

**Acesta este actul compus (forma care include modificările pe text) creat la data de 26 ianuarie 2022**

M.Of.Nr.672 din 7 iulie 2021

**ORDIN Nr. 641**

privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate in regim de spitalizare continua si de zi, precum si a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice si medicale pentru care se solicita reconfirmarea

Avand in vedere Referatul de aprobare al Directiei generale relatii contractuale nr. DRC 476 din 26.06.2021 si al Directiei generale medic sef din cadrul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. MSSM/2.121 din 29.06.2021, in temeiul dispozitiilor:

- art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 972/2006, cu modificarile si completarile ulterioare;

- art. 96 alin. (1) lit. a), b) si g) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2021-2022;

- Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2021 a Hotararii Guvernului 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2021-2022;

- Ordinului ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi, cu modificarile si completarile ulterioare,

**presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate** emite urmatorul ordin:

**Art. 1.** - Se aproba regulile de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate in regim de spitalizare continua si de zi, precum si metodologia de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice si medicale pentru care se solicita reconfirmarea, prevazute in anexele nr. 1-3, si se aplica pentru cazurile externate, pe perioada de valabilitate a reglementarilor Hotararii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2021-2022.

**Art. 2.** - (1) Spitalele vor raporta in format electronic setul minim de date la nivel de pacient in spitalizarea continua (SMDPC), aferent pacientilor externati, conform prevederilor Ordinului ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi, cu modificarile si completarile ulterioare, pana la data de 4 a lunii urmatoare celei pentru care se face

raportarea.

(2) Spitalele vor raporta in format electronic setul minim de date la nivel de pacient in spitalizarea de zi (SMDPZ), aferent cazurilor rezolvate/serviciilor furnizate in luna respectiva, conform prevederilor Ordinului ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, pana la data de 4 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea.

(3) Trimestrial, in perioada 14-18 a lunii urmatoare trimestrului incheiat, spitalele vor transmite in format electronic cazurile/serviciile neconfirmate pentru care se solicita reconfirmarea, precum si cazurile/serviciile neraportate din lunile anterioare. In perioada 10-14 decembrie, spitalele vor transmite in format electronic cazurile/serviciile neconfirmate pentru care se solicita reconfirmarea, precum si cazurile neraportate pana la data de 30 noiembrie. Cazurile/Serviciile neconfirmate pentru care se solicita reconfirmarea, precum si cele neraportate pana la sfarsitul anului pot fi raportate in perioada 14-18 ianuarie a anului urmator. Raportarile se vor realiza conform prevederilor legale in vigoare.

(4) Lunar, pana la data de 7, Casa Nationala de Asigurari de Sanatate va primi de la Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti, denumita in continuare SNSPMPDSB, in format electronic, datele/informatiile de confirmare clinica si medicala a activitatii aferente lunii precedente, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

(5) Trimestrial, pana la data de 21 a lunii urmatoare trimestrului incheiat, iar pentru trimestrul IV pana la data de 16 decembrie, respectiv pana la data de 21 ianuarie a anului urmator, Casa Nationala de Asigurari de Sanatate va primi de la SNSPMPDSB, in format electronic, datele/informatiile de confirmare clinica si medicala a activitatii, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

(6) Lunar, respectiv trimestrial, SNSPMPDSB va transmite Casei Nationale de Asigurari de Sanatate datele/informatiile cu detalierea cauzelor de neconfirmare pentru fiecare caz, in conformitate cu legislatia in vigoare si cu regulile prevazute in anexele nr. 1 si 2, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate. Metodologia de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice si medicale pentru care se solicita reconfirmarea este prevazuta in anexa nr. 3.

(7) Pentru decontarea activitatii lunare, spitalele vor utiliza, dupa caz, desfasuratorile prevazute in ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activitatii realizate de catre furnizorii de servicii medicale si medicamente - formulare unice pe tara, fara regim special.

(8) Pentru decontarea activitatii trimestriale, spitalele vor utiliza, dupa caz, desfasuratorile prevazute in Ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activitatii realizate de catre furnizorii de servicii medicale si medicamente - formulare unice pe tara, fara regim special.

**Art. 3.** - Pentru cazurile care fac obiectul internarii prin spitalizare de zi si care au fost rezolvate prin spitalizare continua la solicitarea asiguratului in conditiile art. 92 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 696/2021 se va intocmi si se va raporta doar fisa de spitalizare de zi.

**Art. 4.** - Directiile de specialitate ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, casele de asigurari de sanatate, spitalele, precum si SNSPMPDSB vor duce la indeplinire prevederile prezentului ordin.

**Art. 5.** - Prevederile prezentului ordin se aplica pentru toate cazurile care au data externarii, data incheierii fisei, respectiv pentru toate serviciile furnizate in regim de spitalizare de zi, incepand cu luna iulie 2021.

**Art. 6.** - Anexele nr. 1-3 fac parte integranta din prezentul ordin.

**Art. 7.** - Prezentul ordin se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, si intra in vigoare incepand cu luna iulie 2021.

