

# Raportarea centralizată a datelor privind activitatea furnizorilor de servicii medicale către CAS și DSP județene

- *privire generală și soluții* -  
dr. Dana Scumpu, Medic Șef, CAS Iași

Analiza structurii datelor referitoare la activitatea medicală, care ajung la instituțiile specializate în stabilirea finanțării sistemului sanitar, respectiv a politicii sanitare, duce la constatarea unei **diferențe de exprimare** care determină o serie de **incongruențe**.

Conform legislației actuale, furnizorii de servicii medicale (medici de familie, cabinete de specialitate, recuperare, stomatologie, explorări paraclinice, spitale) raportează lunar către Casele de Asigurări date structurate **analitic**, având ca element central **asiguratul**.

Întrucât datele sunt utilizate pentru evidențierea și validarea activității, ele cuprind consultații, servicii, proceduri precum și diagnostice. Identificatorul furnizorului este **codul de parafă** iar al pacientului **CNP**.

Are loc astfel asocierea :

**codparafă - CNP (asigurat) - servicii.**

În esență, CAS cere lunar completarea unor fișiere din care se pot extrage tabelele sintetice ce reprezintă baza de plată. Se poate spune că raportarea este centrată pe *asigurat (codul numeric personal – CNP)* asociat cu *serviciile, consultațiile și cu diagnosticul*.

Datele pentru Direcțiile de Sănătate Publică sînt de tip **sintetic** și se transmit trimestrial. Acestea au ca scop evidențierea morbidităților (incidență, prevalență, mortalitate etc., pe tipuri de afecțiuni) avînd astfel ca element central **diagnosticul**. Așadar se relevă aspectele *cantitative*, diagnosticele fiind asociate cu numărul lor și cu indicatori de tip zonal.

Pentru asigurarea concordanței și coerenței celor două pachete de informații este necesară constituirea unor **baze de date gestionate la furnizor**, din care să se extragă rapoarte pentru ambele instituții.

**Bazele de date rezidente la furnizor** permit rapoarte elastice și posibilități de interogare cu caracter personal. O parte din acestea formează **depozite de date la nivel național** pentru **Ministerul Sănătății**, CNAS și celelalte instituții interesate.

Datele analitice raportate Caselor Județene, sunt necesare analizei manageriale și se constituie în baze ce produc Registrul Unic al Asiguratului și diferite sinteze.

La CAS, pentru medicul de familie, sunt două structuri de raportare importante : *per capita* și *per serviciu*; relevantă este cea de a doua, cu 24 de câmpuri, după cum urmează:

Nr.ctr.	Denumire dbf	Descriere
1.	<b>CODPER</b>	<b>CNP asigurat</b>
2.	<b>NUME</b>	<b>Nume asigurat</b>
3.	<b>PRENUME</b>	<b>Prenume asigurat</b>
4.	<b>CNP_CORECT</b>	<b>Specifica daca CNP-ul este valid</b>
5.	<b>JUDET</b>	<b>Cod judet</b>
6.	<b>LOCALIT</b>	<b>Localitate</b>
7.	<b>ADRESA</b>	<b>Adresa</b>
8.	<b>CASA_ASIG</b>	<b>Casa de asigurari</b>
9.	<b>CATCOD</b>	<b>Cod categorie asigurat</b>
10.	<b>DATAINS</b>	<b>Data intrarii</b>
11.	<b>DATAIES</b>	<b>Data iesirii</b>
12.	<b>TELEFON</b>	<b>Telefon</b>
13.	<b>GRP_SANGE</b>	<b>Grupa de sange</b>
14.	<b>RH_SANGE</b>	<b>RH sange</b>
15.	<b>FISA</b>	<b>Numar fisa sau registru pacient</b>
16.	<b>CARNET</b>	<b>Numarul carnetului de sanatate</b>
17.	<b>NR_ACT</b>	<b>Nr actului justificativ pentru categoria de asig in care e incadrat</b>
18.	<b>DATA_ACT</b>	<b>Data actului justificativ pentru categoria de asig in care este incadrat</b>
19.	<b>OBS_ACT</b>	<b>Observatiile de pe actul justificativ</b>
20.	<b>ALERGIE</b>	<b>Specificare alergie</b>
21.	<b>VARSTA</b>	<b>Varsta asiguratului</b>
22.	<b>GRDV</b>	<b>Codul grupei de punctaj a asiguratului</b>
23.	<b>TIP_ASIG</b>	<b>Tipul asiguratului</b>
24.	<b>MEDIU</b>	<b>Rural sau urban</b>

