

Ordinul Nr.463 din 25.06.2014

privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea

ACT EMIS DE: Casa Nationala de Asigurari de Sanatate

ACT PUBLICAT ÎN MONITORUL OFICIAL NR. 488 din 01 iulie 2014

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale relații contractuale din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DRC 495 din 25 iunie 2014 și al Direcției medic șef din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 2.108 din 25 iunie 2014, în temeiul dispozițiilor:

– art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

– art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare;

– art. 96 alin. (1) lit. a), b) și g) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015;

– Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările cu completările ulterioare;

– Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Articolul 1

Se aprobă Regulile de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi și Metodologia de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea, prevăzute în anexele nr. 1, 2 și 3 care fac parte integrantă din prezentul ordin, și se aplică pentru cazurile externate, pe perioada de valabilitate a reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015.

Articolul 2

(1) Spitalele vor raporta în format electronic setul minim de date la nivel de pacient în spitalizarea continuă (SMDPC), aferent pacienților externati, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, până la data de 5 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 sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, cu modificările și completările ulterioare, până la data de 5 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

(3) Trimestrial, în perioada 15-19 a lunii următoare trimestrului încheiat, spitalele vor transmite în format electronic cazurile/serviciile invalidate pentru care se solicită revalidarea, precum și cazurile/serviciile neraportate din lunile anterioare. În perioada 10-14 decembrie 2014, spitalele vor transmite în format electronic cazurile/serviciile invalidate pentru care se solicită revalidarea, precum și cazurile neraportate până la data de 30 noiembrie 2014. Cazurile/Serviciile invalidate pentru care se solicită revalidarea, precum și cele neraportate până la sfârșitul anului pot fi raportate în perioada 15-19 ianuarie a anului următor. Raportările se vor realiza conform prevederilor legale în vigoare.

(4) Lunar, până la data de 15, spitalele vor primi de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, denumită în continuare SNSPMPDSB, în format electronic, rapoartele de validare a activității aferente lunii precedente, în conformitate cu formularele prevăzute în ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special.

(5) Trimestrial, până la data de 23 a lunii următoare trimestrului încheiat, iar pentru trimestrul IV până la data de 18 decembrie 2014, respectiv până la data de 23 ianuarie 2015, spitalele vor primi de la SNSPMPDSB, în format electronic, rapoartele de validare a activității, în conformitate cu formularele prevăzute în ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special.

(6) Lunar, respectiv trimestrial, SNSPMPDSB va transmite spitalelor rapoarte cu detalierea cauzelor de invalidare pentru fiecare caz, în conformitate cu legislația în vigoare și cu regulile prevăzute în anexele nr. 1 și 2. Metodologia de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea este prevăzută în anexa nr. 3.

(7) Pentru decontarea activității lunare, spitalele vor utiliza, după caz, desfășurătoarele prevăzute în ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special.

(8) Pentru decontarea activității trimestriale, spitalele vor utiliza, după caz, desfășurătoarele prevăzute în ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special.

Articolul 3

Pentru cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și care au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului în condițiile art. 92 alin. (3) din Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, se va întocmi și se va raporta doar fișa de spitalizare de zi.

Articolul 4

Dirjecțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate, spitalele, precum și SNSPMPDSB vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Articolul 5

Prevederile prezentului ordin se aplică pentru toate cazurile care au data externării, data închiderii fișei, respectiv pentru toate serviciile furnizate în regim de spitalizare de zi, începând cu luna iunie 2014.

Articolul 6

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

Articolul 7

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Articolul 8

Începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 226/2013 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 249 din 30 aprilie 2013, cu completările ulterioare.

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Gheorghe-Radu Țibichi

ANEXA Nr. 1

REGULI DE VALIDARE a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă Sunt invalidate următoarele cazuri:

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

Motiv: Aceste cazuri nu pot fi colectate în baza de date națională din cauza existenței unor erori (de exemplu, lipsa unor date obligatorii sau neconcordanța cu nomenclatoarele în vigoare). Sub incidența acestei reguli intră și foile care nu respectă criteriul de număr unic de foaie pe spital și an, deoarece numărul unic de foaie pe spital și an face parte din specificațiile setului minim de date la nivel de pacient (Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare).

