



Introducerea pachetului de servicii medicale de bază în România

Policy
report

No. 04
Nov
2013



Introducerea pachetului de servicii medicale de bază în România

Observatorul Român de Sănătate este o organizație non-guvernamentală a cărei misiune este aceea de a contribui la îmbunătățirea serviciilor de sănătate din România. Observatorul desfășoară studii de cercetare privind activitatea acestor servicii, integrând evidențele disponibile privind teme de interes pentru a informa elaborarea unor politici de sănătate coerente și eficiente.

www.ors.org.ro

Seria „**Policy reports**” cuprinde studii care colectează, analizează, sintetizează și interpretează rațional evidențele din literatura de specialitate cu relevanță pentru o temă specifică.

Conflicte de interese: niciunul.

Citare recomandată: Observatorul Român de Sănătate (2013) Introducerea pachetului de bază de servicii medicale în România Policy report no. 4. București: Observatorul Român de Sănătate.

Introducere

Ministerul Sănătății a introdus recent proiectul de lege privind definirea pachetului de servicii de bază acoperit de asigurările sociale de sănătate. Acest proiect este esențial pentru îmbunătățirea accesului populației la servicii medicale și mai ales pentru tranziția graduală către un sistem mai rațional și mai eficient. În sistemele de sănătate moderne, standardizarea explicită a serviciilor medicale de care asigurații beneficiază reprezintă un instrument foarte util pentru încorporarea evidențelor științifice asupra eficacității tratamentelor medicale în practica furnizorilor de servicii. Acest material rezumă principalele elemente ale proiectului de lege aflat în dezbateri și discută aspectele principale care trebuie avute în vedere în continuare pentru definirea unui pachet de bază comprehensiv și accesibil.

Elemente noi în structura pachetului

Medicina primară ("Asistența primară")

Pachetul de bază propune o distincție între diferite categorii de pacienți pe baza a două criterii esențiale: vârsta și starea clinică. Aceste categorii includ: femei gravide, nou-născuți, copii și adolescenți, adulți asimptomatici, adulți cu boli cronice diagnosticate. Pentru fiecare categorie de pacienți sunt specificate tipul și volumul de servicii medicale (consultații, proceduri și investigații) de care aceștia beneficiază la anumite intervale de timp.

De exemplu, copiii și adolescenții asimptomatici (aparent sănătoși) cu vârste cuprinse între 4 și 18 ani beneficiază de o consultație anuală la medicul de familie în scopul supravegherii stării de sănătate. Cu alte cuvinte, ei au dreptul la o consultație pe an chiar dacă nu au nicio problemă medicală. Adulții asimptomatici cu vârsta peste 40 ani au, în mod similar, dreptul la o consultație anuală în condițiile în care nu prezintă nicio problemă medicală. Acest element reprezintă în mod explicit confirmarea rolului crescut pe care prevenția trebuie să îl aibă în menținerea stării de sănătate a populației, în detrimentul tratamentului intervenționist.

Atunci când un pacient anterior sănătos este depistat cu o afecțiune cronică, pachetul specifică numărul de consultații de care pacientul beneficiază atât în faza inițială de stabilire a tratamentului cât și ulterior, în faza de monitorizare. Sunt detaliate tipurile de intervenții și investigații aferente diagnosticelor de diabet, boală cardiovasculară, afecțiuni respiratorii cronice, sănătate mintală și tuberculoză.

În condițiile în care apare o problemă medicală acută la pacientul anterior sănătos, indiferent de vârstă, punctul 6) al pachetului prevede până la 1-3 consultații/episod, 1-2 bilete de trimitere la medicul specialist și până la 6 investigații paraclinice, toate în funcție de gradul de risc al pacientului. Formularea actuală din pachet sugerează că în această categorie se

încadrează și episoadele de exacerbare sau complicații survenite pacienților care sunt deja monitorizați pentru o boala cronică.

Este important de menționat faptul că, în forma actuală, pachetul nu limitează în niciun fel numărul episoadelor pentru care un pacient are dreptul la îngrijire într-un anumit interval de timp.

