

Buletin Informativ

Februarie 2002

Mesajul MSF și CNAS

Domnule Director,

Vă transmitem alăturat metodologia de finanțare a spitalelor pentru anul 2002, conform prevederilor din Contractul Cadru de furnizare a asistenței medicale spitalicești și Normele de aplicare ale acestuia.

Vă rugăm să luați în considerare, pentru activitatea spitalului dumneavoastră, modalitatea atașată de contractare și decontare a serviciilor spitalicești furnizate de spitalele participante la Programul Național de Finanțare a Spitalelor Bazată pe Caz (spitale nominalizate în Ordinele 935/08.11.2000 și 137/15.03.2001 ale Ministerului Sănătății și Familiei).

Având în vedere noua metodă de finanțare, vă precizăm că transmiterea la timp a datelor clinice ale pacienților externați de către spitalul dumneavoastră conform precizărilor din Contractul Cadru și din cele două Ordine mai sus menționate este esențială pentru asigurarea finanțării activității pe baza contractelor încheiate cu Casele de Asigurări de Sănătate.

În plus, prin raportarea lunară a cheltuielilor efectuate (conform programului Exbuget 2 furnizat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate) se vor putea efectua ajustări ale modalității de finanțare bazată pe caz pentru anul 2003, care să ducă la o alocare cât mai obiectivă și transparentă a resurselor destinate asistenței medicale spitalicești.

Secretar de stat MSF
PROF.DR. RADU DEAC

Director general CNAS
DR. IULIAN POPESCU

Proiect realizat în colaborare de:

Ministerul Sănătății și Familiei, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate, Centrul Național de Statistică Sanitară și Documentare Medicală, Colegiul Medicilor din România, Ministerul de Finanțe, Agenția de Dezvoltare și Departamentul de Sănătate al Statelor Unite (USAID și DHHS), cu participarea a 23 de spitale.

Vă rugăm împărtășiți conținutul acestui buletin informativ cu echipa proiectului DRG din spitalul dumneavoastră, precum și cu oricine altcineva interesat. Vă mulțumim!

Proiectul național



CUPRINS

[Echipele de Strategie a Implementării](#)

[Modificări în Contractul Cadru pe anul 2002 față de 2001](#)

[Legea 677 și implicațiile sale pentru spitale](#)

[Ordinul comun MSF-CNAS-CMR privind înființarea nucleelor de calitate în unele unități spitalicești](#)

[Note din partea echipei de codificare:](#)

[Experiențe internaționale: Australia](#)

[Ce trebuie să facă spitalele în acest an pentru a avea succes în noul sistem de finanțare?](#)

[Evenimente](#)

O ECHIPĂ DE COORDONARE A IMPLEMENTĂRII SISTEMULUI GRUPELOR DE DIAGNOSTICE: ECHIPA DE STRATEGIE A IMPLEMENTĂRII

dr. Paul Radu

Una din principalele concluzii ale întâlnirii persoanelor cu funcții de decizie în domeniul sanitar din 9 noiembrie 2001 a fost aceea de a crea o echipă de coordonare e a implementării finanțării bazate pe caz în România. Această echipă s-a înființat imediat după întâlnire și este constituită din: Prof. Dr. Radu Deac – Secretar de Stat, Ministerul Sănătății și Familiei (MSF), Dr. Iulian Popescu – Director General, Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), Dr. Liviu Cocora – Vicepreședinte, Colegiul Medicilor din România (CMR), Susan Monaghan – Senior Health Advisor, USAID România, Dr. Dana Burduja – Coordonator Proiect DRG, Departamentul de Sănătate și Servicii Sociale al SUA (DHHS), Dr. Paul Radu – Coordonator Proiect DRG, Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate (IMSS).

Începând din luna noiembrie *echipa de strategie a implementării* (ESI) se întâlnește săptămânal (de obicei la MSF în fiecare marți la ora 16). Dintre subiectele care au fost luate în discuție până acum în cursul acestor întâlniri amintim:

- definitivarea tarifelor pe tip de caz pentru cele 23 de spitale din proiect ce vor avea o finanțare bazată pe caz;
- clarificarea strategiei de implementare a finanțării bazată pe caz în spitalele din România;
- clarificarea cadrului informațional necesar finanțării bazate pe caz în spitalele din România;
- elaborarea ordinului comun MSF-CNAS privind strategia de implementare a finanțării bazată pe caz în spitalele din România etc.

