

# **Analiza comparativă a sistemului de finanțare DRG din România și Ungaria**

**dr. László LORENZOVICI**

**medic, economist, specialist în economie sanitară, DRG Audit, Tg- Mureș**

**dr. Levente VASS**

**medic, specialist în management sanitar, DRG Audit, Tg- Mureș**

**Dr. Csaba SZUMMER**

**PhD, economist, HBCs Audit, Budapesta**

**dr. László IMRE**

**medic, HBCs Audit, Budapesta**

**Scopul lucrării:**

**Metoda utilizată:**

- analiză la nivel macro și micro**
- elemente tehnice ale DRG**

# *Experiența internațională disponibilă:*

## **Ungaria:**

- a introdus sistemul de finanțare DRG în 1993
- prima țară din Europa, al treilea din lume

## **România:**

- a introdus sistemul de finanțare DRG în 2004/2005
- 1995 - 2002: Suedia, Franța, Portugalia, Austria și Italia
- 2003 - 2005: în Olanda, Germania
- în curs de implementare: M. Britanie, Bulgaria și Turcia

# ***1. Conjunctura macroeconomică în momentul introducerii DRG:***

## **Ungaria:**

- 1993: criză economică, PIB s-a diminuat cu 20 - 30 %
- 1995-1996: politică bugetară restrictivă (↓ 24 %)
- percepția greșită a spitalelor despre DRG

## **România:**

- conjunctură economică favorabilă

## ***2. Decizia politică:***

### **Ungaria:**

- decizie fermă privind introducerea și utilizarea DRG (încă din prima zi)

### **România:**

- încă nu se vede decizia politică fermă privind continuitatea utilizării sistemului DRG

### **Motive suplimentare:**

- extindere în etape, prelungirea uniformizării tarifelor,
- reguli de finanțare neclare, apariția întârziată a acestora, neaplicarea uniformă, lipsa de informare ...

### ***3. Colectarea resurselor în sănătate și finanțarea spitalelor:***

**Asigurări similare, modelul Bismarck - Germania.**

**Diferențe:**

**Ungaria:**

**- o singură casă de asigurări, colectare și alocare centralizată**

**România:**

**- sistem decentralizat**

**- există inechități importante între județe și disfuncționalități în decontarea serviciilor între case**

## ***Consecințe legate de DRG***

**DRG: competiție între spitale la nivel de venituri și costuri**  
**Nu este rațional, ca această competiție să se reducă la nivel de județ (în medie 3 – 8 spitale / județ)**

**Sistemul descentralizat românesc contravine și principiului solidarității, totodată numărul mic de locuitori dintr-un județ (3 - 600 000 locuitori) nu e suficient pentru funcționarea eficientă a unei case județene.**

## ***4. Situația competițională între spitale:***

### **Ungaria:**

- competiția puternică între spitale

Această competiție este asigurată de:

- fondul unic național pentru spitale
- sistemul de finanțare și decontare:

**Banii urmează pacientul!!!**

### **România:**

- aparent există o puternică competiție între spitale la nivel județean dar în realitate există diferențe mari între județe
- motivul: regularizările trimestriale nu se fac în fiecare județ



## **4. Situația competițională între spitale (continuare):**

### **România:**

- Pentru asigurarea unui mediu competițional adevărat și complet, este important, ca regularizările trimestriale să fie aplicate la fiecare spital (acesta să fie obligatoriu prin lege, CC), inițial dintr-un fond de redistribuție național, iar în viitor prin înființarea fondului (bugetului) unic național pentru spitale.
- Astfel, spitalele care oferă servicii de calitate și care sunt mai eficiente să nu aibă pierderi financiare datorită neachitării serviciilor efectuate, cum se întâmplă acum.
- Să nu penalizăm aceste spitale, ci să-i premiem.

## ***5. Asigurarea funcționării continue fondului pentru spitale, la nivel de casă (sustainable financing):***

### **Ungaria:**

- funcționarea acestuia este facilitată de colectarea și alocarea națională a fondurilor.
  - finanțarea spitalelor prin DRG se realizează prin buget închis (fix) de spital
  - CNAS estimează numărul de VR ce se vor realiza la nivel național, și stabilește TCP (0,5 mil. externări, 1,2 mld EUR)
- Dacă VR realizată diferă de cel estimat, există 4 metode de intervenție:**

## ***5. Fond spital... (continuare):***

### **Ungaria:**

- a. Subestimare realizări: x ICM cu un indice subunitar**
- b. Supraestimare realizări: x tarif cu un indice supraunitar**
- c. Subestimare realizări: modificare criterii de grupare-disf.**
- d. Finanțare degresivă: bază 90 % din 2003**
  - depășiri între 0 - 5 %, se decontează 60 %**
  - depășiri între 5 - 10 %, se decontează 30 %**
  - depășiri peste 10 %, se decontează 10 %**

## ***5. Asigurarea funcționării continue fondului pentru spitale...***

### **România:**

- buget fix la început de an
- regularizare trimestrială numai în limita bugetului
- bugetul inițial nu poate fi depășit, indiferent de realizări
- rectificare imprevizibilă, fără legătură directă cu realizări

***Întrebare:*** care a fost metoda de stabilire a bugetului inițial

## ***5. Asigurarea funcționării continue fondului pentru spitale...***

**România** - consecințe:

Între diferite județe și între diferite spitale există inechități semnificative, deoarece bugetele stabilite la începutul anului diferă în mare măsură de realizările efective.

