

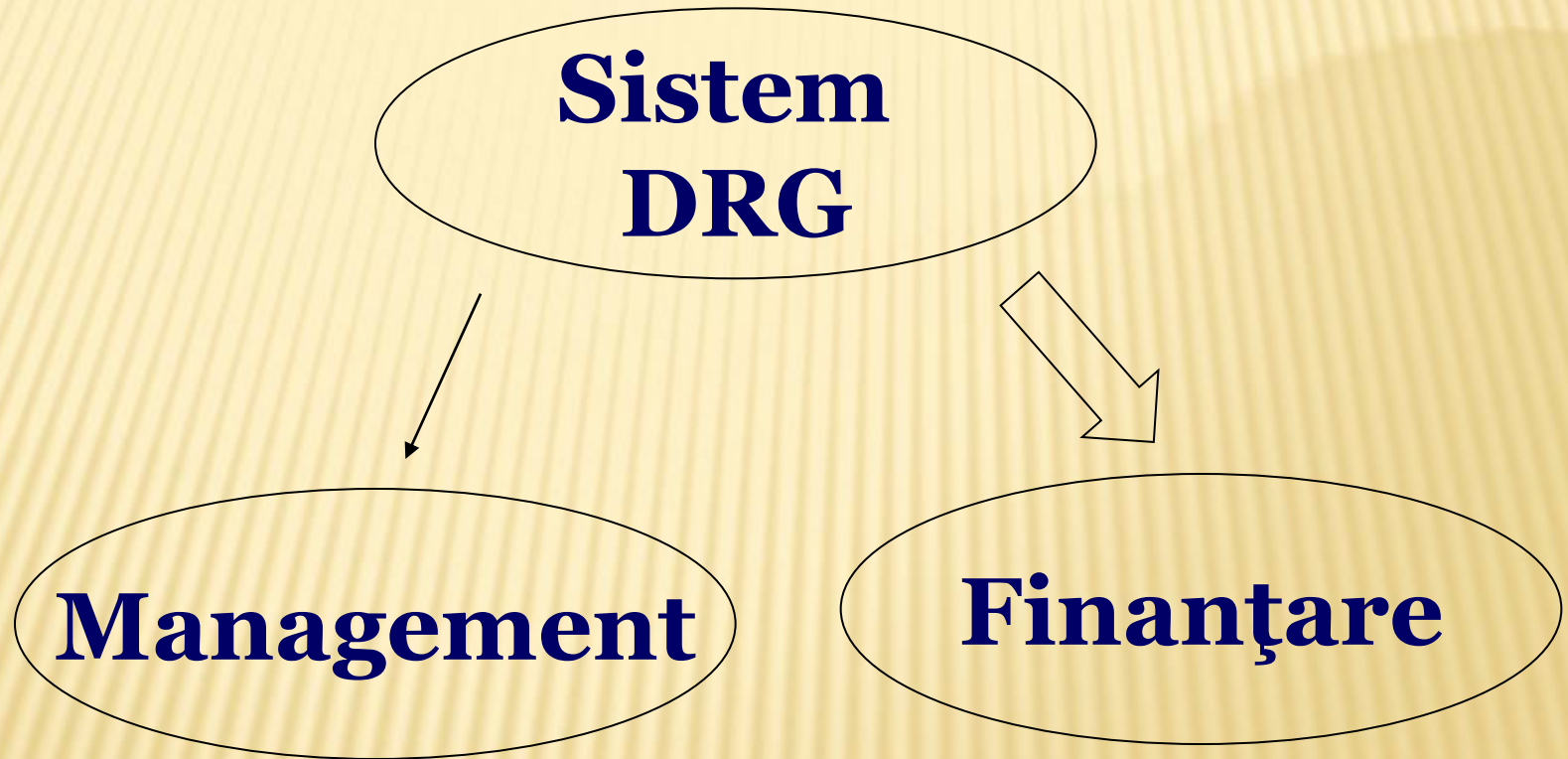
NOTIUNI DE BAZA PRIVIND SISTEMUL GRUPELOR DE DIAGNOSTICE (DRG)

CE ÎNSEAMNĂ DRG?

DRG = Diagnosis Related Groups
= Grupe de diagnostic

Schemă de clasificare **secundară** a pacienților prin care se asociază **cazuistica** cu consumul de resurse necesare rezolvării acesteia.

LA CE FOLOSESTE ?



