

INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE ÎN SĂNĂTATE		
INTRARE Nr.	748	
Ziua	03	Anul 2005



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET DIRECTOR GENERAL

Calea Călărașilor nr. 248, Bl. S19, Sector 3, București

Tel: 01 - 302.6274 Fax: 01 - 326.80

E-mail: cnas@casan.ro http: www.cnas.ro

Nr.DG/728/07.03.2005

CĂTRE,
INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE ÎN SĂNĂTATE

DOMNULUI DIRECTOR GENERAL, DR. IULIAN POPESCU

Având în vedere dispozițiile art.45 alin.(1) lit.b) din O.U.G. nr.150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate și ale Ordinului ministrului sănătății nr.29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România, cu modificările și completările ulterioare, pentru punerea în aplicare a prevederilor art.65 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005 aprobat prin H.G.nr.52/2005, vă precizăm următoarele:

1. Regulile de validare a cazurilor externate și raportate în aplicația „DRG Național V 4” și metodologia de evaluare a cazurilor externate, raportate și nevalidate, solicitate spre revalidare sunt prevăzute în anexele 1 - 2 la prezenta.

2. Spitalele vor raporta în format electronic datele despre pacienții externati, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 29/2003, privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date (SMDP) în spitalele din România, modificat și completat de Ordinul ministrului sănătății nr. 1623/2004, până la data de 5 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea, însoțite de formularul 1.1 din Anexa a 3-a din setul formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale.

3. Trimestrial, până la data de 19 a lunii următoare trimestrului încheiat, spitalele vor transmite în format electronic cazurile externate, raportate și nevalidate, solicitate spre revalidare și cele neraportate din lunile anterioare, însoțite de formularul 1.2 din Anexa 3-a din setul formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale. Cazurile solicitate spre revalidare și cele neraportate până la sfârșitul anului, pot fi raportate până la data de 19 aprilie a anului următor.

4. Lunar, respectiv trimestrial, spitalele vor primi în format electronic de la Institutul Național de Cercetare - Dezvoltare în Sănătate (INCDS) rapoarte de validare a activității până la data de 15 și respectiv, 23 a lunii curente pentru luna,

respectiv trimestrul, expirată/expirat, însoțite de formularele 2.1 și 2.2 din anexa 3-a bis din setul formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale.

5. Lunar, respectiv trimestrial, Institutul Național de Cercetare - Dezvoltare în Sănătate va transmite spitalelor și caselor de asigurări de sănătate rapoarte cu detalierea cauzelor de nevalidare pentru fiecare pacient, conform regulilor din Anexa nr.1.

6. Pentru decontarea activității lunare, respectiv trimestriale, spitalele vor utiliza formularele 3.1, 3.2 și 3.3 din anexa 3-b, respectiv 3-b bis din setul formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale. Cazurile externate, validate și nedecontate până la sfârșitul anului pot fi incluse în prima regularizare a anului următor.

7. Regulile de validare mai sus menționate se aplică pentru cazurile externate începând cu data intrării în vigoare a Normelor metodologice de aplicare a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 14 februarie 2005. Până la această dată vor fi utilizate regulile de validare prevăzute în Decizia președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 119/2004, cu modificările și completările ulterioare.

Cu stimă,

 **DIRECTOR GENERAL**
[Signature]
Dr. Vasile CIURCHEA

REGULILE DE VALIDARE A DATELOR CLINICE LA NIVEL DE PACIENT ÎN VEDEREA FINANȚĂRII BAZATE PE CAZ REZOLVAT

Reguli de validare financiară a cazurilor raportate în aplicația "DRG National", în vederea
platii pe caz rezolvat (DRG)

*RF1 Cazurile nevalidate din punct de vedere clinic, conform următoarelor reguli de validare
clinice:*

RC1 Coduri care nu se regăsesc în nomenclatoarele aplicației "DRG National" sau care
nu respecta regulile de codificare a diagnosticelor

RC2 Cazuri cu vârsta în afara intervalului 0-124 ani

RC3 Cazuri cu durată de spitalizare în afara intervalului 0-365 zile

RC4S Cazuri raportate pe secții în care nu se întocmeste Foaia de Observație Clinică
Generală (FOCG - conform OMSF 798/2002, cu modificările și completările ulterioare)
de exemplu cazurile care sunt raportate de pe secțiile ATI, secții paraclinice, structuri de
urgenta etc.

