



Narodowy Fundusz Zdrowia

# WYBRANE ELEMENTY KODOWANIA I ROZLICZANIA SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO W PRAKTYCE

*dr n. med. Arkadiusz Kosowski*

*Dyrektor*

*Departamentu ds. Służb Mundurowych*

*Narodowy Fundusz Zdrowia*

# AGENDA SPOTKANIA

## **Na dobry początek – Garść danych statystycznych**

*Arkadiusz Kosowski – Dyrektor Departamentu ds. Służb Mundurowych CNFZ*

## **Szpitalny Oddział Ratunkowy – Od ogółu do szczegółu...**

*Małgorzata Kiełek – Kierownik Działu Ratownictwa Medycznego i Pomocy Doraźnej DSM CNFZ*

## **Błędy w sprawozdawczości świadczeń realizowanych na SOR**

*Teresa Biela – Z-ca Dyrektora Małopolskiego OW NFZ ds. Medycznych*

## **Monitorowanie raportów statystycznych SOR**

*Dariusz Brudło – Z-ca Dyrektora Wielkopolskiego OW NFZ ds. Służb Mundurowych*

## **Funkcjonowanie SOR z perspektywy NFZ**

*Arkadiusz Kosowski – Dyrektor Departamentu ds. Służb Mundurowych CNFZ*

# Szpitalne oddziały ratunkowe

**NA DOBRY POCZĄTEK**

*GARŚĆ DANYCH STATYSTYCZNYCH*



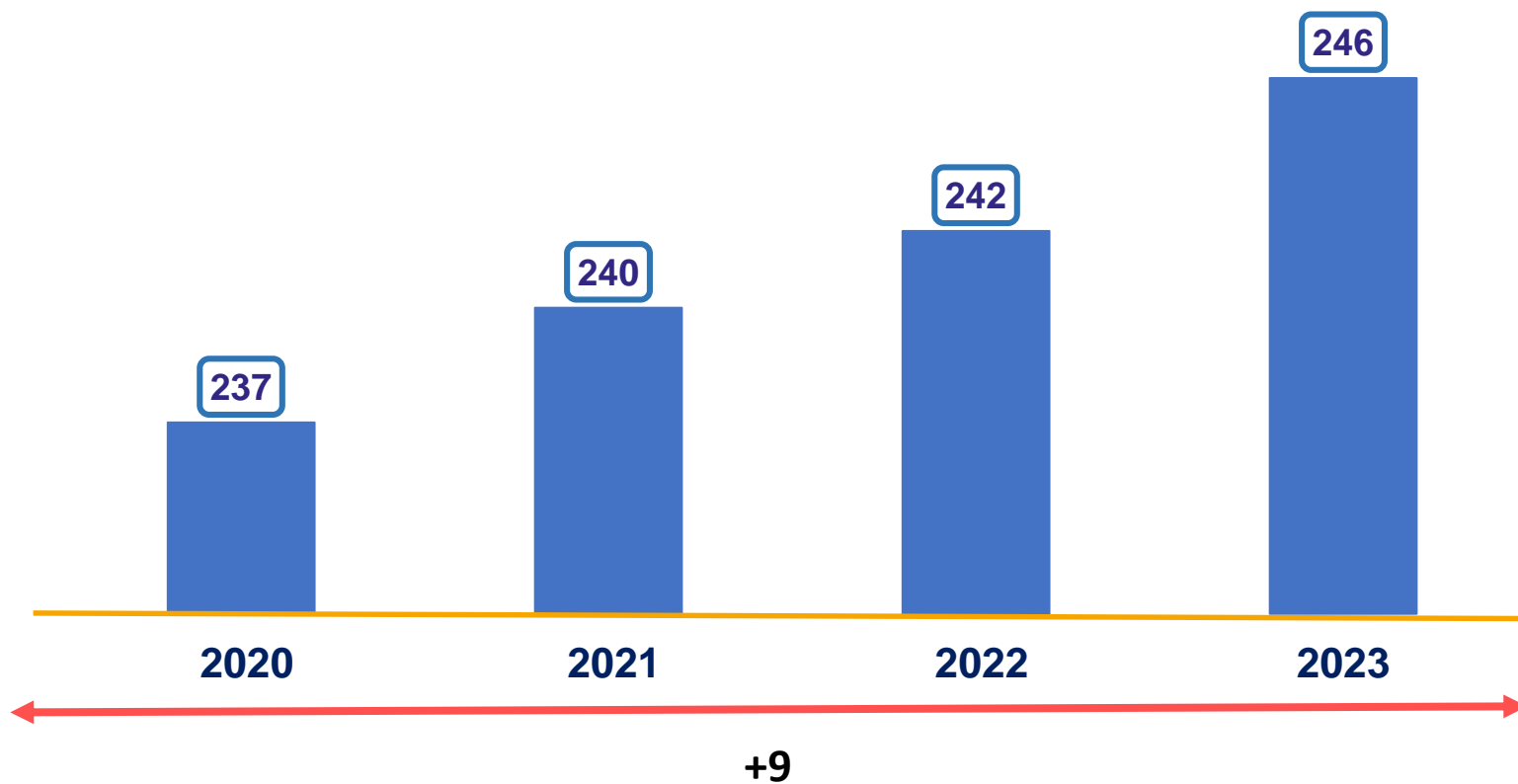
*dr n. med. Arkadiusz Kosowski*

*Dyrektor*

*Departamentu ds. Służb Mundurowych*

*Narodowy Fundusz Zdrowia*

## Liczba SOR w latach 2020-2023



We wskazanym okresie SOR utworzono w następujących województwach:

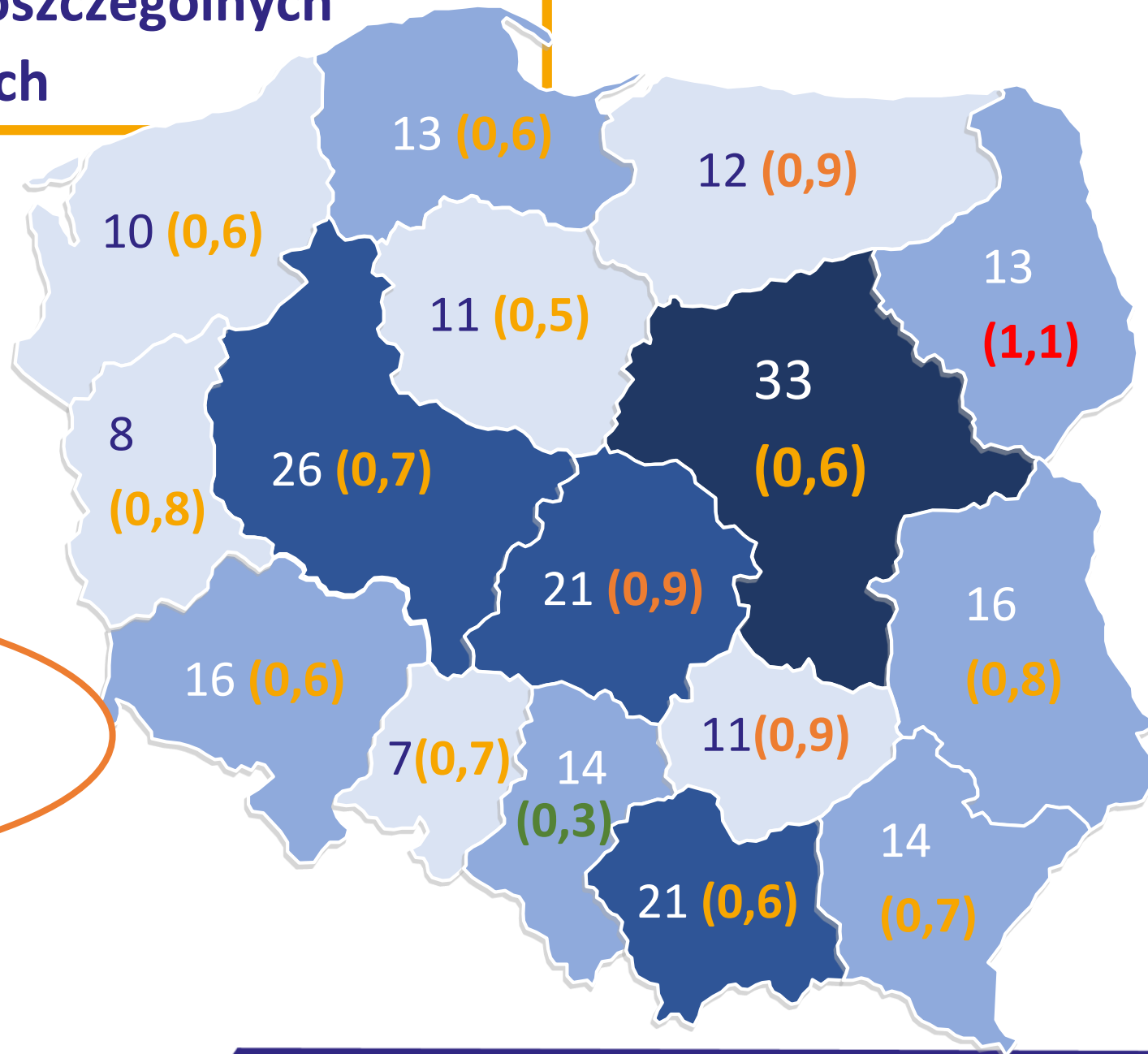
- 1) kujawsko-pomorskim
  - 1 SOR w **TORUNIU**
- 2) łódzkim
  - 3 SOR w **ŁODZI**
- 3) mazowieckim
  - 1 SOR w **SOKOŁOWIE PODLASKIM**
  - 1 SOR w **GRÓJCU**
- 4) podlaskim
  - 1 SOR w **ŁAPACH**
- 5) świętokrzyskim
  - 1 SOR w **KIELCACH**
- 6) wielkopolskim
  - 1 SOR w **POZNANIU**

