



Noutăți privind colectarea setului minim de date la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă în anul 2007

Cuprins:

Tip finanțare secție.....	2
Diagnostice și proceduri.....	3
Numărul FOCG.....	3
Diagnosticul la internare.....	3
Diagnosticul principal în situațiile de codificare duală.....	3
Situații speciale.....	4
Cetățenie.....	4
Ocupația.....	5
Nivel de instruire.....	5
Statut asigurat.....	6
Tip asigurare CNAS și CAS.....	6
Categorie asigurat.....	7
Criteriul de internare.....	7

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

Concret, noutățile se referă la:

- Modelul FOCG și instrucțiunile de completare
- Setul minim de date la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă (SMDPC)
- Aplicația DRG Național

și au ca bază legală

- O 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi
- O 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

Informațiile la nivel de pacient care sunt nou apărute în 2007, care au suferit modificări față de anul 2006 sau care pot crea dificultăți în înregistrarea lor corectă sunt următoarele:

1. Tip finanțare secție

În aplicația DRGNational 5.0, în tabelul „Lista secției proprii spitalului” (care se deschide prin selectarea „Setări”/”Secțiile spitalului”) a apărut un câmp nou, denumit „Tip finanțare secție”.

Acesta se completează **numai** pentru:

- secțiile a căror activitate este decontată pe bază de zile efective, sau
- secțiile reorganizate conform HG 261/2000, cu modificările și completările ulterioare.

Stabilirea tipului de finanțare se face în conformitate cu prevederile contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat între spital și casa de asigurări de sănătate.

În momentul în care pentru o secție nu se completează acest câmp se va subînțelege că este vorba despre decontare a cazurilor externate, care poate fi:

- pe DRG,
- pe bază de tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, sau
- tarif pe zi de spitalizare și durată optimă de spitalizare.

Important:

Acest câmp este esențial pentru rapoartele privind activitatea spitalului pe baza cărora CAS va face finanțarea și, prin urmare, orice greșală în definirea tipului de finanțare a secțiilor va afecta finanțarea spitalului.

În cazul în care s-a definit greșit tipul de finanțare al uneia sau mai multor secții, toate cazurile înregistrate pe aceste secții trebuie corectate înainte de a fi transmise către SNSPMS.

Corectarea unei setări inițiale eronate a tipului de finanțare pentru o secție, în situația în care în aplicația DRGNational 5.0 au fost deja încărcate un număr de cazuri se poate realiza în două moduri:

a) dacă numărul pacienților deja înregistrați nu este foarte mare, se recomandă următoarea secvență:

- ștergerea cazurilor,
- ștergerea secției cu tipul de finanțare ales eronat din tabelul „Lista secției proprii spitalului”,
- reintroducerea corectă a tipului de finanțare a secției în tabelul „Lista secției proprii spitalului”
- reintroducerea datelor pacienților.

b) dacă numărul pacienților deja înregistrați este mare, pentru a evita reintroducerea tuturor datelor acestora, se recomandă următoarea secvență:

- se creează o nouă secție fictivă (inexistentă în mod real în spital, de exemplu „Medicină internă 15”) în tabelul „Lista secției proprii spitalului”;

- pentru fiecare pacient introdus pe secția cu tipul de finanțare ales eronat se va corecta câmpul „Secția” (inclusiv în secțiunea „Transferuri”): se înlocuiește secția cu tipul de finanțare ales eronat cu secția fictivă introdusă la pct. 1 (în exemplul dat, cu „Medicină internă 15”).
- se șterge din tabelul „Lista secții proprii spitalului” secția cu tipul de finanțare ales eronat și se va reintroduce corect.
- pentru fiecare pacient de pe secția fictivă nou creată (în exemplul dat, „Medicină internă 15”) se va modifica câmpul „Secția”: se înlocuiește secția fictivă (în exemplul dat, „Medicină internă 15”) cu secția corectă introdusă la pct. 3.
- se șterge din tabelul „Lista secții proprii spitalului” secția fictivă introdusă la pct. 1 (în exemplul dat, cu „Medicină internă 15”)

2. Diagnostiche și proceduri

Nu există modificări în ceea ce privește codificarea diagnosticelor și procedurilor în anul 2007 față de 2006.

