

## **ORDIN nr. 226 din 29 aprilie 2013**

### **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**

EMITENT: CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 249 din 30 aprilie 2013

Având în vedere Referatul de aprobare al Serviciului medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. MS/SM/1225 din 26 martie 2013

în temeiul dispozițiilor:

- art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, 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 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013;
- 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, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

#### ART. 1

În vederea finanțării cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă în anul 2013 se aprobă Regulile de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și Metodologia de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea, prevăzute în anexele nr. 1 și 2 care fac parte integrantă din prezentul ordin, și se aplică pentru cazurile externate în anul 2013, pe perioada de valabilitate a reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 117/2013 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

#### ART. 2

(1) Spitalele vor raporta în format electronic setul minim de date la nivel de pacient în spitalizarea continuă (SMDPC), aferent pacienților externați, conform prevederilor 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, cu modificările și completările ulterioare, până la data de 5 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), pentru raportarea cazurilor externate în luna aprilie 2013, spitalele vor raporta în format electronic SMDPC, aferent pacienților externați, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, cu modificările și completările ulterioare, în perioada 7-8 mai 2013.

(3) Trimestrial, în perioada 15-19 a lunii următoare trimestrului încheiat, spitalele vor transmite în format electronic cazurile invalidate pentru care se solicită revalidarea, precum și cazurile

neraportate din lunile anterioare. În perioada 10-14 decembrie 2013, spitalele vor transmite în format electronic cazurile invalidate pentru care se solicită revalidarea, precum și cazurile neraportate până la data de 30 noiembrie 2013. Cazurile invalidate pentru care se solicită revalidarea, precum și cele neraportate până la sfârșitul anului pot fi raportate în perioada 15-19 ianuarie a anului următor.

(4) Lunar, până la data de 15, spitalele vor primi de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, denumită în continuare SNSPMPDSB, în format electronic și tipărit, rapoartele de validare a activității aferente lunii precedente, în conformitate cu formularele prevăzute în ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special.

(5) Prin excepție de la prevederile alin. (4), în luna mai 2013, spitalele vor primi de la SNSPMPDSB, în format electronic și tipărit, rapoartele de validare a activității aferente lunii aprilie 2013 până la data de 17 mai 2013.

(6) Trimestrial, până la data de 23 a lunii următoare trimestrului încheiat, iar pentru trimestrul IV până la data de 18 decembrie 2013, respectiv până la data de 23 ianuarie 2014, spitalele vor primi de la SNSPMPDSB, în format electronic și tipărit (fax), rapoartele de validare a activității de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, în conformitate cu formularele prevăzute în ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(7) Lunar, respectiv trimestrial, SNSPMPDSB va transmite spitalelor rapoarte cu detalierea cauzelor de invalidare pentru fiecare caz, conform regulilor prevăzute în anexa nr. 1.

(8) Pentru decontarea activității lunare, spitalele vor utiliza, după caz, desfășurătoarele prevăzute în ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special.

(9) Pentru decontarea activității trimestriale, spitalele vor utiliza, după caz, desfășurătoarele prevăzute în ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special.

#### ART. 3

Pentru cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și care au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului în condițiile art. 71 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013, se va întocmi și se va raporta doar fișa de spitalizare de zi, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, cu modificările și completările ulterioare.

#### ART. 4

Direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate, spitalele, precum și SNSPMPDSB vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

#### ART. 5

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

#### ART. 6

Începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 25/2012 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. 109 din 10 februarie 2012, cu completările ulterioare.

Asigurări de Sănătate,  
Doru Bădescu

București, 29 aprilie 2013.

Nr. 226.

ANEXA 1

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 nr. 16 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

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. 423/191/2013, a serviciilor medicale aferente stării posttransplant și a cazurilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 124/2013 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014.

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.

A17 Cazuri internate în unitățile sanitare publice cu paturi, prin transfer de la unitățile sanitare private cu paturi

Motiv: Aceste cazuri sunt decontate unităților sanitare publice cu paturi de către unitățile sanitare private care sunt obligate să plătească unităților sanitare publice cu paturi costurile efectiv realizate cu aceste cazuri, în termen de maximum 30 de zile de la data emiterii facturii.

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 invalidează cazurile clasificate în DRG 93020 (Diagnostice principale inacceptabile).

