

ORDIN Nr. 1503/1009 din 11 decembrie 2013

pentru modificarea și completarea 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

EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Nr. 1.503 din 11 decembrie 2013

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Nr. 1.009 din 10 decembrie 2013

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 786 din 16 decembrie 2013

Văzând Referatul de aprobare nr. E.N. 12.630 din 11 decembrie 2013 al Ministerului Sănătății și nr. DG 2.192 din 10 decembrie 2013 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și ale 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, cu modificările ulterioare,

în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. I

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, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 14 din 9 ianuarie 2007, cu modificările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 2, alineatele (1) și (2) se modifică și vor avea următorul cuprins:
"ART. 2

(1) Codificarea medicală a bolilor în spitalele din România se face conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1.

(2) Codificarea procedurilor medicale în spitalele și unitățile ambulatorii de specialitate din România se face conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011."

2. La articolul 3, alineatul (6) se modifică și va avea următorul cuprins:

| medic operator principal |
 Echipa operatorie: | medic operator II medic ATI |
 | medic operator III asistent/ă |
 Data și ora începerii intervenției: ___/___/___:___
 Data și ora sfârșit intervenție: ___/___/___:___

Examen citologic
 Examen extemporaneu
 Examen histopatologic (biopsie - piesă operatorie)

Transfer între secțiile spitalului:

Secția	Diagnostic	Data și ora intrării	Data și ora ieșirii	Nr. zile spitalizare

Starea la externare: vindecat (1); ameliorat (2); staționar (3);
 agravat (4); decedat (5) |
 Tipul externării: externat (1); externat la cerere (2); transfer
 interspitalicesc (3); decedat (4) |
 Deces: intraoperator (1); postoperator: 0 - 23 ore (2);
 24 - 47 ore (3); > 48 ore (4) |

Data și ora decesului: zi |_|_| luna |_|_| an |_|_|_|_| ora |_|_|_|_|

Diagnostic în caz de deces:
 a. Cauza directă (imediată)
 b. Cauza antecedentă

I Stări morbide inițiale:
 c.
 d.

II Alte stări morbide importante
 Diagnostic anatomo-patologic (autopsie), macroscopic:

 Microscopic:

Codul morfologic (în caz de cancer) M |_|_|_|_|_|

Explorări funcționale:

	Denumirea	Codul	Nr.
1.	_ _ _ _ _ _ _	_ _
2.	_ _ _ _ _ _ _	_ _
3.	_ _ _ _ _ _ _	_ _
4.	_ _ _ _ _ _ _	_ _
5.	_ _ _ _ _ _ _	_ _
		- - - - -	- -

- 2. Tegumente
- 3. Grupe ganglioni palpabile
- 4. Sân
- 5. Organe genitale feminine
- 6. Citologia secreției vaginale
- 7. Prostată și rect
- 8. Alte

ALTE EXAMENE DE SPECIALITATE

EXAMENE DE LABORATOR

EXAMENE RADIOLOGICE (rezultate)

EXAMENE ECOGRAFICE (rezultate)

INTERVENȚII CHIRURGICALE (numărul intervenției chirurgicale, protocol operator):

Nota 3

privind structura prin care se realizează internarea pacientului

Internat prin	Cod
Biroul de internări	1
Camera de gardă	2
Unitate de primire urgențe	3
Centru de primire urgențe	4

ANEXA 2

(Anexa nr. 3 la Ordinul nr. 1.782/576/2006)

INSTRUCȚIUNI

privind completarea formularului Foaie de observație clinică generală (FOCG)

1. Completarea următoarelor rubrici se face cu litere majuscule: județul, localitatea, spitalul, secția, numele, prenumele și toate diagnosticele de pe prima pagină.

2. Completarea FOCG se face pe baza următoarelor acte oficiale:

a) buletin de identitate;
b) talon de pensie;
c) certificat de naștere pentru copiii sub 15 ani (care nu au încă buletin de identitate);

d) pașaport;

e) permis de conducere.

3. Rubricile se completează și se codifică astfel:

3.1. Județul și localitatea se referă la spital; completarea codului județului se va face alfabetic pe județele țării, codificându-se, conform listei prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentele instrucțiuni, cu 01 (județul Alba) și în continuare până la 42 (municipiul București).

