



---

---

**Abstracte ale unor prezentări la Conferința INCDS, Sinaia 2005**  
**Prezentările vor putea fi vizualizate la adresa [www.drg.ro](http://www.drg.ro) și [www.incds.ro](http://www.incds.ro)**

© **Autorii**

Cuprins:

Simona Haraga: Finanțarea bazată pe caz. Noutăți și provocări în 2005.....	1
Simona Mușat: Impactul procesului de codificare asupra indicelui de case-mix .....	3
Cipriana Mihăescu-Pinția: Un management mai bun al tipurilor de cazuri spitalizate. Studiu de caz: fracturile de masiv trohanterian .....	3
László Lorenzovici: Analiza comparativă a sistemului de finanțare DRG din România și Ungaria.....	5
Daniela Vâlceanu: Analiza performanței sistemului de sănătate românesc în context internațional.....	5
Cipriana Mihăescu-Pinția: Monitorizarea utilizării de servicii spitalicești în configurația euroregiunilor – o necesitate? .....	6
Cassandra Butu: Evaluarea formării în management sanitar .....	8

**FINANȚAREA BAZATĂ PE CAZ. NOUTĂȚI ȘI PROVOCĂRI ÎN 2005.**

**Autor:** Simona Haraga

**Preambul:** Finanțarea bazată pe caz rezolvat a spitalelor a acumulat deja o experiență de câțiva ani în România, astfel încât în prezent nu numai promotorii acestui mecanism îi înțeleg avantajele și dezavantajele, ci și implementatorii finali, adică spitalele. Anul 2005 a adus o serie de noutăți în comportamentul acestora, printre care s-au putut remarca cele legate de procesul de contractare a serviciilor precum și cele legate de codificarea activității medicale.

**Obiective:** Scopul acestei analize este observarea în ansamblu a evoluției finanțării pe caz, precum și analiza impactului ajustării financiare pentru cazurile cu durate de spitalizare extreme raportate de spitale în primul semestru.

**Materiale și instrumente:** Datele utilizate sunt cele de activitate clinică furnizate de spitale la INCDS, precum și cele financiare furnizate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în 2004 și 2005. Pentru analiza cazurilor cu durate de spitalizare extreme s-a utilizat metodologia de ajustare a finanțării activității spitalelor pentru aceste cazuri, dezvoltată de INCDS în cursul anului 2004 și pusă în aplicare începând cu anul 2005. Rezultatul ajustării este reflectat de nivelul coeficientului K (un factor de corecție), ce arată în sinteză impactul ajustării financiare a sumei realizate de spital în perioada respectivă.

**Rezultate:** Primul semestru de activitate a celor 277 de spitale DRG a rezultat în depășiri substanțiale ale sumelor contractate (per total cu 30%), datorate unei creșteri constante a numărului de cazuri precum și a indicelui de complexitate (ICM). Această situație nu s-a datorat neapărat numai creșterii nivelului de activitate, ci și unei contractări la un nivel mai redus a serviciilor, în concordanță cu bugetele alocate spitalelor la începutul anului. Odată cu alocarea unor sume suplimentare pentru partea a doua a anului, s-a putut observa că nivelul de depășire a sumelor contractate se prognozează în jur de 17% pe baza activității primelor 8 luni.

În ce privește ajustarea pentru cazurile cu DS extreme, primul semestru de activitate a spitalelor a fost analizat prin prisma rezultatelor privind activitatea clinică – numărul și tipul cazurilor externate (exprimat prin Indicele de complexitate al cazurilor - ICM), precum și durata de spitalizare (DS) a acestora. Analiza celor 6 luni indică faptul că din cele 2 milioane de cazuri externate, 90.805 sunt cazuri cu DS extreme. Dintre acestea, 61.888 sunt cazuri cu DS extreme mici (3% din totalul cazurilor externate) și 28.917 sunt cazuri cu DS extreme mari (1,4% din totalul externărilor). Impactul în nivelul de finanțare al fiecărui spital, determinat de cazurile cu DS extreme și reflectat prin coeficientul K, indică faptul că există o mai bună distribuție a coeficientului k pe spitale în 2005, și un impact relativ mic al cazurilor cu DS extreme la nivel național, cu numai 3 spitale fiind afectate la nivelul finanțării cu mai mult de 5%.

