



# MONITORUL OFICIAL

## AL

# ROMÂNIEI

Anul 186 (XXX) — Nr. 288

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 30 martie 2018

### SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
407.	— Ordin al ministrului sănătății privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 368/2017 pentru aprobarea Normelor privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maxime ale medicamentelor de uz uman .....	2–8
	ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	
840.	— Ordin 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 .....	9–15

# ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂȚĂII

## ORDIN

**privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 368/2017**

**pentru aprobarea Normelor privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maxime ale medicamentelor de uz uman**

Văzând Referatul nr. S.P. 2.992 din 30.03.2018 al Direcției politica medicamentului și a dispozitivelor medicale din cadrul Ministerului Sănătății,

având în vedere prevederile art. 890 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul prevederilor art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

**ministrul sănătății emite următorul ordin:**

**Art. I.** — Ordinul ministrului sănătății nr. 368/2017 pentru aprobarea Normelor privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maxime ale medicamentelor de uz uman, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 215 din 29 martie 2017, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

**1. La articolul 3, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 3. — (1) La intrarea în vigoare a prezentului ordin, prețurile maxime ale medicamentelor autorizate de punere pe piață și prețurile de referință generice/biosimilare aprobate în Canamed rămân valabile până la publicarea ordinului de aprobare a prețurilor calculate în urma corecției anuale, dar nu mai târziu de 1 octombrie 2018.”

**2. În anexă, la articolul 3 alineatul (1), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„a) *actualizarea prețurilor* — ajustarea anuală a prețurilor de referință generice/biosimilare/inovative și a prețurilor de producător din Catalogul național al prețurilor realizată de către Ministerul Sănătății prin aplicarea la prețurile de referință generice/biosimilare/inovative și la prețurile aprobate din Catalogul național al prețurilor și din Catalogul public a cursului mediu de schimb valutar leu/euro al Băncii Naționale a României, aferent primului trimestru al anului curent în care se realizează actualizarea; actualizarea prețurilor de referință generice/biosimilare/inovative și a prețurilor de producător din Catalogul național al prețurilor constituie etapă de realizare în cadrul procedurii de corecție anuală a prețurilor.”

**3. În anexă, la articolul 3 alineatul (1), după litera h) se introduce o nouă literă, litera h<sup>1</sup>), cu următorul cuprins:**

„h<sup>1</sup>) *medicament derivat din sânge sau plasmă umană* — medicament definit conform art. 699 pct. 11 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, medicament pe bază de constituenți din sânge, preparați industrial de unități publice sau private; asemenea medicamente includ în special albumină, factori de coagulare și imunoglobuline de origine umană. În scopul prezentelor norme, medicamentele derivate din sânge uman sau plasmă umană sunt considerate medicamente inovative.”

**4. În anexă, la articolul 3 alineatul (1), după litera s) se introduce o nouă literă, litera ș), cu următorul cuprins:**

„ș) *Punctul de contact unic electronic* — reprezintă platforma pentru integrarea serviciilor de e-guvernare în Sistemul electronic național, gestionat și operat de Agenția pentru Agenda Digitală a României.”

**5. În anexă, la articolul 3, alineatele (2), (3) și (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„(2) Încadrarea în categoria de medicament biosimilar, generic, orfan, inovativ, imunologic, derivat din sânge sau plasmă umană se realizează de către Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, denumită în continuare ANMDM.

(3) Pentru efectuarea oricărei analize comparative de preț, transformarea prețurilor de producător din alte valute în lei se face luându-se în considerare cursul mediu de schimb valutar folosit la ultima corecție.

(4) Cu excepția cazului în care se prevede altfel în prezentele norme, în scopul aplicării prezentelor norme, prețurile, atât cele propuse, cât și cele aprobate, vor fi exprimate prin două zecimale, iar valoarea cursului de schimb valutar utilizat în vederea calculării prețului va fi exprimată potrivit cursului de schimb al Băncii Naționale a României.”

**6. În anexă, la articolul 4, alineatul (6) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(6) În cazul medicamentelor prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. h) și h<sup>1</sup>), prețul propus de deținătorul APP/reprezentant trebuie să fie mai mic sau cel mult egal cu media aritmetică a celor mai mici 3 prețuri ale aceluiași medicament din lista țărilor de comparație. Dacă medicamentul are preț înregistrat doar într-o singură țară din lista de comparație sau, după caz, doar în țara de origine, prețul propus de deținătorul de APP trebuie să fie mai mic sau cel mult egal cu prețul din țara respectivă. Dacă medicamentul nu are preț înregistrat în niciuna din țările de comparație și nici în țara de origine, se aprobă prețul propus de către deținătorul de APP/reprezentant.”

