

# Buletin Informativ

Iunie 2002

Proiectul național



În luna aprilie 2002 au fost organizate o serie de cursuri cu tema DRG la două nivele: avansat (pentru reprezentanți ai spitalelor pilot și ai caselor de asigurări de sănătate corespunzătoare) precum și la nivel introductiv (pentru restul caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică).

Cu această ocazie au fost colectate numeroase întrebări ale participanților cu privire la finanțarea bazată pe caz. Ediția de față a buletinului DRG este dedicată răspunsurilor la aceste întrebări. Numărul mare de întrebări ne bucură deoarece arată interesul dumneavoastră pentru acest subiect. Pentru anumite probleme încă nu este definitivat cadrul legislativ de reglementare, de aceea pentru aceste întrebări răspunsul va veni probabil în unul din numerele noastre viitoare.

Așteptăm în continuare întrebările, sugestiile și observațiile dumneavoastră.

**cine? de ce?  
când? care?  
cum? cât?  
ce?**

Colegii care au răspuns la întrebările dumneavoastră sunt:

Dr. Dana Burduja,  
Dr. Paul Radu,  
Jugna Shah,  
Dr. Irina Stamate,  
Ec. Cipriana Mihăescu Pinția,  
Dr. Mona Moldovan,  
Ioana Perșache și echipa de  
codificare.

**NOU: Ne găsiți și pe internet la adresa [www.drg.ro](http://www.drg.ro)**

**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!

### **Care este rolul CNAS într-un viitor în care finanțarea bazată pe caz va fi generalizată?**

Multiplu: finanțarea spitalelor (alocarea resurselor în funcție de noul sistem), ajustarea valorilor relative în funcție de politica de sănătate, analiza indicatorilor de calitate și clinici, participare la stabilirea politicilor de ajustare și tranziție, adaptarea regulilor de validare, monitorizarea și actualizarea mecanismelor de decontare etc.

### **Care este momentul în care se va face analiza pe spitale similare? Se vor putea consulta materiale informative de sinteză anuale/semestriale?**

Aceste analize se fac de la începutul proiectului (vezi întâlnirea de la Mamaia 2001), se fac în continuare și sperăm să le publicăm pe pagina de web ([www.drg.ro](http://www.drg.ro)) curând; ele deja sunt pe masa factorilor de decizie (CNAS, MSF, CMR, MFP) pentru anul 2001 și pentru trimestrul întâi al anului 2002.

### **Care sunt avantajele celor 23 spitale care au intrat în proiectul DRG, dat fiind efortul suplimentar necesar?**

Din perspectiva finanțării, avantajul principal constă în anul suplimentar pe care l-au avut în vederea pregătirii pentru noul mecanism de finanțare, an în care au fost sprijinite direct în toate activitățile desfășurate:

- instruirea personalului (ce este sistemul DRG, codificarea, MIS, costurile, calitatea),
- formarea circuitelor informaționale în spital pentru colectarea datelor și raportare corectă și la timp,
- instalarea și rularea celor 2 programe de înregistrare a datelor clinice și a datelor de costuri,
- consultanță la instalarea și încărcarea aplicației Exbuget 2, prin care se alocă toate cheltuielile reale ale spitalului la nivel de secțiilor cu paturi,
- asistență tehnică în codificare,
- informare periodică privind deciziile (legislație CNAS, MSF etc.) și evenimentele de larg interes pentru spitale,
- întâlniri periodice pentru instruire, informare, schimb de experiență și discuții cu echipa Proiectului și cu experții ai CNAS, MSF, CMR, CCSSDM etc.,
- comunicare directă între reprezentanții spitalelor și echipa Proiectului, precum și îmbunătățirea comunicării spital – CJAS – CNAS – DSPJ – MSF – CCSSDM,
- sprijin în realizarea noilor organigrame, conform noii codificări a secțiilor,
- asistență tehnică la negocierea contractului 2002 cu CJAS pentru cazurile internate

În plus la nivelul spitalelor s-a dezvoltat o bază de date, care prin informațiile ce pot rezulta este foarte utilă managementului de spital. De fapt datele sistemului DRG ajuta echipa de management să cunoască mai bine spitalul, cu punctele sale slabe sau puternice, și să acționeze bazându-se pe evidențe în procesul de creștere a calității și eficienței.

