

Metoda de calcul a tarifelor pe caz ponderat la cele 185 spitale finantate pe caz rezolvat (DRG), publicate în normele de aplicare ale Contractului-Cadru pentru anul 2004

Preambul

Pe parcursul anului 2003 INCDS a elaborat rapoarte de analiza a activitatii spitalelor pe primele 6, 9 si 10 luni, cu simularile de tarife aferente fiecarui spital, pornind de la numarul si indicele de complexitate a pacientilor externati în 2003 precum si cheltuielile acestor spitale furnizate de CNAS si raportate de spitale prin aplicatia Exbuget. În urma analizei listei spitalelor propuse spre finantare pe DRG pentru 2004, Ministerul Sanatatii si Casa Nationala de Asigurari de Sanatate au decis includerea a 185 de spitale pe finantare prin acest mecanism, cu recomandarea calcularii tarifelor pe caz ponderat ale spitalelor si amestecarea acestora în proportie de 20% cu tariful national (media celor 185). Rezultatul pentru fiecare spital privind tariful pe caz ponderat si ICM-ul este publicat în Normele de aplicare ale Contractului Cadru pentru anul 2004.

Metoda de calcul TCP 2004

Formula de calcul a tarifului pe caz ponderat al spitalului este: **Buget2003 / (Nr. pacienti externati în 2003 X ICM2003)**. Formula presupune cunoasterea celor trei variabile: numar pacienti, ICM si bugetele spitalelor în 2003.

1. Numarul de pacienti externati în 2003

Raportarea pacientilor catre INCDS la 10 luni a prezentat o serie de spitale la care nu se putea estima corect *numarul de pacienti* pentru anul 2003 întrucât nu au raportat date prin aplicatia DRG National, iar unele dintre ele nici la CSSDM în 2002. Pentru a pune în practica decizia MS si CNAS privind necesitatea calcularii tarifelor s-a elaborat de catre MS si INCDS adresa nr. CV/59937 din 16 decembrie 2003 care a solicitat DSP-urilor judetene raportarea pâna la data de 18 decembrie 2003 a numarului cazurilor externate (continue si de zi) în primele 10 luni ale anului 2003. În urma adresei, o parte din Directiile de Sanatate Publica Judetene au trimis situatia numarului de pacienti externati în primele 10 luni a spitalelor, chiar daca unele nu au reusit sa raporteze acesti pacienti si la INCDS prin aplicatia DRG National. Astfel, în estimarea numarului de pacienti s-au distins trei categorii de spitale:

- o Cele 23 de spitale din proiectul DRG, pentru care cazurile raportate si *validate* de INCDS pe primele 10 luni au fost luate în calcul la formarea TCP

- o Spitale care *au raportat* numarul pacientilor externati prin intermediul DSPJ ca raspuns la adresa oficiala, numar care a fost luat în calculul TCP
- o Spitale care *nu au raportat* pacientii externati conform adresei oficiale si pentru care s-au luat în calcul pacientii raportati în 2002 la CSSDM.

În fiecare dintre aceste trei situatii s-a realizat în final o prognoza pentru tot anul 2003 prin înmultirea cazurilor externate pe 10 luni din 2003 cu 12/10.

2. Estimarea ICM-ului

ICM-ul considerat la calculul TCP pentru cele 23 de spitale din proiectul DRG National a fost cel aferent pacientilor validati pe primele 10 luni.

Pentru restul spitalelor, daca acestea au raportat pacienti prin aplicatia DRG National atunci ICM-ul aferent acestor pacienti a fost aplicat în formula de calcul a TCP; daca unele spitale nu au raportat pacienti la INCDS atunci li s-a aplicat ICM-ul egalilor (al spitalelor de acelasi tip) care au raportat date. Exceptie au facut doua centre de cardiologie, Centrul de Cardiologie Iasi si Centrul de Cardiologie Timisoara, care au primit ICM-ul *maxim* al institutelor cu acelasi profil (adica cel al Institutului Inimii din Cluj de 1,2387) si nu al egalilor, deoarece ICM-ul egalilor nu reflecta obiectiv complexitatea activitatii clinice a centrelor de cardiologie.

3. Bugetul spitalelor pe anul 2003

Bugetele spitalelor luate în calcul la stabilirea TCP au fost cele aprobate de CNAS în luna decembrie 2003, la care s-a aplicat un factor de corectie pentru cheltuielile cu Rezidentii, Stagiarii si Urgentele si spitalizarea de zi (care vor fi contractate separat în anul 2004). În acest fel s-a gândit o finantare a spitalului cu o suma aferenta activitatii DRG, iar celelalte servicii se contracteaza de spitale separat, pe acte aditionale (rezidenti, stagiari, urgente, spitalizarea de zi etc.).

Dupa obtinerea acestor trei variabile s-a aplicat formula de calcul a tarifului pe caz ponderat al spitalului, acesta fiind, de fapt, **tariful neutru** al spitalului si apoi s-a calculat si tariful pe caz ponderat la nivel national. Ulterior s-a determinat tariful pe caz ponderat pentru finantarea fiecarui spital în anul 2004 prin combinarea tarifului neutru al spitalului (pondere 80%) cu TCP national (8.563.000 lei) în pondere de 20%. Aceste **tarife pe caz ponderat 2004** pentru fiecare spital, au fost publicate în normele Contractului-Cadru pentru anul 2004 si publicate în Monitorul Oficial.