



ORDIN

03 iulie 2012 Nr. 122-A/CSB

mun. Chișinău

**privind aprobarea Regulamentului cu privire la modalitatea de
codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în
cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX)**

În scopul stabilirii mecanismului de finanțare a spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX), în temeiul pct.9 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr. 397 din 31 mai 2011 și pct.29 lit.e) din Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr.156 din 11.02.2002,

ORDONĂM:

1. Se aprobă Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX), conform anexei.
2. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare spitalicești încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, directorul general al Centrului Național de Management în Sănătate, directorii Agențiilor Teritoriale și șefii subdiviziunilor structurale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină vor asigura respectarea prevederilor Regulamentului aprobat la punctul 1.
3. Se abrogă Ordinul comun al Ministerului Sănătății nr.1034/217-A din 30.12.2011 privind aprobarea Regulamentului cu privire la rambursarea spitalelor în funcție de complexitatea cazurilor (DRG și CASE-MIX).
4. Controlul asupra executării prezentului ordin ni-l asumăm.

Ministrul Sănătății

Andrei USATÎ

Directorul general al Companiei
Naționale de Asigurări în Medicină

Mircea BUGA

REGULAMENT

cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX)

Capitolul I

Dispoziții generale

1. Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX) (în continuare – Regulament) este elaborat în conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28.03.1995, Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27.02.1998, Legii cu privire la protecția datelor cu caracter personal nr.17-XVI din 15.02.2007, Hotărârii Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală nr.1387 din 10.12.2007 și cu alte acte normative în vigoare.

2. Prezentul Regulament stabilește cadrul general, procesele și responsabilii de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient.

3. În sensul prezentului Regulament se definesc următoarele noțiuni:

Prestator de servicii medicale – instituție medico-sanitară spitalicească, publică sau privată, încadrată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

Episod de spitalizare – perioadă de spitalizare a unui pacient, în regim de staționar, în cadrul aceluiași spital, fără întrerupere și fără modificarea tipului de îngrijiri;

Grupe de Diagnostic (DRG) – o schemă de clasificare a pacienților externăți în funcție de diagnostic și alte caracteristici medicale și demografice, în grupe cu patologii și consum de resurse similare;

Categorii Majore de Diagnostic (CMD) – o clasificare mai largă a pacienților doar pe baza diagnosticelor;

Valoare relativă (VR) – coeficient care exprimă raportul dintre costul mediu al unui DRG și costul mediu al tuturor DRG-ilor. Coeficient calculat în funcție de consumul de resurse necesar pentru diagnosticarea și/sau tratamentul complet al bolnavului cu afecțiunea/afecțiunile respective;

Grouper – aplicație informatică (software) care permite alocarea automată a unui pacient într-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizează fiecare caz externat);

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR) – totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, decedat, transfer interspitalicesc, etc.);

Durata de spitalizare (DS) – numărul de zile spitalizate ale unui caz rezolvat, între momentul internării și cel al externării din spital;

Durata medie de spitalizare (DMS) – numărul mediu de zile spitalizate ale unui grup de pacienți (de pe o secție, din cadrul unui DRG, de la nivelul unui spital etc.);

Cazuri ponderate (CP) – pacienți “virtuali” generați prin ajustarea cazurilor externate, cu valoarea relativă pentru fiecare tip de caz.

Se calculează după formula: $NrCP = \sum (VRDRGi \times CRDRGi)$;

CASE-MIX (complexitatea cazurilor) – tipul de pacienți tratați într-un spital, în funcție de diagnostic și gravitate;

Indice de CASE-MIX (indice de complexitate a cazurilor - ICM) – număr fără unitate care exprimă resursele necesare spitalului în concordanță cu numărul și tipul de pacienți tratați.

ICM pentru spitalul A = Total număr cazuri ponderate (CP) / Total număr cazuri rezolvate (CR);

Regularizare – procesul de corectare a numărului de cazuri validate și a ICM, cumulativ de la începutul anului pînă la sfîrșitul perioadei respective, în baza acțiunilor de revalidare a cazurilor anterior nevalidate.

Capitolul II Codificarea datelor

4. Codificarea medicală a stărilor și maladiilor în instituțiile medicale spitalicești se va efectua conform Listei Tabelare a Bolilor a Clasificării Internaționale a Maladiilor, revizia 10 Organizația Mondială a Sănătății (CIM-10), cu 4 caractere.

5. Codificarea procedurilor medicale în instituțiile medicale spitalicești se va efectua conform Listei Tabelare a Procedurilor din Clasificarea Internațională a Maladiilor, versiunea australiană a Clasificării Internaționale a Maladiilor (CIM-10-AM) versiunea 7.0, cu 7 caractere.

6. Responsabilitatea pentru mentenanța sistemelor de clasificare, diseminarea literaturii și documentației necesare, instruirea prestatorilor în codificare, monitorizarea și suportul tehnic al codificării ține de Centrul Național de Management în Sănătate.