Pentru discutarea și luarea unor decizii privind unele aspecte ale implementării sistemului DRG, la începutul anului 2002 (18-19 ianuarie) a avut loc la Sinaia un seminar de lucru al ESI. La acest seminar au participat echipele coordonatoare ale implementării DRG din instituțiile implicate (MSF, CNAS, CMR, MF, IMSS, CCSSDM).

Agenda acestei întâlniri a cuprins:

1. aspecte cheie ale implementării extinse a sistemului DRG în România;
2. strategia de comunicare și educație privind implementarea sistemului DRG în România.

Principalele concluzii ale seminarului sunt:

1. introducerea unei noi Foi de Observație clinică (generală) care să conțină toate datele necesare grupării în DRG;
2. înființarea unor departamente de statistică-informatică la nivelul spitalelor care să răspundă de gestionarea datelor clinice privind pacienții spitalizați;
3. crearea și punerea în funcțiune până în octombrie 2002 a unei instituții centrale independente (echidistante) care să colecteze și să gestioneze datele clinice la nivel de pacient trimise de spitale;
4. utilizarea în anul 2002 a sistemului de clasificare DRG HCFA 18;
5. pentru comunicarea privind sistemul DRG se vor folosi canalele instituționale, iar echipa proiectului va elabora și va propune spre aprobarea ESI principalele mesaje și metodele de comunicare;
6. implicarea în sistemul DRG a altor spitale se va face gradual în baza ordinului comun MSF-CNAS privind strategia de implementarea a finanțării bazată pe caz în spitalele din România și a planurilor de acțiune elaborate după aprobarea acestei strategii.

În același timp au fost identificate unele aspecte asupra cărora se vor lua decizii în alte întâlniri ale ESI:

1. rolul și funcțiile exacte ale instituției centrale responsabile de implementarea finanțării bazate pe caz;

2. modalitatea de sprijin financiar a spitalelor implicate în noul sistem;
3. problema amortizării echipamentelor de la nivelul spitalelor;
4. trecerea spitalelor la o contabilitate de societăți comerciale (renunțarea la contabilitatea de instituție bugetară);
5. dezvoltarea și utilizarea unui sistem de contabilitate a costurilor la nivel de pacient;
6. utilizarea unor rapoarte financiare unice ale spitalelor în relațiile sale cu MSF, CNAS, MF;
7. dezvoltarea unor standarde unice pentru sistemele informatice de spital.

MODIFICĂRI ÎN CONTRACTUL CADRU PE ANUL 2002 FAȚĂ DE 2001 (MO NR.38/21.01.2002)

dr. Irina Stamate

Principalele modificari ale Contractului Cadru pe anul 2002 față de cel din 2001:

1. Bugetul contractat de spitale cu casele de asigurări de sănătate are următoarele capitole de finanțare distincte:
 - a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare (la durata optimă), sau prin tarif pe persoană internată - tip "caz rezolvat", pentru spitalele participante la programul național de finanțare bazată pe caz;
 - b) suma aferentă programelor de sănătate pentru medicamente și materiale sanitare specifice;
 - c) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate, structuri de primire a urgențelor, cabinete stomatologice pentru servicii de urgență, sume stabilite în raport cu cheltuielile de personal și cheltuielile de întreținere și funcționare ale acestor structuri, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice;
 - d) sume pentru cofinanțarea instalării aparatelor de înaltă performanță;
 - e) sume pentru medici și alt personal sanitar care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau în secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copiii distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copiii bolnavi de HIV/SIDA;
 - f) sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și stomatologii rezidenți din anii 3-7;
 - g) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanțate din fondul alocat pentru serviciile medicale paraclinice;
 - h) sume pentru dializă în insuficiența renală cronică, stabilite pe bază de tarif pe serviciu - ședință de dializă;
 - i) sume aferente arieratelor înregistrate până la data de 30 noiembrie 2001.
2. Termene de alocare a fondurilor către spitale: CJAS alocă în primele 15 zile ale lunii sume de până la 80% din sumele corespunzătoare lunii curente, urmând ca decontarea finală a lunii să se efectueze în primele 10 zile ale lunii următoare.
3. Introducerea unor reglementari legate de modul de contractare de către spitale a serviciilor de îngrijire la domiciliu, în scopul reducerii duratei de spitalizare și eficientizării serviciilor spitalicești.
 - Drepturi și obligații ale furnizorilor de servicii de îngrijiri la domiciliu
 - Condițiile acordării serviciilor de îngrijiri la domiciliu (modul de decontare, încheierea contractului);
 - Lista cuprinzând serviciile de îngrijiri la domiciliu.
4. Stabilirea condițiilor în care Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești poate fi modificat sau reziliat.



