paturi.

Soluții alternative:

- A. Liste separate de servicii pentru ambulatoriu și unitățile cu paturi și tarife care să favorizeze investigarea în ambulatoriu vs spitalizarea de zi și continuă.

2.2. Alte probleme menționate de furnizori ce țin de mecanica operațională a CAJ și de conținutul contractului cadru și afectează toate componentele zonei de paraclinice sunt:

- Furnizorii susțin că perioada de contractare nu este predictibilă
- Nu se poate intra în contract decât în timpul perioadei de contractare
- Reguli diferite pentru spețe similare de la o casă județeană la alta
- CAS nu decontează telemedicina

Probleme identificate in asistenta medicala paraclinica si propuneri alternative

14



Ce sunt serviciile de spitalizare?

Sunt acele servicii medicale pentru patologia care necesită internare în regim de spitalizare și sunt de două feluri:

- **Spitalizarea continuă** care are o durată de peste 12 ore
- **Spitalizarea de zi** care are o durată de maxim 12 ore/vizită (zi)

Ce cuprind serviciile de spitalizare?

Serviciile de spitalizare cuprind:

- Pachetul minimal de servicii medicale pentru asistența medicală spitalicească
- Pachetul de servicii medicale de bază

Pachetul minimal de servicii medicale pentru asistența medicală spitalicească

Aceste servicii se acordă pacientului care nu poate dovedi calitatea de asigurat și se acordă în baza următoarelor criterii în funcție de tipul de spitalizare:

1. Criteriile de internare în regim de **spitalizare continuă** sunt:
 - a) urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;
 - b) boli cu potențial endemo - epidemic până la rezolvarea completă a cazului;
 - c) nașterea
 - d) afecțiuni pentru care diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi
2. Criteriile de internare în regim de spitalizare de zi sunt:
 - a) situația de urgență medico-chirurgicală, oferite doar de spitalele care au UPU/CPU

Pachetul de servicii medicale de bază:

1. Serviciile spitalicești de tip preventive sunt de următoarele tipuri:
 - curativ
 - de recuperare medicală
 - paliativ
2. În funcție de durata de spitalizare:
 - spitalizare continuă;
 - spitalizare de zi.
3. Ingrijiri de tip acut și ingrijiri de tip cronic
 - consultații medicale de specialitate, investigații, tratamente medicale și/sau chirurgicale, ingrijire, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă, după caz, în funcție de tipul de spitalizare

Cum se face accesul la serviciile medicale de spitalizare?

Accesul pacienților la serviciile medicale de spitalizare în cadrul serviciilor medicale decontate de Casa de Asigurări de Sănătate în regim de spitalizare continuă și de zi se acordă pe baza biletului de internare eliberat de:

- medicul de familie,
- medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare,
- medicii din unitățile de asistență medico-socială,
- medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate,
- medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică,
- medicii de medicina muncii.

Nu se solicită bilet de internare în următoarele situații:

- naștere,
- urgențe medico-chirurgicale
- boli cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament,
- bolnavi aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Codul penal și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor de spital
- cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordată de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate,
- transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire
- transferul interspitalicesc
- spitalizare de zi dacă se acordă servicii de: chimioterapie, radioterapie și administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
- pacienții din statele membre ale Uniunii Europene

Care sunt condițiile obligatorii pentru internarea în spitalizare continuă?

Factorii de care trebuie să se țină cont cumulativ în luarea deciziei de internare în regim de spitalizare continuă sunt:

- a) severitatea semnelor și simptomelor prezentate de pacient;
- b) predictibilitatea medicală a unei evoluții negative, nedorite a pacientului;
- c) nevoia pentru și disponibilitatea analizelor/investigațiilor diagnostice;
- d) epuizarea resurselor diagnostice și terapeutice în celelalte domenii de asistență medicală.

Cum se decontează de către Casa de Asigurări de Sănătate un caz de spitalizare continuă?

Există trei tipuri de decontare și anume:

1. Tariful pe caz rezolvat (în sistem DRG)

un caz spitalizare continuă = TCP x ICM

unde: TCP = tariful pe caz ponderat stabilit de legislație pentru fiecare spital

ICM = indice de complexitate al cazului stabilit de aplicația DRG

Exemplu:

La un spital avem: TCP = 1550 și un caz evaluat de către aplicația DRG la un ICM = 1.4

Rezultă acest caz este decontat la valoarea: $1550 \times 1.4 = 2170$ lei

2. Tariful mediu pe caz rezolvat (non DRG)

un caz spitalizare continuă = un tarif mediu pe caz rezolvat pe specialitate

- se negociază cu CAS, fără a depăși valoarea maximă din normele CO-CA pe specialități și grupe de diagnostic.

3. Tariful pe zi de spitalizare pentru secții și compartimente de cronici

- sunt stabilite ca valori maxime prin norme

- se negociază, fără a depăși valoarea maximă din normele CO-CA pe specialități și grupe de diagnostic

Câteva exemple pentru secția de Neonatologie:

- Neonatologie (prematuri) tarif maximal: 444,35 lei
- Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul II: 1573,00 lei
- Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul III : 955,6 lei

Cum se contractează aceste servicii de către spitale?

Valoarea totală contractată de spitale cu Casele de Asigurări de Sănătate se calculează astfel:

1. In sistem DRG:

Număr de cazuri externate contractate x ICM x TCP

$SC = P \times (Nr_pat \times IU_pat / DMS_spital) \times ICM \times TCP$

unde avem:

P = un procent de referință privind categoria spitalului (categoria I: $P = 85\%$, categoria IM $P = (P4 -)\%$, categoria II: $P = (P3 -)\%$, categoria IIM: $P = (P - 5)\%$; categoria III: $P = (P - 5)\%$, categoria IV: $P = (P - 15)\%$; categoria V: $P = (P - 23)\%$; spitalele neclasificabile: $P = (P - 33)\%$)

Nr_pat = numărul de paturi aprobate pentru contractare

IU_pat = indicele de utilizare a patului stabilit prin normele CO-CA

DMS_spital = durata medie de spitalizare a spitalului

ICM = indice de complexitate a cazurilor

TCP = tariful pe caz ponderat

2. In sistem non-DRG:

Număr de cazuri externate contractate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialitati

$SC = P \times (Nr_pat \times IU_pat / DMS_nat) \times (\text{media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate})$

unde:

P = un procent de referință privind categoria spitalului (categoria I: $P = 85\%$, categoria IM $P = (P4 -)\%$, categoria II: $P = (P3 -)\%$, categoria IIM: $P = (P - 5)\%$; categoria III: $P = (P - 5)\%$, categoria IV: $P = (P - 15)\%$; categoria V: $P = (P - 23)\%$; spitalele neclasificabile: $P = (P - 33)\%$)

Nr_pat = numărul de paturi aprobate

IU_pat = indicele mediu de utilizare a patului

DMS_nat = durata medie de spitalizare la nivel național

ICM = indice de complexitate a cazurilor

TCP = tariful pe caz ponderat

3. Pentru secții/compartimente de cronici

Valoarea se calculează astfel:

număr de cazuri externate x durata de spitalizare prevăzută norme / (durata efectiv realizată) x tariful pe zi de spitalizare (care este stabilit prin normele CO-CA)

Spitalizări de zi:

Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

- a) urgențe medico-chirurgicale, ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condițiile stabilite în normele CO-CA;
- b) diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu.

Serviciile necesare pentru diagnosticarea, tratarea sau monitorizarea pacientului care se efectuează în regim de spitalizare de zi pot avea caracter plurispecializat și/sau multidisciplinar, pot fi invazive, pot fi urmate de reacții adverse sau risc de urgență pe timpul efectuării lor sau corelate cu starea de sănătate a pacientului, impunând supraveghere medicală care nu poate fi efectuată în ambulatoriu.

Cum se decontează de către CAS un caz de spitalizare de zi:

1.Serviciile medicale pentru diagnosticare pe tipuri de afecțiuni se decontează prin negociere conform tarifelor maxime detaliate în normele CO-CA.

Exemplu de servicii decontate de CAS:

Nr. crt.	Cod diagnostic	Denumire afecțiune (diagnostic)	Tarif maximal pe caz rezolvat medical - lei
1	A04.9	Infecția intestinală bacteriană, nespecificată	304,46
2	A08.4	Infecția intestinală virală, nespecificată	241,74
3	A09	Diareea și gastro-enterită probabil infectioasă	255,4
4	A49.9	Infecția bacteriană, nespecificată	304,46
5	B18.1	Hepatita virală cronică B fără agent Delta	225,87
6	B18.2	Hepatita virală cronică C	225,87

2.Procedurile chirurgicale se decontează prin negociere conform tarifelor maxime detaliate în normele CO-CA:

Câteva exemple de servicii decontate de CAS:

Nr. Crt.	Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Cod Procedura	Denumire procedură chirurgicală	Tarif maximal pe caz rezolvat cu procedură
	Miringotomie cu inserția de tub	D01003	Miringotomie cu inserție de tub, unilateral	283,18
2	Miringotomie cu inserția de tub	D01004	Miringotomie cu inserție de tub, bilateral	283,18
3	Amigdalectomie	E04301	Tonsilectomie fără adenoidectomie	589,67
4.	Amigdalectomie	E04302	Tonsilectomie cu adenoidectomie	589,67
5.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07001	Rinoplastie implicând corecția cartilajului	742,92

3. Serviciile medicale decontate per serviciu sau vizită se decontează prin negociere conform tarifelor maxime detaliate în normele CO-CA: :

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif maximal pe serviciu medical
1.	Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj	29 lei/ședință
2.	Radioterapie cu megavoltaj - cobaltoterapie	144 lei/sedință
3.	Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 2 D	180 lei/ședință
4.	Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 3 D	320 lei/ședință
5.	IMRT	640 lei/sedință
6.	Brahiterapie	302 lei/ședință
7.	Chimioterapie*) fără antiemetice	67 lei/ședință
8.	Chimioterapie*) cu antiemetice	80 lei/ședință
9.	Litotriție	350 lei/ședință
10.	Tratamentul și profilaxia rabiei cu antitetanic	171 lei/administrare
11.	Tratamentul și profilaxia rabiei fără antitetanic	111 lei/administrare
	Strabism la copii – reeducare ortoptică	50 lei/ sedință

În spitalizarea de zi sunt decontate peste 300 de servicii medicale din categoriile descrise mai sus.