**7. În anexă, la articolul 4, alineatele (5), (9), (10), (14) și (15) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„(5) Prețul de producător propus pentru Canamed trebuie să fie mai mic sau cel mult egal cu cel mai mic preț al aceluiași medicament din lista țărilor cu care se efectuează comparația, prevăzute la art. 5 alin. (1) lit. d). Pentru efectuarea oricărei analize comparative de preț, transformarea prețurilor de producător din alte valute în lei se face luându-se în considerare cursurile medii de schimb valutar ale Băncii Naționale a României aferente primului trimestru al anului curent.

(9) Prețul stabilit la finalul corecției anuale se aprobă pentru o perioadă limitată de un an, calculată de la data aprobării acestuia în Canamed și în Catalogul public prin ordin al ministrului sănătății.

(10) Prețurile medicamentelor aprobate ulterior corecției anuale a prețurilor efectuate în condițiile art. 14 sunt valabile până la data următoarei corecții a prețurilor.

(14) Cu 180 de zile înainte de data expirării termenului în condițiile alin. (9), deținătorul APP sau reprezentantul va depune la minister, într-un termen maxim de 30 de zile, în vederea corecției prețului, documentația de aprobare a prețului. Documentația poate fi transmisă electronic prin intermediul Punctului de contact unic electronic, accesând linkul [www.edirect.e-guvernare.ro](http://www.edirect.e-guvernare.ro), aflat pe site-ul Ministerului Sănătății, și va cuprinde următoarele:

- a) documentele prevăzute la art. 5 alin. (1) și (2);
- b) extras «Detalii medicament» de pe site-ul ANMDM;
- c) completarea machetei afișate pe pagina de internet a ministerului.

(15) Pentru anul 2018, documentația de aprobare a prețului de producător în vederea corecției se depune de către deținătorul de APP/reprezentant începând cu data de 30.04.2018 până la data de 31.05.2018.”

**8. În anexă, la articolul 5, alineatele (1) și (2) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„Art. 5. — (1) În vederea aprobării prețurilor medicamentelor de uz uman prevăzute la art. 2 alin. (1) și (4), solicitantul va depune la Ministerul Sănătății, structura de specialitate, următoarele documente, putând transmite electronic prin intermediul Punctului de contact unic electronic, accesând linkul [www.edirect.e-guvernare.ro](http://www.edirect.e-guvernare.ro), aflat pe site-ul Ministerului Sănătății, cu respectarea prezentelor norme:

a) cerere-tip, conform anexei nr. 1, prin care deținătorul APP sau reprezentantul solicită aprobarea în condițiile prezentelor norme a nivelului de preț de producător propus în lei;

b) copie a APP sau a deciziei Comisiei Europene emise în cadrul procedurii centralizate ori a autorizației privind furnizarea de medicamente pentru nevoi speciale (ANS);

c) copie de pe anexele APP sau ale deciziei Comisiei Europene emise în cadrul procedurii centralizate ori a autorizației privind furnizarea de medicamente pentru nevoi speciale, inclusiv rezumatul caracteristicilor produsului și prospectul în limba țării în care este autorizat și traducerea acestuia în limba română, pentru ANS;

d) comparația cu prețul de producător autorizat în:

- Republica Cehă;
- Republica Bulgaria;
- Republica Ungară;
- Republica Polonă;
- Republica Slovacă;
- Republica Austria;
- Regatul Belgiei;
- Republica Italiană;
- Lituania;
- Spania;
- Grecia;
- Germania,

cu prezentarea de către deținătorul APP sau reprezentant de copii de pe cataloagele existente pe piețele respective, în vigoare la data depunerii documentației;

e) declarație pe propria răspundere a deținătorului APP sau a reprezentantului că toate informațiile cuprinse în documentația de avizare a prețului sunt complete, corecte și respectă integral modul de calcul al prețului prevăzut în prezentele norme, conform anexei nr. 2, precum și declarații pe propria răspundere cu prețul din cataloagele existente în țările de comparație prevăzute la lit. d), inclusiv declarație pe propria răspundere că

nu există preț înregistrat și nici forma de ambalare apropiată de cea solicitată în cataloagele existente în țările de comparație prevăzute la lit. d), în vigoare la data depunerii documentației, conform anexei nr. 3.

(2) Când medicamentul nu are preț în niciuna dintre țările prevăzute la alin. (1) lit. d), prețul se compară cu cel din țara de origine și trebuie să fie mai mic sau cel mult egal cu prețul aceluiși medicament din țara de origine; în acest caz documentația depusă include și o copie de pe catalogul de prețuri din țara respectivă.”

