

Conferința Națională a Institutului Național de
Cercetare-Dezvoltare în Sănătate
20-22 Octombrie 2005, Sinaia, România

*Rezolvarea erorilor și evitarea fraudelor –
un nou pas în dezvoltarea finanțării bazate
pe caz rezolvat (DRG) în România*

Dr. Paul Radu, INCDS, ROMANIA

Dr. Cristinel Palas, INCDS, ROMANIA

Conținutul prezentării

- Situația actuală a finanțării bazate pe caz rezolvat (DRG) în România
- Consecințele erorilor asupra finanțării bazate pe caz rezolvat
- Metodologia de evaluare și intervenție pentru rezolvarea erorilor/abuzurilor
- Întrebări care necesită răspunsuri
- Concluzii

Situația actuală a finanțării DRG

- Toate spitalele ce furnizează îngrijiri acute – 276 – ce acoperă aprox. 4 milioane de externări pe an
- Plată prospectivă a spitalelor, combinată cu o regularizare trimestrială bazată pe cazurile efectiv externate
- Finanțare folosind un amestec de 75%-25% între tariful propriu al spitalului și tariful național pe caz ponderat
- Implementarea de la 1 ianuarie 2005 a:
 - Sistemului australian de clasificare procedurilor med. ICD 10 AM v.3
 - Unei versiuni la zi a SMDP (Setului Minim de Date clinice la nivel de Pacient)

Consecințele noilor dezvoltări din 2005 (I)

- Plângeri de la spitale privind noul sistem australian de clasificare a procedurilor medicale (datorită introducerii acestor proceduri fără o pregătire suficientă a spitalelor)
- Întârzieri în transmiterea datelor clinice, chiar și de la spitale cu experiență în acest domeniu (din 2002, 2003 și 2004), datorită schimbărilor introduse în anul 2005 la nivelul SMDP

Consecințele noilor dezvoltări din 2005 (II)

- Creșterea anormală a ICM la multe spitale (până la 200% față de 2004), însoțită de scăderea ICM la alte spitale
- Presiunea politică de la nivelul decidenților indusă de plângerile spitalelor (privind noile proceduri medicale, noile reguli de validare și a noua versiune a setului minim de date clinice la nivel de pacient).

Cauzele erorilor ce au condus la variația ICM

- Codificarea greșită a unor proceduri medicale:
 - Transplant de măduvă - 13706-00
 - Transfuzie sanguină - 13706-01, 13706-02, 13706-03
- Utilizarea codurilor de proceduri invazive în locul codurilor de proceduri neinvazive (în special privind procedurile asupra ochiului)
- Dar...și o tendință de a supracodifica în vederea unei plăți mai bune a spitalului (abuzuri, fraudă?)

Reacția instituțiilor centrale

- Introducerea de noi reguli de validare clinică, pentru evitarea erorilor legate de efectuarea de transplanturi – ordinul MS ce a definit spitalele care pot furniza astfel de servicii
 - Peste 1.600 transplanturi false nu au mai fost plătite cu ocazia regularizării semestrului I și s-au recuperat aproximativ 3.000.000 lei RON (1 milion \$)
- Traducerea standardelor australiene de codificare pentru a se putea realiza o codificare mai bună a procedurilor medicale și elaborarea unei erate
- Sesiuni regionale de pregătire cu spitalele privind noile caracteristici ale finanțării DRG

Dar...

- Nu există un sistem de auditare a codificării clinice și nu există un cadru legal pentru realizarea unui astfel de audit
- Nu există o definiție a erorilor vs. abuzuri vs. fraudă – în acest moment erorile pot fi corectate la regularizările trimestriale, fără a fi stimulente sau penalizări clare pentru spitale astfel încât să nu încerce să forțeze sistemul
- Pe piața privată au apărut deja companii private care ajută spitalele să-și “îmbunătățească” ICM

Metodologia de evaluare a erorilor

- Dezvoltată de INCDS împreună cu CNAS
- În proces de aprobare la nivelul CNAS, pentru a putea fi utilizată la nivelul CAS locale
- Se dorește ca metodologia, odată aprobată, să fie implementată pentru a fi testată din trimestrul IV 2005 și funcțională pe deplin din anul 2006

Cele 3 etape ale metodologiei (I)

1. Definirea nivelelor posibile de apariție a erorilor

Erorilor pot fi datorate:

- Înregistrării incomplete sau incorecte a SMDP în foaia de observație clinică generală (FOCG)
- Înregistrării incomplete sau incorecte a SMDP în fișierul electronic al pacientului (prin transcrierea din FOCG)
- Înregistrării clinice eronate a unor date din SMDP (spitalizare de zi vs. Spitalizare continuă, internări pentru dializa aferentă IRC, oportunitatea intervențiilor chirurgicale etc.)

