

Factorul uman si finantarea bazata pe caz in sistemul sanitar din Romania

Autori:

S.L. **Meda V. Todor**, Facultatea de Medicina si Farmacie, Oradea

As. **Dr. C. Todor**, Facultatea de Medicina si Farmacie, Oradea

As. **Ing. O. Florea**, Facultatea de Medicina si Farmacie, Oradea

Introducerea finanțării bazate pe caz (mai mult sau mai puțin rezolvat) a fost privită de către cei care lucrează nemijlocit în sistemul sanitar, ca o primă etapă în aplicarea reformei în cel de-al treilea pilon al sistemului sanitar: Spitalul.

După reforma medicinei primare, cu care s-a început pe bună dreptate, dar fără a se atinge rezultatele scontate, a urmat reforma asistenței medicale în Ambulator, cu rezultate și mai puțin mulțumitoare, dar totuși, cu rezultate. Apoi, după multe discuții, tratative, tatonări, fandări și experimente s-a trecut și la aplicarea reformei în cel de-al treilea pilon, prin promovarea Legii Spitalelor și introducerea finanțării bazate pe caz, deja binecunoscutul DRG.

Așa se vede panorama reformei, de jos, din posturile de execuție, de la nivelul celor care suntem parte a motorului ce trebuie să pună în funcțiune această mașinărie nu tocmai bine concepută, a reformei sistemului sanitar. Noi suntem primii care suportăm consecințele diletantismului inevitabil și al lipsei de experiență în luarea deciziilor la nivelul factorilor de răspundere implicați în elaborarea legilor, normelor și metodologiilor menite să producă mult dorita reformă a sistemului sanitar.

Nu e de mirare că există disfuncționalități și sincope în aplicarea reformei și în consecință și în funcționarea sistemului per ansamblu. Aceste sincope apar și în alte țări mult mai avansate decât noi. Trist este că nu se găsesc căile de remediere a acestor disfuncționalități în timp util și că interesele de grup, de tagmă și de vechi prietenii primează în locul interesului general și ca atare are de suferit și bolnavul și lucrătorul din sistemul sanitar. De 14 ani așteptăm cu toții să vedem o ameliorare a asistenței medicale sau măcar o intrare în normalitate și, în afara unor factori din Ministerul Sănătății, CNAS și diverse Institute care promovează reforma, n-am auzit pe nimeni să spună, "Da, Domne' a-nceput să meargă ! Sunt mulțumit de cum am fost tratat". Nici bolnavi, nici medici, nici Sanitas. Trăim într-o veșnică stare de nemulțumire, o boală lungă care însă nici nu duce la moarte dar nici nu te lasă să trăiești.

Și apare pe acest fond trist și pesimist o rază de soare: cuantificarea calitativ-valorică a actului medical și finanțarea bazată pe acest criteriu! Personal, când am aflat de proiectul introducerii acestui tip de finanțare a spitalelor am considerat-o ca pe o mare Revoluție. Și așa ar fi fost dacă, în loc de **20/80** (DRG/Buget Istoric) ar fi fost **80/20**. Dar și așa cu 20/80 tot revoluție este, doar că e una mai mică. Adică acele spitale care primeau înainte toți banii pe ochi frumoși, acum vor trebui să "transpire" în proporție de 20% pentru a scoate un ICM care împreună cu restul de 80% din cât primeau înainte să le asigure funcționarea. Am zis că tot e ceva, decât nimic.

Ei, și-acum intervine Factorul Uman.

