

## 2. Rozliczenia

W celu poprawy jakości sprawozdawanych danych rozliczeniowych podobnie jak przy aplikacji ap-pkuś trwają prace związane z usprawnieniem reguł walidacyjnych dla zakresów świadczeń obowiązujących w pilotażu. Oprócz poprawienia istniejących, dodane będą również nowe sprawdzenia, m.in.:

- czy profilaktyczne świadczenie bilansowe (produkt jednostkowy) zostało wykazane raz w ramach danego procesu
- czy wizyta edukacyjna została sprawozdana po wcześniejszym sprawozdaniu wymaganych świadczeń
- czy zostały zachowane odstępy czasowe\*\* przy rozliczeniu wizyt edukacyjnych

\*\* edukacja po bilansie – najlepiej w ten sam dzień, nie później niż miesiąc od bilansu  
edukacja kontrolna po 3 miesiącach – minimum 3, maksimum 4 miesiące od bilansu pogłębionego  
edukacja kontrolna po 6 miesiącach – minimum 6, maksimum 7 miesiące od bilansu pogłębionego  
edukacje specjalistyczne dietetyczne – w pierwszych 4 miesiącach od bilansu podstawowego lub pogłębionego z zachowaniem chronologii udzielania świadczeń  
edukacje specjalistyczne psychologiczne – w pierwszych 4 miesiącach od bilansu podstawowego lub pogłębionego

- limitu świadczeń wykonanych w ramach programu Zarządzania chorobą
- wykonania świadczeń poprzedzających w ramach programu Zarządzania chorobą w ramach grupy rozpoznań
- wprowadzenie sprawdzenia weryfikującego dla danej pozycji rozliczeniowej istniejącą zgodę

Obecnie, na podstawie danych przesłanych przez świadczeniodawców do OW NFZ obserwujemy bardzo dużo błędów, czy niezgodności z opublikowanymi wytycznymi. Z racji, iż pewne rozbieżności pojawiać się mogą na płaszczyźnie transferu między OW, a Centralą przed informacją do świadczeniodawców oddziały zweryfikują i potwierdzą ilość przypadków.

Podobnie jak w przypadku wprowadzania danych w ap-pkuś (gdzie świadczeniodawcy w pełni odpowiadają za ich jakość), prosimy już teraz zachować szczególną uwagę przy raportowaniu danych rozliczeniowych do OW NFZ i unikać błędów wymienionych poniżej:

### 2.1. świadczenia bez zgody POZ-PLUS i/lub bez zgody DMP (z etapu DMP)

konieczna bezwzględna weryfikacja i korekta sprawozdawanych świadczeń z zakresów POZ PLUS dla pacjentów bez aktywnych zgód (świadczenia od początku pilotażu).

### 2.2. pacjenci bez świadczeń, a ze zgodami POZ-PLUS i/lub DMP

odwrotnie jak wyżej – co z pacjentami, którzy wyrazili zgodę na udział w pilotażu, a nie są realizowane im (a może tylko sprawozdawane) żadne świadczenia – do weryfikacji  
Proszę nie traktować tego jako poważny błąd, sprawdzić czy np. zgody w aplikacji nie zostały wprowadzone dla pacjentów oczekujących dopiero na pierwszy kontakt lub wprowadzonych na podstawie historii leczenia