Astfel, ***se va codifica în continuare*** :

- Diagnosticul principal și cele secundare - cu ajutorul clasificării **CIM-10 OMS** (și **nu** cu CIM-10-AM v.3)
- Procedurile principale și secundare - pe baza “Listei Tabelare a Procedurilor din Clasificarea Internațională a Maladiilor, varianta australiană, CIM-10-AM v.3”.

3. Numărul FOCG

Numărul FOCG este obligatoriu **unic** pe spital (din registrul unic de intrări - ieșiri pentru spitalizarea continuă), **inclusiv pentru spitalele care au în structură secții exterioare**, ceea ce înseamnă că un spital nu poate avea într-un an mai multe foi de observație cu același număr.

4. Diagnosticul la internare

În aplicație **este obligatoriu** să se completeze diagnosticul la internare. Diagnosticul la internare este stabilit de medicul de gardă al spitalului, e semnat și parafat, și se codifică conform CIM-10 OMS.

5. Diagnosticul principal în situațiile de codificare duală

Diagnosticul principal **are două rânduri**, al doilea rând fiind pentru situațiile de codificare duală:

- în caz de traumatisme și otrăviri:
 - în primul rând se trece natura acestora (capitolele S,T din CIM-10 OMS)
 - în rândul al doilea se trece cauza externă (capitolele V, W, X,Y din CIM-10 OMS)
- în cazul afecțiunilor notate cu plus (+) și asterisc (*):
 - în primul rând se trece diagnosticul cu (+)
 - în rândul al doilea se trece cel cu (*)

În aplicația DRG Național v.5.0 în fereastra “**Diagnostic**” câmpurile Diagnostic Principal Cod 1 și respectiv Diagnostic Principal Cod 2 permit codificarea duală; oricare ar fi diagnosticul de la cod 1 se poate trece și diagnosticul corespunzător de la cod 2, inclusiv pentru cauzele externe ale traumatismelor.

6. Situații speciale

a) În FOCG

Deoarece în FOCG nu există secțiune pentru înscrierea acestor situații, se recomandă a se consemna această informație („suspiciune de boală profesională”, „suspiciune de accident de muncă”, „accident rutier” sau „vătămare corporală”) pe prima pagină a FOCG, **numai** pentru pacienții care se încadrează în una dintre aceste situații.

b) În aplicația DRG Național v.5.0

Se completează în fereastra “**Situații speciale**”, selectând una din variantele listate: NA, suspiciune de boală profesională, suspiciune de accident de muncă, accident rutier, vătămări corporale.

7. Cetățenie

a) În FOCG

Se bifează căsuța corespunzătoare, cetățean român sau străin.

În cazul celor cu dublă cetățenie (română și străină) se bifează ambele căsuțe

În cazul cetățenilor străini și a celor cu dublă cetățenie (română și străină) se completează și țara corespunzătoare cetățeniei străine

b) În aplicația DRG Național v.5.0

În fereastra „Fișă pacienți - Date generale” există două câmpuri corespunzătoare acestei informații:

- *Tip cetățenie* – romană, străină sau cetățenie dublă. Câmpul este obligatoriu de completat.
- *Cetățenie* - o listă de țări care nu conține România, deoarece se completează **numai** în cazul pacienților cu *tip cetățenie* străină sau dublă.

Completarea datelor se face astfel:

- În cazul cetățenilor români se alege „*tip cetățenie*”= romană și nu se completează câmpul „*cetățenie*”.
- În cazul cetățenilor străini se alege „*tip cetățenie*”= străin și la câmpul „*cetățenie*” se alege țara corespunzătoare cetățeniei străine din lista de țări care apare.
- În cazul cetățenilor cu dublă cetățenie se alege „*tip cetățenie*”= cetățenie dublă și la câmpul „*cetățenie*” se alege țara corespunzătoare cetățeniei străine din lista de țări care apare.

8. Ocupația

a) În FOCG

Se completează în căsuța respectivă codul corespunzător uneia dintre cele 8 variante listate:

- fără ocupație (1)
- salariat (2)
- lucrător pe cont propriu (3)
- patron (4)
- agricultor (5)
- elev / student (6)
- șomer (7)
- pensionar (8)

Dacă apar alte situații, care nu pot fi încadrate în nici una din categoriile mai sus amintite, se va contacta CNOASIIS pentru lămuriri suplimentare.

b) În aplicația DRG Național v.5.0

Se alege una dintre variantele care apar la selectarea câmpului „Ocupație”.

