

**INFORMARE**  
**ACTE NORMATIVE ADOPTATE ÎN APLICAREA**  
**DECRETULUI PENTRU INSTITUIREA STĂRII DE ALERTĂ**

**v Decizia Curții Constitutionale nr. 455/2021 referitoare la sesizarea de neconstituționalitate a Hotărârii Parlamentului României nr. 36/2021 pentru revocarea doamnei Renate Weber din funcția de Avocat al Poporului, publicată în Monitorul Oficial 666/06.07.2021**

**→ Curtea Constituțională prin Decizia nr. 455 pronunțată în data de 29 iunie 2021 a admis sesizarea de neconstituționalitate formulată de grupurile parlamentare ale Partidului Social Democrat din Camera Deputaților și Senat și a constatat că Hotărârea Parlamentului României nr. 36/2021 pentru revocarea doamnei Renate Weber din funcția de Avocat al Poporului este neconstituțională.**

**v Ordinul ministrului sănătății nr. 961/2021 pentru aprobarea Reglementărilor specifice privind constrângerile de doză și recomandările pentru persoanele implicate în îngrijirea și susținerea pacienților care fac obiectul expunerii medicale la radiații ionizante, publicat în Monitorul Oficial 669/07.07.2021**

**→Se aprobă Reglementările** specifice privind constrângerile de doză și recomandările pentru persoanele implicate în îngrijirea și susținerea pacienților care fac obiectul expunerii medicale la radiații ionizante, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

**→Unitățile care furnizează servicii medicale de radiologie de diagnostic și radiologie intervențională, medicină nucleară și radioterapie (brahiterapie), din sistemul public și privat, indiferent de forma de organizare, răspund prin managerul unității de respectarea aplicării prezentului ordin la nivelul unității.**

**→Laboratoarele de igiena radiațiilor din cadrul direcțiilor de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București verifică respectarea prevederilor prezentului ordin.**

**→Furnizorii de servicii medicale de radiologie de diagnostic și radiologie intervențională, medicină nucleară și radioterapie (brahiterapie), direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București duc la îndeplinire prevederile prezentului ordin.**

\* Prezentul ordin transpune prevederile art. 56 alin. (5) din Directiva 2013/59/Euratom a Consiliului din 5 decembrie 2013 de stabilire a normelor de securitate de bază privind protecția împotriva pericolelor prezentate de expunerea la radiațiile ionizante și de abrogare a directivelor 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom și 2003/122/Euratom, publicată în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, seria L, nr. 13/1 din 17.01.2014.

## **Reglementari din 2021 specifice privind constrângerile de doză și recomandările pentru persoanele implicate în îngrijirea și susținerea pacienților care fac obiectul expunerii medicale la radiații ionizante**

### **Art. 1**

(1) Constrângerea de doză este o restricție stabilită ca limită superioară a dozelor proiectate, utilizată pentru a defini seria de opțiuni avute în vedere în procesul de optimizare a protecției împotriva radiațiilor ionizante pentru o sursă de radiații într-o situație de expunere planificată.

(2) În domeniul imagisticii medicale, constrângerea de doză reprezintă o restricție impusă dozei ce ar putea fi primită de o persoană de la o sursă de radiații utilizată în scop medical, bazată pe o evaluare prospectivă, și nu reprezintă o limită de doză.

### **Art. 2**

Prezentele reglementări se aplică persoanelor care, în cunoștință de cauză și voluntar, sunt implicate în îngrijirea și susținerea pacienților care fac obiectul expunerii medicale la radiații ionizante în scop de diagnostic sau de tratament.

### **Art. 3**

În sensul prezentelor reglementări, constrângerea de doză este o restricție impusă dozei ce ar putea fi primită de o persoană de la o sursă de radiații utilizată în scop medical, bazată pe o evaluare prospectivă, și nu reprezintă o limită de doză.

### **Art. 4**

Constrângerea de doză considerată ca valoare de referință este de 5 mSv per episod, deoarece acest tip de expunere se întâmplă foarte rar în viața unei persoane, nefiind o formă de expunere continuă pe toată durata vieții.

