ORDIN nr. 182 din 22 martie 2017 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă şi de zi, precum şi a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale pentru care se solicită reconfirmarea

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcţiei generale relaţii contractuale nr. DRC 151 din 22 martie 2017 şi al Direcţiei generale medic şef din cadrul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. MSSM 949 din 22 martie 2017,
în temeiul dispoziţiilor:
- art. 291 alin. (2) din Legea nr. **95/2006** privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;
- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. **972/2006**, cu modificările şi completările ulterioare;
- art. 96 alin. (1) lit. a), b) şi g) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. **161/2016** pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, cu modificările şi completările ulterioare;
- Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. **161/2016** pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017;
- Ordinului ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **1.782**/**576/2006** privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu modificările şi completările ulterioare,
preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1

Se aprobă regulile de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă şi de zi, precum şi metodologia de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale pentru care se solicită reconfirmarea, prevăzute în anexele nr. 1, 2 şi 3, şi se aplică pentru cazurile externate, pe perioada de valabilitate a reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. **161/2016** pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, cu modificările şi completările ulterioare.

Art. 2

(1) Spitalele vor raporta în format electronic setul minim de date la nivel de pacient în spitalizarea continuă (SMDPC), aferent pacienţilor externaţi, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **1.782**/**576/2006** privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de

spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu modificările şi completările ulterioare, până la data de 4 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea.
(2) Spitalele vor raporta în format electronic setul minim de date la nivel de pacient în spitalizarea de zi (SMDPZ), aferent cazurilor rezolvate/serviciilor furnizate în luna respectivă, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **1.782**/**576/2006**, cu modificările şi completările ulterioare, până la data de 4 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea.
(3) Trimestrial, în perioada 14-18 a lunii următoare trimestrului încheiat, spitalele vor transmite în format electronic cazurile/serviciile neconfirmate pentru care se solicită reconfirmarea, precum şi cazurile/serviciile neraportate din lunile anterioare. În perioada 10-14 decembrie, spitalele vor transmite în format electronic cazurile/serviciile neconfirmate pentru care se solicită reconfirmarea, precum şi cazurile neraportate până la data de 30 noiembrie. Cazurile/Serviciile neconfirmate pentru care se solicită reconfirmarea, precum şi cele neraportate până la sfârşitul anului pot fi raportate în perioada 14-18 ianuarie a anului următor. Raportările se vor realiza conform prevederilor legale în vigoare.
(4) Lunar, până la data de 7, Casa Naţională de Asigurări de Sănătate va primi de la Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, denumită în continuare SNSPMPDSB, în format electronic, datele/informaţiile de confirmare clinică şi medicală a activităţii aferente lunii precedente, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.
(5) Trimestrial, până la data de 21 a lunii următoare trimestrului încheiat, iar pentru trimestrul IV până la data de 16 decembrie, respectiv până la data de 21 ianuarie a anului următor, Casa Naţională de Asigurări de Sănătate va primi de la SNSPMPDSB, în format electronic, datele/informaţiile de confirmare clinică şi medicală a activităţii, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.
(6) Lunar, respectiv trimestrial, SNSPMPDSB va transmite Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate datele/informaţiile cu detalierea cauzelor de neconfirmare pentru fiecare caz, în conformitate cu legislaţia în vigoare şi cu regulile prevăzute în anexele nr. 1 şi 2, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate. Metodologia de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale pentru care se solicită reconfirmarea este prevăzută în anexa nr. 3.
(7) Pentru decontarea activităţii lunare, spitalele vor utiliza, după caz, desfăşurătoarele prevăzute în ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activităţii realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe ţară, fără regim special.
(8) Pentru decontarea activităţii trimestriale, spitalele vor utiliza, după caz, desfăşurătoarele prevăzute în ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activităţii realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe ţară, fără regim special.

Art. 3

Pentru cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi şi care au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului în condiţiile art. 92 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. **161/2016**, cu modificările

şi completările ulterioare, se va întocmi şi se va raporta doar fişa de spitalizare de zi.

Art. 4

Direcţiile de specialitate ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate, spitalele, precum şi SNSPMPDSB vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 5

Prevederile prezentului ordin se aplică pentru toate cazurile care au data externării, data închiderii fişei, respectiv pentru toate serviciile furnizate în regim de spitalizare de zi, începând cu luna aprilie 2017.

Art. 6

Anexele nr. 1-3 fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 7

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, şi intră în vigoare la data de 1 aprilie 2017.

Art. 8

Începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **412/2016** privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă şi de zi, precum şi a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale pentru care se solicită reconfirmarea, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 566 din 26 iulie 2016, cu completările ulterioare.