**Concluzii:** Contrar așteptărilor, sunt puține spitale mici care au procente ridicate de cazuri cu DS extreme mici, și în general acestea nu reprezintă cazuri de transferuri, ci mai degrabă posibile variații de practică pentru același tip de pacient. Rezultatul la nivelul spitalelor determinat de cazurile cu DS extreme reprezintă economii la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS) totalizând 296,3 mld. ROL (1% din totalul finanțării activității de tip acut a spitalelor pentru 2005).

## **IMPACTUL PROCESULUI DE CODIFICARE ASUPRA INDICELUI DE CASE-MIX**

**Autori:** Dr. Simona Mușat, asistent universitar, Facultatea de Medicină, Universitatea „Titu Maiorescu”, expert medic Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate; Ing. Andrei Ionescu, programator Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate

**Scop:** Analiza evoluției numărului de cazuri grupate în anumite DRG-uri, cu impact asupra ICM, în primele 6 luni ale anului 2005 comparativ cu perioada următoare introducerii în practică a unei noi reguli clinice de validare și revizuirii traducerii listei procedurilor australiene.

**Metodă:** Interogări aplicate bazei de date pentru 2005 comparativ cu 2004 determinându-se variația numărului de cazuri grupate în fiecare DRG în parte și, ulterior analiza calitativă din punctul de vedere al diagnosticelor principale, secundare, al intervențiilor chirurgicale și procedurilor, pentru cele grupate într-o serie de DRG-uri cheie (467, 468, 477 și 481).

**Rezultate:** S-au identificat o serie de probleme de codificare:

- Utilizarea unor coduri de tip „Z” ca diagnostice principale
- Codificarea eronată a unor proceduri invazive
- Erori de introducere a unor coduri de proceduri (diferențe de o cifră), care au determinat, de exemplu, creșterea numărului de cazuri grupate în DRG 481= Transplant de măduvă.

Pe de altă parte, în lunile următoare introducerii în practică a acestor măsuri, s-a putut observa o corecție a numărului de cazuri grupate în anumite DRG-uri, însoțită de variații în sens invers ale ICM pentru o serie de spitale.

**Concluzii:** Se impune continuarea și intensificarea procesului de instruire în domeniul codificării, eventual chiar formarea de codificatori profesioniști.

Instituirea și dezvoltarea unui mecanism de audit de codificare, pornind de la rapoartele furnizate de INCDS, ar contribui atât la perfecționarea procesului de codificare, cât și la prevenirea erorilor și abuzurilor în ceea ce privește raportarea cazurilor.

## **UN MANAGEMENT MAI BUN AL TIPURILOR DE CAZURI SPITALIZATE. STUDIU DE CAZ: FRACTURILE DE MASIV TROHANTERIAN**

**Autori:** ec.drd. Cipriana Mihăescu-Pinția, INCDS; prof.univ.dr. Florian Purghel, Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni” București

În încercarea de a atinge exigențele clinice cu ajutorul unor resurse limitate, managerii optează tot mai mult pentru un abord comprehensiv al evaluării serviciilor de sănătate furnizate. Astfel, un management spitalicesc mai bun va completa analiza activității clinice din diferitele specialități medicale, cu aspectele de ordin economico-financiar.

Evaluarea performanțelor serviciilor spitalicești din perspectiva decidenților comportă un aspect financiar consistent, fiind necesară revizuirea periodică, pe baza evidențelor, a deciziilor de finanțare a spitalelor.

**Scop:** Lucrarea de față propune un model de analiză economică în completarea unui studiu clinic și pe DRG, pentru un anumit tip de cazuri: fracturile de masiv trohanterian.

**Metodă:** În perioada 2000-2004 s-a realizat un studiu retrospectiv în secțiile de ortopedie –traumatologie din patru centre universitare din București.