Orice Revoluție, mare, mică (după buget, nene Iancule!) este un eveniment care răstoarnă ordinea existentă pentru a instaura o ordine nouă. Asta ar fi o definiție extrem de simplistă. Iar revoluția noastră ar trebui să instaureze o ordine nouă în proporție de 20%, conform raportului de "nou" în finanțarea spitalelor. Dar ca orice răsturnare de ordine, există și interese afectate și ca

atare apar "dușmanii" Revoluției, adică cei care au de pierdut ca urmare a răsturnării ordinii. Aceștia sunt cei care, mai sonor sau mai în surdina vor spune sau vor incita pe alții să spună că "DRG-ul e o mare prostie, ca duce la subfinanțarea spitalelor, că se comit mari nedreptăți" s.a.m.d. Poate că sunt și motive pentru a afirma, în anumite cazuri asemenea poziții. Dar nu se poate afirma că, per ansamblu, este cea mai consistentă tentativă de a face o distribuție cât de cât echitabilă a "sărăciei". O tentativă de-a scoate la lumina zilei realitatea din sistem. Spre cinstea lor, factorii de decizie au inclinat balanța în favoarea reformei, deși numai ei or fi știind la ce presiuni au fost supuși. Așa încât, aflându-ne într-o fază intermediară a parcursului ne permitem să vă supunem atenției pericolul pe care l-am remarcat: dacă în această Revoluție, nu este cointereseată masa largă a celor ce lucrează în sistem, există posibilitatea ca totul să se transforme într-un lamentabil eșec. Spunem asta după 8 luni de experiența în colectarea și transmiterea Setului Minim de date al pacienților, într-un spital cu 400 paturi și cca 650 angajați. În afara stagiarelor și rezidenților care au primit sarcina "ingrată" de a introduce aceste date în calculatoarele ce le-au fost puse la dispoziție pe fiecare secție, puțini, foarte puțini medici sau asistente sau alt personal s-a arătat interesat de această reformă. Și asta pentru că Reforma se oprește la poarta spitalului: adică banii intră în spital direct proporțional cu serviciile prestate de acesta, dar se împart pe secții, și în final ajung și în buzunarul fiecărui angajat, sub formă de salarii conform unei grile rigide și prost alcătuite, asemănătoare celei din epoca socialistă, doar că mult mai inechitabilă, fără a respecta nici pe departe principiul exprimat în Codul Muncii: "la muncă egală, plată egală". Ceea ce se aplică în realitate este "la muncă mult diferită, plată egală, că așa e grila de salarizare". Adică și cei care lucrează pe o secție unde se realizează un Indice Case Mix de 1.3 primesc același salariu ca și cei de pe o secție cu ICM de 0.4. Și-atunci de ce ar fi interesați primii de cum se colectează sau raportează DRG-urile? Chiar nu-i interesează. Și nici pe cei cu ICM 0.4, din moment ce salariul lor e asigurat oricum. Adică suntem finanțați în funcție de serviciile prestate, dar ne plătim angajații pe toți la fel, indiferent cu cât au contribuit ei la aceste servicii. Asta nu poate să ducă, în timp decât la scăderea calității, dacă nu și a cantității serviciilor. Și-atunci, pe bună dreptate vor veni unii să spună că DRG-ul n-a fost bun de nimic, că nu se văd rezultate, s.a.md. Am auzit șefi de secții spunând că dacă se vor ocupa ei și de DRG, cine se va mai ocupa de secție ? Ca și când buna desfășurare a activității pe secție și DRG-ul nu ar avea nimic în comun. Și așa cum sunt lucrurile în momentul de față, chiar că nu prea au. Atâta timp cât secția care trage mai greu, are aceeași pereți scorjiti, același linoleum rupt și aceleași fețe triste care vin zilnic la serviciu doar pentru că nu au o alternativă mai bună. Ce să-i mai intereseze cum se face colectarea datelor sau ce Indice de Case Mix le-a ieșit ?

