



Cuprins:

- Noutăți despre Proiectul de calculare a costurilor la nivel de pacient 1
- Estimarea resurselor necesare la nivel de spital pentru aplicarea Proiectului INCDS de calculare a costurilor spitalicești la nivel de pacient pentru cele mai frecvente diagnostice (DRG)..... 2
- Sinteza metodologiei de calculare a costurilor la nivel de pacient..... 3
- Finanțarea cazurilor cu durate de spitalizare extreme 6
- Noutăți 7
- Ingrijirile medicale spitalicești în anul 2004 – sinteză indicatori semestrul I8

Noutăți despre Proiectul de calculare a costurilor la nivel de pacient

În aprilie, prin intermediul site-ului www.drg.ro, a fost lansată spitalelor invitația de a participa la un studiu de costuri inițiat și elaborat de INCDS.

Până la 1 octombrie 2004, s-au înscris astfel 15 spitale în Proiectul de calculare a costurilor la nivel de pacient. Acestea sunt, în ordinea înscrierii: Spitalul de Copii „Sf.Nicolae” Bârlad, Spitalul Municipal Ploiești, Spitalul Municipal „Gh. Marinescu” Târnăveni, Institutul Oncologic Cluj, Spitalul Municipal Pașcani, Spitalul Municipal Turda, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf.Maria” Iași, Spitalul Județean Alba, Spitalul Județean Slatina, Institutul Cantacuzino, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova, Spitalul Județean Reșița, Spitalul Județean Brașov, Spitalul Urgență Petroșani, Spitalul Clinic de Copii Oradea, Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Spiridon" Iasi.

Încă trei spitale și-au manifestat interesul fără a se înscrie în proiect (Spitalul de Urgență Floreasca București și Institutul de Boli Infecțioase „Matei Balș”, Spitalul Județean Baia Mare), primele două fiind evaluate în cadrul unor vizite tehnice de lucru din punct de vedere al situației colectării de costuri pe pacient și al dotării IT.

Dintre acestea, 11 spitale colectează deja, prin eforturi proprii, anumite costuri la nivel de pacient (cel mai frecvent, medicamentele și materialele sanitare). În ceea ce privește investigațiile și procedurile, majoritatea spitalelor utilizează valorile publicate în norme pentru calculul costului total pe pacient.

Care sunt următoarele etape?

- evaluarea spitalelor (situația colectării preexistente a datelor de cost la nivel de pacient, tipul de software utilizat, mod de calcul, formatul bazei de date, numărul de înregistrări, respectiv pacienți cu cost efectiv calculat);
- stabilirea strategiei de calculare a costurilor și de utilizare a datelor, de comun acord cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate și cu Ministerul Sănătății;
- selectarea spitalelor;
- demersuri pentru acordarea unor stimulente financiare spitalelor care participă (după evaluarea necesarului);
- evaluarea necesarului de resurse umane și IT la nivel de spital pentru colectarea datelor de cost pe pacient;
- agrearea metodologiei și aplicarea în spitalele selectate, astfel încât costurile pe DRG obținute să fie relevante atât din punct de vedere statistic, cât și reprezentative pentru tipurile de spitale;
- asistență acordată spitalelor, centralizarea și analiza datelor de cost;
- obținerea de costuri la nivelul grupelor de diagnostice, construirea setului de valori relative românești;

- comunicarea rezultatelor, promovarea acestora pentru a constitui fundamentarea “evidence-based” a deciziilor privind finanțarea spitalelor de acută.

Până în prezent a fost elaborată și discutată metodologia „de jos în sus” pentru înregistrarea și calculul costurilor pe pacient și pe DRG. S-a evaluat și necesarul în termeni de dotare și resurse umane pentru realizarea obiectivelor la nivel de spital. La Forumul DRG organizat de INCDS la Snagov în perioada 1-3 septembrie a fost prezentată metodologia elaborată pentru calcularea costurilor pe tipuri de diagnostice, pe baza costurilor efective la nivel de pacient.

Sunt în curs de pregătire și fundamentare: strategia de aplicare a metodologiei, procedurile și instrucțiunile detaliate, precum și o propunere pentru obținerea de suport financiar necesar spitalelor pentru a înregistra și raporta datele de cost la nivel de pacient în condiții optime.