Cele 3 etape ale metodologiei (II)

2. Dezvoltarea unor rapoarte și analize ce pot pune în evidență unele erori

a) Rapoarte privind gradul de completare a SMDP:

- % cazuri fără Dg. la internare
- % cazuri fără înregistrarea domiciliului
- % cazuri fără înregistrarea CAS
- % cazuri fără înregistrarea CNP
- % cazuri fără înregistrarea momentului intervenției chirurgicale principale
- % cazuri fără înregistrarea medicului curant
- % cazuri fără înregistrarea medicului ce a efectuat intervenția chirurgicală
- % cazuri fără înregistrarea greutății la naștere (a n-n)

Cele 3 etape ale metodologiei (III)

b) Rapoarte privind concordanța datelor din SMDP:

- % cazurilor cu data înregistrării după data internării
- % cazurilor cu DS pozitivă
- % cazurilor cu vârstă > 100 ani
- % cazurilor cu momentul intervenției chirurgicale în afara spitalizării
- % cazurilor fără concordanță între starea la externare și tipul externării (pentru decedați)

Cele 3 etape ale metodologiei (IV)

c) Rapoarte pentru “cazurile speciale”:

- Cazuri cu DS < 2 zile
- Internări pentru dializă renală
- Cazuri cu rambursare mare (VR > 9)
- Cazuri cu procedura nelegată de diagnosticul principal
- Cazuri fără asigurare de sănătate
- Cazuri clasificate în CMD 23 (Factori ce influențează starea de sănătate și alte contacte cu serviciile de sănătate)
- Cazuri validate de INCDS, apoi anulate de spitale, modificate și retransmise de spitale cu ocazia regularizării trimestriale

Cele 3 etape ale metodologiei (V)

d) Rapoarte privind activitatea medicală:

- % cazurilor chirurgicale în secțiile chirurgicale
- DS înainte de momentul intervenției chirurgicale principale
- Cazurile internate ca urgențe
- Tipul cazurilor externate (DRG) pe secții și spitale (se pot evidenția cazuri ce ar putea fi potențial tratabile în ambulatoriu)

e) Analize privind variația ICM pe spitale și secții

Cele 3 etape ale metodologiei (VI)

3. Intervenția locală la nivelul spitalului pentru a identifica și rezolva erorile

- INCDS va trimite rapoartele și analizele către CAS, care vor discuta cu spitalele despre motivele acestor erori
- Pe baza evidențelor de la nivelul spitalului, CAS și spitalul vor ajunge la o înțelegere asupra soluționării acestor erori
- Versiunea electronică modificată a SMDP aferent acestor cazuri cu erori va fi trimisă la INCDS cu ocazia regularizării trimestriale
- INCDS va genera și trimite apoi la CAS rapoarte asupra acestor cazuri modificate și retransmise de spitale

Întrebări care necesită răspunsuri

- Cine răspunde pentru aceste erori (conducerea spitalului, personalul medical, cei de la IT, statistică etc.)?
- Cum diferențiem erorile umane de abuzuri?
- Ce se întâmplă dacă există o neînțelegere între spital și CAS privind codificarea unor cazuri?
- Ar trebui INCDS să fie ia o atitudine și mai preventivă privind erorile? – Ex: invalidarea cazurilor cu intervenția chirurgicală fără legătură cu Dg. principal etc.
- Poate CNAS (CAS) să aplice amenzi pentru erori repetitive, abuzuri, fraudă?

Concluzii

- Finanțarea bazată pe caz este implementată rapid
- Dar, este o nevoie urgentă de a dezvolta mecanisme, reglementări și instituții care să rezolve erorile, abuzurile și fraudele
- Unele spitale au început să vadă și să exploateze slăbiciunile noului sistem
- Este de datoria celor care susțin finanțarea bazată pe DRG să lupte pentru dezvoltarea unui sistem de monitorizare și intervenție care să permită funcționarea DRG și furnizarea unor stimulente adecvate spitalelor

La final

- Vă mulțumim pentru răbdare și atenție!
- Contact:
 - pcradu@incds.ro
 - cpalas@incds.ro