



ORDIN  
ПРИКАЗ

07.04.2014

mun. Chișinău

Nr. 305/119-A

*Privind modificarea și completarea 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), aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.397/125-A din 05.04.2013*

În scopul îmbunătățirii mecanismului de finanțare a spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX),

**ORDONĂM:**

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), aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.397/125-A din 05.04.2013, se modifică și completează după cum urmează:

- 1) în punctul 40 sintagma „(după caz, Agențiile teritoriale CNAM)” se exclude;
- 2) în punctul 41 sintagma „(după caz, Agențiilor teritoriale CNAM)” se exclude;
- 3) în punctul 42 sintagma „(după caz, reprezentantul Agenției teritoriale CNAM)” se exclude;
- 4) în punctul 43:  
sintagma „raport scris” se substituie cu sintagma „act de control”;  
sintagma „Raportul” se substituie cu sintagma „Actul de control”;  
sintagma „(după caz, Agențiile teritoriale CNAM)” se exclude;
- 5) punctul 45 se completează cu un subpunct nou 4) cu următorul cuprins:  
„4) Sinteza activității pentru serviciile medicale spitalicești de staționar finanțate pe baza grupelor de diagnostice, conform Anexei nr.10 la prezentul Regulament.”;



6) punctul 46 va avea următorul cuprins:

„ 46. Raportul și informațiile menționate la pct.22 și pct.45 (cu excepția Anexei nr.10 la prezentul Regulament), vor fi expediate fiecărui prestator de servicii medicale în parte lunar și trimestrial, în format electronic, prin intermediul poștei electronice pe adresa electronică autorizată a prestatorului de servicii medicale.”;

7) în Anexa nr.5:

a) se abrogă regula de validare S19 „Cazuri de conflict între sexul bolnavului și diagnosticele sau procedurile înregistrate conform algoritmului de grupare AR DRG V.6.0”;

b) regula de validare S20 va avea următorul cuprins:

„S20	Cazuri de externări din IMSP „Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”” cu excepția pacienților externări din secția „Pulmonologie (DRG)”;	Spital
	IMSP Spitalul Raional Ungheni secția „Narcologie (nonDRG)”;	
	IMSP Spitale Raionale secția „Psihiatrie (nonDRG)”;	
	IMSP Spitalul Clinic Municipal №4, IMSP Spitale Raionale, IMSP Spitalul Municipal Bălți, IMSP Spitalul de Psihiatrie Bălți secția „Îngrijiri paliative”	

c) regula de validare S23 va avea următorul cuprins:

„S23	Cazuri de externări neasigurați de către CNAM cu maladii social-condiționate” se modifică cu următoarea redacție: „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. Excepții: de la această regulă fac excepție cazurile externate pentru persoanele neasigurate din IMSP Spitalul Clinic Boli Infecțioase „Toma Ciorba” pentru care diagnosticul principal la externare este: A00; A01; A04.6; A05.1; A20-A23; A87; A27; A28.1; A33-A36; A75; A80; A82; A87; A91-A93; A96; A98-A99; B01; B05; B06; B15; B26; B50-B53; B75; G00-G05; J10, IMSP Dermatovenerologie și Maladii Comunicabile pentru care diagnosticul principal la externare este: A50-A53; B20-B24, IMSP Institutul Oncologic diagnosticul principal la externare este: C00-C97; D00-D09”.	Spital
------	--	--------

d) după regula de validare S23 se introduc trei reguli de validare noi, S24, S25, S26, cu următorul cuprins:

„S24	Cazuri cu diagnostic principal de tipul agent infecțios (B950; B951; B952; B953; B954; B955; B956; B957; B958; B960; B961; B962; B963; B964; B965; B966; B967; B968; B970; B971; B972; B973; B974; B975; B976; B977; B978)	Spital
------	--	--------



	<b>Motiv:</b> Conform standardelor de codificare, aceste coduri de diagnostic sunt utilizate ca coduri de diagnostic secundar pentru precizare și servesc drept coduri adiționale pentru un alt diagnostic principal.	
S25	<b>Cazuri cu diagnostic principal de tipul sechelă de AVC (I690; I691; I692; I693; I694; I698)</b> <b>Motiv:</b> Conform standardelor de codificare, aceste coduri de diagnostic sunt utilizate ca coduri de diagnostic secundar pentru diagnosticul principal ce definesc concret tipul de sechelă a AVC.	Spital
S26	<b>Cazurile clasificate în DRG A06A (Traheostomie cu ventilatie &gt; 95 ore cu CC catastrofale) și A06B (Traheostomie cu ventilatie&gt;95 ore, fără CC catastrofale sau Traheostomie/Ventilatie &gt;95 ore cu CC catastrofale) datorită proceduri 13882-02 Suport ventilator continuu ≥96 ore, pentru care durata totală de spitalizare este mai mică de 96 de ore</b> <b>Motiv:</b> În cele mai multe situații de acest gen, este vorba de o eroare de înregistrare a datei și orei de internare și/sau externare sau de o eroare în alegerea procedurii.	Spital

e) după regula de validare C07 se introduce o regulă de validare nouă C08, cu următorul cuprins:

„C08	<b>Cazuri de conflict între sexul bolnavului și diagnosticele sau procedurile înregistrate conform algoritmului de grupare AR DRG V.6.0</b> <b>Motiv:</b> Aceste cazuri conțin erori la nivelul datelor înregistrate, fie în ceea ce privește sexul bolnavului, fie diagnosticelor și procedurilor codificate. <b>Excepții:</b> de la această regulă fac excepție cazurile cu diagnostice și proceduri legate de patologia sînului asociate sexului masculin.	CNAM
------	---	------

8) se completează cu o anexă nouă **Anexa nr.10**, conform anexei.

2. Controlul asupra executării prezentului ordin ni-l asumăm.


**Andrei USATÎI**  
Ministru



**Mircea BUGA**  
Director general









**Anexa nr.10**  
**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.397/125-A din 05.04.2013**

**SINTEZA**  
**ACTIVITĂȚII PENTRU SERVICIILE MEDICALE SPITALICEȘTI DE STAȚIONAR**  
**FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE**  
**pentru perioada "începutul perioadei" - "sfârșitul perioadei"**

Denumirea prestatorului de servicii medicale	Nr. cazuri externate raportate	Nr. cazuri externate raportate și validate	Nr. cazuri externate raportate și invalidate	ICM realizat pentru cazurile validate
1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>Σ</b>	<b>Σ</b>	<b>Σ</b>	<b>X</b>

Compania Națională de Asigurări în Medicină  
Director general \_\_\_\_\_

Șef Direcție \_\_\_\_\_

**Instrucțiuni completare**

- rîndul "pentru perioada" se indică începutul perioadei și sfârșitul perioadei pentru care a fost generată sinteza (format "zz.ll.aaaa");
- coloana 1 se indică denumirea prestatorului de servicii medicale care a raportat cazurile;
- coloana 2 se indică suma cazurilor externate raportate de către prestatorul de servicii medicale
- coloana 3 se indică suma cazurilor externate-raportate și validate ale prestatorului de servicii medicale;
- coloana 4 se indică suma cazurilor externate-raportate și invalidate ale prestatorului de servicii medicale;
- coloana 5 se indică ICM calculat pentru cazurile validate-raportate ale prestatorului de servicii medicale (format "##,####");
- rîndul "TOTAL " se indică sumele pe coloanele 2;3;4.