### 2.3. double bilansów

podwójna płatność za tą samą usługę? – do weryfikacji i korekty

- 2.4. suma porad w roku >3 (kompleksowa, kontrolna)**  
zweryfikowano jedynie rok 2019 (jako cały okres rozliczeniowy) – na przykładzie tych 2 porad limitowanych widać przekroczenia – do korekty
- 2.5. porada kontrolna bez porady kompleksowej**  
aby móc kontrolować stan pacjenta należy uprzednio mieć kompleksową wiedzę o pacjencie. Zdarzają się przypadki rozliczenia obu porad tego samego dnia lub w okresie 1 tygodnia po sobie – wszystkie odstępstwa do weryfikacji i korekty
- 2.6. porada kontrolna przed poradą kompleksową lub w ten sam dzień lub w ciągu 31 dni**  
w trakcie Zarządzania chorobą, zdarzyć się może, że dochodzi diagnoza kolejnego schorzenia i wtedy dopuszcza się wystąpienie porady kontrolnej przed kompleksową – do sprawdzenia. W tej grupie pojawiają się jeszcze 2 kolejne „błędy”, gdy kontrolna występuje po kompleksowej, ale w ten sam dzień, bądź w obrębie kolejnych 31 dni\* – do wyjaśnienia.  
*\* oczywiście większość przypadków pewnie ma to medyczne wyjaśnienie, ale bardzo dużo z tych „błędów” to odstępstwa kilkodniowe, gdzie porada kontrolna występuje po kompleksowej.*
- 2.7. porady statystyczne i rozliczeniowe - "ten sam dzień"**  
sytuacja zupełnie nie zrozumiała dla świadczeń tego samego typu – do wyjaśnienia, weryfikacji i korekty. Dopuszcza się „w ten sam dzień” np. zamknięcie bilansu (rozliczeniowa), otwarcie i zamknięcie porady dietetycznej (tylko rozliczeniowa) i otwarcie porady wstępnej (statystyczna).  
2.7.2-2.7.4 – rozliczenie tych samych porad w zestawie np. kontrolna+kontrolna w odstępie ≤ 31 dni – nie ma na to blokady, a jedynie limit, ale jest to sytuacja niewskazana.
- 2.8. osobomiesiąc rozlicz. błędnym produktem (np. 1 schorzenie → 2 dziedziny)**  
pacjenci ze zgodą na 1 schorzenie rozliczani produktem 5.01.01.9000114 (2 grupy dziedziny) oraz pozostali pacjenci rozliczani niewłaściwym produktem – do sprawdzenia i ewentualnej korekty
- 2.9. osobomiesiąc rozlicz. pacjentom bez zgody**  
pacjenci wymienieni już w pkt. 2.1.
- 2.10. więcej niż 1 rozliczany osobomiesiąca w okresie miesiąca**  
pacjent w skali tego samego miesiąca rozliczony kilka razy produktem „osobomiesiąc”. Z informacji, które posiadam, osobomiesiąc naliczany jest przez szablon i nie ma konieczności sprawozdawania tych produktów w każdym miesiącu, a już na pewno nie kilkakrotnie w ciągu 1 miesiąca.
- ~~**2.11. kontynuacja rozlicz. osobomiesiąca**  
brak kontynuacji rozliczania osobomiesiącem, bez wyraźnej przyczyny – do wyjaśnienia~~
- 2.12. rozliczanie osobomiesiąca bez porady kompleksowej**  
niezgodne z Zarządzeniem – dodatkowa kapitacja tylko od miesiąca następnego po poradzie kompleksowej i wydany IPOM
- 2.13. rozliczanie osobomiesiąca przed poradą kompleksową lub tego samego dnia**  
j.w.
- 2.14. kodowanie ICD10**
- wszelkie świadczenia sprawozdawane z programu Z\_ch powinny mieć przekazane jako rozpoznanie główne 1 z tych związanych z danym schorzeniem (schorzeniami w przypadku wielochorobowości). Wpisywanie Z-ek, czy innych rozpoznań nie związanych ze ścieżkami określonymi w pilotażu jest nieuzasadnione bezzasadne i zbędne. Świadczeń w zarządzaniu chorobą błędnie zakodowanych jest prawie 30 tys. natomiast Z-ek dodatkowo ok. 20 tys., a najczęściej pojawiającymi się IDC10 w Z\_ch są:

- *Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych,*
- *Otyłość,*
- *Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym,*
- *Zarzucanie (refluks) żołądkowo-przetykowe, itd.*

Wszystkie te rozpoznania mogą być raportowane, a nawet powinny być, ale tylko i wyłącznie jako rozpoznania współistniejące.

Jedynym odstępstwem od reguły zaprzestania stosowania Z-ek, są bilanse i wizyty edukacyjne, gdzie możemy wykorzystać gotową odpowiedź, np.

dla bilansów:

- *Z10 – Rutynowe ogólne sprawdzenie stanu zdrowia określonych grup ludności,*
- *Z00 – Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby,*

dla edukacji:

- *Z71 – Osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu uzyskania konsultacji i porad innych niż sklasyfikowane gdzie indziej*
- *Z03 – Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne*
- *Z04 – Badanie i obserwacja z innych przyczyn*
- *Z71.3 – Porada i nadzór dietetyczny*
- *Z72.4 – Nieodpowiednie zwyczaje dietetyczne*
- *Z65.9 – Problemy związane z nieokreślonymi okolicznościami psychosocjalnymi*
- *Z76 – Osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych okolicznościach*

Z uwagi na fakt, iż główne ICD10 wykorzystywane są również do innych analiz i nie tylko w Funduszu, sugerujemy aby rozpoznania z bilansów/edukacji szczegółowiej opisujące stan pacjenta (np. otyłość, zaburzenia psychiczne, choroby wątroby) były raportowane jako współistniejące. Jest to dokładnie sytuacja odwrotna jak w Zarządzaniu chorobą, gdzie mamy już pacjenta zdiagnozowanego.

Ten błąd nie był korygowany i przekazywany do poziomu pesela. Mimo zmniejszenia się ogólnej liczby świadczeń (po odświeżeniu danych w Centrali), opisany trend pozostał. Należy zastanowić się nad takim sposobem sprawozdawania, aby ograniczyć w przyszłości „błędy” opisane powyżej.