Sistemul de finanțare DRG în majoritatea cazurilor nu asigură venituri mai mari în anul curent spitalelor cu realizări mai bune, dar poate diminua sumele alocate spitalelor cu realizări slabe.

Acest fapt diminuează semnificativ eficiența tehnicii DRG, legitimitatea ei, lipsește posibilitatea de a proiecta veniturile și de a adapta cheltuielile la ele, descurajează managementul spitalelor care nu va face demersuri pentru gospodărirea eficientă a resurselor.

## 6. *Egalizarea TCP*

După introducerea DRG, în ambele țări s-au descoperit diferențe mari între spitale la costuri.

În România TCPm la primele 10% era de 2,75 ori mai mare decât TCPm la ultimele 10 % (x 2,5 în 2005).

### Ungaria:

- procesul s-a încheiat în 3 ani (1993-1996).
- obs: în Ungaria s-au utilizat VR ungurești încă din primul moment al introducerii DRG.

### *Metode de compensare utilizate:*

- TCP propriu istoric (utilizat și în România)
- venitul minim garantat de 90 % (baza: venitul anului precedent)
- indice de progresivitate (ex: tariful clinicilor s-a înmulțit cu 1,2)<sub>14</sub>
- indice de specialitate (1996)

## 6. Egalizarea TCP (continuare)

### România:

- **2004**: 80/20 %, **2005**: 75/25 %, **2006**: ? 60/40 sau 50/50

Dacă se menține ritmul actual de egalizare, în cca. 5-6 ani tarifele se vor apropia semnificativ, iar în 15 ani se egalizează.

### Consecințe:

- nerezolvarea rapidă a inechităților semnificative ieșite la iveală diminuează credibilitatea reformei sanitare și a sistemului de finanțare DRG.

### Contraargumente pentru accelerarea reformei:

- egalizarea tarifelor trebuie realizat împreună cu introducerea VR românești.

**Inechitățile datorate tarifelor sunt mult mai mari, și depășesc cu mult inechitățile datorate VR americane / australiene!!!**

## ***1. Versiunile DRG***

### **Ungaria:**

- deși a fost dezvoltat din DRG-ul american, astăzi diferă mult de forma inițială, datorită multiplelor amendări ungurești

### **România:**

- se bazează pe DRG-ul american HCFA 18, dar treptat se trece pe cel Australian, în mai multe etape.



## ***2. Măsurarea costurilor, determinarea VR proprii:***

### **Ungaria:**

- introducerea DRG a fost precedată de o perioadă de 6 ani (1987 – 1992) în care s-au măsurat costurile în 28 de spitale.
- din 1 ianuarie 1992 toate spitalele raportează în DRG, dar sunt încă finanțate istoric,
- din 1 iulie 1993 s-a introdus integral DRG, cu VR unghurești
- VR au fost determinate pe baza datelor valide colectate de la 28 de spitale.

### **România:**

- măsurarea costurilor a început efectiv în 2005, și este în curs de desfășurare. Sistemul funcționează cu VR americane, deci reflectă structura de costuri din SUA (din 2007 pe cel australian?).

### ***3. Sistemul informatic:***

#### **România:**

- mediu informatic mult mai dezvoltat față de Ungaria în 1993
- atât programul de colectare de date și raportare, cât și dezvoltarea sistemului de telecomunicație reprezintă dotări avantajoase față de situația din Ungaria din 1993.
- viteza validării este demn de invidiat: 14 zile, în Ungaria: 40
- sistemul DRG din România este coerentă, curată, transparentă (deși spitalele cred, că biroul DRG manipulează ICM-ul. **Neîncredere!!!**).

#### **Ungaria:**

- sistemul din DRG a fost complicat pe parcurs prin modificări necugetate, care s-au suprapus în timp peste programul american și algoritmurile aferente.

## ***4. Reguli de încadrare***

Sistemul de finanțare DRG în multe privințe simulează reglementările pieței libere pentru prestatorii de servicii medicale. Această piață este o piață “planificată”, care este proiectată pe baza nevoilor de servicii medicale ale populației și de obiectivele pe termen lung ale politicii sanitare, care sunt transmise spre spitale prin regulile de încadrare ale DRG.

Modificările regulilor de încadrare în grupe DRG va determina adaptarea rapidă a spitalurilor la noile reguli, care determină introducerea unor noi reguli de către biroul DRG.

