

REGULI din 30 ianuarie 2012 DE VALIDARE a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă
Sunt invalidate următoarele cazuri:

A)_

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 secțiiB

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 - "Obligativă CAS", "Facultativă 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.A10 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat datele privind categoria de asigurat a pacientului

Explicații: Sunt invalidate cazurile pentru care categoria de asigurat a pacientului nu a fost completată, deși tipul de asigurare "Obligativă CAS" o impune.

Motiv: Informația privind categoria de asigurat a pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel

de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

11.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.

12.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, respectiv pacienților cu asigurare facultativă CAS sunt cele prevăzute la cap. II și III din anexa 16 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2012 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011- 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010.

13.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.

14.A14 Cazuri de transplant de organe și țesuturi, cu excepția grefelor de piele prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.723/950/2011, a serviciilor medicale aferente stării posttransplant și a cazurilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 1.388/2010 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările 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.

15.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 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.

16.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 sa înregistrat și țara.

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

cărui raportare este obligatorie.

B)_

1.B01 Cazuri cu vârsta peste 124 de ani

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

2.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.

3.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.

4.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

5.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.

6.B06 Cazuri cu diagnostic principal inacceptabil

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG 93020

(Diagnostice principale inacceptabile).

7.B07 Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordanț cu vârsta/greutatea

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în DRG 93030

(Diagnostice neonatale neconcordante cu vârsta/greutatea).

8.B08 Cazuri internate și externate în aceeași zi

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba despre 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.

9.B09 Cazuri clasificate în DRG A1040 (Traheostomie sau ventilație > 95 de ore), datorită procedurii G05005 Suport ventilator continuu mai mult de 96 de 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.

10.B10 Cazuri cu diagnostic principal de tipul agent infecțios (B95_-B97_)

Motiv: Conform listei tabelare a diagnosticilor, aceste coduri sunt utilizate ca diagnostice secundare, pentru precizare, ca și coduri adiționale pentru un alt diagnostic principal.

11.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.

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

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

13.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 urma

codificându-se numai când există documentare clinică și este menționat în mod expres de medicul curant.

14.B14 Cazuri aferente nou-născuților sau copiilor cu vârsta sub un an, pentru care codurile de diagnostic de tipul P07_ alocate nu corespund cu greutatea la internare înregistrată.

Motiv: Cel puțin una dintre informațiile privind greutatea la internare sau diagnosticul sunt înregistrate eronat.

15.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.

16.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 Hotărârii Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012.

17.B17 Cazuri aferente serviciilor de fertilizare in vitro

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012.

18.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.

19.B19 Cazuri pentru care s-a codificat procedura H16101 în absența oricărei alte 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 dintre codurile prevăzute la Standardul de codificare "Reintervenția" nu poate fi aplicat, cazul se poate revalida prin intermediul Comisiei de analiză.