

Zasady sprawozdawczości w ramach POZ Plus

Sprawozdawczość świadczeń w komunikacie SWIAD

Sprawozdawczość udzielonych świadczeń realizowana będzie w ramach komunikatu XML SWIAD w dedykowanych zakresach świadczeń ambulatoryjnych (typu A):

- Profilaktyczne badania bilansowe
- Wizyty bilansowe
 - Bilans podstawowy
 - Bilans pogłębiony
 - Wizyty edukacyjne
 - kontrolna (po 3 miesiącach)
 - kontrolna (po 6 miesiącach)
 - specjalistyczna
- Zarządzanie chorobą
- Badania laboratoryjne konieczne do przeprowadzenia w ramach DMP (finansowane odrębnie)
- Konsultacje
- Porady
- Badania diagnostyczne wysokospecjalistyczne
- Świadczenia fizjoterapeutyczne
- Inne

Zakresy świadczeń, produkty jednostkowe oraz inne wymagania, jakie muszą zostać spełnione do prawidłowego rozliczenia świadczeń, określone zostały w zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 23/2018/DAiS z dnia 16 marca 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS” z późniejszymi zmianami.

W celu prawidłowego rozliczenia świadczeń konieczne będzie sprawdzenie uprawnień świadczeniobiorcy w dniu wizyty, w ramach której nastąpi rozliczenie udzielonego świadczenia oraz wykonanych badań. W komunikacie SWIAD, zgodnie z zasadami komunikatu sprawozdawczego SWIAD, przekazywana będzie informacja o wyniku tej weryfikacji w okresach finansowania zestawu świadczeń.

Data początku i data końca pozycji rozliczeniowej świadczenia związanego z rozliczeniem badania diagnostycznego oraz bilansu będą sobie równe i będą pokrywały się z datą wizyty rozliczającej bilans. W celu rozliczenia wizyt konieczne będzie przekazanie w komunikacie SWIAD pozycji rozliczeniowej z odpowiednim produktem jednostkowym.

W procesie rozliczania świadczeń w ramach bilansu konieczne będzie, aby dany pacjent, któremu wykonywany jest bilans, znajdował się na liście aktywnej lekarza POZ zadeklarowanego zgodnie z danymi przekazanymi w komunikacie DEKL, w miejscu udzielania świadczeń, którego dotyczy rozliczane świadczenie w umowie typu 18/1 - program pilotażowy w POZ Plus.

Dla poprawnego rozliczenia świadczeń konieczne jest, aby dane identyfikujące pacjenta przekazane w komunikacie DEKL były takie same w ramach sprawozdawczości w komunikacie SWIAD oraz w systemie AP-PKUŚ.

Świadczeniodawca w komunikacie SWIAD będzie przekazywał w danych pozycji rozliczeniowej informacje o identyfikatorach procesów (zarejestrowanych w aplikacji centralnej AP-PKUŚ) włączenia/wyłączenia pacjenta do programu zarządzania chorobą ze względu na schorzenie, z którym związany jest rozliczany produkt jednostkowy:

- atrybut 8/nfz:[dokument@kod-systemu](#) powinien mieć wartość POZ-BILANS / POZ-DMP (niezależnie od wielkości liter);
- atrybut 8/nfz:[dokument@id-dokument](#) powinien mieć wartość odpowiadającą identyfikatorowi procesu bilansu / procesu DMP, w ramach którego rozliczane jest świadczenie.

8	nfz:dokument		1-n			Informacja o wypełnieniu dodatkowego dokumentu wymaganego do wykonania świadczenia
		kod-systemu	1	do 10 znaków		Słownik unikalnych kodów systemów
		id-dokumentu	1	do 24 znaków		Unikalny identyfikator dokumentu w ramach systemu
		wersja	0-1	do 10 cyfr		Wersja dokumentu

Sprawozdawczość wykonanych badań w komunikacie SWIAD – obszar WYKBAD

Informacje o wykonanych badaniach dla danego pacjenta, które nie podlegają odrębnemu finansowaniu, powinny być przekazywane przez świadczeniodawców POZ Plus w komunikacie XML SWIAD – obszar WYKBAD:

- badania wykonane w ramach ryczałtu programu zarządzania chorobą (DMP), mające związek z realizacją ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej DMP POZ PLUS, będą sprawozdane do umowy POZ PLUS z powołaniem się na kody schorzeń objętych programem zarządzania chorobą przewlekłą (***nfz:umowa-okres-spr@umowa*** jest umową POZ-PLUS);
 - do sprawozdania schorzenia wykorzystywany będzie element ***nfz:poz-plus-schorzenie-dmp***, z którym powiązane jest wykonane badanie w związku z włączeniem pacjenta do DMP;
- badania poza DMP będą wykazywane w ramach umowy podstawowej POZ świadczeniodawcy (***nfz:umowa-okres-spr@umowa*** jest umową podstawową POZ).
W tym wypadku nie jest przekazywany element ***nfz:poz-plus-schorzenie-dmp***.

