

METODOLOGIE din 9 aprilie 2015

de evaluare a cazurilor neconfirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea

EMITENT

• **CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Publicat în **MONITORUL OFICIAL nr. 289 din 28 aprilie 2015**

Data intrării în vigoare 28-04-2015

Abrogat de Articolul 8 din ORDIN nr. 412 din 4 iulie 2016 la data 26-07-2016

Capitolul I

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

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 informări, 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 a 2-a

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 pentru care nu a fost înregistrat CNP nu va fi confirmat, în conformitate cu regula B03, dar cauza respingerii (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 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. 388/186/2015, 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 a 3-a

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. 208/2015](#) privind aprobarea regulilor de confirmare din punct 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 punct 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*)

Notă

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

Motivul pentru care se solicită confirmarea

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 externe 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;
- 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 reconfirmare a fiecărui caz.