Bibliografie

1. HOTĂRÂRE Nr. 2018/140 din 21 martie 2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii - 2018 2019
2. Ordinul nr. 2018/836/397 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 2018/140 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2019-2018

Probleme identificate in asistenta medicala paraclinica si propuneri alternative

15



Principalele probleme identificate de participanții la proiectul inițiat de Colegiul Pacienților pe zona de servicii medicale de spitalizare au o legătură stransă cu legislația actuală în vigoare precum și cu modul de finanțare și organizare al sistemului medical.

Principalele probleme identificate de participanți sunt descrise de:

1. Lipsa personalului medical din spitale
2. Lipsa medicamentelor și materialelor din spitale
3. Lipsa locurilor/fondurilor pentru internare chiar dacă pacienții sunt programați
4. Lipsa infrastructurii de „client service” (recepție, programare, informații, signalistică, etc) în spitalele publice
5. Lipsa de echipamente și aparatură specifică pentru operații în spitalele publice
6. Lipsa medicilor din spitale
7. Numirea politică a managerilor de spitale care nu au cunoștință despre sistemul medical
8. Tariful decontat de Casa de Asigurări de Sănătate a de Asigurări de Sănătate pentru un caz de spitalizare este mic în comparație cu cheltuielile
9. Tariful pe caz rezolvat (TCP) nerealist
10. Indicatorul de complexitate a cazului de spitalizare (ICM) calculat la o valoare nerealistă
11. Infecțiile intraspitalicești (nosocomiale)
12. Lipsa investițiilor în spitale

Problemele identificate de participanți referitor la serviciile medicale de spitalizare se împart în următoarele categorii:

- A. Probleme sesizate de pacienți
- B. Probleme sesizate de medici
- C. Probleme sesizate de furnizori de servicii medicale

A.Probleme sesizate de pacienți:

Problemele sesizate de pacienți sunt acele probleme care au impact direct asupra pacientului, de la condițiile din spitale, lipsurile, atenția care i se acordă pacientului cât și calitatea actului medical. Printre principalele probleme sesizate de pacienți sunt:

1.Lipsa personalului medical din spitale, în special a medicilor specialiști

Descrierea problemei

În spitalele din România pacienții reclamă o lipsă acută a personalului medical, discutând atât despre lipsa medicilor cât și a personalului medical mediu: asistenți medicali, îngrijitori, infirmiere, brancardieri. În unele spitale o asistentă pe secție are în supraveghere, îngrijire și tratament circa 25-20 de pacienți pe tură. În această situație calitatea actului medical scade prin acordarea atenției scăzute pentru îngrijirea bolnavului.

Soluții alternative:

- a) Pregătirea profesională a cadrelor medicale în funcție de nevoile actuale ale spitalelor printr-o strânsă colaborare ale unităților de învățământ și spitale. Pentru medici propunerea posturilor de rezidențiat să fie în concordanță cu nevoile reale din sistemul de sănătate
- b) Stimularea prin sporuri ale cadrelor medicale de a lucra în spitalele din zone defavorizate sau provincie

2. Lipsa medicamentelor și materialelor sanitare din spitale

Descrierea problemei:

De multe ori pacienții internați în spitale reclamă faptul că sunt nevoiți să-și cumpere tratamentul medicamentos și materiale sanitare din lipsa acestora pe secție. Deși legislația în vigoare obligă spitalele să returneze banii achitați de către pacienți, acest lucru nu se întâmplă deoarece pacienții nu reclamă acest fapt de teama de a nu mai fi tratați. În momentul de față, conform legislației în vigoare Casa de Asigurări de Sănătate nu decontează spitalului medicația administrată în cadrul unui episod de spitalizare, indiferent de valoarea și cantitatea administrată pacientului.

Soluții alternative:

- a) Decontarea de către Casa de Asigurări de Sănătate a medicației administrate unui pacient, dacă valoarea acestora depășește o valoare medie ponderată stabilită în funcție de patologie/specialitate
- b) Posibilitatea returnării contravaloarii materialelor și medicamentelor pacientului de către Casa de Asigurări de Sănătate în cazul în care au fost achitate pe timpul spitalizării

3. Lipsa locurilor/fondurilor pentru internare chiar dacă pacienții sunt programați

Descrierea problemei:

Pacienții reclamă faptul că deși sunt programați pe liste de așteptare pentru internare, când vine data programării sunt refuzați sau amânați de către spitale în luna următoare din cauza epuizării fondurilor pentru serviciile de spitalizare. Acest aspect duce la agravarea stării de sănătate a pacientului și la costuri mult mai mari cu tratamentele ulterioare.

Soluții alternative:

- a) Anumite cazuri de spitalizare, cum ar fi cazurile de urgență, nașterile, cazurile care presupun o intervenție chirurgicală, trebuie decontate de Casa de Asigurări de Sănătate indiferent dacă s-a epuizat valoarea alocată de contracta spitalului respectiv. Pentru aceste cazuri să se constituie un fond de rezervă din care să poată fi decontate aceste cazuri
- b) Găsirea de soluții pentru alocarea suplimentară de fonduri către spitalele care își depășesc lunar valoarea contractată prin analizarea indicatorilor de eficiență ale spitalelor din zona respectiva.

4. Spitale nerenovate de mulți ani, condiții improprii în saloane și grupuri sanitare

Descrierea problemei:

În momentul de față există spitale în România care nu au fost renovate de mulți ani, iar pacienții reclamă condiții improprii în saloane și grupuri sanitare. Mușgaiul, pereți deteriorați, grupuri sanitare neigienizate sunt câteva din exemplele descrise de pacienți. Aici pot să apară cazuri de suprainfecții precum și infecții nosocomiale care pot duce la decese.

Soluții alternative:

- a) Înființarea unei instituții în cadrul Ministerului Sănătății care să gestioneze investițiile în spitalele din România. Investițiile să se facă în funcție de nevoile spitalelor din zona respectivă coroborată cu patologia pacienților
- b) Inchiderea spitalelor neperformante (care nu îndeplinesc indicatorii stabiliți) și transformarea lor în centre de permanență
- c) Instituirea unui plan de investiții anual obligatoriu și prioritizarea lor pentru fiecare spital care să asigure condiții de îngrijire și tratament al pacienților la un standard minim, stabilit de către instituțiile acreditate ale Ministerului Sănătății

5. Lipsa infrastructurii de „client service” (recepție, programare, informații, signalistica, etc) în spitalele publice

Descrierea problemei:

Pacienții care ajung în unele spitale reclamă inexistența a unei recepții sau informații precum și a signalisticii din spital care ajută la orientarea pacientului în cadrul spitalului. De asemenea sistemele de programare online precum și prin sisteme de tipul „call center” sunt aproape inexistente în spitalele publice din România.

Soluții alternative:

- a) Obligatorietatea tuturor spitalelor de a deține minim o recepție pentru fiecare clădire, de a avea un sistem de programare online și prin call center. De asemenea existența signalisticii în spital să fie impusă prin autorizarea de către Direcția de Sănătate Publică
- b) Externalizarea și centralizarea unor servicii de acest fel în cadrul Administrațiilor locale (call center, centru de informare al pacientului, etc)

B. Probleme sesizate de medici:

1. Lipsa de echipamente și aparatură medicală specifică pentru operații în spitalele publice

Descrierea problemei:

Medicii din spitale reclamă adesea existența unei aparaturi învechite în spitale, din sălile de operații și care sunt depășite pentru nevoile actuale. Calitatea actului medical cât și costurile de spitalizare ale fiecărui pacient sunt date în mare măsura de existența unei aparaturi performante pentru finalizarea actului medical. Inexistența unei instituții guvernamentale care să gestioneze investițiile în spitalele publice precum și incapacitatea administrațiilor locale (Primăriilor) de a suporta costurile cu acestea au dus la aparițiile acestor probleme.

Soluții alternative:

- a) Înființarea unei instituții în cadrul Ministerului Sănătății care să gestioneze investițiile în spitalele din România. Investițiile să se facă în funcție de nevoile spitalului și nevoilor de tratament ale pacienților
- b) Alocarea anuală de resurse necesare pentru achiziționarea anuală de echipamente și aparatură medicală

2. Tariful decontat de Casa de Asigurări de Sănătate pentru un caz de spitalizare este mic în comparație cu cheltuielile

Descrierea problemei:

Cazurile de spitalizare continuă sunt decontate de către Casa de Asigurări de Sănătate la o valoare calculată în funcție de indicatori tehnico-economici, numiți: tarif pe caz ponderat (TCP) x indice de complexitate (ICM)

ICM = calculat de aplicație DRG (Diagnostic Related Group)

TCP = valoare atribuită fiecărui spital anual prin Normele Contractului Cadru (CO-CA)

Valoarea acestui TCP nu este în concordanță cu costurile efectiv realizate cu cazul de spitalizare, fiind o valoare medie calculată în funcție de diagnostice și proceduri

Soluții alternative:

- a) Actualizarea aplicației DRG (Diagnostic Related Group) și modul de încadrare al cazului de spitalizare astfel încât valoarea ICM să reprezinte cu adevărat complexitatea cazului
- b) Creșterea valorii tarifului mediu pe caz ponderat (TCP) care să cuprindă toate cheltuielile fixe pentru fiecare caz

3. Infecțiile intraspitalicești (nosocomiale)

Descrierea problemei:

Rata infectării intraspitalicești variază în funcție de eficiența metodelor de supraveghere și de natura spitalului. Spitalele cu o cazuistică medicală mai complexă au o incidență mai mare în acest sens, probabil datorită numărului mai mare de bolnavi în stare gravă și a tratamentelor mai agresiv aplicate. Incidența este mai mare la adulți și nou-născuții din maternități și mai redusă în cazul tinerilor și copiilor cu vârste de peste un an.

Aceste infecții sunt un fenomen global, prevalența lor fiind de %7 la nivel mondial, împărțită pe sectoare medicale cu risc mai mare sau mai mic și se pot dezvolta cu germenii proprii ai pacientului din exterior, sau cu germeni din spital.

Deși în România rata de raportare a nivelului infecțiilor intraspitalicești este de %1,4 față de nivelul de raportare a altor țări, ca de exemplu Germania, unde nivelul de raportare este de %8, problema infecțiilor nosocomiale rămâne de actualitate în țara noastră. Astfel, dintr-o statistică a Institutului Național de Sănătate Publică, la nivelul anului 2017, au fost raportate 19.607 cazuri, București, unde sunt și cele mai multe spitale, fiind pe primul loc cu 5246 de raportări, urmat de județele Iași cu 2469 de cazuri, Cluj cu 1720 și Timiș cu 1526 de cazuri raportate. Cele mai puține raportări fiind în Covasna 40, Ialomița 41, Giurgiu 55, Gorj 58 și Tulcea 62.