**Art. 8.** - Incepand cu data intrarii in vigoare a prezentului ordin se abroga Ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 840/2018 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate in regim de spitalizare

continua si de zi, precum si a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice si medicale pentru care se solicita reconfirmarea, publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 288 din 30 martie 2018, cu modificarile si completarile ulterioare.

Presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate,  
**Adrian Gheorghe**

Bucuresti, 30 iunie 2021.  
Nr. 641.

**ANEXA Nr. 1**

**REGULI DE CONFIRMARE CLINICA SI MEDICALA  
a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua**

Sunt neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice si medicale urmatoarele cazuri:

1. A01 Cazuri ale caror date incalca specificatiile tehnice ale setului minim de date la nivel de pacient

Motiv: Aceste cazuri nu pot fi colectate in baza de date nationala din cauza existentei unor erori (de exemplu, lipsa unor date obligatorii sau neconcordanta cu nomenclatoarele in vigoare). Sub incidenta acestei reguli intra si foile care nu respecta criteriul de numar unic de foaie pe spital si an, deoarece numarul unic de foaie pe spital si an face parte din specificatiile setului minim de date la nivel de pacient (Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi, cu modificarile si completarile ulterioare).

2. A02 Cazuri raportate pe sectii in care nu se intocmeste foaia de observatie clinica generala, denumita in continuare FOCG (de exemplu, cazurile care sunt raportate pe sectiile ATI, sectii paraclinice, structuri de urgenta etc.)

Motiv: Conform reglementarilor in vigoare, FOCG se intocmeste doar pentru pacientii spitalizati in sectii clinice: medicale sau chirurgicale (cu exceptia sectiilor ATI).

3. A03 Cazuri cu data interventiei chirurgicale principale in afara intervalului de spitalizare

Motiv: Cel putin una dintre urmatoarele date este eronata: data internarii, data externarii, data interventiei chirurgicale principale.

4. A04 Cazuri decedate, pentru care nu exista concordanta intre tipul externarii si starea la externare

Motiv: Pentru cazurile decedate, informatia privind decesul este cuprinsa atat in rubrica „Tip externare”, cat si in rubrica „Stare la externare”. In situatia in care cele doua informatii nu concorda, este vorba despre o eroare in cel putin una dintre rubrici.

5. A05 Cazuri cu varsta negativa

Motiv: Cel putin una dintre urmatoarele date este eronata: data nasterii, data internarii.

**ETO, tel. 0256-487402**

**6. A06 Cazuri cu durata de spitalizare negativa**

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. A14 Cazuri de transplant de organe și țesuturi, prevăzute în hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate în vigoare**

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.

**10. 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.

**11. A18 Pacienții pentru care nu a fost înregistrat codul numeric personal (CNP)**

Excepții: Fac excepție de la aceasta regula 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.

**12. 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.

**13. B02 Cazuri cu durata de spitalizare peste 365 de zile**

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

Excepții: Fac excepție cazurile raportate din secții finanțate pe baza de tarif pe zi de spitalizare și durata efectiv realizată.

**14. B04 Transferuri intraspitalicești și reinternări în aceeași zi sau la 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/in secții cu tip de îngrijiri diferit (din secții cu îngrijiri de tip acut în secții cu îngrijiri de tip cronic/de recuperare sau invers). Fac excepție toate cazurile reinternate pentru care la rubrica Situații speciale s-a bifat: Infecție confirmată cu COVID-19/Suspiciune/Testare pentru infecție cu COVID-19, neconfirmată și perechile acestor cazuri.

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. Este posibil ca în această perioadă un pacient să fie externat dintr-un spital care acordă îngrijiri acute și, la interval mai mic de o zi, să revină în același spital pentru simptomele COVID-19 sau viceversa.

15. B05 Cazuri pentru care niciuna dintre interventile chirurgicale efectuate nu este in concordanta cu diagnosticul principal

Motiv: In cele mai multe situatii de acest fel, cel putin una dintre urmatoarele informatii este eronata: diagnosticul principal, procedurile efectuate.

16. B06 Cazuri cu diagnostic principal inacceptabil

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Nu se confirma cazurile clasificate in DRG 93020 (Diagnostic principale inacceptabile).

17. B07 Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordant cu varsta/greutatea

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Nu se confirma cazurile clasificate in DRG 93030 (Diagnostic neonatale neconcordante cu varsta/greutatea).

18. B08 Cazuri internate si externate in aceeasi zi

Motiv: In cele mai multe situatii de acest fel este vorba despre o eroare de inregistrare a datei de internare si/sau de externare ori despre un caz cu posibilitate de rezolvare in spitalizare de zi.

Exceptii: De la aceasta regula fac exceptie cazurile decedate, cazurile care sunt clasificate in grupurile de diagnostice specifice spitalizarii de zi, cazurile pentru care la rubrica Situatii speciale s-a bifat: Infectie confirmata cu COVID19 sau Suspiciune/Testare pentru infectie cu COVID-19, neconfirmata.