Adresăm mulțumiri spitalelor pentru interesul acordat problematicei costurilor spitalicești la nivel de pacient, urmând să vă ținem la curent cu evoluția procesului.

Estimarea resurselor necesare la nivel de spital pentru aplicarea Proiectului INCDS de calculare a costurilor spitalicești la nivel de pacient pentru cele mai frecvente diagnostice (DRG)

Punerea în practică a inițiativei lansate de INCDS pentru calcularea costurilor la nivel de pacient și DRG, presupune, la nivelul fiecărui spital implicat, eforturi în termeni de resurse și asumarea unor responsabilități.

Potrivit metodologiei elaborate de institut, spitalele selectate vor avea un rol esențial în acest proces, prin colectarea și transmiterea datelor de costuri la nivel de pacient din perioada stabilită, după principiile prezentate în sinteza metodologiei din acest număr al Buletinului DRG.

Pentru buna desfășurare a activităților legate de costuri va fi necesară, la nivel de spital, organizarea unei echipe care să cunoască și să aplice metodologia de calculare a costurilor, să lucreze cu secțiile clinice și celelalte servicii implicate (financiar-contabilitate, tehnologia informațiilor, resurse umane etc.), să producă și să transmită la timp datele de cost, să susțină folosirea informațiilor colectate pentru îmbunătățirea managementului spitalului.

Pentru a sprijini spitalele în acest proces, INCDS a evaluat necesarul mediu de resurse, în termeni de personal și tehnologie de calcul, pentru proiect. Estimările de resurse în termeni financiari aferente aplicării proiectului au la bază evaluările spitalelor, după cum s-a propus în cadrul Forumului DRG care a avut loc la Snagov în perioada 1-3 septembrie a.c.

Până în prezent, institutul a primit estimările necesarului de resurse pe spital din partea următoarelor spitale, cărora le adresăm mulțumiri pentru promptitudine și pentru interesul manifestat pentru proiect:

- Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova ;
- Spitalul Județean Slatina ;
- Spitalul de Urgență Iasi ;
- Spitalul Municipal Pașcani.

Propunerile, în termeni de resurse umane și dotare sunt prezentate în tabelul de mai jos, cu diferențieri în funcție de volumul activității :

Nr.	Denumire spital	Nr. mediu lunar pacienți*	Număr personal (norme)	Număr computere
1	Spitalul clinic Județean Craiova	4471	18**	44
2	Spitalul clinic de urgență Iasi	642	3	3
3	Spitalul Județean Slatina	3725	4	3
4	Spitalul Municipal Pașcani	1097	7	7

*număr mediu lunar pacienți externați pe sem. I 2004

**număr personal implicat în procesul de colectare a datelor de costuri.

Din datele prezentate rezultă diferențe semnificative de la un spital la altul comparativ cu numărul mediu lunar de pacienți externi.

În același timp, propunerile spitalelor evidențiază și faptul că evaluarea resurselor necesare implementării proiectului de calculare a costurilor la nivel de pacient necesită o atenție specială, în sensul susținerii spitalelor proporțional cu eforturile și rezultatele obținute.

În acest sens, menționăm propunerea înaintată Ministerului Sănătății de a aproba susținerea proiectului prin promovarea unui ordin al ministrului sănătății și includerea acestei inițiative în programele de sănătate pe anul 2005 prin intermediul unui subprogram "Calcularea costurilor spitalicești la nivel de pacient pentru cele mai frecvente DRG". Propunerea financiară a institutului are în vedere acoperirea cheltuielilor de personal aferente unei echipe formate, în medie, din 3,5 persoane, cheltuieli materiale (consumabile) și cheltuieli de capital necesare achiziționării de computere / tehnică de calcul, după caz.