COMPLEXITATEA CAZUISTICII

Medic

(pacienti gravi,
probleme de tratament)

Administrator

(decontare mai buna)



**Complexitat
ea
cazuisticii**

!! Atentie, cazuri complexe=consum mare de resurse

ORIGINEA DRG

Prima apariție:

- ❖ Anii '60 la Universitatea Yale (SUA)
- ❖ Scop: Cadru pentru monitorizarea calității îngrijirilor și a utilizării serviciilor spitalicești

Prima aplicare pe scară largă:

- ❖ Anii '70 în statul New Jersey (SUA)
- ❖ Sistem de plată prospectiv în care spitalele primeau pentru fiecare pacient o sumă fixă, DRG-specifică

Prima aplicare la nivel național:

- ❖ 1983 (SUA)
- ❖ Sistem de plată prospectiv bazat pe DRG pentru toți pacienții Medicare

PRINCIPII DE BAZĂ ALE DRG

Fiecare pacient este unic



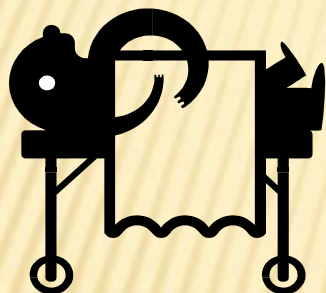
DAR Fiecare pacient are în comun cu alți pacienți o serie de caracteristici (demografice, diagnostice și terapeutice) care determină nivelul de resurse necesare



Sistem DRG = schemă de clasificare a pacienților în clase similare din punct de vedere clinic **și** al consumului de resurse

PRINCIPII DE BAZĂ ALE DRG

Pacienții sunt priviți ca „produse” ale activității spitalului



„Produsele” sunt agregate în unități omogene ce pot fi comparate/rambursate în mod asemănător

PRINCIPII DE BAZĂ ALE DRG

Un anumit DRG are la bază:

❖ Coerența clinică (același organ / sistem / aparat, aceeași etiologie etc)

+

❖ Alte caracteristici clinice care afectează consumul de resurse



VR

PRINCIPII DE BAZĂ ALE DRG

În cadrul unui DRG pacienții sunt similari **NU** identici



Nu se poate ști cu exactitate consumul de resurse pentru un pacient doar pe baza DRG

DAR

Se poate ști consumul **mediu** de resurse pentru un grup de pacienți din acel DRG

DATE NECESARE CLASIFICĂRII DRG

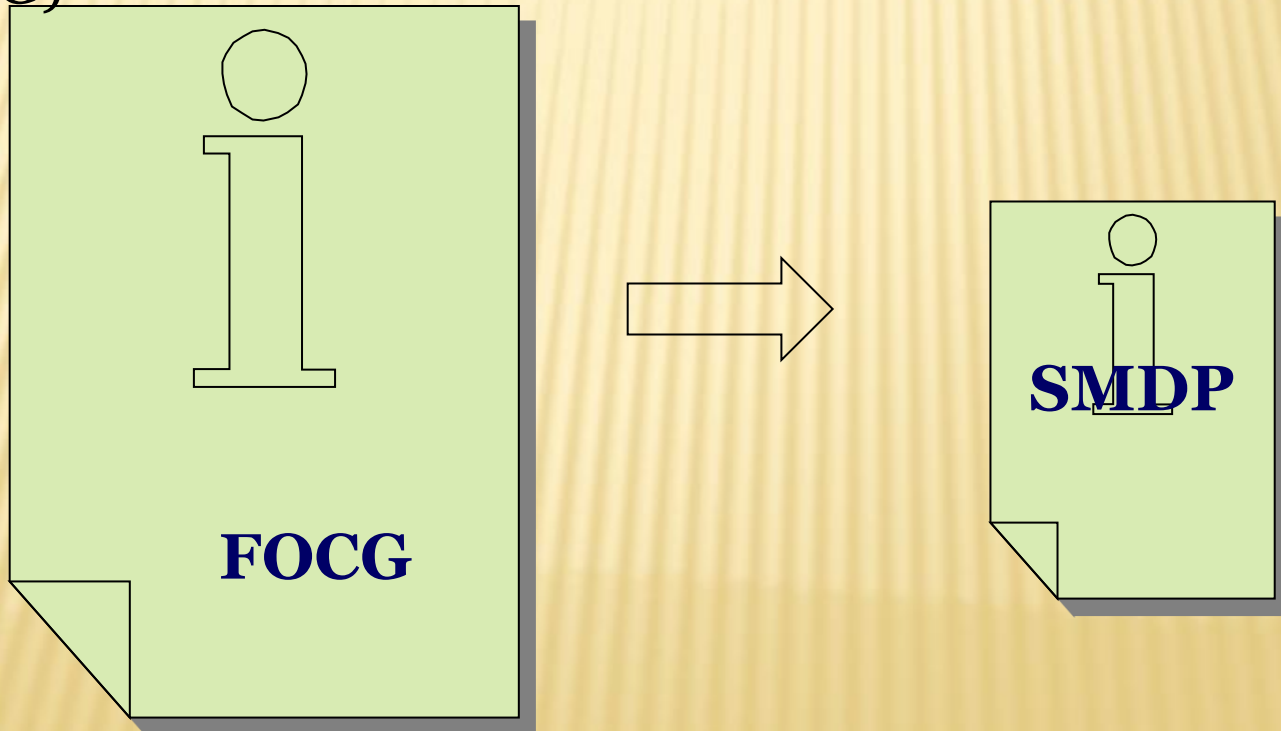
Date clinice despre pacienți:

- + vârstă,
- + sex,
- + durată de spitalizare,
- + diagnostic principal,
- + diagnostice secundare,
- + proceduri,
- + starea la externare,
- + greutatea la internare (în cazul nou-născuților).

