



Cuprins:

Codificare	1
Evaluare de costuri spitalicești	2
Indicatori de activitate clinică în anul 2005	3
Prezentare proiect Phare-DRG	4

CODIFICARE

În luna octombrie 2005 unele spitale au semnalat Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate faptul că nici un pacient nu a fost grupat în DRG 504 Arsuri extinse de grad 3 cu grefă de piele, cu valoare relativă (VR) de 19.3755 și DRG 505 Arsuri extinse de grad 3 fără grefă de piele, cu valoare relativă 2.0408, deși au existat în realitate astfel de cazuri.

Astfel, INCDS a realizat o analiză a bazei de date pentru primele nouă luni ale anului 2005, a constatat că situația semnalată este reală (nu s-a găsit nici un caz grupat în DRG 504 sau DRG 505) și s-a identificat drept cauză o eroare în tabela de corespondență (mapping) a diagnosticelor. Mai concret, modul de definire al diagnosticului diferă în cele două sisteme de clasificare: în ICD-10 arsurile sunt grupate **fie** după localizare și grad, **fie** după suprafața corporală afectată, în timp ce în ICD-9 ele sunt clasificate după suprafața corporală și grad. Astfel, datorită acestei erori, cazurile care ar fi trebuit să se grupeze în DRG 504 și DRG 505, se redistribuiau între următoarele DRG:

- DRG 506 Arsuri profunde cu grefă de piele sau leziuni prin inhalare cu complicații și comorbidități sau traumă semnificativă, cu VR 4.7616
- DRG 507 Arsuri profunde cu grefă de piele sau leziuni prin inhalare fără complicații și comorbidități sau traumă semnificativă, cu VR 2.0350
- DRG 508 Arsuri profunde fără grefă de piele sau leziuni prin inhalare cu complicații și comorbidități sau traumă semnificativă, cu VR 1.0639
- DRG 509 Arsuri profunde fără grefă de piele sau leziuni prin inhalare fără complicații și comorbidități sau traumă semnificativă, cu VR 0.6656
- DRG 510 Arsuri superficiale cu complicații și comorbidități sau traumă semnificativă, cu VR 1.4772
- DRG 511 Arsuri superficiale fără complicații și comorbidități sau traumă semnificativă, cu VR 0.7493

Ca urmare, Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate a propus modificarea tabelii de corespondență (mapping-ului) pentru un număr de 16 diagnostice, ceea ce va determina gruparea cazurilor care au unul din diagnosticele principale sau secundare din

această listă, în DRG 504 (dacă s-a efectuat grefă de piele) sau în DRG 505 (dacă nu s-a efectuat grefă de piele). De asemenea s-au realizat o serie de simulări ce estimau impactul financiar al modificării propuse și toate materialele au fost trimise spre aprobare Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

După analizarea acestor materiale, prin adresa 863/21.12.2005, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a comunicat Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate că este de acord cu această modificare și solicitat aplicarea ei începând cu regularizarea anului 2005.

EVALUARE DE COSTURI SPITALICEȘTI

În luna decembrie 2005 s-a încheiat prima etapă a Studiului de evaluare a costurilor spitalicești la nivel de pacient; Programul Național 4.

Scopul studiului este îmbunătățirea managementului de spital și a finanțării bazate pe caz prin documentarea cu costuri reale la nivelul grupelor de diagnostice și valori relative românești, iar prin aceasta, adaptarea sistemului DRG la particularitățile patologiei și practicii medicale din România.

Studiul are în vedere experiența a 27 de spitale înscrise voluntar care deja calculează, după metode proprii, costuri pe pacient. Dintre acestea, pentru definitivarea listei de spitale eligibile s-a ținut cont de capacitatea spitalelor de evidență a consumurilor și a costurilor aferente la nivel de pacient, cel puțin pentru costurile directe medicale. Informațiile culese inițial despre spitalele înscrise conțin: tipuri de costuri evidențiate la nivel de pacient, număr și tip de pacienți pentru care s-au calculat costurile, formatul electronic de colectare și calculare, perioada.

