

Ordin nr. 649 din 26/05/2009 (Ordin 649/2009)
privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua si a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicita revalidarea

Publicat in Monitorul Oficial nr. 412 din 17/06/2009

Avand in vedere:

-Referatul de aprobare al Serviciului Medical al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 939 din 8 mai 2009;

-Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare;

-art. 69 alin. (1) lit. a) si b) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2009, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificarile si completarile ulterioare;

-Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi, cu modificarile si completarile ulterioare, in temeiul dispozitiilor art. 281 alin. (2) din titlul VIII al Legii nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, si ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 972/2006, cu modificarile si completarile ulterioare,

presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate emite urmatorul ordin:

Art. 1. - In vederea finantarii cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua in anul 2009, se aproba Regulile de validare a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua si Metodologia de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicita revalidarea, prevazute in anexele nr. 1 si 2, ce fac parte integranta din prezentul ordin.

Art. 2. -

(1) Spitalele vor raporta in format electronic setul minim de date la nivel de pacient in spitalizarea continua (SMDPC), aferent pacientilor externati, conform prevederilor Ordinului ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi, cu modificarile si completarile ulterioare, pana la data de 5 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea.

(2) Trimestrial, in perioada 15-19 a lunii urmatoare trimestrului incheiat, spitalele vor transmite in format electronic cazurile invalidate pentru care se solicita revalidarea, precum si cazurile neraportate din lunile anterioare. In perioada 10-14 decembrie 2009, spitalele vor transmite in format electronic cazurile invalidate pentru care se solicita revalidarea, precum si cazurile neraportate pana la data de 30 noiembrie 2009. Cazurile invalidate pentru care se solicita revalidarea, precum si cele neraportate pana la sfarsitul anului pot fi raportate in perioada 15-19 ianuarie a anului urmat.

(3) Lunar, pana la data de 15, spitalele vor primi de la Scoala Nationala de Sanatate Publica si Management Sanitar, denumita in continuare SNSPMS, in format electronic si tiparit, rapoartele de validare a activitatii aferente lunii precedente, in conformitate cu formularul 1.1 prevazut in anexa 3-a si formularele prevazute in anexele 3-c si 3-e la Ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 563/2009 pentru aprobarea utilizarii formularelor unice pe tara, fara regim special, necesare raportarii activitatii furnizorilor de servicii medicale.

(4) Trimestrial, pana la data de 23 a lunii urmatoare trimestrului incheiat, iar pentru trimestrul IV pana la data de 18 decembrie 2009, spitalele vor primi de la SNSPMS, in format electronic si tiparit (fax), rapoartele de validare a activitatii de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv, in conformitate cu formularul 1.2 prevazut in anexa 3-a si cu formularele prevazute in anexele 3-c si 3-e la Ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 563/2009.

(5) Lunar, respectiv trimestrial, SNSPMS va transmite spitalelor rapoarte cu detalierea cauzelor de invalidare pentru fiecare caz, conform regulilor prevazute in anexa nr. 1.

(6) Pentru decontarea activitatii lunare, spitalele vor utiliza, dupa caz, formularele 2.1 si 2.2 prevazute in anexa 3-b, formularele 1.1-1.3 prevazute in anexa 3-d si formularele 1.1 si 1.2 prevazute in anexa 3-f la Ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 563/2009.

(7) Pentru decontarea activitatii trimestriale, spitalele vor utiliza, dupa caz, formularul prevazut in anexa 3-b bis, formularul 1.3 prevazut in anexa 3-d, formularul prevazut in anexa 3-d bis si formularul prevazut in anexa 3-g la Ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 563/2009.

(8) Regulile de validare prevazute in anexa nr. 1 se aplica pentru cazurile care se externeaza incepand cu data de 1 aprilie 2009.

Art. 3. - Pentru cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului în condițiile art. 69 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare, se va întocmi și se va raporta doar fișa de spitalizare de zi, 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.

Art. 4. - Direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate, spitalele, precum și Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar București vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 5. - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 6. - Începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 99/2008 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 133 din 20 februarie 2008.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Irinel Popescu

București, 26 mai 2009.

Nr. 649.