LEGEA 677 ȘI IMPLICAȚIILE SALE PENTRU SPITALE (MO NR.790/12.12.2001)

dr. Irina Stamate

Vă atragem atenția asupra apariției Legii nr. 677, din 21 noiembrie 2001, pentru protecția persoanelor, cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Dintre prevederile legii cu implicații majore pentru spitale în ceea ce privește colectarea și prelucrarea automată a datelor la nivel de pacient, pot fi menționate:

- „Prelucrarea datelor privind starea de sănătate poate fi efectuată numai de către ori sub supravegherea unui cadru medical, cu condiția respectării secretului profesional.”
- „Operatorul (respectiv spitalul) este obligat să aplice măsurile tehnice și organizatorice adecvate pentru protejarea datelor cu caracter personal împotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii, modificării, dezvăluirii sau accesului neautorizat, în special dacă prelucrarea respectivă comportă transmisii de date în cadrul unei rețele, precum și împotriva oricărei alte forme de prelucrare ilegală.”
- „Orice persoană vizată are dreptul de a obține de la operator, la cerere și în mod gratuit pentru o solicitare pe an, confirmarea faptului că datele care o privesc sunt sau nu sunt prelucrate de acesta”, precum și informații despre această prelucrare.

Recomandări din partea Echipei Proiectului DRG

Pentru realizarea cerințelor acestei legi, vă recomandăm următoarele măsuri minime de protecție:

- Nominalizarea unei / unor persoane - cadru medical responsabile de supravegherea colectării și prelucrării datelor despre pacienți în format electronic, la nivel de spital.
- Asigurarea condițiilor de securitate a informațiilor colectate și stocate în format electronic (parolare calculatoare / fișiere cu baze de date, acces la bazele de date doar a persoanelor desemnate în condițiile legii de către conducerea spitalului, securizarea încăperilor și a echipamentelor, etc).
- Asigurarea condițiilor de securizare a transmiterii datelor către CNSS și CNAS (instalarea de firewall în cazul conexiunilor on-line, criptarea CNP și a bazelor de date transmise, etc).

ORDINUL COMUN MSF - CNAS - CMR PRIVIND ÎNFIINȚAREA NUCLEELOR DE CALITATE ÎN UNELE UNITĂȚI SPITALICEȘTI (MO NR.829/12.2001)

dr. Irina Stamate

În vederea monitorizării permanente a calității serviciilor medicale furnizate asiguraților la nivelul spitalelor, se înființează “unitatea de control intern” numită **nucleu de calitate**. Nucleul de calitate va fi alcătuit din 2-4 medici, în funcție de mărimea spitalului.

Controlul extern al calității serviciilor medicale acordate asiguraților la nivelul spitalelor va fi efectuat de către Casele de Asigurări de Sănătate județene și a municipiului București prin Serviciul Medical al acestora, împreună cu reprezentanți ai Direcțiilor de Sănătate Publică județene și ai Colegiilor Medicilor județene și al municipiului București, pe baza unor indicatori de calitate.

Metodologia și precizările referitoare la întreaga activitate ce decurge în urma prezentului Ordin vor fi elaborate de C.N.A.S., M.S.F. și C.M.R. până la data de 31 ianuarie 2002.

NOTE DIN PARTEA ECHIPEI DE CODIFICARE:

1. PRIVIND UNELE CONSTATĂRI CA URMARE A EVALUĂRII NEGRUPABILILOR

ec. Ioana Perțache

Este necesar a se studia foarte bine CIM-10 pentru a se pune codul corect.

Ex.: Hipertensiune arterială I10 (pag. 441).

Nu se adaugă nimic, deci codul este format din trei caractere.

Ex.: Boli multiple valvulare I08 (pag. 440).

Se vor studia toate subclasele de la "I08" pentru a se încadra corect boala cu codul selectat din cele 6 (șase) subclase menționate. În această situație codul este format din patru caractere.

Codul trebuie să nu conțină punct după cel de-al treilea caracter.

Ex.: I083 – este corect

Nu pot fi diagnostice principale la externare codurile de la capitolul XX, blocurile V01-V99; W00-W99; X00-X99 și parțial Y și Z (cap. XXI), utilizarea acestora din urmă fiind precizată în "Îndrumarul de codificare" difuzat pe dischetă celor care au participat la forumul de codificare din 24-25 ianuarie 2002.

