

## **METODA DE CALCUL A TARIFULUI PE CAZ PONDERAT ÎN VEDEREA FINANȚĂRII PE CAZ REZOLVAT (DRG) A SPITALELOR ÎN ANUL 2005**

**Preambul:** Finanțarea spitalelor pe baza clasificării pacienților externati în grupe de diagnostice (DRG) s-a realizat în anul 2004 pentru 185 de spitale care au avut contracte de furnizare de servicii pentru îngrijiri de tip acut cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate – CNAS (prin Casele de Asigurări de Sănătate). Începând cu anul 2005, alte 93 de spitale au fost incluse în lista spitalelor finanțate pe bază de caz rezolvat. Lista completă cu cele 278 de spitale este prezentată în anexa 18a) la normele Contractului Cadru pentru anul 2005.

### **A. Principii utilizate la calcularea tarifelor propuse pentru anul 2005**

La elaborarea tarifelor pe caz ponderat (TCP) pentru anul 2005 s-a plecat de la următoarele principii:

- Stabilirea unui moment inițial în calcularea tarifelor, adică folosirea datelor privind cheltuielile istorice ale spitalelor aferente unei anumite perioade. Astfel, momentul de plecare pentru calcularea TCP pentru cele 185 de spitale este considerat anul 2003, an pe baza căruia s-a făcut extinderea în anul 2004 a finanțării pe caz rezolvat și în care, datorită legislației în vigoare, s-a alocat spitalelor un buget în concordanță cu necesitățile momentului respectiv; pentru cele 93 de spitale care utilizează acest mecanism de finanțare începând cu anul 2005, momentul inițial este considerat anul 2004, deoarece datele clinice din anul 2003 au erori mai mari decât cele din anul 2004;
- TCP utilizate în anul 2004 la finanțarea pe caz rezolvat a celor 185 de spitale au avut la bază datele clinice raportate de spitale în anul 2003 care, pe alocuri, au avut unele erori (la anumite spitale), rezolvate parțial în august 2004 cu ocazia modificării normelor Contractului-Cadru din anul 2004 (doar la 19 spitale, datorită fondurilor reduse disponibile în acel moment);
- Pentru a avea o imagine cât mai obiectivă asupra TCP neutru (adică cel calculat pe baza cheltuielilor istorice ale spitalului) aferent fiecăruia dintre cele 185 spitale finanțate pe caz rezolvat în anul 2004, s-a făcut o recalculare a acestuia având în vedere bugetele anului 2003 și activitatea clinică din anul 2003, aceasta din urmă apreciată pe baza activității clinice efective din primele 9 luni ale anului 2004;
- Pentru cele 185 spitale finanțate pe caz rezolvat în anul 2004 este dificil de acceptat o scădere a TCP în anul 2005 față de anul 2004, datorită erorilor la unele date raportate de spitale în anul precedent și folosite la calcularea TCP;
- Pentru realizarea unei tranziții graduale spre un TCP Național, pentru anul 2005 s-a optat pentru utilizarea unei rate de amestec 75% - 25% între TCP neutru al spitalului și TCP național (față de un amestec de 80% - 20% în anul 2004);
- În vederea realizării unei finanțări adecvate în anul 2005, s-au luat în considerare și modificările legislative ce intră în vigoare începând cu 1 ianuarie 2005 (creșterile salariale reglementate de OUG 115/2004), rata prognozată a inflației pentru anul 2005 cât și fondurile disponibile pentru asistența spitalicească în anul 2005.

## **B. Date utilizate la calcularea tarifelor pe caz ponderat (TCP)**

### **Date clinice:**

1. Numărul de pacienți raportați de cele 278 de spitale pentru primele 9 luni din 2004 (pentru cele 185 de spitale numărul de cazuri raportate electronic la Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate – INCDS, iar pentru cele 93 de spitale nou selectate pentru finanțare DRG în anul 2005 numărul de cazuri raportate prin fax la INCDS în luna octombrie 2004 – răspuns la adresa INCDS nr. 2815/11.10.2004);
2. Indicele de Case-Mix (ICM) aferent pacienților raportați electronic; pentru cele 93 de spitale nou selectate pentru finanțare DRG în anul 2005, care nu au raportat electronic pacienții în primele 9 luni din anul 2004, s-a considerat ICM mediu al spitalelor orășenești.