Reguli din 26/05/2009 (Reguli din 2009)
Reguli de validare a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua

Publicat in Monitorul Oficial nr. 412 din 17/06/2009

Sunt invalidate urmatoarele cazuri:

A01 Cazuri ale caror date incalca specificatiile tehnice ale setului minim de date la nivel de pacient

Motiv: Aceste cazuri nu pot fi colectate in baza de date nationala din cauza existentei unor erori (de exemplu, lipsa unor date obligatorii sau neconcordanta cu nomenclatoarele in vigoare). Sub incidenta acestei reguli intra si foile care nu respecta criteriul de numar unic de foaie pe spital si an, deoarece numarul unic de foaie pe spital si an face parte din specificatiile setului minim de date la nivel de pacient (Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi, cu modificarile si completarile ulterioare).

A02 Cazuri raportate pe sectii in care nu se intocmeste foaia de observatie clinica generala, denumita in continuare FOCG (de exemplu, cazurile ce sunt raportate pe sectiile ATI, sectii paraclinice, structuri de urgenta etc.)

Motiv: Conform reglementarilor in vigoare, FOCG se intocmeste doar pentru pacientii spitalizati in sectii clinice: medicale sau chirurgicale (cu exceptia sectiilor ATI).

A03 Cazuri cu data interventiei chirurgicale principale in afara intervalului de spitalizare

Motiv: Cel putin una dintre urmatoarele date este eronata: data internarii, data externarii, data interventiei chirurgicale principale.

A04 Cazuri decedate, pentru care nu exista concordanta intre tipul externarii si starea la externare

Motiv: Pentru cazurile decedate, informatia privind decesul este cuprinsa atat in rubrica "Tip externare", cat si in rubrica "Stare la externare". In situatia in care cele doua informatii nu concorda, este vorba de o eroare in cel putin una dintre rubrici.

A05 Cazuri cu varsta negativa

Motiv: Cel putin una dintre urmatoarele date este eronata: data nasterii, data internarii.

A06 Cazuri cu durata de spitalizare negativa

Motiv: Cel putin una dintre urmatoarele date este eronata: data internarii, data externarii.

A07 Cazuri concomitente

Motiv: Aceste cazuri reprezinta episoade de spitalizare pentru acelasi pacient, care se suprapun in timp.

A08 Cazuri neclasificabile

Motiv: Aceste cazuri au erori pe datele care influenteaza clasificarea lor.

A09 Cazuri pentru care nu s-au inregistrat complet datele privind tipul de asigurare CNAS a pacientului

Explicatii: Sunt invalidate cazurile in care statutul de asigurat al pacientului - asigurat CNAS, asigurat CNAS si voluntara - impune completarea tipului de asigurare. De asemenea, sunt invalidate cazurile in care nu a fost completata informatia privind casa de asigurari de sanatate, desi tipul de asigurare - "Obligatorie CAS", "Facultativa CAS" o impune.

Motiv: Informatia privind tipul asigurarii de sanatate a pacientului este inclusa in setul minim de date la nivel de pacient, a carui raportare este obligatorie.

A10 Cazuri pentru care nu s-au inregistrat datele privind categoria de asigurat a pacientului

Explicatii: Sunt invalidate cazurile pentru care categoria de asigurat a pacientului nu a fost completata, desi tipul de asigurare "Obligatorie CAS" o impune.

Motiv: Informatia privind categoria de asigurat a pacientului este inclusa in setul minim de date la nivel de pacient, a carui raportare este obligatorie.

A11 Cazurile internate la cerere

Motiv: Conform legislatiei in vigoare, serviciile spitalicesti efectuate la cerere nu sunt suportate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate.

A12 Cazurile care nu indeplinesc conditiile finantarii din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate din punctul de vedere al asigurarii de sanatate si al criteriului de internare

Motiv: Conform legislatiei in vigoare, serviciile spitalicesti furnizate pacientilor neasigurati si celor cu asigurare facultativa CAS sunt suportate din Fondul national unic de asigurari sociale de Sanatate numai in cazul urgentelor medico-chirurgicale si al bolilor cu potential endemo-epidemic.

A13 Cazuri pentru care nu s-a inregistrat criteriul de internare a pacientului

Explicatii: Se aplica tuturor asiguratilor CNAS (cu sau fara asigurare voluntara).

Motiv: Conform reglementarilor in vigoare, informatia privind criteriul de internare a pacientului este inclusa in setul minim de date la nivel de pacient, a carui raportare este obligatorie.

A14 Cazuri de transplant, cu exceptia grefelor si a serviciilor medicale aferente starii posttransplant

Motiv: Conform legislatiei in vigoare, transplanturile sunt finantate de catre Ministerul Sanatatii, cu exceptia

grefelor si a serviciilor medicale aferente starii posttransplant. De asemenea, nu sunt finantate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate procedurile de prelevare de organe de la donatori decedati.

