

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
CABINET PREȘEDINTE

DECIZIA nr. 273 din 03.06.2004  
pentru modificarea și completarea Deciziei președintelui Casei Naționale de Asigurări de  
Sănătate nr. 119 din 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 sănătății 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. 273/03.06.2004 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** Decizia președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 119/ din 23.02. 2004 pentru aprobarea regulilor de validare a cazurilor exterenate și raportate prin softul «DRG National V3 » și metodologia de evaluare a cazurilor externate, raportate și nevalidate, solicitate spre revalidare, se modifică și se completează după cum urmează:

(1). La art 2, punctul (3), se introduce un alineat nou, care va avea următorul cuprins:  
„(b) Lunar, respectiv trimestrial, INCDS va transmite spitalelor și caselor de asigurări de sănătate rapoarte cu detalierea cauzelor de nevalidare pentru fiecare pacient, conform regulilor din Anexa nr. 1 la prezenta decizie”

(2.) La Anexa nr. 1, regula financiară RF 1, punctul RC5, se înlocuiește următorul text:  
“RC 5. 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 secțiile de cronici, recuperare, boli profesionale și medicina muncii, după cum urmează:

Cod secție*	Denumirea secției*
1041	Boli profesionale**
1061	Cronici
1121	Geriatric si gerontologie
1181	Medicina muncii**
1272	Pediatrie ( recuperare pediatria)
1282	Pediatrie cronici
1301	Pneumoftiziologie
1302	Pneumoftiziologie pediatria
1333	Psihiatrie cronici
1371	Recuperare, medicina fizica si balneologie
1372	Recuperare, medicina fizica si balneologie copii
1383	Recuperare medicala - cardiovasculara
1393	Recuperare medicala neurologie
1403	Recuperare medicala - ortopedie si traumatologie
1413	Recuperare medicala - respiratorie
1423	Recuperare neuro-psiho-motorie
1473	Sectii sanatoriale

\* Conform Ordinului ministrului sanatatii si familiei 457/2001 privind reglementarea denumirii si codificarii structurilor organizatorice (sectii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unitatilor sanitare din România completat cu OMSF 635/2001

\*\* Conform Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea si functionarea sistemului de asigurari sociale de sanatate, Cap.III, sectiunea a 6-a, art.29, pct(1), lit a), nu sunt decontate din fondul national unic de asigurari sociale de sanatate serviciile de sanatate acordate in caz de boli profesionale, accidente de munca si sportive, asistenta medicala la locul de munca, asistenta medicala a sportivilor.

(3). Anexa nr. 2 conținând metodologia de evaluare a cazurilor solicitate spre revalidare se înlocuiește cu Anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezenta decizie.

**Art. 2** 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. 3** Prevederile prezentei decizii sunt valabile pentru anul 2004


  
**PREȘEDINTE**  
 Conf. univ. dr. Cristian Celea

## METODOLOGIA DE EVALUARE A CAZURILOR SOLICITATE SPRE REVALIDARE

Până la data de 15 a fiecărei luni, datele clinice la nivel de pacient aferente pacienților nevalidați de către Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare București (INCDS) se returnează către spitale și către casele de asigurări de sănătate, cu explicația motivului nevalidării pentru fiecare caz în parte, utilizându-se regulile de validare în vigoare pentru anul 2004.

Pentru pacienții nevalidați, spitalele vor revedea atât datele clinice cât și pe cele înregistrate în mod electronic și, după efectuarea modificărilor necesare, acolo unde este cazul, vor retransmite electronic pacienții cu ocazia regularizării trimestriale.

Pentru pacienții nevalidați în baza regulii de RF1, punctele RC1, RC2, RC9, RC10, RC11, precum și în baza regulilor RF2, RF3, RF4 și RF 5, spitalele vor efectua corecturile necesare și vor retransmite electronic pacienții cu ocazia regularizării trimestriale sau vor anula cazurile respective fără a sesiza Comisia de Analiză.

Pentru pacienții nevalidați în baza regulii RF1, punctele RC3, RC4, RC5, RC6, RC7 și RC8, spitalele au două opțiuni:

1. în urma revederii datelor se constată neconcordanțe între înregistrarea electronică și conținutul FOCG; în acest caz se vor efectua corecturile necesare și se vor retransmite electronic pacienții cu ocazia regularizării trimestriale, fără sesizarea Comisiei de Analiză;

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.....

