

Komunikat dla świadczeniodawców w sprawie zmian w sprawozdawczości w związku z wejściem w życie jednolitego pliku sprawozdawczego

Komunikat doprecyzowuje zapisy komunikatu xml SWIAD w wersji 9.9.1

W związku z wydaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1207) oraz zarządzenia nr 98/2019/DI Prezesa NFZ z dnia 1 sierpnia 2019 r. w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML i zarządzenia nr 113/2019/DI Prezesa NFZ z dnia 23 sierpnia 2019 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML, Narodowy Fundusz Zdrowia objaśnia poniżej niektóre zmiany w sprawozdawczości przekazywanej za pomocą komunikatu SWIAD w wersji 9.9.1.

Komunikat stosowany jest do przekazywania danych o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych w okresie sprawozdawczym rozpoczynającym się od dnia 1 września 2019 r. Komunikat ma zastosowanie również do przekazywania danych o udzielonych świadczeniach w okresach wcześniejszych. Przekazywanie danych o świadczeniach opieki zdrowotnej komunikatem SWIAD w wersji 9.9.1 możliwe będzie od 15 września 2019 r.

Terminy obowiązku przekazywania nowych danych określają ww. akty prawne. Dla elementów wymagających dłuższego dostosowania systemów informatycznych przesunięto czas wymagalności, co szczegółowo opisano w poniższym komunikacie.

1. W danych dotyczących hospitalizacji w elemencie *przyjecie* dodano atrybut **czas**, który ma być sprawozdawany przy wszystkich hospitalizacjach realizowanych z trybem przyjęcia nagłym. Czas powinien być określony w systemie 24-godzinnym z podaniem godziny i minuty przyjęcia do szpitala.
2. W ramach hospitalizacji oraz świadczenia dodano nowe elementy dotyczące międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania ICF. Przekazywanie tych informacji dotyczy świadczeń realizowanych w ramach umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza, zarówno stacjonarnej, dziennej jak i fizjoterapii (ambulatoryjnej i domowej).

Ocena pacjenta powinna być przeprowadzona:

- dla świadczeń stacjonarnych w dniu przyjęcia i wypisu - w sprawozdawczości określają to elementy: ***nfz:icf-przyjecie*** i ***nfz:icf-wypis***,
- dla świadczeń dziennych, ambulatoryjnych i domowych w dniu rozpoczęcia i zakończenia cyklu/turnusu - w sprawozdawczości określa to element: ***nfz:icf-swiad***. Wynik oceny zarówno stanu początkowego

(*icf-rozp*) jak i końcowego (*icf-zak*) powinien być sprawozdany przy **ostatnim kontakcie cyklu/turnusu**.

W początkowej fazie stosowania w praktyce klasyfikacji ICF dopuszczone jest korzystanie z uproszczonego wykazu funkcji do oceny, tj.:

b280.x	Czucie bólu
b455.x	Funkcje związane z tolerancją wysiłku
b710.x	Funkcje ruchomości stawów
b730.x	Funkcje związane z siłą mięśni
b745.x	Funkcje związane z obecnością napięcia mięśni
d230.x	Realizowanie dziennego rozkładu zajęć
d410.x	Zmienianie podstawowej pozycji ciała
d415.x	Utrzymywanie pozycji ciała
d450.x	Chodzenie
d510.x	Mycie się
d530.x	Korzystanie z toalety
d540.x	Ubieranie się
d550.x	Jedzenie

Słownik powyższy będzie sukcesywnie rozszerzany i uszczegóławiany.

Po kropce należy wpisać wynik oceny wg skali:

- 0 – Brak problemu
- 1 – Nieznaczny problem
- 2 – Umiarkowany problem
- 3 – Znaczny problem
- 4 – Skrajnie duży problem
- 8 – Nie określony
- 9 – Nie dotyczy

Wynik oceny xxxx.9 może być stosowany tylko w wyjątkowych sytuacjach, np. gdy pacjent nie zgłosił się na ostatni dzień cyklu i ocena końcowa nie została przeprowadzona.