**9. În anexă, după art. 5 se introduce un nou articol, articolul 51, cu următorul cuprins:**

„Art. 51. — (1) Prin excepție de la prevederile art. 5, pentru medicamentele care au preț aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în cazul schimbării codului CIM a medicamentului, în aceeași mărime de ambalaj (număr de unități terapeutice) și același preț, solicitantul va depune la Ministerul Sănătății, structura de specialitate, următoarele documente, cu respectarea prezentelor norme, care pot fi transmise electronic prin intermediul Punctului de contact unic electronic, accesând linkul [www.edirect.e-guvernare.ro](http://www.edirect.e-guvernare.ro), aflat pe site-ul Ministerului Sănătății:

- a) cerere-tip, conform anexei nr. 5;
- b) copie a APP;
- c) copie de pe anexele APP ori a autorizației de furnizare a medicamentelor pentru nevoi speciale;
- d) extras «Detalii medicament» de pe site-ul ANMDM.

(2) Ordinul privind aprobarea prețului medicamentului se emite în termen de 30 de zile de la primirea cererii-tip conform anexei nr. 5 și a documentației aferente complete, depuse de deținătorul APP sau de reprezentant, conform prezentelor norme.

(3) Prețul medicamentului aprobat este valabil până la următoarea corecție.

(4) Până la epuizarea stocurilor din circuitul de comercializare, prețul produsului cu vechiul cod CIM se va menține în Canamed. Dacă până la următoarea corecție nu a fost epuizat stocul din circuitul de comercializare cu vechiul cod CIM, noul deținător APP poate depune documentația în vederea corecției și pentru vechiul cod CIM, conform prezentelor norme.”

**10. În anexă, la articolul 8, alineatele (2), (3) și (7) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„(2) Pentru medicamentele inovative care și-au pierdut brevetul înainte de data intrării în vigoare a prezentului ordin, pentru care există medicamente generice/biosimilare cu preț aprobat la data intrării în vigoare a prezentului ordin, prețul se propune prin comparație cu prețurile acestor medicamente în țările prevăzute la art. 5 alin. (1) lit. d) sau, după caz, cu prețul din țara de origine și nu poate depăși prețul de referință inovativ. În cazul în care deținătorul APP sau reprezentantul nu declară prețul de referință inovativ prevăzut la art. 3 alin. (1) lit. o<sup>1</sup>, se vor aplica prevederile alin. (1).

(3) Începând cu corecția prețurilor pentru anul 2018, deținătorii APP/reprezentanții au obligația de a depune, pentru medicamentele inovative pentru care solicită aprobare de preț, declarația pe propria răspundere prevăzută în anexa nr. 4.

(7) Prevederile alin. (1), (2), (3) și (5) se aplică începând cu corecția prețurilor din anul 2018, iar pentru dosarele depuse în vederea aprobării prețurilor, prevederile prezentului articol se aplică începând cu momentul publicării ordinului de aprobare a prețurilor de la finalul corecției.”

**11. În anexă, la articolul 8, alineatul (4) se abrogă.**

**12. În anexă, articolul 9 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 9. — (1) În cazul în care prețul medicamentelor pentru nevoi speciale nu este în conformitate cu prezentele norme, Ministerul Sănătății poate aproba prețul propus pe perioada de valabilitate a autorizației privind furnizarea de medicamente pentru nevoi speciale.

(2) În situația în care cantitatea prevăzută în autorizația privind furnizarea de medicamente pentru nevoi speciale nu este epuizată până la expirarea termenului de valabilitate a acesteia, deținătorul poate solicita o singură dată, cu 30 de zile înainte de expirare, prelungirea valabilității prețului aprobat, în conformitate cu prevederile alin. (1). ANMDM va înștiința de îndată structura de specialitate din Ministerul Sănătății despre prelungirea valabilității autorizației privind furnizarea de medicamente pentru nevoi speciale.

(3) Deținătorul de ANS va depune la Ministerul Sănătății, structura de specialitate, în vederea prelungirii valabilității prețului, următoarele documente, care pot fi transmise electronic prin intermediul Punctului de contact unic electronic, accesând linkul [www.edirect.e-guvernare.ro](http://www.edirect.e-guvernare.ro), aflat pe site-ul Ministerului Sănătății:

- cerere-tip cu nivelul de preț aprobat anterior, conform anexei nr. 7;
- declarație pe propria răspundere, conform anexei nr. 2;
- copie de pe ANS (inițială), eliberată de ANMDM;
- copie de pe actul care dovedește prelungirea valabilității ANS, eliberată de ANMDM.”

**13. În anexă, articolul 11 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 11. — În cazul schimbării codului CIM a medicamentului în aceeași mărime de ambalaj (număr de unități terapeutice), prețul propus nu poate depăși prețul de producător aprobat anterior schimbării deținătorului APP, cu excepția medicamentelor imunologice și medicamentelor derivate din sânge sau plasmă umană pentru care se aplică prevederile art. 4 alin (6).”