1	nfz:zestaw-wyk-bad-poz		1-n 1z		Zestaw wykonanych badań dla pacjenta w ramach umowy o udzielanie świadczeń lekarza POZ	
		id-inst	0-1	do 38 znaków	Identyfikator wyróżniający instalację systemu u świadczeniodawcy, w której został zarejestrowany zestaw	Nie występuje, jeśli identyfikator instalacji jest taki sam jak przekazany w atrybucie „,/komunikat/swiadczeniodawca/@id-inst”
		id-zest-wyk-bad-poz	1	do 20 cyfr	Identyfikator zestawu	Atrybut techniczny pozwalający na synchronizację danych pomiędzy systemami informatycznymi świadczeniodawcy i podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń
		nr-wersji	1	liczba (4,0)	Numer wersji (modyfikacji) danych zestawu badań.	Atrybut techniczny wykorzystywany do numerowania wersji przekazywanych danych w przypadku ich poprawiania. Szczegółowe zasady zmiany numeru wersji – zobacz punkt 3.2 (Elementy protokołu wymiany danych).
		usun	0-1	1 litera [N]	Żądanie usunięcia całego zestawu badań	Wartości: T – żądanie usunięcia N – przekazanie danych Jeżeli atrybut nie występuje, przyjmuje się, że jego wartość wynosi “N”.

		mom-wprow	1	data+czas	Data i czas pierwszej rejestracji zestawu w systemie świadczeniodawcy	Pomocniczy atrybut techniczny umożliwiający przede wszystkim zabezpieczenie przed zamieszczeniem w danych po niekontrolowanym przywróceniu przez świadczeniodawcę stanu bazy danych z przeszłości (np. po awarii).
		mom-modyf	1	data+czas	Data i czas ostatniej modyfikacji zestawu w systemie świadczeniodawcy	Pomocniczy atrybut techniczny umożliwiający przede wszystkim zabezpieczenie przed zamieszczeniem w danych po niekontrolowanym przywróceniu przez świadczeniodawcę stanu bazy danych z przeszłości (np. po awarii).
2	nfz:dane-zest-wyk-bad		0-1		Dane zestawu wykonanych badań	Nie przekazywany gdy nfz:zestaw-wyk-bad-poz@usun='T'
3	nfz:pacjent		1		Pacjent któremu wykonano badania sprawozdawane zestawem	
4	nfz:ident-pacj		1		Identyfikator pacjenta/opiekuna	
		typ-osoby	0-1	1 litera [P]	Informacja, dla jakiej osoby przekazano dane identyfikacyjne	P – pacjent O – rodzic albo opiekun prawny
		typ-id	0-1	do 2 znaków [P]	Kod typu identyfikatora	Zgodnie z tabelą nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia
		id-osoby	1	do 30 znaków	Identyfikator	
4	nfz:dane-osobowe-pacjenta		0-1		Dane o pacjencie identyfikowanego innym id niż własny numer PESEL	Przekazywany wyłącznie w sytuacji, gdy nie przekazano własnego numeru PESEL pacjenta.
		nazwisko	0-1	do 40 znaków	Nazwisko dziecka	Wymagane gdy nfz:ident-pacj@typ-osoby='O'
		imie	0-1	do 20 znaków	Imię dziecka	Wymagane gdy nfz:ident-pacj@typ-osoby='O'
		data-urodz	1	data	Data urodzenia	
		plec	1	1 cyfra	Płeć	Kody zgodnie z ISO 5218.
4	nfz:adres-zam-pacj		1		Dane o adresie zamieszkania pacjenta	
		teryt	1	7 znaków	Kod TERYT gminy adresu zamieszkania pacjenta	
3	nfz:umowa-okres-spr		1		Umowa i okres sprawozdawczy którego dotyczy zestaw	
		umowa	1	do 24 znaków	Numer umowy	
		rok	1	liczba(4,0)	Rok	
		mies	1	liczba(2,0)	Miesiąc	Przyjmuje wartości 1 do 12
3	nfz:wyk-badanie		1-n		Badanie wykonane pacjentowi	
		data-wyk-badania	1	Data	Data wykonania badania	Musi zawierać się w okresie sprawozdawczym wynikającym z atrybutów elementu nfz:okres-spr
		kod-badania	1	Ciąg do 10 znaków	Kod badania	Kod badania określony przez płatnika
		krotnosc	1	liczba(2,0)	Liczba wykonanych badań	
4	nfz:diag-schorz		0-2 1z		Informacje o diagnozowanych schorzeniach	