În cazuri speciale, de exemplu pentru nou născuți, acest câmp poate fi lăsat necompletat.

Notă: necompletarea acestui câmp nu determină invalidarea cazului respectiv

9. Nivel de instruire

a) În FOCG

Se completează în căsuța respectivă codul corespunzător uneia dintre cele 8 variante listate:

- fără studii (1)
- ciclu primar (2)
- ciclu gimnazial (3)
- școală profesională (4)
- liceu (5)
- școală postliceală (6)
- studii superioare de scurtă durată (7)
- studii superioare (8)
- nespecificat (9)

Dacă apar alte situații, care nu pot fi încadrate în nici una din categoriile mai sus amintite, se va contacta CNOASIIS pentru lămuriri suplimentare.

b) În aplicația DRG Național v.5.0

Se alege una dintre variantele care apar la selectarea câmpului „ Nivel de instruire”.

În cazuri speciale, de exemplu pentru nou născuți, acest câmp poate fi lăsat necompletat.

Notă: necompletarea acestui câmp nu determină invalidarea cazului respectiv

10. Statut asigurat

a) În FOCG

Se bifează căsuța respectivă corespunzător statutului de asigurat al pacientului (pe baza unui document doveditor al asigurării):

- *asigurat CNAS* – pentru categoriile de persoane care beneficiază de unul dintre următoarele patru tipuri de asigurare: obligatorie, facultativă, prin Eurocard sau prin acord internațional.
- *asigurare voluntară* – pentru cei care au o asigurare privată.
- *neasigurat* – pentru pacienții care nu au nici asigurare CNAS, nici asigurare voluntară

Notă: Dacă pacientul are atât statut de asigurat CNAS (are unul dintre cele patru tipuri de asigurare respective) cât și de asigurat voluntar, se bifează ambele căsuțe.

b) În aplicația DRG Național v.5.0

În Câmpul „**Statut asigurat**” se completează obligatoriu cu una dintre variantele următoare:

- Asigurare CNAS - dacă pacientul are doar asigurare CNAS.
- Asigurare voluntară - dacă pacientul are doar asigurare voluntară
- Asigurat CNAS și Asigurare voluntară - dacă pacientul are și asigurare CNAS și voluntară.
- Neasigurat - dacă pacientul nu are nici asigurare CNAS și nici asigurare voluntară

11. Tip asigurare CNAS și CAS

a) În FOCG

Tipul asigurării CNAS se completează **obligatoriu** pentru situațiile în care s-a bifat **Asigurat CNAS** ca statut de asigurat (indiferent dacă s-a bifat sau nu și Asigurare voluntară), astfel:

- Pentru pacienții care au un document doveditor al asigurării CNAS de tip obligatorie – se completează în câmpul „*Obligatorie CAS*” codul casei de asigurări (indicativul/codul județului pentru casele de asigurări județene și un indicativ/cod arbitrar pentru Casa Transporturilor sau OPSNAJ) cu care a fost încheiată asigurarea.
- Pentru pacienții care au un document doveditor al asigurării CNAS de tip facultativ – se completează în câmpul „*Facultativă CAS*” codul casei de asigurări (indicativul/codul județului pentru casele de asigurări județene și un indicativ/cod arbitrar pentru Casa Transporturilor sau OPSNAJ) cu care a fost încheiată asigurarea.
- Pentru pacienții care au un document doveditor al asigurării CNAS prin Eurocard – se bifează câmpul „*Eurocard*”.
- Pentru pacienții care au asigurare CNAS prin acord internațional – se bifează câmpul „*Acord internațional*”. Pentru situațiile în care există neclarități privind completarea acestei informații contactați CAS.

b) În aplicația DRG Național v.5

Modul de completare este puțin diferit față de FOCG, în sensul că cele două informații privind tipul de asigurare CNAS și, respectiv, casa de asigurări de sănătate se introduc în două câmpuri separate.