*W województwie lubelskim 1 SOR został przekształcony w IP (WŁODAWA).*

# Liczba SOR w 2023 r. w poszczególnych województwach

Liczba SOR w 2023 r.  
na 100 tys. mieszkańców  
w województwie

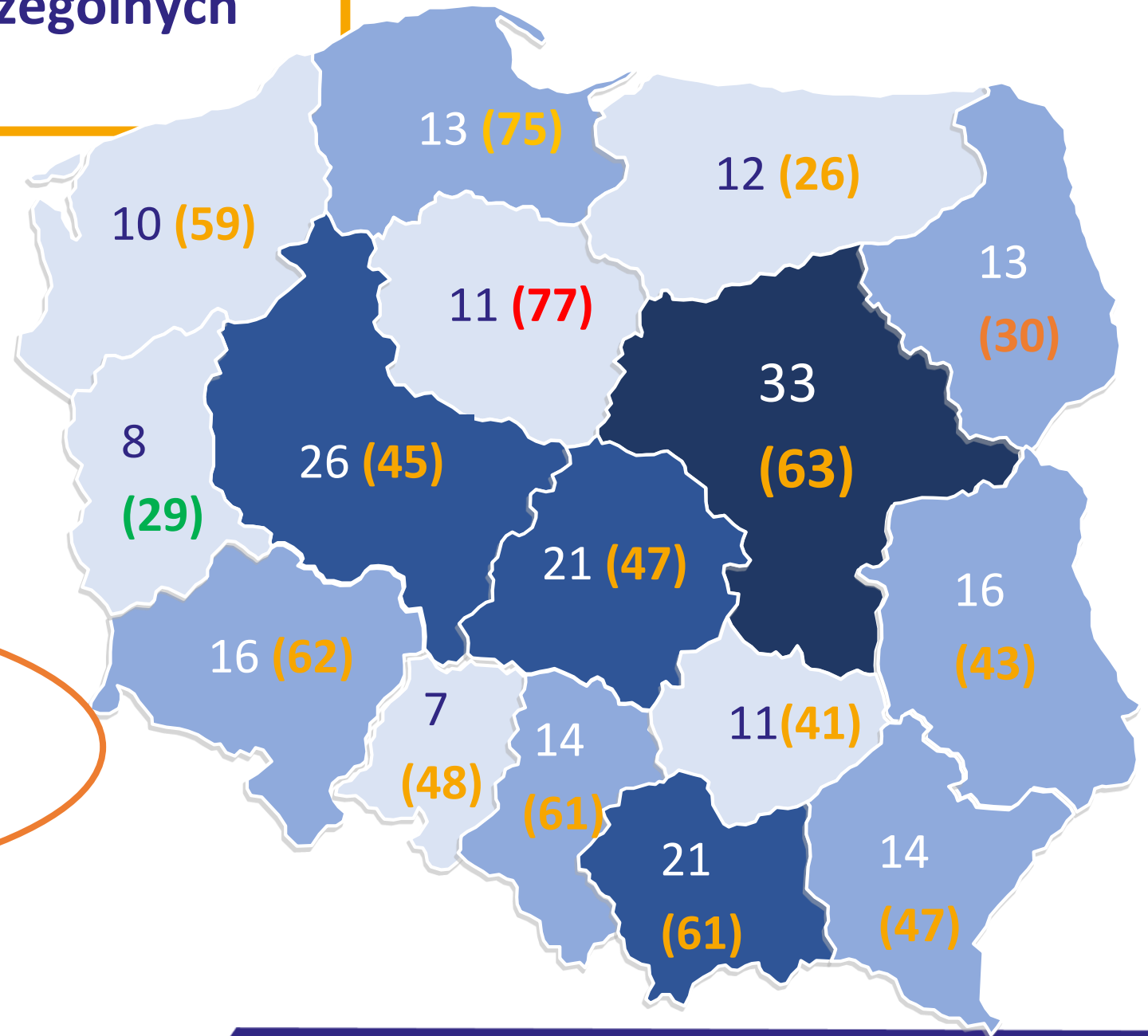
Średnia w kraju w 2023 r. to  
0,7 SOR na 100 tys.  
mieszkańców