Metodologia de calculare are la bază principiul *colectării de jos în sus* a costurilor directe la nivel de pacient, costurile indirecte fiind *alocate* pe fiecare secție clinică și pe pacient. Formula generală de calcul propusă a fost:

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

Costurile directe colectate la nivelul spitalelor trebuie să cuprindă minim costul total cu medicamentele la nivel de pacient, costurile cu materiale sanitare la nivel de secție, costurile totale paraclinice la nivel de pacient, costurile de personal și hotelier la nivel de spital, de preferat la nivel de secție. Acest lucru este necesar pentru o uniformitate a alocării costurilor indirecte.

Din totalul spitalelor care au transmis date numai 14 spitale au afirmat că au anumite evidențe ale cheltuielilor la nivel de pacient.

Discuțiile asupra metodologiei au ținut cont de nevoia captării în timp util și cu acuratețe a datelor de cost la nivel de pacient, după o structură relevantă. Astfel, în paralel cu setul minim de date la nivel de pacient (SMDP) era necesară obținerea unui set minim de date de cost la nivel de pacient (SMCP). Structura SMCP are în vedere principalele tipuri de costuri directe ce se efectuează pentru pacient (medicamente, materiale sanitare, investigații, proceduri, cheltuieli personal medical) și un cost indirect. Pe această structură a fost elaborată o aplicație de colectare a datelor de cost și instalată la spitalele selectate. Ca elemente de identificare între cele două seturi de date (SMDP și SMCP) au fost stabilite: caz ID, ID spital și secție, numărul foii de observație, data de internare și data de externare.

Spitalelor le-a fost solicitată introducerea datelor de cheltuieli pentru o lună de zile, la alegerea spitalului, septembrie, octombrie sau noiembrie 2005. Pentru datele la nivel de

pacient au fost solicitate date pentru pacienții externati în luna pentru care se face raportarea similar raportării lunare a datelor din setul minim de date la nivel de pacient.

Datele raportate de către spitale au fost colectate într-o bază comună la care s-au adăugat prin identificare la nivel de pacient a datelor din SMDP. Analiza datelor a urmărit proporția între diferitele tipuri de cheltuieli la nivel de spital comparativ cu proporția națională, cele mai frecvente DRG-uri pentru care s-au trimis și date de costuri, la fiecare din aceste DRG-uri proporția cheltuielilor directe și a celor indirecte, costurile directe pe caz, costuri indirecte pe zi de spitalizare la fiecare spital în parte și costuri medii pe caz cu valorile relative asociate.

Evaluările și analizele realizate au permis identificarea unor dificultăți în determinarea costurilor medii și a valorilor relative asociate pe baza datelor ce pot fi furnizate în prezent de la spitale. Parte din aceste dificultăți rezidă fie în lipsa elementelor de identificare între cele două seturi de date SMDP și SMCP fie în discontinuitățile în completarea cheltuielilor legate de articolele bugetare, funcție de capacitățile tehnice ale spitalelor. Ținând cont de aspectul voluntar al participării spitalelor din acest proiect și disponibilitatea manifestată pe această perioadă a proiectului se observă că date de costuri directe la nivel de pacient se pot obține numai cu privire la medicamente și parte din materialele sanitare. Îmbunătățirea calității datelor furnizate necesită pe de o parte informații care la momentul de față nu sunt colectate de spitale (de exemplu evidențierea separată funcție de fondurile de proveniență) dar și motivarea și susținerea spitalelor participante în proiect.

