



Cuprins:

- Metodologia de corectare trimestrială a pacienților nevalidați conform noilor reglementări în vigoare 1
- Propuneri pentru actualizarea aplicației ExBuget 2.1..... 5
- Ingrijirile medicale spitalicești în anul 2004 – prezentare sintetică a Duratei Medii de Spitalizare și a Indicelui de Case Mix la nivel de secție pentru perioada ianuarie-mai 2004..... 7
- Noutăți 11

DECIZIA nr. 237 din 08.06.2004 pentru modificarea și completarea Deciziei președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 119 din 23.02.2004

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

Având în vedere

-Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 1485/11 decembrie 2003, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 920/22.12.2003;

- Anexa la Ordinul comun nr. 102/2002 al ministrului sanatatii si familiei si presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate privind aprobarea Strategiei pentru implementarea finantarii bazate pe caz in spitalele din Romania;

- Referatul Direcției Generale Norme Contractuale și Relații cu Furnizorii, aprobat de Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu nr.2053/8.06.2004 ;

În temeiul prevederilor:

- Art.77 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate cu modificările și completările ulterioare, emite următoarea

DECIZIE

Art. 1 Decizia președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 119/ din 23.02. 2004 pentru aprobarea regulilor de validare a cazurilor exterenate și raportate prin softul « DRG National V3 » și metodologia de evaluare a cazurilor externate, raportate și nevalidate, solicitate spre revalidare, se modifică și se completează după cum urmează:

(1) La art 2, punctul (3), se introduce un alineat nou, care va avea următorul cuprins:

„(b) Lunar, respectiv trimestrial, INCDS va transmite spitalelor și caselor de asigurări de sănătate rapoarte cu detalieră cauzelor de nevalidare pentru fiecare pacient, conform regulilor din Anexa nr. 1 la prezenta decizie”

(2) La Anexa nr. 1, regula financiară RF 1, punctul RC5, se înlocuiește următorul text:

“RC 5. Cazuri care au fost transferate în interiorul spitalului și sunt raportate de pe mai multe secții ale spitalului (inclusiv cazurile concomitente). Fac excepție cazurile care sunt transferate în același spital, dar între secții unde se acordă îngrijiri acute și secțiile de cronici, recuperare, boli profesionale și medicina muncii, după cum urmează:

Cod secție*	Denumirea secției*
1041	Boli profesionale**
1061	Cronici
1121	Geriatric si gerontologie
1181	Medicina muncii**
1272	Pediatric (recuperare pediatrica)
1282	Pediatric cronici
1301	Pneumoftiziologie
1302	Pneumoftiziologie pediatrica
1333	Psihiatric cronici
1371	Recuperare, medicina fizica si balneologie
1372	Recuperare, medicina fizica si balneologie copii
1383	Recuperare medicala - cardiovasculara
1393	Recuperare medicala neurologie
1403	Recuperare medicala - ortopedie si traumatologie
1413	Recuperare medicala - respiratorie
1423	Recuperare neuro-psiho-motorie
1473	Sectii sanatoriale

* Conform Ordinului ministrului sanatatii si familiei 457/2001 privind reglementarea denumirii si codificarii structurilor organizatorice (sectii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unitatilor sanitare din Romania completat cu OMSF 635/2001

** Conform Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea si functionarea sistemului de asigurari sociale de sanatate, Cap.III, sectiunea a 6-a, art.29, pct(1), lit a), nu sunt decontate din fondul national unic de asigurari sociale de sanatate serviciile de sanatate acordate in caz de boli profesionale, accidente de munca si sportive, asistenta medicala la locul de munca, asistenta medicala a sportivilor.

(3). Anexa nr. 2 conținând metodologia de evaluare a cazurilor solicitate spre revalidare se înlocuiește cu Anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezenta decizie.

Art. 2 Direcția Generală Norme Contractuale și Relații cu Furnizorii și direcțiile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și cele asimilate acestora, cât și spitalele a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) vor aduce la îndeplinire prevederile prezentei decizii.