2. A02 Cazuri raportate pe secții în care nu se întocmește foaia de observație clinică generală, denumită în continuare FOCG (de exemplu, cazurile care sunt raportate pe secțiile ATI, secții paraclinice, structuri de urgență etc.)

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, FOCG se întocmește doar pentru pacienții spitalizați în secții clinice: medicale sau chirurgicale (cu excepția secțiilor ATI).

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

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

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

Motiv: Pentru cazurile decedate, informația privind decesul este cuprinsă atât în rubrica „Tip externare”, cât și în rubrica „Stare la externare”. În situația în care cele două informații nu concordă, este vorba de o eroare în cel puțin una dintre rubrici.

5. A05 Cazuri cu vârsta negativă

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data nașterii, data internării.

6. A06 Cazuri cu durata de spitalizare negativă Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data internării, data externării.

7. A07 Cazuri concomitente Motiv: Aceste cazuri reprezintă episoade de spitalizare pentru același pacient, care se suprapun în timp.

8. A08 Cazuri neclasificabile Motiv: Aceste cazuri au erori pe datele care influențează clasificarea lor.

9. A09 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat complet datele privind tipul de asigurare CNAS a pacientului

Explicații: Sunt invalidate cazurile în care statutul de asigurat al pacientului - asigurat CNAS, asigurat CNAS și asigurare voluntară - impune completarea tipului de asigurare. De asemenea, sunt invalidate cazurile în care nu a fost completată informația privind casa de asigurări de sănătate, deși tipul de asigurare - „Obligatorie CAS” - o impune.

Motiv: Informația privind tipul asigurării de sănătate a pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

10. A11 Cazurile internate la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă, a încadrării și reevaluării gradului de handicap

Motiv: Conform legislației în vigoare, serviciile spitalicești efectuate la cerere, precum și serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă, a încadrării și reevaluării gradului de handicap nu sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

11. A12 Cazurile care nu îndeplinesc condițiile finanțării din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate din punctul de vedere al asigurării de sănătate și al criteriului de internare

Motiv: Serviciile spitalicești suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate furnizate pacienților neasigurați, pacienților titulari de card european valabil, pacienților beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri internaționale cu prevederi în domeniul sănătății sunt cele prevăzute la cap. II și III din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare.

12. A13 Cazuri pentru care nu s-a înregistrat criteriul de internare a pacientului

Explicații: Se aplică tuturor asiguraților CNAS (cu sau fără asigurare voluntară).

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, informația privind criteriul de internare a pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

13. A14 Cazuri de transplant de organe și țesuturi, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, cu modificările și completările ulterioare.

Motiv: Conform legislației în vigoare, transplanturile sunt finanțate de către Ministerul Sănătății, cu excepția grefelor de piele și a serviciilor medicale aferente stării posttransplant. De asemenea, nu sunt finanțate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate procedurile de prelevare de organe de la donatori decedați.

14. A15 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat corespunzător informațiile cu privire la intervenția chirurgicală principală

Excepții: Cazurile fără intervenție chirurgicală principală.

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, informațiile privind intervenția chirurgicală principală - data, ora de început și de sfârșit a intervenției chirurgicale principale și codul de parafă al medicului operator - sunt incluse în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

15. A16 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat complet datele despre cetățenia pacientului

Explicații: Se aplică exclusiv cazurilor cu cetățenie străină sau dublă (română și străină), pentru care nu s-a înregistrat și țara.

Motiv: Informația privind cetățenia pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

16. B01 Cazuri cu vârsta peste 124 de ani

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba de o eroare în cel puțin una dintre următoarele rubrici: data nașterii, data internării.

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

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

18. B03 Pacienții pentru care nu a fost înregistrat codul numeric personal (CNP)

Excepții: Fac excepție de la această regulă cazurile de nou-născuți (cu vârsta între 0 și 28 de zile) și cazurile de cetățeni străini.

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

19. B04 Transferuri intraspitalicești și reinternări în aceeași zi sau la un interval de o zi în același tip de îngrijiri

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

Excepții: Fac excepție cazurile care sunt transferate/ reinternate în același spital, dar între/în secții cu tip de îngrijiri diferit (din secții cu îngrijiri de tip acut în secții cu îngrijiri de tip cronic/de recuperare sau invers).

Explicații: Specificarea secțiilor unde se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip cronic, reglementată de Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, cu modificările și completările ulterioare.