		diagnozowane-schorzenie	1	1 znak	Grupa schorzeń, w której znajduje się schorzenie diagnozowane badaniem	Przyjmuje wartości: K - Badanie wykonane w związku z diagnozowaniem schorzenia oznaczonego wg ICD10 w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia P - Badanie wykonane w związku z diagnozowaniem innego schorzenia niż oznaczone wg ICD10 w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia
4	nfz.poz-plus-schorzenie-dmp		0-11 1z		W przypadku, gdy wykonanie badania miało związek z realizacją ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej DMP POZ PLUS	Przekazywane obligatoryjne gdy w atrybucie nfz:umowa-okres-spr@umowa przekazano umowę z obszaru POZ-PLUS
		schorzenie	1	Liczba(2,0)	Kod ścieżki na potrzeby realizacji, której wykonano badania	Przyjmuje jedną z wartości: 1 - cukrzyca typu II 2 - nadciśnienie tętnicze samoistne 3 - przewlekła choroba wieńcowa 4 - przewlekła niewydolność serca 5 - utrwalone migotanie przedsionków 6 - astma oskrzelowa 7 - POCHP 8 - niedoczynność tarczycy 9 - wole mięsiste i guzowate tarczycy 10 - choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych 11 - zespoły bólowe kręgosłupa

Realizacja w ramach AP-PKUŚ

Funkcjonalność AP-PKUŚ dla operatorów świadczeniodawców realizowana będzie z wykorzystaniem:

- formularzy WWW;
- usług umożliwiających integrację systemu świadczeniodawcy z systemem NFZ.

Rozpoczęcie bilansu będzie możliwe, o ile w systemie zostanie zarejestrowana zgoda pacjenta, pozyskana przez świadczeniodawcę w ramach POZ PLUS:

- Zgoda na udział w programie pilotażowym POZ PLUS.

Zakwalifikowanie pacjenta do programu DMP dotyczącym danego schorzenia wymaga zarejestrowania zgody pacjenta pozyskanej przez świadczeniodawcę od pacjenta:

- Zgoda na udział w programie zarządzania chorobą.

Proces obsługi włączania/wyłączania pacjenta do/z programu zarządzania chorobą DMP w aplikacji AP-PKUŚ będzie dotyczył jednego z 11 schorzeń:

- 1 - cukrzyca typu II
- 2 - nadciśnienie tętnicze samoistne
- 3 - przewlekła choroba wieńcowa
- 4 - przewlekła niewydolność serca
- 5 - utrwalone migotanie przedsionków
- 6 - astma oskrzelowa
- 7 - POCHP
- 8 - niedoczynność tarczycy
- 9 - wole mięsiste i guzowate tarczycy
- 10 - choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych
- 11 - zespoły bólowe kręgosłupa

Udostępnienie aplikacji Portal SZOI – PKUŚ w zakresie realizacji programu POZ Plus realizowane będzie etapami:

- udostępniony został Portal SZOI – PKUŚ w zakresie:

- obsługi kontekstów;
- rozpoczynania procesu POZ-BILANS;
- rozpoczynania procesu POZ-DMP-DK;

- udostępniono obsługę nowej wersji komunikatu UMX (wersja 3.9);

- udostępniono import SWIAD - dopuszczenie nowych wartości atrybutu 8/nfz:dokument@kod-systemu z wartościami POZ-BILANS i POZ-DMP oraz przyjmowanie obszaru WYKBAD komunikatu SWIAD;

- z końcem września 2018 r. w Portalu SZOI – PKUŚ zostanie udostępniona możliwość uzupełniania formularza bilansowego w AP-PKUŚ (bez wydruku formularza bilansowego);

- w październiku 2018 r. planowane jest dostosowanie pełnej obsługi procesu włączania /wyłączenia pacjenta z DMP oraz dostosowanie systemu do rozliczania kapitaacji (ryczałtu) za udział pacjenta w DMP;

- z końcem grudnia 2018 r. w Portal SZOI – PKUŚ zostanie udostępniona możliwość pełnej obsługi procesu bilansu zdrowia z wydrukami.

Do komunikatu zostaje dołączona Dokumentacja interfejsu integracyjnego POZ PLUS.

Dokument opisujący poziom i sposób dokumentowania procesów POZ PLUS w systemie Funduszu - Załącznik nr 1.

Dokument opisujący ogólną usługę brokera i rozkazy dla usługi brokera POZ PLUS - Załącznik nr 2 (bez dokumentacji dotyczącej budowy komunikatów wewnętrznych rozkazów brokera)

Dokument z opisem komunikatów XML przekazywanych w ramach rozkazów dedykowanych do przekazywania/pobierania załączników (odpowiadających poszczególnym formularzom POZ PLUS) w ramach wybranych etapów wybranych typów procesów POZ PLUS - Załącznik nr 3.

Przekazanie dokumentacji dotyczącej budowy komunikatów wewnętrznych rozkazów brokera POZ PLUS planowane jest do końca września br.