-****-

Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,
Marian Burcea

ANEXA nr. 1: REGULI DE CONFIRMARE CLINICĂ ŞI MEDICALĂ a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă

(1) Sunt neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale următoarele cazuri:

1. A01 Cazuri ale căror date încalcă specificaţiile tehnice ale setului minim de date la nivel de pacient

Motiv: Aceste cazuri nu pot fi colectate în baza de date naţională din cauza existenţei unor erori (de exemplu, lipsa unor date obligatorii sau neconcordanţa cu nomenclatoarele în vigoare). Sub incidenţa acestei reguli intră şi foile care nu respectă criteriul de număr unic de foaie pe spital şi an, deoarece numărul unic de foaie pe spital şi an face parte din specificaţiile setului minim de date la nivel de pacient (Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **1.782**/**576/2006** privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu modificările şi completările ulterioare).

2. A02 Cazuri raportate pe secţii în care nu se întocmeşte foaia de observaţie clinică generală, denumită în continuare FOCG (de exemplu, cazurile care sunt raportate pe secţiile ATI, secţii paraclinice, structuri de urgenţă etc.)

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, FOCG se întocmeşte doar pentru pacienţii spitalizaţi în secţii clinice: medicale sau chirurgicale (cu excepţia secţiilor ATI).

3. A03 Cazuri cu data intervenţiei chirurgicale principale în afara intervalului de spitalizare

Motiv: Cel puţin una dintre următoarele date este eronată: data internării, data externării, data intervenţiei chirurgicale principale.

4. A04 Cazuri decedate, pentru care nu există concordanţă între tipul externării şi starea la externare

Motiv: Pentru cazurile decedate, informaţia privind decesul este cuprinsă atât în rubrica "Tip externare", cât şi în rubrica "Stare la externare". În situaţia în care cele două informaţii nu concordă, este vorba despre o eroare în cel puţin una dintre rubrici.

5. A05 Cazuri cu vârsta negativă

Motiv: Cel puţin una dintre următoarele date este eronată: data naşterii, data internării.

6. A06 Cazuri cu durata de spitalizare negativă

Motiv: Cel puţin una dintre următoarele date este eronată: data internării, data externării.

7. A07 Cazuri concomitente

Motiv: Aceste cazuri reprezintă episoade de spitalizare pentru acelaşi pacient, care se suprapun în timp.

8. A08 Cazuri neclasificabile

Motiv: Aceste cazuri au erori pe datele care influenţează clasificarea lor.

9. A14 Cazuri de transplant de organe şi ţesuturi, prevăzute în hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2017 şi 2018.

Motiv: Conform legislaţiei în vigoare, transplanturile sunt finanţate de către Ministerul Sănătăţii, cu excepţia grefelor de piele şi a serviciilor medicale aferente stării posttransplant. De asemenea, nu sunt finanţate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate procedurile de prelevare de organe de la donatori decedaţi.

10. A15 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat corespunzător informaţiile cu privire la intervenţia chirurgicală principală

Excepţii: Cazurile fără intervenţie chirurgicală principală

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, informaţiile privind intervenţia chirurgicală principală - data, ora de început şi de sfârşit a intervenţiei chirurgicale principale şi codul de parafă al medicului operator - sunt incluse în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

11. B01 Cazuri cu vârsta peste 124 de ani

Motiv: În cele mai multe situaţii de acest fel este vorba de o eroare în cel puţin una dintre următoarele rubrici: data naşterii, data internării.

12. B02 Cazuri cu durata de spitalizare peste 365 de zile

Motiv: În cele mai multe situaţii de acest fel este vorba despre o eroare în cel puţin una dintre următoarele rubrici: data internării, data externării.

Excepţii: Fac excepţie cazurile raportate din secţii finanţate pe bază de tarif pe zi de spitalizare şi durată efectiv realizată.

13. B03 Pacienţii pentru care nu a fost înregistrat codul numeric personal (CNP)

Excepţii: Fac excepţie de la această regulă cazurile de nou-născuţi (cu vârsta între 0 şi 28 de zile) şi cazurile de cetăţeni străini.

Motiv: Conform prevederilor legale, furnizorii de servicii medicale trebuie să înregistreze codul numeric personal al asiguraţilor.

14. B04 Transferuri intraspitaliceşti şi reinternări în aceeaşi zi sau la un interval de o zi în acelaşi tip de îngrijiri

Motiv: Aceste cazuri sunt considerate ca un episod de spitalizare unic.

Excepţii: Fac excepţie cazurile care sunt transferate/reinternate în acelaşi spital, dar între/în secţii cu tip de îngrijiri diferit (din secţii cu îngrijiri de tip acut în secţii cu îngrijiri de tip cronic/de recuperare sau invers).
Explicaţii: Specificarea secţiilor unde se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip cronic, reglementată de Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **1.782**/**576/2006**, cu modificările şi completările ulterioare.