3.2. Spitalul și secția se trec și se codifică conform nomenclatorului unităților sanitare publicat pe pagina de internet a Ministerului Sănătății: www.ms.ro, respectiv Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare. Următoarele structuri se codifică astfel:

Nr. crt.	Secție	Cod
1.	Recuperare medicală	1393_REC
2.	Psihiatrie cronici	1333.2
3.	Psihiatrie cronici (lungă durată)	1333.1
4.	Distrofici pediatrie (recuperare pediatrică)	1272.2

5.	Pediatrie (recuperare pediatrică)	1272.1
6.	Neonatologie (prematuri) aferentă unei maternități de gradul III	1222.2
7.	Neonatologie (prematuri) aferentă unei maternități de gradul II	1222.1
8.	Îngrijiri paliative	1061_PAL

3.3. Numărul de înregistrare al FOCG se face după codul unic al spitalului din Registrul de intrări-ieșiri pentru spitalizarea continuă; numerotarea începe cu 00001 la data de 1 ianuarie a fiecărui an.

3.4. CNP pacient - se completează pe baza unui act oficial menționat la pct. 2, după cum urmează:

- a) pentru cetățenii români;
- b) pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au atribuit de către Ministerul Administrației și Internelor cod numeric personal;
- c) pentru cetățenii statelor membre ale UE/SEE/Elveția, beneficiari ai formularelor europene, care au atribuit de către Ministerul Administrației și Internelor cod numeric personal.

3.5. Situații speciale - se codifică atunci când situația o impune conform notei 1 a formularului FOCG.

3.6. Întocmit de - se trece numele medicului care a întocmit FOCG și se aplică parafa acestuia.

3.7 Internat prin: se codifică conform notei 3 a formularului FOCG.

3.8. Sexul - se completează în căsuța alăturată litera M (masculin) sau F (feminin).

3.9. Data nașterii - se codifică în căsuțele respective cu 01 - 31 (zi), 01 - 12 (lună), 2013 și în continuare pentru anul calendaristic respectiv.

3.10. Domiciliul legal - județul, localitatea, sectorul - pentru municipiul București, urban/rural, strada și numărul etc. se completează pe baza actelor oficiale prevăzute la pct. 2.

3.11. Reședința corespunde cu județul, localitatea, sectorul etc. unde locuiește în prezent persoana spitalizată și se completează, de asemenea, pe baza actelor oficiale prevăzute la pct. 2.

3.12. Cetățenia - se bifează în căsuța corespunzătoare pe baza documentelor de identitate și se înscrie pentru cetățenii străini cetățenia.

3.13. Greutatea la naștere se completează pentru nou-născuți.

3.14. Greutatea la internare se completează pentru copiii sub un an (0 - 1 an).

3.15. CNP-ul mamei se completează numai în FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 1 an.

3.16. Număr FOCG al mamei se completează numai în FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 1 an, când mama este internată în același spital.

3.17. Ocupația - se trece în căsuța alăturată codului ocupației (de la 1 la 8).

3.18. Locul de muncă se completează pe baza dovezii eliberate de unitatea unde este angajată persoana respectivă.

3.19. Nivelul de instruire - se trece în căsuța alăturată codul pentru nivelul de instruire (de la 1 la 9).

3.20. Statut asigurat - se completează pe baza documentelor care atestă calitatea de asigurat, după cum urmează:

a) asigurat CNAS - pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie, facultativă, acord internațional, card european, formulare europene;

b) asigurare voluntară - pentru cei care au o asigurare privată;

c) neasigurat - pentru pacienții care nu au nici asigurare CNAS, nici asigurare voluntară.