### **Care vor fi cele 130 de spitale care urmează să intre în programul DRG din iulie 2002?**

Vor intra în sistemul de finanțare per caz toate spitalele județene și universitare, precum și altele. Decizia va fi luată după încheierea procesului de evaluare a spitalelor și după terminarea pregătirii spitalelor – formare în codificarea ICD 10, distribuirea softurilor de colectare date clinice și de cost, înființarea instituției centrale care va gestiona colectarea și analiza datelor.



## **Care este momentul în care datele statistice/rapoartele vor fi agregate într-un sistem unitar?**

Sperăm ca la 1 ianuarie 2003 – 2 seturi unice de rapoarte, clinice °i de costuri, începând introducerea lor de la 1 iulie 2002. Pentru unificarea clinic/costuri – pentru UNELE spitale, poate, 2003 să reprezinte începutul.

## **În condițiile „subfinanțării cronice” a sistemului de asistență medicală, care sunt efectele estimate ale sistemului DRG asupra acestui sistem?**

Efecte a°teptate asupra sistemului de îngrijiri spitalice°ti:

- utilizarea mai eficientă °i transparentă a fondului de asigurări de sănătate destinat spitalelor,
- plata diferențiată a spitalelor, în funcție de rezultate (tipuri °i număr de cazuri tratate/rezolvate) °i nu de capacitate,
- încurajarea funcționării eficiente °i eficace,
- stimularea calculării °i controlului costurilor spitalice°ti la nivel de secție, grupă de boli °i la nivel de pacient,
- reducerea DMS pe grupe de boli, îndeosebi la DRG care “permit”, deci reducerea costurilor pe DRG °i pe pacient.

**Conform normelor se pot acorda avansuri lunare pentru serviciile spitalice°ti până la 80%, cu decontare în luna următoare a diferenței până la 95%; care este indicatorul de care se ține cont la stabilirea procentului, acest procent nefiind fix °i ce anexă trebuie să completeze spitalul în vederea primirii celor două decontări?**

Spitalul prime°te avansurile lunare în baza facturilor eliberate. În curând prin modificarea Ordinului 46/2002 al CNAS, acesta va include o noua Anexă destinată facturării acestor sume lunare (diferită de cea trimestrială).

## **Care este feedback-ul dumneavoastră la datele de costuri transmise prin Exbuget 2?**

Casa de asigurări este forul în măsură să solicite, să colecteze, să centralizeze °i să analizeze toate aceste date reale de cost. Biroul DRG asigură consultanță °i asistență de specialitate pe durata întregului proces de colectare a datelor °i luare a deciziilor pe baza lor.

NB! Pentru autoverificare °i pentru managementul financiar al spitalului, listați periodic rapoartele Exbuget 2 (meniu Operații curente):

- cheltuieli totale pe secțiile clinice,
- indicatori pe secțiile clinice,
- cheltuieli pe secții defalcate pe articole,
- cheltuieli pe spital defalcate pe articole,
- asigurați aparținând altor CAS,
- centralizator cheltuieli pentru asigurați altor CAS,
- proceduri efectuate,
- proceduri efectuate pentru secțiile clinice.



**Care este situația organigramei spitalului?  
(de° i s-a comunicat aprobarea, spitalul nu a intrat în posesia noii organigrame)**

Dacă aveți confirmarea aprobării organigramei de către MSF, solicitați sprijinul DSPJ pentru primirea documentului de la MSF.

