



Cuprins:

- Precizări referitoare la codificarea diagnosticelor și a procedurilor1
Regulile de validare a datelor clinice la nivel de pacient în vederea finanțării bazate pe caz rezolvat în anul 2005..... 3
- Metodologia de evaluare a cazurilor solicitate spre revalidare..... 6
- Actualități - cursul de instruire în finanțarea spitalelor bazată pe caz 8

Precizări referitoare la codificarea diagnosticelor și a procedurilor

În urma analizei datelor transmise de către spitale în anul 2005 s-au constatat o serie de probleme privind codificarea diagnosticelor și, în special, a procedurilor. Într-o prezentare succintă, acestea ar fi următoarele:

A. Probleme de codificare a diagnosticelor

1. Coduri CIM-10 din grupa Z

Problemă: Se constată că uneori se utilizează codurile CIM-10 din grupa Z ca diagnostic principal deși mai corect este ca aceste coduri să se utilizeze ca diagnostice secundare iar ca diagnostice principale să se folosească, ori de câte ori este posibil, alte coduri mai specifice.

Cel mai frecvent, această situație se întâlnește la codificarea nașterilor, când se înregistrează coduri din grupa Z37 (Rezultatul nașterii) în loc de coduri din grupele O80 – O84 (Nașterea)

De exemplu, se codifică Z370 = Nașterea unică a unui născut-viu, în loc de O800 = Nașterea spontană prin prezentarea capului.

B. Probleme de codificare a procedurilor

1. Codificarea procedurilor neinvazive

Problemă: Se constată că uneori se utilizează coduri de proceduri chirurgicale / invazive în loc de coduri de proceduri neinvazive.

Corect este ca pentru codificarea procedurilor neinvazive să se utilizeze coduri doar din capitolele XVIII (Proceduri chemoterapeutice și radioterapeutice), XIX (Proceduri neinvazive, cognitive și alte intervenții neclasificate în altă parte) și XX (Servicii imagistice).

Utilizarea codurilor din capitolele I - XVII pentru astfel de situații constituie o eroare de codificare!

Experiența a arătat că cele mai frecvente confuzii se fac în situațiile în care trebuie codificată o procedură neinvazivă și, în loc să se utilizeze un cod din capitolul XIX, se codifică proceduri din capitolele I - XVII cu o formulare generică, de genul „Alte proceduri...”. Eroarea constă în faptul că acestea sunt, în realitate, proceduri INVAZIVE.

În tabelul 1 sunt listate situațiile de acest gen cele mai des întâlnite.

Tabelul 1

ICD10-AM Cod	ICD10-AM Nume
34103-04	Explorarea arterei poplitee
41629-00	Explorarea urechii medii
42503-00	Examenul oftalmologic
37812-00	Explorarea regiunii inghinale pentru testicul nepalpabil
38436-00	Toracoscopia
90086-00	Alte proceduri pe pleoapa
90111-00	Alte proceduri asupra urechii externe, neclasificate in alta parte
90114-00	Alte proceduri asupra timpanului
90133-00	Alte proceduri asupra nasului
90137-00	Alte proceduri asupra limbii
90143-00	Alte proceduri asupra cavitatii bucale
90146-00	Alte proceduri asupra amigdalelor palatine si faringiene
90146-00	Alte proceduri diagnostice pe aparatul digestiv
90147-00	Alte proceduri asupra faringelui
90354-00	Alte proceduri asupra rinichiului
90365-00	Alte procedee pe uretra
90438-00	Alte proceduri la nivelul vaginului
90363-00	Alte procedee diagnostice pentru vezica urinara
90406-00	Alte proceduri asupra organelor genitale masculine
90442-00	Alte proceduri asupra organelor genitale feminine
90222-00	Alte interventii la nivelul arterelor
16571-00	Sutura laceratiei curente obstetricale a colului uterin
14212-00	Reducerea cu lichid a invaginării intestinale

Exemplu:

Pentru codificarea unei proceduri diagnostice sau terapeutice oftalmologice (de exemplu, perimetrie manuală bilaterală, tonometrie, fund de ochi, terapia ocluziei ochiului, etc) NU se va utiliza codul 42503-00 (Examinare oftalmologică) sau 90061-00 (Alte proceduri pe globul ocular) ci codurile corespunzătoare procedurilor respective din capitolul XIX (în exemplul nostru, codul 96041-00, 92016-00, 11212-00 sau, respectiv, 96156-00).