19. B09 Cazuri clasificate in DRG A1040 (traheostomie sau ventilatie > 95 de ore), datorita procedurii G05005 Suport ventilator continuu mai mult de 96 de ore, pentru care durata totala de spitalizare este mai mica de 96 de ore

Motiv: In cele mai multe situatii de acest fel este vorba despre o eroare de inregistrare a datei si orei de internare si/sau de externare sau despre o eroare in alegerea procedurii.

20. B10 Cazuri cu diagnostic principal de tipul agent infectious (B95\_ - B97\_)

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

21. B11 Cazuri cu diagnostic principal de tipul sechela de AVC (I69\_)

Motiv: Conform standardelor de codificare, aceste coduri sunt utilizate ca diagnostice secundare pentru diagnostice principale ce definesc concret tipul de sechela a AVC.

22. B12 Cazuri clasificate in DRG A2021 si A2022, care au avut o interventie chirurgicala asociata cu o procedura de anestezie generala impreuna cu o procedura de intubatie

Motiv: Conform standardelor de codificare, anestezia generala include si procedura de intubatie.

23. B13 Cazuri cu diagnostic principal de deshidratare si unul dintre diagnosticile secundare de tipul gastroenterita

Motiv: Conform standardelor de codificare, gastroenterita ar trebui codificata intotdeauna ca diagnostic principal, inaintea celui de deshidratare. Rehidratarea, care se efectueaza oricum pentru tratamentul acestui tip de afectiuni, nu permite alocarea codului de deshidratare, acesta din urma codificandu-se numai cand exista documentare clinica si este mentionat in mod expres de medicul curant.

24. B14 Cazuri aferente nou-nascutilor sau copiilor cu varsta sub un an, pentru care codurile de diagnostic de tipul P07.1\_ si P07.2\_ alocate nu corespund cu greutatea la internare inregistrata

Motiv: Cel putin una dintre informatiile privind greutatea la internare sau

diagnosticul este inregistrata eronat.

25. B15 Cazuri care au un diagnostic (principal sau secundar) de tipul neoplasm secundar, fara a avea codificat si neoplasmul primar

Motiv: Conform standardelor de codificare, in momentul in care se codifica un neoplasm secundar este obligatorie si codificarea celui primar. In cazul in care neoplasmul primar nu a fost identificat, se va utiliza codul C80.

26. B16 Cazuri aferente corectiilor estetice efectuate persoanelor cu varsta peste 18 ani, cu exceptia reconstructiei mamare prin endoprotezare si a simetrizarii consecutive acesteia in cazul interventiilor chirurgicale oncologice

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, conform art. 205 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 696/2021.

27. B17 Cazuri aferente serviciilor de fertilizare in vitro

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, conform art. 205 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 696/2021.

28. B18 Cazuri cu conflict intre sexul pacientului si diagnosticele sau procedurile inregistrate

Motiv: Aceste cazuri contin erori la nivelul datelor inregistrate, fie in ceea ce priveste sexul pacientului, fie diagnosticele si procedurile codificate.

Exceptii: De la aceasta regula fac exceptie diagnosticele si procedurile legate de patologia sanului asociate sexului masculin.

29. B19 Cazuri pentru care s-a codificat procedura H16101 in absenta oricarei alte interventii chirurgicale

Motiv: Denumirea acestei proceduri „Controlul hemostazei, postinterventie chirurgicala, neclasificata in alta parte” sugereaza faptul ca a existat o interventie chirurgicala anterior. In situatia in care interventia chirurgicala a avut loc in alt episod de spitalizare si niciunul dintre codurile prevazute la Standardul de codificare „Reinterventia” nu poate fi aplicat, cazul se poate reconfirma prin intermediul Comisiei de analiza.

30. B20 Cazuri cu diagnostic secundar R13 Disfagia

Motiv: Codul R13 face parte din categoria semne/simptome si nu ar trebui utilizat decat atunci cand nu se poate stabili un diagnostic mai precis, la cazurile indrumate spre alta unitate sanitara pentru investigatii suplimentare sau care prezinta probleme importante de ingrijire prin ele insele.

Exceptii: De la aceasta regula fac exceptie cazurile pentru care exista codificat un diagnostic principal sau secundar de tipul I60 - I64 (boli cerebrovasculare), deoarece standardele de codificare prevad conditii speciale in care R13 Disfagia poate fi alocat pentru a marca severitatea unui atac vascular cerebral.

31. B21 Cazuri clasificate in DRG E101\_, E102\_, cu diagnostic principal de tipul G47\_, J96\_ sau J98\_ si procedura principala sau secundara de tip E043\_, E010\_, E005\_, E009\_

Motiv: In cele mai multe cazuri este vorba despre selectarea eronata a diagnosticului principal.

32. B22 Cazuri clasificate in DRG U3070, pentru pacienti care nu au fost internati/transferati intr-o sectie de psihiatrie, in respectivul episod de spitalizare

Motiv: In cele mai multe cazuri este vorba despre selectarea eronata a diagnosticului principal.

**REGULI DE CONFIRMARE CLINICA SI MEDICALA**  
**a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare de zi**

Sunt neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice si medicale urmatoarele cazuri:

1. C01 Cazuri/Servicii ale caror date incalca specificatiile tehnice ale setului minim de date la nivel de pacient

Explicatii: Aceasta regula include si cazurile care incalca criteriul „numar unic de foaie pe spital si an”, numarul unic de foaie pe spital si an face parte din specificatiile setului minim de date la nivel de pacient, conform Ordinului ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006, cu modificarile si completarile ulterioare.