Capitolul III Colectarea datelor

7. Datele la nivel de pacient se culeg de către prestatorii de servicii medicale din Fișa medicală a bolnavului de staționar, formular aprobat de Ministerul Sănătății. (La moment, prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.426 din 11.05.2012 „Privind aprobarea formulelor statistice de evidență medicală”, este aprobat modelul Formularului 003/e-2012).

8. Fișa medicală a bolnavului de staționar (în continuare - FMBS) se întocmește pentru pacienții spitalizați în regim de staționar și se completează într-un singur exemplar pentru fiecare episod de spitalizare. Numerotarea FMBS va fi unică pe spital pe durata unui an.

9. În situația în care, se realizează un transfer intraspitalicesc al pacientului, nu se va deschide o nouă FMBS.

10. Prestatorii de servicii medicale sunt obligați să colecteze în format electronic o parte din datele cuprinse în FMBS, prin intermediul softului furnizat centralizat sau aplicațiilor informatice proprii.

11. Datele clinice la nivel de pacient care se colectează în format electronic din FMBS formează Setul minim de date la nivel de bolnav pentru staționar (în continuare – SMDBS), conform Anexei nr.1 la prezentul Regulament.

12. Responsabilitatea pentru elaborarea, diseminarea și monitorizarea utilizării FMBS ține de Centrul Național de Management în Sănătate.

Capitolul IV Raportarea datelor la nivel de pacient

13. Prestatorii de servicii medicale sunt obligați să transmită Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare – CNAM), lunar, până la data de 5 a lunii următoare, în format stabilit, datele aferente pacienților externăți în luna precedentă.

14. Pentru pacienții externăți în luna decembrie, termenul-limită de raportate a datelor la nivel de pacient, este data de 26 decembrie, și conțin pacienții externăți până la data de 25 decembrie inclusiv. Pacienții externăți în perioada 26 – 31 decembrie, vor fi raportați cu pacienții externăți în luna ianuarie a anului următor, conform pct. 13 al prezentului Regulament.

15. În situația în care, data-limită de transmitere a datelor la nivel de pacient, coincide cu o zi nelucrătoare sau cu o zi oficială de sărbătoare, data-limită de transmitere a datelor la nivel de pacient va fi prima zi lucrătoare, aferentă zilei nelucrătoare sau de sărbătoare, cu excepția termenului stabilit la pct.14.

16. Raportarea (transmiterea) datelor se face prin e-mail sau prin alte mijloace electronice stabilite, de pe adresele și de către persoanele autorizate ale prestatorului de servicii medicale, la adresele specificate de către CNAM, în conformitate cu Cartela prestatorului de servicii medicale (Anexa nr.2 la prezentul Regulament).

17. În cazul defecțiunilor de ordin tehnic, care nu permit expedierea datelor prin intermediul poștei electronice, datele la nivel de pacient vor fi prezentate de către prestatorii de servicii medicale prin intermediul suportului (mijlocului) electronic (CD, DVD, flash, etc.) direct la CNAM. Datele prezentate pe suport electronic vor fi însoțite de o scrisoare oficială, semnată de conducerea prestatorului.

18. Datele cu caracter personal: IDNP pacient, IDNP medic de gardă, IDNP medic curant și IDNP medic operator principal vor fi transmise de către prestatorul de servicii medicale în formă criptată, utilizând mecanismul de criptare furnizat de către CNAM.

19. Datele cu caracter personal: numele și prenumele pacientului nu vor fi transmise.

Capitolul V

Recepționarea, importul și gruparea datelor

20. Responsabilitatea pentru recepționarea, importul și gruparea datelor la nivel de pacient, managementul bazei centrale de date ale pacienților, mentenanța sistemului informațional propriu, softului de import și grupare a datelor, diseminarea softului și suportul tehnic pentru prestatori ține de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

21. Recepționarea rapoartelor prestatorilor se realizează de persoanele autorizate din cadrul CNAM conform mecanismului de circulație a informației aprobat în cadrul instituției, cu importul datelor în baza centrală de date a pacienților prin intermediul aplicației informatice specifice („Pacienți import”).

22. După finalizarea procedurii de import a datelor la nivel de pacient, va fi generată “Sinteza rezultatelor procedurii de import în baza centrală de date”, conform Anexei nr.3 la prezentul Regulament, pentru fiecare prestator de servicii medicale.

23. Sinteza rezultatelor procedurii de import în baza centrală de date va fi expediată de către persoana autorizată din cadrul CNAM prin intermediul poștei

electronice pe adresa electronică autorizată a prestatorului de servicii medicale sau, în cazul defecțiunilor de ordin tehnic, sinteza va fi expediată prin intermediul faxului la numărul autorizat de fax al prestatorului. Informația despre expediere va fi trecută într-un registru special.