**14. În anexă, la articolul 12, alineatele (1) și (2) se modifică și vor avea următorul conținut:**

„Art. 12. — (1) Prin excepție de la prevederile art. 5, în situația în care deținătorul APP sau reprezentantul consideră că poate să își diminueze prețul de producător maximal față de cel declarat și aprobat inițial, aceasta se va face până la efectuarea primei corecții și va putea transmite electronic prin intermediul Punctului de contact unic electronic, accesând linkul [www.edirect.e-guvernare.ro](http://www.edirect.e-guvernare.ro), aflat pe site-ul Ministerului Sănătății, cererea-tip conform anexei nr. 6.

(2) În cazul unei solicitări de creștere a prețului medicamentului, aceasta se poate efectua în intervalul dintre două corecții succesive numai pentru medicamentele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. h) și h<sup>1</sup>) în conformitate cu art. 4 alin. (6). În cadrul corecției prețurilor din anul 2018, prețul poate fi majorat doar pentru medicamentele de la art. 3 alin. (1) lit. h) și h<sup>1</sup>), iar pentru celelalte medicamente, numai cu diferențele de preț rezultate ca urmare a actualizării conform art. 15.”

**15. În anexă, la articolul 15, punctele 2.a) și 2.b) ale alineatului (2) și alineatul (2<sup>1</sup>) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„2.a) Actualizarea prețurilor de referință generice/biosimilare/inovative în lei se face anual, prin aplicarea cursului mediu de schimb valutar leu/euro al Băncii Naționale a României, aferent primului trimestru al anului curent în care se realizează actualizarea.

2.b) Actualizarea prevăzută la pct. 2.a) se realizează de către Ministerul Sănătății, prin aplicarea coeficientului rezultat din următoarea formulă:

$$PRact. = PRant. \times \left( 1 + \frac{CvE - CvP}{CvP} \right),$$

unde:

— *PRact.* — prețul de referință generic/biosimilar/inovativ actualizat;

— *PRant.* — prețul de referință generic/biosimilar anterior;

— *CvE* — curs mediu de schimb valutar leu/euro al Băncii Naționale a României, aferent primului trimestru al anului curent în care se realizează actualizarea;

— *CvP* — curs mediu de schimb valutar leu/euro al Băncii Naționale a României, luat în calcul la ultima aprobare a prețului maximal.

(2<sup>1</sup>) Actualizarea prețurilor de producător în lei pentru toate medicamentele existente în Canamed/Catalogul public se determină pe baza următoarei formule:

$$PPact. = PPant. \times \left( 1 + \frac{CvE - CvP}{CvP} \right),$$

unde:

— *PPact.* — prețul de producător maximal actualizat;

— *PPant.* — prețul de producător maximal anterior;

— *CvE* — curs mediu de schimb valutar leu/euro al Băncii Naționale a României, aferent primului trimestru al anului curent în care se realizează actualizarea;

— *CvP* — curs mediu de schimb valutar leu/euro al Băncii Naționale a României, luat în calcul la ultima aprobare a prețului maximal.”

**16. În anexă, la articolul 15, alineatul (2<sup>2</sup>) se abrogă.**

**17. În anexă, articolul 16 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 16. — Actualizarea prețurilor de referință generice/biosimilare/inovative și a prețurilor de producător pentru toate medicamentele din Canamed se realizează în cadrul procesului de corecție, constituie prima etapă a acesteia și se publică pe pagina de internet a ministerului.”

**18. În anexă, la articolul 17, alineatul (3) se abrogă.**

**19. În anexă, după articolul 20 se introduce un nou articol, articolul 20<sup>1</sup>, cu următorul cuprins:**

„Art. 20<sup>1</sup>. — Adaosul comercial de farmacie pentru medicamentele de uz uman prevăzut la art. 19 și adaosul de distribuție prevăzut la art. 20 sunt stabilite doar pentru calcularea prețurilor maxime cu ridicata, respectiv a prețurilor maxime cu amănuntul ale medicamentelor de uz uman.”

**20. În anexă, articolul 23 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 23. — Documentațiile în vederea aprobării prețului pentru medicamentele orfane, imunologice, medicamentele derivate din sânge sau plasmă umană, medicamentele autorizate pentru nevoi speciale, medicamentele notificate privind discontinuitatea și pentru medicamentele pentru care se solicită diminuarea prețului sunt analizate prioritar față de orice alte solicitări de aprobare a prețului.”

**21. Articolul 25 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 25. — Anexele nr. 1—7 fac parte integrantă din prezentele norme.”

