

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
50201080	Sprawdzenie przekazania informacji o sposobie kontynuacji leczenia	50201080	Nie przekazano kodu sposobu kontynuacji leczenia
50314052	Sprawdzenie czy pacjent posiada dodatkowe uprawnienia do przyjęcia na hospitalizację na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	50314052	Brak tytułu uprawnień dodatkowych uprawniających do przyjęcia na hospitalizację na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego
50314053	Sprawdzenie czy pacjent posiada dodatkowe uprawnienia do przyjęcia ambulatoryjnego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	50314053	Brak tytułu uprawnień dodatkowych uprawniających do przyjęcia ambulatoryjnego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego
50401019	Sprawdzenie przekazania informacji o typie świadczeniodawcy wystawiającego zlecenie	50401019	Nie podano typu świadczeniodawcy wystawiającego zlecenie
50401020	Sprawdzenie przekazania danych o świadczeniodawcy wystawiającym zlecenie	50401020	Nie podano danych dotyczących świadczeniodawcy wystawiającego zlecenie
50501028	Sprawdzenie przekazania danych o zgonie względem danych o orzeczeniu ustania czynności mózgu	50501028	Nie przekazano danych o zgonie
50501029	Sprawdzenie czy orzeczenie o ustaniu czynności mózgu nie nastąpiło po zakończeniu hospitalizacji	50501029	Data orzeczenia o ustaniu czynności mózgu wykracza poza datę zakończenia hospitalizacji
50590009	Sprawdzenie czy wykazanie trybu przyjęcia stacjonarnego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, jest uprawnione	50590009	Wykazane świadczenia nie uprawniają do przyjęcia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego
50590010	Sprawdzenie czy wykazanie trybu przyjęcia ambulatoryjnego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, jest uprawnione	50590010	Wykazanie trybu przyjęcia ambulatoryjnego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, nie jest uprawnione dla tych świadczeń
50601070	Sprawdzenie poprawności użycia kodu trybu przyjęcia = 13	50601070	Przekazany kod trybu przyjęcia nie może być wykazany dla danego świadczenia
51005036	Sprawdzenie czy dla świadczenia jednostkowego przyczyna udzielenia świadczenia nie jest wykluczająca	51005036	Wykazane rozpoznania ICD10 @1(lista) wykluczają rozliczenie sprawozdanego świadczenia jednostkowego @1 - kod icd10 (lub lista kodów) wykluczającego
51313010	Sprawdzenie czy dla weryfikowanej pozycji rozliczeniowej wszystkie wykazane w ramach świadczenia procedury ICD9 są zgodne z obowiązującym słownikiem	51313010	Przynajmniej jedna procedura ICD9 nie może być wybrana we wskazanym okresie czasu
51313011	Sprawdzenie poprawności sprawozdania procedury ICD9	51313011	Wykazany kod ICD9 @1 w bieżącej wersji słownika jest niewybralny @1 - procedura/y ICD9
51603020	Sprawdzenie minimalnej długości pozycji rozliczeniowej	51603020	Długość pozycji rozliczeniowych dotyczących świadczenia jednostkowego @1 nie spełnia wymaganego minimum @1 - kod świadczenia jednostkowego

51606083	Sprawdzenie nakładania świadczenia ambulatoryjnego na hospitalizację, zawierającą świadczenia z różnych typów umów	51606083	Świadczenie wykazane w trakcie trwania hospitalizacji, rozliczanej w różnych typach umów
51608035	Sprawdzenie limitu czasu trwania rehabilitacji leczniczej rozliczanej grupą (pomiędzy świadczeniodawcami)	51608035	W weryfikowanym okresie od 01.01.@1_do @2 przekroczono dopuszczalny roczny limit rehabilitacji Parametry @1 - rok z daty przyjęcia hospitalizacji, do której należy weryfikowana pozycja rozliczeniowa @2 - data wypisu hospitalizacji, do której należy weryfikowana pozycja rozliczeniowa
51609026	Sprawdzenie zachowania odstępu pomiędzy datą wykonania procedury a datą rozpoczęcia pozycji rozliczeniowej	51609026	Odstęp pomiędzy rozliczaniem świadczeniem a procedurą jest nieprawidłowy
51609027	Sprawdzenie odstępu pomiędzy świadczeniem pohospitalizacyjnym a hospitalizacją	51609027	Brak wcześniejszej hospitalizacji w ramach świadczeniodawcy
51690043	Sprawdzenie wykonania świadczenia stomatologicznego, przy jednoczesnym rozliczeniu świadczeń wykluczających	51690043	Świadczenie stomatologiczne wykonane przy jednoczesnym rozliczeniu świadczenia wykluczającego @1 (@1 - kod świadczenia kolizyjnego)
51690044	Sprawdzenie czy przekazane świadczenie jednostkowe zawiera się w obowiązującym pakiecie umowy	51690044	Świadczenie jednostkowe nie występuje w pakiecie umowy obowiązującym w tym okresie
51690045	Sprawdzenie spełnienia warunku wykazania świadczenia warunkującego rozliczenie weryfikowanego świadczenia, w ramach tej samej hospitalizacji	51690045	Świadczenie nie może być rozliczone z powodu braku sprawozdanego świadczenia warunkującego jego rozliczenie, w ramach tej samej hospitalizacji