

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

**ORDIN
nr. 2 din 25.07.2005**

Având în vedere:

- Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, aprobat prin H.G. nr. 52/2005;
- Dispozițiile art. 45 alin. (1) lit. b) din O.U.G. nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul ministrului sănătății nr. 29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1551/546/2004 privind aprobarea Strategiei pentru implementarea finanțării bazate pe caz în spitalele din România;
- Ordinul nr. 1619/599/2004 privind aprobarea Planului acțiunilor majore pentru implementarea finanțării bazate pe caz în spitalele din România, în perioada 2004-2005;
- Referatul Serviciului Medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. MS/V/339/23.06.2005.

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,

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul

ORDIN

Art.1 În vederea finanțării bazate pe caz (DRG) în anul 2005, se aprobă regulile de validare a cazurilor externate și raportate în aplicația “DRG Național V4” și metodologia de evaluare a cazurilor externate, raportate și nevalidate, solicitate spre revalidare, prevăzute în anexele 1 și 2, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art.2 (1) Spitalele vor raporta în format electronic datele despre pacienții externați, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 29/2003, privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România, cu modificările și completările ulterioare, 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. 77/2005 pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale.

(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, precum și cazurile neraportate din lunile anterioare, însoțite de formularul 1.2 din Anexa 3-a la Decizia președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 77/2005. 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 (INCDS) 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. 77/2005.

(4) Lunar, respectiv trimestrial, Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate 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 prezentul ordin.

(5) Pentru decontarea activității lunare, respectiv trimestriale, spitalele vor utiliza formularele 3.1 și 3.2 și 3.3 din Anexa 3-b la Decizia președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 77/2005. Cazurile externate, validate și nedecontate până la sfârșitul anului pot fi incluse în prima regularizare a anului următor.

(6) Regulile de validare din Anexa nr.1 la prezentul ordin se aplică pentru cazurile externate și raportate din luna iunie 2005, precum și pentru cazurile raportate și validate care sunt supuse regularizării semestrului I 2005.

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 Direcțiile de specialitate din cadrul Casei Naționale a Asigurărilor de Sănătate, casele de asigurări de sănătate și spitalele a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) vor aduce la îndeplinire prevederile prezentului ordin .

PREȘEDINTE,

Prof. Univ. Dr. Cristian VLĂDESCU

Direcția Juridic și Contencios

Director,
Cons. juridic Liliana MIHAI

Reguli de validare financiară a cazurilor raportate în aplicația “DRG Național”, în vederea plății pe caz rezolvat (DRG) în anul 2005

RF1 Cazurile nevalidate 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 diagnosticilor.

RC2 Cazuri cu vârsta în afara intervalului 0-124 ani.

RC3 Cazuri cu durata de spitalizare în afara intervalului 0-365 zile

RC4S Cazuri raportate pe secții în care nu se întocmește Foaia de Observație Clinică Generală (FOCG - conform OMSF 798/2002, cu modificările și completările ulterioare), de exemplu cazurile care sunt raportate de pe secțiile ATI, secții paraclinice, structuri de urgență, etc.

RC4D Cazuri internate și externate în aceeași zi. De la această regulă fac excepție cazurile decedate.

RC5 Cazuri reprezentând aceiași pacienți ale căror perioade de spitalizare continuă în același spital sunt separate de mai puțin de două zile.

- cazurile transferate în interiorul spitalului și raportate de pe mai multe secții
- cazurile concomitente
- cazurile reinternate la mai puțin de 2 zile

Fac excepție cazurile care sunt transferate în același spital, dar între secțiile unde se acordă îngrijiri acute și secțiile de cronici, de recuperare, boli profesionale și medicina muncii, după cum urmează:

Secțiile de cronici și de recuperare sunt:

Cod secție*	Denumirea secției*
1041	Boli profesionale**
1061	Cronici
1121	Geriatric și gerontologie
1181	Medicina muncii**
1222	Neonatologie (prematuri)
1272	Pediatrie (recuperare pediatrie)
1282	Pediatrie cronici
1301	Pneumoftiziologie
1302	Pneumoftiziologie pediatrie
1333	Psihiatrie cronici
1371	Recuperare, medicina fizică și balneologie
1372	Recuperare, medicina fizică și balneologie copii
1383	Recuperare medicală - cardiovasculară
1393	Recuperare medicală neurologie

- 1403 Recuperare medicala - ortopedie si traumatologie
 1413 Recuperare medicala - respiratorie
 1423 Recuperare neuro-psiho-motorie
 1473 Secții sanatoriale

* Conform Ordinului ministrului sănătății și familiei 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România completat cu OMSF 635/2001

** Conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, Cap.III, secțiunea a 6-a, art.29, pct.1, lit a), nu sunt decontate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate serviciile de sănătate acordate în caz de boli profesionale, accidente de munca și sportive, asistenta medicala la locul de munca, asistenta medicala a sportivilor.