Sinteza metodologiei de calculare a costurilor la nivel de pacient (propusă de INCDS și agreată de CNAS)

Utilitatea calculării costurilor efective ale spitalelor la nivel de pacient

Pentru spitale:

- pentru evaluarea eficienței proprii
- îmbunătățirea managementului resurselor
- fundamentarea deciziilor, decizii financiare informate
- "Nota de plată" realistă pt. internări, servicii la cerere

Pentru decidenți:

- cunoașterea costurilor reale de spitalizare la nivelul celor mai frecvente grupe de diagnostice și a diferențierilor pe tipuri de spitale
- set de Valori Relative românești
- evaluarea activității spitalelor, pe baza datelor clinice și a datelor de cost la nivel de pacient, analize de activitate
- îmbunătățirea finanțării bazate pe caz în România

Scurt istoric al inițiativelor de calculare a costurilor spitalelor la nivel de pacient:

- 1999. Proiectul DRG Cluj: analiza costurilor pe DRG la 1500 pacienți din 3 secții, dezvoltarea unei metodologii
- 2002. Dezvoltarea, actualizarea Aplicației ExBuget (CNAS) de calculare și raportare a cheltuielilor spitalicești la nivel de secție, cost mediu pe pacient pe secție, cu detalierea pe articole bugetare, respectiv costuri directe și indirecte; modulele de *raportare financiară detaliată "la IMSS"*, la nivel de secție clinică, au fost dezvoltate în cadrul Proiectului Național DRG
- Inițiative ale mai multor spitale, prin achiziționare software sau dezvoltarea unor aplicații proprii de evidență a unor consumuri la nivel de pacient și de calculare a costurilor aferente. Un exemplu este utilizarea de către spitalele mari a aplicației Medicarom, ce permite evidența datelor de cost pe pacient prin încărcarea modulelor de medicamente, materiale sanitare, proceduri. Alte spitale utilizează metode proprii de calculare a costurilor pe pacient: Clinic Județean Craiova, Clinic Urgență Copii „Sf.Maria” Iași, Municipal Câmpulung Moldovenesc, Județean Baia Mare, Reșița, Municipal Pașcani, Județean Brașov etc.
- 2003 - 2004: estimări de costuri pentru serviciile contractate pe spitalizarea de zi
- Aprilie 2004: lansarea Proiectului de calculare costuri la nivel de pacient, elaborarea metodologiei de către INCDS

Baza legală:

- Ordinul comun MS/CNAS 1193/dec.2003 privind strategia DRG 2003/04 (Planul acțiunilor majore)
- Proiectul de strategie de dezvoltare a finanțării bazate pe caz în perioada 2005-2008

Principiul de calcul: metoda de jos în sus

Formula generală:

Cost real pe caz = costuri **directe colectate** (pe tipuri) + cost **indirect alocat**

Notă transferuri: costul se va calcula pentru fiecare secție clinică, pe același principiu

Structura costului total:

1. Cost direct pe caz	+	2. Cost indirect total, alocat pe pacient
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamente ▪ Materiale sanitare ▪ Quantum personal secție ▪ Investigații laborator ▪ Proceduri 		Quantum costuri general- administrative, alocate prin ExBuget 2.1 pe fiecare secție Sursa: Utilizarea aplicației ExBuget 2.1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenție chirurgicală ▪ Costuri ATI 		

1. Detalii privind costul direct pe pacient

Se calculează la valoarea contabilă corespunzătoare perioadei de analiză, în funcție de:

- consumurile *efective* de medicamente, mater. sanitare, înregistrate (art.23,01)
- Costurile procedurilor și investigațiilor efectuate pacientului, *calculate în secțiile paraclinice și incluzând costul indirect alocat secției*
- Quantum cheltuieli personal medical secție, în funcție de nr.zile spitalizare (art.10, 11, 12, 14) – din ExBuget 2.1
- Alte costuri (ex. ATI, intervenție chirurgicală etc.)

10	Cheltuieli cu salariile	Alocat direct
11	Contribuția de asigurări sociale de stat	Alocat direct
12	Fond de șomaj	Alocat direct
13	Deplasări, detașări, transferuri	Alocat direct
14	Contribuția la Asigurări de Sănătate	Alocat direct
23.01	Medicamente	înreg. direct
23.02	Materiale sanitare	înreg. direct
25.01	Materiale pentru laborator (reactivi, chimicale, sticlărie)	La investig.
25.02	Materiale pentru anatomia patologică	La proceduri
25.03	Materiale pentru radiologie	La proced.
25.04	Materiale pentru medicina nucleară	La proced.
25.05	Materiale pentru ecografie	La proced.
25.06	Materiale pentru endoscopie	La proced.
25.07	Materiale pt. explorări funcționale (EKG, probe resp.etc)	La proced.
25.08	Piese de schimb și repararea curentă a echipamentelor	La proced.

