

**CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**  
**CABINET PREȘEDINTE**

**DECIZIE NR. 119 / 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 sanatații și familiei și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Strategiei pentru implementarea finanțării bazate pe caz în spitalele din România
- Referatul Direcției Generale Norme Contractuale și Relații cu Furnizorii nr. <sup>CV/381</sup> 23.02.2004 aprobat de Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

**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** În vederea finanțării bazate pe caz rezolvat (DRG) în anul 2004 Se aproba regulile de validare a cazurilor externate și raportate în softul "DRG National V3" și metodologia de evaluare a cazurilor externate, raportate și nevalidate, solicitate spre revalidare, prevăzute în anexele 1 și 2 care fac parte integrantă din prezenta decizie.

**Art. 2** (1) Spitalele vor raporta în format electronic datele despre pacienții externati, conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 102/2002 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România, până la data de 5 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea, însoțite de formularul 1.1 din anexa 3-a la Decizia președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 51/2004 pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale, cu modificările și completările ulterioare.

(2) 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 la Decizia președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 51/2004. Cazurile solicitate spre revalidare și cele neraportate până la sfârșitul anului, pot fi raportate până la data de 19 aprilie a anului următor.

(3) Lunar, respectiv trimestrial, spitalele vor primi în format electronic de la Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate 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 la Decizia președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 51/2004.

(4) Pentru decontarea activității lunare, respectiv trimestriale, spitalele vor utiliza formularele 3.1 și 3.2 din anexa 3-a la Decizia președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 51/2004. Cazurile externate, validate și nedecontate până la sfârșitul anului, pot fi incluse în prima regularizare a anului următor.

**Art.3** Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu Institutul Național de Cercetare – Dezvoltare în Sănătate, vor dezvolta o metodologie privind organizarea controlului concordanței datelor înscrise în foaia de observație clinică generală a pacienților și cele transmise în format electronic.

**Art.4** 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.5** Prevederile prezentei decizii sunt valabile pentru anul 2004.

**Reguli de validare financiară a cazurilor raportate în softul "DRG Național".  
în vederea plății pe caz rezolvat (DRG) în anul 2004**

*RF1. Cazurile invalidate din punct de vedere clinic, conform următoarelor reguli de validare clinică:*

- RC1. Coduri care nu se regăsesc în nomenclatoarele aplicației DRG Național sau care nu respectă regulile de codificare a diagnosticelor.
- RC2. Cazuri cu vârsta în afara intervalului 0-124 ani.
- RC3. Cazuri cu durata de spitalizare în afara intervalului 0-365 zile.
- RC4. Cazuri raportate de pe secții în care nu se întocmește Foaia de Observație Clinică Generală (FOCG – conform OMSF 798/2002) – de exemplu cazurile care primesc îngrijiri prin spitalizare de zi (pentru care se întocmește fișă pentru spitalizarea de zi, conform OMSF 440/2003 cu modificările și completările ulterioare), cazurile care sunt raportate de pe secțiile ATI, secții paraclinice, structurile de urgență etc.
- RC5. 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 cele de cronică și de recuperare (secțiile de cronică și de recuperare sunt: Cronică – cod 1061, Geriatrie și gerontologie – cod 1121, Pediatrie cronică – cod 1282, Pediatrie-recuperare pediatrică – cod 1272, Psihiatrie cronică – cod 1333, toate secțiile de Recuperări – coduri 1371, 1372, 1383, 1393, 1403, 1413, 1423, Secții sanatoriale – cod 1473, Pneumoftiziologie – cod 1301 și 1302).
- RC6. Cazuri cu diagnostice duplicate (de exemplu diagnosticul principal și cel secundar sunt identice).
- RC7. Cazuri cu conflict vârstă-diagnostic (de exemplu naștere la o pacientă de 5 ani!).
- RC8. Cazuri cu conflict de sex-diagnostic și sex-procedură (de exemplu histerectomie la bărbat!).
- RC9. Cazuri cu data intervenției chirurgicale în afara intervalului de spitalizare.
- RC10. Cazuri cu diagnostic principal invalid ca diagnostic la externare.
- RC11. Cazurile decedate pentru care nu există concordanță între rubrica „Tip externare” și rubrica „Stare la externare”.