Vom prezenta analiza situației acestor tipuri de cazuri și din perspectiva rapoartelor DRG care, din 2004, ne permit atât o imagine comparativă, pe spitale și regiuni, cât și la nivel național, în termeni de număr de cazuri, durată de spitalizare și frecvență la nivelul specialității medicale. La adulți, fracturile de masiv trohanterian se grupează în:

- DRG 210 Intervenții asupra femurului și soldului cu excepția articulațiilor mari, vârsta >17 ani, cu complicații și comorbidități
- DRG 211 Intervenții asupra femurului și soldului cu excepția articulațiilor mari, vârsta >17 ani, fără complicații și comorbidități.

În al treilea rând, vom prezenta o analiză a costurilor calculate pentru un număr de astfel de cazuri, comparativ cu sumele rambursate pe caz după mecanismul actual de plată din țara noastră. Calculația s-a bazat pe colectarea consumurilor și costurilor efective cu medicamente, materiale sanitare și proceduri paraclinice pe pacient, celelalte cheltuieli fiind alocate la nivelul secției clinice în principal pe zi de spitalizare.

**Rezultate:** Frecvența apariției acestor tipuri de cazuri este de 12% din totalul fracturilor internate, fiind specifice vârstei a treia. În România, grupa de vârstă de 65 și >65 ani reprezintă 15% din totalul populației (anul 2004). Speranța de viață la naștere în același an este de 71,32 ani, în timp ce în Uniunea Europeană este 78,31, iar în SUA de 77,5 ani.

În perioada menționată a studiului s-au internat și operat un număr de 2979 pacienți cu fracturi de masiv trohanterian și 569 pacienți cu fracturi subtrohanteriene, totalizând 3538 pacienți cu fracturi de 1/3 prox de femur. Dintre acestea, 69 % le-au reprezentat fracturi stabile și restul de 31%, fracturi instabile. În 2004 la nivel național s-a înregistrat un număr de 545 de astfel de cazuri grupate în DRG210 cu o durată medie de spitalizare de 21.3 zile, dintre care 34% în București și 1855 pacienți în DRG211, cu o durată medie de spitalizare de 19.3 zile, dintre care 28% în spitalele bucureștene. În primele 8 luni ale anului 2005, situația se prezintă astfel: numărul total al cazurilor la nivel național a crescut, fiind de 1577 în DRG 210 și 5017 în DRG 211, cu durate medii de spitalizare respectiv mai mici, de 17.1 zile și, respectiv, 15 zile.

**Concluzii:** Astfel de analize sunt utile prin gradul de detaliu conferit. Va trebui investigat tehnic motivul creșterii numărului de cazuri în aceste două grupe de diagnostice (probabil introducerea sistemului australian de codificare a procedurilor medicale), concomitent cu reducerea duratei medii de spitalizare pe caz cu până la 4 zile. Rezultatele arată diferențe semnificative între nivelul costului și al plății (între 200 și 1300 lei RON), precum și între spitale pentru aceste tipuri de cazuri, constituind un exemplu de analiză interesant de împărtășit altor profesioniști din domeniu.

## **ANALIZA COMPARATIVĂ A SISTEMULUI DE FINANȚARE DRG DIN ROMÂNIA ȘI UNGARIA**

**Autori:** dr.László LORENZOVICI, medic, economist, specialist în economie sanitară, DRG Audit, Târgu Mureș; Dr. Csaba SZUMMER, PhD, economist, HBCs Audit, Budapesta; dr. László IMRE, medic, HBCs Audit, Budapesta

**Rezumat:** Scopul lucrării este analiza comparativă a sistemelor de finanțare a spitalelor bazat pe DRG din cele două țări, identificarea diferențelor și punctelor comune precum și propunerea de soluții pentru problemele identificate.

**Metoda utilizată:** Analiza și comparația s-a efectuat pe două planuri:

1. Macro: strategie și finanțare
2. Micro: finanțare și codificare la nivel de spitale

**Rezultate și concluzii:** Cele două sisteme de finanțare au pornit pe un drum comun, au multe caracteristici similare, dar în unele aspecte există diferențe considerabile. Drumul parcurs de cele două țări în implementarea sistemului DRG sunt similare, cu un decalaj de câțiva ani. Problemele apărute în Ungaria vor apărea și în România, rezolvarea acestora probabil va fi similară. Datorită unor particularități ale sistemului de finanțare din România, există unele probleme specifice de finanțare și decontare.