Astfel,

- câmpul „**Tip asig. CNAS**” se completează **obligatoriu** pentru pacienții cu **Statut asigurat = „Asigurare CNAS” sau „Asigurare CNAS și voluntară”**
- câmpul „**CAS**” se completează **obligatoriu** pentru pacienții cu **Tip asig. CNAS = „Obligatorie” sau „Facultativă”**

12. Categorie asigurat

a) În FOCG

Se completează **numai pentru pacienții care beneficiază de asigurare CNAS obligatorie sau facultativă**, marcând codul corespunzător în căsuța alăturată, astfel: salariat (1); coasigurat (2); pensionar (3); copil < 18 ani (4); elev/ucenic/student 18-26 ani (5); gravida (6) veteran (7); revoluționar (8); handicap (9); PNS (10); ajutor social (11); șomaj (12); alte (13)

Notă: Pentru situațiile în care pacientul are asigurare facultativă se va completa categoria de asigurat „alte” (13). Pentru situațiile în care există neclarități privind completarea acestei informații contactați CAS.

b) În aplicația DRG Național v.5.0

Se completează în câmpul “Categorie asigurat CNAS” **numai pentru pacienții care beneficiază de asigurare CNAS obligatorie sau facultativă**

Notă: Necompletarea acestui câmp nu atrage după sine invalidarea cazului

13. Criteriul de internare

Conform HG 1842/2006 pentru aprobarea Contractului Cadru pentru anul 2007, asistența medicală spitalicească se asigură cu respectarea următoarelor criterii de internare:

- naștere, urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau au acest potențial, care necesită supraveghere medicală continuă;
- diagnosticul nu poate fi stabilit în ambulatoriu;
- tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistenței medicale ambulatorii, pacientul este nedeplasabil, necesită izolare sau internare obligatorie pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale;
- alte situații bine justificate de către medicul care face internarea și avizate de medicul șef de secție.

a) În FOCG

Valorile pentru criteriul de internare înscrise în modelul de FOCG sunt: urgența (1); diagnostic (2); tratament (3); nedeplasabil (4) epidemiologic (5); medic șef (6)

Semnificația acestor valori este următoarea:

- Urgenta = urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau au acest potențial, care necesită supraveghere medicală continuă
- Diagnostic = diagnosticul nu poate fi stabilit în ambulatoriu
- Tratament = tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistenței medicale ambulatorii
- Nedeplasabil = pacientul este nedeplasabil

- Epidemiologic = pacientul necesită izolare (boli cu potențial endemo-epidemic)
- Medic șef = alte situații bine justificate de către medicul care face internarea și avizate de medicul șef de secție

Aceste șase valori nu acoperă însă toate situațiile prevăzute în Contractul Cadru, lipsind două, și anume nașterea și motivele judiciare (internare obligatorie pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale).

De aceea, pentru pacienții care se încadrează într-una dintre cele două situații menționate, se va înregistra în scris criteriul de internare (Naștere și, respectiv, Judiciar), în dreptul câmpului **Criteriu internare**.

Notă: Criteriul de internare „Naștere” se aplică atât mamei cât și nou-născutului

b) În aplicația DRG Național v.5.0

Se completează în câmpul “Criteriu internare” **pentru toți pacienții pentru care se solicită decontarea serviciilor de la CAS.**

Concret, această informație este obligatorie pentru toți pacienții care au Statut asigurare = „Asigurare CNAS” sau „Asigurare CNAS și voluntară” și, în același timp, este necesară în vederea decontării pentru pacienții care au Statut asigurare = „Asigurare voluntară” sau „Neasigurat” atunci când aceștia îndeplinesc condițiile de finanțare din Fondul Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (urgente medico – chirurgicale sau boli cu potențial endemo-epidemic).

Notă: Spre deosebire de alte câmpuri, necompletarea criteriului de internare pentru un pacient **nu este semnalată** printr-un mesaj de atenționare, așa încât trebuie acordată o mare atenție completării acestui câmp, pentru a evita **invalidarea** cazului.

Recomandarea noastră este să se completeze acest câmp pentru toți pacienții deoarece în marea lor majoritate aceștia se încadrează într-una din situațiile în care informația este obligatorie sau necesară pentru decontarea de către CAS iar, în rarele situații când informația nu este nici obligatorie și nici necesară, completarea câmpului nu atrage după sine invalidarea cazului.