

Bibliografie

1. Buga M. Transforming the Role of Public Subsidies for Health Care. In: Technical Briefs for Achieving the Medium - Term Health Care Financing Strategic Target in the WHO Western Pacific Region. World Health Organization, 2008, p. 126 – 128.
2. Ețco C., Malanciuc Iu. Asigurările medicale (principii, metode, tehnologii). Manual. Chișinău: F.E.P. Tipografia Centrală. 2007. 456 p.
3. Ețco C., Buta G. Criterii SMART de estimare complexă a activității serviciului de asistență medicală primară. Recomandări metodice. Chișinău: Tipografia Acomed - Plus SRL. 2011. 36 p.
4. Moroșanu M., Ețco C. Managementul serviciilor de sănătate. Îndrumar metodic. Chișinău: Centrul Editorial Poligrafic Medicina. 2012. 180 p.
5. Programul național de dezvoltare a asistenței medicale de urgență pentru anii 2011 – 2015. In: http://www.gov.md/public/files/ordinea_de_zi/06.12.2011/Intr09.pdf.
6. Reabova E., Ețco C., Goma L. Management in medicine. Course for medical students. Chișinău: Centrul Editorial Poligrafic Medicina. 2012. 99 p.
7. Sava V., Buga M. Case - mix Based Provider's Payment – A Next Challenge For Moldova Health Care System. In: Substract books of the 25 th PCSI Working Conference. "Case – mix: A Common Language for Health Sector Innovation" Abstract Book. Fluoka, Japan, 2009, p. 20.

UNELE ASPECTE ALE IMPLEMENTĂRII SISTEMULUI DRG ÎN ACTIVITATEA SERVICIULUI SPITALICESC

Lidia Crăciun

Summary

Some aspects of the DRG system implementation in the activity of the hospital service

This article is a descriptive research of the DRG finance system on the international and national level, based on analysis of recently bibliographical sources, regarding historical aspects, the mechanism, the implementation and impact of DRG system for hospital services. It is part of a study in progress, which purpose is the assessment of the impact of DRG financing system in the activity of medical assistance in the hospital and the development of recommendations in order to improve the implementation process and overcome any overcome obstacles.

Rezumat

Lucrarea este o cercetare descriptivă despre sistemul de finanțare DRG la nivel internațional și național, fiind o incursiune în sursele bibliografice de ultimă oră, care vizează aspecte istorice, mecanismul, implementarea și impactul sistemului DRG pentru serviciile din sectorul spitalicesc. Face parte dintr-un studiu în desfășurare, care are drept scop evaluarea impactului sistemului de finanțare DRG în activitatea asistenței medicale spitalicești și elaborarea recomandărilor în vederea ameliorării procesului de implementare și depășirea eventualelor obstacole în acest proces.

Actualitatea

Sistemul de sănătate în Republica Moldova a suportat schimbări majore în ultimii ani generate de evenimentele politico-economice internaționale și naționale, de deteriorarea progresivă a stării de sănătate a populației, dar și de calitatea precară a serviciilor de sănătate. Pentru depășirea acestor impedimente, au fost lansate un șir de reforme în sectorul sănătății care au început să ia amploare la mijlocul anilor '90 prin dezvoltarea asistenței medicale primare (introducerea medicinei de familie), prin consolidarea sectorului spitalicesc (eficientizarea

numărului de paturi) și raționalizarea numărului lucrătorilor medicali. Următoarea etapă importantă în procesul de reforme în sănătate a fost lansată odată cu introducerea asigurărilor obligatorii de asistență medicală în anul 2004. Odată cu asigurările obligatorii au fost introduse bazele unei economii de piață în domeniul sănătății prin modificarea mecanismului de finanțare și contractare a prestatorilor de servicii. A fost modificat sistemul de plată a prestatorilor de servicii.

După 2005, sectorul spitalicesc din Republica Moldova nu a suferit modificări esențiale și reforma acestui sector intrat în declin. Problemele tradiționale ale sistemului spitalicesc (ineficiența tehnică și financiară, gradul redus de acces pentru populația săracă, etc.) și incapacitatea acestuia de a răspunde cererii pacienților prezintă o provocare majoră pentru factorii de decizie politică. Politicile Ministerului Sănătății, atât în domeniul alocării resurselor către spitalele publice cât și în reformarea sistemului spitalicesc se bazează în special pe reducerea costurilor operaționale și mobilizarea resurselor financiare adiționale și mai puțin pe interpretarea corectă a conceptelor de eficiență tehnică, eficiență alocativă și performanță (Jugna Shah, Mircea Buga - 2011).