# Liczba SOR w 2023 r. w poszczególnych województwach

Średnia liczba zrealizowanych świadczeń w ciągu doby w SOR w poszczególnych województwach – I kwartał 2023 r.

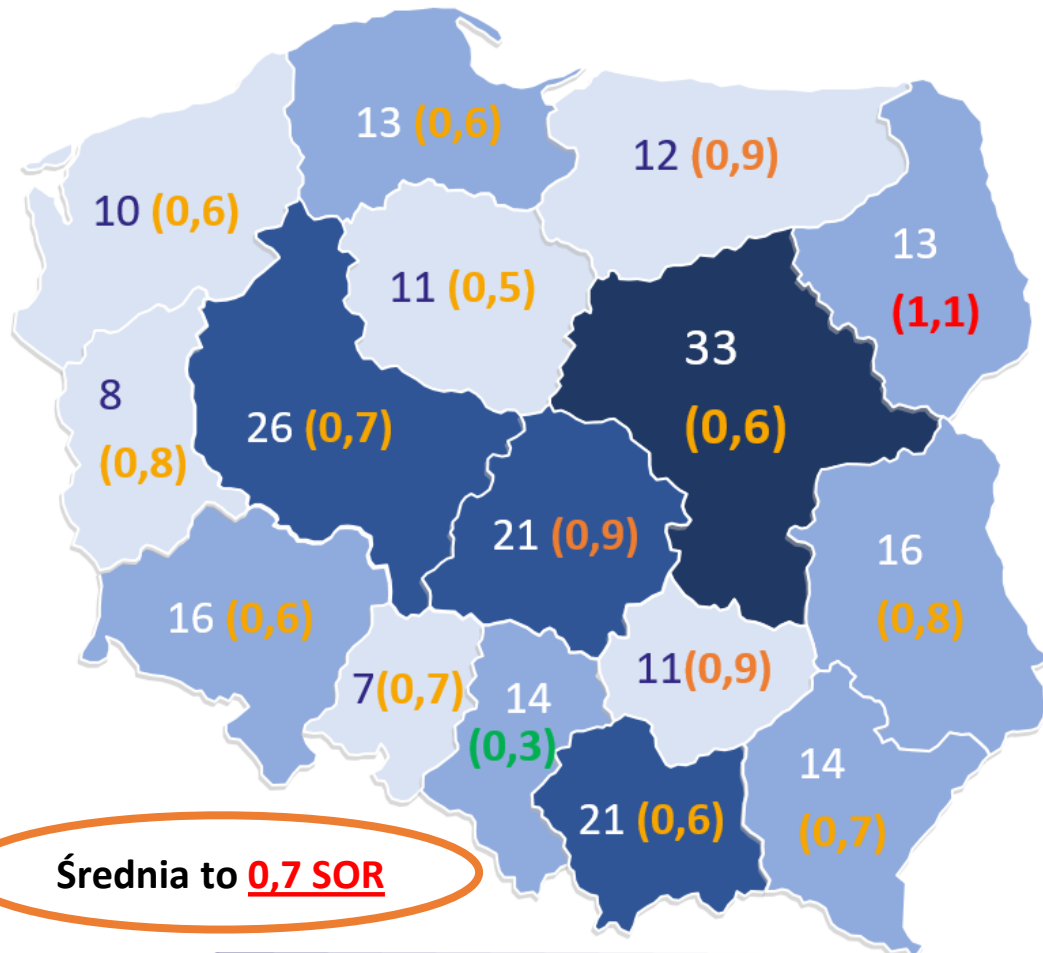
**52** - Średnia liczba zrealizowanych świadczeń w ciągu doby w SOR w kraju - I kwartał 2023 r.



