



Cuprins:

Conferințele regionale	1
Codificare/Reguli de validare	3
Precizări privind regulile de validare pentru anul 2006	5

CONCLUZIILE CONFERINTELOR REGIONALE

Prof. Don Hindle, coordonator echipă

Dacă aveți întrebări sau comentarii legate de aceste concluzii, vă rog să nu ezitați să ne contactați la oricare dintre adresele de email sau numerele de telefon de mai jos:

În engleză	Prof. Don Hindle	don.hindle@pobox.com	0788 751 525
În română	Mat. Mihai Vilnoiu	mihai@icg2000.ro	0788 849 764

În perioada 20-31 martie 2006 au avut loc 10 conferințe regionale, prezentate în Figura 1, împreună cu data organizării, locația și județele participante.

Principalul obiectiv al conferințelor a fost prezentarea proiectului (a obiectivelor și căilor de realizare) pentru reprezentanții celor 276 de spitale finanțate pe bază de caz rezolvat (Directorul General sau directorul Adjunct Medical, Directorul de Îngrijiri și responsabilul DRG pe spital), pentru reprezentanții Direcțiilor de Sănătate Publică, Caselor Județene de Asigurări de Sănătate și Colegiilor Medicilor de la nivel județean, precum și ascultarea părerilor și culegerea sugestiilor participanților pentru creșterea calității rezultatelor și adaptarea lor la realitățile vieții medicale românești.

În organizarea conferințelor și în realizarea prezentărilor, echipa proiectului a fost sprijinită de Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate, Ministerul Sănătății, Centrul de Calcul și Statistică Sanitară și Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Participarea activă a acestor parteneri a fost un semn al interesului pentru proiect și a contribuit foarte mult la purtarea unor discuții fructuoase.

Per ansamblu, cei aproximativ 820 de participanți din 960 de invitați au ridicat probleme comune și au exprimat păreri similare. Cele mai importante idei rezultate sunt următoarele:

- Au fost realizate progrese importante în ceea ce privește trecerea către o metodă mai bună de finanțare a spitalelor pentru serviciile spitalicești
- Există probleme care trebuie să fie rezolvate, și anume:
 - valorile relative pe caz ponderat nepotrivite pentru situația din România,

- reguli de codificare imprecise sau neclare și
- dificultăți în a lua hotărârea când trebuie realizată trecerea la plată integrală pe caz rezolvat
- Câteva dintre ideile propuse de echipa de proiect merită să fie luate în considerare:
 - înființarea Comitetului Român de Clasificare Clinică,
 - distribuirea ghidurilor de codificare,
 - accesul la softul de gruper DRG,
 - realizarea studiului privind costurile pe DRG în spitalele din România și
 - încurajarea utilizării protocoalelor de practică
- Proiectul trebuie să încurajeze și să sprijine personalul interesat din spitale pentru a participa la dezvoltarea și implementarea îmbunătățirilor.

Figura 1: Organizarea Conferințelor regionale

Data	Locul de desfășurare a conferinței și județele participante				
	București	Târgu Mureș	Iași	Cluj	Timișoara
20-03-06	Argeș Dolj Ilfov Prahova				
21-03-06	Buzău Călărași Constanța Giurgiu Ialomița Teleorman Tulcea				
22-03-06	Dâmbovița Gorj Mehedinți Olt Vâlcea				
23-03-06	București				
27-03-06		Brașov Covasna Harghita Mureș Sibiu	Galați Iași Vaslui Vrancea		
28-03-06			Brăila Bacău Botoșani Neamț Suceava	Alba Cluj Sălaj	
29-03-06				Bihor Bistrița Maramureș Satu Mare	
31-03-06					Arad Caraș Hunedoara Timiș