15. B05 Cazuri pentru care niciuna dintre intervenţiile chirurgicale efectuate nu este în concordanţă cu diagnosticul principal
Motiv: În cele mai multe situaţii de acest fel, cel puţin una dintre următoarele informaţii este eronată: diagnosticul principal, procedurile efectuate.

16. B06 Cazuri cu diagnostic principal inacceptabil
Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.
Algoritm: Nu se confirmă cazurile clasificate în DRG 93020 (Diagnostice principale inacceptabile).

17. B07 Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordant cu vârsta/greutatea
Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.
Algoritm: Nu se confirmă cazurile clasificate în DRG 93030 (Diagnostice neonatale neconcordante cu vârsta/greutatea).

18. B08 Cazuri internate şi externate în aceeaşi zi
Motiv: În cele mai multe situaţii de acest fel este vorba despre o eroare de înregistrare a datei de internare şi/sau de externare ori despre un caz cu posibilitate de rezolvare în spitalizare de zi.
Excepţii: De la această regulă fac excepţie cazurile decedate şi cazurile care sunt clasificate în grupurile de diagnostice specifice spitalizării de zi.

19. B09 Cazuri clasificate în DRG A1040 (traheostomie sau ventilaţie > 95 ore), datorită procedurii G05005 Suport ventilator continuu mai mult de 96 ore, pentru care durata totală de spitalizare este mai mică de 96 de ore.
Motiv: În cele mai multe situaţii de acest fel este vorba despre o eroare de înregistrare a datei şi orei de internare şi/sau de externare sau despre o eroare în alegerea procedurii.

20. B10 Cazuri cu diagnostic principal de tipul agent infecţios (B95_-B97_)
Motiv: Conform listei tabelare a diagnosticelor, aceste coduri sunt utilizate ca diagnostice secundare, pentru precizare, drept coduri adiţionale pentru un alt diagnostic principal.

21. B11 Cazuri cu diagnostic principal de tipul sechelă de AVC (I69_)
Motiv: Conform standardelor de codificare, aceste coduri sunt utilizate ca diagnostice secundare pentru diagnostice principale ce definesc concret tipul de sechelă a AVC.

22. B12 Cazuri clasificate în DRG A2021 şi A2022, care au avut o intervenţie chirurgicală asociată cu o procedură de anestezie generală împreună cu o procedură de intubaţie.
Motiv: Conform standardelor de codificare, anestezia generală include şi procedura de intubaţie.

23. B13 Cazuri cu diagnostic principal de deshidratare şi unul dintre diagnosticele secundare de tipul gastroenterită.
Motiv: Conform standardelor de codificare, gastroenterita ar trebui codificată întotdeauna ca diagnostic principal, înaintea celui de deshidratare. Rehidratarea, care se efectuează oricum pentru tratamentul acestui tip de afecţiuni, nu permite alocarea codului de deshidratare, acesta din urmă codificându-se numai când există documentare clinică şi este menţionat în mod expres de medicul curant.

24.B14 Cazuri aferente nou-născuţilor sau copiilor cu vârsta sub un an, pentru care codurile de diagnostic de tipul P07.1_ şi P07.2_ alocate nu corespund cu greutatea la internare înregistrată.
Motiv: Cel puţin una dintre informaţiile privind greutatea la internare sau diagnosticul este înregistrată eronat.
25.B15 Cazuri care au un diagnostic (principal sau secundar) de tipul neoplasm secundar, fără a avea codificat şi neoplasmul primar.
Motiv: Conform standardelor de codificare, în momentul în care se codifică un neoplasm secundar este obligatorie şi codificarea celui primar. În cazul în care neoplasmul primar nu a fost identificat, se va utiliza codul C80.
26.B16 Cazuri aferente corecţiilor estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani
Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform art. 195 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. **161/2016**, cu modificările şi completările ulterioare.
27.B17 Cazuri aferente serviciilor de fertilizare in vitro
Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform art. 195 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. **161/2016**, cu modificările şi completările ulterioare.
28.B18 Cazuri cu conflict între sexul pacientului şi diagnosticele sau procedurile înregistrate
Motiv: Aceste cazuri conţin erori la nivelul datelor înregistrate, fie în ceea ce priveşte sexul pacientului, fie diagnosticele şi procedurile codificate.
Excepţii: De la această regulă fac excepţie diagnosticele şi procedurile legate de patologia sânului asociate sexului masculin.
29.B19 Cazuri pentru care s-a codificat procedura H16101 în absenţa oricărei altei intervenţii chirurgicale.
Motiv: Denumirea acestei proceduri "Controlul hemostazei, postintervenţie chirurgicală, neclasificată în altă parte" sugerează faptul că a existat o intervenţie chirurgicală anterior. În situaţia în care intervenţia chirurgicală a avut loc în alt episod de spitalizare şi niciunul dintre codurile prevăzute la Standardul de codificare "Reintervenţia" nu poate fi aplicat, cazul se poate reconfirma prin intermediul Comisiei de analiză.
30.B20 Cazuri cu diagnostic secundar R13 Disfagia
Motiv: Codul R13 face parte din categoria semne/simptome şi nu ar trebui utilizat decât atunci când nu se poate stabili un diagnostic mai precis, la cazurile îndrumate spre altă unitate sanitară pentru investigaţii suplimentare sau care reprezintă probleme importante de îngrijire prin ele însele.
Excepţii: De la această regulă fac excepţie cazurile pentru care există codificat un diagnostic principal sau secundar de tipul I60-I64 (boli cerebrovasculare), deoarece standardele de codificare prevăd condiţii speciale în care R13 Disfagia poate fi alocat pentru a marca severitatea unui atac vascular cerebral.
31.B21 Cazuri cu diagnostic principal de tipul G47_, J96_ sau J98_ şi procedură principală sau secundară de tip E0430_.
Motiv: În cele mai multe cazuri este vorba despre selectarea eronată a diagnosticului principal.
32.B22 Cazuri clasificate în DRG U3070, pentru pacienţi care nu au fost internaţi/transferaţi într-o secţie de psihiatrie, în respectivul episod de spitalizare.
Motiv: În cele mai multe cazuri este vorba despre selectarea eronată a diagnosticului principal.