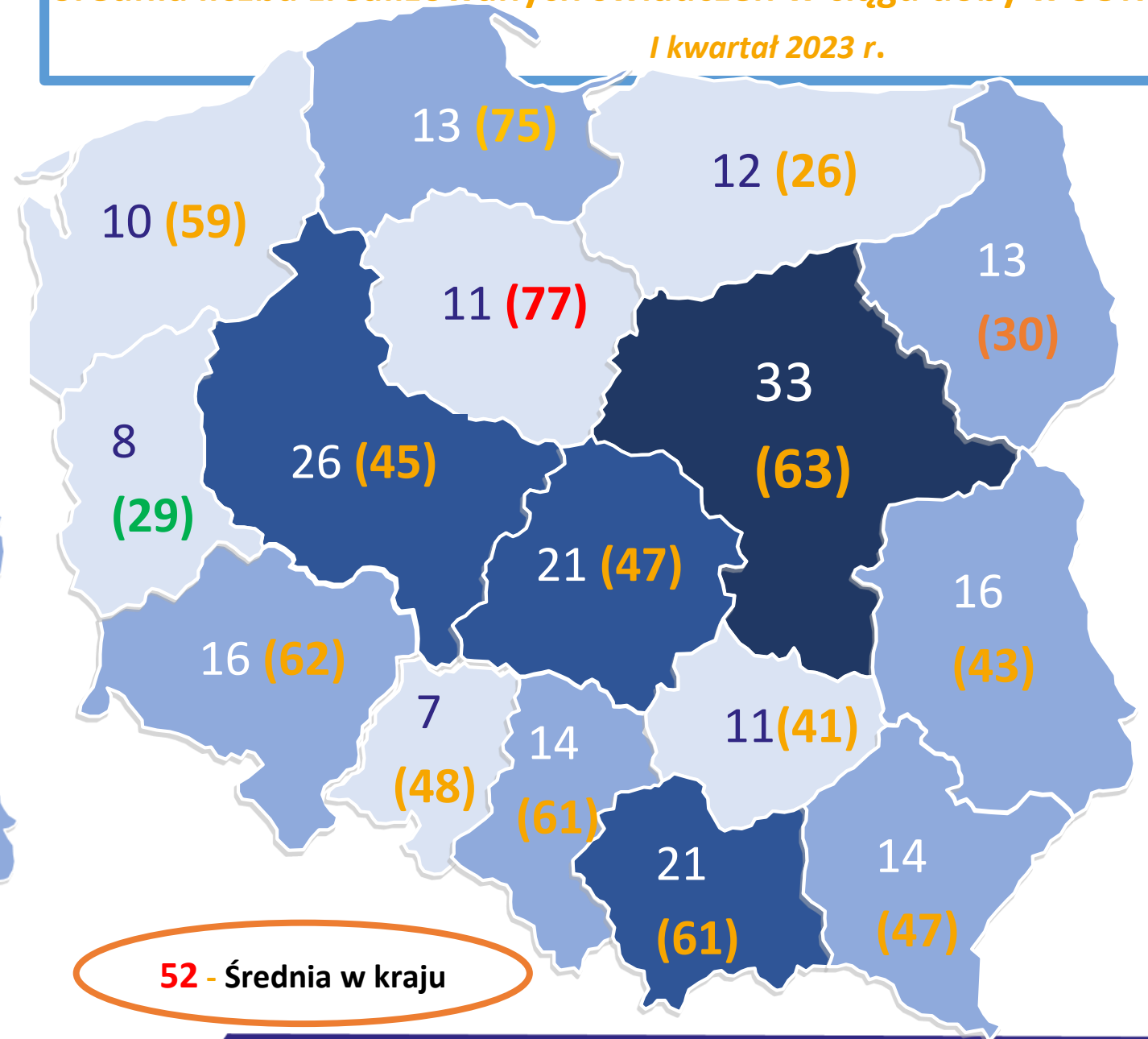
# Średnia liczba zrealizowanych świadczeń w ciągu doby w SOR –

I kwartał 2023 r.