Necesitatea acestor măsuri pleacă de la premise că în condițiile în care sectorul public spitalicesc consumă o bună parte a resurselor financiare, procesul de politici publice în acest domeniu trebuie în mod obligatoriu să ia în calcul următoarele condiții: **1-** capacitatea spitalelor publice de a produce maximum rezultate din resursele existente; **2-** funcționarea spitalelor la nivelul optim; **3-** estimarea trendului productivității spitalului. Astfel s-a ajuns la necesitatea de a modifica și mecanismul de finanțare, care a evoluat prin trecerea de la o finanțare bazată pe resurse (structuri, dotări, personal etc.) la una bazată pe rezultate (pacienți tratați și complexitatea acestora). Tranziția la noul sistem a însemnat nu numai o schimbare de mentalitate în lumea medicală, dar și un continuu efort de a implementa și adapta instrumente internaționale de standardizare și măsurare a activității spitalelor în practica medicală din Republica Moldova.

Experții (James Cercone, Serghei Schiskin - 2006) au menționat că sectorul spitalicesc este mult prea costisitor și ineficient din cauza numărului de spitale și paturi iar serviciile oferite sunt neraționale sau ineficiente din cauza tehnicilor și aparatajelor învechite, a excesului de paturi sau cererii reduse.¹

Astfel s-a ajuns la implementarea din anul 2010-2011 a mecanismului DRG pe 10 spitale (pilotare), în anul 2012 finanțare DRG pentru 10 spitale și pilotare mecanism pentru restul spitalelor (6 luni), iar anul 2013 – finanțare DRG pentru încă 62 spitale.

În 2011, experții au menționat importanța primului tronson de implementare a DRG pentru întreg sistemul de sănătate și a subliniat impactul social ce se urmărește de a fi atins prin raportarea cost-eficiență a fiecărui caz tratat. În același context și dna Jugna Shah, președinta agenției implementatoare Nimitt Consulting din SUA, a remarcat că Republica Moldova este un caz fără de precedent dintre țările care dezvoltă acest sistem de plată cu succes, într-un timp atât de scurt.² Conducerea CNAM a anunțat că evaluarea spitalelor va deveni o activitate obligatorie trimestrială în primul an de implementare a noului sistem de plată. DRG-ul este un mecanism util pentru pacienți și spitale, pentru că a câștigat teren în toată lumea timp de 30 de ani, deci este o garanție indirectă ce merită o atenție din partea tuturor. “Noi nu dispunem de prea mult timp pentru a implementa mecanismul așa cum au avut-o mai multe țări, pentru că nu ne permite constrângerea temporară și financiară, dar acest fapt este și benefic pentru sistem, ca să obținem impactul pozitiv scontat în timpul cel mai apropiat”[5].

Istoric, definiții și noțiuni

Elaborarea și dezvoltarea DRG-urilor a început la sfârșitul anilor '60 la Universitatea Yale din Statele Unite. Motivul inițial al dezvoltării DRG-urilor a fost acela de a crea un cadru eficient de monitorizare a utilizării serviciilor într-un spital. Prin urmare, DRG-urile trebuie considerate, în primul rând și mai mult decât orice, un sistem de clasificare, și nu numai unul de finanțare. Dacă DRG-urile sunt folosite ca bază pentru un sistem de finanțare, trebuie

create și implementate o serie de alte componente. Prima aplicare la scară largă a DRG-urilor pentru finanțare a fost la sfârșitul anilor '70 în Statul New Jersey din Statele Unite.

DRG-urile (Diagnosis Related Group) este un sistem de clasificare a pacienților pe baza diagnosticului, procedurilor și a altor informații clinice, care oferă posibilitatea de a face o corelație între tipul de cazuri pe care spitalul le tratează (adică indicele de complexitate a cazurilor – ICM sau case-mix index) și costurile aferente acestora.

Motivația studiului și scopuri

Motivația acestui studiu a pornit de la ideea că funcționarea spitalelor în baza DRG, este o esențială schimbare în funcționarea serviciilor spitalicești. Astfel există o necesitate de o analiză și o “fotografie” de moment a situației existente. O identificare a potențialelor obstacole în procesul implementării și elaborarea unor recomandări care va ameliora procesul de implementare a acestui proiect pe termen lung, în sistemul spitalicesc din Republica Moldova.