### **Art. 5**

Constrângerile de doză se bazează pe factorii de risc care sunt dependenți de vârsta persoanei la data expunerii la radiații ionizante. Dacă se consideră factorul de risc mediu pentru persoanele adulte, atunci pentru copiii nenăscuți sau pentru copiii de până la 10 ani factorul de risc este de 3 ori mai mare față de riscul mediu, iar pentru persoanele în vârstă factorul de risc este de 5-10 ori mai mic decât riscul mediu.

### **Art. 6**

Se consideră două grupuri de persoane care pot asigura sprijinul și confortul persoanelor care sunt supuse expunerii medicale:

a) familia și prietenii apropiați (aparținătorul sau însoțitorul legal). Expunerea acestui grup poate fi justificată deoarece pentru aceste persoane se poate considera beneficiu faptul că pacientul este supus expunerii medicale;

b) în lipsa unei persoane apropiate, respectiv a aparținătorului sau însoțitorului legal, se pot asigura sprijinul și confortul pacientului care este supus expunerii medicale de către o altă persoană care este în cunoștință de cauză și voluntară. În general, această persoană nu asigură sprijinul și confortul altor persoane supuse expunerii medicale.

### **Art. 7**

Constrângeri de doză recomandate:

Grup de persoane	Constrângere de doză
Copii până în 18 ani	1 mSv
Adulți cu vârsta între 18 și 60 de ani	3-5 mSv*
Adulți în vârstă de peste 60 de ani	15 mSv

\*Constrângerea de doză este stabilită per episod, dacă nu a existat o altă situație de expunere. Constrângerea trebuie să fie utilizată cu flexibilitate, iar în cazul părinților cu copii foarte bolnavi pot fi acceptate doze mai mari.

#### **Art. 8**

În cazul persoanei menționate la art. 6 lit. b) nu se aplică constrângerea de doză, dar se aplică limita de doză pentru populație de 1 mSv.

#### **Art. 9**

Recomandări specifice în radiologia de diagnostic și radiologia intervențională:

a) furnizorii de servicii de radiologie de diagnostic și intervențională trebuie să aibă protocoale scrise privind măsurile de protecție împotriva radiațiilor ionizante pentru persoanele implicate în susținerea pacienților în timpul examinărilor medicale;

b) protocolul trebuie să includă următoarele:

(i) metodele pentru evitarea expunerii persoanei care susține pacientul (de exemplu, administrarea de sedative sau utilizarea mijloacelor de fixare pentru pacienții pediatrici, în special pentru procedurile care necesită timp lung de expunere, precum procedurile de tomografie computerizată);

(ii) cerințele de selectare a persoanelor care susțin pacienții (de exemplu, prieteni sau rude, condiții de vârstă, condiție ca aceste persoane să nu fie însărcinate);

(iii) o descriere a poziționării persoanei față de tubul RX, și anume departe de fasciculul direct;

(iv) tipul și grosimea echivalentului de plumb pentru mijloacele de protecție individuală care trebuie utilizate;

(v) alte aspecte considerate importante din punctul de vedere al specificului laboratorului, astfel încât prin aplicarea acestui protocol să se demonstreze că este puțin probabil ca doza efectivă încasată de persoana care susține pacientul să depășească constrângerea de doză stabilită.

#### **Art. 10**

Recomandări specifice în medicina nucleară:

a) precauții pentru populație sunt foarte rar impuse după procedurile de medicină nucleară de diagnostic, dar procedurile de terapie, în special cele cu iod radioactiv (I-131), pot avea drept rezultat expunerea semnificativă a persoanelor din imediata vecinătate a pacientului tratat, cu precădere a persoanelor implicate în îngrijirea și susținerea acestuia;

b) în cazul terapiei cu iod, contaminarea internă prin inhalarea aerosolilor cu iod radioactiv exhalăți de către pacient poate ajunge la depășirea cantității maxime admise de radiații;

c) furnizorii de servicii de medicină nucleară trebuie să se asigure că persoanele implicate în îngrijirea și susținerea pacienților tratați cu radiofarmaceutice, dar și vizitatorii, membrii

