

Sprawdzenia z zakresu Centralnych Warunków Walidacji i Centralnych Reguł Weryfikacji

Narodowy Fundusz Zdrowia, rozszerzając zakres prowadzonych weryfikacji sprawozdań za wykonane usługi, wdraża nowe techniczne Centralne Warunki Walidacji i Centralne Reguły Weryfikacji. Nowe reguły wprowadzono w celu ujednoczenia zasad i kryteriów przeprowadzanych w OW NFZ sprawdzeń oraz umożliwienia Świadczeniodawcom uporządkowania sprawozdawczości, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Kod sprawdzenia	Nazwa sprawdzenia	Kod błędu	Komunikat błędu
50317024	Sprawdzenie płci pacjenta, dla którego wykonano daną procedurę ICD9	50317024	Płeć pacjenta nie jest zgodna z dopuszczalną dla danej procedury ICD9
50501022	Sprawdzenie zgodności trybu przyjęcia wykazanego dla hospitalizacji z wnioskiem złożonym w bazie rozliczeń indywidualnych	50501022	Nieprawidłowy tryb przyjęcia pacjenta w stosunku do wykazanego we wniosku w BRI
50503008	Sprawdzenie limitu świadczeń psychiatrycznych dziennych, zrealizowanych na jedno skierowanie, w kontekście limitu czasu dopuszczalnego do rozliczania	50503008	Wykazany czas trwania dziennych świadczeń psychiatrycznych przekracza maksymalny możliwy czas rozliczania
50507002	Sprawdzenie krotności świadczenia w ramach hospitalizacji	50507002	Nieprawidłowa krotność świadczenia realizowanego w ramach hospitalizacji
50606007	Sprawdzenie nakładania się świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej w ramach jednego skierowania	50606007	W ramach jednego cyklu fizjoterapii wykazano świadczenia realizowane w domu i w zakładzie fizjoterapii
50811014	Sprawdzenie danych dot. personelu wykonującego świadczenie względem uprawnień do udzielania świadczeń bez skierowania	50811014	Typ personelu realizującego świadczenie nie upoważniony do udzielenia świadczenia bez skierowania
51005032	Sprawdzenie, czy wykazano wymaganą przyczynę udzielenia świadczenia (ICD10)	51005032	Dla świadczenia nie wykazano wymaganej przyczyny udzielenia świadczenia (ICD10)
51313009	Sprawdzenie, czy dla weryfikowanej pozycji rozliczeniowej którakolwiek wykazana w ramach hospitalizacji procedura ICD9 należy do określonego zbioru	51313009	Brak odpowiedniego kodu ICD9 dla danego świadczenia w ramach hospitalizacji
51601042	Sprawdzenie poprawności wykazania taryfy	51601042	Dla przekazanej pozycji rozliczeniowej wartość atrybutu taryfa musi być równa 1 lub nie należy przekazywać atrybutu
51601056	Sprawdzenie przekazania danych dodatkowych dla zabiegów hemodializy (nfz:dializa/pac-typ)	51601056	Dla wykazanej pozycji rozliczeniowej nie przekazano dodatkowych informacji o zabiegu hemodializy
51601057	Sprawdzenie przekazania danych dodatkowych dla zabiegów hemodializy (nfz:dializa/wart-hem), w ramach tego samego świadczeniodawcy	51601057	W poprzednim miesiącu sprawozdawczym, w ramach tego samego świadczeniodawcy, nie przekazano informacji o poziomie stężenia hemoglobiny
51601058	Sprawdzenie nadmiarowego przekazania informacji o podaniu środków stymulujących erytropoezę	51601058	Nadmiarowo przekazano informację o podaniu środków stymulujących erytropoezę
51601059	Sprawdzenie przekazania informacji o podaniu środków stymulujących erytropoezę (nfz:dializa/nfz:lek)	51601059	Dla pozycji rozliczeniowej przekazano niewłaściwy identyfikator leku

51606066	Sprawdzenie nakładania świadczenia ambulatoryjnego na hospitalizację zawierającą świadczenia z różnych typów umów	51606066	Świadczenie wykazane w trakcie trwania hospitalizacji rozliczanej w różnych typach umów
51609018	Sprawdzenie zachowania odstępu pomiędzy datą porodu a datą rozpoczęcia pozycji rozliczeniowej	51609018	Świadczenie może być rozliczane od 5 doby po porodzie
51609020	Sprawdzenie możliwości rozliczenia świadczenia receptowego	51609020	Nie upłynął minimalny okres czasu pomiędzy świadczeniami udzielanymi w ramach tego samego zakresu, wymagany do sfinansowania świadczenia
51619006	Sprawdzenie zgodności przekazanego numeru umowy ze zgodą z BRI (dawniej BZI) płatnika	51619006	Zgoda indywidualna o podanym numerze została wydana na inną umowę
51619007	Sprawdzenie zgodności przekazanego zakresu świadczeń ze zgodą z BRI (dawniej BZI) płatnika	51619007	Zgoda indywidualna o podanym numerze została wydana na inny zakres świadczeń
51619024	Sprawdzenie zgodności przekazanego świadczenia ze zgodą z BRI (dawniej BZI) płatnika	51619024	Zgoda indywidualna o podanym numerze została wydana na inne świadczenie
51690038	Sprawdzenie miejsca zamieszkania pacjenta w kontekście gminy własnej świadczeniodawcy	51690038	Miejsce zamieszkania pacjenta na terenie gminy własnej świadczeniodawcy
51690042	Sprawdzenie spełnienia warunku wcześniejszego wykazania świadczenia warunkującego rozliczenie weryfikowanego świadczenia	51690042	Świadczenie nie może być rozliczone z powodu braku wcześniej sprawozdanego świadczenia warunkującego jego rozliczenie
51903007	Sprawdzenie, czy data wydania karty zawiera się w dacie porady poz związanej z wydaniem karty	51903007	Data wydania karty DiLO o numerze @1 w POZ nie zawiera się w datach wizyty