2. Detalii privind alocarea costurilor indirecte ale spitalului la nivel de pacient

- ExBuget 2.1 generează automat și costurile indirecte pe secții, în raportul lunar "Cheltuieli pe secție defalcate pe articole"
- Se calculează un cost indirect pe zi de spitalizare pe fiecare secție clinică, în funcție de care se va calcula costul indirect pe caz

Definiții ExBuget

- A – secțiile clinice, considerate centre de cost finale
- B – Secții paraclinice, considerate centre de cost intermediare (laborator, radiologie etc.)
- C Administrative, de suport (farmacie, spălătorie, sterilizare, statistică, întreținere, aprovizionare, financiar-contabil, informatică, resurse umane, pază, centrala etc.)

Criteria alocare costuri indirecte -ExBuget

Art.	DENUMIREA CHELTUIELILOR	Se alocă la:
22	Hrana	A
24.01	Încălzit	A, B și C
24.02	Iluminat și forță motrice	A, B și C
24.03	Apă, canal, salubritate	A, B și C
24.04	Poștă, telefon, telex, radio, tv, telefax	A
24.05	Furnituri de birouri	A
24.06	Materiale de curățenie	A, B și C
24.07	Alte materiale și prestări servicii	A
25.08	Piese de schimb și repararea curentă a echipamentelor	A
25.09	Alte materiale și prestări servicii cu caracter funcțional	A
26	Obiecte de inventar de mică valoare sau de scurtă durată	A
27	Reparații curente	A
28	Reparații capitale	A
29	Cărți și publicații	A
30	Alte cheltuieli	A
71	Stocuri pentru rezerva de stat și de mobilizare	A
72	Investiții ale instituțiilor publice	A

Etapele procesului la nivelul spitalului

- Stabilirea contactelor spital-INCDS
- Diseminarea metodologiei la nivelul spitalului
- Organizare internă, stabilire responsabilități, implicare resurse (personal și IT), informarea personalului medical despre proiect
- Verificarea încărcării ExBuget 2.1, respectarea instrucțiunilor
- Calculare costuri totale pe proceduri și investigații, la nivelul secțiilor paraclinice, stabilire valori relative pentru ușurința actualizării costurilor
- Selectarea cazurilor pe spital – SMDP, din perioada de analiză
- Colectarea electronică a consumurilor directe și a datelor cost aferente la nivel de pacient (medicamente, materiale sanitare, proceduri etc.)
- Calcularea costurilor intervențiilor chirurgicale la cazurile selectate
- Calcularea costului indirect pe pacient (din ExBuget) pentru cazurile selectate
- Obținerea costului total pe pacient la cazurile selectate
- Transmiterea electronic la INCDS a datelor de cost total și detaliat la nivel de pacient, pe grupe de diagnostice
- Analize de eficiență pe baza datelor astfel obținute

Rezultat: Costuri efective ale spitalelor la nivel de pacient, calculate unitar, pentru cele mai frecvente diagnostice, pe tipuri de spitale; costuri pe proceduri și investigații

Finanțarea cazurilor cu durate de spitalizare extreme

Printre ajustările în finanțarea spitalelor recunoscute ca necesare de către multe state care au adoptat sistemul de finanțare pe grupe de diagnostice (DRG), menționăm cele aferente spitalelor în care se desfășoară activități de învățământ, apartenența la anumite zone geografice care pot avea putere economică diferită sau zone în care consumul necesar de resurse pentru încălzire este mai mare, și nu în ultimul rând, ajustări în funcție de consumul diferit de resurse din cauza unei durate de spitalizare (DS) neomogene pentru același tip pacienți (pacienți grupați în același DRG). În acest ultim caz, ajustarea finanțării este necesară întrucât mecanismul de finanțare pe grupe de diagnostice este gândit pentru pacienți „omogeni” din punct de vedere clinic precum și al costurilor.