*RF2. Cazuri care sunt clasificate în grupele DRG 469 (Diagnostic principal invalid cu diagnostic de externare) sau DRG 470 (Negrupabil).*

**Motivul:** aceste grupe de diagnostice au valoare relativă zero, deci nu sunt rambursate.

**Soluția** pentru spitale: verificarea codificării și a 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 normelor de aplicare ale Contractul Cadru pe anul 2004, anexa 17, capitolul II, CNAS plătește doar serviciile medicale de urgență pentru pacienții care nu sunt asigurați la CNAS.

**Soluția** pentru spitale: raportarea tuturor pacienților externați, neasigurați și solicitarea spre decontare la CAS doar a pacienților neasigurați care sunt urgențe conform Normele de aplicare ale Contractul Cadru pe anul 2004, anexa 17, capitolului II.

*RF4. Pacienți asigurați facultativ care nu sunt urgențe medicale*

**Motivul:** conform normelor de aplicare ale Contractul Cadru pe anul 2004, anexa 17, capitolul III, CNAS plătește doar serviciile medicale de urgență pentru pacienții care au asigurare facultativă la CNAS.

**Soluția** pentru spitale: raportarea tuturor pacienților externați, cu asigurare facultativă și solicitarea spre decontare la CAS doar a pacienților cu asigurare facultativă care sunt urgențe conform Normele de aplicare ale Contractul Cadru pe anul 2004, anexa 17, capitolului III.

*RF5. Pacienții internați la cerere*

**Motivul:** conform art. 61 din Anexa la Contractul Cadru privind asistența spitalicească pe anul 2004, CAS nu decontează serviciile medicale spitalicești efectuate la cerere.

**Soluția** pentru spitale: raportarea tuturor pacienților externați (indiferent de modalitatea de internare) și solicitarea spre decontare la CAS numai a pacienților care îndeplinesc condițiile impuse prin Contractul Cadru privind asistența spitalicească și Normele de aplicare ale acestuia pe anul 2004.

## **METODOLOGIA DE EVALUARE A CAZURILOR SOLICITATE SPRE REVALIDARE**

Datele clinice la nivel de pacient aferente pacienților nevalidați de către Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București (INCDS) vor fi returnate către spitale, cu explicația motivului nevalidării pentru fiecare caz în parte (plecând de la regulile de validare în vigoare pentru anul 2004).

Spitalele vor revedea datele electronice și cele clinice ale pacienților nevalidați, și după efectuarea modificărilor necesare (pentru eliminarea cauzelor de nevalidare), acolo unde este cazul, vor retransmite electronic pacienții cu ocazia regularizării trimestriale.

Pentru cazurile nevalidate prin regula de invalidare financiară RF1, punctele RC2 și RC3, spitalele pot solicita în mod direct validarea pacienților cu vârsta peste 124 ani sau cu durata de spitalizare peste 365 zile, printr-o adresă scrisă, semnată de conducerea spitalului și adresată către INCDS, fax 021 2118300.

Pentru cazurile nevalidate prin regula de invalidare financiară RF1, punctele RC4 (aspectul referitor la pacienții care au primit servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, dar care au fost raportați conform ordinului MSF 29/2003) și RC5 (pacienți transferuri în cadrul aceluiași spital, în aceeași zi), spitalele pot solicita validarea pacienților urmând etape descrise mai jos.

### **Etapile metodologiei de evaluare a cazurilor solicitate spre revalidare**

- Spitalul primește până în data de 15 a fiecărei luni raportul de validare a cazurilor raportate, conform formularului 2.1 din anexa 3-a bis, la ordinul președintelui CNAS nr. 51/2004, inclusiv lista explicativă pentru cazurile nevalidate (cu motivația nevalidării).
- Pentru pacienții nevalidați în baza regulii de invalidare financiară RF1, punctele RC4 (aspectul referitor la pacienții care au primit servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, dar care au fost raportați conform ordinului MSF 29/2003) și RC5 (pacienți transferuri în cadrul aceluiași spital, în aceeași zi), și care spitalul consideră că ar trebui validați, spitalul va trimite o cerere scrisă către INCDS (cu motivația revalidării).
- INCDS trimite Serviciului Medical al CJAS cu care spitalul este în relație contractuală, o adresă prin care se solicita evaluarea cazurilor nevalidate solicitate spre finanțare de către spital, precizându-se și care este valoarea de plătit spitalului pentru cazul respectiv (conform reglementărilor în vigoare).
- Serviciul Medical al CJAS are obligația de a organiza o întâlnire a Comisiei de Analiză în termen de maxim 15 zile de la primirea adresei de la INCDS. Comisia de Analiză include în mod obligatoriu reprezentanți ai Serviciului Medical al CJAS și ai spitalului (Directorul medical, Șefi de secție etc., dar nu medicul curant al cazului respectiv). Membrii Comisiei de Analiză vor fi desemnați în scris de către cele 2 instituții.