**22. Anexa nr. 1 la norme se modifică și va avea următorul cuprins:**„ANEXA Nr. 1  
la norme**C E R E R E**  
**de aprobare a prețurilor la medicamente**

I.

A. Pentru prețul ce va fi aprobat în Canamed ....., deținător/reprezentant al deținătorului autorizației de punere pe piață/Deciziei Comisiei Europene nr. ...., solicit aprobarea/corecția prețului maximal de producător, a prețului maximal cu ridicata și cu amănuntul pentru produsul/produsele, după cum urmează:

Denumirea produsului*)	Formă farmaceutică*)	Formă de ambalare*)	DCI*)	Preț producător — lei —	Preț cu ridicata — lei —	Preț cu amănuntul — lei —

\*) Datele vor fi trecute în tabele în conformitate cu autorizația de punere pe piață sau cu Decizia Comisiei Europene.

Vă declar că nivelul/nivelurile prețului/prețurilor de producător respectă prevederile din Normele privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maximale ale medicamentelor de uz uman, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 368/2017, cu modificările și completările ulterioare.

B. Pentru prețul ce va fi aprobat în Catalogul public ....., deținător/reprezentant al deținătorului autorizației de punere pe piață/Deciziei Comisiei Europene nr. ...., solicit aprobarea/corecția prețului maximal de producător, a prețului maximal cu ridicata și cu amănuntul pentru produsul/produsele, după cum urmează:

Denumirea produsului*)	Formă farmaceutică*)	Formă de ambalare*)	DCI*)	Preț producător — lei —	Preț cu ridicata — lei —	Preț cu amănuntul — lei —

\*) Datele vor fi trecute în tabele în conformitate cu autorizația de punere pe piață sau cu Decizia Comisiei Europene.

Vă declar că nivelul/nivelurile prețului/prețurilor de producător respectă prevederile din Normele privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maximale ale medicamentelor de uz uman, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 368/2017, cu modificările și completările ulterioare.

II. Produsul/Produsele se regăsește/regăsesc în următoarele țări de comparație sau în țara de origine, cu următoarele niveluri ale prețului de producător înregistrate:

Țara de origine; țările de comparație și sursa informației pentru fiecare țară	Denumirea produsului	Forma farmaceutică	Forma de ambalare	Preț producător — lei —

Anexez în susținerea datelor prezentate copii de pe cataloagele existente în derulare în țările menționate mai sus, precum și din țara de origine, după caz.

Anexez dovada calității de reprezentant al deținătorului  (Se bifează doar dacă cererea este depusă de reprezentant.)

III. Prezint anexat, în conformitate cu Normele privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maximale ale medicamentelor de uz uman, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 368/2017, cu modificările și completările ulterioare, copie de pe următoarele documente:

Denumirea produsului	Nr. APP/Nr. Deciziei Comisiei Europene	Anexe

IV. Produsul/Produsele se încadrează în categoria medicamentelor:

- Inovative  
 Orfane  
 Generice  
 Biosimilar  
 Imunologic  
 PUMA (autorizație de uz pediatric)  
 Medicament derivat din sânge sau plasmă umană

V. Declar că informațiile și documentele prezentate respectă Normele privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maximale ale medicamentelor de uz uman, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 368/2017, cu modificările și completările ulterioare.

Date de contact: .....  
 (Compania) Nume: .....  
 Adresa: .....  
 Telefon: .....  
 E-mail: .....  
 Numele persoanei de contact pe probleme de prețuri .....  
 Data: .....  
 Semnătura: ..... ”

## 23. Anexa nr. 3 la norme se modifică și va avea următorul cuprins:

„ANEXA Nr. 3  
la norme**DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE**

Subsemnata/Subsemnatul, ....., deținătoare/deținător a/al CI/BI/P .....,  
cu domiciliul în ....., în calitate de reprezentant împuternicit al ....., cu sediul în .....,  
în calitate de:

- deținător al autorizației de punere pe piață;  
 reprezentant al deținătorului autorizației de punere pe piață;  
 (Se bifează în mod corespunzător.),

declar pe propria răspundere, în baza art. 5 alin. (1) lit. e) din Normele privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maxime ale medicamentelor de uz uman, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 368/2017, cu modificările și completările ulterioare, sub sancțiunea prevăzută de Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la falsul în declarații, că:

prețul din cataloagele existente în țările de comparație prevăzute la art. 5 alin. (1) lit. d) din norme, în vigoare la data depunerii documentației este următorul:

Nr. crt.	Țara de comparație	Preț existent în catalog (lei)
1.	Republica Cehă	
2.	Republica Bulgaria	
3.	Republica Ungară	
4.	Republica Polonă	
5.	Republica Slovacă	
6.	Republica Austria	
7.	Regatul Belgiei	
8.	Republica Italiană	
9.	Lituania	
10.	Spania	
11.	Grecia	
12.	Germania	

nu există preț înregistrat și nici formă de ambalare apropiată de cea solicitată în cataloagele existente în țările de comparație prevăzute la art. 5 alin. (1) lit. d) din norme, în vigoare la data depunerii documentației:

Nr. crt.	Țara de comparație	Nu există preț aprobat
1.	Republica Cehă	<input type="checkbox"/>
2.	Republica Bulgaria	<input type="checkbox"/>
3.	Republica Ungară	<input type="checkbox"/>
4.	Republica Polonă	<input type="checkbox"/>
5.	Republica Slovacă	<input type="checkbox"/>
6.	Republica Austria	<input type="checkbox"/>
7.	Regatul Belgiei	<input type="checkbox"/>
8.	Republica Italiană	<input type="checkbox"/>
9.	Lituania	<input type="checkbox"/>
10.	Spania	<input type="checkbox"/>
11.	Grecia	<input type="checkbox"/>
12.	Germania	<input type="checkbox"/>

Prezenta declarație face parte din documentația de aprobare/corecție a prețurilor prevăzută în Normele privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maxime ale medicamentelor de uz uman, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 368/2017, cu modificările și completările ulterioare.

Semnătura  
.....”

## 24. După anexa nr. 4 la norme se introduc 3 noi anexe, anexele nr. 5—7, cu următorul cuprins:

ANEXA Nr. 5  
la norme**CERERE**  
**de aprobare a prețurilor la medicamente care și-au schimbat codul CIM**

I.  
A. Pentru prețul aprobat în Canamed, ....., deținător/reprezentant al deținătorului autorizației de punere pe piață solicit emiterea ordinului privind prețul maximal de producător, prețul maximal cu ridicata și cu amănuntul pentru produsul/produsele care și-au schimbat codul CIM, după cum urmează:

Denumirea produsului*)	Formă farmaceutică*)	Formă de ambalare*)	DCI*)	CIM vechi	CIM nou	DAPP vechi	DAPP nou	Preț producător	Preț cu ridicata	Preț cu amănuntul

\*) Datele vor fi trecute în tabele în conformitate cu autorizația de punere pe piață.

Vă declar că nivelul/nivelurile prețului/prețurilor de producător respectă prețurile aprobate în Canamed.

B. Pentru prețul aprobat în Catalogul public, ....., deținător/reprezentant al deținătorului autorizației de punere pe piață solicit emiterea ordinului privind prețul maximal de producător, prețul maximal cu ridicata și cu amănuntul pentru produsul/produsele care și-au schimbat codul CIM, după cum urmează:

Denumirea produsului*)	Formă farmaceutică*)	Formă de ambalare*)	DCI*)	CIM vechi	CIM nou	DAPP vechi	DAPP nou	Preț producător	Preț cu ridicata	Preț cu amănuntul

\*) Datele vor fi trecute în tabele în conformitate cu autorizația de punere pe piață.

II. Declar că informațiile și documentele prezentate respectă Normele privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maximale ale medicamentelor de uz uman, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 368/2017, cu modificările și completările ulterioare.

Date de contact: .....  
 (Compania) Nume: .....  
 Adresa: .....  
 Telefon: .....  
 E-mail: .....  
 Numele persoanei de contact pe probleme de prețuri .....  
 Data: .....  
 Semnătura: .....

ANEXA Nr. 6  
la norme**CERERE**  
**de aprobare a prețurilor la medicamente pentru care DAPP solicită diminuarea voluntară a prețului de producător**

I.  
A. Pentru prețul aprobat în Canamed, ....., deținător/reprezentant al deținătorului autorizației de punere pe piață solicit emiterea ordinului privind prețul maximal de producător, prețul maximal cu ridicata și cu amănuntul pentru produsul/produsele pentru care diminuez voluntar nivelul de preț de producător, după cum urmează:

Denumirea produsului*)	Formă farmaceutică*)	Formă de ambalare*)	DCI*)	CIM	DAPP	Preț producător actual	Preț producător diminuat	Preț cu ridicata	Preț cu amănuntul

\*) Datele vor fi trecute în tabele în conformitate cu autorizația de punere pe piață.

Vă declar că nivelul/nivelurile prețului/prețurilor de producător respectă prețurile aprobate în Canamed.

