

ORDIN Nr. 401/835/2018 din 27 martie 2018

pentru modificarea și completarea 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

EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII - Nr. 401

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE - Nr. 835

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 274 din 28 martie 2018

Având în vedere Referatul de aprobare nr. S.P. 2.843 din 27 martie 2018 al Ministerului Sănătății și nr. D.G. 1.088/27.03.2018 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul dispozițiilor:

- Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 2 lit. a) - d) și art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului 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,

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

ART. I

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, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 14 din 9 ianuarie 2007, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa nr. 2, nota 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

**"Notă
privind situațiile speciale**

Situații speciale	Cod
Suspiciune de accident de muncă	1
Suspiciune de boală profesională	2
Accident rutier	3
Vătămare corporală	4
Internare nevoluntară conform Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată	5"

**2. În anexa nr. 2, titlul notei 2 se modifică și va avea următorul cuprins:
"Notă 2**

privind criteriile de internare prevăzute în Normele metodologice de aplicare a hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în vigoare, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate"

3. În anexa nr. 3, punctul 3, subpunctul 3.3 se modifică și va avea următorul cuprins:

"3.3. Numărul de înregistrare al FOCG se face după codul unic al spitalului din Registrul de intrări-ieșiri pentru spitalizarea continuă și poate avea maximum 10 caractere."

4. În anexa nr. 3, punctul 3, subpunctul 3.23 se modifică și va avea următorul cuprins:

"3.23. Criteriul de internare - se completează numeric în ordinea prevăzută în Normele metodologice de aplicare a hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în vigoare, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, conform Notei 2 privind criteriile de internare, atașată FOCG".

5. În anexa nr. 3, punctul 5, codul tipului de trimitere 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

"9 - alte - bilet de internare de la medici care au încheiate convenții cu casa de asigurări de sănătate pentru a elibera bilete de internare: medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Pentru tipul internării BI MF (2), BI MS (3) și alte (9), se completează seria BI cu seria biletului de internare și nr. BI cu numărul biletului de internare."

6. În anexa nr. 4, nota 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

"Notă 1

privind criteriile de internare prevăzute în Normele metodologice de aplicare a hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în vigoare, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

Criterii de internare	Cod
Urgențe medico-chirurgicale, ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore	1*)
Diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu	2**)

Epidemiologic pentru bolnavii care necesită	3**)
tratament în afecțiuni care nu necesită izolare	

*) Criteriul de internare "cod 1" se completează numai în cazul în care pacientul beneficiază de serviciile prevăzute la pozițiile 88, 89, 96 și 97 din lista prevăzută la cap. I lit. B pct. B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019, care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății.

**) Criteriul de internare "cod 3" se completează numai în cazul în care pacientul este neasigurat și beneficiază de serviciile prevăzute la pozițiile 3 și 4 din lista prevăzută la capitolul I lit. B pct. B.3.1 și poziția 59 din lista de la punctul B.3.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății. În cazul în care serviciile prevăzute la pozițiile 3 și 4 din lista prevăzută la capitolul I lit. B pct. B.3.1 și poziția 59 din lista de la punctul B.3.2 sunt acordate asiguraților se completează "cod 2".

7. Anexa nr. 5 se modifică și se înlocuiește cu anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

8. În anexa nr. 6, punctul 15 se modifică și va avea următorul cuprins:

"15. Codul de identificare a mamei - CID mamă".

9. În anexa nr. 7, la secțiunea "Datele din fișa prevăzută în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007, cu modificările și completările ulterioare, care formează setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea de zi (SMDPZ)", punctul 10 "Tipul de serviciu de spitalizare de zi" se modifică și va avea următorul cuprins:

"10. Tipul de serviciu de spitalizare de zi: reprezintă serviciile de la pozițiile 34 și 35 din lista prevăzută la lit. B pct. B.3 subpct. 3.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018."

ART. II

Prezentul ordin intră în vigoare la data de 1 aprilie 2018 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Sorina Pinte

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Răzvan-Teohari Vulcănescu

ANEXĂ

(Anexa nr. 5 la Ordinul nr. 1.782/576/2006)

INSTRUCȚIUNI

privind completarea fișei de spitalizare de zi (FSZ)

Se întocmesc fișe de spitalizare de zi distincte pentru fiecare poziție din cazurile rezolvate/serviciile medicale în regim de spitalizare de zi prevăzute la lit. B pct. B.1, pct. B.2, pct. B.3 subpct. B.3.1 și B.3.2, pct. B.4.1 și pct. B.4.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019.