Motiv: Aceste cazuri nu pot fi colectate in baza de date nationala din cauza existentei unor erori (de exemplu, lipsa unor date obligatorii sau neconcordanta cu nomenclatoarele in vigoare).

2. C02 Cazuri/Servicii raportate din structuri in care nu se intocmeste fisa de spitalizare de zi (de exemplu, cazurile care sunt raportate pe sectiile ATI, sectii paraclinice etc.), cu exceptia camerelor de garda si UPU/CPU

Motiv: Conform reglementarilor in vigoare, foaia de spitalizare de zi se intocmeste doar pentru pacientii din structurile autorizate/avizate in acest sens, din sectii medicale sau chirurgicale (cu exceptia sectiilor ATI), iar pentru pacientii din camerele de garda, UPU/CPU se intocmeste fisa conform modelului prevazut in anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sanatatii publice nr. 1.706/2007 privind conducerea si organizarea unitatilor si compartimentelor de primire a urgentelor, cu modificarile si completarile ulterioare.

3. C03 Cazuri/Servicii cu data vizitei in afara intervalului pentru care se intocmeste fisa de spitalizare de zi

Explicatii: Aceasta regula se aplica si pentru fisele pentru spitalizarea de zi (FSZ) raportate initial corespunzator, dar pentru care ulterior spitalul a anulat toate vizitele.

Motiv: Cel putin una dintre urmatoarele date este eronata: data deschiderii fisei, data inchiderii fisei, data vizitei.

Algoritm: In cazul fiselor de spitalizare de zi care necesita inchiderea in vederea raportarii, conform legislatiei in vigoare, in situatia in care data vizitei este in afara intervalului dintre data deschiderii si data inchiderii fisei (sau informatiile similare acestora, pentru fisele de UPU/CPU/camerele de garda), se respinge fisa de spitalizare de zi. In cazul vizitelor care pot fi raportate, conform legislatiei in vigoare, fara a fi necesara inchiderea fisei, daca data vizitei este mai mica decat data deschiderii, se respinge vizita respectiva.

4. C04 Cazuri/Servicii cu varsta pacientului negativa

Motiv: Cel putin una dintre urmatoarele date este eronata: data nasterii, data deschiderii fisei/data preluarii pacientului.

5. C05 Cazuri/Servicii pentru care durata unei vizite este mai mare de 12 ore  
Motiv: Conform reglementarilor in vigoare, spitalizarea de zi necesita supraveghere medicala maximum 12 ore/vizita.

Exceptii: fisele intocmite in UPU/CPU/camerele de garda, conform modelului prevazut in anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sanatatii publice nr. 1.706/2007, cu

modificarile si completările ulterioare.

6. C06 Cazuri/Servicii cu durata de spitalizare negativa

Explicatii: aceasta regula se aplica si pentru vizitele cu durata negativa.

Motiv: Cel putin una dintre urmatoarele date este eronata: data deschiderii fisei, data inchiderii fisei, data preluarii pacientului, data predarii pacientului.

7. C07 Fise de spitalizare de zi pentru acelasi serviciu/tip de caz, in acelasi spital, care se suprapun in timp

Motiv: Intr-un spital nu se pot intocmi concomitent pentru un pacient fise de spitalizare de zi pentru acelasi serviciu/tip de caz. Concomitenta pentru spitalizarea de zi conform listelor B.1, B.2, B.3.2, B.4.1 si B.4.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2021 a Hotararii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2021-2022 se aplica la nivel de interval intre data deschiderii fisei si data inchiderii fisei. Concomitenta pentru spitalizarea de zi conform listei B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021 se aplica la nivel de vizita.

7. C07 Fise de spitalizare de zi pentru acelasi serviciu/tip de caz, in acelasi spital, care se suprapun in timp

Motiv: Intr-un spital nu se pot intocmi concomitent pentru un pacient fise de spitalizare de zi pentru acelasi serviciu/tip de caz. Concomitenta pentru spitalizarea de zi conform listelor B.1, B.2, B.3.2, B.4.1 si B.4.2 din anexa nr. 22 si listei de servicii de spitalizare de zi acordate in centrele de evaluare prevazute la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2021 a Hotararii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2021-2022, cu modificarile si completarile ulterioare, se aplica la nivel de interval intre data deschiderii fisei si data inchiderii fisei. Concomitenta pentru spitalizarea de zi conform listei B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021, cu modificarile si completarile ulterioare, se aplica la nivel de vizita.

Modificat de art.I pct.1 din OAP 40/2022

8. C10 Cazuri rezolvate pentru care nu s-au inregistrat corespunzator informatiile cu privire la tipul afectiunii/ diagnosticului, respectiv la procedura chirurgicala/procedura asociata

Exceptii: Fisele de tip serviciu intocmite pentru serviciile medicale prevazute in lista B.3, B.4.1 si B.4.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021

Exceptii: Fisele de tip serviciu intocmite pentru serviciile medicale prevazute in listele B.3, B.4.1 si B.4.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si cele intocmite pentru serviciile de spitalizare de zi acordate in centrele de evaluare si prevazute in lista de la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021, cu modificarile si completarile ulterioare.

