

# REGULI DE CONFIRMARE CLINICĂ ȘI MEDICALĂ din 9 aprilie 2015

a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă  
(actualizate la data de 30 aprilie 2015\*)

EMITENT • CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

**Data intrării în vigoare 28-04-2015**

Formă consolidată valabilă la data 30-04-2015

Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 30-04-2015 până la data de 18-11-2015

-----  
Notă CTCE

\*) Notă CTCE:

Forma actualizată a acestui act normativ la data de 30 Aprilie 2015 este realizată de către Departamentul juridic din cadrul S.C. "Centrul Teritorial de Calcul Electronic" S.A. Piatra-Neamț prin includerea tuturor modificărilor și completărilor aduse de către [ORDINUL nr. 243 din 29 aprilie 2015](#).

Conținutul acestui act aparține exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamț și nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat pentru informarea utilizatorilor.

Sunt neconfirmate din punct 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 de 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 nr. 206/2015](#) privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016.

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. 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.

12. 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.

Excepții: Fac excepție cazurile raportate din secții finanțate pe bază de tarif pe zi de spitalizare și durată efectiv realizată.

13. B03 Pacienți 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.

14. 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.

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 (Diagnostiche principale inacceptabile).

17. B07 Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordanț cu vârsta/greutatea

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Nu se confirmă cazurile clasificate în DRG 93030 (Diagnostiche 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 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.

19. 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.

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 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.

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

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform [art. 19 din Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#), cu modificările și completările ulterioare.

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. 19 din Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#), cu modificările și completările ulterioare.

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 sânelor 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 din 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 cu diagnostic principal de tipul G47\_ și procedură principală sau secundară de tip E0430\_.

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.

-----