

FINANȚAREA BAZATĂ PE CAZ A SPITALELOR DIN ROMÂNIA ÎN 2002

București, aprilie 2002

Dr. Aurora Dragomirișteanu, IMSS București

Dr. Paul Radu, IMSS București

Obiectivele prezentării

- Descrierea caracteristicilor noii metode de finanțare bazată pe caz a spitalelor
- Înțelegerea mecanismelor privind contractarea pe DRG, decontarea și regularizarea trimestrială
- Discutarea problemelor legate de finanțarea bazată pe caz a spitalelor din România

Finanțarea spitalelor în România (2002)

Metoda actuală de finanțare:

- pe zi de spitalizare pe tip de secție și de spital
- pe caz rezolvat – DRG (în cele 23 de spitale din Proiectul Național DRG)
- alte mecanisme (plată pe serviciu, tipuri de cheltuieli etc.)

Caracteristicile finanțării bazate pe caz în anul 2002

- Se realizează doar în cele 23 de spitale din Proiectul Național DRG:
 - **Proiect al MSF, CNAS, CMR, MF, DHHS, cu suport financiar de la USAID România**
 - **Proiect ce se va termina la 30 septembrie 2002**
- Pacienții (cazurile) sunt clasificați în grupe de diagnostice (DRG) folosind sistemul de grupare HCFA 18 din SUA

Caracteristicile finanțării bazate pe caz în anul 2002

- Buget “neutru” al spitalului:
 - Se utilizează tarife pe caz, proprii pentru fiecare spital în parte
 - Spitalele au un buget asemănător cu cel din anul precedent, dacă își mențin același nivel de activitate (exprimat prin numărul și tipul pacienților externați)
- Mecanism de finanțare prospectivă
- Proces de decontare și regularizare trimestrială

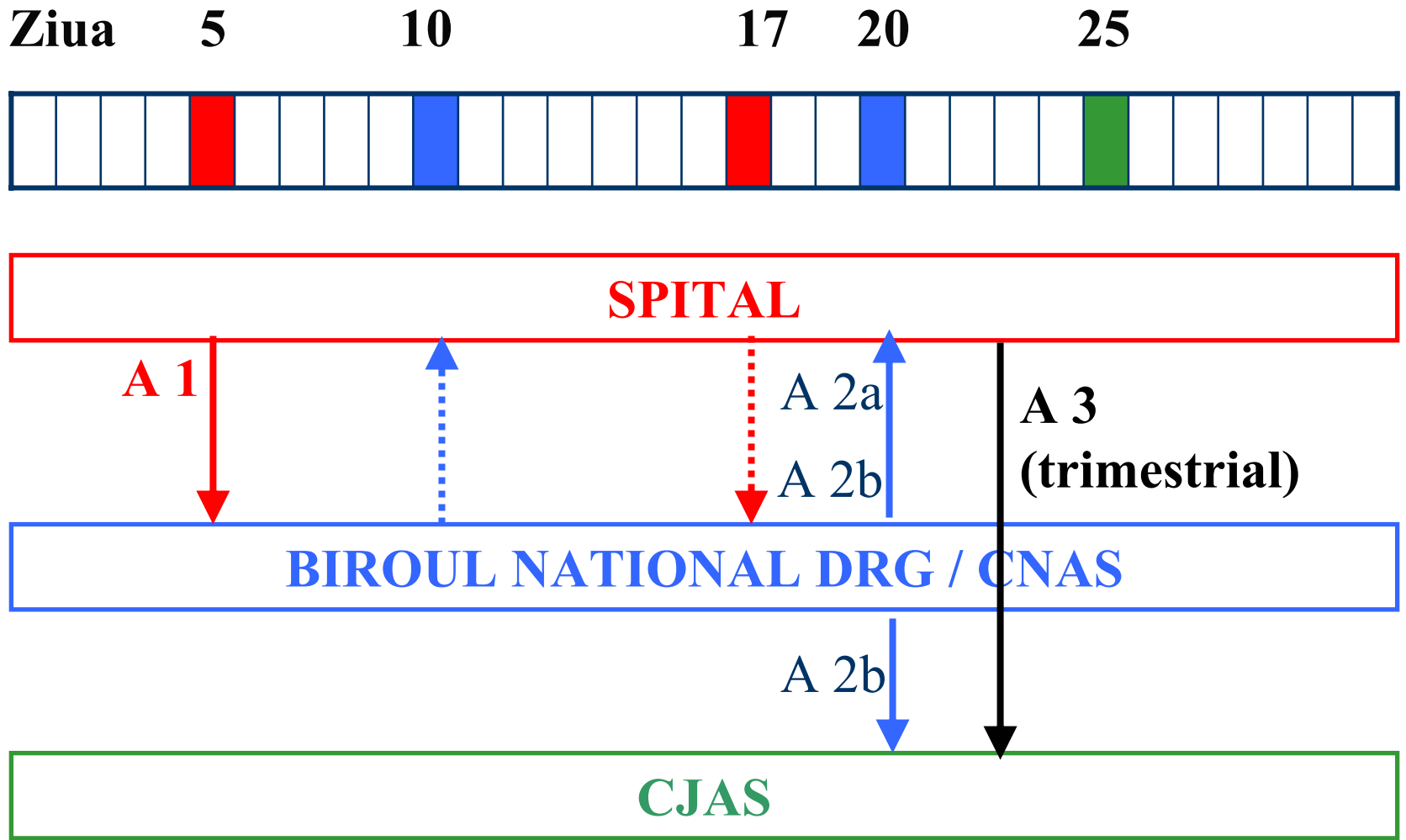
Date necesare pentru stabilirea sumei contractate (SC) pe DRG