## **ANALIZA PERFORMANȚEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ROMÂNESC ÎN CONTEXT INTERNAȚIONAL**

**Autor:** Dr Daniela Vâlceanu, MA, doctorand, INCDS

Există o largă variație în ce privește rezultatele obținute în sănătate pentru țări cu nivel similar de venituri și educație. Unele variații se datorează diferențelor de performanță a sistemului de sănătate. În viziunea OMS conceptul de performanță se axează în jurul a trei piloni fundamentali: Ameliorarea sănătății, Creșterea capacității de răspuns față de așteptările populației, Asigurarea echității în ceea ce privește contribuția financiară

Folosind datele cele mai recente din Raportul Dezvoltării Umane 2004 : „Libertatea culturală în lumea diversă de azi” și din Raportul Sănătății Umane 2000: „Sisteme de sănătate: Îmbunătățirea performanței”, prezentăm o situație sintetică a dezvoltării principalelor țări din Europa, inclusiv Europa de Est, precum și din continentul american. În cadrul acestor tabele sintetice am evidențiat situația României.

**Concluzii:** Comparativ cu țările din jur România cheltuiește pentru sănătate mai puțin , continuând să aibă probleme cu mortalitatea infantilă, mortalitatea maternă, prevalența unor boli tratabile cum ar fi tuberculoza. Speranța de viață la naștere nu diferă mult de țările din jur, iar probabilitatea de supraviețuire la 65 de ani e relativ comparabilă. Din păcate însă nivelul deceselor evitabile, în general și în special la vârste mici nu este cunoscut și nu există programe țintite de reducere a acestora.

## **MONITORIZAREA UTILIZĂRII DE SERVICII SPITALICEȘTI ÎN CONFIGURAȚIA EUROREGIUNILOR – O NECESITATE?**

**Autori:** ec.drd. Cipriana Mihăescu-Pinția, dr. Adrian Pană, dr. Monica Pâslaru, drd. Simona Mușat, asist.univ. - INCDS

**Scop:** Lucrarea de față își propune să aducă în discuție un model de analiză a utilizării de servicii spitalicești la nivel de regiuni și național, în corelație cu utilizarea celorlalte servicii, în scopul dezvoltării unui set de indicatori care să stea la baza unor decizii informate în privința reformării sectorului spitalicesc și a evaluării nevoilor pentru investiții. Toate aceste decizii trebuie să țină cont de nevoile populației și de posibilitățile regionale și naționale de răspuns.

**Metodă și date:** Pentru o astfel de analiză s-au cules / utilizat următoarele date, la nivelul celor opt euroregiuni și național, din anul 2004 și s-au dezvoltat mai mulți indicatori:

### a. Caracterizare generală

- Date generale despre regiune (localizare, suprafață, componentă) ;
- Indicatori economici și sociali (număr și tip de agenți economici – ca sursă de venituri și bunăstare, PIB/locuitor, venit mediu /loc., rata șomajului, indice de dezvoltare umană etc.)
- Populația și starea de sănătate – număr și pondere în total, pe grupe de vârstă și sex, distribuția rural-urban, date demografice (natalitate, mortalitate, speranța de viață, speranța de viață sănătoasă la naștere - HALE, mortalitate specifică, morbiditate, morbiditatea spitalizată, DALY).

## b. Resurse

- Număr de unități sanitare pe tipuri (medicină primară, ambulatoriu de specialitate, spital), număr de paturi pe unitate sanitară și secție, raportate la populație.
- Personal medical pe unități, pe secții și specialități, număr de locuitori înscriși la un medic de familie, număr de locuitori ce revin la un medic, populația neacoperită cu medici de familie, număr de locuitori la o asistentă medicală etc.
- Date financiare – nivelul de finanțare a unităților, pe surse și tipuri de cheltuieli, cheltuiela medie pentru sănătate pe locuitor.
- Nivel dotare cu aparatură de înaltă performanță, raportat la populație.