Totuși, cât de noi sunt cu adevărat aceste elemente? Cu siguranță este prima dată când ele sunt prezentate publicului larg, însă volumul de consultații aferente diferitelor categorii de pacienți se regăsește deja în Normele metodologice ale Contractului Cadru 2013 (aprobat prin Ordinul 423-191/29 martie 2013). De exemplu, Capitolul III, punctul B, paragraful 2 al Pachetului de servicii medicale în asistența medicală primară (p. 4) prevede consultații pentru servicii medicale de prevenție, mai exact *„control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate;”* și, mai departe, *„Controlul medical se poate efectua la solicitarea asiguratului sau la solicitarea medicului de familie, nu mai mult de o dată pe an”*. Practic, din acest punct de vedere pachetul reduce numărul consultațiilor la care au dreptul adulții asimptomatici sub 40 de ani, care în condițiile de astăzi ar beneficia de o consultație la cerere o dată la trei ani. Ceea ce actualul pachet de bază aduce nou la acest capitol este specificitate în volumul și natura serviciilor oferite prin programul de prevenție.

Consecința mai largă a translatării acestor elemente din Normele metodologice în pachetul de bază propus este că spațiul în care se reglează furnizarea-decontarea serviciilor se mută de la nivelul relației furnizor-Casă de Asigurări la cel al relației furnizor-pacient. Până în prezent, furnizorii de servicii medicale (medici de familie, ambulatorii de specialitate) semnau contracte cu Casele Județene de Asigurări de Sănătate, care le decontau serviciile prestate conform Normelor metodologice. Teoretic, serviciile furnizate în afara Normelor (urmând exemplul de mai sus, mai mult de o consultație anuală la adulți asimptomatici cu vârsta peste 40 ani) nu se decontau. Introducerea pachetului de bază în forma actuală împreună cu cardul de asigurat face posibil ca, în viitor, depistarea serviciilor medicale care nu se încadrează în pachet să fie făcută pe loc, la contactul cu pacientul, și nu retrospectiv la nivelul decontării de către Casă.

Trimiterea către medicul specialist: niveluri de prioritate

Pacienții care se prezintă la medicul de familie atât cu afecțiuni acute, cât și cronice, au dreptul de a fi consultați în ambulator (la policlinică sau centru de permanență) de către un medic specialist. Un element de noutate al pachetului este prioritizarea pacienților la trimitere către ambulator în funcție de urgența problemei clinice, stabilită pe baza evaluării medicului de familie. Se face, astfel, distincție între 4 niveluri de prioritate: 0 – imediat, 1- urgent, 2 – semi urgent și 3 – de rutina. Pachetul specifică în detaliu ce tipuri de diagnostice (mai exact, suspiciuni de diagnostic până la confirmare) se încadrează în fiecare dintre cele 4 niveluri de

prioritate. De exemplu, suspiciunea de infarct miocardic acut are prioritate 0 și necesită spitalizare imediată; eczema generalizată are prioritate 1; și suspiciunea de colon iritabil are prioritate 3.

Trimiterea către medicul specialist: timpi diferențiali de așteptare

Un alt element de noutate al pachetului îl reprezintă specificarea timpilor diferențiali de așteptare pentru vizita la medicul specialist, în funcție de nivelul de prioritate stabilit pe baza diagnosticului preliminar al medicului de familie. Practic, fiecare nivel de prioritate este asociat cu un interval de timp maxim în care se așteaptă ca pacientul să acceseze serviciile de specialitate (Tabelul 1).