Materiale și metode

Este realizat studiul secundar, reviu narativ, care s-a bazat pe analiza sistemului de finanțare DRG la nivel internațional și național. Este o incursiune în sursele bibliografice de ultimă oră care oglindesc istoricul, mecanismul, implementarea și impactul sistemului DRG pentru serviciile din sectorul spitalicesc. Face parte dintr-un studiu în desfășurare, care are drept scop evaluarea impactului sistemului de finanțare DRG în activitatea asistenței medicale spitalicești și elaborarea recomandărilor în vederea ameliorării procesului de implementare și depășirea eventualelor obstacole în procesul implementării.

Rezultate și discuții

Prin sistemul grupelor de diagnostice (DRG) se analizează caracteristicile fiecărui pacient externat (vârstă, gen, durată de spitalizare, diagnostice principale și secundare, proceduri, stare la externare și greutate la naștere, în cazul nou-născuților), iar în funcție de acestea pacienții sunt clasificați într-o categorie distinctă. [10, 7]

Grupele de diagnostice au două caracteristici esențiale:

1. omogenitatea clinică, adică într-un anume DRG cazurile (pacienții) sunt similare (dar nu identice) din punct de vedere clinic
2. omogenitatea costurilor, adică fiecare DRG conține cazuri ce necesită un consum asemănător de resurse.

Sistemul DRG mută paradigma funcționării unui spital de la nivelul resurselor și a procesului desfășurat spre rezultatele activităților, reflectate în pacienții tratați de spital.

Scopuri și utilitatea DRG

Indiferent de modul de utilizare trebuie identificate inițial scopurile pentru care se dorește punerea în practică a acestui sistem. Dintre scopurile ce pot fi avute în vedere prin clasificarea DRG se pot enumera:

Evaluarea rezultatelor activității spitalului.

În această situație, spitalul introduce clasificarea DRG pentru a avea o imagine mai bună a rezultatelor sale, și pentru a putea face comparații ale rezultatelor sale cu cele ale altor spitale. În același timp, clasificarea DRG este un instrument util spitalului în creșterea eficienței (prin identificarea resurselor necesare fiecărui tip de pacient), în procesul de îmbunătățire a calității serviciilor furnizate (prin evaluarea calității și definirea unor modele de practică), în modelarea activității și a structurii spitalului (personal, secții etc.) și în realizarea unui management bazat pe rezultate și nu pe resurse sau procese. [9]

Creșterea eficienței alocative pentru palierul serviciilor spitalicești

Finanțarea pe baza sistemului DRG este una de tipul „banii urmează pacientul”. În acest fel, spitalele care au mulți pacienți și cu o patologie complexă vor primi mai multe resurse, iar cele

cu pacienți puțini vor avea resurse puține. În acest fel alocarea resurselor financiare are la bază rezultatele spitalului și mai puțin structura acestora. [8]

Creșterea eficienței tehnice la nivelul furnizorului de servicii spitalicești

Finanțarea DRG permite spitalelor să-și evidențieze cu claritate tipurile de pacienți și resursele atrase pentru aceștia, iar printr-o comparație cu costurile necesare se generează cadrul de funcționare pentru o eficiență cât mai mare.

Modelarea serviciilor spitalicești pentru a răspunde cât mai bine nevoilor populației

Modelarea ofertei furnizorilor prin tarifele pe tip de pacient pleacă de la ideea că „ai ceea ce plătești”. În acest fel, se poate interveni în momentul stabilirii tarifelor pentru a stimula furnizarea unor anumite servicii și a scădea furnizarea altor servicii. [10]

Experiența internațională

În prezent, peste 30 de țări folosesc DRG-urile pentru măsurarea activității clinice, îmbunătățirea managementului clinic, alocarea resurselor/bugetelor pentru îngrijirea sănătății, pregătirea ghidurilor de practică etc.

Deși multe țări folosesc DRG-urile pentru clasificarea pacienților în funcție de diagnostice și/sau ca bază pentru sistemul de finanțare a spitalelor, există și multe alte utilizări ale acestora, cum ar fi :

- compararea spitalelor în funcție de o serie largă de indicatori de resurse și rezultate;
- evaluarea diferențelor în ceea ce privește ratele mortalității intra-spitalicești;
- implementarea și susținerea dezvoltării unor ghiduri sau protocoale de practică;
- susținerea proiectelor de îmbunătățire continuă a calității;
- bază pentru managementul intern și planificare.