Se vor codifica toate explorările funcționale, investigațiile radiologice și intervențiile chirurgicale după nomenclatoarele pe care le-ați primit din nou (pe dischetă) cu aceeași ocazie.

Vă rugăm să multiplicați și să distribuiți medicilor "Îndrumarul de codificare", distribuit pe dischetă.

2. PRIVIND CLASIFICAREA SI CODIFICAREA BOLNAVILOR DIALIZAȚI

1. Dacă un bolnav internat cu afecțiune renală acută necesită în timpul internării efectuarea unei dialize, diagnosticul principal la externare este cel al bolii de bază, iar codurile Z49.1 și Z49.2 (dializa renală/peritoneală) vor fi diagnostice secundare.

În cazul în care în perioada internării bolnavul este pregătit pentru efectuarea unei dialize renale/peritoneale, care nu se realizează în cursul aceleiași perioade de timp, se va utiliza codul Z49.0.

2. Dacă un bolnav cronic renal se internează în spital numai pentru efectuarea unei dialize renale/peritoneale, proceduri care se efectuează periodic, codurile Z49.1 și Z49.2 pot fi utilizate ca diagnostice principale, iar boala de bază se trece ca diagnostic secundar.

3. Bolnavul cronic cu insuficiență renală, care este dependent continuu de dializa renală, se codifică cu Z99.2.

EXPERIENȚE INTERNAȚIONALE: AUSTRALIA - PRIVIRE GENERALĂ ASUPRA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ȘI A SISTEMULUI CASEMIX

dr. Irina Stamate

Australia este o federație de șase State și două Teritorii cu un guvern central (Commonwealth).

Australia are un sistem universal de asigurări de sănătate cunoscut sub numele de **Medicare** din februarie 1984. acesta are la bază principiile universalității, echității, simplității și accesului facil. Toți australienii sunt asigurați pentru servicii medicale și au dreptul la acces la servicii în spitalele publice. Medicare este administrat pe baza unui acord privind finanțarea îngrijirilor de sănătate încheiat între Commonwealth și cele șase State și două Teritorii. Guvernul Commonwealth are ca responsabilitate finanțarea Medicare (din fonduri rezultate din taxe pe venit), iar Statele și Teritoriile sunt responsabile de furnizarea serviciilor. Statele primesc fonduri de la guvernul federal cu condiția ca spitalele publice să ofere servicii ambulatorii și spitalicești 24 de ore din 24, inclusiv asistența gratuită pentru toți cetățenii.

Există, de asemenea, o finanțare privată substanțială prin intermediul sistemului de asigurări private de sănătate, reglementat de asemenea de Commonwealth. Aproximativ 31% din cetățeni sunt acoperiți prin asigurări private de sănătate. Motivul principal pentru care atât de mulți cetățeni aleg asigurările private este acela că în acest fel evită listele de așteptare din spitalele publice, care adesea sunt destul de lungi. Spitalele private dețin 25% din toate paturile pentru tratament acut.

Sistemele casemix

Faptul că statele constituente sunt fiecare responsabile de sectorul lor de sănătate este reflectat în faptul că utilizarea DRG în Australia diferă mult de la un stat la altul. În unele state managementul și finanțarea spitalelor poate fi făcută centralizat, iar în alte state aceasta este mult mai descentralizată.

Sistemele casemix australiene au fost adaptate la condițiile locale. Mai mult decât atât, prioritățile și obiectivele politice ale statelor individuale influențează felul în care este utilizat sistemul casemix.

În cadrul sistemului DRG spitalele sunt plătite pentru pacient externat. Din acest motiv spitalele pot fi tentate să interneze cât mai mulți pacienți posibil. Acesta poate constitui un avantaj în ceea ce privește reducerea listelor de așteptare, dar poate duce la apariția altor probleme. Una dintre aceste probleme ar fi aceea că spitalele ar putea prefera să interneze pacienți în detrimentul folosirii unor metode de tratament mai eficiente care însă nu implică internarea în spital. O soluție a acestei probleme este extinderea sistemului casemix și a finanțării per serviciu pentru a acoperi și alte metode mai eficiente de tratament. Din aceste motive, în Australia se acordă o mare prioritate dezvoltării și implementării sistemelor casemix pentru ambulatoriu. O altă metodă de control a numărului de internări este aceea a stabilirii unui plafon care stabilește o limită până la care poate crește numărul de pacienți internați.