23. Gruparea datelor la nivel de pacient se va realiza de către persoana autorizată din cadrul CNAM, utilizând datele pacienților importați în baza centrală de date ale pacienților, prin intermediul aplicației informatice specifice („Pacienți import”) și grouper-ului AR DRG v.6.0.

24. După finalizarea procedurii de grupare a datelor la nivel de pacient, rezultatele procedurii de grupare vor fi exportate și salvate în fișiere XML individuale pentru fiecare prestator de servicii medicale în parte.

25. Datele cu rezultatele grupării (fișiere XML) vor fi expediate prestatorilor de servicii medicale, de către persoana autorizată din cadrul CNAM, prin intermediul poștei electronice pe adresa electronică autorizată a prestatorului de servicii medicale sau, în cazul defecțiunilor de ordin tehnic, prin intermediul suportului (mijlocului) electronic (CD, DVD, flash, etc.) cu anexarea unei scrisori oficiale. Informația despre expediere va fi trecută într-un registru special.

26. Recepționarea datelor cu rezultatele grupării se va realiza de către persoana autorizată a prestatorului de servicii medicale, cu descărcarea lor pe serverul bazelor de date ale pacienților gestionat de către prestator în mape (foldere) deschise pentru fiecare tip de operațiune/activitate, în mapa (folderul) destinat lunii (perioadei de raportare). După descărcarea (salvarea) datelor, persoana autorizată a prestatorului va înscrie informațiile necesare în „Registrul datelor cu rezultatele grupării recepționate de prestator”, conform Anexei nr.4 la prezentul Regulament.

27. Importul datelor cu rezultatele grupării datelor la nivel de pacient se va realiza de către persoana autorizată a prestatorului de servicii medicale, în baza de date locală a pacienților, prin intermediul aplicației informatice furnizate centralizat („Pacienți”) sau prin intermediul propriilor aplicații informatice.

Capitolul VI

Validarea datelor

28. Validarea datelor colectate în spitale (SMDBS) se realizează în baza Regulilor de validare a SMDBS colectat de către prestatori (în continuare – Reguli), conform Anexei nr.5 la prezentul Regulament.

29. Aplicarea Regulilor în procesul de validare se efectuează automat la nivelul CNAM, pe baza mecanismelor prevăzute în aplicațiile informatice specifice ("Pacienți import").

30. După finalizarea procesului de validare a datelor la nivel de pacient vor fi generate următoarele rapoarte:

1) Raport de activitate pentru serviciile medicale spitalicești de staționar finanțate pe baza grupelor de diagnostice, conform Anexei nr.6 la prezentul Regulament;

2) Raport cu detalierea datelor la nivel de pacient invalidate, conform Anexei nr.7 la prezentul Regulament;

3) Raport cu detalierea datelor la nivel de pacienți externăți și reinternați în mai puțin de 24 ore și a cazurilor concomitente, conform Anexei nr.8 la prezentul Regulament.

31. Rapoartele menționate la p.30, semnate de către persoanele responsabile din CNAM și scanate, vor fi expediate fiecărui prestator de servicii medicale în parte, împreună cu versiunea electronică a raportului, prin intermediul poștei electronice pe adresa electronică autorizată a prestatorului de servicii medicale.

32. Regulile de validare sunt clasificate în două grupe, în funcție de posibilitatea corectării datelor la nivelul spitalului sau supunerii datelor la nivel de pacient evaluării de către CNAM, și anume:

1) grupa S – reguli pentru care datele respective se pot corecta direct la nivelul spitalului;

2) grupa C – reguli pentru care datele respective sunt supuse evaluării de către CNAM.

33. Pentru cazul invalidat exclusiv conform Regulilor din grupa S, prestatorul de servicii medicale este în drept să corecteze datele eronate în aplicația informatică, setînd în câmpul "Stare Record" valoarea "Normală" și să retransmită cazul CNAM.

34. Pentru cazul invalidat exclusiv conform Regulilor din grupa C, prestatorul de servicii medicale nu va corecta datele la nivel de pacient și va solicita Aviz de revalidare a cazului respectiv din partea CNAM. În cazul în care avizul este favorabil, setează în câmpul "Stare Record" valoarea "Cerere validare" și cazul se va retransmite CNAM.

35. Dacă cazul a fost invalidat pe mai multe Reguli din grupa C, iar pe cel puțin una din aceste reguli nu primește aviz favorabil, acesta nu va fi avizat pentru revalidare și, respectiv, el nu va mai fi retransmis CNAM.

36. Pentru cazul, care a fost invalidat atît conform Regulilor din grupa S, cît și celor din grupa C, prestatorul de servicii medicale va corecta datele incorecte

invalidate conform Regulilor din grupa S și va cere Avizul de revalidare pentru datele corecte invalidate conform Regulilor din grupa C (fără a se face modificări pe datele corecte). În cazul în care avizul este favorabil, setează în câmpul "Stare Record" valoarea "Cerere validare" și cazul se va retransmite CNAM.