SMDP SI CODIFICARE

SMDP

= Setul minim de date la nivel de pacient (date minime necesare raportarii statistice a cazurilor, preluate din FO, care contine si datele clinice obligatorii pentru clasificarea DRG)



SMDPC CUPRINDE:

1. Date identificare spital, secție, caz
2. Date pașaportale pacient
3. Date asigurare de sănătate
4. Caracteristici internare, externare, transferuri
5. Diagnostice, proceduri
6. Date medic

PREMISELE CLASIFICĂRII DRG

2. Codificarea datelor (diagnostice, proceduri, etc.)


3. Colectarea datelor sub formă electronică de la nivelul
fiecărui pacient externat

4. Transmiterea datelor

COERENTA CLINICA IN DRG

- Coerența clinică se apreciază pe baza:

- ❖ Diagnosticului principal
- ❖ Diagnosticelor secundare
- ❖ Procedurilor chirurgicale
+/-
- ❖ Tipului externării
- ❖ Vârstei



informații ce trebuie codificate
(clasificare primară) pentru a
putea fi colectate și prelucrate

IMPORTANTA CODIFICARII DATELOR CLINICE



Cum se codifica?

Utilizand manuale de codificare sau softuri dedicate

Recomandari: verificarile cazurilor mai complicate se fac cu ajutorul manualelor si implicarea medicului curant

PRINCIPII DE BAZĂ ALE CODIFICARII

Pentru codificarea diagnosticelor majoritatea țărilor utilizează ICD-10 a OMS (sau clasificări derivate din aceasta ICD-10-AM), dar și ICD-9-CM (pentru a facilita raportarea internțională a cauzelor de mortalitate și morbiditate).

Exemplu:

ICD-9-CM	ICD-10	ICD-10-AM
250.51 Diabet zaharat tip I, cu manifestări oculare	E10.3 Diabet zaharat insulino-dependent, cu complicații oculare	E10.31 Diabet zaharat tip I, cu retinopatie de fond E10.32 Diabet zaharat tip I, cu retinopatie preproliferativă etc

PRINCIPII DE BAZĂ ALE CODIFICARII

Diagnostic principal: *”Diagnosticul stabilit după un studiu a fi principalul responsabil care a necesitat îngrijiri în spital în cadrul episodului de boală al pacientului (ori adresabilitatea la o unitate de îngrijiri de sănătate)”*

Diagnostic secundar (complicație, comorbiditate)= *“O afecțiune sau suferință care coexistă cu diagnosticul principal sau care apare în timpul episodului de îngrijiri”*

= acele condiții ce afectează managementul pacienților, necesitând:

- Tratament terapeutic
- Proceduri de diagnostic
- Îngrijiri suplimentare de nursing și/sau monitorizare

PRINCIPII DE BAZĂ ALE CODIFICARII

Pentru codificarea procedurilor medicale există o diversitate mai mare de sisteme de clasificare.

Exemplu:

IDC-9-CM	ICD-10-AM	RO DRG v1	CCAM
47.0 Apendicectomia	30572-00 Apendicectomia laparoscopică 30571-00 Apendicectomia	Jo7002 Apendicectomia laparoscopică Jo7001 Apendicectomia	HHFA001 Apendicectomia prin abord iliac HHFA011 Apendicectomia prin laparotomie

PRINCIPII DE BAZĂ ALE CODIFICARII

Procedurile unui anumit caz se codifică în următoarea ordine:

- ① Cele efectuate pentru tratamentul diagnosticului principal
- ② Cele efectuate pentru tratamentul diagnosticului secundar
- ③ Investigațiile pentru stabilirea diagnosticului principal
- ④ Investigațiile pentru stabilirea diagnosticului secundar

PRINCIPII DE BAZĂ ALE CODIFICARII

În general, sistemele de clasificare ale diagnosticelor și procedurilor conțin:

- ❖ Liste alfabetice
- ❖ Liste tabelare (Romania- conform clasificarii RO DRG v1)
- ❖ Standarde (instrucțiuni de codificare)

Pași de urmat în procesul de codificare:



