

Komunikat DSOZ w sprawie sposobu sprawozdawania i rozliczania świadczeń zrealizowanych w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej

1. W celu poprawnego rozliczenia pobytów pacjentów w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej, które rozpoczęły się przed 1 stycznia 2017 r. tj. przed dniem wejścia w życie zarządzenia nr 130/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (dalej: zarządzenie nr 130/2016/DSOZ), należy przyjąć następujące zasady: 1) świadczenia zrealizowane przed 1 stycznia 2017 r. - rozliczenie następuje produktami rozliczeniowymi, zgodnie z zarządzeniem Nr 61/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci ze śpiączką. 2) świadczenia zrealizowane po 1 stycznia 2017 r. - rozliczenie następuje produktami rozliczeniowymi określonymi w załączniku nr 1r do zarządzenia nr 130/2016/DSOZ; dodatkowo: a) procedury ICD-9 i rozpoznania ICD-10 przekazane w ramach całej hospitalizacji/pobytu (także przed dniem 1 stycznia) mogą brać udział w wyznaczeniu grupy JGP, b) ocena ciężkości stanu klinicznego pacjenta – warunki rozliczenia, wskazane w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 130/2016/DSOZ dotyczy stanu pacjenta na dzień 1 stycznia 2017 r., c) w przypadku niezakwalifikowania do żadnej z grupy JGP, pacjentów przyjętych przed dniem 1 stycznia 2017 r. mając na względzie ich dobro, należy w rozliczeniu świadczeń wskazać grupy ROP. 2. W celu rozliczenia świadczeń: 1) pacjentom, którzy zarejestrowani zostali na listach oczekujących przed dniem 1 stycznia 2017 r. oraz dla których upłynął termin 6 miesięcy od zakończenia hospitalizacji podczas której wykonano zabieg wskazany w załączniku nr 3a do zarządzenia nr 130/2016/DSOZ lub hospitalizacji zakończonej wypisem z rozpoznaniem wskazanym w załączniku nr 3b do zarządzenia nr 130/2016/DSOZ , wprowadza się okres przejściowy od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku; 2) w przypadku pacjentów, którzy zarejestrują skierowanie w oddziale rehabilitacyjnym lub zakładzie rehabilitacji leczniczej od dnia 1 stycznia 2017 roku, należy przestrzegać warunków określonych w zał. nr 3 do zarządzenia nr 130/2016/DSOZ . 3. Rozliczenie świadczeń udzielonych w trakcie całej hospitalizacji następuje tą samą grupą, wybraną na podstawie oceny ciężkości stanu klinicznego pacjenta/warunków rozliczania, ustalonych przy przyjęciu pacjenta na rehabilitację. 4. Sprawdzenie spełnienia warunków kierunkowych dla grup w systemach informatycznych OW NFZ obejmuje dane z całej hospitalizacji. Warunek na wskazanie minimalnej liczby procedur ICD-9 z jednej listy jest uznany za spełniony, jeśli są to procedury o różnych kodach oraz zrealizowane w różnych dniach danego pobytu/hospitalizacji. Jednocześnie należy przypomnieć, iż zgodnie z przepisami odrębnymi w raporcie statystycznym należy przekazać wszystkie istotne procedury ICD-9 zrealizowane w ramach danej hospitalizacji/pobytu. 5. Produkt rozliczeniowy/grupa JGP w raporcie statystycznym jest wskazywany przez świadczeniodawcę. W atrybucie „krotnosc” oraz „krot-fakt” należy wpisać wartość „1”, natomiast wartość w polu „taryfa” powinna być iloczynem liczby

osobodni oraz wartości punktowej za osobodzień danego produktu z załącznika nr 1r do zarządzenia nr 130/2016/DSOZ . 6. W przypadku przekazania w raporcie statystycznym produktu rozliczeniowego w kilku pozycjach (rozliczenia częściowe) dla zachowania zasady rozliczania pierwszego i ostatniego dnia hospitalizacji/pobytu jako jednego dnia, należy dla wyliczenia właściwej taryfy zastosować poniższą zasadę: 1) dla produktów częściowych: liczba dni finansowanych to różnica pomiędzy datą końca i datą początku + 1 dzień, 2) dla ostatniego chronologicznie produktu (zakończenie hospitalizacji/pobytu): liczba dni finansowanych to różnica pomiędzy datą końcową i datą początku produktu. 7. Leczenie w rodzaju rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna w okresie od 1 stycznia 2017 r., w ramach którego ze względu na krótki czas trwania i tryby wypisu: „3” - skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu, „6” - wypisanie na własne żądanie, „7” - osoba leczona samowolnie opuściła zakład opieki stacjonarnej przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego, „9” - zgon pacjenta, nie zostały spełnione wymagane zawarte w załączniku nr 5 do zarządzenia nr 130/2016/DSOZ stanowiącym charakterystykę grup, może zostać rozliczone zgodnie z grupą JGP do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany. źródło - Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrala NFZ