Modificat de art.I pct.2 din OAP 40/2022

Motiv: Conform reglementarilor in vigoare, cazurile rezolvate de tip medical (M) trebuie sa aiba un diagnostic din lista B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr.

ETO, tel. 0256-487402

1.068/627/2021, iar cazurile rezolvate de tip chirurgical (C) trebuie sa aiba o procedura din lista B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021.

Algoritm: Nu se confirma cazurile de tip M care nu au specificat tipul afectiunii medicale din lista B.1, respectiv pentru care nu exista niciun diagnostic din lista B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021 raportat pentru fisa respectiva. Nu se confirma cazurile de tip C care nu au specificat tipul cazului rezolvat cu procedura chirurgicala din lista B.2, respectiv pentru care nu exista nicio procedura din lista B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021, raportata pentru fisa respectiva.

9. C11 Servicii pentru care nu s-au inregistrat corespunzator informatiile cu privire la tipul acestora

*Exceptii: Fisele de tip caz rezolvat intocmite pentru serviciile medicale prevazute in listele B.1 si B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021*

*Motiv: Conform reglementarilor in vigoare, pentru fisele de spitalizare de zi de tip serviciu (S), tipul acestuia trebuie sa fie inclus in lista B.3.1, B.3.2, B.4.1 si B.4.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021, iar pozitii distincte din aceste liste nu pot exista concomitent pe aceeași fisa/vizita.*

*Algoritm: Nu se confirma foile de spitalizare de zi care contin doua sau mai multe servicii diferite din lista B.3.2, B.4.1 si B.4.2 pe aceeași vizita sau pe vizite diferite. Nu se confirma vizitele cu serviciu B.3.2, B.4.1 si B.4.2 raportate pe o foaie de spitalizare de zi cu restul serviciilor de tip B.3.1. Nu se confirma vizitele care au si servicii B.3.1 si servicii B.3.2, B.4.1 si B.4.2.*

9. C11 Servicii pentru care nu s-au inregistrat corespunzator informatiile cu privire la tipul acestora

**Exceptii:** Fisele de tip caz rezolvat intocmite pentru serviciile medicale prevazute in listele B.1 si B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021, cu modificarile si completarile ulterioare.

**Motiv:** Conform reglementarilor in vigoare, pentru fisele de spitalizare de zi de tip serviciu (S), tipul acestuia trebuie sa fie inclus in listele B.3.1, B.3.2, B.4.1 si B.4.2 din anexa nr. 22 si in lista serviciilor de spitalizare de zi acordate in centrele de

evaluare prevazuta la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021, cu modificarile si completarile ulterioare, iar pozitii distincte din aceste liste nu pot exista concomitent pe aceeași fisa/vizita.

**Algoritm:** Nu se confirma foile de spitalizare de zi care contin doua sau mai multe servicii diferite din listele B.3.2, B.4.1 si B.4.2 si din lista serviciilor acordate in centrele de evaluare pe aceeași vizita sau pe vizite diferite. Nu se confirma vizitele cu serviciu B.3.2, B.4.1 si B.4.2 si serviciu din lista celor acordate in centrele de evaluare raportate pe o foaie de spitalizare de zi cu restul serviciilor de tip B.3.1. Nu se confirma vizitele care au si servicii B.3.1 si servicii B.3.2, B.4.1 si B.4.2, precum si servicii din lista celor acordate in centrele de evaluare.

**Modificat de art.I pct.3 din OAP 40/2022**

10. C14 Cazuri rezolvate/Servicii pentru care data deschiderii fisei de spitalizare de zi este aceeași cu data internarii corespunzatoare unei foi de observatie clinica generala pentru spitalizare continua pentru același pacient in cadrul aceluiași spital

**Motiv:** Conform art. 90 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 696/2021, cheltuielile ocazionale de activitatile desfasurate in camerele de garda

**ETO, tel. 0256-487402**

si in structurile de urgenta din cadrul spitalelor pentru care finantarea nu se face din bugetul Ministerului Sanatatii/ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continua, sunt cuprinse in structura tarifului pe caz rezolvat/ tarifului mediu pe caz rezolvat. Cazurile pentru care se acorda servicii medicale in aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate in regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continua.

Conform art. 5 alin. (4) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021, cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate in regim de spitalizare de zi in structurile organizate in cadrul unei unitati sanitare cu paturi sunt cuprinse in structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat (nonDRG) aferent spitalizarii continue, in situatiile in care cazurile sunt internate in aceeasi unitate sanitara prin spitalizare continua si in aceeasi zi in care asiguratul a beneficiat de servicii medicale in regim de spitalizare de zi. Serviciile medicale acordate in regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/serviciu medical sunt considerate cazuri/servicii acordate in regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continua.