ANEXA nr. 2: REGULI DE CONFIRMARE CLINICĂ ŞI MEDICALĂ a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare de zi

(1) Sunt neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale următoarele cazuri:

1. C01 Cazuri/Servicii ale căror date încalcă specificaţiile tehnice ale setului minim de date la nivel de pacient

Explicaţii: Această regulă include şi cazurile care încalcă criteriul "număr unic de foaie pe spital şi an", numărul unic de foaie pe spital şi an face parte din specificaţiile setului minim de date la nivel de pacient, conform Ordinului ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **1.782**/**576/2006**, cu modificările şi completările ulterioare.

Motiv: Aceste cazuri nu pot fi colectate în baza de date naţională din cauza existenţei unor erori (de exemplu, lipsa unor date obligatorii sau neconcordanţă cu nomenclatoarele în vigoare).

2. C02 Cazuri/Servicii raportate din structuri în care nu se întocmeşte fişa de spitalizare de zi (de exemplu, cazurile care sunt raportate pe secţiile ATI, secţii paraclinice etc.), cu excepţia camerelor de gardă şi UPU/CPU.

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, foaia de spitalizare de zi se întocmeşte doar pentru pacienţii din structurile autorizate/avizate în acest sens, din secţii medicale sau chirurgicale (cu excepţia secţiilor ATI), iar pentru pacienţii din camerele de gardă, UPU/CPU se întocmeşte fişă conform modelului prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătăţii publice nr. **1.706/2007** privind conducerea şi organizarea unităţilor şi compartimentelor de primire a urgenţelor, cu modificările şi completările ulterioare.

3. C03 Cazuri/Servicii cu data vizitei în afara intervalului pentru care se întocmeşte fişa de spitalizare de zi.

Explicaţii: Această regulă se aplică şi pentru fişele pentru spitalizarea de zi (FSZ) raportate iniţial corespunzător, dar pentru care ulterior spitalul a anulat toate vizitele.

Motiv: Cel puţin una dintre următoarele date este eronată: data deschiderii fişei, data închiderii fişei, data vizitei.

Algoritm: În cazul fişelor de spitalizare de zi care necesită închiderea în vederea raportării, conform legislaţiei în vigoare, în situaţia în care data vizitei este în afara intervalului dintre data deschiderii şi data închiderii fişei (sau informaţiile similare acestora, pentru fişele de UPU/CPU/camerele de gardă), se respinge fişa de spitalizare de zi. În cazul vizitelor care pot fi raportate, conform legislaţiei în vigoare, fără a fi necesară închiderea fişei, dacă data vizitei este mai mică decât data deschiderii, se respinge vizita respectivă.

4. C04 Cazuri/Servicii cu vârsta pacientului negativă

Motiv: Cel puţin una dintre următoarele date este eronată: data naşterii, data deschiderii fişei/data preluării pacientului.

5. C05 Cazuri/Servicii pentru care durata unei vizite este mai mare de 12 ore

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, spitalizarea de zi necesită supraveghere medicală maximum 12 ore/vizită.

Excepţii: fişele întocmite în UPU/CPU/camerele de gardă, conform modelului prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătăţii publice nr. **1.706/2007**, cu modificările şi completările ulterioare.

6. C06 Cazuri/Servicii cu durata de spitalizare negativă

Explicaţii: această regulă se aplică şi pentru vizitele cu durată negativă.