INDICATORI DE ACTIVITATE CLINICĂ ÎN ANUL 2005

1. Numărul de cazuri externate raportate și validate de la cele 412 spitale care au trimis SMDP în anul 2005 este de 4,7 milioane, număr care însă subestimează volumul real din cauza neraportării complete din partea unor spitale (care nu sunt finanțate pe DRG).
2. Numărul de cazuri externate raportate și validate pentru toate cele 276 de spitale finanțate pe bază de caz rezolvat – DRG este de 4.085.433. Comparativ cu nivelul cazurilor din 2004 (folosit pentru norme 2005), în anul 2005 se înregistrează o scădere cu 2% a numărului de cazuri externate.
3. Raportul spitalizărilor între secțiile chirurgicale și cele medicale este de aproximativ 3/5
4. Aproximativ 1/3 dintre spitalizări au loc în secții medicale de specialitate
5. 85% dintre pacienți apelează la spitale din județul lor de domiciliu
6. Durata medie de spitalizare este de 7 zile în secțiile de acuți și de 18 zile în secțiile de cronici.
7. 22% dintre pacienții spitalizați în secții de acuți și 50% dintre pacienții spitalizați în secții chirurgicale sunt operați. De remarcat că rata operabilității în secțiile chirurgicale este mult sub rata așteptată (70%). De asemenea, este de menționat că există diferențe mari între spitale, această rată variind de la un spital la altul de la 18% la 66%.
8. Durata medie de spitalizare preoperatorie este de aproximativ 2 zile
9. Durata medie de spitalizare postoperatorie este de aproximativ 6 zile
10. 58% dintre pacienții spitalizați sunt adulți (18-65 ani) și 20% sunt vârstnici (peste 65 ani)
11. 50% dintre spitalizări sunt în regim de urgență. Acest lucru se datorează fie unor servicii prespitalicești ineficiente fie, mai curând, unui abuz în codificarea acestui tip de internare.

12. Mortalitatea spitalicească este de 0,9%, 17% dintre decese producându-se în prima zi de spitalizare iar 10% în a doua zi de spitalizare.
13. 32% dintre pacienți ies vindecați din spital iar alți 61% ies cu stare ameliorată, ceea ce ar putea indica fie o eficacitate ridicată a serviciilor spitalicești fie un abuz de codificare.
14. Situația ICM realizat indică o valoare la nivel național după primele 12 luni de 0,7677, fiind cu 7% mai mare față de cel înregistrat în anul 2004, de 0,7180. Tendința de creștere ușoară observată de la lună la lună în cursul primelor trei trimestre s-a diminuat, înregistrându-se totuși o creștere ușoară în luna decembrie. Situația ICM la 12 luni indică un număr de 229 de spitale cu un ICM mai mare decât nivelul contractat (cel din anul 2004), din care 4 spitale au peste 50% mai mult decât nivelul contractat.
15. Din situația celor mai frecvente 10 grupe de diagnostic (DRG) la nivel național se observă că:
- Cele mai frecvente 10 grupe de diagnostic (DRG) sunt responsabile pentru aproximativ o cincime dintre spitalizări
 - Între primele grupe de diagnostice se regăsesc patologii care sunt potențial tratabile și în ambulatoriu
 - O altă parte importantă a serviciilor spitalicești o reprezintă cele legate de naștere

Nr. Crt.	Grupe de diagnostic (DRG)	Cod DRG	Tip DRG	Nr Cazuri	%Cazuri	%Cazuri cumulat
1	Insuficiența cardiacă și șocul	127	M	134.763	2,9%	2,9%
2	Infecții resp. sup. și otita medie vârsta 0-17 ani	070	M	118.440	2,5%	5,4%
3	Probleme medicale ale spatelui	243	M	116.324	2,5%	7,9%
4	Nou-născutul cu alte probleme semnificative	390	M	102.920	2,2%	10,1%
5	Nașterea vaginală fără diagnostic complicat	373	M	93.421	2,0%	12,1%
6	Hipertensiunea arterială	134	M	92.779	2,0%	14,0%
7	Boala pulmonară cronică obstructivă	088	M	85.772	1,8%	15,9%
8	Psihozele	430	M	83.683	1,8%	17,6%
9	Boli cerebrovasculare specifice cu excepția atacului ischemic tranzitor	014	M	72.348	1,5%	19,2%
10	Boli ale ficatului cu excepția tumorilor, cirozei, hepatitei alcoolice fără complicații și comorbidități	206	M	72.145	1,5%	20,7%

PREZENTARE PROIECT PHARE-DRG

(rezumat realizat de echipa proiectului pe baza raportului preliminar)

„Îmbunătățirea responsabilității și a transparenței în alocarea și utilizarea resurselor sistemului sanitar prin implementarea unui sistem informatic de monitorizare a morbidității în spitale și un sistem de finanțare pe bază de caz rezolvat (DRG) în spitale.”