Către: Serviciul Medical al Casei de asigurări de sănătate.....

**Lista cazurilor nevalidate pentru care se solicită validarea prin Comisia de Analiză, conform Deciziei CNAS nr..... din.....**

Nr. crt.	Cod spital	Secția	Nr. FOCG	Data externării pacientului	Reguli pentru care se solicita validarea*	Motivul pentru care se solicită validarea

\* se va nota în cite un rând separat fiecare regula pentru care se solicita revalidarea

Data

Director General  
Semnătura și stampila

Serviciul Medical din cadrul caselor de asigurări de sănătate are obligația de a organiza o întâlnire a Comisiei de Analiză în termen de maxim 15 zile de la primirea înștiințării de la spital.

Comisia de Analiză include obligatoriu reprezentanți ai Serviciului Medical al caselor de asigur de sănătate și ai spitalului (Directorul medical, șefi de secție, etc), cu excepția medicului curant cazului respectiv. Membrii Comisiei de Analiză vor fi desemnați în scris de către cele do instituții

Modalitatea practică de evaluare a cazurilor externate este decisă de Comisia de Analiză funcție de numărul de cazuri nevalidate, după caz, astfel:

- evaluarea dosarelor medicale originale, prin vizitarea spitalelor vizate;
- evaluarea cazurilor pe baza dosarelor trimise de spitale (copie după dosarul medical pacienților nevalidați)

Informațiile urmărite în evaluare de către Comisia de Analiză includ :

- o motivul internării
- o diagnosticele principale și secundare, acordându-se atenție relației dintre acestea atât din punct de vedere medical, cât și al cronologiei acestora
- o secția/secțiile în care a fost îngrijit și din care a fost externat pacientul
- o motivul externării
- o intervențiile chirurgicale – tipul acestora, eventualele complicații
- o alte informații pe care Comisia de Analiză le consideră utile

Analiza fiecărui caz în parte se încheie cu un raport scris al Comisiei de Analiză în care sunt menționate argumentele care au condus la validarea sau nevalidarea cazului, semnat de toți membrii comisiei care au participat la evaluarea respectiv. Raportul va fi elaborat în două exemplare, pentru spital și, respectiv pentru casa de asigurări de sănătate - și va conține în mod explicit decizia de validare sau nevalidare a fiecărui caz în parte, în concordanță cu regula financiară RF1, punctele RC3, RC4, RC5, RC6, RC7 și RC8.

În cazul unei decizii favorabile a Comisiei de Analiză, spitalul va selecta în aplicația DRG Național V3, în câmpul „Inregistrare” starea: “Cerere de validare” și va trimite cazurile respective la regularizarea trimestrială. INCDS va valida aceste cazuri doar dacă sunt îndeplinite și condițiile de validare pentru celelalte reguli de validare, altele decât regula financiară RF1, punctele RC3, RC4, RC5, RC6, RC7 și RC8.

În cazul unei decizii nefavorabile a Comisiei de Analiză, spitalul va modifica sau va anula cazul respectiv, selectând în aplicația DRG Național V3, în câmpul „Inregistrare” starea: “Modificată sau Anulată” și va trimite de asemenea și aceste cazuri odata cu regularizarea trimestrială.

Trimestrial, INCDS va informa casele de asigurări de sănătate despre pacienții validați în mod electronic prin modalitatea “Cerere de validare” pentru fiecare spital în parte precizând, pentru fiecare caz următoarele: numărul FOCG, data internării, data externării, secția. Pe baza acestor informații, casele de asigurări de sănătate au obligația de a verifica dacă datele pentru cazurile validate prin “Cerere de validare” puse la dispoziție de INCDS coincid cu informațiile din decizia de validare ale Comisiei de Analiză referitoare la cazurile validate. În cazul constatării unor neconcordanțe între cele două documente, casele de asigurări de sănătate vor anunța INCDS și spitalul pentru ca acesta din urmă să modifice înregistrările respective în conformitate cu deciziile Comisiei de Analiză

În cazul în care cele două părți ce formează Comisia de Analiză nu ajung la consens în privința deciziilor de validare, se poate face apel la Comisa Centrală de Arbitraj, care va avea în vedere evaluarea cazurilor după aceeași metodologie, prezentată anterior pentru Comisia de Analiză, și va lua o decizie care rămâne definitivă.