Ajustarea în funcție de durata de spitalizare se referă la cazurile cu durate de spitalizare extreme, care, fie sunt foarte mici comparativ cu DS a unui caz obișnuit de același tip, cum este cazul transferurilor către alte unități spitalicești, fie cazuri cu DS foarte mari, când pacientul necesită îngrijiri pe o perioadă mai îndelungată decât în mod obișnuit. Problema rămâne, însă, definirea a ceea ce reprezintă „cazuri extreme”. Definirea cazurilor extreme se face aplicând metode statistice, care se referă la modul de a defini majoritatea, sau „normalitatea”, adică aceleași tipuri de pacienți cu durate de spitalizare asemănătoare. În țările care aplică un astfel de mecanism de ajustare a finanțării rezultatul așteptat este reducerea riscului financiar atât pentru spitale cât și pentru finanțator (în cazul nostru Casa de Asigurări de Sănătate).

Într-un prim pas mecanismul de ajustare pentru durate de spitalizare extreme presupune stabilirea limitelor de normalitate a DS pentru cazurile grupate în același DRG, după care se va efectua cuantificarea acestora din punct de vedere financiar, prin simpla exprimare ca procent din valoarea unui caz cu DS normală. De exemplu, dacă un caz din DRGX are DS de 2 zile, iar intervalul de normalitate pentru acest DRG este între 4 și 8 zile, atunci valoarea cazului ar putea fi $2/4$ din valoarea DRG-ului respectiv; iar dacă un alt caz are DS de 12 zile, valoarea lui ar putea fi $12/8$ din valoarea DRG-ului respectiv.

Formula de stabilire a acestui quantum se alege în funcție de stimulentele care se doresc a fi transmise spitalelor, deci de politica de finanțare dorită. De exemplu, se pot finanța diferit cazurile extreme cu DS mici față de cele mari, adică să se finanțeze proporțional mai mult cazurile cu DS mici și mai puțin cele cu DS mari, ținând cont că cele mai mari cheltuieli se înregistrează în primele zile de spitalizare a pacientului. Nivelul efectiv la care se vor finanța cazurile extreme va depinde de rezultatul simulării financiare la nivel național, adică de impactul financiar la nivelul CAS, în sensul în care trebuie păstrată o balanță între economiile înregistrate pe cazurile extreme cu DS mici și finanțarea suplimentară a cazurilor extreme cu DS mari.

Noutăți

- **Introducerea sistemului de clasificare și codificare a procedurilor australiene**

Pornind de la problemele actuale legate de posibilitățile limitate de codificare a procedurilor diagnostice și terapeutice, Ministerul Sănătății a semnat un acord cu Guvernul Australian, prin care România are dreptul să utilizeze sistemul de codificare și clasificare a diagnosticilor și procedurilor australiene versiunea ICD 10 AM v.3.0. Introducerea lor în practică este reglementată prin Ordinul nr. 1193 din 17 decembrie 2003 privind aprobarea Planului acțiunilor majore pentru implementarea finanțării bazate pe caz în spitalele din România, în perioada 2003-2004.

Pentru îndeplinirea acestui obiectiv, pornind de la ideea că în anul 2005 spitalele vor raporta cazurile utilizând pentru codificarea diagnosticilor Clasificația Internațională a Maladiilor (CIM 10) împreună cu procedurile terapeutice australiene, iar gruparea pacienților se va face cu ajutorul gruperului HCFA v.18.0, se desfășoară în prezent următoarele activități:

- Traducerea procedurilor terapeutice australiene în colaborare cu Centrul de Statistică Sanitară și Documentare Medicală. Rezultatul acestei activități va fi un material mai amplu, ce va cuprinde inclusiv detalii legate de modalitatea de codificare a acestor proceduri și care va fi distribuit spitalelor ca un util instrument de lucru.
- Coroborarea și actualizarea acestei traduceri cu punctele de vedere exprimate de către Comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, astfel încât aceste proceduri să fie cât mai bine adaptate la realitățile practicii medicale din țara noastră. Deoarece sunt situații în care Comisiile de specialitate susțin necesitatea introducerii unor noi proceduri sau modificarea unor coduri existente se impune și pentru această activitate o strânsă colaborare cu Centrul de Statistică Sanitară și Documentare Medicală, ca instituție abilitată de a face corectarea și revizuirea finală a listei.
- Realizarea unui mapping direct între procedurile terapeutice australiene versiunea ICD 10 AM v.3.0. și cele folosite de gruperul HCFA v. 18.0, ceea ce va face posibilă utilizarea lor începând cu 1 ianuarie 2005.

