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 ujednolicenia 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
50314050	Sprawdzenie rodzaju umowy rozliczanych świadczeń w zależności od uprawnień pacjenta	50314050	Tytuł uprawnienia pacjenta nie uprawnia do rozliczania świadczeń innych niż świadczenia z rodzaju 04 (PSY)
50317026	Sprawdzenie płci pacjenta, dla którego wykazano dane rozpoznanie ICD10	50317026	Płeć pacjenta nie jest zgodna z dopuszczalną dla wykazanego rozpoznania ICD10
50401021	Sprawdzenie przekazania informacji o typie świadczeniodawcy wystawiającego zlecenie	50401021	Nie podano typu świadczeniodawcy wystawiającego zlecenie
50590011	Sprawdzenie czy dla hospitalizacji z trybem przyjęcia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (11), przekazano numer karty DiLO	50590011	Dla hospitalizacji nie przekazano numeru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego
50590012	Sprawdzenie czy dla świadczenia ambulatoryjnego z trybem przyjęcia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (14), przekazano numer karty DiLO	50590012	Dla świadczenia nie przekazano numeru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego
50590013	Sprawdzenie czy wykazanie trybu przyjęcia stacjonarnego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, jest uprawnione	50590013	Wykazane świadczenia nie uprawniają do przyjęcia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego
50811013	Sprawdzenie występowania personelu realizującego świadczenie w potencjale zadeklarowanym	50811013	Osoba wykonująca świadczenie nie występuje w deklarowanym potencjale
50811016	Sprawdzenie występowania personelu realizującego świadczenie w potencjale przekazanym w umowie	50811016	Osoba wykonująca świadczenie nie występowała w umowie
51401057	Sprawdzenie występowania personelu realizującego w zawartej umowie RTM	51401057	Identyfikator osoby wskazany w ratownictwo/personel-real@wartosc nie występuje we wskazanej umowie i rejonie na dzień rozpoczęcia świadczenia
51601067	Sprawdzenie nadmiarowego przekazania informacji	51601067	Przekazanie informacji o dopłacie pacjenta jest nadmiarowe
51603017	Sprawdzenie krotności osobodni hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego (1w/1b)	51603017	Wykazana krotność osobodni hospitalizacji przekracza dozwoloną
51603020	Sprawdzenie minimalnej długości pozycji rozliczeniowej	51603020	Długość pozycji rozliczeniowych dot. świadczenia jednostkowego @1 nie spełnia wymaganego minimum @1 -kod świadczenia jednostkowego
51603022	Sprawdzenie długości świadczeń do sumowania występujących w hospitalizacjach związanych z przeszczepami rozliczanymi z katalogu 1a	51603022	Wykazana krotność osobodni świadczenia @1 przekracza dozwoloną @1 - kod świadczenia jednostkowego, którego suma krotności przekracza wyznaczoną
51603023	Sprawdzenie krotności osobodni hospitalizacji do świadczenia	51603023	Wykazana krotność osobodni hospitalizacji przekracza dozwoloną

	wysokospecjalistycznego (1w/1a)		
51606089	Sprawdzenie jednoczasowego występowania świadczeń, których sumowanie w ramach jednej hospitalizacji jest niedozwolone	51606089	Wykazano świadczenia, których nie można sumować w tym samym czasie w ramach hospitalizacji
51616021	Sprawdzenie występowania świadczeń z katalogu 1a w trakcie hospitalizacji po wykonaniu świadczenia wysokospecjalistycznego	51616021	Świadczenie jednostkowe z katalogu 1a zostało wykazane w dniach finansowania świadczenia wysokospecjalistycznego lub świadczenia z 1b (po przeszczepie)
51616023	Sprawdzenie występowania świadczeń do sumowania w dniach finansowanych jgp	51616023	Świadczenie jednostkowe @1 wykazano w dniach finansowania jgp @1-świadczenie jednostkowe z katalogu 1c wykazane z datą od wcześniejszą niż dozwolone
51690036	Sprawdzenie czy pacjent nie znajduje się na liście aktywnej POZ u tego świadczeniodawcy	51690036	Pacjent znajduje się na liście aktywnej deklaracji POZ u tego świadczeniodawcy
51690049	Sprawdzenie zakontraktowanego potencjału sprzętowego do udzielania wykazanego świadczenia	51690049	Świadczeniodawca nie posiadał w swoim zakontraktowanym potencjale typu sprzętu/gabinetu zabiegowego wymaganego do udzielania tego świadczenia
51690050	Sprawdzenie, czy data końca pozycji rozliczeniowej zawiera się w obowiązującym punkcie umowy	51690050	Data końca pozycji rozliczeniowej wykracza poza datę obowiązywania punktu umowy
51906021	Sprawdzenie możliwości rozliczenia badanej hospitalizacji w ramach SSO, z wcześniej postawioną diagnozą onkologiczną	51906021	Nie zostały spełnione wymagania dotyczące odstępu czasu pomiędzy datą wpisu do kolejki/ konsylium, a rozpoczęciem leczenia pacjenta