Art. 3 Prevederile prezentei decizii sunt valabile pentru anul 2004

PRESEDINTE
Conf. univ.dr. Cristian Celea

METODOLOGIA DE EVALUARE A CAZURILOR SOLICITATE SPRE REVALIDARE

Până la data de 15 a fiecărei luni, datele clinice la nivel de pacient aferente pacienților nevalidați de către Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare București (INCDS) se returnează către spitale și către casele de asigurări de sănătate, cu explicația motivului nevalidării pentru fiecare caz în parte, utilizându-se regulile de validare în vigoare pentru anul 2004.

Pentru pacienții nevalidați, spitalele vor revedea atât datele clinice cât și pe cele înregistrate în mod electronic și, după efectuarea modificărilor necesare, acolo unde este cazul, vor retransmite electronic pacienții cu ocazia regularizării trimestriale.

Pentru pacienții nevalidați în baza regulii de RF1, punctele RC1, RC2, RC9, RC10, RC11, precum și în baza regulilor RF2, RF3, RF4 și RF 5, spitalele vor efectua corecturile necesare și vor retransmite electronic pacienții cu ocazia regularizării trimestriale sau vor anula cazurile respective fără a sesiza Comisia de Analiză.

Pentru pacienții nevalidați în baza regulii RF1, punctele RC3, RC4, RC5, RC6, RC7 și RC8, spitalele au două opțiuni:

1. în urma revederii datelor se constată neconcordanțe între înregistrarea electronică și conținutul FOCG; în acest caz se vor efectua corecturile necesare și se vor retransmite electronic pacienții cu ocazia regularizării trimestriale, fără sesizarea Comisiei de Analiză;

2. înregistrările sunt corecte, caz în care, fără a opera modificări în fișa electronică, spitalul va sesiza, cât mai curând posibil, Serviciul Medical din cadrul caselor de asigurări de sănătate, pe baza modelului prezentat mai jos:

Spitalul.....

Către: Serviciul Medical al Casei de asigurări de sănătate.....

Lista cazurilor nevalidate pentru care se solicită validarea prin Comisia de Analiză, conform Deciziei CNAS nr. 237 din 08.06.2004

Nr. crt.	Cod spital	Secția	Nr. FOCG	Data externării pacientului	Reguli pentru care se solicita validarea*	Motivul pentru care se solicită validarea

* se va nota în cite un rând separat fiecare regula pentru care se solicita revalidarea

Data

Director General
Semnătura și stampila

Serviciul Medical din cadrul caselor de asigurări de sănătate are obligația de a organiza o întâlnire a Comisiei de Analiză în termen de maxim 15 zile de la primirea înștiințării de la spital. Comisia de Analiză include obligatoriu reprezentanți ai Serviciului Medical al caselor de asigurări de sănătate și ai spitalului (Directorul medical, șefi de secție, etc), cu excepția medicului curant al cazului respectiv. Membrii Comisiei de Analiză vor fi desemnați în scris de către cele două instituții

Modalitatea practică de evaluare a cazurilor externate este decisă de Comisia de Analiză în funcție de numărul de cazuri nevalidate, după caz, astfel:

- evaluarea dosarelor medicale originale, prin vizitarea spitalelor vizate;
- evaluarea cazurilor pe baza dosarelor trimise de spitale (copie după dosarul medical al pacienților nevalidați)

Informațiile urmărite în evaluare de către Comisia de Analiză includ :

- motivul internării
- diagnosticile principale și secundare, acordându-se atenție relației dintre acestea atât din punct de vedere medical, cât și al cronologiei acestora
- secția/secțiile în care a fost îngrijit și din care a fost externat pacientul
- motivul externării
- intervențiile chirurgicale – tipul acestora, eventualele complicații
- alte informații pe care Comisia de Analiză le consideră utile

Analiza fiecărui caz în parte se încheie cu un raport scris al Comisiei de Analiză în care sunt menționate argumentele care au condus la validarea sau nevalidarea cazului, semnat de toți membrii comisiei care au participat la evaluarea respectiv. Raportul va fi elaborat în două exemplare, pentru spital și, respectiv pentru casa de asigurări de sănătate - și va conține în mod explicit decizia de validare sau nevalidare a fiecărui caz în parte, în concordanță cu regula financiară RF1, punctele RC3, RC4, RC5, RC6, RC7 și RC8.