Tabelul 1. Timpii maximali de așteptare corelați cu nivelul de prioritate

Nivel de prioritate	de Criterii	Interval
0 - imediat	Afecțiuni cu potențial imediat amenințător de viață	Transfer ad-hoc pt. spitalizare de urgenta
1 - urgent	Afecțiuni cu impact potențial semnificativ al intervenției precoce de a salva viața sau de a preveni complicații severe	<7-28 zile
2 - semi urgent	Situații clinice ne amenințătoare de viață, dar cu un orizont de timp limitat pentru ca intervenția să prevină deteriorarea funcțională	<1-3 luni
3 – de rutina	Evaluare complexă/precizare de diagnostic pentru pacienți stabili a căror afecțiune nu prezintă potențial de deteriorare rapidă Afectare ușoară sau moderată a statusului funcțional	<3-6 luni

Limitele acestor intervale maxime sunt indicative, în sensul că pentru anumite suspiciuni de diagnostic intervalele sunt mult mai specifice. De exemplu, anomaliiile fetusului confirmate prin teste de diagnostic sunt încadrate la nivelul 1 de prioritate, însă au un interval maxim de o săptămână.

Activitatea din ambulator

Pachetul de bază prevede numărul de consultații la medicul specialist de care beneficiază pacienții, în funcție de tipul episodului (acut sau cronic) și de patologie. În general, sunt prevăzute 1-2 consultații/episod acut și până la 4 consultații/an pentru afecțiuni cronice. Excepțiile se referă la cazuri care necesită o monitorizare mai intensă. De exemplu, pacienții care au suferit o intervenție chirurgicală cardiovasculară pentru diagnostic de stenoză a arterei carotide au dreptul la 5 consultații/an în primul an post operator, 2 consultații în al doilea an și câte o consultație anuală începând cu al treilea an. În plus,

pachetul detaliază tipurile de proceduri și investigații clinice care pot fi desfășurate în policlinici în funcție de problema clinică, însoțite de nivelurile de recomandare aferente.

Asemeni serviciilor de medicină primară, și aceste volume erau deja prevăzute în Normele metodologice în vigoare. De exemplu, Anexa 7 a Normelor preciza că pot fi decontate până la 4 consultații *cumulat* de către medicul de familie și în ambulator pentru același episod de boală acută/subacută. Și în acest caz pachetului de bază este mult mai specific decât Normele în privința procedurilor oferite pentru diverse patologii.

Clasificarea tipurilor de consultații

Pachetul distinge între trei tipuri majore de consultații medicale, în funcție de obiective și intensitate: A (scurtă – durata medie 5 minute), B (standard – durata medie 20 de minute) și C (complexă – durata medie 40 de minute). Ceea ce nu este clar în acest moment este dacă această clasificare a consultațiilor se aplică atât activității medicului de familie, cât și medicului specialist. De asemenea, nu este specificat rolul acestei categorizări în furnizarea serviciilor medicale de bază – practic, la ce tip de consultații au dreptul pacienții.

Principii

Pachetul de bază se arată a fi construit pe câteva principii fundamentale; unele dintre acestea au fost afirmate explicit, altele nu.

Accentul pe prevenție

Așa cum a fost descris și în mass media, pachetul cuprinde un calendar detaliat, în funcție de vârstă și grupe de risc, al investigațiilor și procedurilor cu rol în depistarea, respectiv prevenția afecțiunilor cronice. Astfel, fiecare pacient asigurat va avea dreptul la aceste servicii, oferite cu frecvența specificată. Mai exact, programul de prevenție are în vedere bolile cardiovasculare, trei tipuri de cancer (cervical, mamar și colo-rectal), sănătatea reproducerii, evaluarea comportamentului de risc (fumat, dietă și consum de alcool), sănătatea mintală și calendarul de imunizări. De exemplu, pachetul include o determinare a profilului lipidic o dată la 5 ani pentru bărbații de peste 40 de ani; de asemenea, femeile cu vârsta de peste 50 de ani beneficiază de o mamografie odată la 2 ani în vederea depistării cancerului de sân.

Eficientizare prin prioritizarea și raționalizare

Unul dintre obiectivele declarate ale pachetului de bază este „optimizarea utilizării resurselor”, cu alte cuvinte creșterea eficienței în livrarea serviciilor medicale. Două tipuri de instrumente asociate acestui obiectiv se disting în formularea pachetului: raționalizarea și prioritizarea.