20. B05 Cazuri pentru care niciuna dintre intervențiile chirurgicale efectuate nu este în concordanță cu diagnosticul principal

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel, cel puțin una dintre următoarele informații este eronată: diagnosticul principal, procedurile efectuate.

21. B06 Cazuri cu diagnostic principal inacceptabil

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare. Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG 93020 (Diagnostiche principale inacceptabile).

22. B07 Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordant cu vârsta/greutatea

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare. Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG 93030 (Diagnostiche neonatale neconcordante cu vârsta/greutatea).

23. B08 Cazuri internate și externate în aceeași zi

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba de o eroare de înregistrare a datei de internare și/sau de externare ori de un caz cu posibilitate de rezolvare în spitalizare de zi.

Excepții: De la această regulă fac excepție cazurile decedate și cazurile care sunt clasificate în grupurile de diagnostice specifice spitalizării de zi.

24. B09 Cazuri clasificate în DRG A1040 (traheostomie sau ventilație >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 situații de acest fel este vorba de o eroare de înregistrare a datei și orei de internare și/sau de externare sau de o eroare în alegerea procedurii.

25. B10 Cazuri cu diagnostic principal de tipul agent infecțios (B95 - B97) Motiv: Conform listei tabelare a diagnosticelor, aceste coduri sunt utilizate ca diagnostice secundare, pentru precizare, drept coduri adiționale pentru un alt diagnostic principal. 26. 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.

27. B12 Cazuri clasificate în DRG A2021 și A2022, care au avut o intervenție chirurgicală asociată cu o procedură de anestezie generală împreună cu o procedură de intubație.

Motiv: Conform standardelor de codificare, anestezia generală include și procedura de intubație.

28. B13 Cazuri cu diagnostic principal de deshidratare și unul din 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 afecțiuni, nu permite alocarea codului de deshidratare, acesta din urmă codificându-se numai când există documentare clinică și este menționat în mod expres de medicul curant.

29. B14 Cazuri aferente nou-născuților sau copiilor cu vârsta sub un an, pentru care codurile de diagnostic de tipul P07.1 și P07.2 alocate nu corespund cu greutatea la internare înregistrată.

Motiv: Cel puțin una dintre informațiile privind greutatea la internare sau diagnosticul este înregistrată eronat.

30. B15 Cazuri care au un diagnostic (principal sau secundar) de tipul neoplasm secundar, fără a avea codificat și neoplasmul primar.

Motiv: Conform standardelor de codificare, în momentul în care se codifică un neoplasm secundar este obligatorie și codificarea celui primar. În cazul în care neoplasmul primar nu a fost identificat, se va utiliza codul C80.

31. B16 Cazuri aferente corecțiilor estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform art. 19 din Hotărârea Guvernului nr. 400/2014.

32. B17 Cazuri aferente serviciilor de fertilizare in vitro

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform art. 19 din Hotărârea Guvernului nr. 400/2014.

33. B18 Cazuri cu conflict între sexul pacientului și diagnosticele sau procedurile înregistrate

Motiv: Aceste cazuri conțin erori la nivelul datelor înregistrate, fie în ceea ce privește sexul pacientului, fie diagnosticele și procedurile codificate.

Excepții: de la această regulă fac excepție diagnosticele și procedurile legate de patologia sânelui asociate sexului masculin.

34. B19 Cazuri pentru care s-a codificat procedura H16101 în absența oricărei altei intervenții chirurgicale.

Motiv: Denumirea acestei proceduri „Controlul hemostazei, postintervenție chirurgicală, neclasificată în altă parte” sugerează faptul că a existat o intervenție chirurgicală anterior. În situația în care intervenția chirurgicală a avut loc în alt episod de spitalizare și niciunul din

codurile prevăzute la Standardul de codificare „Reintervenția” nu poate fi aplicat, cazul se poate revalida prin intermediul Comisiei de analiză.

35. B20 Cazuri cu diagnostic secundar R13 Disfagia Motiv: Codul R13 face parte din categoria semne/simptome și nu ar trebui utilizat decât atunci când nu se poate stabili un diagnostic mai precis, la cazurile îndrumate spre altă unitate sanitară pentru investigații suplimentare sau care reprezintă probleme importante de îngrijire prin ele însele.