Liczba SOR w 2023 r.  
na 100 tys. mieszkańców



Średnia to 0,7 SOR



52 - Średnia w kraju

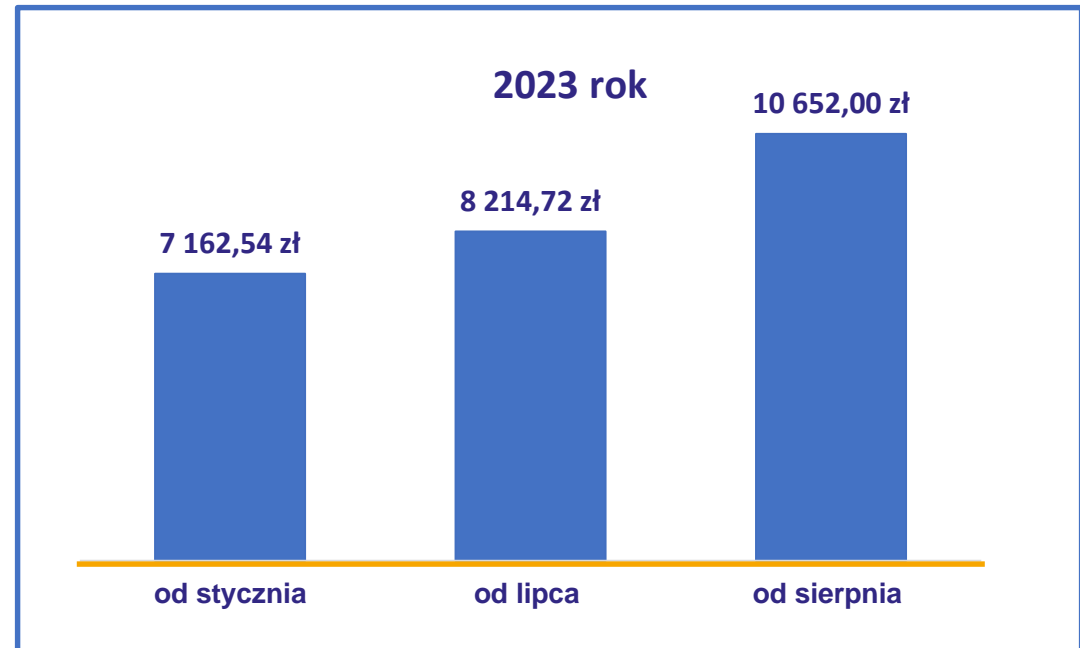
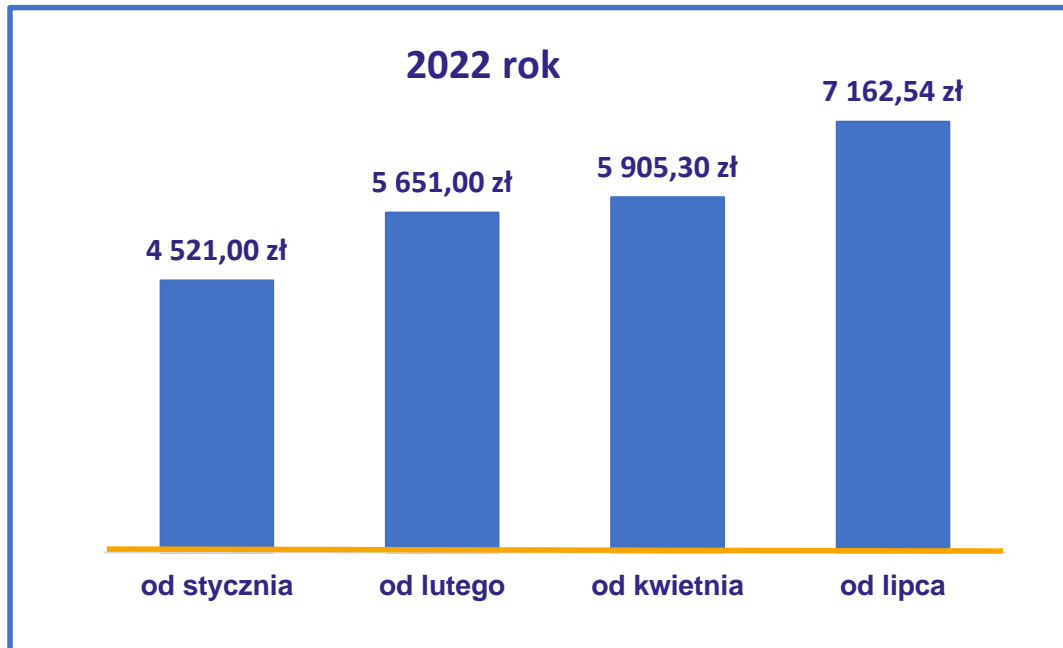
# Zmiana stawki bazowej w SOR w latach 2020-2023