PRINCIPII DE BAZĂ ALE DRG

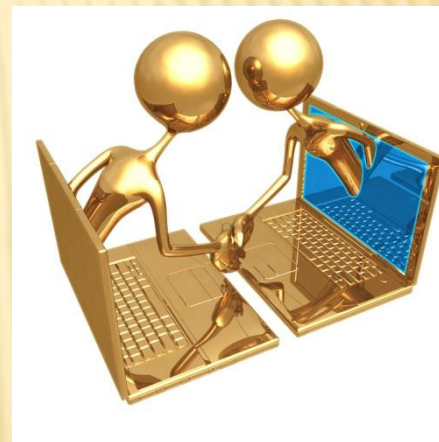
① Codicare corectă



② Date de calitate

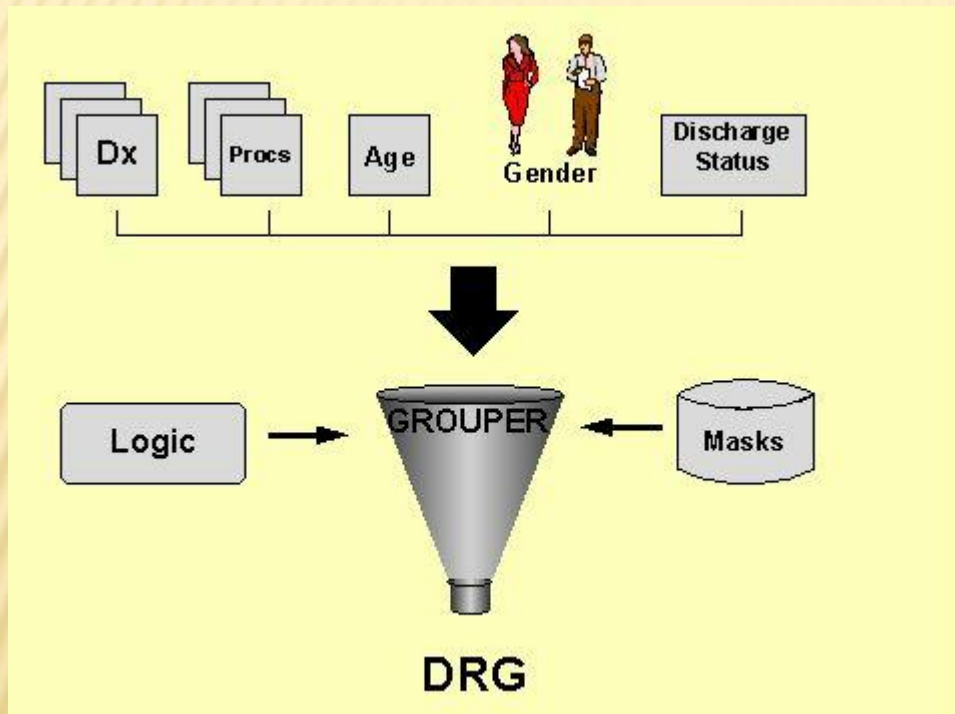


③ Statistici pertinente



CLASIFICAREA CAZURILOR

CLASIFICAREA CAZURILOR IN GRUPE DRG



Cum?

In baza clasificarii descrise in manualele DRG

In mod automat folosind softuri dedicate

PROCESUL FORMĂRII DRG

- I. Gruparea în 25 **Categorii Majore de Diagnostic (CMD)** bazate pe sisteme anatomice și funcționale, după diagnostic

Exemple:

- + Bolile și tulburările Aparatului respirator
- + Bolile și tulburările Aparatului vizual

(vezi Lista Categoriilor Majore de Diagnostic în anexa 17b din Normele Contractului-Cadru / 2011-2012)

PROCESUL FORMĂRII DRG

- II. Împărțirea în cadrul CMD în **categorii medicale, chirurgicale sau altele**, în funcție de efectuarea sau nu a unei intervenții chirurgicale asupra pacientului

- III. Împărțirea în grup DRG; alocare CCL și PCCL

PROCESUL FORMĂRII DRG

- IV. Divizarea în **grupe de diagnostice (DRG)**, în funcție de vârstă, prezența și nivelul complicațiilor și/sau a comorbidităților

Exemple:

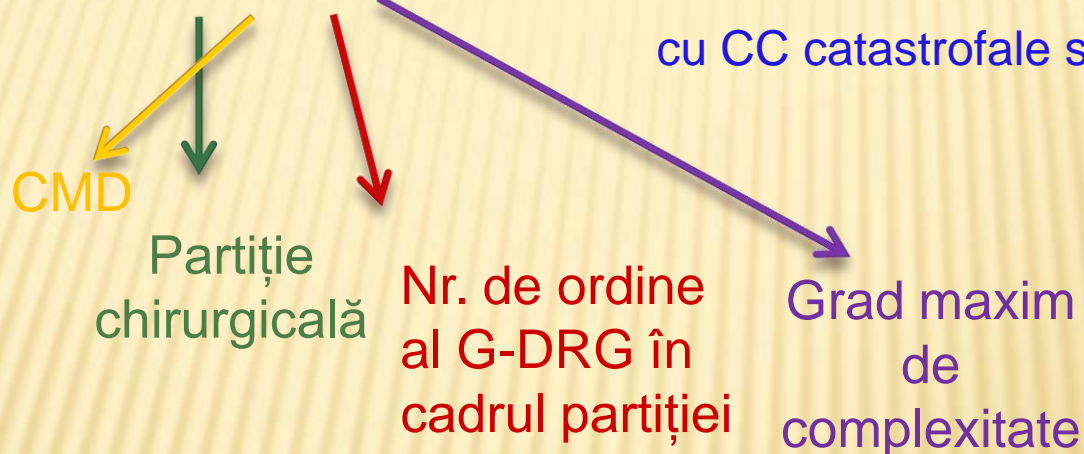
- ✗ DRG E3101 – Bronșită și astm > 49 ani cu CC
- ✗ DRG E3102 - Bronșită și astm > 49 ani sau cu CC
- ✗ DRG E3103 - Bronșită și astm < 50 ani fără CC