La DSP se raportează:

- evidența copiilor sub 3 ani cu malnutriție proteic-calorică;
- testarea imunității;
- cazuri noi de îmbolnăvire (raportări privitoare la *persoanele protejate*: sugari, rahitism, anemii și malnutriție etc.).

Evidența centralizată presupune introducerea analitică a consultațiilor - pentru fiecare persoană să existe o fișă standardizată: grupa de boală, diagnosticele, la femei starea de gravidă (luna) etc.

În timp ce raportarea la CAS se referă la pacient (CNP - grupe de diagnostic), la DSP ea se referă la diagnosticul în sine și este de **tip numeric** pe fiecare diagnostic în parte.

**II. Structura datelor cerute de CAS pentru raportarea de servicii clinice,  
la medicul specialist din ambulatoriu**

<b>Nr camp</b>	<b>Nume camp</b>	<b>Descriere</b>
1	Cod_parafa	Codul de parafa al medicului care depune raportarile
2	Nr_raport	Numarul raportarii depuse de medic
3	Cod_spec	Codul specialitatii medicului
4	Nr_crt	Numarul curent al pacientului corespunzator specialitatii raportate
5	CNP	Codul numeric personal al pacientului
6	Nume	Numele pacientului
7	Prenume	Prenumele pacientului
8	Tip_boala	Tipul de boala: N (normala), U (urgenta), AC (afectiune confirmata)
9	Obs	Anumite observatii ale medicului care depune raportarea
10	Data	Data cand s-a efectuat serviciul medical
11	Nr_fisa	Numarul fisei medicale din ziua in care s-a facut serviciul medical
12	Cod_serv	Codul serviciului raportat
13	Cant	Numarul de servicii (de tip cod_serv) raportate
14	Serv_spit	Camp logic care ne arata daca serviciul este de tip serviciu clinic spitalicesc contractat (are valoarea T de la TRUE) sau nu (are valoarea F de la FALSE)
15	Tip_pachet	Ne arata tipul pachetului din care face parte serviciul: B (pachet de baza), M (pachet minimal) si F (pachet facultativ)
16	Nume_pm_bt	Numele medicului care a eliberat biletul de trimitere
17	Pren_pm_bt	Prenumele medicului care a eliberat biletul de trimitere
18	Cod_pm_bt	Codul de parafa al medicului care a eliberat biletul de trimitere
19	Coddiag_bt	Codul de diagnostic de pe biletul de trimitere
20	Casa_bt	Codul casei de asigurari de pe biletul de trimitere
21	Serie_bt	Seria biletului de trimitere
22	Datarev_bt	Data de revenire ce se inscrie pe verso la biletul de trimitere
23	Diagnostic	Lista codurilor (separate prin caracterul “;”) pentru diagnosticile stabilite de medicul care raporteaza

### Structura datelor cerute de DSP la medicul specialist din ambulatoriu

CAUZA	Denumirea bolii
COD ALFA_NUM	cod cim_10
TOTAL	
ANI0_1	0-1 an
ANI1_14	1 - 14 ani
ANI15_64	15 - 64 ani
ANI65_	peste 65 ani

Datele pentru DSP se pot extrage din raportările de la CAS (câmp 23 și câmp 5 – CNP, în tabel CAS).

Odată introduse corect (lunar) toate item-urile obligatorii la CAS, se poate extrage și raportul (trimestrial) pentru DSP.