Motiv: Cel puţin una dintre următoarele date este eronată: data deschiderii fişei, data închiderii fişei, data preluării pacientului, data predării pacientului.

7.C07 Fişe de spitalizare de zi pentru acelaşi serviciu/tip de caz, în acelaşi spital, care se suprapun în timp
Motiv: Într-un spital nu se pot întocmi concomitent pentru un pacient fişe de spitalizare de zi pentru acelaşi serviciu/tip de caz. Concomitenţa pentru spitalizarea de zi conform listelor B.1, B.2 şi B.3.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. **161/2016** pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, se aplică la nivel de interval între data deschiderii fişei şi data închiderii fişei. Concomitenţa pentru spitalizarea de zi conform listei B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017** se aplică la nivel de vizită.
8.C10 Cazuri rezolvate pentru care nu s-au înregistrat corespunzător informaţiile cu privire la tipul afecţiunii/diagnosticului, respectiv la procedura chirurgicală/procedura asociată
Excepţii: Fişele de tip serviciu întocmite pentru serviciile medicale prevăzute în lista B.3 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017**.
Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, cazurile rezolvate de tip medical (M) trebuie să aibă un diagnostic din lista B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017**, iar cazurile rezolvate de tip chirurgical (C) trebuie să aibă o procedură din lista B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017**.
Algoritm: Nu se confirmă cazurile de tip M care nu au specificat tipul afecţiunii medicale din lista B.1, respectiv pentru care nu există niciun diagnostic din lista B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017** raportat pentru fişa respectivă. Nu se confirmă cazurile de tip C care nu au specificat tipul cazului rezolvat cu procedură chirurgicală din lista B.2, respectiv pentru care nu există nicio procedură din lista B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017**, raportată pentru fişa respectivă.
9.C11 Servicii pentru care nu s-au înregistrat corespunzător informaţiile cu privire la tipul acestora
Excepţii: Fişele de tip caz rezolvat întocmite pentru serviciile medicale prevăzute în listele B.1 şi B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017**.
Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, pentru fişele de spitalizare de zi de tip serviciu (S), tipul acestuia trebuie să fie inclus în lista B.3.1/B.3.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017**, iar poziţii distincte din aceste liste nu pot exista concomitent pe aceeaşi fişă/vizită.
Algoritm: Nu se confirmă foile de spitalizare de zi care conţin două sau mai multe servicii diferite din lista B3.2, pe aceeaşi vizită sau pe vizite diferite. Nu se confirmă vizitele cu serviciu B3.2 raportate pe o foaie de spitalizare de zi cu restul serviciilor de tip B3.1. Nu se confirmă vizitele care au şi servicii B3.1, şi servicii B3.2.

10.C14 Cazuri rezolvate/Servicii pentru care data deschiderii fişei de spitalizare de zi este aceeaşi cu data internării corespunzătoare unei foi de observaţie clinică generală pentru spitalizare continuă pentru acelaşi pacient în cadrul aceluiaşi spital
Motiv: Conform art. 90 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. **161/2016**, cu modificările şi completările ulterioare, cheltuielile ocazionate de activităţile desfăşurate în camerele de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii/ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.
Conform art. 5 alin. (4) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017**, cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat (nonDRG) aferent spitalizării continue, în situaţiile în care cazurile sunt internate în aceeaşi unitate sanitară prin spitalizare continuă şi în aceeaşi zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în regim de spitalizare de zi. Serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/serviciu medical sunt considerate cazuri/servicii acordate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.
11.C15 Cazuri rezolvate/Servicii raportate pentru perioada în care există deschisă o foaie de spitalizare continuă pentru acelaşi pacient în cadrul aceluiaşi spital
Algoritm: Conform legislaţiei în vigoare nu se confirmă fişele de spitalizare de zi care trebuie închise în vederea raportării şi pentru care există o perioadă cuprinsă între data deschiderii şi data închiderii fişei (sau a informaţiilor similare acestora, pentru fişele de UPU/CPU/camerele de gardă), în care pacientul respectiv a avut deschisă şi o altă foaie de observaţie clinică generală de spitalizare continuă în acelaşi spital; în mod asemănător nu se confirmă vizitele raportate conform legislaţiei în vigoare (fără ca fişa să fie închisă) şi pentru care există o perioadă cuprinsă între data de început şi data de sfârşit de vizită, în care pacientul respectiv a avut deschisă şi o altă foaie de observaţie clinică generală de spitalizare continuă în acelaşi spital.
12.C17 Fişe de tip serviciu raportate din camerele de gardă şi din structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea se face din bugetul Ministerului Sănătăţii/ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie
Motiv: În conformitate cu Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017**, serviciile furnizate în camerele de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea se face din bugetul Ministerului Sănătăţii/ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie nu se decontează din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate.
13.C18 Vizite fără serviciu, ale foilor de observaţie de spitalizare de zi, întocmite pentru servicii din lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017**.

