



Noutăți privind sistemul de validare a datelor pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă, anul 2007 față de 2006

În cele ce urmează vă prezentăm noutățile apărute în anul 2007 față de anul trecut în ceea ce privește sistemul de validare a datelor pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă.

Concret, noutățile se referă la regulile de validare pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și au ca bază legală:

- Ordinul 37/2007 al Președintelui CNAS privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea;
- Ordinul 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continua și spitalizare de zi;
- Ordinul 1781/2006 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007;
- HG 1842/2006 pentru aprobarea Contractului-Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007.

Pentru anul 2007 au apărut trei noutăți privind validarea cazurilor, referitoare la:

1. **Aplicabilitate:** Regulile se vor aplica pentru toate cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă, indiferent de modalitatea de finanțare;
2. **Conținut:** Modificarea setului de reguli de validare;
3. **Proces:** Includerea în procesul validării a mecanismului de control al caselor de asigurări de sănătate.

1. Aplicabilitate

Spre deosebire de anul 2006, în 2007 setul regulilor de validare se va aplica integral nu numai cazurilor finanțate pe bază de DRG ci și celorlalte cazuri spitalizate în regim de spitalizare continuă, indiferent de modalitatea de finanțare (cazuri finanțate pe bază de tarif pe caz mediu, cazuri finanțate pe bază de durată optimă de spitalizare și cazuri finanțate pe bază de zile efective de spitalizare).

2. Conținut

Setul de reguli de validare a suferit câteva modificări față de anul 2006, după cum urmează:

- **Regula A01** (Cazuri ale căror date încalcă specificațiile tehnice ale setului minim de date la nivel de pacient) păstrează aceeași semnificație ca în 2006 dar, datorită faptului că diagnosticul la internare a devenit un câmp obligatoriu, ea va determina (și) invalidarea cazurilor pentru care nu s-a înregistrat diagnosticul la internare.
- **Regula A05** care în 2006 se referea la cazuri cu diagnosticul principal invalid ca diagnostic la externare, în 2007 se referă la cazuri cu număr de foaie de observație (FOCG) invalid
 - Motiv: Conform instrucțiunilor de completare a FOCG în vigoare, numărul foi de observație trebuie să fie unic, pe spital și an;
 - Explicații: Sunt invalidate cazurile cu același număr de foaie de observație (FOCG), în același spital și în același an;
 - Algoritm: se invalidează toate cazurile care au același cod de spital și nr. FOCG și an de internare.
- **Regula A10** care în 2006 se referea la pacienții fără asigurare socială de sănătate sau cu asigurare facultativă de sănătate, care nu sunt urgențe medicale, în 2007 se referă la cazurile care nu îndeplinesc condițiile de finanțare din Fondul Unic de Asigurări Sociale de Sănătate. În esență, noua regulă reprezintă o extindere a regulii din 2006, ea înglobând și vechea regulă A12 - Pacienții internați la cerere și, în același timp, o modificare a acesteia, în sensul că nu mai ia în considerare tipul de internare ci criteriul de internare (care a fost nou introdus în setul minim de date la nivel de pacient).
 - Motiv: Conform legislației în vigoare, serviciile spitalicești efectuate la cerere nu sunt suportate din Fondul Unic de Asigurări Sociale de Sănătate iar serviciile spitalicești furnizate pacienților fără asigurare CNAS și celor cu asigurare facultativă sunt suportate din Fondul Unic de Asigurări Sociale de Sănătate numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale, al bolilor cu potențial endemo – epidemic și al nașterilor

- Algoritm: se invalidează cazurile care
 - au Tip internare „La cerere”,
 - au (Statut asigurare „Neasigurat” sau „Asigurare voluntară”) și (Criteriul de internare altul decât „Naștere”, „Urgență” sau „Epidemiologic”),
 - au (Tip asigurare „Facultativ”) și (Criteriul de internare altul decât „Naștere”, „Urgență” sau „Epidemiologic”)
- *Regula A11* care în 2006 se referea la pacienții cetățeni străini fără asigurare socială de sănătate și fără asigurare facultativă de sănătate, în 2007 se referă la cazuri pentru care nu s-au înregistrat complet datele privind asigurarea de sănătate a pacientului
 - Motiv: Informația privind asigurarea de sănătate a pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient a cărui raportare este obligatorie.
 - Explicații: Sunt invalidate cazurile cu asigurare CNAS pentru care nu s-a înregistrat tipul asigurării și cazurile cu asigurare CNAS obligatorie sau facultativă pentru care nu s-a înregistrat casa de asigurări
 - Algoritm: se invalidează cazurile care
 - au (statut asigurare „Asigurat CNAS” sau „Asigurat CNAS și voluntar”) și (Tip asigurare „Necompletat”)
 - cazurile care au (Tip asigurare „Obligatorie” sau „Facultativ”) și (Casa de asigurări „Necompletat”)
- *Regula A12* care în 2006 se referea la pacienții internați la cerere, în 2007 se referă la cazuri pentru care nu s-a înregistrat criteriul de internare a pacientului
 - Motiv: Conform reglementărilor în vigoare (Ordinul ministrului sănătății publice și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1782/576 din 28 decembrie 2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi), informația privind criteriul de internare a pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient a cărui raportare este obligatorie.
 - Explicații: Se aplică tuturor asiguraților CNAS (cu sau fără asigurare voluntară)
 - Algoritm: se invalidează cazurile care au (Statut asigurare „Asigurat CNAS” sau „Asigurat CNAS și voluntar”) și (Criteriul de internare „Necompletat”)
- *Regula A13* (Cazuri de transplant) păstrează aceeași semnificație ca în 2006 dar va fi aplicată tuturor cazurilor, inclusiv de la spitalele acreditate să efectueze transplanturi (conform Ordinului M.S. **534/20.05.2005**)
 - Motiv: Conform legislației în vigoare, transplanturile sunt finanțate integral de către Ministerul Sănătății Publice
 - Notă: De asemenea, nu sunt finanțate din Fondul Unic de Asigurări Sociale de Sănătate procedurile de prelevare de organe de la donatori decedați.
 - Explicații: Cazurile de transplant sunt acele cazuri clasificate ca atare precum și cele la care s-a efectuat una dintre procedurile listate mai jos.

