

**Ordinul comun al ministerului sanatatii nr. 506/210/2015 pentru  
modificarea 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**

Văzând Referatul de aprobare nr. N.B. 3.961 din 22 aprilie 2015 al Ministerului Sănătății și nr. D.G. 617 din 9 aprilie 2015 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ținând cont de prevederile 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, și ale 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. La articolul 9, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (4<sup>1</sup>), cu următorul cuprins:

"

(4<sup>1</sup>) Începând cu luna mai 2015, transmiterea SMDPC se face lunar, până la data de 4 a lunii, și va conține datele aferente pacienților externați în luna precedentă."

2. La articolul 9, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alineatul (5<sup>1</sup>), cu următorul cuprins:

"

(5<sup>1</sup>) Începând cu luna mai 2015, transmiterea SMDPZ se face lunar, în formatul valabil la momentul închiderii/raportării fișei/vizitei până la data de 4 a lunii, și va conține informații referitoare la:

- a) cazurile rezolvate în spitalizare de zi în luna precedentă;
- b) serviciile acordate în regim de spitalizare de zi efectuate în luna precedentă, pentru care, în vederea decontării, nu este necesară închiderea fișei de spitalizare de zi după fiecare vizită;
- c) serviciile acordate în regim de spitalizare de zi pentru care, în vederea decontării, s-a închis fișa de spitalizare de zi în luna precedentă, după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical;
- d) serviciile acordate în camerele de gardă și în structurile de primire urgențe din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, pentru care se întocmește fișă pentru spitalizare după modelul 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, având data predării pacientului în luna precedentă."

3. La anexa nr. 2, Notă 2 privind criteriile de internare prevăzute în hotărârea Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare se modifică și va avea următorul cuprins:

"

## Notă 2

privind criteriile de internare prevăzute în hotărârea Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare

Criterii de internare
naștere
urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, ce necesită supraveghere medicală continuă
boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare și tratament
bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital

diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu ori spitalizare de zi
bolnavi care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani

4. La anexa nr. 4, Notă 1 privind criteriile de internare prevăzute în hotărârea Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare se modifică și va avea următorul cuprins:

"

#### Notă 1

privind criteriile de internare prevăzute în hotărârea Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare

Criterii de internare
urgente medico-chirurgicale, ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condițiile stabilite în norme
diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu
epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare în condițiile stabilite în norme

\*) Criteriul de internare «cod 1» se completează numai în cazul în care pacientul beneficiază de serviciile prevăzute la pozițiile 86, 87, 94 și 95 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. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, 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 9 și 10 din lista prevăzută la cap. I lit. B pct. B.3.1 și poziția 62 din lista de la pct. B.3.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015, care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății. În cazul în care serviciile prevăzute la pozițiile 9 și 10 din lista prevăzută la cap. I lit. B pct. B.3.1 și poziția 62 din lista de la pct. B.3.2 sunt acordate asiguraților, se completează «cod 2»."

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

6. În anexa nr. 7, punctul 10 de 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)" se modifică și va avea următorul cuprins:

"

10. Tipul de serviciu de spitalizare de zi: reprezintă serviciile de la pozițiile 37 și 38 din lista prevăzută la lit. B pct. B.3 subpct. 3.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015."

#### **Art. II. -**

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Ministrul sănătății, Gabriel Florin Pușcău, secretar general	p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, Leana Stoea
---	--

**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, B.2, pct. B.3 subpct. B.3.1 și B.3.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015.

1. Datele de identificare a spitalului și datele de identificare a pacientului se completează la fel ca 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, iar numerotarea începe cu 1 la data de 1 ianuarie a fiecărui an.

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 situații: 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 Casa Națională 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 Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, conform Notei 1 privind criteriile de internare, atașată fișei de spitalizare de zi.

5. Tip servicii spitalizare de zi se completează conform tipurilor de servicii de spitalizare de zi prevăzute la lit. B din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015:

a) C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" - de la lit. B pct. B.1 și B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015;

b) S: pentru serviciile medicale de tip "serviciu" - de la lit. B, pct. B.3 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015.

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

a) M: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip MEDICAL - de la lit. B pct. B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015;

b) C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip CHIRURGICAL - de la lit. B pct. B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015.

7. Diagnosticul principal și diagnosticele 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.

8. Vizitele se înregistrează pentru fiecare prezentare a pacientului cuprinsă în fișa de spitalizare de zi, prin completarea următoarelor informații: data vizitei, ora de început și ora de sfârșit. 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. din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015.

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

În cadrul unei vizite pot fi înregistrate servicii diferite numai pentru serviciile medicale prevăzute la pozițiile 1-7 de la lit. B pct. B.3 subpct. B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015.

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