Propunere de politică alternative de sănătate

Denumirea politicii publice de sănătate:

Sustenabilizarea serviciilor de spitalizare decontate de C.N.A.S.
Evaluarea nerealista de către aplicația D.R.G.(Diagnosis Related Group - Grupe de Diagnostice) a cazurilor de spitalizare

1.INSTITUȚIA INIȚIATOARE: **Asociația Colegiul Pacientilor**

2.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 2014 – 2020".

Obiectivul general al proiectului vizeaza 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 vina în sprijinul dezvoltării de sisteme și standarde commune.

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 care 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 existenta în sănătate.

Valoarea totala a proiectului este de 990.386,62 lei, din care valoare eligibila nerambursabila din FSE 815.275,85 lei, valoare eligibila nerambursabilă din bugetul naţional 155.303,07 lei şi cofinanţare Asociatia Colegiul Pacientilor 19.807,70 lei. Proiectul este implementat în perioada 7 septembrie 2018-

3.DESCRIEREA PROBLEMEI

Din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, actualizată, și Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractul 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, reiese faptul că modul de stabilire a bugetelor spitalelor are la bază o formula de calcul rezultată din înmultirea a trei indicatori, respeciv: numărul de cazuri rezolvate/externate x tariful pe caz ponderat (TCP) x complexitatea cazului tratat (ICM).

Numarul de cazuri rezolvate/externate se calculează de fiecare spital pe baza numarului de paturi aprobat de Ministerul Sănătății pentru contractare 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 2230 de lei, fiind de multe ori sub valoarea reală pentru unele spitale.

Indicele de complexitate a cazurilor tratate numit indice case mix, prescurtat ICM, este un indicator care arata complexitatea medicala a cazurilor tratate in spitalul respectiv si ce costuri comportă tratarea lor.

Modul de calcul al ICM-ului se bazeaza pe coeficientul numit valoarea relativa data de aplicatia DRG (Diagnosis Related Group - Grupe de Diagnostice) atribuit fiecarei boli, care se calculează în teorie pe baza complexităţii bolii şi pe costul real al tratării bolii. In realitate însă lucrurile nu stau chiar aşa.
Datorită faptului că de obicei un pacient suferă și de alte boli asociate, 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. Exemplul cel mai bun este pacientul internat pe o secţie de terapie intensivă, care consumă resurse imense faţă de tariful decontat conform încadrării in grupa de diagnostic de către aplicaţia DRG. In cazul pacienţilor arşi în anul 2017 care au fost internaţi pe secţia de terapie intensivă costul mediu per pacient a fost de circa 200.000 euro, iar decontarea per caz nu a depăşit 15.000 euro, in cel mai bun caz.

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 achizitionată

aplicaţia DRG.Țara noastră a achiziționat aplicația DRG în anul 2006 din Australia, funcționând după

valorile relative date de autoritățile australiene. In 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 situaţii este că datorită necunoaşterii costurilor reale si a decontarii cazului de spitalizare la un nivel insuficient pentru sustenabilitatea spitalului, Ministerul Sănătăţii trebuie să aloce fonduri suplimentare pentru finanţarea acestor spitale, atât pentru salariile medicilor cât şi pentru investiţii.

4. 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 egala 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.

Obiective:

- imbunătățirea 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.

5.BENEFICIARII POLITICII

- Beneficiar 1: pacienții
- Beneficiar 2: sistemul medical românesc

6. OPȚIUNI DE SOLUȚIONARE A PROBLEMEI

Opțiunea 1. Status quo- neintervenția în situația existentă
Opțiunea 2. Actualizarea aplicației financiare DRG la nivelul realităților ţării noastre în sensul existenței unei corespondenţe între tariful stabilit pe grupe de diagnostice și costurile reale făcute 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.

6.1 Analiza opțiunii 1: Status quo- neintervenția în situația existent

- **Argumentare:**

In România finanțarea spitalelor se realizează prin sistemul DRG (Diagnosis Related Group).
DRG este un sistem de clasificare a cazurilor de spitalizare continuă care standardizează plățile către spitale. In general, o evaluare DRG acoperă toate taxele asociate unei internări, de la momentul admiterii în spital până la externare.
În acest moment, în România, prin sistemul DRG se clasifica fiecare caz în parte si are valoarea data de doi indicatori:
ICM (valoare calculată de DRG) x TCP spital
A) ICM = indicele de complexitate al cazului, valoare calculată de DRG
B) TCP = tariful pe caz ponderat, valoare stabilită anual pentru fiecare spital
Plățile care sunt solicitate de spital pentru a fi decontate de către C.N.A.S sunt calculate după formula: ICM x TCP spital X Nr. Cazuri.

