

## Rozliczanie udzielonych świadczeń zdrowotnych w 2005 roku

Dla wszystkich Świadczeniodawców W myśl postanowień § 27 i § 28 „Warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej” (Załącznik nr 2 do umowy; Załącznik nr 20 do zarządzenia Nr 5/2004 Prezesa NFZ) - Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia rejestru udzielonych świadczeń i przekazywania Oddziałowi Funduszu danych o świadczeniach w formie elektronicznej w formacie wymiany danych wymaganych przez system informatyczny Oddziału Funduszu. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym oraz sprawozdaniem z wykonania umowy przekazanym w formie elektronicznej w formacie wymaganym przez Oddział Funduszu, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Opis obowiązujących w roku 2005 algorytmów rozliczania świadczeń. Produkty kontraktowe z przypisanym schematem rozliczenia w roku 2005 - W 2005 roku na poziomie produktu jednostkowego występował będzie dodatkowy atrybut: Współczynnik korygujący, wpływał będzie na wycenę punktową świadczenia; waga bazowa przemnożona przez współczynnik korygujący da wagę efektywną; obliczenia w systemie wykonywane będą dla wagi efektywnej. Wszystkie trzy wartości będą prezentowane w oknach aplikacji i na wydrukach, na przykład: Porada III typu= 7 pkt (WB), 1,05 (WK), 7, 35 (WE). - Słowniki produktów kontraktowych, produktów jednostkowych, produktów statystycznych wraz wagami i współczynnikiem korygującym oraz domyślne powiązania produktów kontraktowych z produktami jednostkowymi (tzw. pakiety) są w 2005 roku definiowane po stronie Centrali NFZ. - Modyfikacja słowników systemowych wymagała będzie wygenerowania i przekazania Świadczeniodawcy elektronicznego aneksu do umowy. - Świadczeniodawca będzie mógł wczytać plik z umową pod warunkiem korzystania z Pakietu Świadczeniodawcy w wersji nie niższej niż 2.50. - Produkty statystyczne (w 0401 - POZ, 0403 - SOR, Izba przyjęć, 0404 – PSY, 0406 - OPD, 0407 – STM, 0409 - RTM) w Pakiecie Świadczeniodawcy będą ewidencjonowane jako produkty jednostkowe z zerowymi wagami. Produkty jednostkowe z wagami zerowymi występują po to, aby identyfikować u danego Świadczeniodawcy w ramach jakiej umowy z NFZ zostało udzielone świadczenie medyczne i wykonane procedury medyczne pacjentowi. Brak produktów jednostkowych z wagami zerowymi spowoduje, że wykazane procedury medyczne (wg ICD-9 CM) nie zostaną rozliczone u danego świadczeniodawcy w ramach umowy. - Na zakładce z procedurami Świadczeniodawcy ewidencjonują tylko wyłącznie procedury (Tab. 06M04 - Słownik Procedur ICD 9) tj. wg katalogu ICD-9 CM – kody zrealizowanych procedur medycznych według obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizji Dziewiątej CM, ogłoszonej przez Światową Organizację Zdrowia. Wykazane procedury odzwierciedlają faktyczne wykonane procedury medyczne, które zostały udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta (oraz stanowią podstawę do rozliczenia świadczenia w NFZ). W przypadku świadczeń stomatologicznych (0407 – STM) przy kodzie procedury ICD-9 CM rejestruje się kod zęba i powierzchnie leczone. W przypadku świadczeń medycznych związanych z badaniem i poradą lekarską np. w Ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, należy wykazywać procedurę „89.00 – Badanie i porada lekarska, konsultacja (obejmuje poradę lekarską, poradę lekarską specjalistyczną, konsultację)” dla każdego takiego