37. Retransmiterea cazurilor pentru revalidare se efectuează doar cu ocazia regularizărilor trimestriale.

38. Retransmiterea unui caz cu modificări efectuate nu asigură validarea lui decât dacă modificările au corectat eroarea. De exemplu, dacă se modifică un cod de diagnostic eronat cu alt cod de diagnostic tot eronat, cazul va fi din nou invalidat.

39. Retransmiterea unui caz cu date corectate nu asigură validarea lui decât pe regulile corespunzătoare acelor date. De exemplu, dacă pentru un caz invalidat pe regulile S09 și S05 se corectează eroarea referitoare la IDNP medicului operator principal, dar nu și eroarea referitoare la vârsta bolnavului (sau invers), cazul va fi din nou invalidat.

40. FMBS cu valoarea "Cererea de validare" are efect doar pe Regulile din grupa C. Dacă invalidarea cazului s-a produs și pe alte reguli, retransmiterea FMBS cu valoarea "Cererea de validare" fără corectarea celorlalte cauze de invalidare se va solda tot cu invalidarea cazului.

41. În cazul în care, prestatorul de servicii medicale dorește să anuleze FMBS expediată anterior din motiv că a fost introdusă din greșeală sau din alte motive obiective, atunci setează în câmpul "Stare Record" valoarea "Anulate" și cazul se va retransmite CNAM.

42. Evaluarea datelor la nivel de pacient invalidate, pentru care se solicită revalidarea, se realizează de către CNAM (după caz, Agențiile teritoriale CNAM) în comun cu reprezentanții prestatorului de servicii medicale, cu excepția medicului curant al cazului respectiv.

43. În scopul obținerii Avizului de revalidare, prestatorul de servicii medicale va înainta o cerere în adresa CNAM (după caz, Agențiilor teritoriale CNAM) conform Anexei nr.9 la prezentul Regulament, trimestrial până la data de 10 a lunii următoare.

44. Reprezentantul desemnat al CNAM (după caz, reprezentantul Agenției teritoriale CNAM) are obligația de a organiza întrunirea în termen de 10 zile de la primirea Cererii de revalidare de la prestatorul de servicii medicale. Modalitatea practică de evaluare a cazurilor externate va consta, după caz, în:

- evaluarea FMBS originale, prin vizitarea spitalelor respective;
- evaluarea cazurilor pe baza FMBS trimise de spitale (copie autentificată de către conducătorul instituției medicale cu paginile numerotate de pe FMBS invalidată).

Informațiile urmărite în evaluare includ:

- motivul internării;
- diagnosticele principale și secundare, acordându-se atenție relației dintre acestea din punct de vedere medical și respectarea regulilor de codificare;
- secția/secțiile în care a fost îngrijit și din care a fost externat bolnavul;
- tipul externării;
- intervențiile chirurgicale – tipul acestora, eventualele complicații;
- alte informații utile.

45. Analiza fiecărui caz se încheie cu un raport scris, în care sunt menționate argumentele care au condus la validarea sau nevalidarea cazului. Raportul va fi elaborat în 2 exemplare, unul - pentru spital și, respectiv, altul - pentru CNAM (după caz, Agențiile teritoriale CNAM), și va conține în mod explicit decizia de validare sau nevalidare pentru fiecare caz.

46. Validarea datelor în contextul prezentului Regulament nu exclude activitățile de evaluare și control de către CNAM a serviciilor prestate, conform reglementărilor legale în vigoare.

47. Raportarea rezultatelor importului, grupării și validării se efectuează de CNAM lunar, până la data de 12 a lunii următoare, pentru datele la nivel de pacient, aferente lunii precedente, și trimestrial, până la data de 12 a lunii următoare, pentru datele la nivel de pacient, cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul perioadei de raportare.

48. CNAM va transmite trimestrial către Centrul Național de Management în Sănătate o copie a bazei de date.

la Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare,
colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient
în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX)
aprobat prin ordinul comun al MS și CNAM
nr. 683/122-A din 03 iulie 2012

**Datele din Fișa medicală a bolnavului de staționar
care formează Setul minim de date la nivel de bolnav pentru staționar (SMDBS)**

