



MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII

1490/15.12.10

CASA NAȚIONALĂ DE
ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

NR. 1026 / CP. 12. 2010

ORDIN 1490 / 1026

privind modificarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi

Având în vedere:

- Referatul de aprobare nr. CSA/3407 din 14.12.2010 al Ministerului Sănătății și nr. 3635 din CP. 12. 2010 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
 - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
 - Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu completările ulterioare,
- în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul:

ORDIN

Art. I Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 14 din 9 ianuarie 2007, se modifică după cum urmează:

1. La art. 2 alin. (1) și (2) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Art. 2

- (1) Codificarea medicală a bolilor în spitalele din România se face conform clasificării RO.vi.DRG prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1027 privind introducerea și utilizarea clasificării RO.vi.DRG, cu modificările ulterioare;
- (2) Codificarea procedurilor medicale în spitalele și unitățile ambulatorii de specialitate din România se face conform clasificării RO.vi.DRG prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1027 privind introducerea și utilizarea clasificării RO.vi.DRG, cu modificările ulterioare”

2. La ANEXA 3, "INSTRUCȚIUNI privind completarea formularului Foaie de Observație Clinică Generală (FOCG)", punctele 3, 8 și 10 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„3. Rubricile se completează și se codifică astfel:

3.1. Județul și localitatea se referă la spital; codul județului se va face alfabetic pe județele țării, codificându-se conform listei din Anexa cu 01 (județul Alba) și în continuare până la 42 (Municipiul București);

3.2. Spitalul și secția se trec și se codifică după nomenclatorul unităților sanitare aprobate de Ministerul Sănătății și Familiei (conform ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 cu modificările și completările ulterioare);

3.3. Numărul de înregistrare al FOCG este unic pe spital și se face după codul unic al spitalului din Registrul de intrări-ieșiri pentru spitalizarea continuă; numerotarea începe cu 00001 la 1 ianuarie al fiecărui an; numai în FOCG a nou-născutului se va completa și nr. FOCG a mamei, chiar dacă nu există rubrică separată, special destinată acestui scop;

3.4. "Întocmit de" se trece numele medicului care a întocmit FOCG și se aplică parafa acestuia;

3.5. CNP se completează pe baza buletinului de identitate sau a certificatului de naștere sau a permisului de conducere, pentru cei ce nu au buletin de identitate;

3.6. Sexul se înscrie litera M (masculin) sau F (feminin);

3.7. Data nașterii se codifică în casuțele respective cu 01-31 (zi), 01-12 (luna), 2002 și în continuare pentru anul calendaristic respectiv;

3.8. Domiciliul legal - județul, localitatea, sectorul - pentru Municipiul București, Urban/Rural, strada și numărul etc. se completează pe baza buletinului de identitate;

3.9. Reședința corespunde cu județul, localitatea, sectorul etc. unde locuiește în prezent persoana spitalizată și se completează, de asemenea, pe baza buletinului de identitate;

3.10. Cetățenia - se bifează în căsuța corespunzătoare pe baza documentelor de identitate; și se înscrie pentru cetățenii străini țara de origine;

3.11. Greutatea la naștere se completează la nou-născuți și copii până la vârsta de 1 an;

3.12. Ocupația - se trece în casuța alăturată codul ocupației (de la 1 la 9);

3.13. Locul de muncă se completează după dovada eliberată de unitatea unde este angajată persoana respectivă;

3.14. Nivelul de instruire - se trece în casuța alăturată codul pentru nivelul de instruire (de la 1 la 9);

3.15. Statut asigurat se completează pe baza documentelor care atestă calitatea de asigurat, după cum urmează:

a) asigurare voluntară - pentru cei care au o asigurare privată,

b) neasigurat - pentru pacienții care nu au nici asigurare CNAS, nici asigurare voluntară,

c) asigurat CNAS - pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie, facultativă, prin Eurocard sau acord internațional.

3.16. Tip asigurare - se completează numai pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare CNAS, astfel:

a) se bifează "Obligatorie" - pentru cetățenii români sau străini care au un document doveditor pentru acest tip de asigurare,

b) se bifează "Eurocard" - pentru cetățenii străini care au un document doveditor pentru acest tip de asigurare,

c) se bifează "Asigurare facultativă" - pentru cetățenii români sau străini care au un document doveditor pentru acest tip de asigurare;

d) se bifează "Acorduri internaționale" - pentru persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

3.17. CAS - se completează pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie și asigurare facultativă;

3.18. Categorie asigurat - se completează numai pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie și se înscrie codul corespunzător în casuța alăturată, astfel:

a) se bifează categoria "salariat" pentru persoanele care plătesc contribuția la asigurările sociale de sănătate în condițiile legii;

b) se bifează "coasigurat" - categoria Persoane aflate în întreținere se referă la soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;

c) se bifează categoria "pensionar" pentru pensionarii cu venituri din pensii până la limita supusă impozitului pe venit;

d) se bifează "copil" - pentru persoanele cu vârsta de până la 18 ani;

e) se bifează "elev, ucenic, student (18-26 de ani)" - tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni; ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă;

f) se bifează categoria "ajutor social" pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001, cu modificările și completările ulterioare;

g) se bifează categoria "gravida/lehuza" numai pentru persoanele gravide și lehuze care nu au nici un venit sau au venituri sub salariul minim brut pe țară (conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare). Pentru femeile gravide/lehuze care nu se încadrează în această categorie se bifează exclusiv categoria de asigurat din care face parte;

h) se bifează "veteran", "revolutionar", "handicapat", numai pentru asigurații care nu realizează venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de legile speciale prin care li se stabilește această calitate, precum și cele provenite din pensii;

i) se bifează "alte categorii" pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat menționate pe biletul de trimitere, menționându-se categoria de asigurat numai pentru persoanele beneficiare ale unei legi speciale (Legea nr. 309/2002, Decretul lege nr. 118/1990);

j) se bifează "PNS" și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte resurse, pe perioada în care este inclus în program;

k) se bifează "șomaj" pentru persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj.