- Algoritm: se invalidează cazurile care
 - au cod DRG 480, 495, 481, 103 sau 302
 - au cel puțin una dintre procedurile 90324-00 (Transplantul de pancreas), 36516-04 (Recoltarea rinichiului pentru transplant, pe cale laparoscopică, de la donator viu) sau 36516-05 (Recoltarea rinichiului pentru transplant, de la donator viu), indiferent dacă procedura este principală sau secundară
- *Regula A14* (Cazuri cu informații eronate privind asigurarea de sănătate) păstrează aceeași semnificație ca în 2006 dar este actualizată în concordanță cu noile date referitoare la asigurarea de sănătate a pacientului care au fost incluse în setul minim de date la nivel de pacient
 - Motiv: Cel puțin una dintre următoarele informații este eronată: statutul de asigurat, tipul de asigurare CNAS, categoria de asigurat
 - Explicații: Sunt invalidate cazurile pentru care statutul de asigurat nu este în concordanță cu tipul asigurării CNAS și/sau cu categoria de asigurat.
 - Algoritm: se invalidează cazurile care
 - au (statut asigurare „Asigurat voluntar” sau „Neasigurat”) și (tip asigurare diferit de „Null”)
 - au (statut asigurare „Asigurat voluntar” sau „Neasigurat”) și (CAS diferit de „Null”)
 - au (statut asigurare „Asigurat voluntar” sau „Neasigurat”) și (categoria de asigurat CNAS diferit de „Null”)
- *Regula A15* (Cazuri pentru care nu s-a înregistrat data intervenției chirurgicale principale) este identică cu regula B12 din 2006, ceea ce înseamnă că nu s-a modificat decât modalitatea de soluționare a cazurilor invalidate
- *Regula A16* (Cazuri pentru care nu s-a înregistrat medicul operator) este identică cu regula B13 din 2006, ceea ce înseamnă că nu s-a modificat decât modalitatea de soluționare a cazurilor invalidate
- *Regula A17* (Cazuri pentru care nu s-au înregistrat complet datele despre cetățenia pacientului) este o regulă nouă, legată de modificarea cu privire la datele despre cetățenie din setul minim de date la nivel de pacient
 - Motiv: Informația privind cetățenia pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient a cărui raportare este obligatorie.
 - Explicații: Se aplică exclusiv cazurilor cu cetățenie străină sau dublă (română și străină) pentru care nu s-a înregistrat și țara
 - Algoritm: se invalidează cazurile care au (Cetățenia „Străin” sau „Străin și român”) și (Țara „Necompletat”)
- *Regula B07* care se referea la cazuri cu durata de spitalizare mai mare de 120 de zile a fost abrogată
- *Regulile B08, B09 și B10* au fost renumerotate, devenind B07, B08 și, respectiv, B09

- *Regulile B11, B12 și B13* au fost abrogate, ele devenind reguli de tip A (vezi mai sus), ceea ce înseamnă că nu mai țin de Comisia de Analiză.

3. Proces

Includerea în procesul validării a mecanismului de control al caselor de asigurări de sănătate se referă la stipularea obligativității spitalelor de a corecta neregulile constatate de către casele de asigurări de sănătate cu ocazia controalelor efectuate în spital. Aceste nereguli se referă la nerespectarea reglementărilor privind datele clinice la nivel de pacient (neconcordanța dintre datele colectate electronic și datele din FOCG, neconcordanța dintre datele înscrise în FOCG și serviciile efectuate în realitate, codificări care nu respectă reglementările în vigoare, precum și orice alte situații de acest fel).

Spitalul are posibilitatea de a contesta decizia CAS în cadrul Comisiei de Analiză și, eventual, al Comisiei Centrale de Arbitraj.

Procesul de corectare este, în mare, același ca și pentru cazurile invalidate la SNSPMS și constă în retransmiterea cazurilor respective la SNSPMS după ce s-au efectuat corecturile necesare.

Modalitatea concretă și termenele la care se face retransmiterea cazurilor respective sunt prezentate în Anexa nr. 2 din Ordinul 37/2007 al Președintelui CNAS.

Comparativ cu procesul de gestionare a cazurilor invalidate la SNSPMS, deosebirile constă în următoarele:

- Corecțiile impuse se fac obligatoriu cu ocazia următoarei regularizări trimestriale pentru cazurile aferente anului în curs și în maxim 30 de zile de la notificarea oficială a CAS/Comisia de Analiză/Comisia de Arbitraj privind invalidarea acestor cazuri pentru cazurile aferente anilor precedenți.
- În cazul în care spitalul nu se conformează acestor termene CAS vor aplica amenzi conform art. 71 din Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.
- Cazurile ale căror date trebuie modificate se retransmit de două ori, odată ca "Anulat" și apoi ca "Modificat".