



Parlamentul României Camera Deputaților

Comisia pentru Sănătate și Familie

Nr. 28/201/19 mai 2004

S I N T E Z A lucrărilor comisiei din zilele de 18 și 19.05.2004

Comisia pentru sănătate și familie a Camerei Deputaților și-a desfășurat lucrările în ziua de 18.05.2004 între orele 14,00 – 18,00 și în ziua de 19.05.2004 între orele 9,00 – 13,00 având următoarea ordine de zi:

1. Audieri privind finanțarea spitalelor pe grupe de diagnostic – caz rezolvat (DRG)
2. Diverse.

Lucrările comisiei au fost deschise de dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei , supunând la vot ordinea de zi care a fost aprobată în unanimitate.

La audieri au participat reprezentanți ai Ministerului Sănătății , directori ai spitalelor din București din specialitățile pediatrie, oftamologie, obstetrică-ginecologie, otorinolaringologie, chirurgie, psihiatrie, precum și echipa de specialiști ai Institutului de Cercetare - Dezvoltare în Sănătate care a elaborat programul DRG.

În deschiderea lucrărilor, dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei arată necesitatea acestor audieri privind finanțarea spitalelor pe baza sistemului DRG și faptul că multe spitale , mai ales cele de monospecialitate

sunt subfinanțate , iar alte spitale de complexitate și cu competență crescută în acordarea serviciilor medicale primesc un buget inferior unor spitale municipale.

În urma audierilor și a discuțiilor ce au avut loc pe această temă s-au desprins următoarele aspecte în ceea ce privește disfuncționalitatea finanțării prin sistemul DRG :

- sistemul DRG a fost inițial implementat în SUA și apoi în unele țări din Europa, dar aplicarea lui în România nu a ținut cont de specificul țării noastre în ceea ce privește starea de sănătate a populației și morbiditatea specifică;

- aplicarea sistemului s-a făcut ținând cont numai de bugetul aprobat în cursul anului 2003 și nu de rectificarea bugetară, ceea ce a dus la o valoare pe caz ponderat subevaluată;

- datele statistice raportate de spitale privind morbiditatea au fost în multe cazuri eronate, ceea ce a dus la desincronizări în finanțarea spitalelor clinice față de spitalele de interes local;

- nu s-a ținut cont de indicii de complexitate al morbidității în pediatrie ;

- tarifele pe grupe de specialități nu sunt concordante cu complexitatea afecțiunii și astfel, manopere medicale laborioase cum sunt traheostomia, operații pe retină, malformații ale nou-născutului sunt subevaluate;

- nu sunt punctate: cazurile de internări sub 24 de ore , copiii fără cod numeric personal , internările în secția de terapie intensivă pediatrie;

- serviciile de planificare familială și contracepție sunt plătite numai dacă se fac pe baza biletului de trimitere, deși ele sunt în esență profilactice;

- implementarea sistemului DRG s-a făcut fără un program de informatizare eficientă ;

- punctajele și tarifele pe caz ponderat au fost stabilite fără consultarea specialiștilor și a comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății, fiind practic traduse din programul american ;

- algoritmul de cuantificare al cazurilor este imperfect , fapt care a dus la necesitatea reevaluării lui chiar și în SUA , fiind necesar să cuprindă toate procedurile medicale (ghidul australian are peste 30.000 de proceduri codificate);

- datele statistice furnizate de Centrul de Calcul și Statistică Sanitară se bazează pe un ghid din 1978 cu numai 11.000 de proceduri;

- nu s-a ținut cont de costurile din interiorul spitalului care trebuie să se reflecte în costul actului medical propriu-zis;

- au fost încurajate spitale care au făcut risipă de bani și nu cele care asigură o activitate clinică complexă;

- nu s-a ținut cont de nevoile reale de asistență medicală a populației din România , ci s-a încercat o adaptare a sistemului DRG la o finanțare insuficientă;

- finanțarea prin sistemul DRG a dus în unele spitale la situația imposibilității achitării salariului angajaților;

- nu s-a avut în vedere faptul că din bugetul pe anul 2004 se plătesc datoriile restante din anul 2002;

- actualmente finanțarea se face în proporție de 80 % pe bază istorică, ținându-se cont de cheltuielile anterioare și nu de complexitatea actului medical.

Având în vedere aceste aspecte relevate în urma discuțiilor cu specialiștii din domeniu , Comisia pentru sănătate și familie a stabilit că se impun a fi luate de urgență următoarele măsuri:

- revizuirea sistemului în decurs de 3 săptămâni cu corecțiile de rigoare prin consultare a profesorilor specialiști în domeniu și a comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății ;

- acordarea unui punctaj real pe baza gradului de dificultate și complexitate a cazurilor rezolvate ;
- recalcularea tarifului pe caz ponderat pe baza execuției bugetare a anului 2003 și a activității spitalelor pe primele 4 luni ale anului 2004;
- suplimentarea finanțării sănătății cu cel puțin 4.400 miliarde lei , pentru a acoperi arieratele din 2002 în valoare de 3.900 miliarde lei și a permite funcționarea sistemului de sănătate;
- necesitatea adaptării sistemului DRG la specificul morbidității din România;
- evaluarea corectă a ponderii și a gradului de complexitate a activităților din pediatrie, oftamologie, ORL , maternități și psihiatrie .

În finalul discuțiilor se reiterează faptul că întreaga comisie face doar politica sănătății pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației și, indiferent de ce sistem de finanțare s-ar adopta, se impune creșterea procentului din PIB acordat sectorului sanitar.

Din numărul total al membrilor comisiei (16) a absentat motivat dl.dep.dr.Ovidiu Brînzan (Grupul Parlamentar al PSD) .

PREȘEDINTE,

ACAD.PROF.UNIV.DR.MIRCEA IFRIM