În prezent sunt numeroase țări care folosesc sistemul DRG fie la evaluarea rezultatelor activității spitalului, fie la finanțarea acestuia:

- SUA – la finanțarea retrospectivă a spitalelor pentru pacienții din programul Medicare, și al celor din sistemul asigurărilor private; majoritatea spitalelor folosesc sistemul la evaluarea activității;
- Belgia – la evaluarea activității spitalelor și la standardizarea duratei medii de spitalizare;
- Franța, Irlanda, Spania, Ungaria, Germania, Singapore – la finanțarea prospectivă a spitalelor publice
- Norvegia, Finlanda, Suedia, Danemarca – la finanțarea prospectivă a spitalelor publice, și pentru decontări regionale;
- Portugalia, Australia – la finanțarea prospectivă a spitalelor publice, la finanțarea retrospectivă a spitalelor private și pentru decontări regionale. [10,3]

Un interes deosebit îl prezintă experiența SUA care a implementat sistemul DRG, (finanțarea retrospectivă) din 1983, care a marcat începutul unei noi metodologii de finanțare, concepută ca tarif unic pentru spitalizarea pentru o anumită patologie. Costurile pentru sănătate în Statele Unite au avut o evoluție explozivă după cel de-al doilea război mondial. În 1940 SUA cheltuia 4 milioane dolari SUA pentru sănătate. În 1996 au fost cheltuite 1.035 miliarde dolari SUA. Această creștere cu 26.000 % a depășit cu 25 / 1 rata generală a inflației. Creșterea a fost datorată în special spitalelor. Din 1946 până în 1982 numărul spitalelor a crescut cu 32%, cel al paturilor cu 115% și numărul internărilor cu aproape 170%. În aceeași perioadă, populația SUA a crescut cu mai puțin de 70%. În prezent, Statele Unite cheltuiește pentru sănătate mai mult decât orice altă țară din lume – 13,5% din PIB.

Până în 1983 spitalele au stabilit prețuri pentru serviciile furnizate pentru a acoperi costurile realizate, plus un beneficiu. Asiguratorii, inclusiv programele Medicare și Medicaid, au plătit de regulă aceste prețuri. An de an prețurile au crescut și serviciile spitalicești s-au extins. La începutul anilor 1980 costurile Medicare au îngrijorat Congresul SUA. Deoarece cheltuielile spitalicești reprezentau cea mai mare parte a costurilor acoperite de Medicare pentru populația vârstnică, guvernul s-a concentrat pe reforma spitalelor.

O echipa de cercetatori de la Yale, condusă de Robert Fetter și John Thompson, au dezvoltat inițial Grupurile de Diagnostic în scopul îmbunătățirii managementului și eficienței spitalicești, ulterior servind ca bază pentru plata prospectivă a spitalelor. Sistemul a inclus toate serviciile spitalicești – mii de diagnostice și proceduri, costuri mari și mici, dezvoltând categorii semnificative dpdv clinic, cu un număr rezonabil de grupe.

În timp ce realizarea lor a fost remarcabilă, criticii au arătat deficiențele utilizării DRG-urilor ca bază de finanțare:

1. DRG-urile nu erau semnificative dovedite clinic. Unele DRG-uri chirurgicale erau bazate pe proceduri regionale (ex. craniotomie), în timp ce altele pe proceduri specifice de organ (ex. apendicectomie). DRG-urile medicale includeau alături de diagnostice și probleme medicale (ex. septicemia), semne sau simptome.
2. DRG-urile nu reflectau în mod adecvat severitatea bolii la mulți pacienți, determinând spitalele să evite pacienții cu grad crescut de severitate.
3. DRG-urile utilizau tratamente (anumite intervenții chirurgicale sau tratamente medicale) pentru încadrarea într-un anumit grup, creînd astfel stimulente pentru utilizarea tratamentelor mai profitabile, în locul celor mai eficiente sau adecvate.
4. Valorile Relative ale DRG-urilor erau calculate pe baza unor date lipsite de încredere, punînd în pericol îngrijirile acordate pacienților.
5. DRG-urile nu puteau ține pasul cu schimbările în tratamentele și tehnologiile medicale, calitatea îngrijirilor fiind posibil afectată.