3.19. Criteriu de internare: se completează conform criteriilor aprobate prin hotărârea de Guvern de aprobare a Contractului oadru.

8. Diagnosticul la internare este cel al medicului de gardă al spitalului și este semnat și parafat; el se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1027 privind introducerea și utilizarea clasificării RO.vi.DRG, cu modificările ulterioare.

10. Diagnosticul la externare se completează și se codifică de către medicul curant în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1027 privind introducerea și utilizarea clasificării RO.vi.DRG, cu modificările ulterioare. În caz de transfer intraspitalicesc comisia de specialitate/consiliul medical din spital va

stabili pentru o FOCG un singur diagnostic principal al episodului respectiv de îngrijiri, iar celelalte diagnostice vor fi trecute, dacă este cazul, la diagnostice secundare și complicații.

10. 1. Diagnosticul principal are două rânduri, al doilea pentru situațiile de codificare duală:

10.1.1. În caz de traumatisme și otrăviri:

- a) în primul rând se trece natura acestora (cap S și T din clasificarea RO.vi.DRG);
- b) în al doilea rând se trece cauza externă (cap. V, W, X, Y din clasificarea RO.vi.DRG);

10.1.2. În cazul afecțiunilor notate cu dagger (+) și asterisc (*):

- a) în primul rând se trece diagnosticul cu (+);
- b) în al doilea rând se trece cel cu (*).

10.2. Diagnosticile secundare (complicațiile/comorbiditățile) au loc pentru maxim 6 afecțiuni, concomitente cu diagnosticul principal, trecându-se exclusiv complicațiile/comorbiditățile pentru care pacientul a fost investigat și tratat în cursul episodului respectiv de boală; se codifică curant în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1027 privind introducerea și utilizarea clasificării RO.vi.DRG, cu modificările ulterioare”.

NOTA: La codificare se va ține seama de standardele și reglementările de clasificare și codificare în vigoare.”

3. La ANEXA 5 “Instrucțiuni privind completarea fișei pentru spitalizarea de zi (FSZ) “ punctul 4 se modifică și va avea următorul cuprins:

“4. Diagnosticul principal și diagnosticile secundare se codifică de către medicul curant conform clasificării RO.vi.DRG prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1027 privind introducerea și utilizarea clasificării RO.vi.DRG, cu modificările ulterioare.”

4. ANEXA 6 “Datele din foaia de observație clinică generală care formează Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării continue (SMDPC)” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Anexa nr. 6 Datele din foaia de observație clinică generală care formează Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării continue (SMDPC)

1. Codul de identificare a cazului externat
2. Codul de identificare a spitalului
3. Forma de proprietate a spitalului (public/privat)
4. Codul de identificare a secției
5. Numărul foii de observație clinică generală
6. Numărul foii de observație clinică generală al mamei (doar pentru nou-născuți)
7. Codul numeric personal al pacientului
8. Numele pacientului
9. Prenumele pacientului
10. Sexul
11. Data nașterii
12. Județul de domiciliu al pacientului
13. Localitatea de domiciliu a pacientului
14. Cetățenia
15. Greutatea la naștere (doar pentru nou-născuți)
16. Ocupația

17. Nivelul de instruire
18. Statut asigurat
19. Tipul asigurării de sănătate
20. Casa de asigurari de sănătate
21. Categoria de asigurat
22. Tipul internării
23. Criteriul de internare
24. Data internării
25. Ora internării
26. Diagnosticul la internare
27. Data externării
28. Ora externării
29. Tipul externării
30. Starea la externare
31. Diagnosticul principal și diagnosticile secundare la externare
32. Intervenția chirurgicală principală efectuată
33. Data intervenției chirurgicale principale
34. Alte proceduri: intervenții chirurgicale, explorări funcționale, investigații radiologice etc., precum și numărul acestora
35. Transferurile intraspitalicești (secția; data)
36. Codul de parafă al medicului curant
37. Codul de parafă al medicului operator
38. Situațiile speciale (suspiciune de accident de muncă, suspiciune de boală profesională, accident rutier, vătămare corporală)."

5. ANEXA 7 "Datele din fișa de spitalizare de zi care formează Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării de zi (SMDPZ)" se modifică și va avea următorul cuprins:

"Anexa nr. 7: Datele din fișa de spitalizare de zi care formează Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării de zi (SMDPZ)

1. Codul de identificare a cazului externat
2. Codul de identificare a spitalului
3. Forma de proprietate a spitalului (public/privat)
4. Codul de identificare a secției
5. Numarul fișii de spitalizare de zi
6. Codul numeric personal al pacientului
7. Numele pacientului
8. Prenumele pacientului
9. Sexul
10. Data nașterii
11. Județul de domiciliu al pacientului
12. Localitatea de domiciliu a pacientului
13. Cetățenia
14. Ocupația
15. Nivelul de instruire
16. Statut asigurat
17. Tipul asigurării de sănătate
18. Casa de asigurări de sănătate
19. Categoria de asigurat
20. Data deschiderii fișei

- 21. Data închiderii fișei
- 22. Tipul de serviciu de spitalizare de zi
- 23. Data vizitei
- 24. Diagnosticul principal și diagnosticele secundare la închiderea fișei
- 25. Procedurile efectuate
- 26. Investigațiile de laborator efectuate
- 27. Codul de parafa al medicului curant"

Art. II. Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I și se aplică începând cu luna decembrie 2010.

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII

CSEKE ATTILA



PREȘEDINTELE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

NICOLAE LUCIAN DUȚA