B07 Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordanț cu vârsta/greutatea

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Se invalidează cazurile clasificate în 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.

B09 Cazuri clasificate în DRG A1040 (Traheostomie sau ventilație >95 ore), datorită procedurii G05005 Suport ventilator continuu mai mult de 96 ore, pentru care durata totală de spitalizare este mai mică de 96 de ore.

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba de o eroare de înregistrare a datei și orei de internare și/sau de externare sau de o eroare în alegerea procedurii.

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, drept coduri adiționale pentru un alt diagnostic principal.

B11 Cazuri cu diagnostic principal de tipul sechelă 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 în DRG A2021 și A2022, care au avut o intervenție chirurgicală asociată cu o procedură de anestezie generală împreună cu o procedură de intubație.

Motiv: Conform standardelor de codificare, anestezia generală include și procedura de intubație.  
B13 Cazuri cu diagnostic principal de deshidratare și unul din diagnosticele secundare de tipul gastroenterită.

Motiv: Conform standardelor de codificare, gastroenterita ar trebui codificată întotdeauna ca diagnostic principal, înaintea celui de deshidratare. Rehidratarea, care se efectuează oricum pentru tratamentul acestui tip de afecțiuni, nu permite alocarea codului de deshidratare, acesta din urmă codificându-se numai când există documentare clinică și este menționat în mod expres de medicul curant.

B14 Cazuri aferente nou-născuților sau copiilor cu vârsta sub un an, pentru care codurile de diagnostic de tipul P07.1\_ și P07.2\_ alocate nu corespund cu greutatea la internare înregistrată.

Motiv: Cel puțin una dintre informațiile privind greutatea la internare sau diagnosticul sunt înregistrate eronat.

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

Motiv: Conform standardelor de codificare, în momentul în care se codifică un neoplasm secundar este obligatorie și codificarea celui primar. În cazul în care neoplasmul primar nu a fost identificat, se va utiliza codul C80.

B16 Cazuri aferente corecțiilor estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 117/2013 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

B17 Cazuri aferente serviciilor de fertilizare in vitro

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 117/2013

B18 Cazuri 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 sânului asociate sexului masculin.

B19 Cazuri pentru care s-a codificat procedura H16101 în absența oricărei altei intervenții chirurgicale.

Motiv: Denumirea acestei proceduri "Controlul hemostazei, post intervenție chirurgicală, neclasificată în alta parte" sugerează faptul că a existat o intervenție chirurgicală anterior. În situația în care intervenția chirurgicală a avut loc în alt episod de spitalizare și niciunul din codurile prevăzute la Standardul de codificare "Reintervenția" nu poate fi aplicat, cazul se poate revalida prin intermediul Comisiei de analiză.

B20 Cazuri cu diagnostic secundar R13 Disfagia

Motiv: Codul R13 face parte din categoria semne/simptome și nu ar trebui utilizat decât atunci când nu se poate stabili un diagnostic mai precis, la cazurile îndrumate spre altă unitate sanitară pentru investigații suplimentare sau care reprezintă probleme importante de îngrijire prin ele însele.

Excepții: De la această regulă fac excepție cazurile pentru care există codificat un diagnostic principal sau secundar de tipul I60-I64 (boli cerebrovasculare), deoarece standardele de codificare prevăd condiții speciale în care R13 Disfagia poate fi alocat pentru a marca severitatea unui atac vascular cerebral.

ANEXA 2

METODOLOGIE

de evaluare a cazurilor invalidate pentru care  
se solicită revalidarea

Evaluarea cazurilor invalidate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB), pentru care se solicită revalidarea, precum și a cazurilor pentru care casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, au constatat nereguli privind corectitudinea datelor înregistrate se realizează în cadrul unei comisii de analiză. Comisia de analiză este formată din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și reprezentanți ai spitalului, cu excepția medicului curant al cazului respectiv. Membrii comisiei de analiză vor fi desemnați în scris de către cele două instituții.

Spitalul este obligat să pună în aplicare deciziile comisiei de analiză.

#### 1. Descrierea generală a procesului

Înregistrările electronice transmise de spitale către SNSPMPDSB sunt supuse procesului de validare în conformitate cu regulile de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă prevăzute în anexa nr. 1 la ordin. Înregistrările sunt returnate spitalelor, împreună cu rezultatul validării (validat sau invalidat).