**Care este modalitatea de finanțare a însoțitorilor copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani ° i ai celor cu handicap (prevăzută de Legea 145/1997 ° i de Contractul Cadru spitale 2002) ?**

Similar modalității de rambursare pentru spitalele finanțate pe zi de spitalizare (Norme – Anexa 1, art. 8), în cazul spitalelor finanțate pe caz rezolvat, cheltuielile legate de însoțitorii copiilor bolnavi au fost incluse în tariful specific pentru fiecare spital.

**Care este relația Spital – CJAS – DJSP – în implementarea finanțării bazate pe caz ° i în special rolul DJSP în negocierea numărului de cazuri externe în momentul încheierii contractului?**

Conform atribuțiilor curente ale DJSP (Ordinul MSF 120 / 2001), DJSP are rolul de a evalua nevoile de sănătate ale populației ° i a planifica ° i organiza serviciile de sănătate în funcție de nevoile specifice. Prin urmare, DJSP ar trebui să colaboreze cu CJAS în stabilirea priorităților ° i contractarea serviciilor.

## CÂND...

**Când se vor finanța cazurile sociale ° i de către cine?**

Primul pas îl reprezintă identificarea cazurilor sociale ° i codificare în consecință (la nivelul diagnosticelor secundare). În sistemul DRG, deseori cazuri sociale sunt reprezentate de pacienți care au o durată de spitalizare foarte mare. (Aceste cazuri pot fi finanțate după depășirea unei anumite durate de spitalizare, dar nu la nivelul unui caz normal, deoarece aceste cazuri consumă de obicei puține resurse – ocupă un pat ° i primesc hrană.)

Dacă însă pacienți sociali nu sunt codificați ca ° i cazuri sociale (ci cu diagnostice medicale) ei nu vor putea fi identificați.

Legat de finanțare nu se face deocamdată nici o diferențiere, sperăm ca de la 1 ianuarie 2003 să definim diferitele tipuri de îngrijiri, iar cazurile sociale să nu mai ajungă în spitalele pentru îngrijiri acute (finanțate prin DRG), ci în alte instituții sanitare (sau sociale) care asigură îngrijiri specializate (° i care nu vor fi finanțate prin DRG).

**Când va exista posibilitatea transmiterii unitare a raportărilor solicitate de DSP ° i CAS (fiecare solicită acelea ° i raportări dar în formate ° i variante diferite)?**

Se dorește ca de la 1 ianuarie 2003; vezi ° i răspunsul la întrebarea “Care este momentul în care datele statistice/rapoartele vor fi agregate într-un sistem unitar?”

## **Pe când cursuri de codificare adresate medicilor? (când vor apărea medici codificatori „profesioniști”?)**

Cursurile actuale sunt adresate tuturor celor care fac codificare, indiferent de pregătirea de bază, cu un accent mai mare pe o pregătire anterioară medicală (medic, asistent). Există și propunerea ca aceste cursuri de codificare să fie parte a procesului de educație medicală continuă. Iar CMR ar putea susține și ar putea fi promotorul unor astfel de cursuri.

## **Când va fi posibilă eliminarea unor diferențe atât de mari între tarifele DRG între spitale?**

Diferențele mari între tarifele pe caz ponderat pentru anul 2002 ale spitalelor de același tip se datorează: capacități de colectare și finanțare pe plan local, consumului diferențat de servicii spitalicești – ca structură și număr, gradului de dotare a spitalului, situației datoriilor, managementului intern al spitalului (surse suplimentare de finanțare, mod de atragere și gestionare a resurselor, politica datoriilor, a aprovizionării și a achizițiilor, etc.).

Pentru egalizarea TCP sunt necesare:

- ”românizarea” valorilor relative împrumutate,
- fundamentarea economică – calcul realist, bine documentat al TCP, bazat pe rezultatele financiare ale primului an de plată pe caz,
- simularea bugetelor spitalelor pe DRG (pe baza noilor calcule a VR),
- decizie politică documentată,
- capacitatea de plată a caselor de asigurări,
- management eficace la nivelul spitalelor.