În cazul unei decizii favorabile a Comisiei de Analiză, spitalul va selecta în aplicația DRG Național V3, în câmpul „Inregistrare” starea: “Cerere de validare” și va trimite cazurile respective la regularizarea trimestrială. INCDS va valida aceste cazuri doar dacă sunt îndeplinite și condițiile de validare pentru celelalte reguli de validare, altele decât regula financiară RF1, punctele RC3, RC4, RC5, RC6, RC7 și RC8.

În cazul unei decizii nefavorabile a Comisiei de Analiză, spitalul va modifica sau va anula cazul respectiv, selectând în aplicația DRG Național V3, în câmpul „Inregistrare” starea: “Modificata sau Anulată” și va trimite de asemenea și aceste cazuri odata cu regularizarea trimestrială.

Trimestrial, INCDS va informa casele de asigurări de sănătate despre pacienții validați în mod electronic prin modalitatea “Cerere de validare” pentru fiecare spital în parte precizând, pentru fiecare caz următoarele: numărul FOCG, data internării, data externării, secția. Pe baza acestor informații, casele de asigurări de sănătate au obligația de a verifica dacă datele pentru cazurile validate prin “Cerere de validare” puse la dispoziție de INCDS coincid cu informațiile din decizia de validare ale Comisiei de Analiză referitoare la cazurile validate. În cazul constatării unor neconcordanțe între cele două documente, casele de asigurări de sănătate vor anunța INCDS și spitalul pentru ca acesta din urmă să modifice înregistrările respective în conformitate cu deciziile Comisiei de Analiză

În cazul în care cele două părți ce formează Comisia de Analiză nu ajung la consens în privința deciziilor de validare, se poate face apel la Comisa Centrală de Arbitraj, care va avea în vedere evaluarea cazurilor după aceeași metodologie, prezentată anterior pentru Comisia de Analiză, și va lua o decizie care rămâne definitivă.

În data de 28 iunie 2004 INCDS a elaborat un document ce conține informații utile referitoare la corectarea pacienților nevalidați, pe care îi veți trimite la INCDS în vederea validării în trimestrul al II-lea 2004. Este vorba de “Informarea nr. 4” care poate fi descărcată de pe www.drg.ro

Materialul prezintă metodologia de corectare a cazurilor care sunt **NEVALIDATE** și ale căror detalii sunt prezentate în rapoartele pe care le-ați primit lunar de la INCDS (“S2DetaliereNevalidati.pdf” și, după caz, “S3DetaliereTransferuri.pdf”).

Informarea nr 4 înlocuiește Informarea nr. 3, care nu mai este de actualitate.

Propuneri pentru actualizarea aplicației ExBuget 2.1

Aplicația ExBuget a apărut din nevoia de calculare și raportare electronică a cheltuielilor spitalicești la nivel de secție și pe tipuri de cheltuieli. Varianta 2.1 (2002) a permis:

- evidențierea centrelor de cost conform structurii reale a spitalului atât pentru secții clinice (fără limitarea numărului sau tipului de secții clinice), cât și paraclinice
- evidențierea cheltuielilor și a altor tipuri de servicii care constituie obiectul unor contracte separate sau acte adiționale, precum și surse diferite de finanțare
- defalcarea cheltuielilor pe articole bugetare astfel (clasificare economică mai detaliată la articolele 23 și 25):
 - Art. 23.01 Medicamente
 - Art. 23.02 Materiale sanitare
 - Art. 23.03 Reactivi
 - Art. 25.01 Materiale pentru laborator
 - Art. 25.02 Materiale pentru anatomie patologică
 - Art. 25.03 Materiale pentru radiologie
- evidența și alocarea procedurilor pe secțiile clinice beneficiare
- alocarea tuturor cheltuielilor generale, administrative ale spitalului la nivel de secție, în funcție de chei specifice de alocare (suprafața secției pentru încălzire și curățenie etc).

Astfel, aplicația permite următoarele tipuri de rapoarte lunare:

- Total cheltuieli pe tipuri de servicii furnizate
- Cheltuieli cu programele de sănătate (detaliat)
- Raport detaliat pentru cheltuieli DRG (cazuri acute rezolvate) pe 8 categorii de cheltuieli – conform structurii de cost a Instit. St. Paul, Maryland
- Cheltuieli pe spital defalcate pe articole
- Cheltuieli totale pe structuri clinice
- Indicatori pe structuri clinice pe secții (număr pacienți, nr. zile de spitalizare pe secție, nr. paturi, cheltuieli totale, cost mediu pe pacient, cost mediu pe zi de spitalizare, cost mediu pe pat, utilizare paturi, durata medie de spitalizare)
- Proceduri
- Proceduri efectuate pentru secții clinice.