1. Datele de identificare a spitalului și datele de identificare a pacientului se completează precum cele din formularul "Foaie de observație clinică generală".

2. Numărul de înregistrare al fișei de spitalizare de zi este unic pe spital, se face după codul unic din registrul de intrări-ieșiri pentru spitalizare de zi al spitalului și poate avea maximum 10 caractere.

3. Tipul internării: se trece în căsuța alăturată codul tipului de trimitere (1, 2, 3, 5, respectiv 9), după cum urmează:

1 - fără bilet de internare;

2 - bilet de internare de la medicul de familie (BI MF);

3 - bilet de internare de la medicul specialist (BI MS);

5 - internare la cerere;

9 - alte: bilet de internare de la medici care au încheiate convenții cu casa de asigurări de sănătate pentru a elibera bilete de internare: medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Pentru tipul internării BI MF (2), BI MS (3) și alte (9) se completează seria BI cu seria biletului de internare și nr. BI cu numărul biletului de internare.

4. Criteriul de internare se completează numeric în ordinea prevăzută în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, conform Notei 1 privind criteriile de internare, atașată FSZ.

5. Tip servicii spitalizare de zi se completează conform tipurilor de servicii de spitalizare de zi prevăzute la lit. B din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018:

- C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" - de la lit. B pct. B.1 și B.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018;

- S: pentru serviciile medicale de tip "serviciu" - de la lit. B pct. B.3 subpct. B.3.1 și B.3.2, pct. B.4.1 și pct. B.4.2, din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018.

6. Tip caz rezolvat: se completează numai pentru serviciile medicale de tip caz rezolvat, după cum urmează:

- M: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip MEDICAL - de la lit. B pct. B.1 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018;

- C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat", de tip CHIRURGICAL - de la lit. B pct. B.2 din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018.

7. Diagnosticul principal și diagnosticile secundare se codifică conform Listei tabelare a bolilor conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1, de către medicul curant.

7.1. Semnalarea ca boală profesională se completează de către medicul curant - prin bifarea căsuței respective din coloana "Semnalare boală profesională", din dreptul diagnosticelor, respectiv diagnosticul principal și diagnosticile secundare la externare (complicații/comorbidități), după caz. Pentru semnalarea și raportarea suspiciunilor de boală profesională, în cazul în care cel puțin unul dintre diagnosticile de la externare are suspiciunea de a fi cauzat sau agravat de ocupație sau de condițiile de la locul de muncă, medicul curant va bifa obligatoriu căsuța respectivă, urmat de semnalarea cazului ca boală profesională prin întocmirea fișei BP1, conform art. 150 din Normele metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1.425/2006, cu modificările și completările ulterioare.

8. Vizitele se înregistrează pentru fiecare prezentare a pacientului cuprinsă în fișa de spitalizare de zi, prin completarea următoarelor informații: data și ora de început a vizitei, precum și data și ora de sfârșit a vizitei. Numărul vizitelor consemnate în fișa de spitalizare de zi se completează în prima pagină a fișei de spitalizare de zi, la momentul închiderii fișei. Data primei vizite coincide cu data deschiderii fișei de spitalizare de zi. În situația în care fișa de spitalizare de zi se închide la o dată ulterioară, indiferent de tipul serviciilor de spitalizare de zi, caz rezolvat sau serviciu, ultima vizită consemnată trebuie să aibă data mai mică sau egală cu data închiderii fișei.

9. Procedurile medicale se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.

10. Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator în vigoare din 15 februarie 2006.

11. Înregistrarea procedurilor medicale, a investigațiilor de laborator și a tratamentului se face distinct pentru fiecare vizită.

12. Rubrica "Alte examene de specialitate" se completează în situația în care pacientului i se acordă consultații în diverse specialități necesare pentru rezolvarea cazului sau a serviciului.

13. Înregistrarea serviciilor pentru spitalizarea de zi de tip "serviciu" se face distinct pentru fiecare vizită, dacă serviciile respective au fost efectuate în cadrul vizitei, completând denumirea serviciului, conform lit. B pct. B.3, pct. B.4.1. și pct. B.4.2. din anexa 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018.

Vizita durează maximum 12 ore pe zi și nu sunt posibile mai multe vizite în aceeași zi pe aceeași fișă de spitalizare de zi.

Pentru spitalizarea de zi de tip "caz rezolvat", secțiunea "Servicii efectuate" nu se completează.