Proiectul a fost elaborat de Ministerul Sănătății și aprobat ulterior pentru suport financiar de la Uniunea Europeană prin programul Phare. Proiectul va fi implementat pe o perioadă de 18 luni începând din noiembrie 2005.

Câștigătorii licitației privind implementarea acestui proiect (EuropeAid/119642/D/SV/RO – RO Phare 2003/005-551.04.08) sunt firmele *Gesellschaft fuer Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.v. (GVG)* din Germania și *International Consulting Group (ICG) 2000* din România.

Termenii de referință ai proiectului menționează patru obiective majore, care pot fi rezumate după cum urmează:

- Adoptarea standardelor internaționale de clasificare a pacienților (sistemele de codificare ICD 10 AM și de grupare AR DRG v.5) care să reflecte recomandările Uniunii Europene și ale Organizației Mondiale a Sănătății
- Dezvoltarea unui sistem național de raportare și monitorizare a activității spitalului, pe baza datelor clinice colectate la nivel de pacienți (actualizarea SMDP)
- Dezvoltarea sistemului de plată a spitalului pe baza numărului și tipurilor de pacienți (cazuri) tratați (inclusiv metodologia de calcul al costurilor)
- Dezvoltarea mecanismelor de creștere a performanței sistemului, inclusiv a reducerii spitalizărilor nenesesare, a duratei excesive de spitalizare și îmbunătățirea calității serviciilor de asistență medicală (dezvoltarea de protocoale de practică medicală).

Am observat că sistemul sanitar românesc de dinainte de 1990 avea multe caracteristici oportune, dar nu existau stimulente pentru a inova, iar eficiența era scăzută în cea mai mare parte. Tranziția către o economie mixtă a fost însoțită de reușite în situații dificile și de creșterea performanței sistemului sanitar.

Totuși, au rămas câteva probleme fundamentale – în special aspecte legate de cultura organizațională și profesională care impun bariere în calea inovației. Mai mult decât atât, schimbările de ordin social și economic care au avut loc după 1990 au creat noi probleme.

Am făcut un rezumat al modalităților actuale de finanțare a furnizorilor de servicii de asistență, și, în special, al celor de finanțare pentru asistența spitalicească. În multe privințe, vechea abordare a bugetului pe bază de resurse, este încă în vigoare (deși există un control mai bun al eficienței și calității serviciilor de asistență prin procese mai precise de contractare).

Această trecere către plata pe caz rezolvat a fost facilitată de înlocuirea clasificării depășite a procedurilor cu modelul australian (ICD-10-AM) și există planuri de introducere a versiunii îmbunătățite ICD-10 AM a clasificării diagnosticelor. Determinarea grupelor de diagnostice a utilizat o variantă americană de clasificare numită HCFA-18. Oricum, a fost achiziționată o variantă mai relevantă, clasificarea australiană AR-DRG versiunea 5, și se intenționează implementarea acesteia în viitorul apropiat.

Concluzia este că au fost făcuți pași importanți în direcția bună. Cu toate acestea, există încă multe provocări, inclusiv nevoia de îmbunătățire a corectitudinii datelor clinice, pentru a realiza estimări mai exacte ale tarifelor pentru fiecare grupă de diagnostice ca bază pentru determinarea valorilor relative, și nevoia de a îmbunătăți modul în care spitalele răspund la schimbarea oportunităților și la stimulentele asociate cu finanțarea pe bază de caz rezolvat DRG.