(vezi Lista Grupelor de Diagnostice (DRG) în anexa 17b din Normele Contractului-Cadru / 2011-2012)

CODURILE SI DENUMIRILE GRUPELOR DRG

Cod DRG alfa-numeric/numeric, 5 caractere

Ex.: **B1031** Proceduri la nivelul colonei vertebrale,
cu CC catastrofale sau severe



DENUMIREA GRUPELOR DRG

× “AXYYZ”

- + **A**= grupul de diagnostice (litera sau, în cazul DRG abatere–cifre)
- + **X**= tipul de grup DRG
 - × **1** chirurgical
 - × **2** altele
 - × **3** medical
- + **YY**= numărul de ordine al GDRG
- + **Z**= indicatorul consumului de resurse
 - ★ **1** primul în ordinea consumului de resurse (consum maxim)
 - ★ **2** al doilea în ordinea consumului de resurse
 - ★ **3** al treilea în ordinea consumului de resurse
 - ★ **4** al patrulea în ordinea consumului de resurse
 - ★ **0** fără subdiviziuni din punct de vedere al consumului de resurse

- × Exemplul 1: P3084 Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme
- × Exemplul 2: C1020 Enucleeri si proceduri ale orbitei

GRUPE DRG NOI IN CLASIFICAREA ROMANEASCA

- ✖ DRG D2020 Proceduri endoscopice în afecțiuni ORL, de zi VR 0,2016
- ✖ DRG E2030 Proceduri endoscopice în afecțiuni ale aparatului respirator, de zi VR 0,2016
- ✖ DRG N2010 Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afecțiuni ale sistemului reproductiv feminin VR 0,1890
- ✖ DRG O2010 Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcină, naștere sau lăuzie VR 0,1890

DRG-URI ABATERE (DRG DE EROARE)

Grupa 1

- + 91010 Procedură extinsă în sala de operații, nelegată de diagnosticul principal
- + 91020 Procedură neextinsă în sala de operații, nelegată de diagnosticul principal
- + 91030 Procedură prostatică în sala de operații, nelegată de diagnosticul principal

Grupa 2

- + 93020 Diagnostic principal inacceptabil
- + 93030 Diagnostic neonatal fără legătură cu vârsta sau cu greutatea

Grupa 3

- + 93010 Diagnostic principal invalid sau lipsesc/ sunt greșite alte informații care afectează gruparea

NIVELUL COMPLICAȚIILOR ȘI COMORBIDITĂȚILOR

- ✖ Fiecare diagnostic primește un CCL (indicator al complexității)
- ✖ Fiecare caz primește PCCL în funcție de CCL-uri
- ✖ CCL:
- ✖ =0 codul diagnostic nu reprezintă o complicație/formează o parte a DRG-ului respectiv/ e foarte strâns legat de diagnosticul principal/ apare și în altă parte a înregistrării
- ✖ =1 codul diagnostic reprezintă o complicație/ comorbiditate minoră
- ✖ =2 codul diagnostic reprezintă o complicație/ comorbiditate moderată
- ✖ =3 codul diagnostic reprezintă o complicație/ comorbiditate severă
- ✖ =4 codul diagnostic reprezintă o complicație/ comorbiditate catastrofală

EXAMPLE

- ✘ B3111 Accident vascular cerebral cu CC catastrofal
- ✘ B3112 Accident vascular cerebral cu CC sever
- ✘ B3113 Accident vascular cerebral fără CC catastrofal sau sever
- ✘ B3114 Accident vascular cerebral, decedat sau transferat <5 zile