- Modalitatea practică de evaluare a cazurilor este decisă de Comisia de Analiză în funcție de numărul de cazuri nevalidate, astfel:
  - evaluarea dosarelor medicale originale, prin vizitarea spitalelor vizate;
  - evaluarea cazurilor pe baza dosarelor trimise de spitale (copie după dosarul medical al pacienților nevalidați).
- Informații urmărite în evaluare:
  - Pentru cazurile nevalidate deoarece s-a apreciat că puteau fi rezolvate prin spitalizare de zi (și raportate pe fișa de spitalizare de zi, conform ordinului MSF 440/2003 cu modificările și completările ulterioare):
    1. Motivul internării,
    2. Diagnosticile principale și secundare, acordându-se atenție relației dintre aceste diagnostice atât din punct de vedere medical, cât și al cronologiei acestora,
    3. Secția în care a fost internat pacientul,
    4. Motivul externării în cadrul aceleiași zile,
    5. Intervenții chirurgicale – tipul acestora, eventuale complicații,
    6. Corectitudinea codificării,
    7. Motivul pentru care pacientul nu a putut primi servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi.
  - Pentru cazurile nevalidate deoarece s-a apreciat că ele reprezintă un transfer intraspitalicesc în același spital pe parcursul aceluiași episod de boală:
    1. Perioada de timp între cele 2 internări, ora externării și cea a reinternării.
    2. Tipul celor 2 internări (trimitere, urgentă, etc); validitatea biletelor de trimitere, atunci când este cazul; cine a făcut internările; concordanța între diagnosticul de trimitere și cel de internare, etc.
    3. Diagnosticile principale și secundare ale celor două cazuri, acordându-se atenție relației dintre aceste diagnostice atât din punct de vedere medical, cât și al cronologiei acestora.
    4. Secțiile în care a fost internat pacientul.
    5. Intervenții chirurgicale – tipul acestora, eventuale complicații.
    6. Corectitudinea codificării.
- În luarea deciziei de validare se poate utiliza schema anexată (care este orientativă) și se va ține cont de situațiile particulare ale fiecărui caz.
 

Analiza fiecărui caz în parte se încheie cu un raport scris al Comisiei de Analiză în care sunt menționate argumentele care au dus la validarea sau nevalidarea cazului, semnat de toți membrii comisiei care au participat la evaluarea respectivă. Raportul va fi elaborat în 3 exemplare (pentru spital, CJAS și INCDS) și la final va preciza explicit decizia de validare sau nevalidare a cazului respectiv.
- În cazul în care cele 2 părți ce formează Comisia de Analiză (Serviciul Medical al CJAS și spitalul) nu ajung la un consens în privința deciziilor de validare, se face apel la Comisia Județeană de Arbitraj, precizându-se motivele solicitării arbitrajului și valoarea financiară aflată în dispută.

Comisia Județeană de Arbitraj va evalua cazurile după aceeași metodologie (prezentată anterior pentru Comisia de Analiză) și va lua o decizie care rămâne definitivă.

Decizia Comisiei Județene de Arbitraj face parte de asemenea dintr-un raport elaborat în 3 exemplare (pentru spital, CJAS și INCDS) ce precizează argumentele care au dus la validarea sau invalidarea cazului

### **Aplicarea deciziei de validarea sau invalidare a cazurilor**

- Rapoartele Comisiei de Analiză și, dacă este cazul raportul Comisiei Județene de Arbitraj vor fi trimise la INCDS până cel târziu în data de 15 a lunii următoare trimestrului încheiat (pentru cazurile aferente perioadei de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv), astfel încât pacienții revalidați să poată fi incluși în regularizarea trimestrială (formularul 2.2. din anexa 3-a bis la ordinul președintelui CNAS nr. 51/2004).