RC6 Cazurile cu diagnostice duplicate (de exemplu: diagnosticul principal și cel secundar sunt identice)

RC7 Cazurile cu conflict vârstă-diagnostic (de exemplu: naștere la o pacientă de 5 ani!)

RC8 Cazurile cu conflict sex-diagnostic sau sex-procedură (de exemplu: histerectomie la un bărbat!)

RC9 Cazurile cu data intervenției chirurgicale în afara intervalului de spitalizare

RC10 Cazurile cu diagnosticul principal invalid ca diagnostic de internare

RC11 Cazurile decedate pentru care nu există concordanță între rubrica "Tip externare" și "Stare la externare"

RC12 Cazuri la care s-au efectuat anumite proceduri medicale în alte unități sanitare decât următoarele (sunt admise procedurile respective doar la spitalele marcate cu „X”):

	Unitatea sanitara*								
	Institutul Clinic Fundeni	Spitalul Clinic de Urgenta Floreasca	Institutul de Urologie si Transplant Renal Cluj-Napoca	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Constanta	Spitalul Clinic Dr. C.I. Parhon Iasi	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Mures	Spitalul Clinic Judetean Timisoara	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Dr.Louis Turcanu" Timisoara	Institutul de Boli Cardiovasculare Timisoara
Cod procedura/Cod CNAS spital	B_18	B_02	CJ21	CT01	IS04	MS01	TM01	TM03	TM06
90205-01 = Transplantul cord pulmon		X							X
90205-00 = Transplantul de cord		X							X
36503-00 = Transplantul renal	X		X	X	X	X	X		
90317-00 = Transplantul hepatic	X								
13706-07 = Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem autologe, fără procesare in vitro	X					X		X	
13706-06 = Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogenice, donator compatibil, cu procesare in vitro	X					X		X	
13706-10 = Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogenice, alt donator, cu procesare in vitro	X					X		X	

	Unitatea sanitara*								
	Institutul Clinic Fundeni	Spitalul Clinic de Urgenta Floreasca	Institutul de Urologie si Transplant Renal Cluj-Napoca	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Constanta	Spitalul Clinic Dr. C.I. Parhon Iasi	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Mures	Spitalul Clinic Judetean Timisoara	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Dr.Louis Turcanu" Timisoara	Institutul de Boli Cardiovasculare Timisoara
Cod CNAS	B_18	B_02	CJ21	CT01	IS04	MS01	TM01	TM03	TM06
13706-00 = Transplantul de maduva osoasa sau celule stem alogenice, donator compatibil, fara procesare in vitro	X					X		X	
13706-09 = Transplantul de maduva osoasa sau celule stem alogenice, alt donator, fara procesare in vitro	X					X		X	
13706-08 = Transplantul de maduva osoasa sau celule stem autologe, cu procesare in vitro	X					X		X	
90172-01=Alte proceduri de transplant pulmonar		X							
90172-00=Transplant pulmonar bilateral secvential		X							
90324-00 = Transplantul de pancreas	X		X	X					

*conform Ordinului M.S. 534/20.05.2005, publicat în M.O. nr.459/31.05.2005

Notă: Nu vor fi finanțate pe bază de caz rezolvat procedurile de prelevare de organe de la donatori decedați, deoarece rambursarea acestor cheltuieli se realizează prin Programul Național de Transplant de Organe și Țesuturi”.

RF2 Cazurile care sunt clasificate în grupele DRG 469 (Diagnostic principal invalid ca diagnostic de externare) sau DRG 470 (Negrupabil)

Motivul: aceste grupe de diagnostice au valoarea relativă egală cu zero, deci nu sunt rambursate

Soluția: pentru spitale, revizuirea codificării și înregistrării electronice a datelor clinice și demografice ale acestor pacienți, remedierea erorilor și retrimiteră pacienților pentru grupare;

RF3 Pacienții neasigurați care nu sunt urgențe medicale

Motivul: conform legislației în vigoare, CAS decontează doar serviciile medicale de urgență pentru pacienții neasigurați CAS

Soluția: raportarea tuturor pacienților externăți, neasigurați și solicitarea spre decontare CAS doar a pacienților neasigurați care sunt urgențe medicale, conform definițiilor din Normele de aplicare a Contractului-cadru pe anul 2005, anexa nr.17, capitolul al II-lea;

RF4 Pacienții asigurați facultativ care nu sunt urgențe medicale

Motivul: conform normelor de aplicare a Contractului Cadru pe anul 2005, anexa nr.17, capitolul II, CAS plătește doar serviciile medicale de urgență pentru pacienții care au asigurare facultativă CAS.