## **CINE...**

### **Cine va instrui restul spitalelor care vor intra în sistemul DRG ?**

Probabil instituția care se va ocupa de implementare, într-o manieră oarecum diferită față de cea folosită cu spitalele din proiect – formarea de formatori la nivel regional/local, formarea la distanță, folosirea experienței celor deja implicați.

### **De cine este influențat indicele de complexitate a cazurilor?**

ICM este direct influențat de gravitatea cazului, reflectată prin codificarea corectă a diagnosticului principal la externare, a diagnosticilor secundare (comorbidități și/sau complicații), procedurilor și principalelor investigații paraclinice, precum și de proporția cazurilor grave în totalitatea numărului de cazuri tratate.

## **Cum vor fi evidențiate arieratele în cheltuiala anului în curs?**

Cheltuielile stau la baza calculării costurilor și tarifelor pe pacient ponderat. Arieratele sunt plătite separate prin contracte adiționale, iar valoarea lor a fost inclusă în cheltuielile anului precedent.

## **Cum am putea intra în posesia unui grouper ?**

Detalii privind achiziționarea și costul găsiți pe site [www.hcfa.gov](http://www.hcfa.gov)

Dar atenție! Există posibilitatea ca în 2003 să se decidă utilizarea altui grouper.

## **Cum se introduc cheltuielile făcute de către cabinetul de planificare familială?**

În Exbuget 2 se introduc numai cheltuielile efectuate în spital pentru pacienți internați.

## **ÎNTREBĂRI DIVERSE**

### **Până în momentul actual, întregul program DRG (softul, angajați, cheltuielile spitalului), a dus la cheltuieli mai mari sau mai mici de la bugetul sănătății, față de anii trecuți?**

Cele SUPPLEMENTARE (adică făcute EXCLUSIV în scopul implementării acestui sistem) au fost ne semnificative de la bugetul sănătății – ca de exemplu o normă la nivelul spitalului pentru, eventual, un operator PC, două-trei zile de deplasare la un curs etc; au existat însă cheltuieli DIRECTE suportate de partenerii din proiect – consultanța tehnică externă și locală, întâlniri, cursuri, echipamente – la un nivel de sub 1 milion USD pentru întreaga perioadă de 2,5 ani. De reținut că acest gen de cheltuieli sunt în mare parte cheltuieli care se fac la introducerea sistemului (deci o singură dată), și nu recurente (care apar în fiecare ciclu de funcționare).

### **Având în vedere pregătirea și experiența dumneavoastră credeți că acest sistem este bun pentru România?**

Da, credem că sistemul de finanțare prin DRG este un instrument util sistemului sanitar din România din două motive. În primul rând acesta ne permite să măsurăm clar și consecvent ce tipuri de pacienți sunt tratați. În al doilea rând, permite finanțarea spitalelor pe baza pacienților reali pe care i-au tratat în loc de factori arbitrari cum ar fi numărul de paturi sau numărul de zile de spitalizare. În timp ne așteptăm ca acest tip de sistem să aducă o transparență mai mare în întreg sistemul de sănătate.

### **Raportările detaliate ale spitalelor trebuie să fie confidențiale pentru CJAS?**

Conform Legii 544 / 2001, datele personale pot fi colectate de o anumită instituție doar în condițiile existenței unor dispoziții legale exprese, în scopul exercitării atribuțiilor. În prezent, conform Ordinului MSF 935 / 2000, doar Echipa Proiectului DRG este abilitată să colecteze astfel de informații.

## **După septembrie 2002 tranziția biroului DRG se va face către o instituție existentă sau va deveni instituție independentă?**

Cel mai probabil, activitatea prezentă a biroului DRG va fi preluată de una dintre instituțiile existente care se va reorganiza în vederea desfășurării activității efectuate acum de biroul DRG.