Pentru cazurile invalidate se specifică și motivul invalidării. Pentru cazurile invalidate spitalele vor revedea datele care au determinat invalidarea și vor putea revalida cazurile respective prin retransmiterea lor către SNSPMPDSB, după ce le corectează și/sau cer aviz de revalidare din partea comisiei de analiză.

Avizul de revalidare se poate obține numai după evaluarea cazurilor respective de către comisia de analiză.

În situația în care comisia de analiză constată raportarea eronată, codificarea necorespunzătoare sau neconcordanța dintre foaia de observație clinică generală (FOCG) și înregistrarea electronică va dispune efectuarea corecturilor necesare și retransmiterea cazurilor către SNSPMPDSB.

Retransmiterea cazurilor pentru revalidare se face doar cu ocazia regularizărilor trimestriale.

Trimestrial, SNSPMPDSB va informa casele de asigurări de sănătate cu privire la cazurile revalidate, prin aviz de revalidare, precizând pentru fiecare caz următoarele: numărul FOCG, data internării, data externării, secția. Pe baza acestor informații, casele de asigurări de sănătate au obligația de a verifica dacă datele puse la dispoziție de SNSPMPDSB coincid cu informațiile din deciziile de validare ale comisiei de analiză. În cazul constatării unor neconcordanțe între cele două documente, casele de asigurări de sănătate vor anunța spitalul pentru ca acesta din urmă să modifice înregistrările respective în conformitate cu deciziile comisiei de analiză.

Nerespectarea reglementărilor privind datele clinice la nivel de pacient (neconcordanța dintre datele colectate electronic și datele din FOCG, neconcordanța dintre datele înscrise în FOCG și serviciile efectuate în realitate, codificări care nu respectă reglementările în vigoare și orice alte situații de acest fel), constatate în urma controalelor efectuate la spital de către casele de asigurări de sănătate, pot fi contestate de spital și se soluționează prin intermediul comisiei de analiză, convocată la inițiativa spitalului.

#### 2. Aspecte tehnice

##### 2.1. Clasificarea regulilor de validare

Regulile de validare sunt clasificate în două grupe, în funcție de posibilitatea supunerii datelor respective spre evaluare comisiei de analiză:

- grupa A - reguli pentru care datele respective nu pot fi supuse evaluării;
- grupa B - reguli pentru care datele respective pot fi supuse evaluării.

De exemplu:

- un caz cu vârsta negativă va fi invalidat pe regula A05, dar datele care au determinat invalidarea (data nașterii și data internării) nu pot fi supuse evaluării de către comisia de analiză, ci ele trebuie verificate și corectate de spital;

- un caz pentru care nu a fost înregistrat CNP va fi invalidat pe regula B03, dar cauza invalidării (lipsa CNP) poate fi supusă evaluării de către comisia de analiză și, în situația în care spitalul prezintă o justificare pertinentă pentru lipsa acestuia, comisia de analiză poate aviza cazul pe regula respectivă;

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

#### OBSERVAȚIE:

Avizul de revalidare se referă la caz, și nu la regulile de validare, ceea ce înseamnă că avizul de revalidare nu se poate da decât atunci când cazul este avizat pe toate regulile de tip B. Concret, dacă un caz este invalidat 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 revalidare și, implicit, el nu va mai fi retransmis către SNSPMPDSB.

#### 2.2. Proceduri

Spitalul poate acționa după cum urmează:

##### a) Pentru cazurile invalidate la SNSPMPDSB

Intervenția spitalului asupra datelor cazurilor invalidate trebuie să țină cont de următoarele reguli:

- datele care vor fi corectate sunt cele care au încălcat regulile din grupa A;

- datele pentru care se cere avizul casei de asigurări de sănătate în vederea revalidării sunt cele care au încălcat regulile din grupa B. Cererea avizului de revalidare presupune ca datele respective să nu fie modificate.

Deoarece un caz invalidat poate avea date incorecte care trebuie corectate și/sau date corecte pentru care se va cere avizul de revalidare, înseamnă că există 3 situații:

##### 1. Cazul invalidat are exclusiv date incorecte.

În această situație se corectează datele respective și se retransmite cazul cu corecturile efectuate la SNSPMPDSB.