Neraportarea cazurilor de infecții intraspitalicești nu înseamnă de fapt inexistența unor infecții ci

mai degraba teama managerilor de spitale de a fi sanctionati pentru raportarea lor.

Soluții alternative:

- a) modificarea prevederilor Ordinului nr. 2016/1101 privind componenta compartimentelor/serviciilor de depistare, monitorizare și raportare a cazurilor de infecții nosocomiale, în sensul în care numărul de personal specializat alocat pe număr de paturi, este insuficient atât numeric cât și ca pregătire profesională specializată.
- b) introducerea ca și criteriu de evaluare în contractul de management al managerilor de spitale și sefiilor de secții, a luptei împotriva infecțiilor intraspitalicești.
- c) asigurarea unui cadru nonpunitiv și de cointerесare, care să ducă la crearea de convingeri și nu de frică față de eventualele litigii declarate împotriva personalului medical, având în vedere că în cazul contractării unei infecții intraspitalicești în spitale, personalul medical este expus deasemenea infectării.

4. Lipsa medicilor din spitale

Descrierea problemei:

Criza acută a medicilor din sistemul de sănătate afectează și spitalele care nu reușesc să facă față tuturor cerințelor din lipsa de personal sau suprasolicitarea medicilor existenți. Spre exemplu există spitale care au în structura secției chirurgicale dar nu au medic de anestezie și terapie intensivă, ceea ce duce la imposibilitatea efectuării de intervenții chirurgicale.

Necorelarea nevoilor medicilor din spitale cu posturile scoase la rezidențiat a dus la această situație dezastruoasă. Ca urmare, deși anual absolvă un număr mare de medici aceștia nu pot profesa din lipsa posturilor pe specialitate. În fiecare an Ministerul Sănătății scoate la concursul de rezidențiat un număr disonant de locuri și de posturi. În anul 2018 de exemplu, au fost scoase la concurs 274 de posturi și un număr de 4457 de locuri! Așadar, medicii aflați în această situație ori părăsesc țara ori se respécializează.

Un alt aspect important îl reprezintă criza medicilor din spitalele din provincie sau orașele mici. Ca să asigure o linie de gardă medicii fac lunar multe ore suplimentare, de multe ori până la epuizare.

Soluții alternative:

- a) realizarea unui studiu complex la care să participe toți decidenții implicați în formarea, gestionarea, motivarea și alocarea absolvenților de medicină, respectiv, Ministerul Sănătății cu Direcțiile de Sănătate Publică Județene, Ministerul Educației prin Universitățile reprezentative de medicină și farmacie, Institutul Național de Statistică și Ministerul Finanțelor Publice, care să stabilească numărul de locuri bugetate de stat în universitățile de profil, corelat cu numărul de posturi necesare în spitalele din România și nu numai.
- b) organizarea de rezidențiate în funcție de nevoile concrete din teritoriu, fără a mai fi scoase la concurs locuri fără posturi,
- c) elaborarea și implementarea împreună cu autoritățile locale, a unei politici concrete de cointerесare a medicilor pentru a se stabili în zonele în care media pe număr de locuitori este foarte scăzută,
- d) propuneri de politici europene axate pe beneficiile sistemului medical din România pentru specializarea medicilor români în spațiul European.

5. Numirea politică a managerilor de spitale care nu au cunoștință despre sistemul medical

Descrierea problemei:

În acest moment în România managerii de spitale sunt numiți politic de către clasa politică majoritară din zona în care activează furnizorul de servicii, adică spitalul. Criteriile de investire ale managerilor de spital se fac după criterii politice care nu vizează neapărat competența și experiența acestuia din sistemul medical. Așadar, medicii reclamă că mulți manageri de spital nu au cunoștință despre funcționarea sistemului medical precum și de nevoile spitalului respectiv ale pacienților. Acest aspect duce la o neperformanță a spitalului cu repercursiuni grave la tratarea și sănătatea pacienților.

Soluții alternative:

- a) Depolitizarea structurilor de conducere din sistemul de sănătate, a managerilor de spitale
- b) Stabilirea unor criterii clare și transparente de investire a managerilor de spitale. Termenul de investire a unui manager să fie de minim 5 ani, cu stabilirea clară a indicatorilor de performanță, indicatorilor de eficiență economico-financiară precum și indicatori ai utilizării serviciilor medicale.

c) Probleme sesizate de furnizori de servicii medicale de spitalizare

1. Valoarea tarifului pe caz ponderat (TCP), nerealistă

Descrierea problemei:

Tariful pe caz ponderat (TCP) este un coeficient important în stabilirea tarifului pentru un caz de spitalizare decontat de către Casa de Asigurări de Sănătate. În acest moment TCP este alocat anual de către Ministerul Sănătății fiecărui spital și are o valoare care variază în funcție de clasificarea spitalului, de la 1380 la 2230 de lei, fiind de multe ori sub valoarea reală pentru unele spitale.

Alocarea diferențiată pe spitale a acestui indicator a dus la decontarea diferențiată pentru aceeași grupă de diagnostice de la un spital la altul.

Spre exemplu să considerăm un pacient tratat în 2 spitale cu TCP diferite, încadrat cu aceeași valoare relativă DRG. Pacientul a suferit o intervenție chirurgicală de apendicectomie, caz evaluat de către DRG cu un ICM calculat la valoarea relativă de 1.2.

1. Spitalul A îi este atribuit un TCP de 1400 acordat prin normele CO-CA.

Tarif decontat de către Casa de Asigurări de Sănătate:

$$\text{TCP} \times \text{ICM} = 1400 \times 1680 = 1.2 \text{ lei}$$

2. Spitalul B, are un TCP de 1850 acordat prin normele CO-CA

Tarif decontat de către Casa de Asigurări de Sănătate :

$$\text{TCP} \times \text{ICM} = 1850 \times 2220 = 1.2 \text{ lei}$$

Rezultă în această situație, că un caz clasificat de către DRG la o valoare relativă de 1.2 este decontat diferit în cele 2 spitale, deși ele au aceleași costuri de spitalizare.

Soluții alternative:

- a) Evaluarea indicatorului TCP la o valoare suficientă astfel încât care să acopere costurile reale a cazului de spitalizare
- b) Uniformizarea tarifului pe caz ponderat (TCP) pentru toate spitalele

2. Valoarea indicelui de complexitate a cazului (ICM), calculat la o valoare nerealistă

Descrierea problemei:

INDICELE DE COMPLEXITATE (ICM) a cazurilor tratate numit indice de caz mix, prescurtat ICM, este un indicator care arată complexitatea medicală a cazurilor tratate în spitalul respectiv și ce costuri comporta tratarea lor.

Modul de calcul al ICM-ului se bazează pe coeficientul numit valoarea relativă dată de aplicația DRG (Diagnostic Related Groups- în traducere, Grupe de Diagnostice) atribuit fiecărei boli, care se calculează în teorie pe baza complexității bolii și pe costul real al tratării bolii. În realitate însă lucrurile nu stau chiar așa.

Datorită faptului că de obicei un pacient suferă și de alte boli, nu numai de boala pentru care a fost internat și care comportă intervenții medicale complexe, pe foaia de observație a pacientului, medicul codifică aceste intervenții prin sistemul DRG, comun tuturor spitalelor.

Spre exemplu, pentru un pacient cu diagnostic complex, mai multe coduri de boli se adună și sunt luate în calcul cele mai importante. Cazul este încadrat într-o grupă de diagnostice pentru care s-a stabilit un tarif care va fi plătit spitalului indiferent de nivelul resurselor consumate de spital pentru tratarea pacientului. Urmarea acestei situații este ca spitalele care vor cheltui pentru un cod DRG mai mult decât tariful stabilit, vor pierde bani, iar spitalele care vor cheltui pe același cod DRG mai puțin decât tariful stabilit, vor câștiga bani. Deoarece de obicei tariful plătit pentru un anumit cod DRG este mai mic decât costul real (caz complex, proceduri multiple decontate pentru una singură etc.), pentru a suplini

aceasta deficiență, spitalele vor crește artificial numărul internărilor cazurilor simple, pe de o parte, iar pe de altă parte le vor supracodifica pe cele complexe.

Exemplul cel mai bun este pacientul internat pe o secție de terapie intensivă, care consumă resurse imense față de tariful decontat de către Casa de Asigurări de Sănătate, conform încadrării în grupa de diagnostic de către aplicația DRG. În cazul pacienților arși în 2017 care au fost internați pe secția de terapie intensivă costul mediu per pacient a fost de circa 200.000 euro, iar decontarea per caz nu a depășit 15.000 euro, în cel mai bun caz.

Soluții alternative:

- a) Actualizarea aplicației DRG la nivelul realității țării noastre în sensul existenței unei corespondențe între tariful stabilit pe grupe de diagnostice și costurile reale facute de spitale pentru tratarea fiecărui cod DRG
- b) Schimbarea modului de calcul pentru tariful pentru un caz de spitalizare, în funcție de valoarea serviciilor efectuate pentru rezolvarea cazului

3. Lipsa investițiilor în spitale

Descrierea problemei:

Multe din spitalele din România duc o lipsă acută de investiții, atât în infrastructura cât și în aparatură medicală. După trecerea spitalelor în administrația Autorităților locale (a Primăriilor) spitalele au suferit de lipsă a fondurilor de investiții. Administrațiile locale s-au văzut împovărate de cheltuielile generate de aceste spitale și neavând fonduri alocate din partea Guvernului au încercat doar să le țină pe linia de plutire. Managerii de spitale reclamă faptul că nu există o coerentă în prioritizarea investițiilor și se vad puși în fața faptului de a încerca să asigure investiții minime din activitatea proprie. Aceste fonduri însă sunt mult prea mici, obținute din economii și care sunt insuficiente în cele mai multe situații.

De asemenea, lipsa acestor investiții deteriorează și calitatea actului medical, condițiile de muncă ale medicilor precum și sănătatea pacientului. În această situație toată lumea are doar dezavantaje: atât medicul care nu poate să își exercite profesia de medic în condiții optime și la standarde înalte, cât și pacientul care este nemulțumit de condițiile improprietăți precum și de rezultatul actului medical.