Notă: O definiție formală a procedurilor neinvazive, care poate ajuta la distingerea lor de procedurile invazive, este următoarea: „Procedurile neinvazive sunt acele intervenții diagnostice sau terapeutice care se fac fără a penetra epitelile și fără pătrunderea într-o parte sau o cavitate a corpului (de exemplu, litotripsia, oxigenarea hiperbarică, manipularea unei fracturi, etc)

2. Codificarea transfuziilor

În codificarea transfuziilor se utilizează uneori în mod eronat codul 13706-00 (Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogene, donator compatibil, fără procesare in vitro) în locul codurilor referitoare la diferite tipuri de transfuzii (13706-01, 13706-02 sau 13706-03).

Regulile de validare a datelor clinice la nivel de pacient in vederea finantarii bazate pe caz rezolvat in anul 2005

Reguli de validare financiara a cazurilor raportate in aplicatia "DRG National", in vederea platii pe caz rezolvat (DRG) in anul 2005

RF1 Cazurile nevalidate din punct de vedere clinic, conform urmatoarelor reguli de validare clinica:

RC1 Coduri care nu se regasesc in nomenclatoarele aplicatiei "DRG National" sau care nu respecta regulile de codificare a diagnosticilor.

RC2 Cazuri cu varsta in afara intervalului 0-124 ani.

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

RC4S Cazuri raportate pe sectii in care nu se intocmeste Foaia de Observatie Clinica Generala (FOCG - conform OMSF 798/2002, cu modificarile si completarile ulterioare) – de exemplu cazurile care sunt raportate de pe sectiile ATI, sectii paraclinice, structuri de urgenta etc.

RC4D Cazuri internate si externate in aceeasi zi. De la aceasta regula fac exceptie cazurile decedate.

RC5 Cazuri reprezentând aceeasi pacienti ale caror perioade de spitalizare continua in acelasi spital sunt separate de mai putin de doua zile:

- cazurile transferate in interiorul spitalului si raportate de pe mai multe sectii
- cazurile concomitente
- cazurile reinternate la mai putin de 2 zile

Fac exceptie cazurile care sunt transferate in acelasi spital, dar intre sectiile unde se acorda ingrijiri acute si urmatoarele sectii:

Cod sectie*	Denumirea sectiei*
1041	Boli profesionale**
1061	Cronici
1121	Geriatric si gerontologie
1181	Medicina muncii**
1222	Neonatalogie (prematuri)
1272	Pediatric (recuperare pediatrica)
1282	Pediatric cronici
1301	Pneumoftiziologie
1302	Pneumoftiziologie pediatrica
1333	Psihiatric 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 Romania 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.

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

RC7 Cazurile cu conflict varsta-diagnostic (de exemplu: nastere la o pacienta de 5 ani!)

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

RC9 Cazurile cu data interventiei chirurgicale in afara intervalului de spitalizare

RC10 Cazurile cu diagnosticul principal invalid ca diagnostic de externare

RC11 Cazurile decedate pentru care nu exista concordanta intre rubrica "Tip externare" si "Stare la externare"

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

Motivul: aceste grupe de diagnostice au valoarea relativa egala cu zero, deci nu sunt rambursate

Solutia: pentru spitale: revizuirea codificarii si inregistrarii electronice a datelor clinice si demografice ale acestor pacienti, remedierea erorilor si retrimiteria pacientilor pentru grupare

RF3 Pacientii neasigurati care nu sunt urgente medicale

Motivul: conform legislatiei in vigoare, CAS deconteaza doar serviciile medicale de urgenta pentru pacientii neasigurati CAS

Solutia: raportarea tuturor pacientilor externati, neasigurati si solicitarea spre decontare CAS doar a pacientilor neasigurati care sunt urgente medicale, conform definitiilor din Normele de aplicare ale Contractului Cadru pe anul 2005, anexa nr.17, capitolul al II-lea

RF4 Pacientii asigurati facultativ care nu sunt urgente medicale

Motivul: conform normelor de aplicare ale Contractului Cadru pe anul 2005, anexa nr.17, capitolul II, CAS plateste doar serviciile medicale de urgenta pentru pacientii care au asigurare facultativa CAS.

