

DRG în bolile infecțioase – beneficii și riscuri

**I. S. Bocșan, Irina Brumboiu, Virginia Zanc*, Doina Țățulescu*, D. Cârștina*
U.M.F. “Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca: Catedra Epidemiologie și *Catedra Boli
infecțioase**

Aplicarea DRG în domeniul bolilor infecțioase aduce – la modul general – avantajele recunoscute ale utilizării DRG în practica medicală. Bolile infecțioase sunt caracterizate prin particularități de ordin epidemiologic și clinic, respectiv preventiv și curativ, care le conferă un statut aparte în domeniul patologiei medicale umane. Caracterul contagios și de urgență epidemiologică al majorității bolilor infecțioase, apariția lor epidemică cu potențial de regulă imprevizibil, posibilitatea unor izbucniri populaționale accidentale de mare amploare, la fel neprognosticabile, plus obligativitatea aplicării unor măsuri medicale și sociale de ordin preventiv și combativ la nivel individual și colectiv – sunt doar câteva dintre particularitățile bolilor infecțioase cu repercusiuni medicale, sociale și – nu în ultimul rând – financiare.

Aplicarea sistemului DRG permite o sistematizare a bolilor utilă și comparabilă la nivel național și internațional între țările care folosesc sisteme DRG identice sau măcar similare. Trebuie însă menționat și faptul că sistemul de clasificare DRG comportă importante neajunsuri în domeniul bolilor infecțioase. Este important de analizat și soluționat sursa acestor deficiențe ale sistemului, care derivă fundamental din legislația conexasă cu regimul de supraveghere și decizie antiepidemică preventivă și curativă față de bolile infecțioase, intrând în conflict cu acest sistem. Astfel:

➤ Apariția bolilor infecțioase este dificil de prognozat ca moment, loc și amploare. Atâta timp cât spitalele de boli infecțioase sunt instituțiile medicale destinate izolării și tratării unei părți mari dintre cazurile de astfel de boli, randamentul acestor spitale ar trebui apreciat pozitiv când paturile lor sunt neocupate, nu când sunt supraaglomerate sau au indici mari de folosire a paturilor, deoarece doar prima situație ar oglindi eficiența bună a asistenței primare în activitatea antiepidemică și a activității antiepidemice per global. Spitalele de boli infecțioase au implicit un caracter de instituție medicală cu rol strategic în lupta împotriva bolilor infecțioase, deci ar trebui să se supună aceluiași regim cu cel al întregii abordări de rezervă strategică în asistența medicală destinată populației, rezumativ exprimat în ideea că trebuie să existe funcțional permanent și să fie folosit la nevoie și conform necesităților de moment. Ca atare, numărul externărilor totalizate într-o lună nu este un indicator de activitate aplicabil în cazul bolilor infecțioase acute.

➤ Bolile infecțioase sunt izolate fie la domiciliu, fie în servicii spitalicești, **ghidat** (deși ar trebui să fie obligatorie) de legislația în vigoare, care este în curs de reformare – teoretic în concordanță cu reglementările din țările UE; de menționat că aceste reglementări nu sunt unitare în cele 16 sau 25 de țări ale UE. Spitalizarea bolilor infecțioase se face în multiple servicii, de diverse specialități: probabil cel mai frecvent în serviciile de boli infecțioase, dar și la pediatrie, boli interne, cardiologie, gastroenterologie, secții chirurgicale de diverse profiluri etc. Criteriul major prin care se justifică spitalizarea în alte servicii decât cele de boli infecțioase este criteriul clinic – teoretic și faptic, cel antiepidemic al asigurării izolării rămânând doar afirmativ din motive de funcționalitate nespecifică și insuficientă a acelor unități spitalicești. Cu alte

cuvinte, în astfel de unități acuratețea supravegherii patologiei infecțioase și competența supravegherii sunt discutabile și creează pericole clinico-epidemiologice la rândul lor. Nu există riscul real ca spitalele de alte specialități să rămână neocupate sau neutilizate dacă bolile infecțioase acute se spitalizează în secțiile de profil. Dimpotrivă, resursele umane și extraumane vor fi mai bine orientate spre patologia specifică acelor servicii spitalicești de specialitate alta decât boli infecțioase.

➤ Severitatea clinică a cazuisticii de boli infecțioase nu poate fi încadrată în norme standardizate. Sunt necesare adesea o spitalizare prelungită și cheltuieli enorme, mai ales la cazurile evolutive sau grave, care ajung să depindă de spitalizare pentru a fi salvate și/sau recuperate. Sub presiunea clasificării DRG, astfel de bolnavi ajung să fie externati și re-internați **fals**, ei rămânând în spital în continuare deoarece nu pot fi rezolvați clinic în timpul prevăzut de normele bazate pe DRG.

➤ Pe de altă parte, diagnostice de boală infecțioasă ușoare și cu evoluție trenantă care necesită spitalizare prelungită (din motive medicale sau medico-sociale inevitabile) sunt „cosmetizate” la externare ca fiind mult mai grave decât în realitate, adăugându-li-se diagnostice mai grave și mai „bănoase”, pentru a justifica spitalizarea și tratamentul, încercând recuperarea unor cheltuieli mai mari decât cele permise de diagnosticul real. Acest fals economic creează riscurile deformării tabloului real al morbidității infecțioase spitalizate. În scurt timp vom avea un tablou de agravare globală a bolilor infecțioase, ca urmare a acestor falsuri în acte medicale, iar deciziile antiepidemice de ordin tactic și strategic se vor dovedi false. Se naște întrebarea dacă vom folosi două baze de date diferite – una adevărată pentru deciziile de politică antiepidemică, respectiv una falsificată, pentru justificarea cheltuielilor și spre slava aplicării cu succes a clasificării DRG în finanțarea spitalelor de boli infecțioase.