Soluții alternative:

- a) Prioritizarea investițiilor în spitale în funcție de nevoi
- b) Înființarea unei instituții în cadrul Ministerului Sănătății care să gestioneze investițiile în spitalele din România. Investițiile să se facă în funcție de nevoile spitalelor din zona respectivă coroborată cu patologia pacienților.

PROPUNERE DE POLITICI PUBLICE DE SĂNĂTATE

Denumirea politicii publice de sănătate:

Sustenabilizarea serviciilor de spitalizare decontate de C.N.A.S.
Evaluarea nerealista de catre aplicația D.R.G. a cazurilor de spitalizare

Instituția inițiatore: Asociația Colegiul Pacienților București

Informații generale

Asociația Colegiul Pacienților implementează proiectul "Dezvoltarea Capacității Asociației Colegiul Pacienților de a se implica în formularea și promovarea de alternative la politicile de sănătate publică inițiate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate"

Proiectul este cofinanțat din Fondul Social European (F.S.E.) prin Programul Operațional Capacitate Administrativă (POCA), Axa Prioritară: Administrație publică și sistem judiciar, Operațiunea Dezvoltarea și introducerea de sisteme și standarde comune în administrația publică ce optimizează procesele decizionale orientate către cetățeni și instituții publice aferente obiectivelor specifice din documentul de politică publică „Strategia Națională de Sănătate 2020 – 2014”.

Obiectivul general al proiectului vizează Dezvoltarea capacității Asociației Colegiul Pacienților de a se implica în formularea și promovarea de alternative viabile la politicile de sănătate publică inițiate de Guvernul României prin Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate precum și prin Consiliile locale ce administrează infrastructura medicală, alternative ce doresc să vină în sprijinul dezvoltării de sisteme și standarde comune.

Obiectivele specifice ale proiectului sunt:

1. Îmbunătățirea procesului legislativ din sănătate prin implicarea Asociației Colegiului Pacienților în formularea de 3 propuneri de politici publice de sănătate ca alternative la politica de sănătate publică (domeniile amulatoriu, paraclinice, spitalizare, etc)
2. Elaborarea de propuneri ce să vină în sprijinul cetățenilor în ceea ce privește simplificarea procedurilor birocratice și administrative din sănătate și creșterea calității actului medical în cadrul unităților medicale administrate de autoritățile publice locale.
3. Susținerea sistemului de sănătate prin avansarea unor propuneri care să faciliteze accesul la serviciile medicale și să simplifice legislația existentă în sănătate.

Valoarea totală a proiectului este de 990.386,62 lei, din care valoare eligibilă nerambursabilă din FSE 815.275,85 lei, valoare eligibilă nerambursabilă din bugetul național 155.303,07 lei și cofinanțare Asociația Colegiul Pacienților 19.807,70 lei. Proiectul este implementat în perioada 7 septembrie 2018 - septembrie 2019. Codul MySMIS al proiectului este 110676.

DESCRIEREA PROBLEMEI

Din Legea nr. 2006/95 privind reforma în domeniul sănătății, actualizată, și Hotărârea Guvernului nr. 2018/140 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2019-2018, reiese faptul că modul de stabilire a bugetelor spitalelor are la bază o formulă de calcul rezultată din înmulțirea a trei indicatori, respectiv: numărul de cazuri rezolvate/externate x tariful pe caz ponderat (TCP) x complexitatea cazului tratat (ICM).

Numărul de cazuri rezolvate/externate se calculează de fiecare spital pe baza numărului de cazuri din ultimii 5 ani, numărul de paturi aprobat de Ministerul Sănătății și durata optimă de spitalizare stabilită de Ministerul Sănătății.

Tariful pe caz ponderat reprezintă un coeficient artificial determinat de Ministerul Sănătății și variază în funcție de clasificarea spitalului, de la 1380 la 1800 de lei, fiind de multe ori sub valoarea reală pentru unele spitale.

Complexitatea cazurilor tratate este un indicator care arată complexitatea medicală a cazurilor

tratate în spitalul respectiv și ce costuri comportă tratarea lor.

Modul de calcul al ICM-ului se bazează pe coeficientul numit valoarea relativă a fiecărei boli care se calculează pe baza complexității bolii și pe costul real al tratării bolii.

Datorită faptului că de obicei un pacient suferă și de alte boli, nu numai de boala pentru care a fost internat, și care comportă intervenții medicale complexe, pe foaia de observație a pacientului, medicul codifică aceste intervenții prin sistemul DRG, comun tuturor spitalelor.

Spre exemplu, pentru un pacient cu diagnostic complex, mai multe coduri de boli se adună și sunt luate în calcul cele mai importante. Pacientul este încadrat într-o grupă de diagnostice pentru care s-a stabilit un tarif care va fi plătit spitalului indiferent de nivelul resurselor consumate de spital pentru tratarea pacientului. Urmarea acestei situații este că spitalele care vor cheltui pentru un cod DRG mai mult decât tariful stabilit, vor pierde bani, iar spitalele care vor cheltui pe același cod DRG mai puțin decât tariful stabilit, vor câștiga bani. Deoarece, de obicei, tariful plătit pentru un anumit cod DRG este mai mic decât costul real (caz complex, proceduri multiple decontate pentru una singură etc.), pentru a suplini această deficiență, spitalele vor crește artificial numărul internărilor cazurilor simple, pe de o parte, iar pe de alta parte le vor supracodifica pe cele complexe.

Tariful pentru fiecare grupă de diagnostice se stabilește de fiecare țară prin calcule proprii, pe baza unui studiu de evidențiere a costurilor reale, sau se importă din țara de unde a fost achiziționată aplicația DRG. Țara noastră a achiziționat aplicația DRG în anul 2006 din Australia, funcționând după valorile relative date de autoritățile australiene. În anul 2011 licența a expirat iar Școala Națională de Sănătate Publică a adaptat codul DRG la România, fără însă a viza toate diagnosticele, ci un procent destul de redus, astfel ca în România nu sunt calculate costurile reale ale serviciilor medicale de spitalizare.

Urmarea acestei situații este că datorită necunoașterii costurilor reale, la această dată există spitale bogate și spitale sărace din cauza că tariful plătit de autorități nu acoperă costurile reale ale spitalelor.

SCOPUL SI OBIECTIVELE POLITICII PUBLICE

Scopul: - actualizarea indicatorilor de stabilire a bugetelor spitalelor, în sensul în care ultima actualizare a fost făcută în anul 2011.

- eliminarea modului de calcul diferențiat de finanțare pentru aceeași patologie în funcție de clasificarea spitalului, respectiv plata egală pe același act medical indiferent de locul unde are loc actul medical.

- degrevarea spitalelor de costuri nereale în condițiile în care stabilirea bugetelor spitalelor se bazează pe indicatori artificial creați.

Obiectiv: - creșterea stării de sănătate a populației prin implementarea unui sistem DRG realist, adaptat la realitățile stării de sănătate a populației României.

- accesul pacienților la servicii medicale de spitalizare în condiții de siguranță, calitate și sustenabilitate la standardele existente în statele U.E.

BENEFICIARII POLITICII

Beneficiar 1: pacienții

Beneficiar 2: sistemul medical românesc

OPȚIUNI DE SOLUȚIONARE A PROBLEMEI

Opțiunea 1. Status quo- neintervenția în situația existentă

Opțiunea 2. Actualizarea aplicației financiare DRG la nivelul realităților țării noastre în sensul existenței unei corespondențe între tariful stabilit pe grupe de diagnostice și costurile reale facute de spitale pentru tratarea fiecărui cod DRG.

Opțiunea 3. Trecerea la un sistem bazat pe plata per serviciu care să includă toate costurile directe și indirecte, salariile, amortizarea și costurile de capital.

Analiza opțiunii 1: Status quo- neintervenția în situația existentă**Argumentare:**

În România finanțarea spitalelor se realizează prin sistemul DRG (Diagnostic Related Group).

DRG este un sistem de clasificare a pacienților care standardizează plățile către spitale. În general, o plată DRG acoperă toate taxele asociate unei internări, de la momentul admiterii în spital la externare. Plățile pot fi solicitate de spital doar după “descarcarea din gestiune” a pacientului.

În acest moment, în România, prin sistemul DRG nu e plătit fiecare caz în parte, ci media cazurilor cu un tarif prestabilit. Aceasta medie e calculată după o formulă care, în varianta simplă, are 3 variabile:

- A) ICM = media gradului de complexitate al cazurilor,
- B) TCP = tariful pe caz ponderat (cât plătește Casa de Asigurări de Sănătate pe fiecare caz) și
- C) Numărul de cazuri.

Plățile care sunt solicitate de spital pentru a fi decontate de CNAS sunt calculate după formula: $ICM_{spital} \times TCP_{spital} \times Nr. \text{Cazuri}$.

Prima problemă a sistemului nostru e legată de faptul că TCP - Tariful pe caz ponderat (cât plătește Casa de Asigurări de Sănătate pe fiecare caz) nu e evaluat la un nivel realist. Plafonul până la care se poate deconta se calculează cu o formulă unde intră și alți indicatori, cum ar fi:

- Durata Medie de Spitalizare (DMS),
- Numărul de paturi,
- Plus o așa-zisă “penalizare”(P), în funcție de categoria de calitate a spitalului.

Asta înseamnă că deși în teorie o apendicită necomplicată tratată chirurgical oriunde în țară consumă aceleași resurse, ea are minimum 5 nivele de finanțare, în funcție de categoria de spital (cu cât e un spital de categorie mai mare, cu atât e mai bine finanțat). În plus, o apendicită are minim 5 TCP-uri diferite. TCP-urile sunt calculate subiectiv în anexele normelor contractului cadru. De exemplu, pentru apendicită variația era, în urmă cu ceva vreme, între 1800 – 1430 RON.

Neajunsuri: Crearea unei diferențe artificiale de finanțare a spitalelor din România prin aplicarea unor criterii nerealiste în aplicația DRG.

Crearea unor mari discrepanțe în finanțarea și decontarea diferită a aceleiași patologii în spitale diferite, care pot ajunge până la %50-40.

Deprofesionalizarea corpului medical, scăderea interesului pacientului și al medicului în stabilirea unui diagnostic real care să reflecte costurile reale pe fiecare caz rezolvat, luând în calcul și complexitatea unei patologii, asociată de multe ori cu alte boli pentru care spitalul, în baza actualei formule de calcul, nu poate cere decontarea tuturor cheltuielilor

Beneficii: Această opțiune are beneficii reduse, pentru un număr limitat de pacienți atâta timp cât se adresează unor patologii simple și se limitează la tratarea simplă a bolilor, pentru a le face să se “încadreze” în tariful pe caz ponderat decontat de Casa de Asigurări de Sănătate.