Motiv: Informaţia privind tipul serviciului este necesară pentru rambursarea acestuia.
Algoritm: În situaţia în care niciuna dintre vizite nu are completat serviciul, nu se confirmă întreaga foaie de spitalizare de zi.

14. C19 Fişe de tip serviciu raportate din camerele de gardă şi din structurile de urgenţă pentru care nu s-a înregistrat corespunzător tipul serviciului
Motiv: Informaţia este necesară în scopul rambursării corecte a serviciilor contractate şi efectuate.
Algoritm: Nu se confirmă foile raportate din structura "3013 Camera de gardă" pentru care s-a completat serviciul "Urgenţă medico-chirurgicală în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face de la MS". Nu se confirmă foile raportate din structurile "3023 Urgenţă - CPU", "3033 Urgenţă - UPU", "3043 Urgenţă - MU", pentru care s-a completat serviciul "Urgenţă medico-chirurgicală în camerele de gardă".

15. C21 Cazuri/Servicii cu conflict între sexul pacientului şi diagnosticele sau procedurile înregistrate
Motiv: Aceste cazuri conţin erori la nivelul datelor înregistrate, fie în ceea ce priveşte sexul pacientului, fie diagnosticele şi procedurile codificate.
Excepţii: De la această regulă fac excepţie diagnosticele şi procedurile legate de patologia sânului asociate sexului masculin.

16. C.22 Cazuri/Servicii cu conflict între vârsta pacientului şi tipul cazului/serviciului
Motiv: Aceste cazuri conţin erori la nivelul datelor înregistrate, în ceea ce priveşte datele înregistrate.
Algoritm: Se aplică pentru poziţiile 37 şi 38 din lista B.1 şi pentru poziţia 5 din lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017**. Vârsta se calculează în ani, ca diferenţă între data închiderii fişei şi data naşterii pentru poziţiile 37 şi 38 din lista B.1, respectiv între data închiderii vizitei şi data naşterii pentru poziţia 5 din lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017**.

ANEXA nr. 3: METODOLOGIE de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale pentru care se solicită reconfirmarea

CAPITOLUL I:

Evaluarea cazurilor neconfirmate din punct de vedere clinic şi medical de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti (SNSPMPDSB) pentru care se solicită reconfirmarea, precum şi a cazurilor pentru care casele de asigurări de sănătate judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti şi Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, au constatat nereguli privind corectitudinea datelor înregistrate se realizează în cadrul unei comisii de analiză. Comisia de analiză este formată din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate şi reprezentanţi ai spitalului, cu excepţia medicului curant al cazului respectiv. Membrii comisiei de analiză vor fi desemnaţi în scris de către cele două instituţii.
Spitalul este obligat să pună în aplicare deciziile comisiei de analiză.

CAPITOLUL II:

SECŢIUNEA 1: Descrierea generală a procesului

Înregistrările electronice transmise de spitale către SNSPMPDSB sunt supuse procesului de confirmare în conformitate cu regulile de confirmare clinică şi

medicală a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă şi de zi prevăzute în anexele nr. 1 şi 2 la ordin. Înregistrările sunt returnate spitalelor de către casele de asigurări de sănătate, ulterior procesului de validare (fiecare înregistrare va avea bifă "validat/nevalidat", precum şi "confirmat/neconfirmat"). Pentru cazurile neconfirmate se specifică şi motivul. Pentru cazurile neconfirmate spitalele vor revedea datele care au determinat respingerea lor şi vor putea retransmite cazurile respective către SNSPMPDSB, după ce le corectează şi/sau cer aviz de reconfirmare din partea comisiei de analiză.
Avizul de reconfirmare se poate obţine numai după evaluarea cazurilor respective de către comisia de analiză.
În situaţia în care comisia de analiză constată raportarea eronată, codificarea necorespunzătoare sau neconcordanţa dintre foaia de observaţie clinică generală (FOCG) şi înregistrarea electronică, va dispune efectuarea corecturilor necesare şi retransmiterea cazurilor către SNSPMPDSB.
Retransmiterea cazurilor pentru reconfirmare se face doar cu ocazia regularizărilor trimestriale.
Trimestrial, SNSPMPDSB va informa Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate cu privire la cazurile reconfirmate, prin aviz de reconfirmare, precizând pentru fiecare caz următoarele: numărul FOCG, data internării, data externării, secţia. Pe baza acestor informări, casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a verifica dacă datele puse la dispoziţie de SNSPMPDSB coincid cu informaţiile din deciziile de confirmare ale comisiei de analiză. În cazul constatării unor neconcordanţe între cele două documente, casele de asigurări de sănătate vor anunţa spitalul pentru ca acesta din urmă să modifice înregistrările respective în conformitate cu deciziile comisiei de analiză.
Nerespectarea reglementărilor privind datele clinice la nivel de pacient [neconcordanţa dintre datele colectate electronic şi datele din FOCG/fişa pentru spitalizarea de zi (FSZ), neconcordanţa dintre datele înscrise în FOCG/FSZ şi serviciile efectuate în realitate, codificări care nu respectă reglementările în vigoare şi orice alte situaţii de acest fel], constatată în urma controalelor efectuate la spital de către casele de asigurări de sănătate, poate fi contestată de spital şi se soluţionează prin intermediul comisiei de analiză, convocată la iniţiativa spitalului.