În plus, în prezent este în curs de definitivare o metodologie ce va sta la baza etapei următoare prin care se vor realiza o serie de simulări utilizând procedurile terapeutice australiene. Mai concret, se va proceda la gruparea unui număr semnificativ de pacienți și se va urmări dacă prin folosirea procedurilor australiene, mai numeroase și mai specifice, se modifică repartitia acestora între anumite DRG-uri. Aceste simulări vor permite efectuarea unei analize mai complete și detaliate care va sta la baza introducerii în practică a procedurilor australiene la începutul anului viitor.

Un alt aspect de o deosebită importanță este cel de formare, trainingul privind codificarea noilor proceduri urmând să înceapă îndată ce listele vor fi definitive.

Acțiunile mai sus enumerate sunt în curs de desfășurare, iar progresele înregistrate sunt prezentate și prin intermediul paginii www.drq.ro, aflată într-un proces dinamic de actualizare.

- **Extinderea finanțării pe baza DRG din 1 ianuarie 2005**

Având în vedere acțiunea pe termen scurt prevăzută în Strategia națională privind serviciile de sănătate, "de extindere a sistemului de finanțare bazată pe caz la toate unitățile care furnizează servicii spitalicești de internare continuă pentru pacienții acuti", INCDS pregătește cuprinderea în sistemul de finanțare bazat pe caz (DRG), începând cu anul 2005 a 97 spitale orașenești.

În acest scop INCDS a solicitat acestor spitale date privind pacienții externai în perioada ianuarie – septembrie 2004 din secțiile de acuti pentru a stabili indicatorii – indicele de case mix, număr cazuri ponderate, costul pe caz ponderat și tariful pe caz ponderat - pe baza cărora se vor calcula sumele aferente serviciilor medicale ce vor fi contractate de spitale cu casele de asigurări, efectuează simulări de bugete urmând să formuleze opțiuni de finanțare a serviciilor medicale pentru anul 2005.

Ingrijirile medicale spitalicești în anul 2004 sinteză* - indicatori semestrul I

Frecvența cazurilor, pe grupe de diagnostice (DRG) – la nivel național

Crt.	Grupe de diagnostic (DRG)	Cod DRG	Tip DRG	Nr Cazuri	%Cazuri	%Cazuri cumulat
1	Infectii resp. sup. si otita medie varsta 0-17 ani	070	M	60,568	2.68%	2.68%
2	Hipertensiunea arteriala	134	M	55,474	2.45%	5.13%
3	Probleme medicale ale spatelui	243	M	52,088	2.30%	7.44%
4	Insuficienta cardiaca si socul	127	M	51,730	2.29%	9.73%
5	Nou-nascutul cu alte probleme semnificative	390	M	45,880	2.03%	11.76%
6	Boala pulmonara cronica obstructiva	088	M	45,867	2.03%	13.79%
7	Nasterea vaginala fara diagnostic complicat	373	M	43,190	1.91%	15.70%
8	Psihozele	430	M	38,452	1.70%	17.40%
9	Boli ale ficatului cu exceptia tumorilor, cirozei, hepatitei alcoolice fara complicatii si comorbiditati	206	M	35,530	1.57%	18.97%
10	Boli cerebrovasculare specifice cu exceptia atacului ischemic tranzitor	014	M	35,185	1.56%	20.53%
11	Pneumonia simpla si pleurezia, 0-17 ani	091	M	34,003	1.50%	22.03%
12	Chemoterapie fara leucemie acuta ca diagnostic secundar	410	M	32,505	1.44%	23.47%
13	Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, 0-17 ani	184	M	30,976	1.37%	24.84%
14	Apendicectomie fara diagnostic principal complicat, fara complicatii si comorbiditati	167	C	26,130	1.16%	26.00%
15	Avortul cu dilatare si chiuretaj, chiuretaj prin aspiratie sau histerotomie	381	C	26,007	1.15%	27.15%
16	Angina pectorala	140	M	25,568	1.13%	28.28%
17	Bronsita si astm, 0-17 ani	098	M	25,025	1.11%	29.39%
18	Iminenta de avort	379	M	24,615	1.09%	30.48%
19	Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	183	M	23,223	1.03%	31.50%
20	Infectii resp. sup. si otita medie varsta>17 ani, fara complicatii si comorbiditati	069	M	23,019	1.02%	32.52%