Impact fiscal: Nu există impact fiscal.

Impact administrativ: Ministerul Sănătății și C.N.A.S. sunt instituțiile care reglementează și monitorizează elaborarea plafoanelor și a listelor de investigații de laborator.

Impact social: Opțiunea are un impact social negativ, în sensul scăderii încrederii pacienților în sistemul de sănătate și în medici. Pe de altă parte, pacienții sunt lipsiți de posibilitatea de a fi tratați corect, din moment ce costurile decontate nu sunt cele reale.

Riscuri: Există riscul deteriorării în continuare a actului medical și accesului pacienților asigurați la un tratament corect. De asemenea, există riscul impactului negativ asupra stării de sănătate a populației, pierderii încrederii în sistemul de sănătate românesc.

Analiza opțiunii 2: Actualizarea aplicației financiare DRG la nivelul realităților țării noastre în sensul existenței unei corespondențe între tariful stabilit pe grupe de diagnostice și costurile reale făcute de spitale pentru tratarea fiecărui cod DRG.

Argumentare:

Prin sistemul de finanțare DRG, fiecare pacient externat din spital va avea pe foaia de ieșire un diagnostic

principal (DP) și unul sau mai multe diagnostice secundare (DS).

Acestea vor folosi la decontarea serviciilor medicale pe caz externat și pentru a se stabili gradul de complexitate a cazurilor tratate în unitatea medicală, denumite în termenul de specialitate indice ICM (Index Case Mix). Pentru ca un spital să primească mai mulți bani este nevoie să aibă în statistica un indice de complexitate a cazurilor (ICM) cât mai ridicat. Pentru asta, spitalele sunt nevoite astfel ca la fiecare pacient externat să codifice diagnosticele principale și secundare, precum și toate procedurile efectuate, astfel încât să vadă ce ICM au realizat. Fiecare diagnostic primește un cod din sistemul DRG (Diagnostic Relative Group), căruia îi corespunde o valoare. Prin înmulțirea diagnosticului principal și cele secundare rezulta ICM-ul, motiv pentru care ideal este ca valoarea DRG a fiecărui diagnostic să fie cât mai ridicată.

Complexitatea cazurilor tratate (ICM) într-un spital este singurul indicator pe care spitalul îl poate influența într-o anumită măsură. Practic, ICM-ul unui spital arată care este complexitatea medicală a cazurilor tratate în acel spital și cât de costisitoare sunt.

Modul de calcul al acestui ICM este complicat, dar la baza lui stă un coeficient numit valoarea relativă a fiecărei boli. Valoarea relativă se calculează în funcție de complexitatea medicală a unei boli și de costul ei real. Costul real, nu cel fabricat ca să se potrivească unui buget croit dinainte.

Rareori un pacient suferă de o singură boală sau de o boală simplă. De cele mai multe ori există și alte boli și intervenții medicale care însoțesc boala principală (de obicei nu este vorba doar de cardiopatie ischemică, ci și hipertensiune, obezitate, etc.). Toate acestea sunt trecute de medic în foaia de observație a pacientului și fiecare dintre aceste boli și intervenții sunt codificate printr-un sistem numit DRG pentru ca toate spitalele să poată vorbi cu autoritățile în aceeași limbă: limba DRG.

Când un pacient are un diagnostic complex, cu mai multe coduri de boli, aceste coduri se adună și sunt luate în calcul cele mai importante. Pacientul este încadrat într-o anumită grupă de diagnostice pentru care s-a stabilit un tarif care va fi plătit spitalului indiferent de nivelul resurselor consumate cu pacientul respectiv. Teoretic, spitalele care vor cheltui pentru un anumit cod DRG mai mult decât tariful stabilit, vor pierde bani. Cele care vor cheltui pentru pacienții cu acel cod DRG mai puțin decât tariful stabilit, vor câștiga bani.

În practică însă, fiecare spital încearcă să-și crească artificial numărul internărilor unor cazuri simple și să le supracobifice pe celelalte, pentru că în multe situații tariful plătit pentru o anumită patologie (codificată DRG) este mai mic decât costul lui real.

Exemplu: intubarea unui pacient este una dintre cele mai comune tehnici raportate de secțiile de chirurgie. Intubarea crește gradul de complexitate a unui anumit caz și prin urmare, tariful decontat pe acel caz. Doar ca intubarea este parte curentă a unei anestezii și nu ai voie să o raportezi de două ori pentru același pacient. Totuși multe secții fac asta, crescând astfel complexitatea celui caz și, consecutiv, ICM-ul spitalului.

Acțiunile propuse pentru această opțiune: modificarea Legii nr. 2006 /95 privind reforma în domeniul sănătății, Anexa nr. 23 din Normele metodologice din 27 martie 2018 de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 2018/140 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2019-2018.

Neajunsuri: Nu există neajunsuri pentru opțiunea dată.

Beneficii: Opțiunea dată oferă garanția funcționării unui sistem de clasificare pe grupe de diagnostice corelat cu un calcul corect și real al resurselor consumate pentru îngrijirea pacientului.

Stabilirea unor grupe de diagnostice care să acopere patologia clinică specifică populației din România care e diferită de populații aparținând altor arealuri geografice și stabilirea de tarife pentru fiecare grupă de diagnostice care să aibă la bază costurile adiacente pacienților fiecărei grupe de diagnostice, adaptate realităților țării noastre. Tarifele rezultate în urma calculării reale a costurilor să fie utilizate pentru toate spitalele din țară, eliminând astfel diferențele de taxare a aceleiași patologii în locații diferite.

Deși finanțarea în sistem DRG a avut în vedere stimularea spitalelor pentru păstrarea costurilor

la un nivel inferior tarifulor pe fiecare tip de pacient pentru a putea economisi astfel resurse și a le putea folosi pentru dezvoltarea și îmbunătățirea calității serviciilor, practica a demonstrat că acest principiu a funcționat atât în detrimentul pacientului cât și a spitalelor, acestea fiind nevoite să recurgă la “artificii” pentru a se încadra în regulile impuse de C.N.A.S. în vederea decontării serviciilor medicale.

Impact fiscal: Aceasta opțiune are un impact fiscal care va fi calculat de Ministerul Sănătății prin structurile abilitate.

Impact administrativ: Ministerul Sănătății și C.N.A.S. ca și instituții de reglementare, monitorizare și control în sistemul de sănătate, dispun de cadrul legal și administrativ pentru a-și exercita funcțiile în cazul acestei opțiuni și data fiind lipsa schimbărilor majore de ordin administrativ proprii acestei opțiuni, nu va avea nevoie de resurse umane sau financiare adiționale pentru implementarea opțiunii date.

Impact social: Această opțiune are un impact social pozitiv fiind în consonanță cu necesitățile pacienților cât și a spitalelor care participă la această schema de finanțare.

Analiza opțiunii 3: Trecerea la un sistem bazat pe plata per serviciu care să includă toate costurile directe și indirecte, salariile, amortizarea și costurile de capital.

Acțiunile propuse pentru această opțiune: modificarea Legii nr. 2006 /95 privind reforma în domeniul sănătății, Anexei nr. 23 din Normele metodologice din 27 martie 2018 de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 2018/140 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2019-2018.

Argumentare:

Majoritatea spitalelor ce deservește cetățenii în baza asigurării publice operează în condiții de avarie, multe din ele punând în pericol viața pacienților, ele fiind incapabile să finanțeze din veniturile generate de serviciile prestate lucrări de întreținere în conformitate cu normele EU, să contracteze servicii de mentenanță și să își asigure consumabilele operaționale necesare.

Modalitatea de decontare a serviciilor de către C.N.A.S. nu este sustenabilă pentru că nu acoperă în marea majoritate a cazurilor nici măcar costurile directe ale spitalului.

Lipsa materialelor, a medicamentelor, a dispozitivelor medicale este acută, pacienții fiind de multe ori puși în situația să vină cu ele de acasă. Sunt de notorietate scandalurile legate de infecțiile nosocomiale, mizeria din spitale, infecțiile cu insecticid, gradul avansat de uzură a spațiilor și dotărilor.

Viteza scăzută cu care spitalele sunt renovate de către proprietar (Ministerul Sănătății, Consiliile Locale, ONG-uri, Mediul Privat) datorită lipsei de sustenabilitate economică fapt ce nu permite finanțarea privată.

Orice spital nou renovat sau construit ajunge foarte repede în aceeași situație pentru că operarea lor în condițiile oferite de C.N.A.S. nu este viabilă economic și nu permite întreținerea, operarea în siguranță și sustenabilitatea unităților spitalicești, fiind doar o chestiune de timp până vor ajunge în aceeași stare.

În absența unei finanțări adecvate, drepturile pacienților sunt doar o declarație de intenție. ele neputând fi respectate și punând corpul medical în situație de “culpă”.

Neajunsuri: Nu există neajunsuri pentru opțiunea dată.

Beneficii: Opțiunea dată oferă garanția funcționării unui sistem medical pus în slujba pacientului, care să reflecte costurile reale ale spitalelor, atât cele directe cât și cele care vor fi decontate de casele de asigurări de sănătate, în funcție de cheltuielile reale ocazionate cu rezolvarea actului medical pe serviciul respectiv.

Impact fiscal: Aceasta opțiune are impact fiscal care va fi calculat de Ministerul Sănătății prin structurile de specialitate.

Impact administrativ: Ministerul Sănătății și C.N.A.S. ca instituții de reglementare, monitorizare și control în sistemul de sănătate, dispun de cadrul legal și administrativ pentru a-și exercita funcțiile, în cazul acestei opțiuni și data fiind existența schimbărilor majore de ordin administrativ proprii acestei opțiuni nu va avea nevoie de resurse umane sau financiare adiționale pentru implementarea opțiunii

date, dimpotrivă, simplificarea rezultată, va duce la economii financiare și umane, în implementarea unei opțiuni transparente și funcționale, benefice tuturor actorilor implicați.

Impact social: Această opțiune are un impact social pozitiv fiind în consonanță cu necesitățile pacienților cât și a spitalelor care participă la această schemă de finanțare și care, de-a lungul timpului, s-a dovedit a fi neviabilă, generând disfuncționalități în sistem și creând condițiile corupției financiare evidente.