zdarzenia oraz inne kody wykonanych procedur medycznych, które zostały udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta (oraz stanowią podstawę do rozliczenia świadczenia w NFZ). - W przypadku świadczeń medycznych związanych z hospitalizacją (świadczenia szpitalne), należy wykazywać najważniejszą procedurę wg katalogu ICD-9 CM, czyli kod zrealizowanej procedury medycznych podczas hospitalizacji według obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizji Dziewiątej CM. - W Pakiecie Świadczeniodawcy w celu ewidencjonowania produktów kontraktowych i jednostkowych niezbędne będzie wczytanie pliku definicji umowy. Do czasu wczytania definicji umowy możliwe będzie wprowadzanie wszystkich pozostałych danych (np.: dane osobowe pacjenta, wykonane procedury ICD-9 CM, rozpoznania). Plik z umową wczytuje się przez Moduł Komunikacja PŚ > Specjalne > Import umów. Zmiana słowników systemowych, aneks do umowy wymagać będzie wczytania nowego elektronicznego zapisu umowy – definicji umowy. 0401 Podstawowa Opieka Zdrowotna POZ 0401 - Produkty kontraktowe z przypisanymi produktami jednostkowymi 0402 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna AOS 0402 - Produkty kontraktowe z przypisanymi produktami jednostkowymi 0403 Lecznictwo szpitalne SZP 0403 - Produkty kontraktowe z przypisanymi produktami jednostkowymi Katalog świadczeń szpitalnych 2005 0404 - Lecznictwo psychiatryczne i uzależnień - PSY 0404 - Produkty kontraktowe z przypisanymi produktami jednostkowymi Rozliczanie osobodni w pakiecie schemacie O\_RS 0405 - Rehabilitacja lecznicza - REH 0405 - Produkty kontraktowe z przypisanymi produktami jednostkowymi Rozliczanie osobodni w pakiecie schemacie O\_RS 0406 - Opieka długoterminowa - OPD 0406 - Produkty kontraktowe z przypisanymi produktami jednostkowymi Rozliczanie osobodni w pakiecie schemacie O\_RS 0407 - Leczenie stomatologiczne - STM 0407 - Produkty kontraktowe z przypisanymi produktami jednostkowymi

1. Jak mam rozliczyć świadczenie stomatologiczne – jak kodować zęby i powierzchnię ? · Do określenia zębów stosuje się następującą kodyfikację - zęby stałe: 11-18, 21-28, 31-38, 41-48 - zęby mleczne: 51-55, 61-65, 71-75, 81-85. - W - wszystkie, - X - nie dotyczy {nie przypisuje się do świadczenia kodu zęba i powierzchni} · Do określenia jaka była leczona powierzchnia zęba stosuję kodyfikację: M – Mezialna, D- Dystalna, Z – Zewnętrzna {wargowa, policzkowa}, W – Wewnętrzna {językowa, podniebienna}, O – Okluzyjna, · W przypadku dwóch powierzchni: M/O, D/O, M/Z, M/W, D/Z, D/W, O/Z) do określonej procedury. · W przypadku trzech powierzchni: świadczenie CAŁKOWITE OPRACOWANIE I ODBUDOWA ROZLEGŁEGO UBYTKU ZĘBA NA 3 POWIERZCHNIACH (MOD), należy rozliczyć jako produkt jednostkowy 5.13.00.2315050 oraz wykazać jako Procedurę 23.1505, przypisując kod zęba leczonego i powierzchnię (np.: 23.1505 17M,17O,17D).

2. Jak mam rozliczyć świadczenie stomatologiczne 23.1501b ? · Powyższe świadczenie (CAŁKOWITE OPRACOWANIE I ODBUDOWA UBYTKU ZĘBA MLECZNEGO) należy rozliczyć jako produkt jednostkowy 5.13.00.2315011 oraz wykazać jako Procedurę 23.1513, przypisując kod i powierzchnię zęba leczonego.

3. Jak mam rozliczyć świadczenie stomatologiczne 23.1505 ? Powyższe świadczenie [CAŁKOWITE OPRACOWANIE I ODBUDOWA ROZLEGŁEGO UBYTKU ZĘBA NA 3 POWIERZCHNIACH (MOD)] należy rozliczyć jako produkt jednostkowy 5.13.00.2315050 oraz wykazać jako Procedurę 23.1505, przypisując kod zęba leczonego i powierzchnię ( np.: 23.1505 17M,17O,17D). Wykaz gwarantowanych świadczeń stomatologicznych[Dz.U. z 2004r. nr 261 poz. 2601] 0409 - Ratownictwo i transport medyczny - RTM 0409 - Produkty kontraktowe z przypisanymi produktami

**jednostkowymi 0410 - Programy profilaktyczne - PRO 0410 - Produkty kontraktowe z przypisanymi produktami jednostkowymi Rozliczanie świadczeń profilaktycznych (umowy zawarte w roku 2005) 0411- Świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane - SOK 0411 - Produkty kontraktowe z przypisanymi produktami jednostkowymi**