SECŢIUNEA 2: Aspecte tehnice

SUBSECŢIUNEA 1: 2.1. Clasificarea regulilor de confirmare clinică şi medicală

(1) Regulile de confirmare sunt clasificate în două categorii, în funcţie de posibilitatea supunerii datelor respective spre evaluare comisiei de analiză:
- prima categorie: grupa A şi grupa C - reguli pentru care datele respective nu pot fi supuse evaluării;
- a doua categorie: grupa B - reguli pentru care datele respective pot fi supuse evaluării.

De exemplu:
- un caz cu vârsta negativă nu va fi confirmat, în conformitate cu regula A05, dar datele care au determinat respingerea (data naşterii şi data internării) nu pot fi supuse evaluării de către comisia de analiză, ci trebuie verificate şi corectate de spital;
- un caz pentru care nu a fost înregistrat CNP nu va fi confirmat, în conformitate cu regula B03, dar cauza respingerii (lipsa CNP) poate fi supusă evaluării de către comisia de analiză şi, în situaţia în care spitalul prezintă o justificare pertinentă pentru lipsa acestuia, comisia de analiză poate aviza cazul pe regula respectivă;

- un caz neconfirmat pe regula B12 poate fi supus evaluării de către comisia de analiză şi, în situaţia în care se constată că procedura de intubaţie s-a realizat anterior sau ulterior intervenţiei chirurgicale (nu este asociată anesteziei generale), pentru alte complicaţii ale cazului, comisia de analiză poate aviza cazul pe regula respectivă;
- un caz cu vârsta negativă nu va fi confirmat, în conformitate cu regula C04, dar datele care au determinat respingerea (data naşterii şi data deschiderii fişei) nu pot fi supuse evaluării de către comisia de analiză, ci ele trebuie verificate şi corectate de spital.

(2)OBSERVAŢIE:

Avizul de reconfirmare se referă la caz, şi nu la regulile de confirmare, ceea ce înseamnă că avizul de reconfirmare nu se poate da decât atunci când cazul este avizat pe toate regulile de tip B. Concret, dacă un caz este neconfirmat pe mai multe reguli de tip B, iar pe cel puţin una dintre aceste reguli cazul nu primeşte un aviz favorabil, acesta nu va fi avizat pentru reconfirmare şi, implicit, el nu va mai fi retransmis către SNSPMPDSB.

SUBSECŢIUNEA 2: 2.2. Proceduri

(1) Spitalul poate acţiona după cum urmează:

a)Pentru cazurile neconfirmate la SNSPMPDSB

1.Intervenţia spitalului asupra datelor cazurilor neconfirmate trebuie să ţină cont de următoarele reguli:
- datele care vor fi corectate sunt cele care au încălcat regulile din grupa A sau din grupa C; în situaţia particulară a serviciilor cuprinse în lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **196**/**139/2017**, neconfirmarea pe reguli de tip C se referă la vizitele respective, şi nu la întreaga fişă de spitalizare de zi;
- datele pentru care se poate cere avizul casei de asigurări de sănătate în vederea reconfirmării sunt cele care au încălcat regulile din grupa B. Cererea avizului de reconfirmare presupune ca datele respective să nu fie modificate.

2.Deoarece un caz neconfirmat poate avea date incorecte care trebuie corectate şi/sau date corecte pentru care se va cere avizul de reconfirmare, înseamnă că există 3 situaţii:

2.1. Cazul neconfirmat are exclusiv date incorecte.

În această situaţie se corectează datele respective şi se retransmite cazul cu corecturile efectuate la SNSPMPDSB.

2.2. Cazul neconfirmat are exclusiv date corecte.

În această situaţie nu se fac niciun fel de modificări şi se cere avizul de reconfirmare.

Dacă avizul este nefavorabil, cazul nu se va mai retransmite la SNSPMPDSB.

Dacă avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de reconfirmare" la SNSPMPDSB.

2.3. Cazul neconfirmat are atât date incorecte, cât şi date corecte.

În această situaţie se corectează datele incorecte şi se cere avizul de reconfirmare pentru datele corecte (fără a se face niciun fel de modificări pe acestea).