SINTEZA PROCESULUI DE CONSULTARE

Procesul de consultare a fost inițiat de Asociația Colegiul Pacienților București în cadrul proiectului "Dezvoltarea capacității Asociației Colegiul Pacienților de a se implica în formularea și promovarea de alternative la politicile de sănătate publică inițiate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate". Parțile participante la proces au reprezentat asociații de pacienți din cele patru regiuni ale țării, reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică din țară, reprezentanți ai partenerilor sociali și ai sindicatelor, reprezentanți ai medicilor de familie și specialiști, cadre universitare. În procesul colectării datelor și analizei opțiunilor au fost organizate mai multe mese rotunde și workshopuri, în cele patru regiuni ale țării, care s-au soldat cu exprimarea unor opinii concrete privind opțiunile de propuneri de politici alternative la politica publică de sănătate.

În cadrul workshop-urilor au fost prezentate rezultatele preliminarilor ale impactului opțiunilor identificate, participanții având posibilitatea de a-și expune părerile asupra analizei efectuate.

În procesul de consultare parerile cedelor prezente au fost unanime în privința necesității creșterii numărului analizelor de laborator gratuite, eliminării plafoanelor financiare și de tipologie, elaborării unei proceduri clare de administrare a antibioticelor.

OPȚIUNEA RECOMANDATĂ

Cele trei opțiuni de alternativă au fost evaluate comparativ prin prisma impactului pe care îl pot avea. Având în vedere impactul preponderent pozitiv al opțiunii 3 din toate punctele de vedere evidențiate, considerăm că aceasta este opțiunea recomandată pentru viitorul apropiat.

PROPUNERE DE POLITICI PUBLICE DE SĂNĂTATE

Denumirea politicii publice de sănătate:

Eliminarea plafoanelor financiare și de tipologie pentru investigațiile de laborator

Instituția inițiatore: Asociația Colegiul Pacienților București

Informații generale

Asociația Colegiul Pacienților implementează proiectul "Dezvoltarea capacității Asociației Colegiul Pacienților de a se implica în formularea și promovarea de alternative la politicile de sănătate publică inițiate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate"

Proiectul este cofinanțat din Fondul Social European (FSE) prin Programul Operațional Capacitate Administrativă (POCA), Axa Prioritară: Administrație publică și sistem judiciar, Operațiunea Dezvoltarea și introducerea de sisteme și standarde comune în administrația publică ce optimizează procesele decizionale orientate către cetățeni și instituții publice aferente obiectivelor specifice din documentul de politică publică „Strategia Națională de Sănătate 2020 – 2014”.

Obiectivul general al proiectului vizează Dezvoltarea capacității Asociației Colegiul Pacienților de a se implica în formularea și promovarea de alternative viabile la politicile de sănătate publică inițiate de Guvernul României prin Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate precum și prin Consiliile locale ce administrează infrastructura medicală, alternative ce doresc să vină în sprijinul dezvoltării de sisteme și standarde comune

Obiectivele specifice ale proiectului sunt:

1. Îmbunătățirea procesului legislativ din sănătate prin implicarea Asociației Colegiului Pacienților în formularea de 3 propuneri de politici publice de sănătate ca alternative la politica de sănătate publică (domeniile ambulatoriu, paraclinice, spitalizare, etc)
2. Elaborarea de propuneri ce să vină în sprijinul cetățenilor în ceea ce privește simplificarea procedurilor birocratice și administrative din sănătate și creșterea calității actului medical în cadrul unităților medicale administrate de autoritățile publice locale.
3. Susținerea sistemului de sănătate prin avansarea unor propuneri care să faciliteze accesul la serviciile medicale și să simplifice legislația existentă în sănătate.

Valoarea totală a proiectului este de 990.386,62 lei, din care valoare eligibilă nerambursabilă din FSE 815.275,85 lei, valoare eligibilă nerambursabilă din bugetul național 155.303,07 lei și cofinanțare Asociația Colegiul Pacienților 19.807,70 lei. Proiectul este implementat în perioada 7 septembrie 2018 - 6 septembrie 2019. Codul MySMIS al proiectului este 110676.

DESCRIEREA PROBLEMEI

Anexa 17 din Normele metodologice din 27 martie 2018 de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 2018/140 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2019-2018, stabilește condițiile acordării pachetului de bază de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, respectiv Lista investigațiilor paraclinice-analize de laborator.

Conform acestei liste, C.N.A.S. bugetează și decontează serviciile medicale de laborator în ambulatoriu pornind de la o listă de 98 teste decontabile în limita unui plafon financiar ce se consumă în primele zile ale fiecărei luni, lăsând zeci de mii de oameni fără posibilitatea efectuării unor teste vitale.

Deși suma alocată pentru analize gratuite a crescut în ultimii ani, plafoanele financiare alocate se dovedesc insuficiente, generând nemulțumire și revoltă din partea pacienților asigurați. Aceștia sunt de multe ori în imposibilitatea așteptării unei viitoare programări și se văd nevoiți să le efectueze contra cost, uneori la prețuri mai mari decât ce decontează Casa de Asigurări de Sănătate.

În România, din cele 18 milioane de asigurați ai sistemului de sănătate, doar jumătate sunt și

contribuabili. Din datele Institutului Național de Statistica 5 milioane sunt salariați, aproximativ 400.000 mii sunt liberi profesioniști, patroni, etc., iar din restul de 5,3 milioane de persoane populație activă, aproximativ 1,6 milioane sunt asigurați ca persoane în întreținere, membrii ai familiilor beneficiare de ajutor social sau șomeri.

Pacienții care își plătesc ani de zile lunar contribuțiile la asigurarea de sănătate, aproximativ 300 lei, dacă vor să își facă o dată pe an analize medicale gratuite, se lovesc de epuizarea rapidă a plafoanelor alocate, sau de așteptări de luni de zile în căutarea unui laborator care să mai aibă fonduri.

Deși numărul laboratoarelor medicale a crescut de la 397 în anul 2000 la peste 2000 în 2019, cele private fiind în număr dublu față de cele de stat, fondurile rămân insuficiente, fiind împărțite pe județe prin aplicarea unor criterii neclare, în funcție de istoric, de cât a consumat în ultimii 2 ani fiecare județ, precum și de capacitatea fiecărui președinte C.A.S. de a acumula fonduri.

Soluțiile propuse vizează scoaterea plafoanelor de laborator și introducerea plafoanelor pentru cei care prescriu analizele de laborator, astfel încât să fie reglementat principiul conform căruia banul să urmeze pacientul și nu invers.

SCOPUL SI OBIECTIVELE POLITICII PUBLICE

Scopul:

- facilitarea accesului pacienților la un număr sporit de analize gratuite de laborator
- îmbunătățirea stării de sănătate a populației
- degrevarea spitalelor de internări pentru efectuarea de investigații de laborator în scopul stabilirii unui diagnostic, în condițiile în care plafoanele pentru analize gratuite în ambulator se epuizează încă de la începutul perioadei alocate.

Obiectiv: creșterea stării de sănătate a populației, reducerea impactului negativ asupra stării de sănătate a pacienților asigurați și asupra sistemului de sănătate din România.

BENEFICIARIII POLITICII

Beneficiar 1: pacienții

Beneficiar 2: laboratoarele de analize medicale

Beneficiar 3: Ministerul Sănătății și C.N.A..S

OPȚIUNI DE SOLUȚIONARE A PROBLEMEI

Opțiunea 1. Status quo- neintervenția în situația existentă

Opțiunea 2. Eliminarea cu efect imediat a plafoanelor pentru testările bacteriologice și antibiograma și eliminarea condiționării eliberării antibioticelor decontate de C.N.A.S. de existența testării bacteriologice și a antibiogramei precum și stabilirea de reguli clare de utilizare a diverselor generații de antibiotice utilizând antibiograma ca referință.

Eliminarea în următoarele 12 luni a plafoanelor pentru analize de laborator pentru o gamă de minim 300 cele mai frecvente teste și reguli de accesare printr-un program național a analizelor speciale (peste 000 12) pe baza de dosar.

Analiza opțiunii 1: Status quo- neintervenția în situația existentă

Argumentare: În acest moment C.N..A.S bugetează și decontează serviciile medicale de laborator în ambulatoriu pornind de la o listă de 98 teste decontabile în limita unui plafon financiar total insuficient ce se consumă în primele zile ale fiecărei luni, lăsând zeci de mii de oameni fără posibilitatea efectuării unor teste vitale.

Peste tot în țară pacienții și medicii se plâng de faptul că trimiterile pentru analize de laborator decontate C.N.A.S. sunt onorate doar în primele zile din lună pentru că doar pentru atât ajunge plafonul.

S-a ajuns în situația aberantă în care medicii prescriu medicamente scumpe și antibiotice fără o investigație paraclinică care să dovedească necesitatea sau diagnosticul de certitudine. În cazul

antibioticelor acest lucru conform Organizației Mondiale a Sănătății echivalează cu un genocid și pune în pericol însăși viața pe pamânt datorită creșterii rezistenței bacteriene la antibiotice folosite incorect sau inutil.

Plafonarea gamei de teste a dus la deprofesionalizarea corpului medical, interesul scăzut al pacienților și medicilor pentru un diagnostic de certitudine și un consum exagerat de medicamente. Astfel diagnosticul de certitudine a devenit accesibil doar celor ce își permit să îl plătească din propriul buzunar.

În mod paradoxal și contrar principiilor unei asigurări care preia riscul atunci când nu poți susține costul, lista de analize decontată de C.N.A.S. conține cele mai ieftine teste și nici unul nu are prețul mai mare de 65 lei, majoritatea având un preț de până în 30 lei.

În cazul antibioticelor situația este gravă și considerăm necesară sesizarea organismelor internaționale și luarea unor măsuri urgente pentru că practica din România este de a trata pacientul cu un antibiotic cât mai puternic de la primul simptom asociat unei patologii ce ar justifica un astfel de tratament fără necesitatea unui diagnostic de certitudine în baza antibiogramelor. Utilizarea antibiogramelor este sporadică și rar utilizată pentru a folosi antibiotice de generație veche dar eficiente conform analizei.

Neajunsuri: Stabilirea unui număr insuficient de teste decontabile față de nevoile pacienților, alocarea de plafoane insuficiente în baza unor criterii necorelate cu realitatea datelor privind numărul real al persoanelor asigurate, alocarea fondurilor pe regiuni geografice pe baza unor criterii insuficiente care vizează doar resursele și calitatea.