3.21. Tip asigurare - se completează numai pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare CNAS, astfel:

a) se bifează "Obligatorie" pentru cetățenii români sau străini care au un document doveditor pentru acest tip de asigurare;

b) se bifează "Asigurare facultativă" pentru cetățenii români sau străini care au un document doveditor pentru acest tip de asigurare;

c) se bifează "Acord internațional" pentru persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale în domeniul sănătății. În absența codului numeric personal al pacientului se completează numărul pașaportului;

d) se bifează "Card european" pentru cetățenii străini care prezintă un card european de asigurări sociale de sănătate emis de un alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European/Elveția. În baza acestui card, persoana respectivă beneficiază de acele servicii medicale care devin necesare în perioada șederii sale în România; în această situație se completează și numărul cardului în secțiunea Nr. card european;

e) se completează "Formulare europene" (E106, E109, E112, E120, E121, Sxxx) pentru cetățenii străini, pe baza formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială. În absența codului numeric personal al pacientului se completează numărul pașaportului;

f) Nr. card național - se completează pentru cetățenii români pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate.

3.22. CAS - se completează pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie și asigurare facultativă.

3.23. Criteriul de internare - se completează numeric în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului de aprobare a contractului-cadru conform notei 2 privind criteriile de internare a formularului FOCG.

4. Grupul sangvin, Rh și alergic la - se completează fie pe baza actelor medicale ale pacientului, fie pe baza investigațiilor ce se efectuează la internarea în spital.

5. Tipul internării - se trece în căsuța alăturată codul tipului de trimitere (de la 1 la 5, respectiv 9), după cum urmează:

1 - fără bilet de internare;

2 - bilet de internare de la medicul de familie (BI MF);

3 - bilet de internare de la medicul specialist (BI MS);

4 - transfer interspitalicesc;

5 - internare la cerere;

9 - alte - bilet de internare de la medici care au încheiate convenții cu casa de asigurări de sănătate pentru a elibera bilete de internare: medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Pentru tipul internării BI MF (2), BI MS (3) și alte (9) se completează seria BI cu seria biletului de internare și nr. BI cu numărul biletului de internare.

6. Data internării și externării, ora internării și externării, numărul zilelor de spitalizare și numărul de zile de concediu medical acordate la externare se completează în căsuțele corespunzătoare.

7. Diagnosticul de trimitere se completează de medicul de gardă pe baza biletului de trimitere (internare) numai pentru pacienții care se prezintă la spital cu bilet de trimitere (internare); se notează diagnosticul precizat de medicul care a trimis pacientul pentru a fi spitalizat; diagnosticul de trimitere nu se codifică.

8. Diagnosticul de internare este cel al medicului de gardă al spitalului și este semnat și parafat; el se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1.

9. Diagnosticul la 72 de ore este cel al medicului curant, nu se codifică.

10. Diagnosticul la externare se completează și se codifică de către medicul curant conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011. În caz de transfer intraspitalicesc, comisia de specialitate/consiliul medical din spital va stabili pentru o FOCG un singur diagnostic principal al episodului respectiv de îngrijiri, iar celelalte diagnostice vor fi trecute, dacă este cazul, la diagnostice secundare și complicații.

10.1. Diagnosticul principal are două rânduri, al doilea pentru situațiile de codificare duală:

10.1.1. în caz de traumatisme și otrăviri:

a) în primul rând se trece natura acestora (capitolele S, T din clasificarea RO DRG v.1);

b) în al doilea rând se trece cauza externă (capitolele V, W, X, Y din clasificarea RO DRG v.1);

10.1.2. în cazul afecțiunilor notate cu dagger (+) și asterisc (*):

a) în primul rând se trece diagnosticul cu (+);

b) în al doilea rând se trece cel cu (*).

10.2. Diagnosticele secundare (complicații/comorbidități) se înregistrează pentru celelalte afecțiuni, concomitente cu diagnosticul principal, trecându-se exclusiv complicațiile/comorbiditățile pentru care pacientul a fost investigat și tratat în timpul episodului respectiv de boală; se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.

NOTĂ:

La codificare se va ține seama de standardele și reglementările de clasificare și codificare în vigoare, trecându-se exclusiv complicațiile/comorbiditățile pentru care pacientul a necesitat îngrijiri suplimentare și/sau monitorizare, a fost investigat și/sau tratat în timpul episodului respectiv de boală.