A15 Cazuri pentru care nu s-au inregistrat corespunzator informatiile cu privire la interventia chirurgicala principala

Exceptii: Cazurile fara interventie chirurgicala principala

Motiv: Conform reglementarilor in vigoare, informatiile privind interventia chirurgicala principala - data interventiei chirurgicale principale si codul de parafa al medicului operator - sunt incluse in setul minim de date la nivel de pacient, a carui raportare este obligatorie.

A16 Cazuri pentru care nu s-au inregistrat complet datele despre cetatenia pacientului

Explicatii: Se aplica exclusiv cazurilor cu cetatenie straina sau dubla (romana si straina), pentru care nu s-a inregistrat si tara.

Motiv: Informatia privind cetatenia pacientului este inclusa in setul minim de date la nivel de pacient, a carui raportare este obligatorie.

B01 Cazuri cu varsta peste 124 de ani

Motiv: In cele mai multe situatii de acest fel este vorba de o eroare in cel putin una dintre urmatoarele rubrici: data nasterii, data internarii.

B02 Cazuri cu durata de spitalizare peste 365 de zile

Motiv: In cele mai multe situatii de acest fel este vorba de o eroare in cel putin una dintre urmatoarele rubrici: data internarii, data externarii.

B03 Pacientii pentru care nu a fost inregistrat codul numeric personal (CNP)

Exceptii: Fac exceptie de la aceasta regula cazurile de nou-nascuti (varsta 0-28 de zile) si cazurile de cetateni straini.

Motiv: Conform prevederilor legale, furnizorii de servicii medicale trebuie sa inregistreze codul numeric personal al asiguratilor.

B04 Transferuri intraspitalicesti si reinternari in aceeasi zi sau la un interval de o zi in acelasi tip de ingrijiri

Motiv: Aceste cazuri sunt considerate ca un episod de spitalizare unic.

Exceptii: Fac exceptie cazurile care sunt transferate/reinternate in acelasi spital, dar intre/in sectii cu tip de ingrijiri diferit (din sectii cu ingrijiri de tip acut in sectii cu ingrijiri de tip cronic/de recuperare sau invers).

Explicatii: Specificarea sectiilor unde se intocmesc FOCG pentru ingrijiri de tip cronic, reglementata de Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006, cu modificarile si completarile ulterioare.

B05 Cazuri pentru care niciuna dintre interventiile chirurgicale efectuate nu este in concordanta cu diagnosticul principal

Motiv: In cele mai multe situatii de acest fel, cel putin una dintre urmatoarele informatii este eronata: diagnosticul principal, procedurile efectuate.

B06 Cazuri cu diagnostic principal inacceptabil

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Se invalideaza cazurile clasificate in DRG 961Z (Diagnostiche principale inacceptabile).

B07 Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordant cu varsta/greutatea

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Se invalideaza cazurile clasificate in DRG 963Z (Diagnostiche neonatale neconcordante cu varsta/greutatea).

B08 Cazuri internate si externate in aceeasi zi

Motiv: In cele mai multe situatii de acest fel este vorba de o eroare de inregistrare a datei de internare si/sau de externare ori de un caz cu posibilitate de rezolvare in spitalizare de zi.

Exceptii: De la aceasta regula fac exceptie cazurile decedate si cazurile care sunt clasificate in grupurile de diagnostice specifice spitalizarii de zi.

Metodologie din 26/05/2009 (Metodologie din 2009) de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicita revalidarea

Publicat in Monitorul Oficial nr. 412 din 17/06/2009

Evaluarea cazurilor invalidate de catre SNSPMS, pentru care se solicita revalidarea, cat si a cazurilor pentru care casele de asigurari de sanatate judetene, respectiv a municipiului Bucuresti, Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, denumite in continuare case de asigurari de sanatate, au constatat nereguli privind corectitudinea datelor inregistrate se realizeaza in cadrul unei comisii de analiza. Comisia de analiza este formata din reprezentanti ai casei de asigurari de sanatate si reprezentanti ai spitalului, cu exceptia medicului curant al cazului respectiv. Membrii Comisiei de analiza vor fi desemnati in scris de catre cele doua institutii.

Spitalul este obligat sa puna in aplicare deciziile Comisiei de analiza.

1. Descrierea generala a procesului Inregistrările electronice transmise de spitale catre SNSPMS sunt supuse procesului de validare in conformitate cu regulile de validare prevazute in prezentul ordin.