Lipsa unei proceduri clare de administrare a antibioticelor, obligativitatea utilizării antibiogramelor pentru stabilirea unui diagnostic de certitudine, anterior prescrierii de antibiotice.

Deprofesionalizarea corpului medical, scăderea interesului pacientului și al medicului în stabilirea unui diagnostic de certitudine, creșterea consumului de medicamente și pierderea încrederii pacienților în sistemul medical românesc, în ultima instanță.

Beneficii: Această opțiune are beneficii reduse, pentru un număr limitat de pacienți atîta timp cît plafoanele pentru analize gratuite se epuizează încă de la începutul lunii iar pacienții asigurați sunt nevoiți să suporte integral costul analizelor de laborator legal prevăzute.

De asemenea, numărul limitat de teste prevăzut în Anexa 17 la Contractul Cadru CNAS, nu acoperă nevoia de sănătate publică a populației, în condițiile în care se constată o creștere a afecțiunilor complexe pentru care stabilirea unui diagnostic de certitudine este obligatorie.

Impact fiscal: Nu există impact fiscal.

Impact administrativ: Ministerul Sănătății și C.N.A.S. sunt instituțiile care reglementează și monitorizează elaborarea plafoanelor și a listelor de investigații de laborator.

Impact social: Opțiunea are un impact social negativ, în sensul scăderii încrederii pacienților în sistemul de sănătate și în medici. Pe de altă parte, pacienții asigurați nu pot avea acces la serviciile de sănătate legal prevăzute.

Riscuri: Există riscul reducerii în continuare a accesului pacienților asigurați la analize gratuite legal prevăzute, impactului negativ asupra stării de sănătate a populației, pierderii încrederii în sistemul de sănătate românesc.

Analiza opțiunii 2: Eliminarea cu efect imediat a plafoanelor pentru testările bacteriologice și antibiograma și eliminarea condiționării eliberării antibioticelor decontate de C.N.A.S. de existența testării bacteriologice și a antibiogramelor precum și stabilirea de reguli clare de utilizare a diverselor generații de antibiotice utilizând antibiograma ca referință.

Eliminarea în următoarele 12 luni a plafoanelor pentru analize de laborator pentru o gamă de minim 300 cele mai frecvente teste și reguli de accesare printr-un program național a analizelor speciale (peste 000 12 în acest moment) pe bază de dosar.

Argumentare: Datorită faptului că pacienții nu ajung în timp util să își facă testele de laborator necesare, fie din cauza absenței plafonului sau pentru că nu au resurse financiare să își efectueze diversele testări de laborator din fonduri proprii, consumul haotic și exagerat de medicamente decontate C.N.A.S. obținute prin presiune asupra medicului a luat amploare și generează costuri foarte mari sistemului public de

asigurări. Este absolut necesară corelarea tratamentelor medicamentoase cu diagnosticul de certitudine.

Pentru ca accesul la investigații este greu sau costisitor, mulți pacienți amâna foarte mult mersul la medic ajungând prea târziu atunci când boala nu mai poate fi prevenită, sau ajung să aglomereze spitalele, ori abordează medicul atunci când patologia a avansat mult chiar s-a cronicizat și costul C.N.. AS. cu acel pacient crește foarte mult în special prin consumul de medicamente.

Foarte multe internări în spitale sunt de fapt internări cu scopul stabilirii unui diagnostic de certitudine și pentru efectuarea unor investigații de laborator și /sau imagistice pentru care nu există plafon în ambulatoriu.

Pentru ca medicii de familie au ajuns să prescrie antibiotice de ultimă generație la cea mai mică răceală este deja notoriu în randul familiilor cu copii mici dulapul plin de antibiotice lăsate să expire de părinții care nu au încredere în medici și medicina bazată pe « flerul » doctorului și ajung să își trateze copiii fără ele cu succes.

Acțiunile propuse pentru aceasta opțiune: Reglementarea prin modificarea Anexei 17 din Normele metodologice din 27 martie 2018 de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 2018/140 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2019-2018, care stabilește condițiile acordării pachetului de bază de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, respectiv Lista investigațiilor paraclinice-analize de laborator.

Neajunsuri: Nu există neajunsuri pentru opțiunea dată.

Beneficii: Opțiunea dată oferă garanția asigurării stării de sănătate a pacienților asigurați

Impact fiscal: Această opțiune are impact fiscal

Impact administrativ: Ministerul Sănătății și C.N.A.S. ca instituții de reglementare, monitorizare și control în sistemul de sănătate, dispun de cadrul legal și administrativ pentru a-și exercita funcțiile în cazul acestei opțiuni și dată fiind lipsa schimbărilor majore de ordin administrativ proprii acestei opțiuni, nu va avea nevoie de resurse umane sau financiare adiționale pentru implementarea opțiunii date.

Impact social: Această opțiune are un impact social pozitiv fiind în consonanță cu necesitățile pacienților asigurați și medicilor pe de o parte și cu cerințele partenerilor sociali, inclusiv sindicatele din sănătate pe de altă parte, situație confirmată de ultimele evenimente sociale.

SINTEZA PROCESULUI DE CONSULTARE

Procesul de consultare a fost inițiat de Asociația Colegiul Pacienților București în cadrul proiectului "Dezvoltarea capacității Asociației Colegiul Pacienților de a se implica în formularea și promovarea de alternative la politicile de sănătate publică inițiate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate". Părțile participante la proces au reprezentat asociații de pacienți din cele patru regiuni ale țării, reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică din țară, reprezentanți ai partenerilor sociali și ai sindicatelor, reprezentanți ai medicilor de familie și specialiști, cadre universitare. În procesul colectării datelor și analizei opțiunilor au fost organizate mai multe mese rotunde și workshopuri, în cele patru regiuni ale țării, care s-au soldat cu exprimarea unor opinii concrete privind opțiunile de propuneri de politici alternative la politica publică de sănătate.

În cadrul workshopului din data de 4.08.2019 au fost prezentate rezultatele preliminarilor ale impactului opțiunilor identificate, participanții având posibilitatea de a-și expune părerile asupra analizei efectuate.

În procesul de consultare părerile celor prezenți au fost unanime în privința necesității creșterii numărului analizelor de laborator gratuite, eliminării plafoanelor financiare și de tipologie, elaborării unei proceduri clare de administrare a antibioticelor.

OPȚIUNEA RECOMANDATĂ

Cele două opțiuni de alternativă au fost evaluate comparativ prin prisma impactului pe care îl pot avea. Având în vedere impactul preponderent pozitiv al opțiunii 2 din toate punctele de vedere evidențiate, considerăm că aceasta este opțiunea recomandată.

PROPUNERE DE POLITICI PUBLICE DE SĂNĂTATE

Denumirea politicii publice de sănătate:

Creșterea atractivității activității de ambulatoriu pentru medicina de specialitate.

Institua inițiatore: Asociația Colegiul Pacienților București

Informații generale

Asociația Colegiul Pacienților implementează proiectul "Dezvoltarea capacității Asociației Colegiul Pacienților de a se implica în formularea și promovarea de alternative la politicile de sănătate publică inițiate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate"

Proiectul este cofinanțat din Fondul Social European (FSE) prin Programul Operațional Capacitate Administrativă (POCA), Axa Prioritară: Administrație publică și sistem judiciar, Operațiunea Dezvoltarea și introducerea de sisteme și standarde comune în administrația publică ce optimizează procesele decizionale orientate către cetățeni și instituții publice aferente obiectivelor specifice din documentul de politică publică „Strategia Națională de Sănătate 2020 – 2014”.

Obiectivul general al proiectului vizează Dezvoltarea capacității Asociației Colegiul Pacienților de a se implica în formularea și promovarea de alternative viabile la politicile de sănătate publică inițiate de Guvernul României prin Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate precum și prin Consiliile locale ce administrează infrastructura medicală, alternative ce doresc să vină în sprijinul dezvoltării de sisteme și standarde comune

Obiectivele specifice ale proiectului sunt:

1. Îmbunătățirea procesului legislativ din sănătate prin implicarea Asociației Colegiului Pacienților în formularea de 3 propuneri de politici publice de sănătate ca alternative la politica de sănătate publică (domeniile ambulatoriu, paraclinice, spitalizare, etc)
2. Elaborarea de propuneri ce să vină în sprijinul cetățenilor în ceea ce privește simplificarea procedurilor birocratice și administrative din sănătate și creșterea calității actului medical în cadrul unităților medicale administrate de autoritățile publice locale.
3. Susținerea sistemului de sănătate prin avansarea unor propuneri care să faciliteze accesul la serviciile medicale și să simplifice legislația existentă în sănătate.

Valoarea totală a proiectului este de 990.386,62 lei, din care valoare eligibilă nerambursabilă din FSE 815.275,85 lei, valoare eligibilă nerambursabilă din bugetul național 155.303,07 lei și cofinanțare Asociația Colegiul Pacienților 19.807,70 lei. Proiectul este implementat în perioada 7 septembrie 2018 - 6 septembrie 2019. Codul MySMIS al proiectului este 110676.

DESCRIEREA PROBLEMEI

În conformitate cu prevederile ali. (1) al art. 3 din Normele metodologice din 27 martie 2018 de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 2018/140 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2019-2018,

“Numărul total de puncte raportat pentru consultațiile, serviciile medicale acordate de medicii de

specialitate din specialitățile clinice, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu nu poate depăși numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

- a) pentru specialități clinice și pentru medicii care lucrează exclusiv în planificare familială, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 minute.”

În contextul creșterii importanței investigațiilor paraclinice, a diversității tratamentelor dar și a complexității patologiei care frecvent necesită o abordare multidisciplinară este necesară creșterea

timpului aferent consultațiilor pentru a permite medicului să evalueze și să integreze în consultație informațiile din investigațiile paraclinice sau scrisorile medicale ale colegilor, dar și să explice pacientului opțiunile terapeutice, modul corect de efectuare a investigațiilor paraclinice, modul corect de administrare a tratamentului, efecte adverse, etc. În plus medicii lucrează în sisteme informatice unde informațiile trebuie introduse și validate în timp real fapt ce consumă și el între -5-3 minute din consultație.

Pacienții reclamă superficialitatea actului medical și este deja notoriu faptul că în lipsa timpului pentru discuții cu medicul, pacienții apelează la informarea de pe «Google» ducând la neînțelegeri și frecvent la conflicte sau lipsa de încredere în medicul curant. Mai mult timp pentru consultație înseamnă mai mult timp pentru medic să explice și să răspundă la întrebările pacientului.