B. Pentru prețul aprobat în Catalogul public, ....., deținător/reprezentant al deținătorului autorizației de punere pe piață solicit emiterea ordinului privind prețul maximal de producător, prețul maximal cu ridicata și cu amănuntul pentru produsul/produsele pentru care diminuez voluntar nivelul de preț de producător, după cum urmează:

Denumirea produsului*)	Formă farmaceutică*)	Formă de ambalare*)	DCI*)	CIM	DAPP	Preț producător actual	Preț producător diminuat	Preț cu ridicata	Preț cu amănuntul

\*) Datele vor fi trecute în tabele în conformitate cu autorizația de punere pe piață.

II. Declar că informațiile și documentele prezentate respectă Normele privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maximale ale medicamentelor de uz uman, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 368/2017, cu modificările și completările ulterioare.

Date de contact: .....  
 (Compania) Nume: .....  
 Adresa: .....  
 Telefon: .....  
 E-mail: .....  
 Numele persoanei de contact pe probleme de prețuri .....  
 Data: .....  
 Semnătura: .....

**C E R E R E**  
**de aprobare a prețurilor la medicamente în cazul prelungirii valabilității autorizației**  
**pentru furnizare de medicamente pentru nevoi speciale**

I. Pentru prețul aprobat în Canamed, ....., deținător/reprezentant al deținătorului autorizației pentru furnizare de medicamente pentru nevoi speciale solicit emiterea ordinului privind prelungirea valabilității prețului maximal de producător, a prețului maximal cu ridicata și cu amănuntul pentru produsul/produsele pentru care am obținut prelungirea valabilității autorizației pentru furnizare de medicamente pentru nevoi speciale:

Denumirea produsului*)	Formă farmaceutică*)	Formă de ambalare*)	DCI*)	CIM	DAPP	Preț producător actual	Preț producător propus	Preț cu ridicata	Preț cu amănuntul

\*) Datele vor fi trecute în tabele în conformitate cu autorizația pentru furnizare de medicamente pentru nevoi speciale, punere pe piață.

Vă declar că nivelul/nivelurile prețului/prețurilor de producător respectă prețurile aprobate în Canamed.

II. Declar că informațiile și documentele prezentate respectă Normele privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maximale ale medicamentelor de uz uman, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 368/2017, cu modificările și completările ulterioare.

Date de contact: .....

(Compania) Nume: .....

Adresa: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Numele persoanei de contact pe probleme de prețuri .....

Data: .....

Semnătura: ....."

**Art. II.** — Documentațiile depuse anterior în vederea corecției nu se mai soluționează. Pentru anul 2018, documentația de aprobare a prețului de producător în vederea corecției se va depune de către deținătorul autorizației de punere pe piață/reprezentant în termenul prevăzut la art. 4 alin. (15) din Normele privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maximale ale medicamentelor de uz uman, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 368/2017, cu modificările și completările ulterioare.

**Art. III.** — (1) Pentru dosarele de preț depuse și nesoluționate la data publicării prezentului ordin, precum și

pentru cele depuse până la 30.06.2018, transformarea prețurilor de producător din alte valute în lei se face luându-se în considerare cursurile medii de schimb valutar ale Băncii Naționale a României aferente trimestrului trei al anului 2017.

(2) Pentru dosarele de preț depuse după data de 1.07.2018, transformarea prețurilor de producător din alte valute în lei se face luându-se în considerare cursurile medii de schimb valutar ale Băncii Naționale a României aferente primului trimestru al anului 2018.

**Art. IV.** — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,  
**Sorina Pinte**

București, 30 martie 2018.

Nr. 407.



# ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

## ORDIN

### 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

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale relații contractuale nr. DRC 259 din 28.03.2018 și al Direcției generale medic șef din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. MSSM/954 din 28.03.2018,

în temeiul dispozițiilor:

— art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

— art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare;

— art. 96 alin. (1) lit. a), b) și g) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018—2019;

— Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018—2019;

— Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare,

**președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** emite următorul ordin:

Art. 1. — 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, 2 și 3, și se aplică pentru cazurile externate, pe perioada de valabilitate a reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018—2019.

Art. 2. — (1) Spitalele vor raporta în format electronic setul minim de date la nivel de pacient în spitalizarea continuă (SMDPC), aferent pacienților externati, 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.

(2) 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.

(3) 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.

(4) 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.

(5) 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.

(6) 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.

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

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

Art. 3. — Pentru cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și care au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului în condițiile art. 92 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 se va întocmi și se va raporta doar fișa de spitalizare de zi.

Art. 4. — Direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate, spitalele, precum și SNSPMPDSB vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 5. — Prevederile prezentului ordin se aplică pentru toate cazurile care au data externării, data închiderii fișei, respectiv

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Răzvan Teohari Vulcănescu**

București, 29 martie 2018.  
Nr. 840.

pentru toate serviciile furnizate în regim de spitalizare de zi, începând cu luna aprilie 2018.

Art. 6. — Anexele nr. 1—3 fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 7. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare la data de 1 aprilie 2018.