familiei și toate persoanele care locuiesc în aceeași casă cu pacientul primesc instrucțiuni scrise suficient de clare, astfel încât aceștia să nu depășească constrângerea de doză stabilită;

d) regula de bază care trebuie respectată este păstrarea distanței;

e) perioada de respectare a instrucțiunilor este stabilită pentru fiecare pacient în parte în funcție de cantitatea de radiofarmaceutic administrată și este comunicată pacientului la externare;

f) în situația în care printre persoanele care locuiesc în aceeași casă cu pacientul sunt și copii mici până în 10 ani, aceștia vor fi lăsați în grija prietenilor sau bunicilor dacă acest lucru este posibil, deoarece riscul pentru acest grup este mai mare;

g) instrucțiunile transmise pacientului tratat trebuie să includă următoarele:

- când călătoriți către casă după tratament, este de preferat să călătoriți singur; în caz contrar mențineți o distanță cât mai mare posibil între dumneavoastră și șofer. Mergeți direct acasă;
- pe cât posibil, rezervați o baie pentru uzul personal. Păstrați toaleta curată, trăgând apa de trei ori după fiecare utilizare. Bărbații trebuie să se așeze pentru a evita împrăștierea urinei contaminate;

- spălați-vă pe mâini după fiecare utilizare a toaletei;

- faceți cel puțin un duș pe zi, spălați-vă frecvent pe mâini;

- spălați vesela și tacâmurile separat de cele utilizate de restul familiei;

- dacă preparați mâncare pentru restul familiei utilizați mănuși din plastic;

- separați hainele, lenjeria, prosoapele utilizate de dumneavoastră de cele ale membrilor familiei și, de asemenea, spălați-le separat;

- dormiți singur/singură;

- limitați contactul fizic (mențineți o distanță de cel puțin 1 m) față de ceilalți, mai ales față de copiii sub 18 ani și față de femeile însărcinate. Puteți să petreceți până la maximum: 45 de minute pe zi la o distanță de 1 m față de alte persoane, 2 h pe zi la o distanță de 2 m față de alte persoane și până la 7 h pe zi la o distanță de 3 m față de alte persoane. La distanțe de peste 4 m față de alte persoane puteți să petreceți oricât timp doriți.

- evitați activitatea sexuală;

- nu vă reîntoarceți la muncă sau la școală;

- evitați locurile aglomerate și deplasările cu mijloacele de transport în comun;

- curățați bine baia înainte ca oricare altă persoană să o folosească;

- activitatea sexuală poate fi reluată după o perioadă stabilită de medicul de medicină nucleară, însă cu metode adecvate de contracepție;

- evitați sarcina pentru 6 luni de la tratament. Evitați concepția (în cazul bărbaților) pentru 6 luni de la tratament. Discutați metodele de contracepție cu medicul dumneavoastră;

- alăptarea trebuie întreruptă total în cazul terapiei mamei;

h) în cazul decesului pacientului la scurt timp după administrarea radiofarmaceuticelor în scop terapeutic, pentru evitarea expunerii externe a persoanelor din apropiere, este bine să se ceară acordul unui expert în protecție radiologică sau expert în fizică medicală cu competențe în medicină nucleară, pentru efectuarea autopsiei sau pentru preluarea cadavrului de către familie și organizarea de funeralii, acestea fiind permise numai după ce s-a scurs un anumit timp stabilit de către expert.

