



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: spitalcfiasi@yahoo.com

Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitaluniversitarcfiasi.ro

PRELUCRAREA DATELOR ȘI RAPORTAREA DRG PO STA-02

NOTĂ:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinara necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a cerințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

Revizie

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare de structura, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PRELUCRAREA DATELOR ȘI
RAPORTAREA D.R.G.

Cod: PO STA-02

Ed.:2

Rev.:1

Pag.: 1/5

Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	1/0	-integral	-elaborare inițială	15.01.2014.
2	2/0	- integral	- modificare machetă procedură, actualizare lista responsabilități, actualizare legislație, actualizare descriere procedură	08.08.2022

Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnatura	Data
1	Elaborat	St. Iulia BERBUNCĂ	Statistician		18.07.2022
2	Verificat/Avizat juridic	Av. Petru MANIȚA	Avocat		20.07.2022
3	Verificat	Dr. Stela Maria LEONTE	Responsabil Managementul Calității		22.07.2022
4	Avizat	Dr. Izabela Lăcrămioara FRUNZĂ	Membru Comisie de Monitorizare		26.07.2022
5	Avizat	Dr. Emilia SOLOMON	Director Medical		26.07.2022
6	Aprobat	Dr. Mihai GLOD	Manager		02.08.2022

Exemplar nr.:





SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PRELUCRAREA DATELOR ȘI RAPORTAREA D.R.G.

Cod: PO STA-02

Ed.:2

Rev.:1

Pag.: 2/5

CUPRINS:

1. SCOP.....	2
2. DOMENIU DE APLICARE.....	2
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI.....	3
4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ.....	3
5. DESCRIEREA PROCEDURII.....	3
6. RESPONSABILITĂȚI.....	4
7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRARI	4
8. ANEXE.....	4
9. DIFUZARE.....	5
10. INDICATORI DE MONITORIZARE.....	

SCOP

Stabilește modul de colectare, centralizare și transmitere către SNSPMS a datelor clinice aferente pacienților internați.

2. DOMENIUL DE APLICARE

Procedura se aplică la *Spitalul Clinic Căi Ferate Iași* în *Compartimentul de evaluare și statistică medicală*.

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții :

3.1.1 Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (Diagnosis Related Groups - DRG) = o schemă de clasificare a pacienților în funcție de diagnostic. Acest sistem este asemănător sistemului de clasificare internațională a bolilor (International Classification of Diseases - ICD), în care diagnosticele sunt clasificate în clase și subclase. Spre deosebire de acesta, în sistemul DRG se utilizează un criteriu suplimentar de clasificare, și anume costul resurselor consumate pentru îngrijirea pacientului. În acest fel, prin sistemul DRG, pacienții pot fi clasificați simultan atât după patologie cât și după costul îngrijirilor, ceea ce asigură posibilitatea de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate.

3.2. Abrevieri:

- | | | |
|--------|-------|--|
| 3.2.1 | FOCG | = foaie de observație clinică generală |
| 3.2.2 | FSZ | = foaie pentru spitalizarea de zi |
| 3.2.3 | DRG | = Diagnosis Related Groups (a se înțelege aplicația informatică denumită astfel) |
| 3.2.4 | SMDPC | = Setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizare continuă |
| 3.2.5 | SMDPZ | = Setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea de zi |
| 3.2.6 | SIUI | = sistemul informatic unic integrat |
| 3.2.7 | MF | = medic de familie |
| 3.2.8 | CO | = concediu de odihnă |
| 3.2.9 | CM | = concediu medical |
| 3.2.10 | CNP | = cod numeric personal |
| 3.2.11 | Ed. | = Ediție |
| 3.2.12 | Rev. | = Revizie |
| 3.2.13 | PO | = Procedură operațională |
| 3.2.14 | RMC | = Responsabil cu sistemul de management al calității |
| 3.2.15 | CI | = Coordonator implementare |
| 3.2.16 | RC | = Reprezentantul conducerii cu sistemul de management al calității |



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PRELUCRAREA DATELOR ȘI RAPORTAREA D.R.G.

Cod: PO STA-02

Ed.:2

Rev.:1

Pag.: 3/5

- 3.2.17 SCIM = Sistem de control intern managerial
3.2.18 Comisie = Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial
3.2.19 Art. = articol
3.2.20 Alin. = Alineat
3.2.21 lit. = Litera
3.2.22 SMI = Sistem de Management Integrat (calitate, mediu, sănătate și securitate ocupațională)

4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

- 4.1. SR CEN/TS 15224:2017 - „Sisteme de management al calității. Aplicarea EN ISO 9001:2015 în îngrijirea sănătății”
4.2. SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de management al calității. Principii fundamentale și vocabular.”
4.3. SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”
4.4. Ordinul nr. 600/2018 - pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice
4.5. Decizie de formare a Comisiei de monitorizare cu privire la sistemele de control intern managerial a *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.
4.6. Regulament de organizare și de lucru al Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial al *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