Excepții: De la această regulă fac excepție cazurile pentru care există codificat un diagnostic principal sau secundar de tipul I60-I64 (boli cerebrovasculare), deoarece standardele de codificare prevăd condiții speciale în care R13 Disfagia poate fi alocat pentru a marca severitatea unui atac vascular cerebral.

ANEXA Nr. 2

REGULI DE VALIDARE a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare de zi Sunt invalidate următoarele cazuri:

1. C01 Cazuri/Servicii ale căror date încalcă specificațiile tehnice ale setului minim de date la nivel de pacient Explicații: această regulă include și cazurile care încalcă criteriul „număr unic de foaie pe spital și an”, numărul unic de foaie pe spital și an face parte din specificațiile setului minim de date la nivel de pacient, conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare.

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)

2. C02 Cazuri/Servicii raportate din structuri în care nu se întocmește fișa de spitalizare de zi (de exemplu, cazurile care sunt raportate pe secțiile ATI, secții paraclinice etc.), cu excepția camerelor de gardă și UPU/CPU.

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, foaia de spitalizare de zi se întocmește doar pentru pacienții din structurile autorizate/avizate în acest sens, din secții medicale sau chirurgicale (cu excepția secțiilor ATI), iar pentru pacienții din camerele de gardă, UPU/CPU se întocmește fișă conform modelului prevăzut în Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

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

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data deschiderii fișei, data închiderii fișei, data vizitei. Algoritm: În cazul fișelor de spitalizare de zi care necesită închiderea în vederea raportării, conform legislației în vigoare, în situația în care data vizitei este în afara intervalului dintre data deschiderii și data închiderii fișei, se invalidează fișa de spitalizare de zi. În cazul vizitelor care pot fi raportate, conform legislației în vigoare, fără a fi necesară închiderea fișei, dacă data vizitei este în afara intervalului dintre data deschiderii și data închiderii fișei (sau informațiile similare acestora, pentru fișele de UPU/CPU/camerele de gardă), se invalidează vizita respectivă.

4. C04 Cazuri/Servicii cu vârsta pacientului negativă

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data nașterii, data deschiderii fișei.

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.

6. C06 Cazuri/Servicii cu durata de spitalizare negativă

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data deschiderii fișei, data închiderii fișei.

7. C07 Fișe de spitalizare de zi pentru același serviciu/tip de caz, în același spital, care se suprapun în timp

Motiv: Într-un spital nu se pot întocmi concomitent pentru un pacient fișe de spitalizare de zi pentru același serviciu/tip de caz. Concomitența pentru spitalizarea de zi conform listelor B.1, B.2 și B.3.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare, se aplică la nivel de interval între data deschiderii fișei și data închiderii fișei. Concomitența pentru spitalizarea de zi conform listei B.3.1 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014, cu modificările și completările ulterioare, se aplică la nivel de vizită.

8. C08 Cazuri/Servicii pentru care nu s-au înregistrat complet datele privind tipul de asigurare CNAS al pacientului, cu excepția celor provenite din camerele de gardă și UPU/CPU

Explicații: Sunt invalidate cazurile în care statutul de asigurat al pacientului - Asigurat CNAS, Asigurat CNAS și voluntară - impune completarea tipului de asigurare. De asemenea sunt invalidate cazurile în care nu a fost completată informația privind casa de asigurări, deși tipul de asigurare - Obligatorie CAS - o impune.

Motiv: Informația privind asigurarea de sănătate a pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient a cărui raportare este obligatorie. Cazurile provenite din camerele de gardă și UPU/CPU sunt exceptate deoarece setul minim de date nu include aceste informații.

9. C09 Cazuri/Servicii care nu îndeplinesc condițiile finanțării din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate din punct de vedere al asigurării de sănătate, cu excepția celor provenite din camerele de gardă, UPU/CPU

Motiv: Conform legislației în vigoare, serviciile spitalicești furnizate pacienților neasigurați, pacienților titulari de card european valabil, pacienților beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri internaționale cu prevederi în domeniul sănătății sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale, bolilor cu potențial endemoepidemic și nașterii.