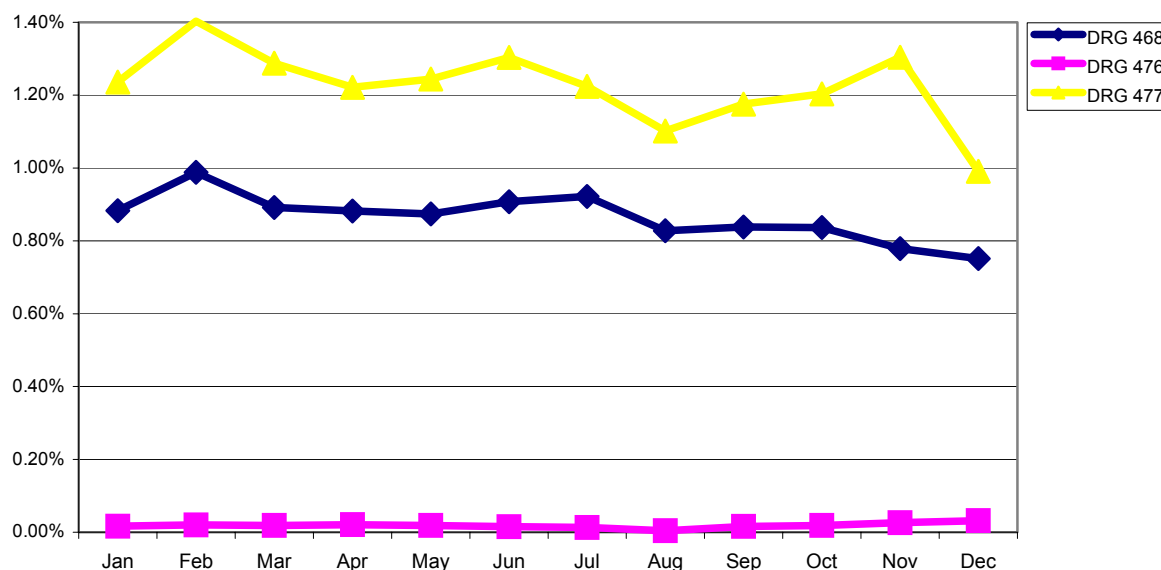
Pe parcursul următorului buletin, ne vom concentra asupra temelor care au generat cele mai aprinse discuții sau au stârnit interesul. Participanții la conferințe sunt invitați să adauge note, să sugereze corecții și să-și clarifice propriile puncte de vedere.

CODIFICARE/REGULI DE VALIDARE

Simona Mușat

În cursul anului 2005, din totalul de 4 148 963 pacienți raportați la nivel național de spitalele finanțate pe bază de caz rezolvat, din secții ce acordă îngrijiri de tip acut și validați de către INCDS, un număr de 87 620 (2,11%%) au fost grupați în DRG 476 Intervenții operatorii prostatice ce nu au legătură cu diagnosticul principal (VR=1,7418), DRG 477 Intervenții operatorii limitate ce nu au legătură cu diagnosticul principal (VR=1,4459) și DRG 468 Intervenții chirurgicale extinse nelegate de diagnosticul principal (VR=2,6855). Evoluția lunară a acestora este detaliată în graficul de mai jos și se poate observa o ușoară tendință descrescătoare (explicabilă poate și prin faptul că la în luna iulie 2005 Centrul de Calcul și Statistică Sanitară al Ministerului Sănătății a formulat o serie de precizări și a publicat o erată la lista procedurilor australiene):

Evoluția lunară a cazurilor grupate în DRG 468, 476 și 477 ca procent din total cazuri raportate și validate (secții acuți, spitale finanțate, 2005)



Totuși, ținând seama de faptul că aceste 87 620 de cazuri sunt validate și date fiind valorile relative destul de mai precum și agregarea la nivelul anumitor unități sanitare, impactul asupra ICM a fost semnificativ.

Ca urmare, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a modificat procesul de validare a cazurilor raportate pentru anul 2006, introducând pentru această situație particulară o nouă regulă B10, care se referă la cazurile pentru care nu există concordanță între diagnosticul principal și intervențiile chirurgicale efectuate. Astfel, pentru luna ianuarie 2006, s-a constatat că cele mai multe cazuri au fost invalidate prin aplicarea regulii B10 (cca. 37%) și datorită numărului mare de întrebări și solicitări de detaliere primite din partea spitalelor, Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate a realizat o analiză prin care s-au identificat principalele proceduri responsabile de gruparea cazurilor respective în DRG 468, 476 și 477.