5. DESRIEREA PROCEDURII

- 5.1. Datele clinice aferente spitalizării de zi și spitalizării continue sunt introduse de către registratorul medical, în programul informatic în baza recomandărilor medicului curant.
5.2. Până pe data de 3 a lunii următoare celei încheiate, responsabilul DRG pe spital (statisticianul medical din cadrul *Compartimentului de evaluare și statistică medicală*), face importul în baza centrală de date.
5.3. După ce s-a făcut importul în baza centrală de date, se identifică eventualele greșeli de operare și acestea sunt transmise registratorilor medicali de pe secții, care corectează datele.
5.4. Se verifică dacă nr. pacienților înregistrați în DRG este egal cu numărul pacienților înregistrați în mișcarea zilnică a pacienților.
5.5. După ce s-au corectat eventualele erori, se realizează fisierul de export către SNSPMS.
5.6. Acest fișier se criptează și se transmite pe site la SNSPMS.
5.7. Rapoartele primite de la SNSPMS prin CJAS se listează în vederea transmiterii acestora către secții și conducerea spitalului.
5.8. Fișierul de răspuns se importă în baza de date DRG, în vederea identificării valorii relative a fiecărei foi de observație.
5.9. Cazurile invalidate pentru reguli A, nu sunt analizate de comisia de analiză, ci doar se corectează dacă sunt erori de operare și se retransmit.
5.10. Cazurile invalidate pentru reguli B, sunt supuse comisiei de analiză în vederea validării și vor fi retransmise trimestrial, către SNSPMS, în perioada 14-18 a fiecărei luni ce urmează unui trimestru încheiat (aprilie, iulie, octombrie, ianuarie).
5.11. Dacă apar probleme în funcționalitatea programului DRG, va fi anunțat inginerul de sistem.

6. RESPONSABILITĂȚI:

- 6.1. Registratorii medicali de pe secții, introduc în programul informatic, datele clinice aferente spitalizării continue, în baza recomandărilor medicului curant.
6.2. Statisticianul medical are următoarele responsabilități:
• preluarea exportului bazei de date și importul acestora în baza centrală de date DRG;



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PRELUCRAREA DATELOR ȘI RAPORTAREA D.R.G.

Cod: PO STA-02

Ed.:2

Rev.:1

Pag.: 4/5

- verificarea datelor colectate în vederea descoperirii eventualelor greșeli de operare de pe secții ;
- comunică registratorilor medicali de pe secții dacă sunt înregistrate greșeli de operare, în vederea corectării acestora ;
- verifică dacă nr. pacienților ale căror foi de observație au fost prelucrate în DRG. corespunde cu nr. pacienților înregistrați în mișcarea zilnică a bolnavilor la sfârșit de lună;
- realizează fișierul de export către SNSPMS ;
- criptează fișierul și-l trimite pe site-ul SNSPMS ;
- realizează importul datelor trimise de SNSPMS prin CJAS în baza de date DRG ;
- informează conducerea spitalului despre indicatorii obținuți, cazurile nevalidate, ICM lunar, trimestrial, semestrial, anual ;
- convoacă comisia de specialitate a CAS cu ocazia regularizării trimestriale, pentru a se valida foile invalidate de către SNSPMS, întocmește cererea de validare, trimite prin fax și email cererea de validare și explicațiile medicilor, vis-a vis de foile invalidate, prezintă comisiei foile invalidate,
- realizează raportarea către SNSPMS a foilor invalidate, cu cerere de validare, în urma raportului realizat de comisia de specialitate.
- dacă apar probleme în funcționarea programului, solicită ajutorul inginerului de sistem.
- aceiași pași sunt urmați și pentru Spitalizarea de zi.

6.3. Inginerul de sistem :

- instalează pe calculatorarele de la *Compartimentul de evaluare și statistică medicală*, programul DRG și face actualizările programului.
- face salvări periodice ale bazei de date.
- asigură funcționalitatea rețelei de calculatoare.
- asigură funcționalitatea programului și intervine atunci când apar erori în program și i se solicită ajutorul.

7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

- FOCG
- FSZ
- Centralizatorul mișcării bolnavilor

8. ANEXE

- nu se aplică

9. DIFUZARE

Procedura se difuzează pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3 sau în format electronic
Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SCIM implementat.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PRELUCRAREA DATELOR ȘI
RAPORTAREA D.R.G.

Cod: PO STA-02

Ed.:2

Rev.:1

Pag.: 5/5

10. INDICATORI DE MONITORIZARE

INDICATOR	TINTA	METODA DE CALCUL	PERIOADA DE MONITORIZARE	RESPONSABIL
Pondere actualității documentelor de referință care stau la baza elaborării procedurii.	100%	Nr documente de referință în actualitate / Nr total documente de referință.	Semestrial	Statistician
Pondere angajaților instruiți cu cerințele procedurii din totalul angajaților cu atribuții în aplicarea cerințelor procedurii.	100%	Nr personal instruit cu cerințele procedurii / Nr angajaților cu atribuții în aplicarea cerințelor procedurii	Semestrial	Statistician
Pondere zilelelor de întârziere la raportarea în DRG.	0 zile	Nr zile întârziere la raportarea în DRG / 0	Semestrial	Statistician
Pondere fișe invalidate din total fișe în perioada analizată.	0	Nr fișe invalidate / nr total fișe	Semestrial	Statistician