O altă aberație în care factorul uman este implicat o constituie salarizarea medicilor-cadre didactice cu doar 50% din salariul care li se cuvine, din aceeași grilă. Deși Legea Spitalelor, în forma sa finală, adoptată de Parlamentul României prevedea pentru aceștia un salariu de "cel puțin" 50%, Guvernul României a considerat necesar să emită o Ordonanță de Urgență, la o lună de la intrarea în vigoare a Legii, prin care să fixeze la doar 50%, cu precizarea "în plus față de salariul din învățământ". Dar nu e vorba de nici un plus. Sunt două activități care se suprapun într-o măsură oarecare, dar care presupun efort suplimentar din partea celui care le prestează. Și dacă din raportarea DRG, reiese de Prof.Dr. X a contribuit la realizarea serviciilor pentru care spitalul sau a primit finanțarea de la CJAS în aceeași măsură ca și Dr.Y, noi îl plătim pe Prof.Dr. X cu doar 50% din salariul pe care i-l dăm Dr.Y, pentru simplul motiv că așa spune Guvernul. Ce legătură are că Prof. Dr. X a tratat cazuri mai multe sau mai grave decât Dr.Y ? Și dacă domniile Profesori Universitari nu s-au revoltat, putem să le găsim scuza bunului lor simț precum și aceea că salariile domniilor lor în învățământ s-au dublat de ceva vreme. Dar un Conferențiar, sau un Lector sau un Asistent sunt obligați să se mulțumească cu doar jumătate de salariul din sistemul sanitar, deși din

DRG reiese că tratează tot atâția bolnavi sau chiar mai mulți, cu afecțiuni mai grave, cu un aport sporit la ICM-ul spitalului și chiar dacă Spitalul ar dori să-i plătească în conformitate cu Codul Muncii ("la munca egală, plată egală") este obligat de această OUG din august 2004 să încalce orice etică. Aceste cadre didactice au surpriza că adunând salariul din învățământ cu jumătatea din sănătate să meargă acasă cu mai puțini bani decât ar fi primit dacă s-ar fi mulțumit să rămână doar în rețeaua sanitară și să lase pe alții să-i învețe pe studenți medicina. Și-atunci vă întreb: Dacă e mult mai rentabil să stai doar cu bolnavii, cine va mai face "voluntariat", cine va mai merge în învățământul medical ? Răspunsul e simplu: cei nebuni sau cei care, în rețeaua sanitară nu au reușit să intre pentru că n-au trecut de examenul pe post. Fie că n-au intrat la Rezidențiat, fie că n-au reușit la concursuri. Adică cei mai puțin pregătiți vor trebui să-i învețe medicina pe cei care ne vor trata pe noi la bătrânețe ! Nu e o perspectivă tocmai roz !

Din păcate se poate constata, de la un an la altul, ca tot mai puțini medici de valoare își doresc să intre în învățământul medical și acest lucru se reflectă negativ în calitatea și nivelul acestuia. Nu se poate ca un medic primar – asistent universitar să fie plătit mai prost decât un medic primar care a picat la examenul pentru postul de asistent. Se întâmplă însă, în România ! Situația aceasta se perpetuează de mai mulți ani, dar prin apariția Legii Spitalelor pare oarecum îndreptată, lăsând la latitudinea Spitalelor să-i plătească, proporțional cu aportul lor la activitatea de prestări servicii. Cu atât mai revoltator este că, printr-o Ordonanță de Urgență se anulează îndreptarea legislativă și se revine la o aberație nedreaptă. Veți spune că medicii care sunt și cadre didactice lucrează doar pe jumătate cu bolnavii și restul timpului cu studenții. De acord. Poate că sunt și astfel de cazuri. E corect ca aceștia să fie plătiți 50% sau poate 25% sau deloc; există și medici-cadre didactice intrați pe ușa din dos, care au de-a face prea puțin cu bolnavul sau care preferă munca de cercetare în locul celei cu bolnavul. Nimeni nu spune să fie plătiți dacă nu muncesc în rețea. Dar sunt și foarte mulți medici - cadre didactice care fac medicina așa cum au jurat la terminarea facultății și care pun bolnavul înaintea oricăror altor activități. Aceștia nu pleacă din spital până când nu și-au terminat munca, chiar dacă în aceeași zi au avut "în spate" și o serie de studenți, pentru care sunt cu atât mai mult, dascăli buni, cu cât sunt practicieni buni. Au din ce să le împărtășească. Teoria fără practică nu valorează prea mult. Cel puțin în medicină. Si-atunci nu e rușinos că, indiferent cât muncesc cu bolnavii, spitalul să le dea jumătate din cât le-ar fi dat dacă nu erau și cadre didactice ? Adică trebuie pedepsiți pentru că îi învață și pe alții meserie ? În timp ce și-o fac cu brio pe a lor ?