Primele zece dintre acestea în ordinea descrescătoare a frecvenței sunt detaliate în tabelul de mai jos:

Cod	Denumire Procedură
42503-00	Examinarea chirurgicală a globului ocular
35643-00	Dilatarea și curetajul [D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină
90147-00	Alte proceduri invazive asupra faringelui
90442-00	Alte proceduri invazive asupra organelor genitale feminine
90595-00	Alte proceduri invazive asupra aparatului musculoscheletic, neclasificate în altă parte
41629-00	Explorarea chirurgicală a urechii medii
30361-00	Localizarea leziunii sânelui
35643-01	Curetajul aspirativ al cavității uterine
90143-00	Alte proceduri invazive asupra cavității bucale
30317-00	Re-explorare de ganglion limfatic cervical

Pacienții grupați în DRG 476, 477 și 468 (și deci invalidați prin intermediul regulii B10) pot fi pacienți internați pentru un diagnostic care nu necesită intervenții chirurgicale dar la care, pe parcursul spitalizării, apare o complicație nelegată de diagnosticul principal pentru care sunt operați. În realitate, astfel de cazuri nu sunt foarte frecvente, atât timp cât procesul de codificare se desfășoară în mod corespunzător, în conformitate cu standardele în vigoare.

Cazurile invalidate prin intermediul regulii B10 se înscriu în următoarele categorii:

1. Proceduri invazive codificate în locul unor proceduri neinvazive. Precizările suplimentare ale Centrului de Calcul și Statistică Sanitară al Ministerului Sănătății și erata publicată de acesta sunt disponibile și pe pagina www.drg.ro, la secțiunea „Codificare”.

Ex.: Pacient internat într-o secție de Medicină Internă, cu diagnostic principal I10 Hipertensiunea esențială (primară) și care are una din procedurile secundare 42503-00 Examinare chirurgicală a globului ocular, în locul unei proceduri neinvazive 11212-00 Examinarea fundului de ochi, care s-a și efectuat în realitate.

2. Procedurile (principale și secundare) sunt din Capitolul XIII Proceduri ginecologice iar diagnosticul principal aparține CMD 14 Sarcină, naștere și lăuzie sau invers, procedurile (principale și secundare) sunt din Capitolul XIV Proceduri obstetricale iar diagnosticul principal aparține CMD 13 Boli și tulburări ale aparatului reproductiv feminin.
3. Procedura nu este în concordanță cu diagnosticul principal deoarece nu se respectă principiul codificării biaxiale (după etiologie și după manifestarea bolii).

Ex.: Diagnostic principal A18.1+ Tuberculoza aparatului genito-urinar, care aparține CMD 18 Boli infecțioase și parazitare, sistemice sau cu localizare nespecificată, cu procedura 35713-11 Anexectomia unilaterală, din Capitolul XIII Proceduri ginecologice. În acest caz, ca diagnostic principal trebuie codificate atât A18.1+ Tuberculoza aparatului genito-urinar cât și N74.1* Afecțiunea inflamatorie pelviană tuberculoasă.

4. Situația particulară a unor cazuri tratate în secții de Nefrologie sau Hemodializă, în care diagnosticul principal aparține CMD 11 Boli și tulburări ale aparatului urinar (rinichi, tract urinar), iar intervenția care se practică în vederea efectuării hemodializei 34509-01 Efectuarea unei fistule arterio-venoase nativă (cu venă) la nivelul membrului

superior aparține capitolului Proceduri pe aparatul cardiovascular. Ar exista posibilitatea de a înlocui intervenția principală, în măsura în care clinicienii consideră că se respectă realitatea, cu una din următoarele: 34500-00 Inserția unui shunt extern arterio-venos sau 34500-01 Înlocuirea unui shunt extern arterio-venos (care sunt specifice și CMD 11 Boli și tulburări ale aparatului urinar) sau în cazul în care procedura efectuată în realitate a fost corect codificată se poate solicita revalidarea prin intermediul Comisiei de Analiză.

Concluzia celor arătate mai sus ar fi că, deși această măsură ar putea părea dură pentru unele spitale, introducerea regulii de validare B10 a evidențiat erorile existente și a contribuit semnificativ la îmbunătățirea activității de codificare. Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate va continua să analizeze toate propunerile constructive venite din partea spitalelor și va încerca să propună factorilor de decizie soluții pentru rezolvarea problemelor apărute în procesul de raportare, grupare și validare a datelor.

PRECIZĂRI PRIVIND REGULILE DE VALIDARE PENTRU ANUL 2006

Cristinel Palas

Conform Ordinului CNAS 277 din 29.12.2005 a intrat în vigoare noul set de reguli de validare pentru anul 2006.

Aceste reguli se vor aplica pentru cazurile externate începând cu data de 1 ianuarie 2006.