Sprawozdawanie przedmiotowych danych będzie możliwe od dnia 15 września 2019 r. **Rozważane jest wprowadzenie obligatoryjności przekazania elementu dla świadczeń/hospitalizacji w rodzaju rehabilitacja lecznicza, rozpoczynających się po dniu 31 grudnia 2019 r.**

3. W danych dotyczących hospitalizacji w elemencie *wypis* dodano element *dod-info/brak-zak* oraz element *dod-info/zakazenie*, przy którym w atrybucie *zakazenie@ przycz-kod* należy określić rozpoznanie

kliniczne zakażenia szpitalnego wg klasyfikacji ICD10. Jeśli w trakcie hospitalizacji nie przeprowadzono badań w tym kierunku należy przekazać element *dod-info/brak-zak*.

4. Element *zaawansowanie* zbierany będzie dla kontaktów (pobyków) stacjonarnych i ambulatoryjnych, w przypadkach, gdy przyczyną główną udzielenia świadczenia był nowotwór z katalogu nowotworów określonych w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia¹, w typach umów dotyczących:

03/1 - Leczenie szpitalne - oddziały szpitalne (dla świadczeń zabiegowych określonych w katalogu 1a zarządzenia szpitalnego znacznikiem „*”)

03/3 - Leczenie szpitalne - chemioterapia

03/4 - Leczenie szpitalne - teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa

03/8 - Leczenie szpitalne - świadczenia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ)

Obowiązuje też świadczeniodawców realizujących pilotaż onkologiczny.

5. Atrybut *nfz:proc-kierunk* wymagany będzie tylko w przypadku świadczeń JGP-SZP (dla świadczeń zabiegowych o kodzie produktu zaczynającym się od 5.51...., określonych w katalogu jgp znacznikiem „*”). Wartość *T-tak* można określić przy kilku sprawozdanych procedurach ICD-9 jeśli są one wskazane w charakterystyce danej JGP na liście głównej (załącznik 9 do zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne).

6. W danych dotyczących procedur dodano atrybut *czas*, który ma być wykazywany dla procedur ICD9, wykonanych w warunkach określonych w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia¹. Informacja zbierana będzie dla wszystkich hospitalizacji z wykazanim trybem przyjęcia nagłym (przynajmniej jedno wystąpienie elementu). W przypadku hospitalizacji „nagłych” ze zrealizowanym JGP-SZP (wymienionych w katalogu 1a zarządzenia szpitalnego, o kodzie rozpoczynającym się od 5.51....) - przy wszystkich procedurach ICD9 oznaczonych jako kierunkowe (w elemencie *nfz:proc-kierunk*). Czas powinien być określony w systemie 24-godzinnym z podaniem godziny i minuty.

7. W danych dotyczących pozycji rozliczeniowej dodano element *nfz:modyfikator*, który ma być wykazywany dla wszystkich świadczeń JGP-SZP (wymienionych w katalogu 1a świadczeń szpitalnych o kodzie rozpoczynającym się od 5.51....), których taryfa została skorygowana jednym ze współczynników określonych w zarządzeniu rodzajowym. Wykaz zbiorczy kodów modyfikatorów zostanie opublikowany odrębnym komunikatem na stronie internetowej Centrali NFZ. **Element będzie wymagany dla hospitalizacji zakończonych po dniu 31 grudnia 2019r.**

8. Zmieniono format i słownik informacji atrybutu *id-leku@nfz:leki* – identyfikator 4-cyfrowy

przekazywany jest jeżeli zostały podane leki w wyznaczonych terapiach, zgodnie z identyfikatorami określonymi przez płatnika. Na obecnym etapie przewiduje się następujący wykaz wartości:

1. Dializa - przeniesiono z elementu *nfz:lek*, który został zlikwidowany:

11 Epoetinum

12 Darbepotinum

13 Mirera

14 Inne

2. W terapii iniekcji doszklistkowej - wymagany przy rozliczaniu hospitalizacji produktem z zakresów umowy na leczenie szpitalne o kodzie 5.51.01.0002084 - B84 MAŁE ZABIEGI WITREORETINALNE* i procedurą 99.293 - Wstrzyknięcie rekombinowanych białek:

21 Avastin

22 Lucentis

23 Eylea

24 Inne

Wymóg posługiwania się nowymi wartościami obowiązuje dla hospitalizacji rozpoczynających się po dniu 31 grudnia 2019 r.