Atâta timp cât există un instrument exact de măsurare a activității unui medic (sistemul DRG cu Indicele de Case Mix pe pacient și deci cu posibilitatea calculării exacte a contribuției fiecărui medic la realizarea serviciilor medicale pentru care spitalul își primește finanțarea de la CAS) de ce continuăm să îi plătim nedrept ? Acesta este un aspect pe care vi-l ridicăm și pentru că, pe termen lung, dacă tot mai mulți medici valoroși vor prefera să se retragă din învățământul medical, acesta va fi năpădit de cei mai prost pregătiți și ca atare nivelul și calitatea acestuia vor continua să scadă așa cum scade de altfel și interesul studenților pentru medicină.

Dacă în urmă cu 10 ani la Medicină concurența era de 4-5 pe un loc, acum se intră cu media 5 și mai rămân și locuri neocupate. Odată absolvită facultatea, mulți dintre tinerii medici preferă să plece din țară sau să practice alte meserii, pentru că salariile în sistem sunt derizorii. La fel și multe asistente medicale care migrează în țările Uniunii Europene unde sunt plătite de 6-7 ori mai bine decât la noi. Iată deci, o multitudine de motive pentru care Factorul Uman din Sistemul Sanitar ar trebui să devină un subiect de dezbatere, nu numai prin prisma interesului sindical ci și prin prisma interesului managerial în sănătate, deoarece așa cum sănătatea este un bun aparte al societății, ar trebui tratat prestatorul de servicii de sănătate diferit față de prestatorul de servicii de salubritate, termoficare, etc. Tot respectul pentru munca fiecăruia, dar dacă vrem o societate productivă, nu se poate fără oameni sănătoși; oricât de bune mașini am avea, până la urmă e nevoie și de oameni. Și

dacă aceștia nu sunt sănătoși, productivitatea are de suferit, societatea în ansamblul ei are de suferit... Abia după ce un om e sănătos el poate fi trimis la studii, pus la muncă, scos din el tot ce are mai bun. Premiza obligatorie este însă SĂNĂTATEA.

Acesta este semnalul de alarmă pe care am crezut de cuviință să-l tragem pentru a nu ne considera vinovați de lașitate. Lăsăm la latitudinea dvs. să judecați afirmațiile noastre, să le criticați sau să le ajustați, să le desființați sau să le completați, tot ce ne dorim e să nu ridicăm din umeri, pentru că și noi și dvs. suntem cei care vom pierde de două ori dacă reforma va da greș : în calitate de lucrători în sistemul sanitar și în calitate de beneficiari ai serviciilor, pentru că nu-i așa, și noi putem oricând să devenim din prestatori de servicii de sănătate, beneficiari ai acestora. Și n-ar trebui să lăsăm ca lucrurile să meargă de la sine, deoarece nu ne poate fi indiferent cum va evolua sistemul și societatea.

Iar DRG-ul ne oferă un instrument foarte bun (poate că nu perfect, căci perfecțiunea e un deziderat greu de atins) pentru cuantificarea activității nu numai a Spitalului în sine ci și a Factorului Uman ce contribuie la realizarea acestei activități. Și dacă este suficient de bun pentru a se face plata Spitalului în baza sa, de ce nu ar fi la fel de bun și pentru a se face plata Omului, tot în baza sa și nu în baza unei grile strâmbe.

Credem că **Managementul informației** în sistemul sanitar trebuie să aibă în vedere **Factorul Uman** ca pe o componentă importantă - dacă nu chiar esențială - a sistemului în sine și să acționeze în consecință, acordându-i cuvenita și corecta importanță pentru ca să nu ne reproșeze generațiile ce vor veni că le-am lăsat moștenire o societate "sănătoasă" de oameni bolnavi.