* mai multe detalii se găsesc pe www.drq.ro, rubrica: „Rapoarte ale spitalelor”,

secțiunea “INDICATORI AI MORBIDITATII SPITALIZATE”

Durata medie de spitalizare (DMS) la nivel de tip de secție

Cod Secție	Denumire Secție	DMS
1011	Boli infectioase	7.59
1012	Boli infectioase copii	6.15
1023	HIV/SIDA	8.91
1033	Boli parazitare	3.71
1051	Cardiologie	7.56
1052	Cardiologie copii	6.77
1071	Dermatovenerologie	7.82
1072	Dermatovenerologie copii	5.68
1081	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	7.24
1082	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	5.67
1093	Dializa peritoneala	6.74
1101	Endocrinologie	5.63
1102	Endocrinologie copii	6.70
1111	Gastroenterologie	6.00
1131	Hematologie clinica	5.91
1132	Hematologie copii	5.98
1141	Hemodializa	3.85
1142	Hemodializa copii	4.50
1151	Imunologie clinica si alergologie	5.48
1152	Imunologie clinica si alergologie copii	6.06
1163	Medicina de familie	6.77
1171	Medicina interna	7.45
1191	Nefrologie	7.88
1192	Nefrologie copii	6.72
1202	Neonatologie (nn si prematuri)	6.27
1212	Neonatologie (nou nascuti)	5.94
1222	Neonatologie (prematuri)	17.92
1231	Neurologie	8.90
1232	Neurologie pediatria	7.20
1241	Oncologie medicala	5.09
1242	Oncopediatrie	6.90
1252	Pediatrie	6.39
1262	Pediatrie (pediatrie si recuperare pediatria)	5.97
1291	Pneumologie	17.01
1292	Pneumologie copii	15.29
1311	Psihiatrie acuti	13.82
1312	Psihiatrie pediatria	10.54
1321	Psihiatrie (Nevroze)	12.50
1343	Psihiatrie (acuti si cronici)	12.17
1353	Toxicomanie	14.93
1363	Radioterapie	10.82
1433	Reumatologie	8.11
1443	TBC extrapulmonar	34.26
1453	Terapie intensiva coronarieni -UTIC	6.51
1463	Toxicologie	4.04
1483	Stationar de zi	8.89
2013	Arsi	13.57
2033	Chirurgie cardiovasculara	13.19

2043	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	10.57
2051	Chirurgie generala	7.59
2063	Chirurgie laparoscopica	7.48
2073	Chirurgie artroscopica	2.51
2083	Chirurgie oncologica	9.31
2092	Chirurgie si ortopedie pediatria	5.01
2102	Chirurgie pediatria	5.44
2113	Chirurgie plastica si reparatorie	7.85
2123	Chirurgie toracica	11.94
2133	Chirurgie vasculara	10.31
2141	Ginecologie	5.28
2151	Gineco-oncologie	5.37
2163	Microchirurgie neurovasculara	29.57
2173	Neurochirurgie	7.06
2181	Obstetrica	6.02
2191	Obstetrica-ginecologie	5.44
2201	Oftalmologie	5.09
2202	Oftalmologie copii	5.47
2211	Ortopedie si traumatologie	8.82
2212	Ortopedie pediatria	6.77
2221	Otorinolaringologie (ORL)	6.08
2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	3.76
2233	Otorinolaringologie (ORL) - implant cohlear	11.89
2241	Sterilitate- infertilitate	1.85
2263	TBC osteo-articular	27.15
2281	Transplant medular adulti	12.58
2282	Transplant medular copii	13.93
2293	Transplant renal	10.18
2301	Urologie	7.65
2302	Urologie pediatria	5.43
6013	Chirurgie maxilo-faciala	5.35
Total		7.20