RC4D Cazuri internate și externate în aceeași zi. De la această regulă fac excepție cazurile
decedate

RC5 Cazuri reprezentând aceeași pacienți ale caror perioade de spitalizare continuă în
același spital sunt separate de mai puțin de două zile.

- cazurile transferate în interiorul spitalului și raportate de pe mai multe secții
- cazurile concomitente
- cazurile concomitente
- cazurile reinternate la mai puțin de 2 zile

**Fac excepție cazurile care sunt transferate în același spital, dar între secțiile unde se
acorda îngrijiri acute și următoarele secții:**

Cod secție*	Denumirea secției*
1041	Boli profesionale**
1061	Cronici
1121	Geriatrică și gerontologie
1181	Medicină muncii**
1181	Medicină muncii
1222	Neonatologie (prematuri)
1272	Pediatrie (recuperare pediatrică)
1282	Pediatrie cronici
1301	Pneumoftiziologie
1302	Pneumoftiziologie pediatrică
1333	Psihiatrie cronici
1371	Recuperare, medicină fizică și balneologie

- 1383 Recuperare medicală - cardiovasculară
- 1393 Recuperare medicală neurologie
- 1403 Recuperare medicală - ortopedie și traumatologie
- 1413 Recuperare medicală - respiratorie
- 1423 Recuperare neuro-psiho-motorie
- 1473 Secții sanatoriale

* Conform Ordinului ministrului sănătății și familiei 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România completat cu OMSF 635/2001

** Conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, Cap.III, secțiunea a 6-a, art.29, pct(1), lit a), nu sunt decontate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate serviciile de sănătate acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistența medicală la locul de muncă, asistența medicală a sportivilor.

RC6 Cazurile cu diagnostice duplicate (de exemplu: diagnosticul principal și cel secundar sunt identice)

RC7 Cazurile cu conflict vârstă-diagnostic (de exemplu: naștere la o pacientă de 5 ani!)

RC8 Cazurile cu conflict sex-diagnostic sau sex-procedură (de exemplu: histerectomie la un bărbat)

RC9 Cazurile cu data intervenției chirurgicale în afara intervalului de spitalizare
~~RC 9~~ Cazurile cu data intervenției chirurgicale în afara intervalului de spitalizare

RC10 Cazurile cu diagnosticul principal invalid ca diagnostic de externare

RC11 Cazurile decedate pentru care nu există concordanța între rubrica "Tip externare" și "Stare la externare"

RF2 Cazurile care sunt clasificate în grupele DRG 469 (Diagnostic principal invalid ca diagnostic de externare) sau DRG 470 (Negrupabil)

Motivul: aceste grupe de diagnostice au valoarea relativă egală cu zero, deci nu sunt ramborsate

Soluția: pentru spitale: revizuirea codificării și înregistrării electronice a datelor clinice și demografice ale acestor pacienți, remedierea erorilor și retrimiteră pacienților pentru grupare

RF3 Pacienți neasigurați care nu sunt urgențe medicale

Motivul: conform legislației în vigoare, CAS decontează doar serviciile medicale de urgență pentru pacienții neasigurați CAS

Soluția: raportarea tuturor pacienților externati, neasigurați și solicitarea spre decontare CAS doar a pacienților neasigurați care sunt urgențe medicale, conform definițiilor din Normele de aplicare ale Contractului Cadru pe anul 2005, anexa nr. 17, capitolul al II-lea

RF4 Pacienți asigurați facultativ care nu sunt urgențe medicale

Motivul: conform normelor de aplicare ale Contractului Cadru pe anul 2005, anexa nr. 17, capitolul I, CAS plătește doar serviciile medicale de urgență pentru pacienții care au asigurare facultativă CAS

Soluția: raportarea tuturor pacienților externati cu asigurare facultativă și solicitarea spre decontare CAS doar a pacienților cu asigurare facultativă care sunt urgențe medicale, conform

definițiilor din Normele de aplicare ale Contractului Cadru pe anul 2005, anexa nr.17, capitolul al II-lea.