##### 2. Cazul invalidat are exclusiv date corecte.

În această situație nu se fac niciun fel de modificări și se cere avizul de revalidare.

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

Dacă avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de validare" la SNSPMPDSB.

##### 3. Cazul invalidat are atât date incorecte, cât și date corecte.

În această situație se corectează datele incorecte și se cere avizul de revalidare pentru datele corecte (fără a se face niciun fel de modificări pe acestea).

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

Dacă avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de validare" la SNSPMPDSB.

#### OBSERVAȚII:

- Retransmiterea unui caz cu modificări efectuate nu asigură validarea lui decât dacă modificările au corectat eroarea. De exemplu, dacă se înlocuiește un cod de diagnostic eronat cu alt cod de diagnostic tot eronat, cazul va fi din nou invalidat.

- Retransmiterea unui caz cu date corectate nu asigură validarea lui decât pe regulile corespunzătoare acelor date. De exemplu, dacă pentru un caz invalidat pe regulile A03 și A05 se corectează eroarea referitoare la data intervenției chirurgicale principale, dar nu și eroarea referitoare la vârstă (sau invers), cazul va fi din nou invalidat.

- "Cererea de validare" are efect doar pe regulile din grupa B. Dacă invalidarea cazului s-a produs și pe alte reguli, retransmiterea ca "Cerere de validare" fără corectarea celorlalte cauze de invalidare se va solda tot cu invalidarea cazului.

b) Pentru cazurile invalidate la solicitarea casei de asigurări de sănătate

În situația în care în urma evaluării cazurilor respective de către casa de asigurări de sănătate/comisia de analiză 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 și retransmis".

Spitalele trebuie să transmită înregistrările electronice modificate ale acestor cazuri la SNSPMPDSB cu ocazia următoarei regularizări trimestriale pentru anul în curs. Pentru cazurile aferente anului precedent, spitalele trebuie să transmită înregistrările electronice modificate ale acestor cazuri la SNSPMPDSB, la termenele prevăzute în ordin.

SNSPMPDSB va genera către spital și casa de asigurări de sănătate un raport cu clasificarea grupelor de diagnostic a acestor cazuri.

3. Obținerea avizului de revalidare prin comisia de analiză a cazurilor invalidate la SNSPMPDSB

Primul pas în obținerea avizului de revalidare îl constituie sesizarea de către spital a medicului-șef din cadrul caselor de asigurări de sănătate, pe baza modelului prezentat mai jos:

Spitalul .....

Către: medicul-șef al Casei de Asigurări de Sănătate.....

Lista cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea prin comisia de analiză, conform Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....

Nr. crt. ....

Codul spitalului .....

Secția.....

Nr. foi de observație clinică generală (FOCG) .....

Data externării pacientului .....

Reguli pentru care se solicită validarea\*) .....

\*) Se va nota în câte un rând separat fiecare regulă pentru care se solicită revalidarea.

Motivul pentru care se solicită validarea .....

Data .....

Director general,

.....

(semnătura și ștampila)

Medicul-șef din cadrul casei de asigurări de sănătate are obligația de a organiza o întâlnire a comisiei de analiză în termen de maximum 10 zile de la primirea înștiințării de la spital. Modalitatea practică de evaluare a cazurilor externate este decisă de comisia de analiză și va consta, după caz, în:

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

Informațiile urmărite în evaluare de către comisia de analiză includ:

- motivul internării;
- diagnosticele principale și secundare, acordându-se atenție relației dintre acestea atât din punct de vedere medical, cât și din punctul de vedere al cronologiei acestora;
- secția/secțiile în care a fost îngrijit și din care a fost externat pacientul;
- motivul externării;

- intervențiile chirurgicale - tipul acestora, eventualele complicații;
- alte informații pe care comisia de analiză le consideră utile.

Analiza fiecărui caz se încheie cu un raport scris al comisiei de analiză, în care sunt menționate argumentele care au condus la avizarea sau neavizarea cazului, raport semnat de toți membrii comisiei care au participat la evaluarea cazului respectiv. Raportul va fi elaborat în două exemplare, pentru spital și, respectiv, pentru casa de asigurări de sănătate, și va conține în mod explicit decizia de avizare sau neavizare pentru revalidare a fiecărui caz.