Inregistrările sunt returnate spitalelor, impreuna cu rezultatul validării (validat sau invalidat).

Pentru cazurile invalidate se specifica si motivul invalidării. Pentru cazurile invalidate spitalele vor vedea datele care au determinat invalidarea si vor putea revalida cazurile respective prin retransmiterea lor catre SNSPMS, dupa ce le corecteaza si/sau cer aviz de revalidare din partea Comisiei de analiza.

Avizul de revalidare se poate obtine numai dupa evaluarea cazurilor respective de catre Comisia de analiza.

Retransmiterea cazurilor pentru revalidare se face doar cu ocazia regularizarilor trimestriale.

Trimestrial, SNSPMS va informa casele de asigurari de sanatate cu privire la cazurile revalidate, prin aviz de revalidare, precizand pentru fiecare caz urmatoarele: numarul FOCG, data internării, data externării, sectia. Pe baza acestor informari, casele de asigurari de sanatate au obligatia de a verifica daca datele puse la dispozitie de SNSPMS coincid cu informatiile din deciziile de validare ale Comisiei de analiza. In cazul constatarii unor neconcordante intre cele doua documente, casele de asigurari de sanatate vor anunta spitalul pentru ca acesta din urma sa modifice inregistrările respective in conformitate cu deciziile Comisiei de analiza.

Nerespectarea reglementarilor privind datele clinice la nivel de pacient (neconcordanta dintre datele colectate electronic si datele din FOCG, neconcordanta dintre datele inscrise in FOCG si serviciile efectuate in realitate, codificari care nu respecta reglementarile in vigoare si orice alte situatii de acest fel), constatate in urma controalelor efectuate la spital de catre casele de asigurari de sanatate, pot fi contestate de spital si se solutioneaza prin intermediul Comisiei de analiza, convocata la initiativa spitalului.

2. Aspecte tehnice

2.1. Clasificarea regulilor de validare

Regulile de validare sunt clasificate in doua grupe, in functie de posibilitatea supunerii datelor respective spre evaluare de catre Comisia de analiza:

- grupa A - reguli pentru care datele respective nu pot fi supuse evaluării;
- grupa B - reguli pentru care datele respective pot fi supuse evaluării.

De exemplu:

-un caz cu varsta negativa va fi invalidat pe regula A05, dar datele care au determinat invalidarea (data nasterii si data internării) nu pot fi supuse evaluării de catre Comisia de analiza, ci ele trebuie verificate si corectate de spital;

-un caz pentru care nu a fost inregistrat CNP va fi invalidat pe regula B03, dar cauza invalidării (lipsa CNP) poate fi supusa evaluării de catre Comisia de analiza si, in situatia in care spitalul prezinta o justificare pertinenta pentru lipsa acestuia, Comisia de analiza poate aviza cazul pe regula respectiva.

Observatie: Avizul de revalidare se refera la caz si nu la regulile de validare, ceea ce inseamna ca avizul de revalidare nu se poate da decat atunci cand cazul este avizat pe toate regulile de tip B. Concret, daca un caz este invalidat pe mai multe reguli de tip B, iar pe cel putin una dintre aceste reguli cazul nu primeste un aviz favorabil, acesta nu va fi avizat pentru revalidare si, implicit, el nu va mai fi retransmis catre SNSPMS.

2.2. Proceduri

Spitalul poate actiona dupa cum urmeaza:

a) Pentru cazurile invalidate la SNSPMS

Interventia spitalului asupra datelor cazurilor invalidate trebuie sa tina cont de urmatoarele reguli:

- datele care vor fi corectate sunt cele care au incalcat regulile din grupa A;
- datele pentru care se poate cere avizul casei de asigurari de sanatate in vederea revalidării sunt cele care au incalcat regulile din grupa B. Cererea avizului de revalidare presupune ca datele respective sa nu fie modificate.

Deoarece un caz invalidat poate avea date incorecte care trebuie corectate si/sau date corecte pentru care se va cere avizul de revalidare, inseamna ca exista 3 situatii:

1. Cazul invalidat are exclusiv date incorecte.

In aceasta situatie se corecteaza datele respective si se retransmite cazul cu corecturile efectuate la SNSPMS.

2. Cazul invalidat are exclusiv date corecte.

In aceasta situatie nu se fac niciun fel de modificari si se cere avizul de revalidare.

Daca avizul este nefavorabil, cazul nu se va mai retransmite la SNSPMS.

Daca avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de validare" la SNSPMS.