9. Zmieniono zagnieżdżenie elementu *nfz:faktura-zakup* z poziomu 8 (nfz:chemioterapia) na poziom 7 (nfz:dane-poz-rozl) – umożliwi to przekazanie informacji o fakturze zakupowej zarówno dla produktów leczniczych stosowanych w chemioterapii i programach lekowych (w elemencie *nfz:dane-poz-chem*), jak również innych wymagających potwierdzenia zakupu, które nie mają związku z elementem nfz:chemioterapia (w elemencie *nfz:dane-poz-inne*). Atrybuty *ilość* i *wartość* należy wypełniać zgodnie z realizacją, w jednostkach zgodnych z fakturą zakupu.

UWAGA:

W korelacji ze zmianami wprowadzonymi w przedmiotowym elemencie zostały też wprowadzone zmiany w komunikacie xml FZX (dot. przesyłania danych o fakturach zakupu). Na poziomie pozycji faktury zakupowej został dodany odrębny element umożliwiający przesłanie informacji o zakupie wyrobu medycznego lub produktu leczniczego innego niż produkt leczniczy stosowany w chemioterapii i programach lekowych. Przyszłościowo NFZ przewiduje wprowadzenie weryfikacji zgodności danych przekazywanych w obu komunikatach.

Na obecnym etapie przewiduje się zbieranie przedmiotowych informacji dla następujących świadczeń jednostkowych realizowanych w ramach umowy dot. leczenia szpitalnego:

5.53.01.0000012 PRODUKT LECZNICZY W RAMACH RATUNKOWEGO DOSTĘPU DO TECHNOLOGII LEKOWEJ

5.53.01.0001435 WYRÓB MEDYCZNY NIE ZAWARTY W KOSZTACH ŚWIADCZENIA

5.53.01.0001436 PRODUKT LECZNICZY NIE ZAWARTY W KOSZTACH ŚWIADCZENIA

5.53.01.0000013 PODANIE IMMUNOGLOBULINY ANTY-RHD PACJENTCE RHD-UJEMNEJ

Wymóg przekazywania danych o fakturze zakupowej dla produktów innych niż stosowane w chemioterapii i programach lekowych w komunikacie SWIAD i w komunikacie FZX będzie weryfikowany dla hospitalizacji rozpoczynających po dniu 31 grudnia 2019 r.

10. Na poziomie pozycji rozliczeniowej wprowadzono nowy element *nfz:dane-dod* z atrybutem *tydz-ciazy*, który ma być przekazywany dla świadczeń zgodnie w wymaganiach zarządzenia rodzajowego. W chwili obecnej obowiązek sprawozdawania tygodnia ciąży wynika z przepisów zarządzenia Nr 86/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.
11. Wprowadzono zmiany w elemencie *nfz:okulistyka* w celu umożliwienia odrębnego sprawozdawania danych z uwzględnieniem umiejscowienia wykonania świadczenia. Dodanie atrybutu *umiejscowienie* pozwala na określenie, dla którego oka sprawozdano element. Zmieniono też krotność elementu – co umożliwia odrębne przekazanie danych w przypadku obustronnego wykonania zabiegu (dla oka prawego, dla oka lewego).
12. Wprowadza się wymóg stosowania **nowych uprawnień dodatkowych** (element upraw- dodatkowe), dotyczących prawa do pobytu przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego sprawującego opiekę nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne bez konieczności ponoszenia kosztów pobytu, odpowiednio:

art. 34 ust. 3 ustawy w związku z art. 35 ust. 4 z dnia 6 listopada 2008r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019r. Poz. 1127 z późn.zm.)	prawo do objęcia dodatkową opieką pielęgnacyjną przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego przez jego pobyt w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne bez konieczności ponoszenia kosztów tego pobytu	osoby małoletniej	34M
		osoby posiadającej orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	34N

Prosimy o wsteczne uzupełnienie danych przy wszystkich sprawozdanych świadczeniach jednostkowych:

5.08.05.0000048	KOSZT POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO PRZY PACJENCIE MAŁOLETNIM LUB POSIADAJĄCYM ORZECZENIE O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
5.53.01.0001649	KOSZT POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO PRZY PACJENCIE MAŁOLETNIM LUB POSIADAJĄCYM ORZECZENIE O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

¹ rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1207).