Prima problemă a sistemului nostru e legată de faptul ca TCP - Tariful pe caz ponderat (stabilit anual de către C.N.A.S.) nu este evaluat la un nivel realist. Plafonul pâna la care se poate deconta aceste cazuri se calculează cu o formulă unde intră și alti indicatori, cum ar fi:
- Durata Medie de Spitalizare (DMS),
- Numărul de paturi aprobate pentru contractare,
- Plus o așa-zisa "penalizare (P), în funcție de categoria spitalului.

Asta înseamnă că deși în teorie o apendicită necomplicată tratată chirurgical oriunde in ţară 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 apendicita are minim 5 TCP-uri diferite. TCP-urile sunt calculate subiectiv în anexele normelor Contractului Cadru. De exemplu, pentru un caz de apendicită valoarea decontata de C.N.A.S între 1430 – 1800 RON.

- **Neajunsuri:**
  - Crearea unei diferențe artificiale de finanțare a cazurilor de spitalizare continuă prin aplicarea unui tarif pe caz ponderat diferit.
  Crearea unor mari discrepanțe în finanțarea și decontarea diferită a aceleiași patologii în spitale diferite, care pot ajunge pâna la 40-50%.
  Astfel apare deprofesionalizarea corpului medical, scăderea interesului 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 simplistă 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 pentru tariful pe caz ponderat.

- **Impact social**: Opțiunea are un impact social negativ, în sensul scăderii încrederii pacienților în sistemul de sănătate și în medici. Pe de alta 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 la un tratament corect. De asemenea, există riscul impactului negativ asupra stării de sănătate a populației, pierderii încrederii în sistemul de sănătate românesc.

6.2 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 episodul de spitalizare un diagnostic principal (DP), unul sau mai multe diagnostice secundare (DS), precum si toate procedurile si investigatiile efectuate in spital. Acestea vor folosi la decontarea serviciilor medicale pe caz externat și pentru a se stabili gradul de complexitate a cazurilor tratate în unitatea medicala, denumite în termen 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.

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

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 existând 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, proceduri si intervenții sunt codificate printr-un sistem numit DRG comun tuturor spitalelor. 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 putin decât tariful stabiliti vor câștiga bani. În practică însă, fiecare spital încearcă să-și crească artificial numărul internărilor unor cazuri simple și să le supracodifice 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 sectiile de chirurgie. Intubarea crește gradul de complexitate a unui anumit caz și prin urmare, creşte 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 acelui caz și, consecutiv, ICM-ul spitalului.

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

- **Neajunsuri:** Nu există neajunsuri pentru opțiunea dată.
- **Beneficii:** Opțiunea dată oferă garanţia funcţionării 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 tarifelor 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 pricipiu 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 opţiune 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 exercită 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.

6.3 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. 95/ 2006 privind reforma în domeniul sănătății, Anexei nr. 23 din Normele meodologice din 27 martie 2018 de aplicare în anul 2018

a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementeaza condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019.

- **Argumentare:**

Majoritatea spitalelor ce deservesc 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 europene, 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, cum ar fi spre exemplu salariile medicilor.

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 Sănătăți, 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, 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 existenţa 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 şi 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 coruperii financiare evidente.

7. 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 si 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 specialişti, cadre universitare.

În procesul colectării datelor și analizei opțiunilor au fost organizate mai multe mese rotunde și workshopuri, în cele cinci 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-uilor au fost prezentate rezultatele preliminarii ale impactului opțiunilor identificate, participanții având posibilitatea de a-și expune părerile asupra analizei efectuate.

În procesul de consultare părerile celor prezenţi au fost unanime în privința necesității decontarii de către C.N.A.S a cazurilor de spitalizare la valoarea costurilor reale, pentru ca acest serviciu sa devină sustenabil.

8. 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.