Pentru a ușura înțelegerea și utilizarea acestui nou set de reguli, venim cu câteva precizări privind noutățile și modificările față de regulile anului 2005.

În esență, schimbările au constat în:

- modificarea nomenclurii regulilor de validare
- modificarea metodologiei de aplicare a acestora
- modificarea unora dintre actualele reguli de validare
- adăugarea unor noi reguli de validare

Modificarea nomenclurii regulilor de validare se referă la schimbarea numelor acestora. Astfel, în loc de reguli de tip RC și RF, acum există reguli de tip A și de tip B.

Modificarea metodologiei de aplicare a regulilor de validare se referă la modul de rezolvare a situației cazurilor invalidate (prin corectare sau/și obținerea avizului de revalidare al Comisiei de Analiză).

Redenumirea regulilor de validare simplifică această problemă, întrucât cele două tipuri de reguli (A și B) au acum modalități distincte de abordare:

- Grupa A – reguli pentru care nu se poate cere aviz de revalidare
- Grupa B – reguli pentru care se poate cere aviz de revalidare

Modificările aduse regulilor de validare sunt minime, ele afectând numai 5 reguli, după cum urmează:

- Regula RC2 a fost „spartă” în două reguli A06 și B01
- Regula RC3 a fost „spartă” în două reguli A07 și B02
- Regula RC5 a fost „spartă” în două reguli A08 și B08
- Regulile RF3 și RF4 au fost „comasate” într-o singură regulă A10

În ceea ce privește regulile noi introduse, acestea sunt în număr de 6:

A11	Pacienții cetățeni străini fără asigurare socială de sănătate și fără asigurare facultativă de sănătate
A14	Cazuri cu informații eronate privind asigurarea de sănătate
B10	Cazuri pentru care nu există concordanță între diagnosticul principal și intervențiile chirurgicale efectuate
B11	Cazuri pentru care nu s-a înregistrat diagnosticul la internare
B12	Cazuri pentru care nu s-a înregistrat data intervenției chirurgicale principale
B13	Cazuri pentru care nu s-a înregistrat medicul operator

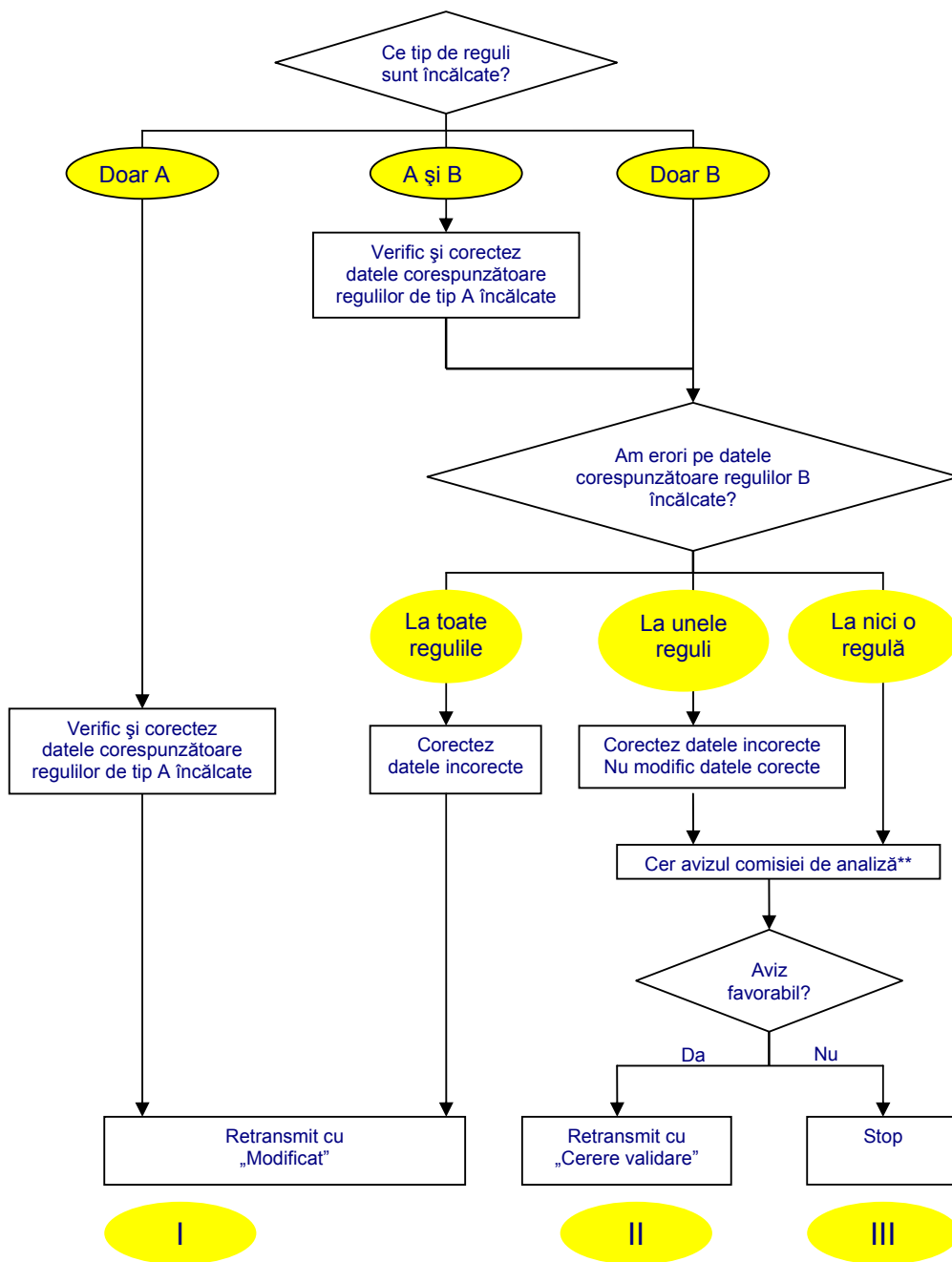
Corespondența dintre regulile anului 2005 și cele ale anului 2006 este următoarea:

Reguli 2005	Reguli 2006
RC1	A01
RC2	A06, B01
RC3	A07, B02
RC4S	A02
RC4D	B05
RC5	A08, B08
RC6	B09
RC7	B03
RC8	B04
RC9	A03
RC10	A05
RC11	A04
RC12	A13
RF2	A09
RF3, RF4	A10
RF5	A12
RF6	B06
RF7	B07
-	A11
-	A14
-	B10
-	B11
-	B12
-	B13

Pentru spitale, modul de soluționare a cazurilor invalidate constituie aspectul cel mai important. Din păcate acest aspect s-a dovedit a fi, de multe ori, și cel mai dificil, una dintre dificultăți fiind aceea a identificării situațiilor când un caz invalidat poate fi prezentat Comisiei de Analiză și când nu. Acesta este și unul din motivele pentru care redenumirea și reclassificarea regulilor de validare s-a făcut în funcție de modul de rezolvare a situației cazurilor invalidate, mai exact de posibilitatea de a cere sau nu aviz de revalidare.

Menționăm și subliniem totodată că este vorba de posibilitatea și nu de necesitatea de cerere a acestui aviz, adică invalidarea pe o regulă de tip B nu înseamnă neapărat că acel caz trebuie prezentat Comisiei de Analiză. În fapt, apelarea la Comisia de Analiză se face atât în funcție de tipul regulilor încălcate cât și de (in)corectitudinea datelor care au determinat încălcarea regulilor respective (există situații în care un caz poate fi invalidat dar totuși datele lui să fie corecte). Pentru clarificarea acestor aspecte, prezentăm în continuare o schemă globală de abordare a unui caz invalidat:

Metoda de soluționare a unui caz invalidat*



*Mai puțin regulile A08 și B08, pentru care consultați nota următoare

**Avizul comisiei de analiză se cere doar pe regulile pentru care nu s-au efectuat corecturi ale datelor corespunzătoare lor.

Notă: Pentru regulile A08 (cazuri concomitente) și B08 (transferuri intra-spitalicești și reinternări în aceeași zi sau la un interval de o zi), acest algoritm este complicat prin faptul că aceste reguli nu se aplică unui caz individual ci unui grup de cazuri.

Mai exact, stabilirea stării de validare în aceste situații nu depinde doar de datele cazului în speță ci și de datele altor cazuri. De aceea, retransmiterea unui caz nu asigură validarea lui ci este necesar ca, în plus față de cele descrise în acest algoritm, să se anuleze toate cazurile din grupul respectiv care nu sunt retransmise ca „Modificat” sau „Cerere de validare” înainte de retransmiterea cazurilor corectate și a celor avizate pentru revalidare.