Cazurile cu complexitate diferita se ramburseaza diferit, au VR diferite

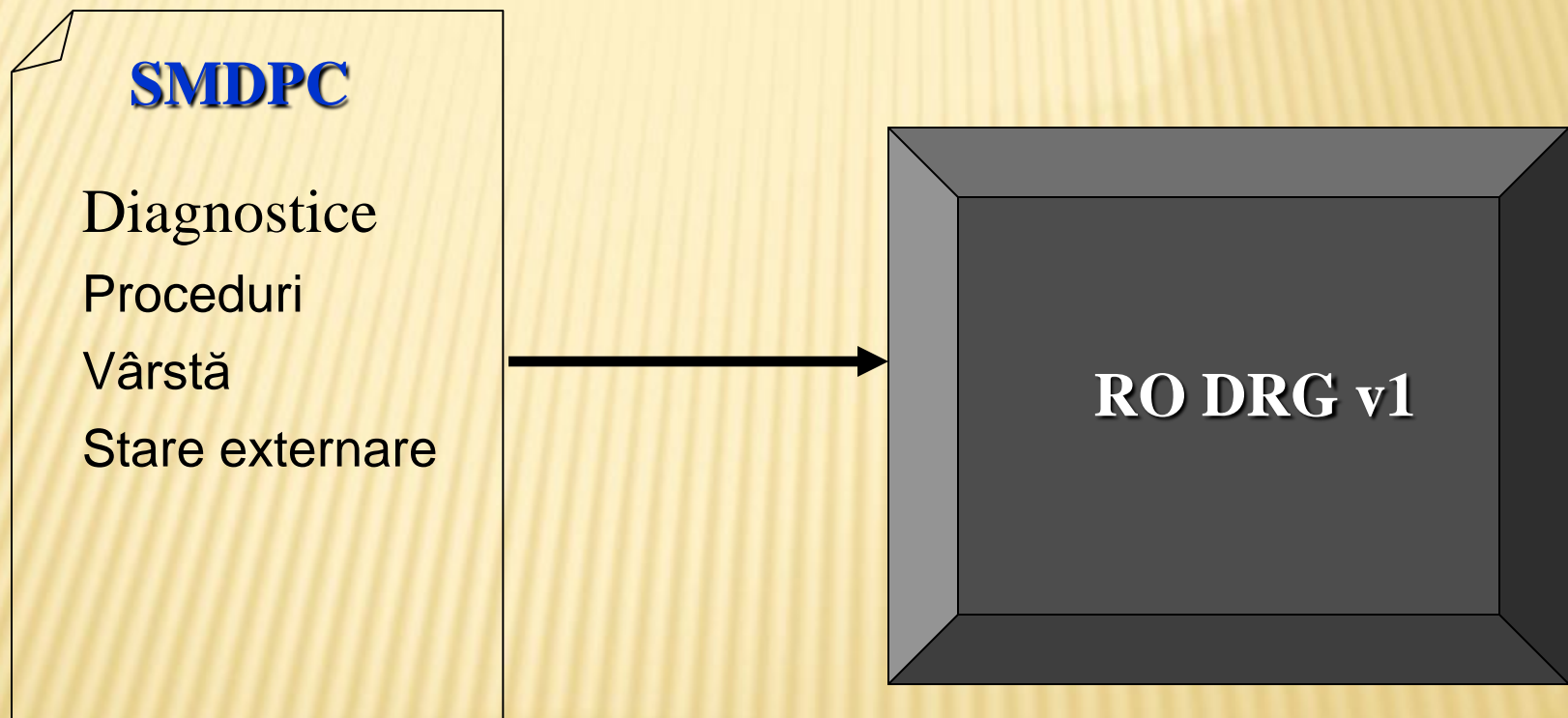
REALIZAREA AUTOMATA A CLASIFICARII DRG

Clasificarea fiecărui pacient într-un grup de diagnostice (DRG), folosind un “***grouper***” = aplicație informatică ce trimite *automat* fiecare pacient externat (în funcție de datele din fișa sa electronică) într-o singură grupă de diagnostice.

GRUPAREA SI REZULTATUL EI

- ✗ Se realizează cu ajutorul unui soft de clasificare (grouper) Exemple:
 - + HCFA v.18.0
 - + AR-DRG v. 5.0
 - + RO.vi. DRG (2010)
 - + RO DRG v1 (2011- 669 de grupe DRG)
- ✗ În urma grupării, fiecare caz primește un **cod DRG**
- ✗ Fiecărei grupe diagnostice îi corespunde o valoare relativă

GRUPAREA CAZURILOR RO-DRGV1



UTILITATEA DRG

UTILITATEA DRG

- ❖ Evaluarea rezultatelor activității spitalului
- ❖ Evaluarea și modelarea furnizorilor de servicii spitalicești
- ❖ Creșterea eficienței alocative pentru aceste servicii
- ❖ Creșterea eficienței tehnice a furnizorului de servicii
- ❖ Modelarea serviciilor spitalicești pentru a răspunde mai bine solicitărilor populației

UTILITATEA DRG

- ❖ Obiectivarea tipului de pacienți tratați
- ❖ Măsurarea complexității cazurilor (*case mix*)
- ❖ Fundamentarea unui necesar mai mare de resurse pentru anumite spitale
- ❖ Finanțarea spitalelor
- ❖ Compararea spitalelor între ele la nivel național și internațional

RESURSE

- Pagina www.drg.ro
("Resurse", "Noutăți", „Clasificare DRG")

UTILIZAREA SISTEMULUI DRG IN FINANTAREA SI DECONTAREA ACTIVITATII SPITALELOR

IMPORTANTA SISTEMULUI DRG IN FINANTARE - ROMANIA

Situația finanțării serviciilor spitalicești în anul 2010 (sursa: CNAS)	%
DESTINATIE FONDURI CNAS pentru asistența spitalicească (acuți și cronici):	
1. Spitale non-DRG (acuți și cronici) :	18,2%
2. Spitale DRG (acuți și cronici)	75,6%
3. Spitalizare de zi	6,2%