Evidența și raportarea cheltuielilor spitalicești în mod unitar, permite corelarea analizelor activității clinice a spitalelor cu datele financiare și astfel evaluarea performanței spitalelor.

Mai mult, aceste raportări au stat la baza simulărilor realizate de CNAS și INCDS pentru estimarea tarifelor pe caz ponderat și a bugetelor aferente pentru cele 185 spitale finanțate pe caz (2004).

Pentru a dispune de un instrument util și realist de calculare și raportare a costurilor spitalicești totale la nivel de secție clinică, se impun unele *actualizări și modificări* ale aplicației ExBuget. O variantă îmbunătățită a aplicației ExBuget ar fi necesară datorită mai ales:

- necesității unei liste complete, la zi, de proceduri și investigații paraclinice
- prevederilor legii spitalelor și ale contractului cadru 2004
- reglementărilor privind spitalizarea de zi
- nevoii de evidență pe sursele de finanțare, contracte
- metodologiei de întocmire și prezentare a situațiilor financiare (MS, martie 2004)
- limitărilor tehnice actuale ale aplicației (în înregistrarea datelor și utilizarea bazei de date).

În continuare prezentăm observațiile, întrebările și propunerile **spitalelor și Casei de Asigurări de Sănătate Iași** în legătură cu aplicația ExBuget 2.1, adresate CNAS și INCDS:

CAS:

1. Calcul: subtotal secții clinice, subtotal acte adiționale (rezidenți, stagieri etc), subtotal alte structuri;ambulator de specialitate separat: pentru fiecare din indicatori, total general
2. Indicatorii pe structuri clinice si asimilate sa aiba corespondența cu indicatorii raportați la DSP/MS.
3. Preluarea datelor la nivelul CAS sa poata fi realizata nu doar de pe discul A, ci din orice locație
4. La pacienti cu alte judete: să poată fi vizualizată în fișier si cheltuiala, nu doar numărul de pacienți și numărul de zile de spitalizare.
5. Evidențierea cheltuielilor cu medicamentele și materialele sanitare din programele licitate la nivel national

Spitale:

1. Posibilitatea înregistrării amortizării mijloacelor fixe
2. Posibilitatea înregistrării cheltuielilor de personal pentru Ambulatoriu de specialitate, precum și pentru alte categorii de personal statistician, registrator, îngrijitori, etc
3. Posibilitatea înregistrării cheltuielilor de personal ale altor servicii atat timp cat analizele sunt facute in cadrul altui serviciu
4. Posibilitatea înregistrării cheltuielilor pentru MRF din cadrul Dispensarului TBC
5. Utilizarea unui nomenclator comun în aplicație și în Normele din Contractul Cadru
6. Structura aplicației să respecte structura articolelor bugetare din contul de execuție
7. Repartizarea cheltuielilor indirecte/utilităților de la alte servicii, de exemplu spălătorie să se faca după un coeficient pe care să-l stabileasca fiecare unitate în parte intrucât aceasta are un consum destul de mare în comparatie cu alte sectoare.
8. Nomenclator: secții clinice/paraclinice - corespondență cu structura organizatorică a spitalului, conform ordinelor Ministerului Sănătății
9. Stomatologie: posibilitatea introducerii numărului de pacienți
10. Posibilitatea înregistrării tuturor cheltuielilor pentru ambulatorul de specialitate

Dacă există propuneri suplimentare referitoare la îmbunătățirea aplicației ExBuget 2.1, vă rugăm să le adresați în scris la adresa de email intrebaridrg@incds.ro

Ingrijirile medicale spitalicești în anul 2004 – prezentare sintetică a Duratei Medii de Spitalizare și a Indicelui de Case Mix la nivel de secție pentru perioada ianuarie-mai 2004

În numărul anterior al Buletinului DRG v-am prezentat o serie de rapoarte privind activitatea spitalelor în anul 2003 (grupele de diagnostice cu cele mai multe cazuri, cu cele mai mari durate medii de spitalizare, cu cele mai multe zile de spitalizare și cu cele mai multe intervenții chirurgicale la nivel național)

Continuăm prezentarea unor indicatori utili pentru compararea activității clinice din secția dvs cu media națională. Datele sunt calculate pentru intervalul ianuarie – mai 2004.