➤ La nivel național, există spitale de boli infecțioase „pure”, care găzduiesc doar boli infecțioase acute în înțelesul clasic al cuvântului, altele internează și alte boli infecțioase – cronice, acutizate sau nu – și altele funcționează împreună cu alte specialități ca pneumo-ftiziologia, situație care este financiar benefică bolilor infecțioase și mai puțin ftiziologiei. Cui servește lipsa unei politici clare și unitare privind regimul internărilor în spitalele de boli infecțioase și respectarea unei astfel de reglementări în momentul când va exista (dacă va exista și/sau funcționa)?

➤ În spitalele de boli infecțioase se rezolvă situații care consumă resurse financiare fără a se încadra în DRG – ex. profilaxia specifică antirabică, reacțiile postvaccinale (care trebuie confirmate de specialist) – și se rezolvă cazuri prin spitalizare de zi care este sărac reflectată financiar prin sistemul DRG, fiind în fond un alt aspect de ordin cosmetic inefficient și evitabil.

➤ În fine, în momentul de față nu se dorește sau nu se știe sau nu se poate ca problema infecțiilor nosocomiale să fie abordată managerial în mod realist. Atâta timp cât managerii de spital nu vor înțelege, nu vor ști și nu vor accepta că infecțiile nosocomiale sunt un grup diagnostic **extrem de util** bunei administrări a spitalului, abordarea lor va rămâne la nivelul naiv-primitiv actual, în care clinicienii consideră infecțiile nosocomiale o „rușine” care trebuie ascunsă, iar epidemiologii nu au curajul și permisiunea de a-și ajuta colegii clinicieni să ajungă la un „*modus vivendi*” realist și benefic și în acest domeniu.

Utilizarea DRG în strategia finanțării spitalizării bolilor infecțioase – pentru scopuri profilactice sau curative, după situație – dovedește existența unor riscuri de

importanță strategică pentru asistența medicală în general și pentru sănătatea publică în particular. Finanțarea spitalelor de boli infecțioase în actuala manieră, fără a ține seama de caracterele de gravitate și urgență – clinică și epidemiologică – diferită a bolilor infecțioase acute și folosind mecanic DRG, este o atitudine periculoasă tocmai prin stabilirea unor criterii – gravitatea diagnosticului și durata spitalizării – care răstoarnă frecvent și periculos logica antiepidemică, atât pe termen scurt cât și pe termen lung. Măsura de contrabalansare din partea spitalelor de boli infecțioase (pentru a supraviețui financiar) va fi – mai devreme sau mai târziu – cea de “confeționare” a unor diagnostice mai grave decât în realitate, care vor distorsiona tabloul morbidității specifice, evaluarea eronată a potențialelor epidemiologice inclusiv al celor nosocomiale și alterarea strategiei antiepidemice bazată pe interpretarea morbidității.

Propunem regândirea politicii de finanțare a spitalelor de boli infecțioase, funcție de criterii complementare celor reprezentate de DRG, altfel decât în momentul de față, în colaborare de către comisiile de specialitate vizate ale Ministerului Sănătății sub coordonarea direcțiilor generale de profil ale Ministerului Sănătății și CNAS, cu valorificarea superioară a epidemiologului de spital în acest context. Ideile de bază care ni se par fezabile și eficiente sunt:

- stabilirea, legiferarea și respectarea regimului de izolare și tratament spitalicesc a bolilor infecțioase acute prin respectarea ambelor criterii – antiepidemic și clinic – care justifică spitalizarea acestor îmbolnăviri;
- stabilirea spectrului de patologie infecțioasă care aparține serviciilor de diferite specialități altele decât bolile infecțioase ținând seama de criterii clinice și epidemiologice, cu ierarhizarea competențelor pe servicii în acest domeniu;
- desemnarea unor categorii diferențiate de entități patologice infecțioase după gravitatea clinico-epidemiologică specifică și includerea lor în DRG funcție și de aceste criterii;
- clarificarea importanței clinico-epidemiologice a infecțiilor nosocomiale din punct de vedere managerial și reconsiderarea rolului potențial real pe care îl poate juca epidemiologul de spital în beneficiul respectivei unități și a bolnavilor;
- identificarea/specificarea situațiilor clinico-epidemiologice care impun asistență spitalicească de specialitate cu caracter profilactic și care trebuie finanțate de la buget direct de MS fără intermedierea bancherului care este CNAS;
- CNAS să își exprime punctul de vedere în această problemă pe baze științifice medicale și financiare de ansamblu, așa cum bolile infecțioase sunt în fapt.

Dacă se acceptă dictonul epidemiologic că „bolile infecțioase nu au frontiere”, atunci spitalelor de boli infecțioase nu mai trebuie să li se ceară viză pentru a traversa frontiera dintre sublimul rolului lor real în sistemul de sănătate național și ridicolul finanțării lor prin sistemul DRG așa cum este el aplicat în momentul de față.

Bibliografia și iconografia – la autor.