## **Art. 11**

Recomandări specifice în radioterapie (brahiterapie):

a) în cazul pacienților tratați cu implanturi permanente de surse radioactive închise, în majoritatea cazurilor, doza persoanelor implicate în îngrijirea și susținerea pacienților este sub valoarea de 1 mSv pe an;

b) precauții speciale trebuie avute în vedere în cazurile excepționale în care partenera pacientului este însărcinată în momentul implantării, iar doza estimată pentru aceasta ar putea depăși 1 mSv pe an;

c) furnizorii de servicii de brahiterapie trebuie să se asigure, pentru fiecare pacient tratat cu implant permanent de surse radioactive închise, că persoanele implicate în îngrijirea și susținerea pacienților, dar și persoanele care locuiesc în aceeași casă cu pacientul primesc instrucțiuni scrise suficient de clare, astfel încât acestea să nu depășească constrângerea de doză stabilită;

d) în cazul decesului pacientului în primele câteva luni după implantarea unei surse închise nu este recomandată incinerarea cadavrului deoarece materialul radioactiv rămâne în cenușa pacientului și de asemenea poate fi eliberat în aer, inhalat potențial de personalul crematoriului sau de persoane din populație;

e) incinerarea poate fi permisă dacă au trecut 12 luni de la implantarea de iod-125 sau 3 luni de la implantarea de paladiu-103.

**v Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 641/2021 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea, publicat în Monitorul Oficial 672/07.07.2021**

→ **Se aprobă regulile de confirmare** din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și metodologia de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea, prevăzute în anexele nr. 1-3, și se aplică pentru cazurile externate, pe perioada de valabilitate a reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022.

→ 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 4 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

→ Spitalele vor raporta în format electronic setul minim de date la nivel de pacient în spitalizarea de zi (*SMDPZ*), aferent cazurilor rezolvate/serviciilor furnizate în luna respectivă, 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, până la data de 4 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

→ Trimestrial, în perioada 14-18 a lunii următoare trimestrului încheiat, spitalele vor transmite în format electronic cazurile/serviciile neconfirmate pentru care se solicită reconfirmarea, precum și cazurile/serviciile neraportate din lunile anterioare. În perioada 10-

14 decembrie, spitalele vor transmite în format electronic cazurile/serviciile neconfirmate pentru care se solicită reconfirmarea, precum și cazurile neraportate până la data de 30 noiembrie. Cazurile/Serviciile neconfirmate pentru care se solicită reconfirmarea, precum și cele neraportate până la sfârșitul anului pot fi raportate în perioada 14-18 ianuarie a anului următor. Raportările se vor realiza conform prevederilor legale în vigoare.

→Lunar, până la data de 7, Casa Națională de Asigurări de Sănătate va primi de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, denumită în continuare *SNSPMPDSB*, în format electronic, datele/informațiile de confirmare clinică și medicală a activității aferente lunii precedente, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

→Trimestrial, până la data de 21 a lunii următoare trimestrului încheiat, iar pentru trimestrul IV până la data de 16 decembrie, respectiv până la data de 21 ianuarie a anului următor, Casa Națională de Asigurări de Sănătate va primi de la *SNSPMPDSB*, în format electronic, datele/informațiile de confirmare clinică și medicală a activității, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

→Lunar, respectiv trimestrial, *SNSPMPDSB* va transmite Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele/informațiile cu detalierea cauzelor de neconfirmare pentru fiecare caz, în conformitate cu legislația în vigoare și cu regulile prevăzute în anexele nr. 1 și 2, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Metodologia de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea este prevăzută în anexa nr. 3.

→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 și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special.

→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 și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special.

→Pentru cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și care au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului în condițiile art. 92 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 se va întocmi și se va raporta doar fișa de spitalizare de zi.

→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.

→Prevederile prezentului ordin se aplică pentru toate cazurile care au data externării, data închiderii fișei, respectiv pentru toate serviciile furnizate în regim de spitalizare de zi, începând cu luna iulie 2021.

→Anexele nr. 1-3 fac parte integrantă din prezentul ordin.

→Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare începând cu luna iulie 2021.

→Începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 840/2018 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 288 din 30 martie 2018, cu modificările și completările ulterioare.

#### **ANEXA nr. 1:**

### **REGULI DE CONFIRMARE CLINICĂ ȘI MEDICALĂ a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă**

Sunt neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale următoarele cazuri:

#### **1. 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).

#### **2.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).

#### **3.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.

#### **4.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 despre o eroare în cel puțin una dintre rubrici.

#### **5.A05 Cazuri cu vârsta negativă**

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

#### **6.A06 Cazuri cu durata de spitalizare negativă**

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 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.