### III. Structura datelor cerute de CAS pentru raportarea serviciilor paraclinice furnizate în ambulatoriul de specialitate

JUDETUL	NR. INVESTIGATII
COD O.M.S.	
TIPUL INVESTIGAȚIEI	
SPITAL URBAN	
SPITAL RURAL	
AMBULAT URBAN	
AMBULAT RURAL	
JUDETUL	NR. INVESTIGATII
COD O.M.S.	
TIPUL INVESTIGAȚIEI	
SPITAL URBAN	
SPITAL RURAL	
AMBULAT URBAN	
AMBULAT RURAL	

Raportarea pentru DSP cere gruparea după tipurile de servicii paraclinice, atât în ambulatoriu cât și în spital, precum și după localizarea în teritoriu a furnizorului (rural/urban)

Pentru ca cele două rapoarte să poată fi extrase din aceeași bază de date, esențial este ca acestea să cuprindă toate datele, adică la cele 16 câmpuri de la CAS, să se adauge:

câmp 17 – mediul (urban/rural)

câmp 18 – spital / ambulatoriu

De subliniat utilitatea raportării, în același sistem și a datelor paraclinice din spitale, care în acest moment nu se face!

#### IV. Structura datelor cerute de CAS pentru raportarea *serviciilor spitalicești*

Nr.Crt.	Denumire camp
1.	nr_crt
2.	cod_spital
3.	Luna
4.	An
5.	cod_sec
6.	den_sec
7.	nr_sectie
8.	FO
9.	Motiv_inte
10.	Nume
11.	Prenume
12.	CNP
13.	Sex
14.	Mediu
15.	CAS
16.	gr_nastere
17.	data_int
18.	data_ext
19.	dg_trim

Nr.Crt.	Denumire camp
20.	tip_int
21.	dg_int
22.	dg_72
23.	dg_ext
24.	dg_sec1
25.	dg_sec2
26.	data_int_p
27.	int_pr
28.	stare_ext
29.	tip_ext
30.	Deces
31.	proc_rad
32.	trans_se
33.	trans_sp
34.	med_curant
35.	med_trim
36.	bilet_trim
37.	nr_zile
38.	venit_se

Structura de date este **compatibilă** cu cea necesară rapoartelor pentru DSP.  
**Există aplicații utilizate în județul Iași care produc la ora actuală atât rapoarte spitalicești pentru CAS cât și pentru DSP.**

Raport

100% 1 of 1+

Profilul Tipare...

Inicio

**CENTRALIZATORUL LUNAR AL PROCEDURILOR IN ANUL 2003**

ALTE INVESTIGATI

Nr. crt	Cod procedura	Total	Nr. investigatii pe luni											
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1	1	2447	136	191	182	222	231	195	231	174	240	197	240	180
X	Total	2447	136	191	182	222	231	195	231	174	240	197	240	180

BALNEOLOGIE

Nr. crt	Cod procedura	Total	Nr. investigatii pe luni											
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
2	1	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	2	1675	0	0	0	43	131	173	235	177	164	240	233	271
4	3	320	0	0	0	0	17	55	63	52	24	28	47	34
5	39	1008	3	5	117	26	4	73	200	146	94	137	113	90
6	392	2058	9	31	203	47	27	216	297	412	182	282	168	84
7	393	23763	114	142	1851	686	337	2886	3265	2718	2064	4085	3128	3247
8	394	30	2	0	0	6	0	0	15	0	0	7	0	0
9	395	101	0	13	0	10	1	15	9	0	0	18	30	5
10	9909	126465	1070	2369	4050	3077	2405	13762	23349	17627	15918	16867	14849	12123
X	Total	157451	1194	2368	7111	3085	2362	16488	27453	21812	18446	21792	18568	15854