NOTIUNI DE BAZA DRG PENTRU FINANTARE

- ✗ Valorile relative ale DRG (VR)
- ✗ Complexitatea cazurilor tratate (Indicele de Case – Mix ICM)
- ✗ Tariful pe caz ponderat/spital (TCP)
- ✗ Ajustările

VALORILE RELATIVE (VR) PENTRU DRG

Valorile relative - numere care exprimă raportul între tariful unui tip de caz (un DRG) și tariful mediu al tuturor cazurilor (DRG -urilor)

De cele mai multe ori tarifele au la bază costurile pe fiecare tip de pacient.

$$VR_{DRG\ x} = \frac{\text{Tariful (Costul mediu) pentru DRG x}}{\text{Tariful (Costul mediu) pentru toate DRG}}$$

SETUL VR

- ✘ Fiecare sistem de clasificare DRG are cel puțin un set de VR, calculat prin proiecte de costuri (ex: Australia, Irlanda)
- ✘ În 2007 în România a fost introdus sistemul australian de clasificare ARDRG v 5.0, cu lista VR australiene ajustată pt România
- ✘ În 2010, odată cu introducerea sistemului românesc de clasificare, s-a modificat lista VR strict prin adăugarea a 4 grupe DRG cu valorile proprii
- ✘ Nu s-a realizat încă un set de VR românesc

LISTA OFICIALA A VR IN ROMANIA

ANEXA 17 B II

LISTA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, VALORILOR RELATIVE ȘI A LIMITELOR DURATELOR DE SPITALIZARE

Nr. Crt	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirurgicala sau Altele (M/C/A)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativa	DMS	Limita inferioara a DS	Limita superioara a DS	Mediana DS in sectiile ATI, national
1	24	C	91010	Proceduri extinse in sala de operatii neinrudite cu diagnosticul principal	2,7534	9.58	2	32	-
2	24	C	91020	Proceduri neextinse in sala de operatii, neinrudite cu diagnosticul principal	1,4365	-	-	-	-
3	24	C	91030	Proceduri in sala de operatii ale prostatei neinrudite cu diagnosticul principal	3,4464	-	-	-	-

Se publica anual in Normele Contractului Cadru

Nu se modifica valorile decat odata cu modificarea clasificarii DRG sau in urma unui update prin proiecte de calcul de costuri la nivel de pacient

INDICELE DE CASE-MIX (ICM)

ICM= număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanță cu pacienții tratați.

$$\begin{aligned}\text{ICM spital} &= \text{Total nr.cazuri ponderate} / \text{Total nr.cazuri rezolvate} \\ &= \frac{\sum (\text{Valoarea relativă DRG}_i \times \text{Nr. de cazuri DRG}_i)}{\text{Numărul total al cazurilor din spital}}\end{aligned}$$

Ex: spit. A

5 cazuri - DRGx (valoarea relativă 0,2)

7 cazuri - DRGy (valoarea relativă 0,5)

10 cazuri - DRGz (valoarea relativă 1,2)

→

$$\begin{aligned}\text{ICM spit. A} &= \mathbf{0.75} \\ &= \frac{(5 \times 0,2 + 7 \times 0,5 + 10 \times 1,2)}{22}\end{aligned}$$

INDICELE DE CASE-MIX

- ✗ ICM ne permite compararea activității unui spital cu activitatea altui spital
- ✗ Spitalele cu un indice de case-mix mai mare pot primi bugete mai mari, **în funcție și de ceilalți indicatori** (nr cazuri validate, durata medie de spitalizare, etc)

UTILIZAREA NOTIUNILOR DE VR SI ICM

- ✗ Cand vorbim de **caz**, se foloseste notiunea de **VR**
- ✗ Cand vorbim de **sectie sau spital** , folosim notiunea de **ICM**
- ✗ ICM-ul este un indicator complex- un ICM mai mare inseamna in primul rand un consum mare de resurse, in al doilea rand o potentiala decontare mai mare

UTILIZAREA NOTIUNILOR DE VR SI ICM

- ✗ ICM depinde de cazuistica spitalului, dar si de calitatea activitatii de codificare si raportare a cazurilor
- ✗ ICM face obiectul unor monitorizari si analize periodice

CAZURILE PONDERATE (CP)

Cazurile ponderate (CP) = cazuri “virtuale”
generate prin ajustarea cazurilor externate în
funcție de resursele asociate cu fiecare tip
de caz

$$\text{Nr. CP} = \sum (\text{Valoarea relativă DRG}_i \times \text{Nr. cazuri DRG}_i)$$

sau:

$$\text{Nr. CP} = \text{nr. cazuri externate} \times \text{ICM}$$

EX: 100 cazuri externate ICM=0.5

TARIFUL PE CAZ PONDERAT (TCP)

Definiție = valoare de rambursare a unui caz ponderat la nivel de spital, adică tariful mediu pe pacient, ajustat în funcție de complexitatea cazurilor tratate

TCP pentru spitalele din România (cele 367 finanțate prin DRG) este prezentat în anexa 17a) la Normele Contractului - Cadru pt. 2011