Cei mai mulți dintre directorii de spitale sprijină aceste tendințe. Totuși, mulți dintre ei sunt preocupați de valorile relative ale tarifelor pe grupe de diagnostice (și în special tarifele pentru serviciile de obstetrică și pediatrie). Unele dintre spitale consideră că au fost subfinanțate în trecut și sunt preocupate de schimbarea prea lentă de la finanțarea pe bază de resurse la noile metode pe bază de rezultat. De asemenea, există preocupări în ceea ce privește suprapunerea sistemelor de raportare externă și lipsa măsurilor valide de calitate a serviciilor de asistență. Aceasta se compune din lipsa aproape totală a metodelor moderne de control al procesului clinic, cum ar fi protocoale de îngrijire.

Activitatea A: generarea datelor privind grupele de diagnostice

Sunt propuse cinci activități majore. În primul rând, vom sprijini înființarea structurilor de menținere și îmbunătățire a sistemelor de clasificare. Aceasta include înființarea unui Comitet Consultativ Clinic Român.

În al doilea rând, vom analiza situația actuală a sistemelor de clasificare și modul în care acestea sunt utilizate. Aceasta include clasificarea în grupe de diagnostice și clasificarea diagnosticelor și a procedurilor. Vom acorda sprijin pentru implementarea corectă a acestor clasificări.

În al treilea rând, vom facilita cursuri pentru instituțiile centrale, cele județene și personalul din spitale privind noile clasificări. Vor fi create facilitățile de învățare continuă, inclusiv învățarea la distanță.

În al patrulea rând, vom sprijini dezvoltarea și implementarea unui sistem de control al calității codificării datelor din spitale. Aceasta va include pregătirea personalului din spitale în înregistrarea, extragerea și codificarea datelor clinice.

În sfârșit, vom propune măsuri care să asigure respectarea de către spitale a cerințelor de raportare, inclusiv revizuirea legislației și a regulamentelor acolo unde este necesar.

Activitatea B: dezvoltarea și actualizarea Setului minim de date de bază (SMDP)

Există trei activități importante. În primul rând, vom asigura încorporarea noilor cerințe de raportare a datelor legate de introducerea AR-DRG într-un set minim de date la nivel de pacient actualizat (SMDP). Se va acorda atenție reducerii inconsecvențelor și ineficienței în formatele de definiție și raportare a datelor, și utilizării metodelor îmbunătățite de control al calității. Se vor face recomandări privind legislația relevantă.

În al doilea rând, vom sprijini diferite activități de formare. Acestea vor include formarea furnizorilor de servicii de sănătate în utilizarea SMDP actualizat și sprijinirea INCDS în îmbunătățirea sistemelor de procesare, audit și raportare a datelor. De asemenea, se va acorda atenție îmbunătățirii abilității directorilor din sectorul sanitar în ceea ce privește specificarea și utilizarea rapoartelor analitice bine elaborate, cu accent pe interpretarea datelor privind grupele de diagnostice. Vor fi create facilitățile de învățare continuă, inclusiv învățarea la distanță.

În al treilea rând, vom revizui și apoi vom asista actualizarea sistemelor informatice privind datele pe grupe de diagnostice. Aceasta va include și consultanță pentru a stabili dacă spitalele trebuie să aibă acces la softul intern de determinare a DRG-urilor, și dacă da, cum poate acest lucru să fie pus în practică.

Activitatea C: dezvoltarea sistemului național de plată pe baza DRG

Patru activități majore cad sub incidența acestui titlu. În primul rând, vom revizui sistemele de clasificare a spitalelor din România și din alte țări. Vom stabili principiile de dezvoltare a rețelelor de spitale și le vom adapta la situația din România. Se vor prezenta recomandări privind implementarea progresivă a sistemului dorit, ceea ce include și reglementările pentru acesta.