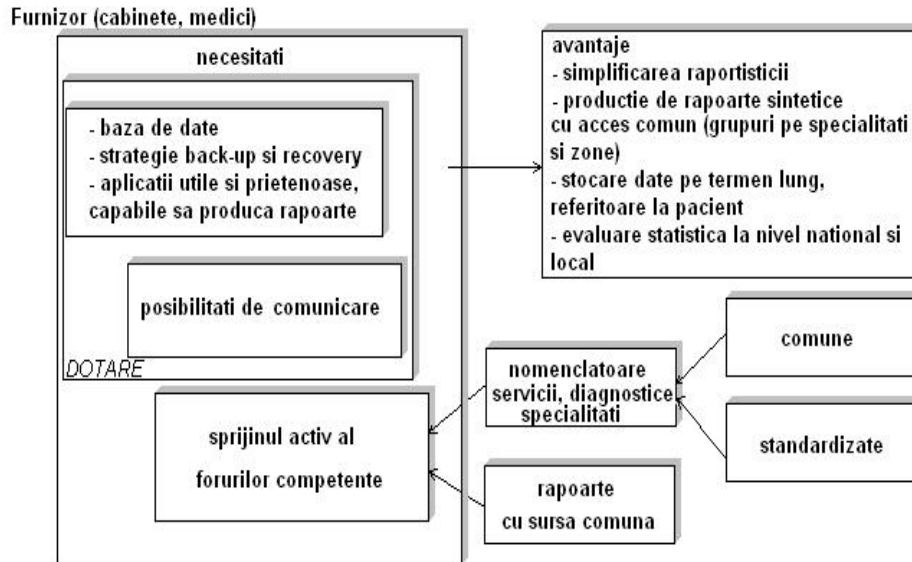
INTERVENTII CHIRURGICALE

Nr. crt	Cod procedura	Total	Nr. investigatii pe luni											
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
11	5010	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	9951	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



## CONCLUZII

Producerea rapoartelor din sursă unică de date înseamnă economie de timp pentru furnizorii de servicii medicale și coerența datelor pentru instituții. Pentru a se putea realiza, sunt necesare următoarele condiții:



*Această modalitate de raportare presupune o evidență a fiecărei atitudini medicale pe CNP, ceea ce înseamnă un anumit timp alocat de furnizorii de servicii medicale; pentru ca medicii să își permită acest timp, ei trebuie să obțină alte avantaje – posibilitatea extragerii unor sinteze, ar fi cel mai important!*

**Un asemenea efort este de tip național și înseamnă perceperea exactă a rolului forurilor naționale în îmbunătățirea stării de sănătate**

### BENEFICIARII INFORMATIZĂRII SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ȘI AVANTAJELE LOR

#### 1. furnizori de servicii de sănătate (individuali sau instituționali):

- calcularea costurilor serviciilor oferite
- facturarea plăților
- transmiterea de date către plătitori sau către alți furnizori de servicii de sănătate
- managementul financiar intern
- respectarea regulamentelor/protocoalelor/legislației
- asigurarea calității
- verificări, controale
- achiziții, distribuție și depozitare echipamente și consumabile

#### 2. plătitori (Casele de Asigurări de Sănătate)

- prelucrarea solicitărilor din partea asiguraților
- coordonarea plăților cu alți plătitori
- planuri, programe, protocoale de eligibilitate și menținere/continuare

- cunoașterea nivelului consumului de servicii de sănătate și a nevoilor pentru fiecare asigurat
- analize calitative ale serviciilor plătite
- analize statistice și prognoze
- modificarea regulamentelor, funcție de evoluția sistemului de sănătate

### 3. **angajații sau alți colaboratori** ai serviciilor de sănătate

- selectare și comparare planuri cu aplicare eficientă
- managementul resurselor umane

### 4. **pacienții**

- solicitări, reclamații, propuneri
- cunoașterea regulamentelor, legislației, drepturilor și obligațiilor (inclusiv cheltuielile posibile)
- plata coplăților și a serviciilor neplătite prin sistemul de asigurări

### 5. **instituțiile locale**

- susținerea politicii de sănătate cu aplicarea ei la condițiile locale
- evaluarea necesităților comunității
- aducerea de resurse pentru acoperirea priorităților locale legate de starea de sănătate

### 6. **instituțiile guvernamentale**

- înregistrarea și prelucrarea datelor despre activitățile furnizorilor, plătitorilor și angajaților din sistemul de sănătate
- colectarea de date statistice cu privire la starea de sănătate
- înregistrarea datelor cu privire la costurile și nivelul finanțării sănătății
- finanțarea domeniilor prioritare/deficitare
- modularea legislației