11. Număr de ore de ventilație mecanică - se completează cu numărul de ore de ventilație mecanică continuă, cuprins între data, ziua, ora intubării și data, ziua, ora detubării, calculat astfel:

a) dacă pacientul nu necesită asistarea respirației, numărul de ore de ventilație mecanică nu se completează;

b) dacă pacientul necesită asistarea respirației într-un singur episod de ventilație mecanică pe durata spitalizării, numărul de ore de ventilație mecanică este egal cu durata acestui episod;

c) dacă pacientul necesită asistarea respirației în episoade de ventilație mecanică fragmentate pe durata spitalizării, numărul de ore de ventilație mecanică este egal cu durata celui mai lung episod.

12. Intervenția chirurgicală principală, cele concomitente, alte intervenții chirurgicale: se completează pe baza Registrului protocol operator, trecându-se echipa operatorie, codurile respective, conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011, data și ora de început și de sfârșit a acestora.

a) Data și ora de început se referă la momentul în care pacientul este poziționat în vederea efectuării procedurii chirurgicale.

b) Data și ora de sfârșit se referă la momentul în care pacientul părăsește sala de operație/cabinetul de examinare.

13. Examen citologic, extemporaneu, histopatologic - se trec elementele mai importante ale examenelor respective efectuate în spital.

14. Transfer între secțiile spitalului - se completează de fiecare secție în care a fost internat și transferat pacientul.

15. Starea la externare, tipul externării și decesul intraoperator și postoperator se completează și se codifică de medicul curant în căsuțele respective.

16. Diagnosticul în caz de deces se completează și se codifică tot de medicul curant, concomitent cu certificatul constatator de deces, în conformitate cu regulile de codificare cuprinse în Reglementările CIM-10 OMS.

17. Diagnosticul anatomopatologic se completează pe baza buletinului de examinare histopatologică ale anatomopatologului care, în caz de tumori maligne, trece și codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broșura de clasificare a tumorilor.

18. Explorări funcționale și investigații radiologice - se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcționale și radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente și separat numărul de explorări și investigații. Codificarea se face conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.

19. Motivele internării - se trec semnele și simptomele care au motivat spitalizarea pacientului.

20. Anamneza și istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole [a), b), c), d), e)] tot ce cunoaște pacientul despre antecedentele familiale, personale și boala care a necesitat spitalizarea.

21. Examenul clinic general, examenul oncologic, alte examene speciale, cele radiologice, anatomopatologice, ecografice etc. Examenul clinic general este cel al medicului curant, iar celelalte sunt ale altor secții sau laboratoare și sunt trecute în buletinele de investigații, din care medicul curant va trece în FOCG ceea ce este mai important pentru cazul tratat, anexând și buletinele.

22. Susținerea diagnosticului și tratamentului, epicriza și recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant* și de revăzut de șeful secției respective. Cuprinde rezumativ principalele etape ale spitalizării și ale tratamentului acordat pe parcurs, recomandările date celui externat, medicamentele prescrise, comportamentul indicat acestuia în perioada următoare externării.

23. Semnătura și parafa medicului - se completează de către medicul curant.

* Se consideră medic curant numai medicii care lucrează în secțiile cu paturi, astfel:

a) în secțiile medicale va fi considerat medic curant medicul care parafează externarea și stabilește diagnosticele la externare;

b) în secțiile chirurgicale va fi considerat medic curant medicul care parafează externarea și stabilește diagnosticele la externare dacă nu s-au efectuat intervenții chirurgicale; sau medicul operator principal ("mâna întâi") la intervenția chirurgicală principală;

c) la secțiile de obstetrică-ginecologie:

- dacă nu există o naștere, se consideră medic curant medicul care parafează externarea și stabilește diagnosticele la externare dacă nu s-au efectuat intervenții chirurgicale; sau medicul operator principal ("mâna întâi") la intervenția chirurgicală principală;

- dacă are loc o naștere, se consideră medic curant medicul care a asistat nașterea sau medicul operator principal în cazul nașterii prin operație cezariană.