În al doilea rând, vom propune și testa metode îmbunătățite de finanțare a furnizorilor de servicii pentru cazurile acute. Vom face recomandări privind elaborarea protocoalelor de practică medicală integrată, vom descrie opțiunile de elaborare și apoi vom face recomandări privind abordarea preferată și parcursul corespunzător de tranziție către acestea. Se va acorda o atenție deosebită calculării și finanțării serviciilor spitalicești pentru non-acuți, de terapie intensivă și serviciilor spitalicești terțe.

În al treilea rând, vom forma directorii de spital în ceea ce privește noul sistem de finanțare, inclusiv medicii clinicieni și directorii medicali. La cursurile de formare vor participa și alte categorii de personal medical, care vor fi sprijinite prin pagina de internet.

Vom face recomandări privind monitorizarea și auditul intern și extern al performanței. Opțiunile externe care pot fi luate în considerare includ înființarea unei agenții de acreditare. Vor fi propuse, de asemenea, diferite metode de îmbunătățire a controlului intern al calității, împreună cu stimulentele financiare de utilizarea a acestora.

În sfârșit, vom prezenta recomandări privind schimbările necesare integrării sistemelor de finanțare bazate pe DRG cu alte componente ale sistemului de finanțare a furnizorilor de servicii. Scopul va fi identificarea și rezolvarea inconsecvențelor dintre metodele de rambursare, a stimulentele financiare corupte sau în conflict de interese, și inechitatea finanțării.

Activitatea D: determinarea valorilor relative pentru plata prin DRG a spitalului

Există două activități majore care decurg din acest capitol. În primul rând, vom face recomandări și apoi vom testa o metodologie la nivel național privind valorile relative, în principal pentru a oferi baza pentru stabilirea ratelor de finanțare pe grupe de diagnostice și evaluarea continuă a eficienței productivității. Aceasta va include achiziționarea și formarea în utilizarea unui soft destinat valorilor relative.

În a doilea rând, vom realiza un studiu al tarifelor într-un număr de spitale, pentru a calcula primele valori relative naționale pentru AR-DRG versiunea 5. În afară de calcularea valorilor relative, vom testa estimarea tarifelor standard din protocoalele de îngrijire pentru un volum mare de DRG-uri într-un anumit număr de spitale interesate.

Activitatea E: reducerea nivelului de servicii necorespunzătoare

Vom acorda o atenție deosebită unui număr de trei probleme. În primul rând, vom evalua volumul de internări neoportune în spitalele din România, și apoi vom face recomandări privind acțiunile de reducere a acestora. Vom adapta Protocolul de Evaluare a Oportunității pentru a fi utilizat în spitalele din România, posibil cu sprijin din partea Comitetului Consultativ Clinic Român.

În al doilea rând, vom propune metode de reducere a duratelor lungi neoportune de spitalizare. Recomandările noastre vor include stabilirea unor protocoale cu țările similare – în special cu acele țări care au înregistrat progrese în reducerea duratei de spitalizare în ultimii ani. Se va acorda atenție utilizării metodelor moderne de planificare a internărilor și a protocoalelor de îngrijire, deoarece acestea ajută la reducerea duratelor de spitalizare.

În al treilea rând, vom analiza experiența din România în ceea ce privește realocarea resurselor din spitale către alte sectoare, și între serviciile spitalicești și serviciile din ambulatoriu. Vom identifica și apoi remedia constrângerile care stau în calea schimbării. În sfârșit, vom selecta, adapta și testa procesele de orientare a asistenței către comunitate, ceea ce include stabilirea standardelor, dezvoltarea serviciilor de asistență comunitară îmbunătățite, și revizuirea stimulentele financiare.

Echipa actuala a Proiectului: Prof. Don Hindle, Team Leader; Mat. Mihai Vîlnoiu, Deputy Team Leader; Dr. Cristian Cîrciu, Coordonator național; Dr. Dorin Ionescu, Expert pe codificare; Mihaela Ionescu, Coordonator birou; Răzvan Ciobanu, Administrator

Contact proiect Phare-DRG: office@icg2000.ro

Prezentarea metodologiei studiului