11. C15 Cazuri rezolvate/Servicii raportate pentru perioada in care exista deschisa o foaie de spitalizare continua pentru acelasi pacient in cadrul aceluasi spital

Algoritm: Conform legislatiei in vigoare nu se confirma fisele de spitalizare de zi care trebuie inchise in vederea raportarii si pentru care exista o perioada cuprinsa intre data deschiderii si data inchiderii fisei (sau a informatiilor similare acestora, pentru fisele de UPU/CPU/camerele de garda), in care pacientul respectiv a avut deschisa si o alta foaie de observatie clinica generala de spitalizare continua in acelasi spital; in mod asemanator nu se confirma vizitele raportate conform legislatiei in vigoare (fara ca fisa sa fie inchisa) si pentru care exista o perioada cuprinsa intre data de inceput si data de sfarsit de vizita, in care pacientul respectiv a avut deschisa si o alta foaie de observatie clinica generala de spitalizare continua in acelasi spital.

12. C17 Fise de tip serviciu raportate din camerele de garda si din structurile de urgenta din cadrul spitalelor pentru care finantarea se face din bugetul Ministerului Sanatatii/ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie

Motiv: In conformitate cu Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021, serviciile furnizate in camerele de garda si in structurile de urgenta din cadrul spitalelor pentru care finantarea se face din bugetul Ministerului Sanatatii/ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie nu se deconteaza din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate.

13. C18 Vizite fara serviciu ale foilor de observatie de spitalizare de zi, intocmite pentru servicii din lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021

Motiv: Informatia privind tipul serviciului este necesara pentru rambursarea acestuia.

Algoritm: In situatia in care niciuna dintre vizite nu are completat serviciul, nu se confirma intreaga foaie de spitalizare de zi.

14. C19 Fise de tip serviciu raportate din camerele de garda si din structurile de urgenta pentru care nu s-a inregistrat corespunzator tipul serviciului

ETO, tel. 0256-487402

Motiv: Informatia este necesara in scopul rambursarii corecte a serviciilor contractate si efectuate.

Algoritm: Nu se confirma foile raportate din structura „3013 Camera de garda” pentru care s-a completat serviciul „Urgenta medico-chirurgicala in structurile de urgenta din cadrul spitalelor pentru care finantarea nu se face de la MS”. Nu se confirma foile raportate din structurile „3023 Urgenta – CPU”, „3033 Urgenta – UPU”, „3043 Urgenta – MU”, pentru care sa completat serviciul „Urgenta medico-chirurgicala in camerele de garda”.

15. C21 Cazuri/Servicii cu conflict intre sexul pacientului si diagnosticele sau procedurile inregistrate

Motiv: Aceste cazuri contin erori la nivelul datelor inregistrate, fie in ceea ce priveste sexul pacientului, fie diagnosticele si procedurile codificate.

Exceptii: De la aceasta regula fac exceptie diagnosticele si procedurile legate de patologia sanului asociate sexului masculin.

16. C22 Cazuri/Servicii cu conflict intre varsta pacientului si tipul cazului/serviciului

Motiv: Aceste cazuri contin erori la nivelul datelor inregistrate in ceea ce priveste datele inregistrate.

Algoritm: Se aplica pentru pozitiiile 34 si 35 din lista B.1 si pentru pozitia 5 din lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021. Varsta se calculeaza in ani, ca diferenta intre data inchiderii fisei si data nasterii, pentru pozitiiile 34 si 35 din lista B.1, respectiv intre data inchiderii vizitei si data nasterii pentru pozitia 5 din lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021.

17. C23 Servicii medicale standardizate care nu indeplinesc toate conditiile obligatorii din lista B.4.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021

Algoritm: Pentru fiecare pozitie din lista B.4.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021 se verifica daca sunt raportate pe aceeași vizita sau pe vizite diferite toate conditiile din coloana „Servicii obligatorii” din nomenclatorul specific.

18. C24 Servicii medicale standardizate care nu indeplinesc toate conditiile obligatorii din lista B.4.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021

Algoritm: Pentru fiecare pozitie din lista B.4.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021 se verifica daca sunt raportate pe aceeași vizita sau pe vizite diferite toate conditiile din coloana „Servicii obligatorii” din nomenclatorul specific.

19. C25 Servicii medicale standardizate care nu indeplinesc toate conditiile obligatorii din lista serviciilor de spitalizare de zi acordate in centrele de evaluare, lista prevazuta la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021, cu modificarile si completarile ulterioare.

Algoritm: Pentru fiecare pozitie din lista serviciilor de spitalizare de zi acordate in centrele de evaluare, lista prevazuta la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021, cu modificarile si completarile ulterioare, se verifica daca sunt raportate pe aceeași vizita sau pe vizite diferite toate conditiile din

**METODOLOGIE**

**de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al  
datelor clinice si medicale pentru care se solicita reconfirmarea**

**Capitolul I****Dispozitii generale**

Evaluarea cazurilor neconfirmate din punct de vedere clinic si medical de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti (SNSPMPDSB) pentru care se solicita reconfirmarea, precum si a cazurilor pentru care casele de asigurari de sanatate judetene, respectiv a municipiului Bucuresti, si Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, denumite in continuare case de asigurari de sanatate, au constatat nereguli privind corectitudinea datelor inregistrate se realizeaza in cadrul unei comisii de analiza. Comisia de analiza este formata din reprezentanti ai casei de asigurari de sanatate si reprezentanti ai spitalului, cu exceptia medicului curant al cazului respectiv. Membrii comisiei de analiza vor fi desemnati in scris de catre cele doua institutii. Spitalul este obligat sa puna in aplicare deciziile comisiei de analiza.