10. C10 Cazuri rezolvate pentru care nu s-au înregistrat corespunzător informațiile cu privire la tipul afecțiunii/ diagnosticului, respectiv la procedura chirurgicală/procedura asociată

Excepții: fișele de tip serviciu întocmite pentru serviciile medicale prevăzute în lista B.3 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014, cu modificările și completările ulterioare, precum și fișele de tip caz rezolvat chirurgical pentru care tipul de caz rezolvat este „Chiuretaj cu biopsia de col uterin și/sau endometru“

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, cazurile rezolvate de tip medical (M) trebuie să aibă un diagnostic din lista B.1 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014, cu modificările și completările ulterioare, iar cazurile rezolvate de tip chirurgical (C) trebuie să aibă o procedură din lista B.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Algoritm: Se invalidează cazurile de tip M care nu au specificat tipul afecțiunii medicale din lista B.1, respectiv pentru care nu există niciun diagnostic din lista B.1 raportat pentru fișa respectivă. Se invalidează cazurile de tip C care nu au specificat tipul caz rezolvat intervenții chirurgicale din lista B.2, respectiv pentru care nu există nicio procedură din lista B.2 raportată pentru fișa respectivă.

11. C11 Servicii pentru care nu s-au înregistrat corespunzător informațiile cu privire la tipul acestora

Excepții: fișele de tip caz rezolvat întocmite pentru serviciile medicale prevăzute în listele B.1 și B.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014, cu modificările și completările ulterioare

Motiv: Conform reglementarilor în vigoare, pentru fișele de spitalizare de zi de tip serviciu (S), tipul acestuia trebuie să fie inclus în lista B.3.1/B.3.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014, cu modificările și completările ulterioare.

12. C12 Cazuri/Servicii pentru care nu s-au înregistrat complet datele despre cetățenia pacientului, cu excepția celor provenite din camerele de gardă și UPU/CPU

Explicații: Se aplică exclusiv cazurilor cu cetățenie străină sau dublă (română și străină) pentru care nu s-a înregistrat și țara.

Motiv: Informația privind cetățenia pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient a cărui raportare este obligatorie. Cazurile provenite din camerele de gardă și UPU/CPU sunt exceptate deoarece setul minim de date nu include aceste informații.

13. C13 Cazuri rezolvate (medicale sau chirurgicale) pentru care nu s-a înregistrat tipul de finanțare

Motiv: Informația privind tipul de finanțare este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient a cărui raportare este obligatorie.

14.C14 Cazuri rezolvate/Servicii pentru care data deschiderii fișei de spitalizare de zi este aceeași cu data internării corespunzătoare unei foi de observație clinică generală pentru spitalizare continuă pentru același pacient în cadrul aceluiași spital

Motiv: Conform art. 90 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camerele de gardă și în

structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, 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 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014, cu modificările și completările ulterioare, cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat (nonDRG) aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași 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.

15. C15 Cazuri rezolvate/Servicii raportate pentru perioada în care există deschisă o foaie de spitalizare continuă pentru același pacient în cadrul aceluiași spital Algoritm: Conform legislației în vigoare se invalidează fișele de spitalizare de zi care trebuie închise în vederea raportării și pentru care există o perioadă cuprinsă între data deschiderii și data închiderii fișei (sau a informațiilor similare acestora, pentru fișele de UPU/CPU/camerele de gardă), în care pacientul respectiv a avut deschisă și o altă foaie de observație clinică generală de spitalizare continuă în același spital; în mod asemănător se invalidează vizitele raportate conform legislației în vigoare (fără ca fișa să fie închisă) și pentru care există o perioadă cuprinsă între data de început și data de sfârșit de vizită, în care pacientul respectiv a avut deschisă și o altă foaie de observație clinică generală de spitalizare continuă în același spital.

16. C16 Fișe de tip serviciu raportate din camerele de gardă și din structurile de urgență UPU/CPU, cu criteriul de internare altul decât „urgență“

Motiv: Conform legislației în vigoare, în camerele de gardă și în structurile de urgență UPU/CPU criteriul de internare este urgența.

17. C17 Fișe de tip serviciu raportate din camerele de gardă și din structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea se face din bugetul Ministerului Sănătății Motiv: În conformitate cu Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014, cu modificările și completările ulterioare, serviciile furnizate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea se

face din bugetul Ministerului Sănătății nu se decontează din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

ANEXA Nr. 3

METODOLOGIE de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea

Capitolul I

Evaluarea cazurilor invalidate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) pentru care se solicită revalidarea, precum și a cazurilor pentru care casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, 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 reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și reprezentanți ai spitalului, cu excepția medicului curant al cazului respectiv. Membrii comisiei de analiză vor fi desemnați în scris de către cele două instituții.