Soluția: raportarea tuturor pacienților externăți cu asigurare facultativă și solicitarea spre decontarea CAS doar a pacienților cu asigurare facultativă care sunt urgențe medicale, conform definițiilor din Normele de aplicare a Contractului-cadru pe anul 2005, anexa nr.17, capitolul al II-lea.

RF5 Pacienții internați la cerere

Motivul: conform legislației în vigoare, CAS nu decontează serviciile medicale spitalicești efectuate la cerere.

Soluția: raportarea tuturor pacienților externați (indiferent de modalitatea de internare) și solicitarea spre decontare la CAS numai a pacienților care îndeplinesc condițiile prevăzute în Contractul-cadru pentru anul 2005 și în Normele de aplicare a acestuia;

RF6 Pacienții asigurați pentru care nu a fost înregistrat Codul Numeric Personal (CNP)

Fac excepție de la această regulă cazurile de nou-născuți (vârsta 0-28 zile), cazurile de neasigurați care nu sunt urgențe, cazurile cu asigurare facultativă care nu sunt urgențe și cazurile de cetățeni străini cu asigurare prin acord bilateral.

Motivul: conform prevederilor Contractului-cadru pentru anul 2005, furnizorii de servicii medicale trebuie să înregistreze codul numeric personal al asiguraților

Soluția: înregistrarea corectă a Codului Numeric Personal pentru pacienții asigurați sau sesizarea Comisiei de Analiză pentru pacienții care nu dețin un Cod Numeric Personal

RF7 Cazuri cu durata de spitalizare mai mare de 120 de zile

Motivul: Prin Normele de aplicare a Contractului-cadru pentru anul 2005 se prevede plata distinctă a cazurilor cu durate de spitalizare extreme, plată în relație cu numărul zilelor de spitalizare. Deoarece sistemul de finanțare bazat pe caz rezolvat se adresează secțiilor unde sunt furnizate îngrijiri de scurtă durată pentru cazuri acute, aceste durate mari de spitalizare, de peste 120 de zile semnifică, de cele mai multe ori, erori de introducere a datelor.

Soluția: Eliminarea erorii sau, după caz, solicitarea spre revalidare către Comisia de Analiză a cazurilor pentru care durata de spitalizare de peste 120 de zile a fost reală.

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 în Sănătate 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 2005.

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, RC12, 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, RC4S, RC4D RC5, RC6, RC7 și RC8, precum și pentru pacienții nevalidați pe regulile RF 6 și RF 7, 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 câte un rând separat, fiecare regulă pentru care se solicita revalidarea

Data

Director General
Semnătura și ștampila

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 asigurări de sănătate și ai spitalului (Directorul medical, șefi de secție, etc), cu excepția medicului curant al cazului respectiv. Membrii Comisiei de Analiză vor fi desemnați în scris de către cele două instituții.

Modalitatea practică de evaluare a cazurilor externate este decisă de Comisia de Analiză în 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 al pacienților nevalidați)

Informațiile urmărite în evaluare de către Comisia de Analiză includ :

- motivul internării
- diagnosticile principale și secundare, acordându-se atenție relației dintre
- acestea atât din punct de vedere medical, cât și al cronologiei acestora
- secția/secțiile în care a fost îngrijit și din care a fost externat pacientul
- motivul externării
- intervențiile chirurgicale – tipul acestora, eventualele complicații
- 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, precum și pentru regulile financiare RF 6 și RF 7.

În cazul unei decizii favorabile a Comisiei de Analiză, spitalul va selecta în aplicația “DRG Național V4”, în câmpul „Înregistrare” 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, RC4S, RC4D, RC5, RC6, RC7 și RC8, RF 6 și RF 7.

În cazul unei decizii nefavorabile a Comisiei de Analiză, spitalul va modifica sau va anula cazul respectiv, selectând în aplicația “DRG Național V4”, în câmpul „Înregistrare” starea: “**Modificată sau Anulată**” și va trimite, de asemenea, aceste cazuri odată 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.

Modificarea sau anularea cazurilor validate de INCDS se poate face numai în cazuri excepționale, cu aprobarea scrisă a caselor de asigurări de sănătate, pe baza metodologiei pusă la dispoziție de INCDS. Trimestrial, INCDS va informa casele de asigurări de sănătate despre pacienții inițial validați și modificați sau anulați ulterior de către spitale. Pentru fiecare caz în parte, INCDS va preciza următoarele: numărul FOCG, valoarea relativă veche și nouă a cazului după alocare în DRG.