**Capitolul II****Procesul de evaluare****Secțiunea 1****Descrierea generala a procesului**

Inregistrările electronice transmise de spitale catre SNSPMPDSB sunt supuse procesului de confirmare in conformitate cu regulile de confirmare clinica si medicala a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua si de zi prevazute in anexele nr. 1 si 2 la ordin. Inregistrările sunt returnate spitalelor de catre casele de asigurari de sanatate, ulterior procesului de validare (fiecare inregistrare va avea bifa „validat/nevalidat”, precum si „confirmat/neconfirmat”).

Pentru cazurile neconfirmate se specifica si motivul. Pentru cazurile neconfirmate spitalele vor revedea datele care au determinat respingerea lor si vor putea retransmite cazurile respective catre SNSPMPDSB, dupa ce le corecteaza si/sau cer aviz de reconfirmare din partea comisiei de analiza.

Avizul de reconfirmare se poate obtine numai dupa evaluarea cazurilor respective de catre comisia de analiza.

In situatia in care comisia de analiza constata raportarea eronata, codificarea necorespunzatoare sau neconcordanta dintre foaia de observatie clinica generala (FOCG) si inregistrarea electronica, va dispune efectuarea corecturilor necesare si

retransmiterea cazurilor catre SNSMPDPSB.

Retransmiterea cazurilor pentru reconfirmare se face doar cu ocazia regularizarilor trimestriale.

Trimestrial, SNSMPDPSB va informa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate/casele de asigurari de sanatate cu privire la cazurile reconfirmate, prin aviz de reconfirmare, precizand pentru fiecare caz urmatoarele: numarul FOCG, data internarii, data externarii, sectia. Pe baza acestor informatii, casele de asigurari de sanatate au obligatia de a verifica daca datele puse la dispozitie de SNSMPDPSB coincid cu informatiile din deciziile de confirmare ale comisiei de analiza. In cazul constatarii unor neconcordanțe între cele doua documente, casele de asigurari de sanatate vor anunta spitalul pentru ca acesta din urma sa modifice inregistrările respective in conformitate cu deciziile comisiei de analiza.

Nerespectarea reglementarilor privind datele clinice la nivel de pacient [neconcordanța dintre datele colectate electronic și datele din FOCG/fisa pentru spitalizarea de zi (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 asigurari de sanatate, poate fi contestată de spital și se soluționează prin intermediul comisiei de analiza, convocată la inițiativa spitalului.

#### Secțiunea a 2-a

#### Aspecte tehnice

##### 2.1. Clasificarea regulilor de confirmare clinica și medicala

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

- 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 nu va fi confirmat, în conformitate cu regula A05, dar datele care au determinat respingerea (data nașterii și data internării) nu pot fi supuse evaluării de către comisia de analiza, ci trebuie verificate și corectate de spital;

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

- un caz cu vârsta negativă nu va fi confirmat, în conformitate cu regula C04, dar datele care au determinat respingerea (data nașterii și data deschiderii fișei) nu pot fi supuse evaluării de către comisia de analiza, ci ele trebuie verificate și corectate de spital.

#### OBSERVAȚIE:

Avizul de reconfirmare se referă la caz, și nu la regulile de confirmare, ceea ce înseamnă că avizul de reconfirmare nu se poate da decât atunci când cazul este avizat pe toate regulile de tip B. Concret, dacă un caz este neconfirmat 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 reconfirmare și, implicit, el nu va

mai fi retransmis catre SNSPMPDSB.

## 2.2. Proceduri

Spitalul poate actiona dupa cum urmeaza:

a) Pentru cazurile neconfirmate la SNSPMPDSB Interventia spitalului asupra datelor cazurilor neconfirmate trebuie sa tina cont de urmatoarele reguli:

- datele care vor fi corectate sunt cele care au incalcat regulile din grupa A sau din grupa C; in situatia particulara a serviciilor cuprinse in lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.068/627/2021, neconfirmarea pe reguli de tip C se refera la vizitele respective, si nu la intreaga fisa de spitalizare de zi;

- datele pentru care se poate cere avizul casei de asigurari de sanatate in vederea reconfirmarii sunt cele care au incalcat regulile din grupa B. Cererea avizului de reconfirmare presupune ca datele respective sa nu fie modificate.

Deoarece un caz neconfirmat poate avea date incorecte care trebuie corectate si/sau date corecte pentru care se va cere avizul de reconfirmare, insemamna ca exista 3 situatii:

1. Cazul neconfirmat are exclusiv date incorecte.

In aceasta situatie se corecteaza datele respective si se retransmite cazul cu corecturile efectuate la SNSPMPDSB.