1. Codul de identificare a cazului externat;
2. Codul de identificare a spitalului;
3. Codul de identificare a secției în care a fost internat bolnavul;
4. Denumirea secției în care a fost internat bolnavul;
5. Codul de identificare a profilului secției în care a fost internat bolnavul;
6. Numărul fișei medicale a bolnavului de staționar;
7. Cetățenia;
8. Codul numeric personal al bolnavului (IDNP sau seria și numărul actului de identitate);
9. Data nasterii;
10. Localitatea în care locuiește bolnavul;
11. Plătitor servicii medicale;
12. Statut asigurat;
13. Asigurător;
14. Numărul poliței de asigurare;
15. Categoria bolnavului asigurat;
16. Sexul;
17. Greutatea la naștere (doar pentru nou-născuți);
18. Data și ora internării;
19. Tipul internării;
20. Codul de identificare a spitalului care a transferat bolnavul;
21. Trimis de;
22. Timpul internării;
23. Diagnosticul la trimitere;
24. Diagnosticul la internare;
25. IDNP medic de gardă;
26. Diagnosticul clinic (până la 72 ore după internare);
27. Diagnosticul principal la externare (clinic definitiv);
28. Diagnostic secundare la externare (complicații/maladii concomitente);
29. IDNP medic curant;
30. Codul de identificare a secției din care a fost externat bolnavul;
31. Denumirea secției din care a fost externat bolnavul;
32. Codul de identificare a profilului secției din care a fost externat bolnavul;
33. Data și ora externării;
34. Tipul externării;
35. Codul de identificare a spitalului în care a fost transferat bolnavul;
36. Starea la externare;
37. Deces;
38. Intervenția chirurgicală principală;
39. Data și ora începutului intervenției chirurgicale principale;
40. Data și ora sfârșitului intervenției chirurgicale principale;
41. IDNP medic operator principal;
42. Transferurile întraspitalicești (secția; data și ora internării; data și ora externării; număr zile spitalizate);
43. Alte intervenții chirurgicale, proceduri medicale și explorări funcționale (intervenții chirurgicale, explorări funcționale, investigații radiologice, etc.) precum și numărul acestora.

la Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX) aprobat prin ordinul comun al MS și CNAM nr. 683/122-A din 03.07 2012

CARTELA-TIP A INSTITUȚIEI MEDICO-SANITARE

Denumirea instituției medico-sanitare (completă)	
Numărul de identificare de stat – codul fiscal (IDNO)	
Adresa juridică	
Cod poștal	
Municipiul, orașul, satul (comuna)	
Raionul (sectorul)	
Strada	
Nr.bloc	
Conducătorul instituției	
Numele, prenumele	
Telefon	
Fax	
E-mail	
Conducătorul instituției responsabil pentru activitatea DRG	
Numele, prenumele	
Telefon	
Fax	
E-mail	
Departamentul statistică (persoana responsabilă)	
Numele, prenumele	
Telefon	
Fax	
E-mail	
Departamentul IT (persoana responsabilă pentru expedierea și recepționarea informației)	
Numele, prenumele	
Telefon	
Fax	
E-mail	
Adresele de E-mail și Fax autorizate pentru expedierea și recepționarea informației	Fax 1
	Fax 2
	E-mail 1
	E-mail 2
Persoana responsabilă pentru expedierea și recepționarea informației	
Conducătorul _____ (semnătura)	L.Ș.

La Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX) aprobat prin ordinul comun al MS și CNAM nr. 683/122-A din 03.07. 2012

**SINTEZA REZULTATELOR PROCEDURII DE IMPORT ÎN BAZA CENTRALĂ DE DATE
PENTRU FIȘIERUL "denumirea fișierului importat", spitalul "DENUMIREA SPITALULUI"**

Calea și denumirea fișierului importat:

Perioada	Rezultat procedură import	Informații import			
		FMBS	Diagn.sec.	Proceduri	Secții
1	2	3	4	5	6
	NrCazuri FISIER				
	NrCazuri CORECTE				
	NrCazuri cu ERORI				
	NrCazuri mutate în ARHIVA				

Compania Națională de Asigurări în Medicină
Director general

Șef Direcție _____

Instrucțiuni completare

rîndul "denumirea fișierului importat":

se indică denumirea fișierului importat;

rîndul "DENUMIREA SPITALULUI":

se indică denumirea spitalului pentru care s-au importat datele;

rîndul "Calea și denumirea fișierului importat":

se indică calea și denumirea fișierului importat

coloana 1

se indică perioada pentru care s-au importat datele (ex. IANUARIE 2012)

coloana 2

se indică rezultatele procedurii de import: NrCazuriFisier;NrCazuri CORECTE;NrCazuri cu ERORI;NrCazuri mutate in ARHIVA;

coloana 3

se indică numărul total al episoadelor de spitalizare raportate;

coloana 4

se indică numărul episoadelor de spitalizare raportate corecte;

coloana 5

se indică numărul episoadelor de spitalizare raportate cu erori;

coloana 6

se indică numărul episoadelor de spitalizare mutate in arhivă;

Anexa nr.4
 la Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a
 datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX)
 aprobat prin ordinul comun al MS și CNAM nr. 683/11.11.11-A din 03. 07. 2012

REGISTRUL DATELOR CU REZULTATELE GRUPĂRII RECEPȚIONATE DE PRESTATOR

Nr d/o	Mod recepționare date	Adresa email	Nume, prenume expeditor date	Număr, data scrisoare însoțire	Denumire fișier recepționat	Data și ora recepționării datelor	Nume, prenume, semnatura responsabil CNAM	Nume, prenume, semnatura responsabil prestator servicii medicale
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Instrucțiuni completare

