

REGULI din 30 iunie 2023

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. 622 din 7 iulie 2023

Data Intrării in vigoare: 04 Decembrie 2023

Forma consolidată valabilă la data de 15 Februarie 2024

Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 04 Decembrie 2023 până la data selectată

Aprobate prin ORDINUL nr. 516 din 30 iunie 2023
, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 622 din 7 iulie 2023.

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, secțiile 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

, B.3.2

, B.4.1

și B.4.2 din anexa nr. 22

și listelor de servicii de spitalizare de zi acordate în centrele de evaluare prevăzute la art. 2 din anexa nr. 50

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

privind aprobarea Normelor metodologice

de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, cu modificările și completările ulterioare, 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. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare, 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 listele B.3 , B.4.1

și B.4.2 din anexa nr. 22

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare, precum și cele întocmite pentru serviciile de spitalizare de zi acordate în centrele de evaluare și prevăzute în lista de la art. 2 din anexa nr. 50

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare.

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. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare, 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. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare.

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. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare, 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. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare, 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. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, pentru fișele de spitalizare de zi de tip serviciu (S), tipul acestuia trebuie să fie inclus în listele B.3.1

, B.3.2

, B.4.1

și B.4.2 din anexa nr. 22

și în lista serviciilor de spitalizare de zi acordate în centrele de evaluare prevăzute la art. 2 din anexa nr. 50

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare, 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 listele B.3.2

, B.4.1

și B.4.2

și din lista serviciilor acordate în centrele de evaluare pe aceeași vizită sau pe vizite diferite. Nu se confirmă vizitele cu serviciu B.3.2

, B.4.1

și B.4.2

și serviciu din lista celor acordate în centrele de evaluare raportate pe o foaie de spitalizare de zi cu restul serviciilor de tip B.3.1

. Nu se confirmă vizitele care au și servicii B.3.1

și servicii B.3.2

, B.4.1

și B.4.2

, precum și servicii din lista celor acordate în centrele de evaluare.

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. 521/2023

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, 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. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare, 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. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare

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 s-a 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. C22 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 34 și 35 din lista B.1
, pentru poziția 5 din lista B.3.1
, pentru pozițiile 45, 46, 47, 48, 98, 102 din lista B.3.2
, pozițiile 66, 77, 82 din lista B.4.1 din anexa nr. 22
și pozițiile 10, 11 din anexa nr. 50
la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023
, cu modificările și completările ulterioare. Vârsta se calculează în ani, ca diferență între data închiderii fișei și data nașterii, pentru pozițiile 34 și 35 din lista B.1
, pentru pozițiile 45, 46, 47, 48, 98, 102 din lista B.3.2
, pozițiile 66, 77, 82 din lista B.4.1 din anexa nr. 22
și pozițiile 10, 11 din anexa nr. 50
și ca diferență dintre 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. 1.857/441/2023
, cu modificările și completările ulterioare.

17. C23 Servicii medicale standardizate care nu îndeplinesc toate condițiile obligatorii din lista B.4.1 din anexa nr. 22

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare

Algoritm: Pentru fiecare poziție din lista B.4.1 din anexa nr. 22

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare, se verifică dacă sunt raportate pe aceeași vizită sau pe vizite diferite toate condițiile din coloana „Servicii obligatorii“ din nomenclatorul specific.

18. C24 Servicii medicale standardizate care nu îndeplinesc toate condițiile obligatorii din lista B.4.2 din anexa nr. 22

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare.

Algoritm: Pentru fiecare poziție din lista B.4.2 din anexa nr. 22

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare, se verifică dacă sunt raportate pe aceeași vizită sau pe vizite diferite toate condițiile din coloana „Servicii obligatorii“ din nomenclatorul specific.

19. C25 Servicii medicale standardizate care nu îndeplinesc toate condițiile obligatorii din lista serviciilor de spitalizare de zi acordate în centrele de evaluare, listă prevăzută la art. 2 din anexa nr. 50

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare.

Algoritm: Pentru fiecare poziție din lista serviciilor de spitalizare de zi acordate în centrele de evaluare, listă prevăzută la art. 2 din anexa nr. 50

la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

, cu modificările și completările ulterioare, se verifică dacă sunt raportate pe aceeași vizită sau pe vizite diferite toate condițiile din coloana „Servicii obligatorii“ din nomenclatorul specific.