ANEXA 1

la instrucțiuni

LISTA codurilor județelor

JUDEȚUL	Cod județ
ALBA	1
ARAD	2
ARGEȘ	3
BACĂU	4
BIHOR	5
BISTRIȚA-NĂSĂUD	6
BOTOȘANI	7
BRAȘOV	8
BRĂILA	9
BUZĂU	10
CARAȘ-SEVERIN	11
CĂLĂRAȘI	12
CLUJ	13
CONSTANȚA	14
COVASNA	15
DÂMBOVIȚA	16
DOLJ	17
GALAȚI	18
GIURGIU	19
GORJ	20
HARGHITA	21
HUNEDOARA	22
IALOMIȚA	23
IAȘI	24
ILFOV	25
MARAMUREȘ	26
MEHEDINȚI	27

4. Diagnosticul principal și diagnosticele secundare se codifică conform Listei tabelare a bolilor conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011, de către medicul curant.

5. Procedurile medicale se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.

6. Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator în vigoare din 15 februarie 2006.

7. Înregistrarea procedurilor medicale și a investigațiilor de laborator se face distinct pentru fiecare vizită.

ANEXA 5

(Anexa nr. 6 la Ordinul nr. 1.782/576/2006)

Datele din foaia de observație clinică generală care formează Setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea continuă (SMDPC):

1. Codul de identificare a cazului externat
2. Codul de identificare a spitalului
3. Codul de identificare a secției
4. Numărul foii de observație clinică generală
5. Codul de identificare a pacientului - CID
6. Codul situației speciale (suspiciune de accident de muncă, suspiciune de boală profesională, accident rutier, vătămare corporală)
7. Structura prin care se realizează internarea pacientului
8. Sexul
9. Data nașterii
10. Județul de domiciliu al pacientului
11. Localitatea de domiciliu a pacientului
12. Cetățenia
13. Greutatea la naștere (doar pentru nou-născuți)
14. Greutatea la internare (copii 0 - 1 an)
15. CNP mamă
16. FOCG mamă
17. Ocupația
18. Nivelul de instruire
19. Statut asigurat
20. Tipul asigurării de sănătate
21. Nr. card european
22. Nr. pașaport
23. Nr. card național
24. Casa de asigurări de sănătate
25. Tipul internării
26. Serie bilet internare
27. Număr bilet internare
28. Criteriul de internare
29. Data internării

30. Ora internării
31. Diagnosticul la internare
32. Data externării
33. Ora externării
34. Tipul externării
35. Starea la externare
36. Diagnosticul principal și diagnosticele secundare la externare
37. Numărul de ore de ventilație mecanică
38. Intervenția chirurgicală principală efectuată
39. Data și ora de începere a intervenției chirurgicale principale
40. Data și ora sfârșitului de intervenție chirurgicală principală
41. Alte intervenții chirurgicale, data și ora de începere a intervenției, data și ora sfârșitului de intervenție
42. Alte proceduri: explorări funcționale, investigații radiologice, precum și numărul acestora
43. Transferurile intraspitalicești (secția, data și ora)
44. Tip deces asociat cu intervenția chirurgicală principală: intraoperator (1), postoperator 0 - 23 ore (2), postoperator 24 - 47 ore (3), postoperator 48 ore și peste (4)
45. Data și ora decesului
46. Codul de parafă al medicului curant
47. Codul de parafă al medicului operator

ANEXA 6

(Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1.782/576/2006)

Datele din fișa de spitalizare de zi care formează Setul minim de date la nivel de pacient pentru spitalizarea de zi (SMDPZ):

1. Codul de identificare a cazului externat
2. Codul de identificare a unității sanitare
3. Codul de identificare a secției
4. Numărul fișei de spitalizare de zi
5. Codul de identificare a pacientului - CID
6. Sexul
7. Data nașterii
8. Județul de domiciliu al pacientului
9. Localitatea de domiciliu a pacientului
10. Cetățenia
11. Ocupația
12. Nivelul de instruire
13. Statut asigurat
14. Tipul asigurării de sănătate
15. Nr. card european
16. Nr. pașaport

17. Nr. card național
18. Casa de asigurări de sănătate
19. Data deschiderii fișei
20. Data închiderii fișei
21. Tipul de serviciu de spitalizare de zi
22. Data vizitei
23. Diagnosticul principal și diagnosticele secundare la închiderea fișei
24. Procedurile efectuate
25. Investigațiile de laborator efectuate
26. Codul de parafă al medicului curant