Medicii specialiști în contract cu C.N.A.S. reclamă faptul că este foarte greu spre imposibil să ai un nivel constant de concentrare și eficiență atunci când vezi 28 pacienți / zi. Aceștia se simt epuizați, agasați și își pierd capacitatea de a oferi empatie pacienților.

SCOPUL SI OBIECTIVELE POLITICII PUBLICE

Scopul:

- creșterea accesului pacientului la medicul specialist în contextul strategiei Ministerului Sănătății de creștere a ponderii cazurilor rezolvate la nivelul ambulatorului și scăderea numărului de internări
- facilitarea accesului pacienților la consultații de specialitate pertinente și de calitate
- îmbunătățirea actului medical și a condițiilor de acordare de consultații medicale de calitate de către medicul specialist

Obiectiv: - reducerea impactului negativ atât asupra pacientului cât și asupra medicului de specialitate

BENEFICIARII POLITICII

Beneficiar 1: pacienții

Beneficiar 2: medicii specialiști și de familie

Beneficiar 3: Ministerul Sănătății, C.N.A.S

OPȚIUNI DE SOLUȚIONARE A PROBLEMEI

Opțiunea 1. Status quo- neintervenția în situația existentă

Opțiunea 2. Creșterea duratei consultației de medicină de specialitate pentru specialitățile fără servicii la 20 minute (21 consultații/zi) și eliminarea plafonului de servicii pentru specialitățile cu servicii, precum și actualizarea valorii punctului de consultație la 4,5 lei/consultație.

Analiza opțiunii 1: Status quo- neintervenția în situația existentă

Argumentare: În acest moment C.N.A.S. bugetează și decontează serviciile medicale de specialitate prin plata consultației cu un tarif și serviciile aferente consultației cu un alt tarif. Bugetarea normei ia în calcul un număr de 28 consultații pe zi la un program de 7 ore și 5 zile pe săptămână, iar la specialitățile cu servicii conexe 19- consultații și 153 puncte de servicii/ zi lucrătoare.

În contractul cadru, C.N.A.S. consideră că o consultație la medicul specialist trebuie să dureze 15 minute, iar în cazul consultațiilor cu servicii conexe 22 minute.

În situația existentă o dată cu creșterea numărului pacienților, timpul de 15 minute reglementat alocat unei consultații, raportat la numărul legal prevăzut de 28 de consultații pe zi, face imposibilă desfășurarea unei activități medicale axate pe interesul pacientului și duce la epuizarea fizică și nervoasă a medicului, punându-i în pericol starea de sănătate.

Neajunsuri: Timpul insuficient acordat consultării unui pacient determină investigarea sumară și incompletă ceea ce are impact negativ asupra actului medical și al diagnosticului în ultima instanță putând duce la acuzații de malpraxis. Aceasta, coroborat cu numărul mare de consultații (28) pe care un medic trebuie să le presteze într-un interval de 7 ore, pe lângă faptul că încalcă reglementarea politicii mondiale de sănătate, are repercursiuni grave asupra sănătății medicului, mergând până la decesul

acestui, așa cum s-a întâmplat în mai multe cazuri.

Beneficii: Aceasta opțiune nu are beneficii din moment ce atât sănătatea pacientului cât și a medicului sunt puse în pericol.

Impact fiscal: Nu există impact fiscal

Impact administrativ: Ministerul Sănătății și C.N.A.S. sunt instituțiile care reglementează și monitorizează activitatea medicilor de familie și de specialitate, precum și funcționarea sistemului de sănătate care de multe ori nu funcționează, îngreunând munca medicului și birocratizându-i excesiv activitatea medicală.

Impact social: Opțiunea are un impact social negativ, în sensul scăderii încrederii pacienților în sistemul de sănătate și în medici. Pe de altă parte, pacienții nu pot avea acces la serviciile de sănătate legal prevăzute.

Riscuri: Există riscul reducerii în continuare a accesului la consultațiile de specialitate și a impactului negativ asupra stării de sănătate a medicului pe fondul epuizării, precum și a deteriorării relației medic-pacient.

Aceasta în condițiile în care tipologia de servicii decontate de C.N.A.S. este foarte limitată ca spectru și complexitate, iar punctele alocate pentru servicii se termină după primii 5,6 pacienți, restul trebuind să plătească.

Analiza opțiunii 2: Creșterea duratei consultației de medicină de specialitate pentru specialitățile fără servicii la 20 minute (21 consultații/zi) și eliminarea plafonului de servicii pentru specialitățile cu servicii, precum și actualizarea valorii punctului de consultație la 4,5 lei/consultație.

Argumentare: Potrivit reglementărilor europene în vigoare, medicii străini acordă între 6 și 8 consultații pe zi în 8,9 ore de muncă, pe când medicul român trebuie să lucreze 7 ore pe zi la care se adaugă activitatea administrativă pentru care medicii străini au un timp special. Astfel că cele 35 de ore pe săptămână nu se respectă, medicul depășind cu mult acest interval. În plus, comunicarea medic-pacient are de suferit, neexistând timp normat pentru relaționarea cu pacientul. De cele mai multe ori, punând pe primul plan sănătatea pacientului, medicul uită de sănătatea sa, continuându-și activitatea și după program. Mulți medici din sistemul de stat lucrează și în privat, fiind suprasolicitați și neavând un timp de recuperare a capacității de muncă.

În aceste condiții, activitatea de ambulatoriu de specialitate nu este atractivă pentru medicii și furnizorii de servicii medicale dat fiind că:

1. Valoarea consultației este foarte mică (aprox. 30.24 ron / consultație)
2. Suma maximă pentru o normă întreagă pentru o specialitate cu servicii facturabilă într-o zi este 1005 lei, acest nivel tarifar crează discriminare între medici, cei angajați în spital au un salariu fix de aproximativ 000 10 lei net în medie echivalentul unui cost total de 300 17 lei în contextul în care o normă utilizată cu un randament de %100 generează un venit maxim de 090 18, rămânând doar 790 lei pentru costurile cu asistenta, chiria, dotarea, etc.
3. Discriminarea continuă și la nivelul efortului medicilor, dacă în spital salariul este fix indiferent de numărul de consultații sau servicii prestate în comparație cu ambulatoriul unde relația volum / venit este direct proporțională.
4. Suma generată de serviciile din cadrul consultației nu este suficientă pentru amortizarea și întreținerea aparaturii necesare prestării acestora.
5. Medicul din spital nu este responsabil de investiția în infrastructura, costuri de întreținere, etc pe când medicul din ambulatoriu trebuie să suporte aceste costuri din tariful încasat de la C.N.A.S.

De asemenea, activitatea de ambulatoriu în forma curentă nu este atractivă nici pentru pacient pentru că:

1. Punctele alocate pentru servicii se termină după primii 6-5 pacienți restul trebuind să le plătească
2. Tipologia de servicii decontată de C.N.A.S. este foarte limitată ca spectru și complexitate

Acțiunile propuse pentru această opțiune: Reglementarea prin ordin de ministru a creșterii duratei consultației de medicină de specialitate pentru specialitățile fără servicii la 20 minute (21 consultații/zi)

și eliminarea plafonului de servicii pentru specialitățile cu servicii, precum și actualizarea valorii punctului de consultație la 4,5 lei/consultație.

Neajunsuri: Nu există neajunsuri pentru opțiunea dată.

Beneficii: Opțiunea dată oferă garanția unui act medical adecvat atât pacientului cât și medicului.

Impact fiscal: Nu există impact fiscal

Impact administrativ: Ministerul Sănătății și C.N.A.S. ca instituții de reglementare, monitorizare și control în sistemul de sănătate, dispun de cadrul legal și administrativ pentru a-și exercita funcțiile în cazul acestei opțiuni și dată fiind lipsa schimbărilor majore de ordin administrativ proprii acestei opțiuni, nu va avea nevoie de resurse umane sau financiare adiționale pentru implementarea opțiunii date.

Impact social: Această opțiune are un impact social pozitiv fiind în consonanță cu necesitățile pacienților și medicilor pe de o parte, și cu cerințele partenerilor sociali, inclusiv sindicatele din sănătate, situație confirmată de ultimele evenimente sociale.

SINTEZA PROCESULUI DE CONSULTARE

Procesul de consultare a fost inițiat de Asociația Colegiul Pacienților București în cadrul proiectului "Dezvoltarea capacității Asociației Colegiul Pacienților de a se implica în formularea și promovarea de alternative la politicile de sănătate publică inițiate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate". Părțile participante la proces au fost reprezentate prin asociații de pacienți din cele patru regiuni ale țării, reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică din țară, reprezentanți ai partenerilor sociali și ai sindicatelor, reprezentanți ai medicilor de familie și specialiști, cadre universitare. În procesul colectării datelor și analizei opțiunilor au fost organizate mai multe mese rotunde și workshopuri, în cele patru regiuni ale țării, care s-au soldat cu exprimarea unor opinii concrete privind opțiunile de propuneri de politici alternative la politica publică de sănătate.

În cadrul workshopurilor au fost prezentate rezultatele preliminarilor ale impactului opțiunilor identificate, participanții având posibilitatea de a-și expune părerile asupra analizei efectuate.

În procesul de consultare părerile celor prezenți au fost unanime în privința necesității creșterii duratei consultației de medicină de specialitate pentru specialitățile fără servicii la 20 minute (21 consultații/zi) și eliminării plafonului de servicii pentru specialitățile cu servicii, precum și actualizarea valorii punctului de consultație la 4,5 lei/consultație.

OPȚIUNEA RECOMANDATĂ

Cele două opțiuni de alternative au fost evaluate comparativ prin prisma impactului pe care îl pot avea. Având în vedere impactul preponderent pozitiv al opțiunii 2 din toate punctele de vedere evidențiate, considerăm că aceasta este opțiunea recomandată.



Colegiul Pacientilor

“ Acest manual de politici alternative pe subiecte legate de sănătate pornește de la principiul politicilor bazate pe dovezi, dublat de o abordare de tipul 360 grade, în care se urmărește alinierea intereselor tuturor părților implicate sau afectate de respectiva propunere.

Dezvoltarea durabilă, egalitatea de șanse, nediscriminarea, egalitatea de gen sunt principiile urmărite în cadrul demersului nostru.”

”

- Cristian Sas, Președinte Colegiul Pacienților