RF5 Pacienții internati la cerere

Motivul: conform legislației în vigoare, CAS nu decontează serviciile medicale spitalicești efectuate la cerere.

Soluția: raportarea tuturor pacienților externati (indiferent de modalitatea de internare) și solicitarea spre decontare la CAS numai a pacienților care îndeplinesc condițiile prin Contractul Cadru privind asistenta spitalicească și Normele de aplicare ale acestuia pe anul 2005

RF6 Pacienți pentru care nu a fost înregistrat Codul Numeric Personal (CNP)

Fac excepție de la această regulă cazurile de nou-nascuți (varsta 0-28 zile), cazurile de neasigurați care nu sunt urgente, cazurile cu asigurare facultativă care nu sunt urgente și cazurile de cetățeni străini cu asigurare prin acord bilateral.

Motivul: conform prevederilor Contractului Cadru pe anul 2005 furnizorii de servicii medicale trebuie să înregistreze codul numeric personal al asiguraților

Soluția: înregistrarea corectă a Codului Numeric Personal pentru pacienții asigurați sau sesizarea Comisiei de Analiză pentru pacienții care nu dețin un Cod Numeric Personal

RF7 Cazuri cu durată de spitalizare mai mare de 120 de zile

Motivul: Prin normele Contractului-Cadru pentru anul 2005 se prevede plata distinctă a cazurilor cu durate de spitalizare extreme, plata în relație cu numărul zilelor de spitalizare. Deoarece sistemul de finanțare bazat pe caz rezolvat se adresează secțiilor unde sunt furnizate îngrijiri de scurtă durată pentru cazuri acute, aceste durate mari de spitalizare, de peste 120 de zile semnifică, de cele mai multe ori, erori de introducere a datelor.

Soluția: Eliminarea erorii sau după caz solicitarea spre revalidare către Comisia de Analiză a cazurilor pentru care durată de spitalizare de peste 120 de zile a fost reală.

METODOLOGIA DE EVALUARE A CAZURILOR SOLICITATE SPRE REVALIDARE

Pana la data de 15 a fiecarei luni, datele clinice la nivel de pacient aferente pacientilor nevalidati de catre Institutul National de Cercetare-Dezvoltare Bucuresti (INCDS) se returneaza catre spitale si catre casele de asigurari de sanatate, cu explicatia motivului nevalidarii pentru fiecare caz in parte, utilizandu-se regulile de validare in vigoare pentru anul 2005.

Pentru pacientii nevalidati, spitalele vor revedea atat datele clinice cat si pe cele inregistrate in mod electronic si, dupa efectuarea modificarilor necesare, acolo unde este cazul, vor retransmite electronic pacientii cu ocazia regularizarii trimestriale.

Pentru pacientii nevalidati in baza regulii de RF1, punctele RC1, RC2, RC9, RC10, RC11, precum si in baza regulilor RF2, RF3, RF4 si RF 5, spitalele vor efectua corecturile necesare si vor retransmite electronic pacientii cu ocazia regularizarii trimestriale sau vor anula cazurile respective fara a sesiza Comisia de Analiza.

Pentru pacientii nevalidati in baza regulii RF1, punctele RC3, RC4S, RC4D, RC5, RC6, RC7 si RC8, precum si pentru pacientii nevalidati pe regulile RF 6 si RF 7, spitalele au doua optiuni:

1. in urma revederii datelor se constata neconcordanțe între înregistrarea electronică și conținutul FOCG, în acest caz se vor efectua corecturile necesare și se vor retransmite electronic pacientii cu ocazia regularizării trimestriale, fără sesizarea Comisiei de Analiza,

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.....

Catre: Serviciul Medical al Casei de asigurari de sanatate.....

Lista cazurilor nevalidate pentru care se solicita validarea prin Comisia de Analiza, conform

Deciziei CNAS nr..... din.....