Solutia: raportarea tuturor pacientilor externati cu asigurare facultativa si solicitarea spre decontarea CAS doar a pacientilor cu asigurare facultativa care sunt urgente medicale, conform definitiilor din Normele de aplicare ale Contractului Cadru pe anul 2005, anexa nr.17, capitolul al II-lea.

RF5 Pacientii internati la cerere

Motivul: conform legislatiei in vigoare, CAS nu deconteaza serviciile medicale spitalicesti efectuate la cerere.

Solutia: raportarea tuturor pacientilor externati (indiferent de modalitatea de internare) si solicitarea spre decontare la CAS numai a pacientilor care indeplinesc conditiile prin Contractul Cadru privind asistenta spitaliceasca si Normele de aplicare ale acestuia pe anul 2005

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

Fac excepție de la această regulă cazurile de neasigurați care nu sunt urgente, cazurile cu asigurare facultativă care nu sunt urgente și cazurile de cetățeni străini cu asigurare prin acord bilateral.

Motivul: conform prevederilor Contractului Cadru pe 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 Contractului-Cadru pentru anul 2005 se prevede plata distinctă a cazurilor cu durate de spitalizare extreme, plata 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 semnificative, 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.

Propunerea INCDS referitoare la reformularea regulii RF6 (pacienții pentru care nu a fost înregistrat Codul Numeric Personal (CNP))

În urma dezbaterilor din cadrul lucrărilor Comisiei pentru Sănătate și Familie desfășurate în data de 31.03.2005, Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate (INCDS) a fost sesizat de necesitatea rezolvării unor probleme în legătură cu finanțarea bazată pe caz a spitalelor. În acest sens, INCDS solicită CNAS studierea oportunității cererii exprimate în cadrul lucrărilor Comisiei cu privire la reanalizarea regulilor de invalidare a pacienților de către INCDS (punctual regula RF6 privind invalidarea pacienților pentru care nu se înregistrează CNP-ul).

INCDS apreciază ca oportună cererea de validare a pacienților fără CNP dar numai pentru cazurile cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani. Propunerea de validare a acestora se bazează pe mai multe considerente:

- numeroase solicitări pe care INCDS le-a avut cu ocazia cursurilor regionale din partea spitalelor care înregistrează multe astfel de cazuri (situație în care validarea lor prin Comisia de validare devin prea laborioasă)
- aceste cazuri sunt oricum asigurate prin efectul legii
- sunt ușor de identificat în baza de date, validarea lor nu complică procesul de validare existent.
- reprezintă un quantum semnificativ în activitatea unor spitale de tip pediatrie/obstetrică-ginecologie (vezi anexa 1)

În concluzie, INCDS propune păstrarea regulilor de validare în forma actuală, cu excepția pacienților fără CNP cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani. În acest sens, în vederea emiterii Deciziei privind regulile de validare pentru anul 2005 (prevăzute în Nota CNAS 728/07.03.2005), va transmite în anexa 2 propunerea corectată la nivelul RF6)

Metodologia de evaluare a cazurilor solicitate spre revalidare

Pana la data de 15 a fiecarei luni, datele clinice la nivel de pacient aferente pacientilor nevalidati de catre Institutul National de Cercetare-Dezvoltare Bucuresti (INCDS) se returneaza catre spitale si catre casele de asigurari de sanatate, cu explicatia motivului nevalidarii pentru fiecare caz in parte, utilizandu-se regulile de validare in vigoare pentru anul 2005.

Pentru pacientii nevalidati, spitalele vor revedea atat datele clinice cat si pe cele inregistrate in mod electronic si, dupa efectuarea modificarilor necesare, acolo unde este cazul, vor retransmite electronic pacientii cu ocazia regularizarii trimestriale.