3. Cazul invalidat are atat date incorecte, cat si date corecte.

In aceasta situatie se corecteaza datele incorecte si se cere avizul de revalidare pentru datele corecte (fara a se face niciun fel de modificari pe acestea).

Daca avizul este nefavorabil, cazul nu se va mai retransmite la SNSPMS.

Daca avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de validare" la SNSPMS.

Observatii:

-Retransmiterea unui caz cu modificari efectuate nu asigura validarea lui decat daca modificarile au corectat eroarea. De exemplu, daca se modifica un cod de diagnostic eronat cu alt cod diagnostic tot eronat, cazul va fi din nou invalidat.

-Retransmiterea unui caz cu date corectate nu asigura validarea lui decat pe regulile corespunzatoare acelor date. De exemplu, daca pentru un caz invalidat pe regulile A03 si A05 se corecteaza eroarea referitoare la data interventiei chirurgicale principale, dar nu si eroarea referitoare la varsta (sau invers), cazul va fi din nou invalidat.

-"Cererea de validare" are efect doar pe regulile din grupa B. Daca invalidarea cazului s-a produs si pe alte reguli, retransmiterea ca "Cerere de validare" fara corectarea celorlalte cauze de invalidare se va solda tot cu invalidarea cazului.

b) Pentru cazurile invalidate la solicitarea casei de asigurari de sanatate

In situatia in care in urma evaluarii cazurilor respective de catre casa de asigurari de sanatate/Comisia de analiza se decide modificarea/anularea acestora, spitalul le va retransmite la SNSPMS astfel: cazurile care trebuie anulate se vor transmite ca "Anulat", iar cazurile care trebuie modificate se vor retransmite ca "Anulat si retransmis".

Spitalele trebuie sa transmita inregistrările electronice modificate ale acestor cazuri la SNSPMS cu ocazia urmatoarei regularizari trimestriale pentru anul in curs. Pentru cazurile aferente anului precedent, spitalele trebuie sa transmita inregistrările electronice modificate ale acestor cazuri la SNSPMS, la termenele prevazute in prezentul ordin.

SNSPMS va genera catre spital si casa de asigurari de sanatate un raport cu clasificarea grupelor de diagnostic a acestor cazuri.

3. Obținerea avizului de revalidare prin Comisia de analiza a cazurilor invalidate la SNSPMS

Primul pas in obtinerea avizului de revalidare il constituie sesizarea de catre spital a medicului-sef din cadrul caselor de asigurari de sanatate, pe baza modelului prezentat mai jos:

Spitalul

Catre: medicul-sef al Casei de Asigurari de Sanatate.....

Lista cazurilor invalidate pentru care se solicita revalidarea prin Comisia de analiza, conform Ordinului presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr.

Nr. crt.

Cod spital

Sectia

Nr. FOCG

Data externarii pacientului

Reguli pentru care se solicita validarea*)

Motivul pentru care se solicita validarea

*)Se va nota in cate un rand separat fiecare regula pentru care se solicita revalidarea.

Data

Director general,

.....

Semnatura si stampila

Medicul-sef din cadrul casei de asigurari de sanatate are obligatia de a organiza o intalnire a Comisiei de analiza in termen de maximum 10 zile de la primirea instiintarii de la spital. Modalitatea practica de evaluare a cazurilor externate este decisa de Comisia de analiza si va consta, dupa caz, in:

- evaluarea dosarelor medicale originale, prin vizitarea spitalelor vizate;
- evaluarea cazurilor pe baza dosarelor trimise de spitale (copie de pe dosarul medical al pacientilor invalidati).

Informatiile urmarite in evaluare de catre Comisia de analiza includ:

- motivul internarii;
- diagnosticele principale si secundare, acordandu-se atentie relatiei dintre acestea atat din punct de vedere medical, cat si din punctul de vedere al cronologiei acestora;
- sectia/sectiile in care a fost ingrijit si din care a fost externat pacientul;
- motivul externarii;
- interventiile chirurgicale - tipul acestora, eventualele complicatii;
- alte informatii pe care Comisia de analiza le considera utile.

Analiza fiecarui caz se incheie cu un raport scris al Comisiei de analiza, in care sunt mentionate argumentele care au condus la avizarea sau neavizarea cazului, raport semnat de toti membrii comisiei care au participat la evaluarea cazului respectiv. Raportul va fi elaborat in doua exemplare, pentru spital si, respectiv, pentru casa de asigurari de sanatate, si va contine in mod explicit decizia de avizare sau neavizare pentru revalidare a fiecarui caz.