Dacă avizul este nefavorabil, cazul nu se va mai retransmite la SNSPMPDSB.

Dacă avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de confirmare" la SNSPMPDSB.

3.OBSERVAŢII:
- Retransmiterea unui caz cu modificări efectuate nu asigură confirmarea lui decât dacă modificările au corectat eroarea. De exemplu, dacă se înlocuieşte un

cod de diagnostic eronat cu alt cod de diagnostic tot eronat, cazul nu va fi confirmat.
- Retransmiterea unui caz cu date corectate nu asigură confirmarea lui decât pe regulile corespunzătoare acelor date. De exemplu, dacă pentru un caz neconfirmat în conformitate cu regulile A03 şi A05 se corectează eroarea referitoare la data intervenţiei chirurgicale principale, dar nu şi eroarea referitoare la vârstă (sau invers), cazul va rămâne neconfirmat.
- "Cererea de confirmare" are efect doar pe regulile din grupa B. Dacă respingerea cazului s a produs şi pe alte reguli, retransmiterea ca "Cerere de confirmare" fără corectarea celorlalte cauze de respingere se va solda tot cu neconfirmarea cazului.

b) Pentru cazurile iniţial confirmate, la solicitarea casei de asigurări de sănătate
În situaţia în care în urma evaluării cazurilor respective de către casa de asigurări de sănătate/comisia de analiză se decide modificarea/anularea acestora, spitalul le va retransmite la SNSPMPDSB astfel: cazurile care trebuie anulate se vor transmite ca "Anulat", iar cazurile care trebuie modificate se vor retransmite ca "Anulat şi retransmis".
Spitalele trebuie să transmită înregistrările electronice modificate ale acestor cazuri la SNSPMPDSB cu ocazia următoarei regularizări trimestriale pentru anul în curs. Pentru cazurile aferente anului precedent, spitalele trebuie să transmită înregistrările electronice modificate ale acestor cazuri la SNSPMPDSB, la termenele prevăzute în ordin.
SNSPMPDSB va genera către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate un raport cu clasificarea grupelor de diagnostic a acestor cazuri.

SECŢIUNEA 3: Obţinerea avizului de reconfirmare prin comisia de analiză a cazurilor neconfirmate la SNSPMPDSB

(1)_
Primul pas în obţinerea avizului de reconfirmare îl constituie sesizarea de către spital a medicului-şef din cadrul caselor de asigurări de sănătate, pe baza modelului prezentat mai jos:
Spitalul .....
Către medicul-şef al Casei de Asigurări de Sănătate .....
Lista cazurilor neconfirmate pentru care se solicită reconfirmarea prin comisia de analiză, conform Ordinului preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 182/2017 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă şi de zi, precum şi a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale pentru care se solicită reconfirmarea.
Nr. crt. .....
Codul spitalului .....
- Secţia .....
Nr. foii de observaţie clinică generală (FOCG) .....
Data externării pacientului .....
Reguli pentru care se solicită confirmarea*) .....
Motivul pentru care se solicită confirmarea .....
Data .....
Director general,
.....
(semnătura şi ştampila)

_____

*) Se va nota în câte un rând separat fiecare regulă pentru care se solicită reconfirmarea.

(2)_

Medicul-şef din cadrul casei de asigurări de sănătate are obligaţia de a organiza o întâlnire a comisiei de analiză în termen de maximum 10 zile de la primirea înştiinţării de la spital. Modalitatea practică de evaluare a cazurilor externate este decisă de comisia de analiză şi va consta, după caz, în:

- evaluarea dosarelor medicale originale, prin vizitarea spitalelor vizate;
- evaluarea cazurilor pe baza dosarelor trimise de spitale (copie de pe dosarul medical al pacienţilor neconfirmaţi).

Informaţiile urmărite în evaluare de către comisia de analiză includ:

- motivul internării;
- diagnosticele principale şi secundare, acordându-se atenţie relaţiei dintre acestea atât din punct de vedere medical, cât şi din punctul de vedere al cronologiei acestora;
- secţia/secţiile în care a fost îngrijit şi din care a fost externat pacientul;
- motivul externării;
- intervenţiile chirurgicale - tipul acestora, eventualele complicaţii;
- alte informaţii pe care comisia de analiză le consideră utile.

Analiza fiecărui caz se încheie cu un raport scris al comisiei de analiză, în care sunt menţionate argumentele care au condus la avizarea sau neavizarea cazului, raport semnat de toţi membrii comisiei care au participat la evaluarea cazului respectiv. Raportul va fi elaborat în două exemplare, pentru spital şi, respectiv, pentru casa de asigurări de sănătate, şi va conţine în mod explicit decizia de avizare sau neavizare pentru reconfirmare a fiecărui caz.

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 216 din data de 29 martie 2017