



Probleme identificate în asistența medicală spitalicească

În urma interacțiunii cu pacienți, asociații de pacienți, cadre medicale, furnizori de servicii medicale, profesioniști din sănătate, Asociația Colegiul Pacienților a identificat o serie de probleme pe segmentul de asistență medicală spitalicească care au legătură strânsă cu legislația actuală în vigoare, precum și cu modul de finanțare și organizare a sistemului medical.

Principalele probleme 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 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.



1. Lipsa personalului medical din spitale, in 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 20-25 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 sa 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 intamplă 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 daca 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 lunile 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 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. Mucegaiul, pereți deteriorați, grupuri sanitare neigienizate sunt cateva 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 institutii 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) Închiderea 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 institutiile 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 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 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 cladire, de a avea un sistem de programare online și prin call center. De asemenea existența signalisticii în spital sa fie impusa prin autorizarea de către Directia de Sănătate Publică
- b) Externalizarea și centralizarea unor servicii de acest fel în cadrul Administratiilor locale (call center, centru de informare al pacientului, etc)

6. 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, în sălile de operații și care sunt depășite pentru nevoile actuale. Calitatea actului medical cât și costurile de spitalizare ale fiecarui pacient sunt date în mare masura de existenta unei aparaturi performante pentru finalizarea actului medical. Inexistența unei instituții guvernamentale care să gestioneze investițiile în spitalele publice precum și incapacitatea administratiilor locale (primariilor) de a suporta costurile cu acestea au dus la apariția acestor probleme.

Soluții alternative:

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

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



Descrierea problemei:

Cazurile de spitalizare continua 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 aplicatie 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

8. Infecțiile intraspitalicești (nosocomiale)

Descrierea problemei:

Rata infectării intraspitalicești variază în funcție de eficiența metodelor de supraveghere și de natura spitalului. Spitalele cu o cazuistica medicală mai complexă au o incidență mai mare, probabil datorită numărului mai mare de bolnavi în stare gravă și a tratamentelor aplicate. Incidența este mai mare la adulți și la 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 germeni 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 în Germania, este de 8%, problema infecțiilor nosocomiale rămâne de actualitate. Astfel, dintr-o statistică a Institutului Național de Sănătate Publică, la nivelul anului 2017, au fost raportate 19.607 cazuri, Bucuresti, unde sunt și cele mai multe spitale, fiind pe primul loc cu 5246 de raportari, urmat de județele Iasi 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 inexistenta lor, ci mai degraba teama managerilor de spitale de a fi sancționați pentru raportarea lor.

Soluții alternative:

a) modificarea prevederilor Ordinului nr. 1101/2016 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 profesionala specializata.

b) introducerea ca și criteriu de evaluare în contractul de management al managerilor de spitale și sefilor de secții, a luptei împotriva infecțiilor intraspitalicești.

c) asigurarea unui cadru nonpunitiv și de cointeresare, 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.

9. 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! Asadar, medicii aflați în această situație ori părăsesc țara ori se respecializează.

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:

- 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 medicina 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.
- Organizarea de rezidențiate în funcție de nevoile concrete din teritoriu, fără a mai fi scoase la concurs locuri fără posturi,
- 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,
- Propuneri de politici europene axate pe beneficiile sistemului medical din România pentru specializarea medicilor romani în spațiul European.



10. 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 de către clasa politica majoritară din zona în care activeaza furnizorul de servicii, adică spitalul. Criteriile de investire ale managerilor de spital se face dupa criterii politice care nu vizeaza neaparat 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 sa fie de minim 5 ani, cu stabilirea clară a indicatorilor de performanță, indicatorilor de eficiență economico-financiartii precum și indicatori ai utilizarii serviciilor medicale.

11. 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. In acest moment TCP este alocat anual de către Ministerul Sănătății fiecarui spital și are o valoare care variaza 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 grupa 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 ii este atribuit un TCP de 1400 acordat prin normele CO-CA.

Tarif decontat de către Casa de Asigurări de Sănătate:

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

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

Tarif decontat de către Casa de Asigurări de Sănătate :

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

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

12. Valoarea indicelui de complexitate a cazului (ICM), calculat la o valoare nerealista

Descrierea problemei:

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

Modul de calcul al ICM-ului se bazeaza pe coeficientul numit valoarea relativa data de aplicația DRG (Diagnostic Related Groups- în traducere, Grupe de Diagnosticice) 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 cele mai multe ori, 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 platit 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



13. 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) acestea 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 coerență 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 munca ale medicilor, precum și sănătatea pacientului. În această situație toată lumea are doar dezavantaje: atât medicul care nu poate să își exercite profesia în condiții optime și la standarde de calitate, 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.

Va asigurăm de întreaga noastră colaborare în vederea implementării soluțiilor de îmbunătățire a reglementărilor legale în vigoare, în beneficiul pacienților.

Asociația Colegiul Pacienților