Pentru pacientii nevalidati in baza regulii de RF1, punctele RC1, RC2, RC9, RC10, RC11, precum si in baza regulilor RF2, RF3, RF4 si RF 5, spitalele vor efectua corecturile necesare si vor retransmite electronic pacientii cu ocazia regularizarii trimestriale sau vor anula cazurile respective fara a sesiza Comisia de Analiza.

Pentru pacientii nevalidati in baza regulii RF1, punctele RC3, RC4S, RC4D, RC5, RC6, RC7 si RC8, precum si pentru pacientii nevalidati pe regulile RF 6 si RF 7, spitalele au doua optiuni:

1. in urma revederii datelor se constata neconcordanțe între înregistrarea electronică și continutul FOCG; în acest caz se vor efectua corecturile necesare și se vor retransmite electronic pacientii cu ocazia regularizării trimestriale, fără sesizarea Comisiei de Analiza;

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.....

Catre: Serviciul Medical al Casei de asigurari de sanatate.....

Lista cazurilor nevalidate pentru care se solicita validarea prin Comisia de Analiza, conform Deciziei CNAS nr..... din.....

Nr. crt.	Cod spital	Sectia	Nr. FOCG	Data externarii pacientului	Reguli pentru care se solicita validarea*	Motivul pentru care se solicita validarea

* se va nota in cite un rind separat fiecare regula pentru care se solicita revalidarea

Data

Director General
Semnatura si stampila

Serviciul Medical din cadrul caselor de asigurari de sanatate are obligatia de a organiza o intalnire a Comisiei de Analiza in termen de maxim 15 zile de la primirea instiintarii de la spital. Comisia de Analiza include obligatoriu reprezentanti ai Serviciului Medical al caselor de asigurari de sanatate si ai spitalului (Directorul medical, sefi de sectie, etc), cu exceptia medicului curant al cazului respectiv. Membrii Comisiei de Analiza vor fi desemnati in scris de catre cele doua institutii.

Modalitatea practica de evaluare a cazurilor externate este decisa de Comisia de Analiza in functie de numarul de cazuri nevalidate, dupa caz, astfel:

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

al pacientilor nevalidati)

Informatiile urmarite in evaluare de catre Comisia de Analiza includ :

- motivul internarii
- diagnosticile principale si secundare, acordandu-se atentie relatiei dintre acestea atat din punct de vedere medical, cat si al cronologiei acestora
- sectia/sectiile in care a fost ingrijit si din care a fost externat pacientul
- motivul externarii
- interventiile chirurgicale – tipul acestora, eventualele complicatii
- alte informatii pe care Comisia de Analiza le considera utile

Analiza fiecarui caz in parte se incheie cu un raport scris al Comisiei de Analiza in care sunt mentionate argumentele care au condus la validarea sau nevalidarea cazului, semnat de toti membrii comisiei care au participat la evaluarea respectiv. Raportul va fi elaborat in doua exemplare, pentru spital si, respectiv pentru casa de asigurari de sanatate - si va contine in mod explicit decizia de validare sau nevalidare a fiecarui caz in parte, in concordanta cu regula financiara RF1, punctele RC3, RC4S, RC4D, RC5, RC6, RC7 si RC8, precum si pentru regulile financiare RF 6 si RF 7.

In cazul unei decizii favorabile a Comisiei de Analiza, spitalul va selecta in aplicatia "DRG National V4", in campul „Inregistrare” starea: **“Cerere de validare”** si va trimite cazurile respective la regularizarea trimestriala. INCDS va valida aceste cazuri doar daca sunt indeplinite si conditiile de validare pentru celelalte reguli de validare, altele decat regula financiara RF1, punctele RC3, RC4, RC5, RC6, RC7 si RC8, RF 6 si RF 7.

In cazul unei decizii nefavorabile a Comisiei de Analiza, spitalul va modifica sau va anula cazul respectiv, selectand in aplicatia "DRG National V4", in campul „Inregistrare” starea: **“Modificata sau Anulata”** si va trimite de asemenea si aceste cazuri odata cu regularizarea trimestriala.