În ciuda acestor obiecții și avertizări, sistemul de plată prospectiv Medicare a fost instituit. Implementarea acestui sistem a avut un impact simțitor asupra sistemului sanitar din SUA, și pe termen lung au rezultat modificări, în mare măsură pozitive.

- administratorii de spital s-au concentrat pe reducerea costurilor în departamentele cu cheltuieli mari și creșterea veniturilor;
- spitalele și-au îmbunătățit sistemul de management al informației;
- administratorii de spital au redus de asemenea costurile prin introducerea unor noi contracte de muncă; au reorganizat structura de personal și au trecut multe asistente pe contracte intermitente (solicitare la nevoie);
- unele departamente au fost separate contractual de spital: departamentele de urgență, radiologie și medicină nucleară, laboratoare, întreținere, spălătorie, catering, servicii de îngrijire, au efectuat achiziții în comun pentru a crește puterea de cumpărare și a realiza economii de scală în cumpărarea echipamentelor și consumabilelor;
- unele spitale au căutat organizații "părinte" și s-au vandut ori s-au afiliat la lanțuri spitaliere. În 1985, 27% din spitalele comunitare erau parte a sistemelor de spitale, în 1995 procentul ajungînd la 45 %
- Astfel s-a ajuns că unul din rezultatele constrângerilor sistemului DRG a fost expansiunea substanțială a serviciilor de îngrijiri post acute, pe termen lung și a îngrijirilor la domiciliu. Statisticile din perioada 1990 – 1995 arată :
- numărul beneficiarilor Medicare de îngrijiri la domiciliu a crescut de la 1,9 la 3,4 milioane;
- numărul vizitelor la domiciliu pe pacient pe an a crescut de la 34 la 69;
- numărul organizațiilor furnizoare de îngrijiri la domiciliu a crescut de la 5718 la 9147;

Concluzii

1. Experiența internațională demonstrează că funcționarea în baza DRG conduce la creșterea eficienței și scăderea duratei de spitalizare, cu menținerea îngrijirilor de calitate.
2. Implementarea sistemului DRG este o necesitate pentru sistemul spitalicesc din Republica Moldova, fiind o continuitate a reformelor inițiate, în același timp e necesar să ținem cont de experiența altor țări și să adaptăm acest sistem la realitățile țării, cu utilizarea aspectelor pozitive și evitarea celor indizerabile

3. Sistemul DRG va muta paradigma funcționării unui spital de la nivelul resurselor și a procesului desfășurat spre rezultatele activităților, reflectate în pacienții tratați de spital , va contribui la externalizarea unor servicii economic nerentabile pentru sectorul spitalicesc.
4. Pe termen lung, implementarea sistemului DRG în serviciile spitalicești va conduce la dezvoltarea serviciilor comunitare și îngrijiri la domiciliu.

Bibliografie

1. Managementul spitalelor, Elena Badea, Delia Barbută, București 2006. DRG, pag. 91 – 114, Calitatea serviciilor – pag. 192 – 220.
2. Principiile și rezultatele analizei datelor clinice în cadrul sistemului DRG (Case - mix) – Jugna Shah, Daniel Ciurea, Chișinău 2012.
3. Experiența franceză în dezvoltarea și utilizarea sistemului de plată DRG al spitalelor – lecții de învățare și ce nu trebuie de făcut, Jean Marie Rodrigues, Franța 2011.
4. Principiile generale și modele pentru mecanismul de finanțare a spitalelor în baza complexității cazului (case-mix), Jugna Shah, 2011
5. Realizările proiectului pilot și implimentarea începând cu anul 2012 a sistemului de plată a spitalelor în funcție de complexitatea cazurilor (case-mix). Dr. Andrei Usatii, RM, Jugna Shah, SUA 2011
6. Materialele conferinței internaționale „Realizările proiectului pilot și implimentarea începând cu anul 2012”, 25.11.2011.
7. Sistemele DRG ca definiție la implimentare, Jugna Shah, SUA 2010.
8. Alocarea resurselor către spitale pe baza costurilor Standard pe grupe de diagnostice, Academia de Studii Economice, București 2009, Doctorant Simona Haraga.
9. Prezentare „Sistemul DRG la nivel de spital”, Centrul de Evaluare a Serviciilor în Sănătate, noiembrie 2011.
10. Paul Radu „Managementul spitalelor”, București 2006, pag.91-114.