

Komunikat nr 36/2016 dla świadczeniodawców
realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju
leczenie szpitalne, w zakresach:
Świadczenia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz Izba Przyjęć
w sprawie sprawozdawania, rozliczania i finansowania ww. świadczeń

W związku z faktem, iż prawidłowa sprawozdawczość warunkować będzie wyliczenie stawek ryczału dobowego dla SOR i IP, Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia informuje, iż zagadnienia dotyczące sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresach: świadczenia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz Izbie Przyjęć, zostały uregulowane w rozdziale 5 Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Jednocześnie przypominamy, iż Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznania zasadniczego i nie więcej niż trzech rozpoznań współistniejących, wg ICD-10,
- 2) istotnych procedur medycznych łącznie z datą ich wykonania wg wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy, wersji procedur wg ICD-9.

Jak uszczegółowiono w § 14 ww. zarządzenia w sytuacji udzielania świadczeń w SOR lub IP świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania **wszystkich wykonanych procedur medycznych wg ICD-9**, zgodnie z wykazem określonym w załączniku nr 5 lub w załączniku nr 5d do zarządzenia. Ponadto sprawozdanie procedur z kategorii wyższej uwarunkowane jest koniecznością wykazania procedur z kategorii niższych, np. w przypadku sprawozdania procedury z kategorii IV niezbędnym jest sprawozdanie wykonania przynajmniej po jednej procedurze z każdej kategorii od I do III (tzn. przynajmniej jedna procedura z kat. I oraz jedna procedura z kat. II oraz przynajmniej jedna procedura z kat. III).

Wyjątek od ww. zasady wskazany został w § 14 ust. 1b zarządzenia i dotyczy zasad sprawozdawania procedur z kategorii V i VI. Niniejsza sprawozdawczość uzależniona jest bowiem od wykonania przynajmniej jednej procedury z danej kategorii oraz minimum trzech procedur z kategorii z przedziału od I do IV, tzn. nie jest wymagane, aby była to przynajmniej jedna procedura ze wszystkich niższych kategorii (np. jedna z kat. I + jedna z kat. II + jedna z kat. IV lub jedna z kat. I + jedna z kat. II + jedna z kat. III – itp.).

Dodatkowo przypominamy, że przy obliczaniu składowej ryczału za funkcję, w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym bierze się między innymi, pod uwagę liczbę pacjentów:

- dla których świadczenie w SOR nie zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce, tj. pacjentów ze wszystkich kategorii, którym udzielono świadczeń w SOR w trybie ambulatoryjnym, i dla których świadczenie to zakończyło się wypisem,
- zakwalifikowanych do kategorii V i VI przyjętych w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego, tj. pacjentów z powyższych kategorii, spełniających dodatkowo powyżej wskazany warunek, przyjętych do hospitalizacji w danej placówce (bez względu na to, na jaki oddział szpitalny został przyjęty dany pacjent).

Natomiast przy obliczaniu składowej ryczału za funkcję w przypadku Izby Przyjęć należy między innymi wziąć pod uwagę liczbę pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta, dla których świadczenia w IP zostały zakończone wypisem (składowa nie uwzględnia pacjentów planowych oraz przyjętych do dalszej hospitalizacji w danym podmiocie).

Źródło:

Dział Kontraktowania Świadczeń w Lecznictwie Szpitalnym, Opiece Psychiatrycznej i ŚOK – 32 735 17 12