TCP mediu national 2011= 1433 lei

LISTA OFICIALA A SPITALELOR DRG, ICM SI TCP

ANEXA 17 A

LISTA
SPITALELOR PENTRU CARE PLATA SERVICIILOR MEDICALE SE FACE PRIN
TARIF PE CAZ REZOLVAT (DRG), ICM-ul și TCP-ul AFERENT ANULUI 2011

Nr. crt.	Cod	Denumire	ICM ROviDRG 2011*	Tarif pe caz ponderat 2011- lei
1	AB01	Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia	1.098	1433
2	AB03	Spitalul Municipal Blaj	1.1276	1433
3	AB04	Spitalul Orasenesc Abrud	0.8313	1433
4	AB05	Spitalul Municipal Aiud	0.9167	1433
5	AB06	Spitalul Orasenesc Campeni	0.9742	1433

- **Ce spitale sunt platite prin DRG?** Toate spitalele din anexa 17a a Normelor Contractului Cadru
- **Cand se modifica ICM si TCP?** De regula o data pe an la schimbarea Normelor, sau in conditiile in care spitalul se reorganizeaza
- **De ce sunt importante ICM si TCP publicat?** Pentru ca pe baza lor spitalul primeste lunar banii de la CAS

CARACTERISTICILE FINANȚĂRII BAZATE PE CAZ REZOLVAT (DRG)

PRINCIPII ÎN STABILIREA TCP

- ✗ Principiul de baza DRG: un caz similar are costuri similare si trebuie decontat similar in orice spital din tara
 - + *EX: o apendicita simpla necomplicata costa si se ramburseaza la fel si in Bucuresti si in Timisoara*
- ✗ Necesitatea încadrării în fondurile destinate asistenței spitalicești
- ✗ **Obiectivul general** urmarit este uniformizarea tarifelor proprii ale spitalelor (initial diferite-in 2003-2005) la un standard national

PRINCIPII ÎN STABILIREA TCP

- ✘ TCP stabilite pe baza datelor raportate de spitale pe o perioada anterioara agreata (de regula 1 an)
- ✘ Se calculeaza pe baza tuturor cazurilor validate raportate de pe sectiile de acuti ale spitalelor nominalizate de CNAS
- ✘ Suma disponibila la nivelul CNAS pentru decontarea DRG se imparte la nr CP realizate la nivel national, rezultand TCP

AJUSTĂRI ALE FINANTARII DRG UTILIZATE LA NIVEL INTERNATIONAL

- ✗ Cazuri cu durate de spitalizare extreme (prea mari sau prea mici)
- ✗ Tipuri speciale de servicii. Exemple: pediatrie, maternități (ex. ajustarea în 2006 de 20%)
- ✗ Ajustări pentru activitatea în ATI
- ✗ Ajustări pentru inflație
- ✗ Localizare geografică
- ✗ Costurile legate de formarea profesională medicală (spitale universitare)
- ✗ Altele

CALCULAREA SUMEI DE DECONTAT PRIN SISTEMUL DRG

✕ Indicatori necesari:

- + Nr cazuri validate
- + ICM publicat in normele Contractului Cadru pt anul respectiv
- + TCP publicat in normele Contractului Cadru pt anul respectiv
- + ICM realizat pentru perioada respectiva
- + **Suma DRG= nr cazuri validate*ICM publicat*TCP publicat (se deconteaza lunar)**

CALCULAREA SUMEI DE DECONTAT PRIN SISTEMUL DRG

- ✗ O data pe trimestru, se ajusteaza suma conform activitatii spitalului de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv

+ **Suma DRG trimestru = nr cazuri validate * ICM realizat (\leq ICM publicat) * TCP publicat (se deconteaza lunar)**

- ✗ Uneori se admite si depasirea ICM publicat cu o anumita marja, stabilita prin Normele Contractului Cadru

EXEMPLIFICARE

- ✗ Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia
 - ✗ ICM publicat=1.098
 - ✗ TCP publicat=1433
 - ✗ Nr cazuri validate sectii acuti ian. 2011=2561

Suma DRG ianuarie= $2561 * 1,098 * 1433 = 4,029,564.47$ lei

CUM DECURGE DECONTAREA EFECTIVA?

- ✗ Spitalul raporteaza date lunar si tot lunar primeste rapoarte de activitate- nr cazuri validate pe sectii si spital, ICM
- ✗ Rapoartele de activitate sunt semnate si stampilate de SNSPMPDSB si CNAS si reprezinta anexa la factura pe care spitalul o prezinta la CAS judeteană pentru decontare

CUM DECURGE DECONTAREA EFECTIVA?

- ✗ In baza rapoartelor primite, conform contractului cu spitalul, CAS judeteană ii deconteaza serviciile
- ✗ **Daca raportarea si codificarea nu sunt corecte, rapoartele vor fi eronate si decontarea va fi afectata!**

INSTITUTIILE IMPLICATE IN FINANTAREA PRIN DRG