## c. Utilizare de servicii:

- Număr de consultații (medicină de familie, ambulatoriu de specialitate, spital), număr mediu de consultații pe locuitor
- Rata de utilizare a paturilor, comparativ cu naționalul
- Număr de proceduri pe tipuri (în ambulatoriu și spital), media utilizării la 1000 de locuitori pentru procedurile costisitoare (CT, RMN etc.)
- Număr total de pacienți externați (acuți - cronici, pe grupe de vârstă, din regiune/din afara regiunii, asigurați/neasigurați, pe categorii majore de diagnostice); durata totală și medie de spitalizare pe acuți – cronici și pe principalele grupe de boli etc.
- Număr de intervenții chirurgicale, raportate la acuți și la populație
- Cele mai frecvente tipuri de cazuri pe grupe de diagnostice pe regiune, comparativ cu naționalul.

**Rezultate, concluzii:** Rezultatele, constituite într-o matrice, prezintă comparativ cele opt euroregiuni de dezvoltare din punct de vedere al utilizării de servicii de sănătate în contextul caracteristicilor demografice și socio-economice.

Corelarea datelor generale ale regiunii cu indicatorii de utilizare a serviciilor conferă decidenților și donorilor o imagine comprehensivă asupra nevoilor de îngrijiri ale populației regiunilor, într-o viziune integrativă.

Un astfel de demers va creiona și tendințele de utilizare și dezvoltare a serviciilor și resurselor din sănătate la nivel de euroregiuni.

Pe de altă parte, un astfel de management al datelor facilitează accesarea unor fonduri europene structurale, precum integrarea în modelele și rețelele europene de management al informațiilor.

## EVALUAREA FORMĂRII ÎN MANAGEMENT SANITAR

**Autori:** Casandra Butu, Daniela Valceanu, Mona Moldovan

În ultimii 10 ani mai mult de 1200 persoane din România au participat la cursurile organizate de IMSS / INCDS. Formarea avansată în management a fost proiectată în așa fel încât să răspundă nevoilor curente ale sistemului de sănătate. În acest context Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate a efectuat un studiu de evaluare a formării în management a profesioniștilor din domeniul sanitar în cadrul cursurilor organizate de Institut.

Scopul principal al studiului a fost de a evalua programele de formare în domeniul managementului din punct de vedere al adresabilității și accesibilității și din perspectiva opiniei foștilor cursanți (perioada 1994-2003).

**Metodologia** a constat dintr-un studiu cantitativ descriptiv, transversal, bazat pe datele obținute în urma aplicării chestionarului unui număr de 152 de absolvenți ai cursurilor din cadrul programului de formare în management.

S-au evidențiat următoarele **concluzii**: mai mult de două treimi din respondenți au vârsta sub 50 de ani (68%), domeniile preponderente ale profesiilor sunt reprezentate de domeniul medical (80%) și de cel juridico-economic (11%), există o preocupare vizibilă pentru pregătirea și perfecționarea în management atât a persoanelor cu funcții de conducere cât și de execuție; se remarcă totuși o ușoară preponderență a funcțiilor de execuție deținute de cursant la momentul cursului (51% pentru funcția de execuție față de 46% pentru funcția de conducere), principalul loc de muncă este o unitate de furnizare a serviciilor medicale (63%); spitalul oferă cei mai mulți cursanți (47% din total); 93% consideră că nivelul conținutului cursului este la nivelul așteptărilor sau chiar peste așteptări; 92% consideră că informațiile/cunoștințele dobândite sunt utile sau foarte utile, principalele efecte pozitive ale frecventării cursului sunt reprezentate în ordine de îmbunătățirea cunoștințelor, dezvoltarea aptitudinilor de comunicare, de organizare și de conducere, dobândirea capacității de a identifica oportunități în mediul exterior organizației și a capacității de a scrie/dezvolta proiecte. aproape jumătate (45%) consideră că au existat rezultate imediate personale după absolvirea cursului, cursul a fost recomandat și altor persoane în proporție de 90%; în perioada parcursă după terminarea cursului și până la momentul prezent, mai mult de trei sferturi dintre cursanți și-au menținut funcția avută la momentul cursului, iar 17% dintre persoanele care au deținut funcție de execuție au avansat pe linie ierarhică; o mare parte din cursanți (o treime) au întâmpinat constrângeri din partea organizației; cele mai frecvente obstacole au fost de natură ierarhică sau organizațională, urmate de cele de natură birocratică și de cele economico-financiare.