## **În ceea ce privește repartizarea cheltuielilor generale ale spitalului, în cazul utilităților, cheia de repartizare pe destinații este suprafața. Vi se pare normal ca o secție clinică și spălătoria (unde cheltuielile cu iluminatul, apa sunt mult mai mari) să aibă aceeași cheie de repartizare?**

Alocarea cheltuielilor cu încălzirea și curățenia se face în funcție de suprafața deservită. Ceea ce ne interesează în final este repartizarea cheltuielilor secțiilor paraclinice și administrative către secțiile clinice cu paturi (centrele de cost finale). Nici o metodă de alocare nu este perfectă, dar important este ca repartizarea finală a cheltuielilor spitalicești pe secțiile clinice cu paturi să fie cât mai realistă.

## **Este posibilă o interfață între Exbuget 2 și programele existente în spital la farmacie, laborator, contabilitate etc.?**

Este posibilă, în funcție de limbajul de programare utilizat la softurile existente (Exbuget 2 este o aplicație Fox Pro). Consultăți analistul programator. Nu se poate concepe însă o interfață universal valabilă.

## **ÎNTREBĂRI ȘI RĂSPUNSURI DE CODIFICARE**

### **Cum se codifică vizualizarea interiorului unei articulații utilizând un artroscop?**

Codificarea artroscopiei se găsește în nomenclatorul explorărilor funcționale la codul 1697.

### **Cum se codifică:**

- a. determinarea glicemiei pe teste rapide (recoltarea de sânge din pulpa degetului)?**
- b. educația diabeticului?**

- a. Până la intrarea în practici a noii codificări privind examenele de laborator se va codifica la 2.130 sau 2.131 (examen clinic sau enzimatic).
- b. Educația diabeticului, cod Z71.3

### **Cum se codifică Foaia de Observație a unui nou născut la termen și care în timpul nașterii a suferit o fractură de claviculă datorită traumatismului obstetrical:**

Diagnostic principal – P13.4 – Fractură claviculă datorită travaliului obstetric

Diagnostic secundar – Z38.0 – Copil unic născut în spital



**Cum se codifică Foaia de Observație a unei paciente care s-a internat pentru o na<sup>o</sup> tere la termen cu făt mort reținut antepartum fără complicații post partum (lăuzie normală)?**

Diagnostic principal – O36.4 – Îngrijiri acordate mamei pentru decesul intra-uterin al fătului

Diagnostic secundar – Z37.1 – Na<sup>o</sup> tere unică cu născut mort

**Cum se codifică o ruptură de sarcină extrauterină însoțită de ° oc?**

Diagnostic principal – O00.1 – Sarcină tubară

Diagnostic secundar – O08.3 – <sup>a</sup> oc ca urmare a sarcinii tubare

**În broșura cu exemplele ° i răspunsurile primite de la dumneavoastră în luna februarie 2002 la capitolul – Răspunsuri la întrebările adresate de Spitalul Universitar Bucure<sup>o</sup> ti – examinarea cu artroscopul pentru vizualizarea interiorului unei articulații ° i chirurgia articulației utilizând un artroscop, ambele codifică la capitolul 5.81 (după subdiviziuni). În clasificarea internațională a intervențiilor chirurgicale la capitolul 5.81 Refaceri ° i intervenții plastice pe structuri articulare nu avem subdiviziuni corespunzătoare pentru artroscopie; (5.810, etc) includ alte categorii de intervenții, iar programul de calculator nu accepta codul 5.81 fără subdiviziuni.**

În cazul unui cod care are subdiviziuni se vor utiliza obligatoriu acestea, altfel programul de calculator respinge codul.

În ceea ce prive<sup>o</sup> te artroscopia, o veți găsi la codul 1697 din Nomenclatorul Explorărilor Funcționale.

Buletinul DRG se dore<sup>o</sup> te 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 ° i sugestiile dumneavoastră în ceea ce prive<sup>o</sup> te 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](mailto:cassb@cmb.ro)

Cu mențiunea: "Pentru Buletinul DRG"