2. Cazul neconfirmat are exclusiv date corecte.

In aceasta situatie nu se fac niciun fel de modificari si se cere avizul de reconfirmare.

Daca avizul este nefavorabil, cazul nu se va mai retransmite la SNSPMPDSB.

Daca avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca „Cerere de reconfirmare” la SNSPMPDSB.

3. Cazul neconfirmat are atat date incorecte, cat si date corecte.

In aceasta situatie se corecteaza datele incorecte si se cere avizul de reconfirmare pentru datele corecte (fara a se face niciun fel de modificari pe acestea).

Daca avizul este nefavorabil, cazul nu se va mai retransmite la SNSPMPDSB.

Daca avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca „Cerere de confirmare” la SNSPMPDSB.

### OBSERVATII:

- Retransmiterea unui caz cu modificari efectuate nu asigura confirmarea lui decat daca modificarile au corectat eroarea. De exemplu, daca se inlocuieste un cod de diagnostic eronat cu alt cod de diagnostic tot eronat, cazul nu va fi confirmat.

- Retransmiterea unui caz cu date corectate nu asigura confirmarea lui decat pe regulile corespunzatoare acelor date. De exemplu, daca pentru un caz neconfirmat in conformitate cu regulile A03 si A05 se corecteaza eroarea referitoare la data interventiei chirurgicale principale, dar nu si eroarea referitoare la varsta (sau invers), cazul va ramane neconfirmat.

- „Cererea de confirmare” are efect doar pe regulile din grupa B. Daca respingerea cazului s-a produs si pe alte reguli, retransmiterea ca „Cerere de confirmare” fara corectarea celorlalte cauze de respingere se va solda tot cu neconfirmarea cazului.

b) Pentru cazurile initial confirmate, la solicitarea casei de asigurari de sanatate In situatia in care in urma evaluarii cazurilor respective de catre casa de asigurari de sanatate/comisia de analiza 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 si retransmis”.

Spitalele trebuie sa transmita inregistrările electronice modificate ale acestor cazuri la SNSPMPDSB cu ocazia urmatoarei regularizari trimestriale pentru anul in curs. Pentru cazurile aferente anului precedent, spitalele trebuie sa transmita inregistrările electronice modificate ale acestor cazuri la SNSPMPDSB, la termenele prevazute in ordin.

SNSPMPDSB va genera catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate/casa de asigurari de sanatate un raport cu clasificarea grupelor de diagnostic a acestor cazuri.

#### Secțiunea a 3-a

### **Obținerea avizului de reconfirmare prin comisia de analiza a cazurilor neconfirmate la SNSPMPDSB**

Primul pas in obtinerea avizului de reconfirmare il constituie sesizarea de catre spital a medicului-sef din cadrul caselor de asigurari de sanatate, pe baza modelului prezentat mai jos:

Spitalul .....

Catre medicul-sef al Casei de Asigurari de Sanatate .....

Lista cazurilor neconfirmate pentru care se solicita reconfirmarea prin comisia de analiza, conform Ordinului presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. .... /2021 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate in regim de spitalizare continua si de zi, precum si a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice si medicale pentru care se solicita reconfirmarea.

Nr. crt. ....

Codul spitalului .....

- Sectia .....

Nr. foii de observatie clinica generala (FOCG) .....

Data externarii pacientului .....

Reguli pentru care se solicita confirmarea\*) .....

Motivul pentru care se solicita confirmarea .....

Data .....

Director general,

.....  
(semnatura si stampila)

\*) Se va nota in cate un rand separat fiecare regula pentru care se solicita reconfirmarea.

Medicul-sef din cadrul casei de asigurari de sanatate are obligatia de a organiza o intalnire a comisiei de analiza in termen de maximum 10 zile de la primirea instiintarii de la spital. Modalitatea practica de evaluare a cazurilor externe este decisa de comisia de analiza si va consta, dupa caz, in:

- evaluarea dosarelor medicale originale, prin vizitarea spitalelor vizate;
- evaluarea cazurilor pe baza dosarelor trimise de spitale (copie de pe dosarul medical al pacientilor neconfirmati).

Informatiile urmarite in evaluare de catre comisia de analiza includ:

- motivul internarii;

ETO, tel. 0256-487402

- diagnosticele principale si secundare, acordandu-se atentie relatiei dintre acestea atat din punct de vedere medical, cat si din punctul de vedere al cronologiei acestora;

- sectia/sectiile in care a fost ingrijit si din care a fost externat pacientul;
- motivul externarii;
- interventiile chirurgicale - tipul acestora, eventualele complicatii;
- alte informatii pe care comisia de analiza le considera utile.

Analiza fiecarui caz se incheie cu un raport scris al comisiei de analiza, in care sunt mentionate argumentele care au condus la avizarea sau neavizarea cazului, raport semnat de toti membrii comisiei care au participat la evaluarea cazului respectiv. Raportul va fi elaborat in doua exemplare, pentru spital si, respectiv, pentru casa de asigurari de sanatate, si va contine in mod explicit decizia de avizare sau neavizare pentru reconfirmare a fiecarui caz.