Spitalul este obligat să pună în aplicare deciziile comisiei de analiză.

Capitolul II

Secțiunea 1

Descrierea generală a procesului

Înregistrările electronice transmise de spitale către SNSPMPDSB sunt supuse procesului de validare în conformitate cu regulile de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi prevăzute în anexa nr. 1 și anexa nr. 2 la ordin.

Înregistrările sunt returnate spitalelor, împreună cu rezultatul validării (validat sau invalidat).

Pentru cazurile invalidate se specifică și motivul invalidării. Pentru cazurile invalidate spitalele vor vedea datele care au determinat invalidarea și vor putea revalida cazurile respective prin retransmiterea lor către SNSPMPDSB, după ce le corectează și/sau cer aviz de revalidare din partea comisiei de analiză.

Avizul de revalidare se poate obține numai după evaluarea cazurilor respective de către comisia de analiză.

În situația în care comisia de analiză constată raportarea eronată, codificarea necorespunzătoare sau neconcordanța dintre foaia de observație clinică generală (FOCG) și

Înregistrarea electronică, va dispune efectuarea corecturilor necesare și retransmiterea cazurilor către SNSPMPDSB.

Retransmiterea cazurilor pentru revalidare se face doar cu ocazia regularizărilor trimestriale.

Trimestrial, SNSPMPDSB va informa casele de asigurări de sănătate cu privire la cazurile revalidate, prin aviz de revalidare, precizând pentru fiecare caz următoarele: numărul FOCG, data internării, data externării, secția. Pe baza acestor informații, casele de asigurări de sănătate au obligația de a verifica dacă datele puse la dispoziție de SNSPMPDSB coincid cu informațiile din deciziile de validare ale comisiei de analiză. În cazul constatării unor neconcordanțe între cele două documente, casele de asigurări de sănătate vor anunța 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 (neconcordanța dintre datele colectate electronic și datele din FOCG/FSZ, neconcordanța dintre datele înscrise în FOCG/FSZ și serviciile efectuate în realitate, codificări care nu respectă reglementările în vigoare și orice alte situații de acest fel), constatată în urma controalelor efectuate la spital de către casele de asigurări de sănătate, poate fi contestată de spital și se soluționează prin intermediul comisiei de analiză, convocată la inițiativa spitalului.

Secțiunea a 2-a

Aspecte tehnice

2.1. Clasificarea regulilor de validare

Regulile de validare sunt clasificate în două categorii, în funcție de posibilitatea supunerii datelor respective spre evaluare comisiei de analiză:

– prima categorie: grupa A și 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 va fi invalidat pe regula A05, dar datele care au determinat invalidarea (data nașterii și data internării) nu pot fi supuse evaluării de către comisia de analiză, ci trebuie verificate și corectate de spital;

– un caz pentru care nu a fost înregistrat CNP va fi invalidat pe regula B03, dar cauza invalidării (lipsa CNP) poate fi supusă evaluării de către comisia de analiză și, în situația în

care spitalul prezintă o justificare pertinentă pentru lipsa acestuia, comisia de analiză poate aviza cazul pe regula respectivă;

– un caz invalidat pe regula B12 poate fi supus evaluării de către comisia de analiză și, în situația în care se constată că procedura de intubație s-a realizat anterior sau ulterior intervenției chirurgicale (nu este asociată anesteziei generale), pentru alte complicații ale cazului, comisia de analiză poate aviza cazul pe regula respectivă;

– un caz cu vârsta negativă va fi invalidat pe regula C04, dar datele care au determinat invalidarea (data nașterii și data deschiderii fișei) nu pot fi supuse evaluării de către comisia de analiză, ci ele trebuie verificate și corectate de spital. OBSERVAȚIE: Avizul de revalidare se referă la caz, și nu la regulile de validare, ceea ce înseamnă că avizul de revalidare nu se poate da decât atunci când cazul este avizat pe toate regulile de tip B. Concret, dacă un caz este invalidat pe mai multe reguli de tip B, iar pe cel puțin una dintre aceste reguli cazul nu primește un aviz favorabil, acesta nu va fi avizat pentru revalidare și, implicit, el nu va mai fi retransmis către SNSPMPDSB. 2.2. Proceduri Spitalul poate acționa după cum urmează:
a) Pentru cazurile invalidate la SNSPMPDSB intervenția spitalului asupra datelor cazurilor invalidate trebuie să țină cont de următoarele reguli:

– datele care vor fi corectate sunt cele care au încălcat regulile din grupa A sau din grupa C; în situația particulară a serviciilor cuprinse în lista B.3.1 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare, invalidarea pe reguli de tip C se referă la vizitele respective, și nu la întreaga fișă de spitalizare de zi;

– datele pentru care se poate cere avizul casei de asigurări de sănătate în vederea revalidării sunt cele care au încălcat regulile din grupa B. Cererea avizului de revalidare presupune ca datele respective să nu fie modificate. Deoarece un caz invalidat poate avea date incorecte care trebuie corectate și/sau date corecte pentru care se va cere avizul de revalidare, înseamnă că există 3 situații:

1. Cazul invalidat are exclusiv date incorecte. În această situație se corectează datele respective și se retransmite cazul cu corecturile efectuate la SNSPMPDSB.

2. Cazul invalidat are exclusiv date corecte. În această situație nu se fac niciun fel de modificări și se cere avizul de revalidare. Dacă avizul este nefavorabil, cazul nu se va mai retransmite la SNSPMPDSB. Dacă avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca „Cerere de validare” la SNSPMPDSB.

3. Cazul invalidat are atât date incorecte, cât și date corecte. În această situație se corectează datele incorecte și se cere avizul de revalidare 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 validare” la SNSPMPDSB. OBSERVAȚII:

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

– 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 A03 și A05 se corectează eroarea referitoare la data intervenției chirurgicale principale, dar nu și eroarea referitoare la vârstă (sau invers), cazul va fi din nou invalidat.

– „Cererea de validare” are efect doar pe regulile din grupa B. Dacă invalidarea cazului s-a produs și pe alte reguli, retransmiterea ca „Cerere de validare” fără corectarea celorlalte cauze de invalidare se va solda tot cu invalidarea cazului. b) Pentru cazurile invalidate la solicitarea casei de asigurări de sănătate în situația 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 și 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 spital și casa de asigurări de sănătate un raport cu clasificarea grupelor de diagnostic a acestor cazuri.

Secțiunea a 3-a

Obținerea avizului de revalidare prin comisia de analiză a cazurilor invalidate la SNSPMPDSB
Primul pas în obținerea avizului de revalidare îl constituie sesizarea de către spital a medicului-șef din cadrul caselor de asigurări de sănătate, pe baza modelului prezentat mai jos:

Spitalul

Către: medicul-șef al Casei de Asigurări de Sănătate

Lista cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea prin comisia de analiză, conform Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 463/2014 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea.

Nr. crt.

Codul spitalului

– Secția

Nr. foi de observație clinică generală (FOCG).....

Data externării pacientului

Reguli pentru care se solicită validarea*)..... *)

Se va nota în câte un rând separat fiecare regulă pentru care se solicită revalidarea. Motivul pentru care se solicită validarea

Data

Director general,

(semnătura și ștampila)

Medicul-șef din cadrul casei de asigurări de sănătate are obligația de a organiza o întâlnire a comisiei de analiză în termen de maximum 10 zile de la primirea înștiințării de la spital. Modalitatea practică de evaluare a cazurilor externate este decisă de comisia de analiză și 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 pacienților invalidați). Informațiile urmărite în evaluare de către comisia de analiză includ:

– motivul internării;

– diagnosticile principale și secundare, acordându-se atenție relației dintre acestea atât din punct de vedere medical, cât și din punctul de vedere al cronologiei acestora;

– secția/sectiile în care a fost îngrijit și din care a fost externat pacientul;

– motivul externării;

– intervențiile chirurgicale - tipul acestora, eventualele complicații;

– alte informații pe care comisia de analiză le consideră utile. Analiza fiecărui caz se încheie cu un raport scris al comisiei de analiză, în care sunt menționate argumentele care au condus la avizarea sau neavizarea cazului, raport semnat de toți membrii comisiei care au participat la evaluarea cazului respectiv. Raportul va fi elaborat în două exemplare, pentru spital și, respectiv, pentru casa de asigurări de sănătate, și va conține în mod explicit decizia de avizare sau neavizare pentru revalidare a fiecărui caz.