### **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 bază de tarif pe zi de spitalizare și durată 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/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). 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 simptomatologie COVID-19 sau viceversa.

#### **15.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.

#### **16.B06 Cazuri cu diagnostic principal inacceptabil**

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Nu se confirmă cazurile clasificate în DRG 93020 (Diagnostice principale inacceptabile).

#### **17.B07 Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordant cu vârsta/greutatea**

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Nu se confirmă cazurile clasificate în DRG 93030 (Diagnostice neonatale neconcordante cu vârsta/greutatea).

#### **18.B08 Cazuri internate și externate în aceeași zi**

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

Excepții: De la această regulă fac excepție cazurile decedate, cazurile care sunt clasificate în grupurile de diagnostice specifice spitalizării de zi, cazurile pentru care la rubrica Situații speciale s-a bifat: Infecție confirmată cu COVID19 sau Suspiciune/Testare pentru infecție cu COVID-19, neconfirmată.

#### **19.B09 Cazuri clasificate în DRG A1040 (traheostomie sau ventilație > 95 de ore), datorită procedurii G05005 Suport ventilator continuu mai mult de 96 de 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 despre o eroare de înregistrare a datei și orei de internare și/sau de externare sau despre o eroare în alegerea procedurii.

#### **20.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.

#### **21.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.

**22.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.

**23.B13 Cazuri cu diagnostic principal de deshidratare și unul dintre 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.

**24.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 este înregistrată eronat.

**25.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.

**26.B16 Cazuri aferente corecțiilor estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani, cu excepția reconstrucției mamare prin endoprotezare și a simetrizării consecutive acesteia în cazul intervențiilor chirurgicale oncologice**

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform art. 205 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. **696/2021**.

**27.B17 Cazuri aferente serviciilor de fertilizare in vitro**

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform art. 205 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. **696/2021**.

**28.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 sânelui asociate sexului masculin.

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

Motiv: Denumirea acestei proceduri "Controlul hemostazei, postintervenție chirurgicală, neclasificată în altă 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 dintre codurile prevăzute la Standardul de codificare "Reintervenția" nu poate fi aplicat, cazul se poate reconfirma prin intermediul Comisiei de analiză.

### **30.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.

### **31.B21 Cazuri clasificate în DRG E101\_, E102\_, cu diagnostic principal de tipul G47\_, J96\_ sau J98\_ și procedură principală sau secundară de tip E043\_, E010\_, E005\_, E009\_**

Motiv: În cele mai multe cazuri este vorba despre selectarea eronată a diagnosticului principal.

### **32.B22 Cazuri clasificate în DRG U3070, pentru pacienți care nu au fost internați/transferți într-o secție de psihiatrie, în respectivul episod de spitalizare**

Motiv: În cele mai multe cazuri este vorba despre selectarea eronată a diagnosticului principal.

## **ANEXA nr. 2:REGULI DE CONFIRMARE CLINICĂ ȘI MEDICALĂ a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare de zi**

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, secții 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 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. **1.068/627/2021** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. **696/2021** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a **Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării**

**asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022** 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. **1.068/627/2021** 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 lista 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. **1.068/627/2021**

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. **1.068/627/2021**, 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. **1.068/627/2021**.

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. **1.068/627/2021** 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. **1.068/627/2021**, 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. **1.068/627/2021**

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, pentru fișele de spitalizare de zi de tip serviciu (S), tipul acestuia trebuie să fie inclus în lista B.3.1, B.3.2, 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. **1.068/627/2021**, 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 lista B.3.2, B.4.1 și B.4.2 pe aceeași vizită sau pe vizite diferite. Nu se confirmă vizitele cu serviciu B.3.2, B.4.1 și B.4.2 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.

**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. **696/2021**, 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. **1.068/627/2021**, 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. **1.068/627/2021**, 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. 1.068/627/2021**

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 sa 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 și 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. **1.068/627/2021**. Vârsta se calculează în ani, ca diferență între data închiderii fișei și data nașterii, pentru pozițiile 34 și 35 din lista B.1, respectiv între 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. **1.068/627/2021**.