Sunt prezentați doi indicatori:

1. Durata medie de spitalizare (DMS), pe fiecare tip de secție
2. Indicele de complexitate (case-mix, ICM) pentru cazurile tratate, pe fiecare tip de secție (acuți)

Cod Sectie	Denumire Sectie	DMS
1011	Boli infectioase	7,68
1012	Boli infectioase copii	6,21
1023	HIV/SIDA	8,18
1033	Boli parazitare	3,75
1051	Cardiologie	7,54
1052	Cardiologie copii	6,82
1061	Cronici	11,04
1071	Dermatovenerologie	7,80
1072	Dermatovenerologie copii	5,88
1081	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	7,22
1082	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	5,62
1101	Endocrinologie	5,61
1102	Endocrinologie copii	6,71
1111	Gastroenterologie	6,00
1121	Geriatric si gerontologie	11,92
1131	Hematologie clinica	5,89
1132	Hematologie copii	6,07
1141	Hemodializa	3,79
1142	Hemodializa copii	4,50
1151	Imunologie clinica si alergologie	5,26
1152	Imunologie clinica si alergologie copii	6,05
1171	Medicina interna	7,46
1191	Nefrologie	7,83
1192	Nefrologie copii	6,66
1202	Neonatalogie (nn si prematuri)	6,31
1212	Neonatalogie (nou nascuti)	5,98
1222	Neonatalogie (prematuri)	18,15
1231	Neurologie	8,92
1232	Neurologie pediatria	7,21
1241	Oncologie medicala	5,08
1242	Oncopediatrie	6,84
1252	Pediatrie	6,43
1262	Pediatrie (pediatrie si recuperare pediatria)	6,06
1272	Pediatrie (recuperare pediatria)	24,81

1291	Pneumologie	16,88
1292	Pneumologie copii	15,58
1301	Pneumoftiziologie	24,92
1302	Pneumoftiziologie pediatria	27,01
1311	Psihiatrie acuti	13,87
1312	Psihiatrie pediatria	10,36
1321	Psihiatrie (Nevroze)	12,55
1333	Psihiatrie cronici	40,77
1343	Psihiatrie (acuti si cronici)	12,30
1353	Toxicomanie	15,03
1363	Radioterapie	10,68
1371	Recuperare, medicina fizica si balneologie	10,84
1372	Recuperare, medicina fizica si balneologie copii	19,50
1383	Recuperare medicala - cardiovasculara	8,45
1393	Recuperare medicala neurologie	12,88
1403	Recuperare medicala - ortopedie si traumatologie	15,58
1413	Recuperare medicala - respiratorie	9,44
1423	Recuperare neuro-psiho-motorie	13,65
1433	Reumatologie	8,12
1443	TBC extrapulmonar	34,34
1463	Toxicologie	4,14
1473	Sectii sanatoriale	25,38
2013	Arsi	13,43
2033	Chirurgie cardiovasculara	13,14
2043	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	10,85
2051	Chirurgie generala	7,59
2063	Chirurgie laparoscopica	7,43
2073	Chirurgie artoscopica	2,51
2083	Chirurgie oncologica	9,28
2092	Chirurgie si ortopedie pediatria	5,04
2102	Chirurgie pediatria	5,45
2113	Chirurgie plastica si reparatorie	7,94
2123	Chirurgie toracica	12,09
2133	Chirurgie vasculara	10,50
2141	Ginecologie	5,30
2151	Gineco-oncologie	5,69
2163	Microchirurgie neurovasculara	31,31
2173	Neurochirurgie	7,03
2181	Obstetrica	6,05
2191	Obstetrica-ginecologie	5,45
2201	Oftalmologie	5,09
2202	Oftalmologie copii	5,49
2211	Ortopedie si traumatologie	8,84
2212	Ortopedie pediatria	6,73
2221	Otorinolaringologie (ORL)	6,15
2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	3,81
2233	Otorinolaringologie (ORL) - implant cohlear	11,63
2263	TBC osteo-articular	30,99
2301	Urologie	7,62
2302	Urologie pediatria	5,74
6013	Chirurgie maxilo-faciala	5,36

