

REGULI din 22 martie 2017

de confirmare clinică și medicală a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare de zi

EMITENT: CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 216 din 29 martie 2017

Data intrării în vigoare : 1 aprilie 2017

Forma actualizată va fi valabilă la data de : 1 aprilie 2017

Aprobate de [Ordinul nr. 182 din 22 martie 2017](#), publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 216 din 29 martie 2017.

Sunt neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale 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](#), 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 [anexa nr. 3 la 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.

Explicații: Această regulă se aplică și pentru fișele pentru spitalizarea de zi (FSZ) raportate inițial corespunzător, dar pentru care ulterior spitalul a anulat toate vizitele.

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 (sau informațiile similare acestora, pentru fișele de UPU/CPU/camerele de gardă), se respinge 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 mai mică decât data deschiderii, se respinge vizita respectivă.

4. C04 Cazuri/Servicii cu vârsta pacientului negativă

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

Excepții: fișele întocmite în UPU/CPU/camerele de gardă, conform modelului prevăzut în [anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007](#), cu modificările și completările ulterioare.

6. C06 Cazuri/Servicii cu durata de spitalizare negativă

Explicații: această regulă se aplică și pentru vizitele cu durată negativă.

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

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 nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale 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 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 2016-2017, 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 nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale 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 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 nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale 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 sănătății și al președintelui Casei Naționale 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 sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#).

Algoritm: Nu se confirmă 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 din [anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#) raportat pentru fișa 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 sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#), raportată pentru fișa respectivă.

9. 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 nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#).

Motiv: Conform reglementărilor 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 nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#), iar poziții distincte din aceste liste nu pot exista concomitent pe aceeași fișă/vizită.

Algoritm: Nu se confirmă foile de spitalizare de zi care conțin două sau mai

multe servicii diferite din lista B3.2, pe aceeași 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 și servicii B3.1, și servicii B3.2.

10. 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. 161/2016](#), cu modificările și completările ulterioare, 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/ministerelor și instituțiilor cu rețea 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 sănătății și al președintelui Casei Naționale 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 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.

11. 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 nu se confirmă 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 nu se confirmă 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.

12. 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/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie

Motiv: În conformitate cu [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#), serviciile furnizate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea se face din bugetul Ministerului Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie nu se decontează din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

13. C18 Vizite fără serviciu, ale foilor de observație de spitalizare de zi, întocmite pentru servicii din lista B.3.1 din [anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#).

Motiv: Informația privind tipul serviciului este necesară pentru rambursarea acestuia.

Algoritm: În situația în care niciuna dintre vizite nu are completat serviciul, nu se confirmă întreaga foaie de spitalizare de zi.

14. C19 Fișe de tip serviciu raportate din camerele de gardă și din structurile de urgență pentru care nu s-a înregistrat corespunzător tipul serviciului

Motiv: Informația este necesară în scopul rambursării corecte a serviciilor contractate și efectuate.

Algoritm: Nu se confirmă foile raportate din structura „3013 Camera de gardă” pentru care s-a completat serviciul „Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face de la MS”. Nu se confirmă foile raportate din structurile „3023 Urgență - CPU”, „3033 Urgență - UPU”, „3043 Urgență - MU”, pentru care sa completat serviciul „Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă”.

15. C21 Cazuri/Servicii 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.

16. C.22 Cazuri/Servicii cu conflict între vârsta pacientului și tipul cazului/serviciului

Motiv: Aceste cazuri conțin erori la nivelul datelor înregistrate, în ceea ce privește datele înregistrate.

Algoritm: Se aplică pentru pozițiile 37 și 38 din lista B.1 și pentru poziția 5 din lista B.3.1 din [anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#). Vârsta se calculează în ani, ca diferență între data închiderii fișei și data nașterii pentru pozițiile 37 și 38 din lista B.1, respectiv între data închiderii vizitei și data nașterii pentru poziția 5 din lista B.3.1 din [anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#).