- coloana 1 se indică numărul de ordine a înregistrării;
- coloana 2 se indică modul de recepționare a datelor: email sau suport electronic;
- coloana 3 se indică adresa de email de la care s-au recepționat datele. Se completează numai când modul de transmitere a datelor este "email";
- coloana 4 se indică numele, prenumele persoanei care a expediat (prezentat) datele;
- coloana 5 se indică numărul și data scrisorii de însoțire în baza căreia au fost prezentate datele pe suport electronic. Se completează numai în cazul când datele au fost prezentate pe suport electronic;
- coloana 6 se indică denumirea fișierului cu date recepționate;
- coloana 7 se indică data și ora recepționării datelor;
- coloana 8 se indică numele, prenumele și semnătura persoanei din CNAM. Se completează numai în cazul când datele au fost prezentate pe suport electronic;
- coloana 9 se indică numele, prenumele și semnătura persoanei din cadrul prestatorului de servicii medicale.

Anexa nr. 5
la Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a
datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX)
aprobat prin ordinul comun al MS și CNAM nr. ^{683/122-A} din 03.07. 2012

REGULI DE VALIDARE A SMDBS COLECTAT DE CĂTRE PRESTATORI

Cod Regulă validare	Denumire Regula validare	Nivel corecție a cazului invalidat
S01	Cazuri ale căror date încalcă specificațiile tehnice ale setului minim de date la nivel de bolnav Specificațiile tehnice ale setului minim de date la nivel de bolnav sunt avizate și actualizate de către MS și institutiile abilitate și publicate pe paginile oficiale de internet pentru informarea spitalelor; Motiv: Aceste cazuri nu pot fi colectate în baza de date națională din cauza existenței unor erori (de exemplu, lipsa unor date obligatorii sau neconcordanță cu nomenclatoarele în vigoare).	Spital
S02	Cazuri cazurile care nu respectă criteriul de număr unic de fișă pe spital și an Explicații: Sunt invalidate cazurile care nu respectă criteriul de număr unic de fișă pe spital și an; Motiv: Numărul fișei face parte din specificațiile setului minim de date la nivel de pacient.	Spital
S03	Cazuri pentru care nu s-a înregistrat statutul de asigurat CNAM Explicații: Sunt invalidate toate cazurile pentru care nu este stabilit statutul de asigurat CNAM; Motiv: Conform legislației în vigoare, serviciile spitalicești acordate bolnavului care nu este asigurat de către CNAM, nu sunt achitate din Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.	Spital
S04	Bolnavii pentru care nu a fost înregistrat IDNP sau numărul actului de identitate Explicații: Sunt invalidate cazurile pentru care nu a fost înregistrat IDNP sau numărul actului de identitate al bolnavului; Motiv: Informația privind IDNP sau numărul actului de identitate este inclusă în setul minim de date la nivel de bolnav, a cărui raportare este obligatorie.	Spital
S05	Cazurile pentru care nu s-a înregistrat tipul internării bolnavului Motiv: Informația privind tipul internării bolnavului este inclusă în setul minim de date la nivel de bolnav, a cărui raportare este obligatorie.	Spital
S06	Cazuri cu vîrstă negativă Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data nașterii sau data internării.	Spital
S07	Cazuri cu durata de spitalizare negativă Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data internării sau data externării.	Spital
S08	Cazuri decedate, pentru care nu există concordanță între tipul externării și starea la externare Motiv: Pentru cazurile decedate, informațiile privind decesul este cuprinsă atât în rubrica "Tipul externare", cât și "Starea la externare". În situația în care cele două informații nu concordă, este vorba de o eroare în cel puțin una dintre cele două rubrici.	Spital
S09	Cazuri cu intervalul intervenției chirurgicale principale în afara intervalului de spitalizare Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data internării, data externării, data începutului sau data sfîrșitului intervenției chirurgicale principale.	Spital
S10	Cazuri pentru care nu s-au înregistrat IDNP medicului operator principal Excepții: Cazurile fără intervenție chirurgicală principală; Motiv: Conform reglementărilor în vigoare IDNP medicului operator principal este inclusă în setul minim de date la nivel de bolnav, a cărui raportare este obligatorie.	Spital
S11	Cazuri negrupabile Motiv: În cele mai multe cazuri este vorba de o eroare în cel puțin una dintre următoarele rubrici: data internării sau data externării bolnavului;	Spital

	Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG 960Z (Negrupabile).	
S12	Cazuri cu diagnosticul principal inacceptabil Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare; Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG 961Z (Diagnosticile principale inacceptabile).	Spital
S13	Cazuri cu vârsta bolnavului peste 124 ani Motiv: În cele mai multe situații este vorba de o eroare în cel puțin una din următoarele rubrici: data nașterii sau data internării bolnavului.	Spital
S14	Cazuri concomitente Motiv: Aceste cazuri reprezintă episoade de spitalizare în cadrul aceluiași spital pentru același bolnav pentru orice tip de îngrijiri (servicii), care se suprapun în timp.	Spital
S15	Cazurile internării contra plată Motiv: Conform legislației în vigoare, serviciile spitalicești acordate bolnavului care deține o poliță de asigurare obligatorie de asistență medicală valabilă, fără respectarea criteriilor de internare stabilite, nu sunt achitate din Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală; Algoritm: Se invalidează toate cazurile pentru care plătitor al serviciilor medicale este bolnavul.	Spital
S16	Cazuri cu durata de spitalizare peste 365 zile Motiv: În cele mai multe cazuri este vorba de o eroare în cel puțin una dintre următoarele rubrici: data internării sau data externării bolnavului.	Spital
S17	Cazuri de plasmafereză cu boli neurologice Motiv: Cazurile respective sunt achitate de către CNAM în baza altui mecanism de plată, non-DRG; Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG B40Z (Plasmafereză cu boli neurologice).	Spital
S18	Cazuri de dializă peritoneală Motiv: Cazurile respective sunt achitate de către CNAM în baza altui mecanism de plată, non-DRG; Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG L68Z (Dializă peritoneală).	Spital
S19	Cazuri de conflict între sexul bolnavului și diagnosticul sau procedurile înregistrate conform algoritmului de grupare AR DRG V.6.0 Motiv: Aceste cazuri conțin erori la nivelul datelor înregistrate, fie în ceea ce privește sexul bolnavului, fie diagnosticul și procedurile codificate.	Spital
S20	Cazuri de externări de pe profilele "Ftiziopneumologice pentru adulți", "Ftiziopneumologice pentru copii" Motiv: Cazurile respective sunt achitate de către CNAM în baza altui mecanism de plată, non-DRG.	Spital
C01	Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordat cu vârsta/greutatea Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare; Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG 963Z (Diagnosticile neonatale neconcordate cu vârsta/greutatea).	CNAM
C02	Cazuri cu proceduri în sala de operații neînrudite cu diagnosticul principal Motiv: În cele mai multe situații de acest fel, cel puțin una dintre următoarele informații este eronată: diagnosticul principal, procedurile efectuate; Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG 801A, 801B și 801C (Proceduri în sala de operații neînrudite cu diagnosticul principal).	CNAM
C03	Cazuri externate și reinternate în mai puțin de 24 ore în cadrul aceluiași spital Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba de o eroare de înregistrare a datei de internare și/sau externare; Algoritm: Se invalidează toate cazurile reinternate în mai puțin de 24 ore în cadrul aceluiași spital, pentru bolnavul cu același IDNP sau număr de act de identitate; Excepții: de la această regulă fac excepție cazurile externate sau reinternate de pe profilele "Ftiziopneumologice pentru adulți", "Ftiziopneumologice pentru copii".	CNAM
C04	Cazuri de transplant Motiv: În cele mai multe situații de acest fel, informația referitoare la procedurile efectuate este eronată;	CNAM

Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG A01Z (Transplant de ficat), A03Z (Transplant de plaman/inima sau plaman), A05Z (Transplant de inimă), A07Z (Transplant alogenic de măduvă osoasă), A08A (Transplant autolog de măduvă osoasă cu CC catastrofale), A08B (Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofale), A09A (Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale), A09B (Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofale).

la Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX) aprobat prin ordinul comun al MS și CNAM nr. 683/122-A din 03.04. 2012

**RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE SPITALICEȘTI DE STAȚIONAR
FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE
"DENUMIREA SPITALULUI"
pentru perioada "începutul perioadei" - "sfârșitul perioadei"**

Secția	Nr. cazuri externate raportate	Nr. cazuri externate raportate și validate	Nr. cazuri raportate externate și invalidate	ICM realizat pentru cazurile validate
1	2	3	4	5
TOTAL SPITAL	Σ	Σ	Σ	MEDIA

Compania Națională de Asigurări în Medicină
Director general

Șef Direcție _____

Instrucțiuni completare

- rîndul "DENUMIREA SPITALULUI" se indică denumirea spitalului pentru care este generat raportul de activitate;
rîndul "pentru perioada" se indică începutul perioadei și sfârșitul perioadei pentru care a fost generat raportul (format "zz.ll.aaaa");
- coloana 1 se indică denumirea secției din care a fost raportat cazul;
coloana 2 se indică suma cazurilor externate raportate din secția respectivă;
coloana 3 se indică suma cazurilor externate raportate și validate din secția respectivă;
coloana 4 se indică suma cazurilor externate raportate și invalidate din secția respectivă;
coloana 5 se indică ICM calculat pentru cazurile validate din secția respectivă (format "##,####");
rîndul "TOTAL SPITAL" se indică sumele pe coloanele 2;3;4 și valoarea medie pentru coloana 5.

la Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX) aprobat prin ordinul comun al MS și CNAM nr. 683 / 10.04.2012

RAPORT CU DETALIAREA DATELOR LA NIVEL DE PACIENT INVALIDATE
"DENUMIREA SPITALULUI"
pentru perioada "începutul perioadei" - "sfârșitul perioadei"

Nr. d/o	Date indentificare caz				Reguli de validare nerespectate	Motiv nevalidare
	Secția	Caz_ID	Număr FMBS	Data externării		
1	2	3	4	5	6	7

Compania Națională de Asigurări în Medicină
 Director general _____

Șef Direcție _____

Instrucțiuni completare

rîndul "DENUMIREA SPITALULUI"

rîndul "pentru perioada"

coloana 1

coloana 2

coloana 3

coloana 4

coloana 5

coloana 6

coloana 7

se indică denumirea spitalului pentru care este generat raportul de activitate;
 se indică începutul perioadei și sfârșitul perioadei pentru care a fost generat raportul (format "zz.II.aaaa");
 se indică numărul de ordine a înregistrării;

se indică denumirea secției din care a fost externat pacientul și invalidat cazul;
 se indică identificatorul cazului invalidat din secția respectivă (număr unic la nivel național);

se indică numărul Fișei medicale a bolnavului de staționar pentru cazul invalidat din secția respectivă;
 se indică data externării pacientului invalidat din secția respectivă (format "zz.II.aaaa hh:mm:ss");

se indică codul regulii în baza căreia au fost invalidate datele la nivel de pacient din secția respectivă;
 se indică motivul pentru invalidare.

RAPORT CU DETALIAREA DATELOR LA NIVEL DE PACIENTI EXTERNATI ȘI REINTERNATI ÎN MAI PUȚIN DE 24 ORE ȘI A CAZURILOR CONCOMITENTE
SPITALUL "DENUMIREA SPITALULUI"
 pentru perioada "începutul perioadei" - "sfârșitul perioadei"

Nr. d/o	IDNP sau număr act de identitate bolnav (criptat)	Secția	Caz_ID	Număr FMBS	Tip internare	Data internării	Data externării	Tip externare	Situație pacient ("Caz Externat-reinternat" / "Caz concomitent")
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Compania Națională de Asigurări în Medicină
 Director general

Șef Direcție _____

Instrucțiuni completare

- rîndul "DENUMIREA SPITALULUI" se indică denumirea spitalului pentru care este generat raportul de activitate;
 rîndul "pentru perioada" se indică începutul perioadei și sfârșitul perioadei pentru care a fost generat raportul
 coloana 1 se indică numărul de ordine a înregistrării;
 coloana 2 se indică codul IDNP sau numărul actului de identitate al bolnavului (criptat);
 coloana 3 se indică denumirea secției din care a fost externat pacientul și invalidat cazul;
 coloana 4 se indică identificatorul cazului invalidat din secția respectivă (număr unic la nivel național);
 coloana 5 se indică numărul Fișei medicale a bolnavului de staționar pentru cazul invalidat din secția respectivă;
 coloana 6 se indică tipul internării pacientului pentru cazul invalidat din secția respectivă
 coloana 7 se indică data internării pacientului pentru care a fost invalidat cazul din secția respectivă;
 coloana 8 se indică data externării pacientului pentru care a fost invalidat cazul din secția respectivă;
 coloana 9 se indică tipul externării pacientului pentru cazul invalidat din secția respectivă
 coloana 10 se indică situația episodului de spitaliza: "Caz Externat-reinternat"/ "Caz concomitent"

la Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX) aprobat prin ordinul comun al MS și CNAM nr. _____ din 03.07.2012

683/122-A

DENUMIREA SPITALULUI

**CERERE
REVALIDARE CAZURI**

Lista cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea prin Comisia de analiză:

Cod Spital:

Secția:

Număr FMBS

Data externării bolnavului:

Reguli pentru care se solicită validarea:

Motivul pentru care se solicită validarea:

Data

Director general,

semnătura și ștampila**Instrucțiuni completare**

rînd "Cod Spital":

se indică codul spitalului conform Ordinelor MS nr.133 din din 27.03.2008 și nr. 338 din 26.04.2011, cu modificările și completările ulterioare;

rînd "Secția":

se indică se indică denumirea secției din care a fost externat pacientul și invalidat cazul;

rînd "Număr FMBS":

se indică numărul Fișei medicale a bolnavului de staționar pentru cazul invalidat din secția respectivă;

rînd "Data externării bolnavului":

se indică data externării pacientului pentru cazul invalidat din secția respectivă(format "zz.ll.aaaa");

rînd "Reguli pentru care se solicită validarea":

se indică fiecare regulă pentru care se solicită revalidarea;

rînd "Motivul pentru care se solicită validarea":

se indică moditivul pentru care se solcitiă validarea.