Art. 8. — Începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 182/2017 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. 216 din 29 martie 2017, cu 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 pentru anii 2017 și 2018.

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 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 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 și cazurile care sunt clasificate în grupurile de diagnostice specifice spitalizării de zi.

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 diagnosticile 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 afecțiune, 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. 205 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018.

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. 140/2018.

28. B18 Cazuri cu conflict între sexul pacientului și diagnosticile sau procedurile înregistrate

Motiv: Aceste cazuri conțin erori la nivelul datelor înregistrate, fie în ceea ce privește sexul pacientului, fie diagnosticile și procedurile codificate.

Excepții: De la această regulă fac excepție diagnosticile și procedurile legate de patologia sânului asociate sexului masculin.

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

## 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. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 — 2019, 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. 397/836/2018 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 servicii 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. 397/836/2018.

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. 397/836/2018, 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. 397/836/2018.

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. 397/836/2018 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. 397/836/2018, 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 servicii 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. 397/836/2018.

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. 397/836/2018, 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 B3.2, B.4.1 și B.4.2 pe aceeași vizită sau pe vizite diferite. Nu se confirmă vizitele cu serviciu B3.2, B.4.1 și B.4.2 raportate pe o foaie de spitalizare

de zi cu restul serviciilor de tip B3.1. Nu se confirmă vizitele care au și servicii B3.1 și servicii B3.2, 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. 140/2018, 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. 397/836/2018, 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. 397/836/2018, 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. 397/836/2018.

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 s-a 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. C.22 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. 397/836/2018. 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. 397/836/2018.

17. C.23 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. 397/836/2018

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. 397/836/2018 se verifică dacă sunt raportate pe aceeași vizită sau pe vizite diferite toate condițiile din coloana „Servicii obligatorii” din nomenclatorul specific.

18. C.24 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. 397/836/2018

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. 397/836/2018 se verifică dacă sunt raportate pe aceeași vizită sau pe vizite diferite toate condițiile din coloana „Servicii obligatorii” din nomenclatorul specific.

**METODOLOGIE****de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale  
pentru care se solicită reconfirmarea****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 Asigurarilor 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 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 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 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. 397/836/2018, 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. 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.

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.

# ABONAMENTE LA PUBLICAȚIILE OFICIALE PE SUPORT FIZIC

## — Prețuri pentru anul 2018 —

Nr. crt.	Denumirea publicației	Valoare (TVA 5% inclus) — lei		
		12 luni	3 luni	1 lună
1.	Monitorul Oficial, Partea I	1.310	360	131
2.	Monitorul Oficial, Partea I, limba maghiară	1.640		150
3.	Monitorul Oficial, Partea a II-a	2.460		220
4.	Monitorul Oficial, Partea a III-a	470		50
5.	Monitorul Oficial, Partea a IV-a	1.880		170
6.	Monitorul Oficial, Partea a VI-a	1.750		160
7.	Monitorul Oficial, Partea a VII-a	600		55
8.	Colecția Legislația României	500	130	
9.	Colecția Hotărâri ale Guvernului României	800		75

NOTĂ:

Monitorul Oficial, Partea I bis, se multiplică și se achiziționează pe bază de comandă.

# ABONAMENTE LA PRODUSELE ÎN FORMAT ELECTRONIC

## — Prețuri pentru anul 2018 —

Produs	Abonamentul FLEXIBIL (Monitorul Oficial, Partea I + alte 3 părți ale Monitorului Oficial, la alegere)									
	Lunar					Anual				
	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300
AutenticMO	60	150	380	910	2.000	550	1.380	3.450	8.280	18.220
ExpertMO	100	250	630	1.510	3.320	1.000	2.500	6.250	15.000	33.000

Produs	Abonamentul COMPLET (Monitorul Oficial, Partea I + toate celelalte părți ale Monitorului Oficial)									
	Lunar					Anual				
	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300
AutenticMO	70	180	450	1.080	2.380	650	1.630	4.080	9.790	21.540
ExpertMO	120	300	750	1.800	3.960	1.200	3.000	7.500	18.000	39.600

Colecția Monitorul Oficial în format electronic, oricare dintre părțile acestuia

70 lei/an

Prețurile sunt exprimate în lei și conțin TVA.

Mai multe informații puteți găsi pe site-ul [www.expert-monitor.ro](http://www.expert-monitor.ro), unde puteți aplica online comanda.

**EDITOR: GUVERNUL ROMÂNIEI**



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,  
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București  
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București  
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: [marketing@ramo.ro](mailto:marketing@ramo.ro), internet: [www.monitoruloficial.ro](http://www.monitoruloficial.ro)

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,  
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.73, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