#### **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. 1.068/627/2021**

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. **1.068/627/2021** 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. 1.068/627/2021**

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. **1.068/627/2021** se verifică

dacă sunt raportate pe aceeași vizită sau pe vizite diferite toate condițiile din coloana "Servicii obligatorii" din nomenclatorul specific.

### **ANEXA nr. 3:METODOLOGIE de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea**

#### **CAPITOLUL I:Dispoziții generale**

Evaluarea cazurilor neconfirmate din punct de vedere clinic și medical de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) pentru care se solicită reconfirmarea, 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.

#### **CAPITOLUL II:Procesul de evaluare**

##### **SECȚIUNEA 1:Descrierea generală a procesului**

Înregistrările electronice transmise de spitale către SNSPMPDSB sunt supuse procesului de confirmare în conformitate cu regulile de confirmare clinică și medicală a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi prevăzute în anexele nr. 1 și 2 la ordin. Înregistrările sunt returnate spitalelor de către casele de asigurări de sănătate, ulterior procesului de validare (fiecare înregistrare va avea bifă "validat/nevalidat", precum și "confirmat/neconfirmat").

Pentru cazurile neconfirmate se specifică și motivul. Pentru cazurile neconfirmate spitalele vor revedea datele care au determinat respingerea lor și vor putea retransmite cazurile respective către SNSPMPDSB, după ce le corectează și/sau cer aviz de reconfirmare din partea comisiei de analiză.

Avizul de reconfirmare 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 reconfirmare se face doar cu ocazia regularizărilor trimestriale.

Trimestrial, SNSPMPDSB va informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate cu privire la cazurile reconfirmate, prin aviz de reconfirmare, 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 confirmare 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/fișa 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 asigurări de sănătate, poate fi contestată de spital și se soluționează prin intermediul comisiei de analiză, convocată la inițiativa spitalului.

## **SECȚIUNEA 2:Aspecte tehnice**

### **2.1.Clasificarea regulilor de confirmare clinică și medicală**

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

- 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 analiză, ci trebuie verificate și corectate de spital;
- un caz neconfirmat 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;
- 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 analiză, 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 către SNSPMPDSB.

### **2.2.Proceduri**

Spitalul poate acționa după cum urmează:

#### **a)Pentru cazurile neconfirmate la SNSPMPDSB**

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

- datele care vor fi corectate sunt cele care au încălcat regulile din grupa A sau din grupa C; în situația particulară a serviciilor cuprinse în lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. **1.068/627/2021**, neconfirmarea pe reguli de tip C se referă la vizitele respective, și nu la întreaga fișă de spitalizare de zi;

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

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

1.Cazul neconfirmat are exclusiv date incorecte.

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

2.Cazul neconfirmat are exclusiv date corecte.

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

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

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

3.Cazul neconfirmat are atât date incorecte, cât și date corecte.

În această situație se corectează datele incorecte și se cere avizul de reconfirmare 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 confirmare" la SNSPMPDSB.

**OBSERVAȚII:**

- Retransmiterea unui caz cu modificări efectuate nu asigură confirmarea 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 nu va fi confirmat.

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

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

**b) Pentru cazurile inițial confirmate, 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 Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate un raport cu clasificarea grupelor de diagnostic a acestor cazuri.

### **SECȚIUNEA 3:Obținerea avizului de reconfirmare prin comisia de analiză a cazurilor neconfirmate la SNSPMPDSB**

Primul pas în obținerea avizului de reconfirmare 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 neconfirmate pentru care se solicită reconfirmarea prin comisia de analiză, conform Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .... /2021 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea.

Nr. crt. ....

Codul spitalului .....

- Secția .....

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

Data externării pacientului .....

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

Motivul pentru care se solicită confirmarea .....

Data .....

Director general,

.....

(semnătura și ștampila)

\_\_\_\_\_

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

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 neconfirmați).

Informațiile urmărite în evaluare de către comisia de analiză includ:

- motivul internării;
- diagnosticile 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 reconfirmare a fiecărui caz.