Acest feed-back și circuit determină modificarea adaptivă a sistemului DRG, și asigură echilibrul rațional al acestuia, dar numai în cazul în care colectarea de date despre costuri este asigurată în mod continuu, și VR reflectă corect costurile.

## **4. Reguli de încadrare (continuare)**

### **România:**

- încă de la început erau disponibile regulile de încadrare (în lb engleză) și tabelele de conversie.

### **Ungaria:**

- în momentul introducerii sistemului DRG nu erau disponibile pentru spitale regulile de încadrare

- în timp modificarea regulilor de încadrare a născut nenumărate anomalii, care s-au descoperit numai ulterior

Ex1: indice de specialitate (1996)

Ex2: subgrupe de TI. (grupe Z).

Consecințe: schimbarea structurii spitalelor, creșterea ponderii cazurilor din grupele Z la 10%.

## ***5. Greșelile de codificare***

**În perioada inițială au apărut în ambele țări, evidențierea acestor greșeli a cauzat probleme.**

**Importanța: distorsionarea ICM-lui și automat și al finanțării.**

### **Ungaria:**

- ex. Ungaria: oxigenator (VR=10).**
- răspunsul biroului DRG: introducerea listelor de competență, adaptarea grouperului**
- adaptarea spitalelor:**
  - înființarea auditului intern pe DRG**
  - achiziționare de programe informatice specifice**
  - contractare de servicii de audit extern pe DRG**



## ***6. Posibilități de revizuire și corecție a raportărilor***

### **Ungaria:**

- au fost permise mereu corecțiile de după raportare inițial în 6, apoi 4, și 2, iar acum timp de 1 lună, pentru orice caz!
- deoarece codificare = facturare, iar în toate domeniile (ex. declarație de impozit), unde decontările se fac pe bază declarare de date, se oferă mereu șansa celui care a emis documentul / declarația, pentru autorevizie, pentru corectarea ulterioară a greșelilor.

### **România:**

- este admisă după raportare corectarea numai a cazurilor nevalidate.

# ***LA NIVEL DE SPITAL: posibilitățile și limitele managementului:***

## **Ungaria:**

în câțiva ani s-a realizat autonomia managerială, în mâinile managementului aflându-se diverse mijloace cu ajutorul cărora se poate gospodări, poate conduce spitalul.

Managementul se poate adapta la modificările mediului economic (ex. modificarea regulilor de finanțare).

## **România:**

- mâinile managementului sunt legate de regl. specifice instituțiilor bugetare și de regulile de finanțare neclare:

- buget împărțit pe articole bugetare, între care nu pot fi realocate liber sumele existente

- îngrădirea completă a politicii de resurse umane



## *Posibilitățile și limitele managementului (continuare):*

### **România:**

- imposibilitatea calculării veniturilor: reguli de finanțare neclare (formulări de genul “dacă există resurse disponibile”) care la rîndul lor apar foarte tîrziu, nesiguranță semnificativă, bugetul inițial alocat acoperă funcționarea spitalului numai pe 9-10 luni, rectificarea de buget de la sfîrșitul anului este de necalculat și nesigur, iar banii nu urmează pacientul.

Finanțarea spitalului depinde parțial de realizări și parțial de greutatea politică a directorului în orașul / județul respectiv. Din acest motiv directorul de spital trebuie să gospodărească în mod eficient resursele, deci să fie un bun manager, dar și un bun politician, care știe să-și utilizeze influențele politice și să reprezinte interesele spitalului...

## ***Concluzii finale***

- 1. Sistemul de finanțare în DRG nu are alternative în România, deoarece nu există nici o altă tehnică în lume, care să fie capabil să oprească explozia cheltuielilor în sănătate.**
- 2. Se recomandă înființarea cât mai urgentă a fondului unic pentru spitale, deoarece împărțirea fondurilor la nivel de județ diminuează eficiența finanțării DRG. Până când se poate realiza acest lucru, se recomandă efectuarea regularizărilor dintr-un fond național de redistribuție.**
- 3. Egalizarea tarifelor trebuie accelerată, și nu neapărat trebuie legată de introducerea VR românești.**

## ***Concluzii finale (continuare)***

- 4. Trebuie scoase cătușele de pe mîna managementului spitalelor în cea ce privește gestionarea resurselor, structurii de paturi, de personal precum și transferul liber a fondurilor între articole bugetare, paralel cu asumarea responsabilității managementului.**
- 5. Trebuie stabilit și pus în aplicație un sistem de control la nivel de CAS, biroul DRG și spital.**
- 6. Este echitabil și de preferat introducerea posibilității de autocorecție de după raportare, deoarece numai asta poate asigura corectarea propriilor greșeli precum și decontarea echitabilă și integrală a serviciilor.**

**Mulțumesc pentru atenție!**

**Contact: László LORENZOVICI**  
**office@drgaudit.ro**