

**CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET PREȘEDINTE**

ORDIN NR. 724.....din 31.08.2011

pentru modificarea Ordinului Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 649 / 2011 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea

Avand in vedere:

- Referatul de aprobare al Serviciului Medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DMS/SM/1505/31.08.2011
- Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 71 alin. (1) lit. a) și b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;
- 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, cu modificările și completările ulterioare;

În temeiul dispozițiilor:

- Art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, 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,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul

ORDIN

Art. I Anexa 1 la Ordinul Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 649/2011 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 563 din 8 august 2011, se modifică potrivit anexei la prezentul ordin.

Art. II Direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate, spitalele, precum și Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Medical București vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

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

PREȘEDINTE,

Dr. Nicolae Lucian DUTĂ



The stamp is circular and contains the text "ROMANIA" at the top, "Casa Națională de Asigurări de Sănătate" around the bottom edge, and "CNAS" in the center. A signature is written across the stamp.

(Anexa 1 la Ordinul Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 649 / 2011 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea)

REGULI DE VALIDARE a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă

Sunt invalidate următoarele cazuri:

A01 Cazuri ale căror date încalcă specificațiile tehnice ale setului minim de date la nivel de pacient

Motiv: Aceste cazuri nu pot fi colectate în baza de date națională din cauza existenței unor erori (de exemplu, lipsa unor date obligatorii sau neconcordanța cu nomenclatoarele în vigoare). Sub incidența acestei reguli intră și foile care nu respectă criteriul de număr unic de foaie pe spital și an, deoarece numărul unic de foaie pe spital și an face parte din specificațiile setului minim de date la nivel de pacient (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, cu modificările și completările ulterioare).

A02 Cazuri raportate pe secții în care nu se întocmește foaia de observație clinică generală, denumită în continuare FOCG (de exemplu, cazurile care sunt raportate pe secțiile ATI, secții paraclinice, structuri de urgență etc.)

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, FOCG se întocmește doar pentru pacienții spitalizați în secții clinice: medicale sau chirurgicale (cu excepția secțiilor ATI).

A03 Cazuri cu data intervenției chirurgicale principale în afara intervalului de spitalizare

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data internării, data externării, data intervenției chirurgicale principale.

A04 Cazuri decedate, pentru care nu există concordanță între tipul externării și starea la externare

Motiv: Pentru cazurile decedate, informația privind decesul este cuprinsă atât în rubrica "Tip externare", cât și în rubrica "Stare la externare". În situația în care cele două informații nu concordă, este vorba de o eroare în cel puțin una dintre rubrici.

A05 Cazuri cu vârsta negativă

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data nașterii, data internării.

A06 Cazuri cu durata de spitalizare negativă

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data internării, data externării.

A07 Cazuri concomitente

Motiv: Aceste cazuri reprezintă episoade de spitalizare pentru același pacient, care se suprapun în timp.

A08 Cazuri neclasificabile

Motiv: Aceste cazuri au erori pe datele care influențează clasificarea lor.

A09 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat complet datele privind tipul de asigurare CNAS a pacientului

Explicații: Sunt invalidate cazurile în care statutul de asigurat al pacientului - asigurat CNAS, asigurat CNAS și asigurare voluntară - impune completarea tipului de asigurare. De asemenea, sunt invalidate cazurile în care nu a fost completată informația privind casa de asigurări de sănătate, deși tipul de asigurare - "Obligatorie CAS", "Facultativă CAS" - o impune.

Motiv: Informația privind tipul asigurării de sănătate a pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

A10 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat datele privind categoria de asigurat a pacientului

Explicații: Sunt invalidate cazurile pentru care categoria de asigurat a pacientului nu a fost completată, deși tipul de asigurare "Obligatorie CAS" o impune.

Motiv: Informația privind categoria de asigurat a pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

A11 Cazurile internate la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă, a încadrării și reevaluării gradului de handicap

Motiv: Conform legislației în vigoare, serviciile spitalicești efectuate la cerere, precum și serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă, a încadrării și reevaluării gradului de handicap nu sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

A12 Cazurile care nu îndeplinesc condițiile finanțării din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate din punctul de vedere al asigurării de sănătate și al criteriului de internare

Motiv: Serviciile spitalicești suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate furnizate pacienților neasigurați, respectiv pacienților cu asigurare facultativă CAS sunt cele prevăzute la cap. II și III din anexa 16 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare.

A13 Cazuri pentru care nu s-a înregistrat criteriul de internare a pacientului

Explicații: Se aplică tuturor asiguraților CNAS (cu sau fără asigurare voluntară).

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, informația privind criteriul de internare a pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

A14 Cazuri de transplant de organe și țesuturi, cu excepția grefelor de piele prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 864/538/2011, cu modificările și completările ulterioare, a serviciilor medicale aferente stării posttransplant și a cazurilor prevăzute în hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011-2012

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.

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 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.

A16 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat complet datele despre cetățenia pacientului

Explicații: Se aplică exclusiv cazurilor cu cetățenie străină sau dublă (română și străină), pentru care nu s-a înregistrat și țara.

Motiv: Informația privind cetățenia pacientului este inclusă în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

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.

B02 Cazuri cu durata de spitalizare peste 365 de zile

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

B03 Pacienții pentru care nu a fost înregistrat codul numeric personal (CNP)

Excepții: Fac excepție de la această regulă 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.

B04 Transferuri intraspitalicești și reinternări în aceeași zi sau la un 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/în secții cu tip de îngrijiri diferit (din secții cu îngrijiri de tip acut în secții cu îngrijiri de tip cronic/de recuperare sau invers).

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.

B05 Cazuri pentru care niciuna dintre intervențiile chirurgicale efectuate nu este în concordanță cu diagnosticul principal

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel, cel puțin una dintre următoarele informații este eronată: diagnosticul principal, procedurile efectuate.

B06 Cazuri cu diagnostic principal inacceptabil

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Se invalideaza cazurile clasificate in DRG 93020 (Diagnostice principale inacceptabile).

B07 Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordanț cu vârsta/greutatea

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Se invalideaza cazurile clasificate in DRG 93030 (Diagnostice neonatale neconcordante cu vârsta/ greutatea).

B08 Cazuri internate și externate în aceeași zi

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba de o eroare de înregistrare a datei de internare și/sau de externare ori de un caz cu posibilitate de rezolvare în spitalizare de zi.

Excepții: De la această regulă fac excepție cazurile decedate și cazurile care sunt clasificate în grupurile de diagnostice specifice spitalizării de zi.

B10 Cazuri cu diagnostic principal de tipul agent infecțios (B95_-B97_)

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

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 sechelă a AVC.

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.

B13 Cazuri cu diagnostic principal de deshidratare si unul din diagnosticele de 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.

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.

B16 Cazuri aferente corectiilor estetice efectuate persoanelor cu varsta peste 18 ani

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, conform HG 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind conditiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012

B17 Cazuri aferente serviciilor de fertilizare in vitro

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, conform HG 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind conditiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012

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

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

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

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

Motiv: Denumirea acestei proceduri "Controlul hemostazei, post interventie 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 episoade de spitalizare si nici unul din codurile prevazute la Standardul de Codificare "Reinterventia" nu poate fi aplicat, cazul se poate revalida prin intermediul Comisiei de analiza.

Nota: prezentele reguli de validare se aplică pentru cazurile externate începând cu luna august 2011.