Indicele de complexitate a cazurilor (ICM) la nivel de tip de secție

CodSecție	Denumire Secție	ICM
1011	Boli infectioase	0.631
1012	Boli infectioase copii	0.598
1023	HIV/SIDA	0.988
1033	Boli parazitare	0.948
1051	Cardiologie	0.713
1052	Cardiologie copii	0.702
1071	Dermatovenerologie	0.684
1072	Dermatovenerologie copii	0.520
1081	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	0.672
1082	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	0.596
1093	Dializa peritoneala	0.962
1101	Endocrinologie	0.637
1102	Endocrinologie copii	0.477
1111	Gastroenterologie	0.761

1131	Hematologie clinica	1.384
1132	Hematologie copii	0.957
1141	Hemodializa	0.913
1142	Hemodializa copii	1.195
1151	Imunologie clinica si alergologie	0.674
1152	Imunologie clinica si alergologie copii	0.529
1163	Medicina de familie	0.581
1171	Medicina interna	0.680
1191	Nefrologie	0.807
1192	Nefrologie copii	0.673
1202	Neonatologie (nn si prematuri)	0.348
1212	Neonatologie (nou nascuti)	0.294
1222	Neonatologie (prematuri)	1.097
1231	Neurologie	0.828
1232	Neurologie pediatria	0.661
1241	Oncologie medicala	0.985
1242	Oncopediatrie	1.962
1252	Pediatrie	0.520
1262	Pediatrie (pediatrie si recuperare pediatria)	0.444
1291	Pneumologie	0.719
1292	Pneumologie copii	0.750
1311	Psihiatrie acuti	0.755
1312	Psihiatrie pediatria	0.755
1321	Psihiatrie (Nevroze)	0.868
1343	Psihiatrie (acuti si cronici)	0.785
1353	Toxicomanie	0.659
1363	Radioterapie	0.868
1433	Reumatologie	0.739
1443	TBC extrapulmonar	0.994
1453	Terapie intensiva coronarieni -UTIC	0.826
1463	Toxicologie	0.600
2013	Arsi	1.155
2033	Chirurgie cardiovasculara	2.347
2043	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	1.922
2051	Chirurgie generala	0.833
2063	Chirurgie laparoscopica	1.085
2073	Chirurgie artroscopica	1.334
2083	Chirurgie oncologica	0.868
2092	Chirurgie si ortopedie pediatria	0.726
2102	Chirurgie pediatria	0.702
2113	Chirurgie plastica si reparatorie	1.097
2123	Chirurgie toracica	1.111
2133	Chirurgie vasculara	1.381
2141	Ginecologie	0.636
2151	Gineco-oncologie	0.757
2163	Microchirurgie neurovasculara	1.248
2173	Neurochirurgie	1.077
2181	Obstetrica	0.607
2191	Obstetrica-ginecologie	0.599
2201	Oftalmologie	0.565
2202	Oftalmologie copii	0.490
2211	Ortopedie si traumatologie	0.987

2212	Ortopedie pediatrica	0.892
2221	Otorinolaringologie (ORL)	0.648
2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	0.483
2233	Otorinolaringologie (ORL) - implant cohlear	0.872
2263	TBC osteo-articular	0.785
2281	Transplant medular adulti	3.750
2282	Transplant medular copii	1.006
2293	Transplant renal	2.164
2301	Urologie	0.731
2302	Urologie pediatrica	0.732
6013	Chirurgie maxilo-faciala	0.849
Total		0.710

Notă: Pentru a analiza durata medie de spitalizare (DMS) sau indicele de complexitate a cazurilor (ICM) la **nivelul fiecărui spital**, vizitați www.drg.ro, secțiunea „Rapoarte ale spitalelor” și alegeți:

Indicatorul: Durata medie de spitalizare, respectiv Indicele de complexitate a cazurilor

Nivelul de agregare: La nivel de spital

Dacă întâmpinați probleme la accesarea acestor rapoarte, vă rugăm să ne trimiteți o sesizare prin email la adresa de email intrebaridrg@incds.ro, având sintagma “Probleme afisare rapoarte pe web” în câmpul „SUBJECT”