Raționalizarea se referă la faptul că volumul de servicii medicale pe care le poate primi un pacient în cadrul unui episod unic de boală este limitat. De exemplu, un episod de boală acută beneficiază de până la 2 consultații ale medicului specialist. Un adult asimptomatic sub 40 de ani beneficiază de o consultație preventivă la medicul de familie o dată la 3 ani. Așa cum am punctat anterior, această raționalizare exista deja, în teorie, fiind încorporată în Normele metodologice ale Contractului Cadru, însă este imposibil de spus în ce măsură principiul era aplicat în practică.

Prioritizarea se referă la faptul că pachetul prevede în mod explicit că anumite probleme medicale au un grad de urgență mai ridicat decât altele, ceea ce influențează rapiditatea cu care pacientul beneficiază de îngrijiri de specialitate.

Raționalizarea explicită și prioritizarea sunt două mecanisme care transmit un semnal ferm că insuficiența resurselor în raport cu nevoile este încorporată în arhitectura sistemului de planificare și livrare a serviciilor medicale. Formularea pachetului admite explicit că resursele financiare, umane și logistice sunt limitate, astfel că este propusă o soluție complexă de control al costurilor (coplata îndeplinește un rol similar, însă valorile modice la care a fost implementată în România o fac, practic, nulă).

Transfer al unei părți din costul real al îngrijirilor medicale asupra pacientului

Introducerea timpilor de așteptare la trimiterea de la medicul de familie către medicul specialist reprezintă, alături de raționalizare, o astfel de soluție de control al costurilor. Practic, se admite că sistemul public nu dispune de suficiente resurse pentru a întreține o capacitate (personal medical, clădiri, aparatură, consumabile) care să permită transferul imediat al pacienților dinspre medicina primară către îngrijirile de specialitate, deoarece costul ar fi foarte ridicat și nu poate fi acoperit. Aceasta este cu atât mai adevărat pentru afecțiuni cu evoluție clinică lentă și/sau care nu pun în pericol funcționalitatea pacientului. Pentru a reduce acest cost la un nivel acceptabil i.e. compatibil cu resursele disponibile, o parte din cost este transferat către pacient sub forma unui timp de așteptare, timp în care sistemul de sănătate nu consuma resurse și costul îngrijirii alături de costul asociat disconfortului problemei clinice (real, însă dificil de cuantificat) cad exclusiv pe pacient. În mod ideal, corelarea timpului de așteptare cu urgența problemei medicale are rolul de a se asigura că starea pacientului nu se deteriorează pe perioada timpului de așteptare suficient de mult încât costurile finale ale actului de îngrijire să fie mai mari decât costul referirii imediate.

Acest tip de mecanism a fost implementat și în alte sisteme de sănătate cu un pachet larg de beneficii (de exemplu în Marea Britanie) și este una dintre putinele soluții care pot oferi o gamă largă de beneficii la un nivel constant al contribuțiilor. Alternativele de control al costurilor includ reducerea pachetului de beneficii, creșterea contribuțiilor, eficientizarea managementului financiar și/sau introducerea unei coplăți substanțiale. Avantajul politic al

timpului de așteptare este acela că pacientul nu suportă un cost explicit, în sensul că nu i se iau bani direct din buzunar, astfel că este o măsură relativ ușor de acceptat. Cu toate acestea, costul așteptării este cât se poate de real.

Ce aspecte sunt de urmărit în continuare?

Monitorizarea și reevaluarea pachetului

Conținutul și structura actualului pachet au fost elaborate, conform declarațiilor oficiale, pe baza datelor statistice colectate (în premieră) de Ministerul Sănătății de la furnizorii de servicii medicale. În aceste condiții, așa cum a declarat inclusiv ministrul, rezultatul este unul „perfectibil”. Concret, introducerea pachetului de bază va influența modul în care vor fi accesate serviciile medicale precum și parametrii care descriu starea de sănătate a populației. Orice inițiativă de reformă se cere evaluată permanent încă de la implementare și pachetul are în vedere o serie de obiective declarate. Devine, astfel, esențial ca actul normativ care va sta la baza introducerii pachetului de bază să includă explicit monitorizarea continuă și reevaluarea periodică a acestuia, de exemplu la fiecare 3 ani. Experiența listei de medicamente compensate blocate în ultimii 6 ani este suficient de actuală pentru a servi drept exemplu de evitat.