Cod Sectie	Denumire Sectie (acuti)	ICM
1011	Boli infectioase	0,6271
1012	Boli infectioase copii	0,5857
1023	HIV/SIDA	0,9840
1033	Boli parazitare	0,9494
1051	Cardiologie	0,7088
1052	Cardiologie copii	0,6968
1071	Dermatovenerologie	0,6720
1072	Dermatovenerologie copii	0,4902
1081	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	0,6680
1082	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	0,5986
1101	Endocrinologie	0,6390
1102	Endocrinologie copii	0,4772
1111	Gastroenterologie	0,7595
1131	Hematologie clinica	1,3868
1132	Hematologie copii	0,9500
1141	Hemodializa	0,9060
1142	Hemodializa copii	1,1953
1151	Imunologie clinica si alergologie	0,6675
1152	Imunologie clinica si alergologie copii	0,5340
1171	Medicina interna	0,6783
1191	Nefrologie	0,7968
1192	Nefrologie copii	0,6672
1202	Neonatalogie (nn si prematuri)	0,3384
1212	Neonatalogie (nou nascuti)	0,2894
1222	Neonatalogie (prematuri)	1,0963
1231	Neurologie	0,8280
1232	Neurologie pediatria	0,6602
1241	Oncologie medicala	0,9854
1242	Oncopediatrie	1,9226
1252	Pediatrie	0,5191
1262	Pediatrie (pediatrie si recuperare pediatria)	0,4424
1291	Pneumologie	0,7184
1292	Pneumologie copii	0,7616
1311	Psihiatrie acuti	0,7547
1312	Psihiatrie pediatria	0,7529
1343	Psihiatrie (acuti si cronici)	0,7828
1363	Radioterapie	0,8642
1433	Reumatologie	0,7375
1443	TBC extrapulmonar	1,0037
1463	Toxicologie	0,5988
2013	Arsi	1,1832
2033	Chirurgie cardiovasculara	2,3405
2043	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	1,9275
2051	Chirurgie generala	0,8291
2063	Chirurgie laparoscopica	1,0898
2073	Chirurgie artoscopica	1,3424

2083	Chirurgie oncologica	0,8678
2092	Chirurgie si ortopedie pediatria	0,7208
2102	Chirurgie pediatria	0,7001
2113	Chirurgie plastica si reparatorie	1,0899
2123	Chirurgie toracica	1,0983
2133	Chirurgie vasculara	1,3842
2141	Ginecologie	0,6348
2151	Gineco-oncologie	0,7604
2163	Microchirurgie neurovasculara	1,2505
2173	Neurochirurgie	1,0647
2181	Obstetrica	0,6030
2191	Obstetrica-ginecologie	0,5968
2201	Oftalmologie	0,5627
2202	Oftalmologie copii	0,4899
2211	Ortopedie si traumatologie	0,9864
2212	Ortopedie pediatria	0,8955
2221	Otorinolaringologie (ORL)	0,6468
2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	0,4881
2233	Otorinolaringologie (ORL) - implant cohlear	0,8597
2263	TBC osteo-articular	0,8020
2301	Urologie	0,7248
2302	Urologie pediatria	0,7470
6013	Chirurgie maxilo-faciala	0,8477

Puteți compara aceste informații cu activitatea reală din secția dvs, folosind rapoartele din Anexa 2.1, respectiv 2.2 din perioada ianuarie-mai 2004, pentru ICM, precum și informații din celelalte raportări statistice, pentru compararea DMS

Al XV-lea Congres al Asociației Latine pentru Analiza Sistemelor de Sănătate
23 – 25 septembrie 2004, București
FORMULAR DE ÎNREGISTRARE LA CONGRES

Titlu Prof. Conf. Dr. Altele

Prenume _____

Nume _____

Profesia _____

Funcția _____

Instituția _____

Departament _____

Adresa _____

Cod postal _____ Orașul _____

Telefon _____ Fax _____

e-mail _____

Vă rugăm folosiți un singur formular pentru fiecare participant!