### **Date financiare:**

1. Bugetele aprobate de CNAS în anul 2003 pentru cele 185 de spitale finanțate pe caz rezolvat (DRG) în anul 2004;
2. Sumele contractate de către cele 278 de spitale (pentru primele 9 luni din anul 2004) pe alte servicii în afară de cele aferente spitalizării continue pentru îngrijiri de tip acut – cronici/reabilitare, spitalizare de zi, structuri urgențe, rezidenți, stagiari etc.;
3. Bugetele din anul 2003 estimate pentru pacienții ce au primit îngrijiri de tip acut pentru cele 185 de spitale, calculate prin scăderea din bugetele totale aprobate de CNAS pentru anul 2003 a sumelor contractate pentru alte servicii în anul 2004 – cronici/reabilitare, spitalizare de zi, structuri urgențe, rezidenți etc. și deflaționate cu 9% – precum și a arieratelor aferente anului 2002;
4. Sumele decontate de către cele 93 de spitale nou selectate pentru finanțare DRG în anul 2005 pentru servicii furnizate pentru îngrijiri de tip acut, pentru primele 9 luni din anul 2004;

## **C. Metoda de calcul**

1. Pe baza principiului considerării unui moment inițial în calculul tarifelor pe caz ponderat pentru anul 2005, pentru cele 185 de spitale s-a plecat de la TCP neutru pentru normele 2004, folosit pentru calculul TCP publicat în ianuarie 2004 în normele Contractului-Cadru și corectat, acolo unde au fost erori la raportarea datelor, cu ocazia modificării TCP în luna august 2004 (de exemplu, la unele spitale de pediatrie sau obstetrică-ginecologie); în ceea ce privește cele 93 de spitale nou introduse pentru finanțare DRG în anul 2005, baza de calcul au constituit-o sumele decontate pentru servicii furnizate pentru îngrijiri de tip acut pentru primele 9 luni din anul 2004.
2. S-a calculat un TCP neutru după primele 9 luni ale anului 2004 pentru toate cele 278 de spitale, folosind numărul pacienților externați în primele 9 luni din anul 2004 (s-a inclus regularizarea primelor trei trimestre din anul 2004) pe baza cărora s-au estimat cazurile ponderate pentru întreg anul 2004, și următoarele date financiare: pentru cele 185 de spitale finanțate pe caz rezolvat în anul 2004, bugetele din 2003 estimate pentru pacienții ce au primit îngrijiri de tip acut și estimate pentru întregul an (conform pct. 3 de la pct. B – *Date financiare*

*utilizate la calcularea tarifelor pe caz ponderat), iar pentru celelalte 93 de spitale, sumele decontate pentru servicii furnizate pentru îngrijiri de tip acut pentru primele 9 luni din anul 2004 și estimate pentru întregul an (conform pct. 4 de la pct. B – Date financiare utilizate la calcularea tarifelor pe caz ponderat);*

3. La cele 185 de spitale finanțate pe caz rezolvat în anul 2004, din comparația „TCP neutru norme 2004” cu „TCP neutru după primele 9 luni ale anului 2004”, s-a selectat cel mai mare TCP, rezultând “TCP neutru ales pentru norme 2005”. Acest tarif s-a utilizat ca punct de plecare pentru elaborarea TCP aferent anului 2005;
4. La cele 93 de spitale care utilizează acest mecanism de finanțare din anul 2005 s-a folosit „TCP neutru după primele 9 luni ale anului 2004” care a fost considerat “TCP neutru ales pentru norme 2005” și s-a utilizat ca punct de plecare pentru elaborarea TCP aferent anului 2005;
5. S-a calculat TCP Național având la bază “TCP neutru ales pentru norme 2005” și activitatea clinică efectivă a celor 9 luni din anul 2004 ale fiecăruia dintre cele 278 de spitale. Valoarea acestui nou TCP Național este de 8.817 mii lei.
6. S-a realizat o ponderare între „TCP neutru ales pentru norme 2005” și TCP Național, utilizând pentru cele 278 de spitale un amestec „TCP neutru ales pentru norme 2005” în proporție de 75% și TCP național în proporție de 25%, obținându-se un „TCP mixat” pentru fiecare spital; acest TCP mixat s-a indexat cu 10%, considerând modificările legislative ce intră în vigoare începând cu 1 ianuarie 2005 (creșterile salariale reglementate de OUG nr. 115/2004), rata prognozată a inflației pentru anul 2005, cât și fondurile disponibile pentru asistența spitalicească în anul 2005, rezultând **tariful pe caz ponderat pentru 2005**, așa cum apare publicat pentru cele 278 de spitale în normele la Contractul Cadru pentru anul 2005.