Trimestrial, INCDS va informa casele de asigurari de sanatate despre pacientii validati in mod electronic prin modalitatea **“Cerere de validare”** pentru fiecare spital in parte precizand, pentru fiecare caz urmatoarele: numarul FOCG, data internarii, data externarii, sectia. Pe baza acestor informatii, casele de asigurari de sanatate au obligatia de a verifica daca datele pentru cazurile validate prin **“Cerere de validare”** puse la dispozitie de INCDS coincid cu informatiile din decizia de validare ale Comisiei de Analiza referitoare la cazurile validate. In cazul constatarii unor neconcordanțe între cele doua documente, casele de asigurari de sanatate vor anunta INCDS si spitalul pentru ca acesta din urma sa modifice inregistrările respective in conformitate cu deciziile Comisiei de Analiza

In cazul in care cele doua parti ce formeaza Comisia de Analiza nu ajung la consens in privinta deciziilor de validare, se poate face apel la Comisa Centrala de Arbitraj, care va avea in vedere evaluarea cazurilor dupa aceeasi metodologie, prezentata anterior pentru Comisia de Analiza, si va lua o decizie care ramane definitiva.

Modificarea sau anulara cazurilor validate de INCDS se poate face numai in cazuri exceptionale, cu aprobarea scrisa a caselor de asigurari de sanatate. Trimestrial, INCDS va informa casele de asigurari de sanatate despre pacientii initial validati si modificati sau anulati ulterior de catre spitale.

Cursul de instruire în finanțarea spitalelor bazată pe caz

În perioada aprilie-mai 2005 a avut loc un curs de instruire. Scopul și obiectivele sunt prezentate mai jos.

Scop

Prezentarea detaliată a conceptului de finanțare bazată pe caz a spitalelor, a planului de implementare la scară națională și regională aprobată prin ordine comune MSF/CNAS, noua codificare a procedurilor medicale, modificări în aplicația DRG Național, rapoarte de activitate clinică ale spitalelor, contractarea și decontarea serviciilor medicale spitalicești în sistem DRG.

Obiective

La sfârșitul cursului participanții vor fi capabili să:

1. Descrie aspectele specifice privind clasificarea pacienților diferențiată în funcție de tip, plata cazurilor externe precum și care sunt actele normative care guvernează acest tip de activități.
2. Descrie cum se clasifică pacienții, cum se realizează colectarea electronică a datelor și validarea cazurilor de către INCDS și ce se întâmplă cu pacienții nevalidați.
3. Descrie noțiunile de bază (Valori Relative, VR, Indice de complexitate a cazurilor, ICM – exemplu de calcul).
4. Înțeleagă cum au fost stabilite tarifele pentru 2005 (Tariful propriu vs tariful național).
5. Înțeleagă cum se face decontarea lunară și regularizarea trimestrială.
6. Descrie direcțiile de dezvoltare ale sistemului DRG (calcul de costuri pacienți, semnătura electronică, ajustarea VR, ajustarea tarifelor pentru cazuri cu durate extreme de spitalizare, clasificarea în sistemul australian etc).
7. Interpreteze activitatea desfășurată în anul 2004 pe baza rapoartelor furnizate de INCDS la sfârșitul anului trecut.

Suportul de curs este disponibil pe www.drg.ro, secțiunea: „Program instruire martie - aprilie 2005” -

Date tehnice:

Locații: Timișoara, Iași, Cluj, Medgidia, Baia Mare, Timișoara, Craiova, București – total = 8

Total sesiuni: 18

Total participanți de la spitale din toate județele: 731

Câteva comentarii și sugestii din chestionarele de evaluare (din 4 județe):

- rapoartele spitalelor să fie obligatoriu publicate pe site
- codificarea noilor proceduri
- formarea codificatorilor
- finanțarea DRG, date mai concrete
- probleme legate de softul DRG Nat. 4.0 – câmpul “Rapoarte spital”, “Cantitatea”
- câmpul *Proceduri* – dificultăți de vizualizare
- determinarea costurilor la nivel de pacient
- cum se reflectă concret în plata unui caz
- relația spitalelor cu casele de asigurări și modul concret în care se reflectă în plata cazurilor rezolvate de spitale
- analize comparative între spitale de același tip, în cadrul unei zone/regiuni
- de la un spital să fie invitate 4-5 persoane
- pregătire la nivel DSP pe probleme specifice