Pentru a susține dezvoltarea și implementarea unui sistem DRG Australian a fost înființat Comitetul Australian pentru Casemix Clinic – Australian Casemix Clinical Committee (ACCC) de către Ministerul Sănătății în 1991. Rezultatul activității ACCC a fost dezvoltarea Sistemului DRG Național Australian (AN-DRG) pornind de la sistemul APR-DRG din SUA.

Sistemele de codificare și clasificare

În prezent spitalele australiene folosesc **ICD-10-AM** (International Classification of Diseases, 10th Revision, Australian Modification) pentru codificarea bolilor, **ICPM** – International Clasificatiion of Procedures in Medicine, pentru proceduri și Australian Refined Diagnosis Related Groups (**AR-DRGs**) pentru clasificarea pacienților.

Numărul # 4

pagina 6



Sistemul DRG Național Australian (AN-DRG) 1992-1996

Clasificarea AN-DRG a fost dezvoltată sub auspiciile ACCC care a coordonat evaluarea clinică a clasificărilor pacienților internați în așa fel încât au putut fi identificate recomandările clinice relevante pentru dezvoltarea clasificării australiene.

Versiunea 3.0 a clasificării AN-DRG diferă de cele precedente prin faptul că folosește factorii clinici mai complicați (CCF) – vârsta, malignitatea, complicațiile și comorbiditățile – ca aproximări ale severității.

Sistemul DRG Australian Perfecționat (AR-DRG), 1997 – prezent

Clasificarea AR-DRG a fost dezvoltată pentru clasificarea episoadelor acute de internare în spitalele publice și private. Această clasificare a fost realizată de către *Commonwealth Department of Health & Aged Care*, în colaborare cu *Australian Casemix Clinical Committee (ACCC)*, grupurile de codificare și clasificare clinică, *National Centre for Classification in Health*, autoritățile statale și teritoriale și alte organizații.

Dezvoltarea clasificării AR-DRG este continuă:

- AR-DRG versiunea 4.0 folosește codurile pentru diagnostice și proceduri ICD-9-CM. Înregistrările au fost codificate în ICD-9-CM între 1991 și 1998.
- AR-DRG versiunea 4.1 folosește codurile ICD-10-AM (ed. 1). AR-DRG v4.1 a fost publicată în decembrie 1998. Această versiune a marcat schimbarea la codurile de diagnostice și proceduri ICD-10-AM și a încorporat numeroase îmbunătățiri ale clasificării.
- AR-DRG versiunea 4.2 folosește codurile ICD-10-AM (ed. 2). Această versiune a intrat în funcțiune din 2001. Ea constituie o actualizare minoră a clasificării și include codurile celei de a doua ediții a ICD-10-AM.

Sistemul de clasificare AR-DRG este bazat pe ierarhia diagnosticelor și procedurilor împărțite în partiții chirurgicale, medicale și altele.

Pentru mai multe informații vezi: www.health.gov.au/casemix.

CE TREBUIE SĂ FACĂ SPITALELE ÎN ACEST AN PENTRU A AVEA SUCCES ÎN NOUL SISTEM DE FINANȚARE?

- Să trimită în format electronic și la timp toți pacienții externai.
- Să evalueze cheltuielile spitalului pe caz și să le compare cu tarifele primite.
- Să folosească rapoartele spitalului pentru a avea o imagine reală a activității spitalului și pentru a putea interveni acolo unde sunt identificate probleme.

* *
*

EVENIMENTE

În perioada 24-25 Ianuarie, 2002, a avut loc Forumul “Aspecte practice ale codificării și clasificării DRG în România”, Conducut de Prof. Rosemary Roberts pentru USAID/DHHS.

Între 28 Februarie și 1 Martie va avea loc Conferința Institutului de Management al Serviciilor de Sănătate cu tema Reforma în Sănătate. La această conferință a fost invitat câte un reprezentant al spitalelor cuprinse în Proiectul Național DRG.

În curând va fi disponibilă pe Internet pagina **www.drg.ro**. Aici toți cei interesați vor putea găsi informații generale, precum și ultimele noutăți în domeniul finanțării bazate pe caz în România și în lume.

Buletinul DRG se dorește a fi încă o modalitate de a comunica cu dumneavoastră, cei care implementați Proiectul Național DRG la nivel operațional. De aceea vă rugăm să trimiteți comentariile, întrebările și sugestiile dumneavoastră în ceea ce privește conținutul Buletinului DRG la adresa:

Biroul Național DRG
Calea Călărașilor 248, bloc F1, sector 3, etaj 10-11
Telefon/fax: (01)302 6246
sau email: cassb@cmb.ro

Cu mențiunea: “Pentru Buletinul DRG”