Infrastructura disponibilă în ambulator

Deplasarea volumului de îngrijiri medicale asupra serviciilor oferite în ambulator (atât prin degajarea spitalelor, cât și prin afluxul dinspre medicii de familie) pune în discuție măsura în care policlinicile și ambulatoriile de specialitate dețin suficiente resurse pentru a face față fluxului de pacienți cărora le vor fi expuse. Este de urmărit în ce măsură volumul de pacienți din ambulator va crește după implementarea pachetului, conform procedurilor de trimitere de la medicul de familie și în condițiile în care cultura „trimiterii” este deja larg răspândită. Se pune, astfel, întrebarea dacă ritmul reorganizării policlinicilor va fi adecvat. În caz contrar, ne putem aștepta la liste de așteptare semnificative.

Cerințele informaționale

Implementarea pachetului de bază este dependentă de un flux informațional stabil și eficient, în special privind stabilirea gradului de risc al pacienților și gestionarea trimiterilor de la medicul de familie către ambulator, care vor fi mult mai formale decât în prezent. În plus, implicită în pachet este integrarea actului de îngrijire în sensul strângerii colaborării dintre medicul de familie și medicul specialist. Dacă în prezent scrisorile medicale de la specialist către medicul de familie au o valoare mai mult sau mai puțin simbolică, acum informația va trebui integrată rapid în fișa pacientului deoarece îi poate modifica încadrarea la categoria de risc și, în consecință, modul în care va beneficia ulterior de servicii medicale. Un element cheie pentru funcționarea acestei relații este dosarul electronic al pacientului, care până în prezent nu a fost implementat sau testat și al cărui moment de lansare coincide, conform

declarațiilor de până în prezent, cu lansarea pachetului. Interdependența celor două mecanisme și simultaneitatea introducerii lor, fără testare prealabilă, ridică întrebări serioase privind modul în care procesul va fi cu adevărat funcțional.

De asemenea, va fi extrem de important de evaluat în ce măsură parametrii specificați în pachetul de bază, în principal cei referitori la timpii de așteptare și la recomandările clinice, sunt cu adevărat respectați în cadrul sistemului. Un aspect esențial îl va reprezenta disparitatea accesului la servicii de sănătate pe baza venitului și a statutului social. De aceea, este importantă colectarea de date precise legate de aceste procese și analiza continuă a acestor date, pentru a determina la timp intervențiile adecvate pentru corectarea eventualelor deficiențe.

Evoluția timpilor de așteptare

Este greu de estimat în ce măsură timpii de așteptare din momentul trimiterii și până la consultația medicului specialist, acum oficializați în pachet (implicit, măsurabili), vor constitui o problemă reală. Pentru moment, timpii de așteptare există cu prisosință și în afara pachetului. Oficializarea lor reprezintă o oportunitate pentru monitorizare și, pe termen mediu, pentru formularea politicilor care să aibă în vedere controlul lor.

Deocamdată nu sunt disponibile informații privind cine va purta răspunderea și dacă vor exista penalități pentru nerespectarea timpilor de așteptare. Întrucât pachetul se referă în prezent la interval maximal până la consultarea de către un specialist și nu până la finalizarea episodului, va fi nevoie de atenție pentru a depista „artificii” care întrețin artificial un bilanț pozitiv al timpilor de așteptare – de exemplu printr-o consultație inițială scurtă pentru luarea în evidență, apoi prelungirea la nesfârșit a procedurilor și investigațiilor, aparent nemonitorizate.