Formularul de înregistrare trebuie trimis la Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate
Persoană de contact Dr. Cristina Pavel Tel: (021) 252.35.51/252.04.25
e-mail: calass2004@incds.ro Fax: (021) 210.83.37

CAZARE

Informații legate de posibilitățile de cazare în București le puteți obține la adresa de e-mail: georgel@paralela45.ro, sau pe site-ul web: www.paralela45.ro/calass/index.htm

Vă rugăm să bifați dacă participați la:

- Miercuri 22 Septembrie Seminar „Evaluarea cantitativă a îngrijirilor infirmiere”,
V.Marie-Lise Lair, Luxemburg
- Joi 23 Septembrie Cina festivă

ÎNREGISTRARE

Taxă de înregistrare: 100 EURO

Înregistrarea este valabilă doar dacă plata este confirmată în contul:

Colegiul Medicilor București
Banca Transilvania S.A., Sucursala Lipscani, Bucuresti
Cont Nr: Lei – 2511000041675385
Euro – 2511022041675385

Atenție:

- Vă rugăm să rețineți că toate plățile bancare trebuie să fie realizate de cel care se înregistrează.
- **Politica de anulare: înainte de 1 Septembrie anularea participării va costa 50% din taxa de înscriere. După această dată nu se vor mai returna bani. Anularea trebuie să fie făcută în scris.**

Prin semnătura de mai jos, confirm că am citit și cunosc condițiile menționate.

Data _____ Semnătura _____ Total LEI _____

ANUNT IMPORTANT:

Ministrul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și INCDS doresc să organizeze, în perioada 1-3 septembrie, la Snagov, un Forum pentru dezbaterea unor probleme tehnice și direcții de dezvoltare pe termen mediu și scurt referitoare la sistemul de finanțare a spitalelor bazată pe caz (DRG).

Temele propuse:

1. Introducerea unei liste actualizate de codificare a procedurilor medicale
2. Adaptarea locală a sistemului clasificare/grupare a pacienților
3. Îmbunătățirea valorilor relative ale sistemului de grupare DRG
4. Oportunitatea folosirii sistemului DRG și pentru colectarea datelor și finanțarea serviciilor medicale furnizate în cadrul spitalizărilor de zi/tratamentului ambulator

Agenda propusă:

Joi, 2 septembrie	- Sosirea participanților și cina festivă
Vineri, 3 septembrie	- Sesiuni paralele
Sâmbătă, 4 septembrie	- Concluzii; discuții cu factori de decizie din Ministerul Sănătății, CNAS, CMR, pe baza temelor discutate și propuneri privind direcțiile agreeate de dezvoltare

În cazul în care doriți să participați la acest forum, vă rugăm să completați și să trimiteți formularul preliminar de înregistrare până pe data de 30 iulie 2004, la adresa de email intrebaridrg@incds.ro, cu mențiunea „FORUM 2004” în câmpul „Subject” sau la numărul de fax 021 211 8300. Pe baza opțiunilor dvs. de participare la acest forum, în perioada 1-15 august vă vom trimite informații suplimentare (programul definitiv, modalitatea de efectuare a plății taxelor de participare, etc)

De asemenea vă rugăm să atașați și un alt document (max. 2 pag.), care să conțină:

- propuneri de teme tehnice pentru sesiunile de dezbateri
- problemele curente pe care la întâmpină spitalul dvs

Taxa de participare (orientativă) este de 6 milioane lei de persoană (cazare, masă, materiale forum) și nu include decontarea transportului, care revine în sarcina participanților.

FORMULAR DE ÎNREGISTRARE PRELIMINARĂ LA FORUM 01 – 03 septembrie 2004, SNAGOV

Nume și Prenume	_____
Funcția	_____
Instituția	_____
Departament	_____
Adresa	_____
Telefon	_____
E-mail	_____
Data sosirii	<input type="checkbox"/> Miercuri, 1 sept <input type="checkbox"/> Joi, 2 sept
Data plecării	<input type="checkbox"/> Joi, 2 sept <input type="checkbox"/> Vineri, 3 sept <input type="checkbox"/> Sâmbătă, 4 sept

Vă rugăm folosiți câte un singur formular pentru fiecare participant!