Nr. crt.	Cod spital	Sectia	Nr. FOCG	Data externarii pacientului	Reguli pentru care se solicita validarea*	Motivul pentru care se solicita validarea

* se va nota in cite un rind separat fiecare regula pentru care se solicita revalidarea

Data

Director General
Semnatura si stampila

Serviciul Medical din cadrul caselor de asigurari de sanatate are obligatia de a organiza o intalnire a Comisiei de Analiza in termen de maxim 15 zile de la primirea instiintarii de la spital. Comisia de Analiza include obligatoriu reprezentanti ai Serviciului Medical al caselor de asigurari de sanatate si ai spitalului (Directorul medical, sefi de sectie, etc), cu exceptia medicului curant al cazului respectiv. Membrii Comisiei de Analiza vor fi desemnati in scris de catre cele doua institutii.

Modalitatea practica de evaluare a cazurilor externate este decisa de Comisia de Analiza in functie de numarul de cazuri nevalidate, dupa caz, astfel:

- evaluarea dosarelor medicale originale, prin vizitarea spitalelor vizate;
- evaluarea cazurilor pe baza dosarelor trimise de spitale (copie dupa dosarul medical al pacientilor nevalidati)

Informatiile urmarite in evaluare de catre Comisia de Analiza includ:

- motivul internarii
- diagnosticile principale si secundare, acordandu-se atentie relatiei dintre acestea atat din punct de vedere medical, cat si al cronologiei acestora
- sectia/sectiile in care a fost ingrijit si din care a fost externat pacientul
- motivul externarii
- interventiile chirurgicale -- tipul acestora, eventualele complicatii
- alte informatii pe care Comisia de Analiza le considera utile

Analiza fiecarui caz in parte se incheie cu un raport scris al Comisiei de Analiza in care sunt mentionate argumentele care au condus la validarea sau nevalidarea cazului, semnat de toti membrii comisiei care au participat la evaluarea respectiv. Raportul va fi elaborat in doua exemplare, pentru spital si, respectiv pentru casa de asigurari de sanatate - si va contine in mod explicit decizia de validare sau nevalidare a fiecarui caz in parte, in concordanta cu regula financiara RF1, punctele RC3, RC4S, RC4D, RC5, RC6, RC7 si RC8, precum si pentru regulile financiare RF 6 si RF 7.

In cazul unei decizii favorabile a Comisiei de Analiza, spitalul va selecta in aplicatia "DRG National V4", in campul „Inregistrare” starea: **"Cerere de validare"** si va trimite cazurile respective la regularizarea trimestriala. INCDS va valida aceste cazuri doar daca sunt indeplinite si conditiile de validare pentru celelalte reguli de validare, altele decat regula financiara RF1, punctele RC3, RC4, RC5, RC6, RC7 si RC8, RF 6 si RF 7.

In cazul unei decizii nefavorabile a Comisiei de Analiza, spitalul va modifica sau va anula cazul respectiv, selectand in aplicatia "DRG National V4", in campul „Inregistrare” starea: **"Modificata sau Anulata"** si va trimite de asemenea si aceste cazuri odata cu regularizarea trimestriala.

Trimestrial, INCDS va informa casele de asigurari de sanatate despre pacientii validati in mod electronic prin modalitatea **"Cerere de validare"** pentru fiecare spital in parte precizand, pentru fiecare caz urmatoarele: numarul FOCG, data internarii, data externarii, sectia. Pe baza acestor informatii, casele de asigurari de sanatate au obligatia de a verifica daca datele pentru cazurile validate prin **"Cerere de validare"** puse la dispozitie de INCDS coincid cu informatiile din decizia de validare ale Comisiei de Analiza referitoare la cazurile validate. In cazul constatarii unor neconcordante intre cele doua documente, casele de asigurari de sanatate vor anunta INCDS si spitalul pentru ca acesta din urma sa modifice inregistrările respective in conformitate cu deciziile Comisiei de Analiza.

In cazul in care cele doua parti ce formeaza Comisia de Analiza nu ajung la consens in privinta deciziilor de validare, se poate face apel la Comisa Centrala de Arbitraj, care va avea in vedere evaluarea cazurilor dupa aceeasi metodologie, prezentata anterior pentru Comisia de Analiza, si va lua o decizie care ramane definitiva.

Modificarea sau anularea cazurilor validate de INCDS se poate face numai in cazuri exceptionale, cu aprobarea scrisa a caselor de asigurari de sanatate. Trimestrial, INCDS va informa casele de asigurari de sanatate despre pacientii initial validati si modificati sau anulati ulterior de catre spitale.