- Numărul de cazuri externate pe 2002 (negociat de spitale cu CJAS) – **NC2002**
- Tipul cazurilor externate (exprimat prin indicele de complexitate al cazurilor din anul 2001 – vezi anexa 5 din normele CoCa pentru spitale pe 2002) – **ICM2001**
- Tariful pe caz ponderat pentru fiecare spital (vezi anexa 6 din normele CoCa pentru spitale pe 2002) – **TCP2002**

Stabilirea sumei contractate (SC) pe DRG

- $SC = NC_{2002} \times ICM_{2001} \times TCP_{2002}$
- Suma contractată se împarte pe trimestre și pe luni
- Pe baza sumei contractate, spitalul primește avansuri bi-lunar, până la decontarea și regularizarea trimestrială
- Spitalul raportează lunar și trimestrial activitatea DRG (ordinul 46/2002 al CNAS)

Raportarea activității pe DRG



Decontarea lunară

- În primele 15 zile ale lunii în curs:
 - **avans spre decontare până la 80% din suma lunară contractată**
- În primele 10 zile ale lunii următoare:
 - **decontarea diferenței de până la 95% din suma lunară contractată**

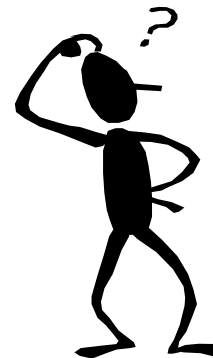
Date necesare pentru stabilirea sumei aferente cazurilor raportate (SR) pe DRG

- Numărul de cazuri raportate pe trimestrul I (semestru, 9 luni, 1 an) – **NCR_{T1}-2002**
- Tipul cazurilor raportate – **ICM_{T1}-2002**
- Tariful pe caz ponderat pentru fiecare spital (vezi anexa 6 din normele CoCa pentru spitale pe 2002) – **TCP₂₀₀₂**

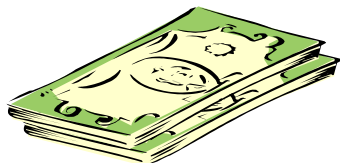
Stabilirea sumei aferente cazurilor raportate (SR) pe DRG

- $SR = NCR_{T1-2002} \times ICM_{T1-2002} \times TCP_{2002}$
- Suma aferentă cazurilor raportate trimestrial (semestrial, la 9 luni, la 1 an) se compară cu cea contractată, pentru aceiași perioadă

Ce sumă va primi spitalul?



Decontarea trimestrială: SR sau SC?



- Dacă $SR > SC$, atunci spitalul primește SR, dar maxim 10% peste SC

$$SR < SC \times 1,1$$

- Dacă $SR < SC$, atunci spitalul primește SR

Comportamentul așteptat al spitalelor la finanțarea pe caz (DRG)

- Creșterea eficienței tehnice
- Scăderea duratei de spitalizare
- Creșterea internărilor sau selecția cazurilor (pentru a avea acel câștig potențial de 10%)
- Creșterea reinternărilor
- Scăderea calității îngrijirilor?

Concluzii

- Implementarea unei finanțări bazate pe caz se bazează pe trei componente cheie:
 - **Datele clinice despre pacienți (responsabilitatea spitalelor)**
 - **Colectarea datelor și gruparea cazurilor în DRG (acum o face proiectul DRG, cine o va face în viitor?)**
 - **Stabilirea mecanismului de contractare și decontare (responsabilitatea CNAS, MSF, CMR)**

Finanțarea spitalelor în România (200?)

Metoda viitoare de finanțare:

- pe caz rezolvat – DRG (pentru îngrijirile acute), cu tarife unice pentru spitale
- pe zi de spitalizare (pentru îngrijirile de lungă durată)
- alte mecanisme (plata pe serviciu, tipuri de cheltuieli etc.)