Experiența altor țări cu pachete comprehensive și larg accesibile sugerează că acest interval poate escalada semnificativ în absența intervenției reglementatoare. De exemplu, la finalul anilor '90 în Marea Britanie timpii de așteptare medii se aflau în zona a patru-cinci luni calendaristice. A fost nevoie ca guvernul Tony Blair să facă din reducerea acestora un punct major al programului de guvernare pentru ca spitalele (distincția dintre ambulator și spital este practic inexistentă în Marea Britanie) să fie penalizate dacă pacienții cu trimitere de la medicul de familie nu erau văzuți de specialist în maximum 18 săptămâni.

Relația cu pachetul suplimentar

Pachetul de bază reprezintă un început, însă relația cu pachetul suplimentar este esențială din câteva motive. În primul rând, pachetul de bază nu are un cost sesizabil întrucât acoperă un spectru larg de servicii și este finanțat din contribuții sociale, astfel încât finanțarea să funcționează conform principiul redistribuției. Pachetul suplimentar, în schimb, va oferi o listă clară de servicii și opțiuni, al căror preț va fi explicit întrucât va fi asociat unei

contribuții fixe individuale. Astfel, pachetul suplimentar va putea fi comparat direct de către pacienți cu ofertele societăților private de asigurări de sănătate, ceea ce va aduce în discuție frontală costurile unitare reale ale serviciilor medicale din România (astăzi, o mare enigmă). În al doilea rând, pachetul suplimentar va putea lămuri o serie de neclarități legate de implementarea pachetului de bază, precum: dacă va exista posibilitatea alegerii sau schimbării medicului specialist; și cât de ferme sunt intervalele de așteptare. Întrucât actualul pachet se arată a fi relativ generos și construit pe Contractul Cadru deja existent, este de presupus că pachetul suplimentar va cuprinde mai degrabă opțiuni decât servicii propriu-zise, de exemplu posibilitatea de a vedea mai mulți specialiști pentru același episod de boală sau timp de așteptare reduși. O astfel de abordare va atrage atenția asupra fermității respectării conținutului pachetului de bază, altfel nimeni nu va fi de acord să plătească în plus pentru aceleași servicii la nivelul de bază.

Responsabilitatea medicului de familie

Deși pachetul deplasează volumul îngrijirilor medicale asupra ambulatorului de specialitate, responsabilitatea medicului de familie va crește, de asemenea, substanțial. Practic, medicul de familie va trebui să ofere o suspiciune de diagnostic pentru problema cu care pacientul se prezintă la cabinet și, în funcție de acest diagnostic prezumtiv, se vor stabili automat nivelul de prioritate și intervalul de așteptare până la accesarea medicului specialist. În mod inevitabil, se vor produce erori; unele dintre aceste erori pot avea repercusiuni asupra statusului funcțional al pacienților prin timpii de așteptare și, de asemenea, consecințe legale. Este, astfel, important ca sectorul medicinei primare să fie amplu sprijinit în asigurarea acestui rol de filtru, cu atât mai mult cu cât în ultimii ani această specialitate a fost permanent discreditată.

Concluzii

Pachetul de bază oferă, în forma actuală, o gamă largă de servicii și poate fi apreciat ca fiind relativ comprehensiv. Practic, nimic din ceea ce li se oferă în mod curent pacienților asigurați prin actualul Contract Cadru nu le va fi negat. Pachetul introduce explicit raționalizarea îngrijirilor medicale și prioritizarea problemelor clinice, reflectate în primul rând prin oficializarea timpilor de așteptare. Deși conținutul său este cuprinzător, trăsătura fundamentală a pachetului este deplasarea raționalizării și, implicit, a unei părți din costul actului de îngrijire, asupra pacientului. Volumul îngrijirilor medicale este deplasat către ambulator și responsabilitatea medicului de familie crește semnificativ.

Rămâne de văzut în ce măsură infrastructura policlinicilor, dosarul electronic al pacientului și cardul de sănătate vor contribui la derularea eficientă a noilor procese de îngrijire. Este esențială monitorizarea și reevaluarea periodică a pachetului de bază odată cu implementarea acestuia, în special impactul asupra accesului la servicii medicale și a timpilor de așteptare.