Wysokość stawki bazowej przed 2022 r.  
(stan na XII)

2020 r. – 2021 r.      4 521,00 zł

Aktualna stawka bazowa

**10 652 zł**



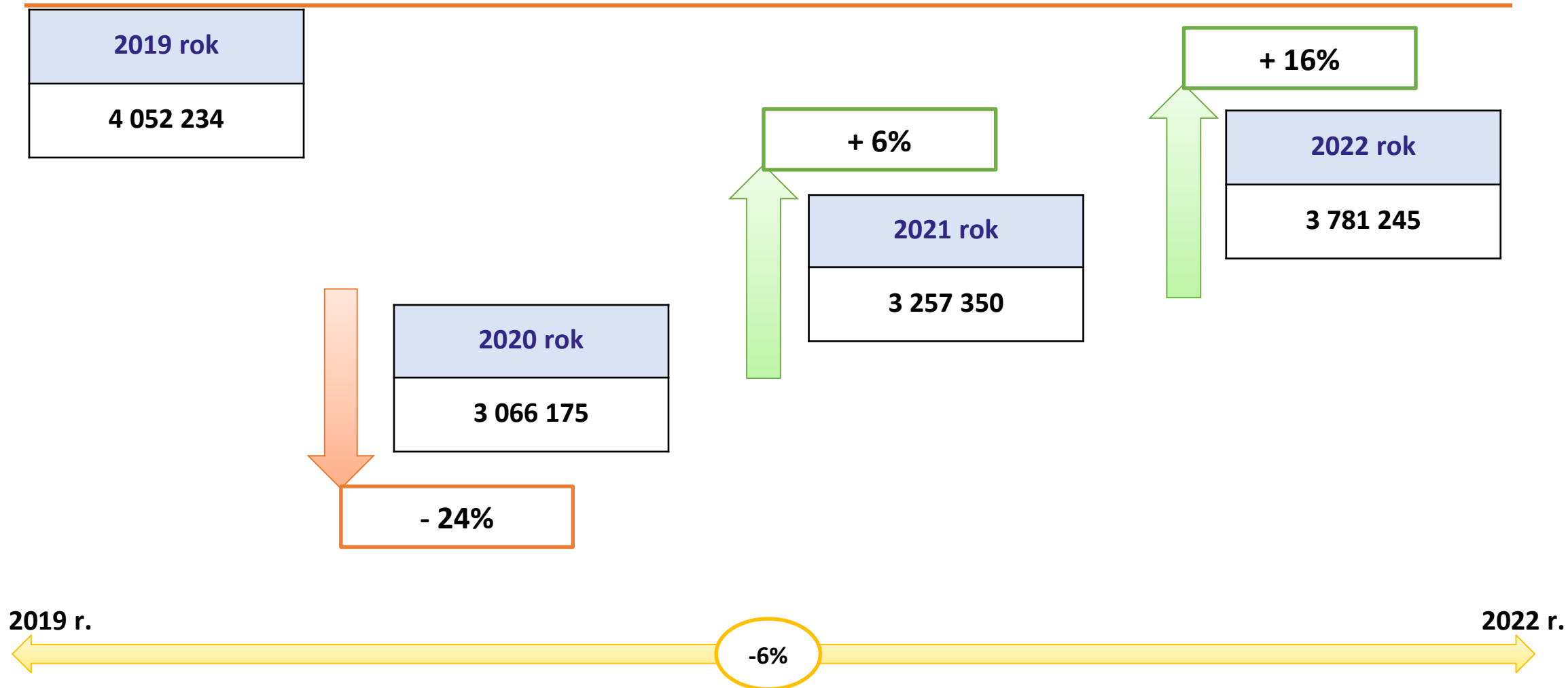
+ 6 131 zł



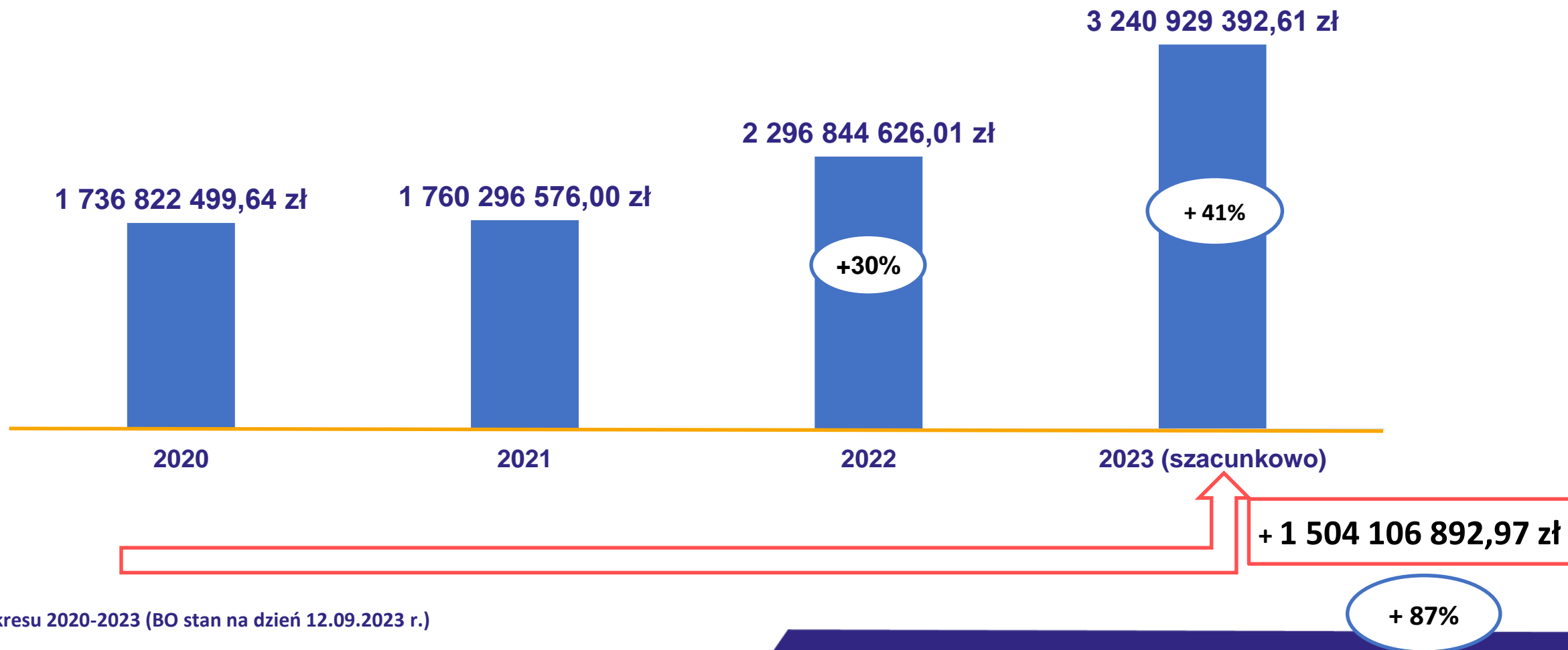
# Kategorie stanu zdrowia pacjenta w SOR- **WAGI** - zmiana

Kategoria	2022 r.				2023 r.				2023/2022	
	Początek roku (styczeń)	Koniec roku (od października)	Zmiana w roku – styczeń/październik		Początek roku (styczeń)	Koniec roku (od sierpnia)	Zmiana w roku – styczeń/sierpień		Zmiana rok do roku – styczeń 2022/sierpień 2023	
			punkty	% zmiany			punkty	% zmiany	punkty	% zmiany
I	93	183	90	97%	183	222	39	21%	129	138,71%
II	248	314	66	27%	314	412	98	31%	164	66,13%
III	342	555	213	62%	555	716	161	29%	374	109,36%
IV	498	1 016	518	104%	1 016	1 304	288	28%	806	161,85%
V	746	1 356	610	82%	1 356	1 747	391	29%	1 001	134,18%
VI	871	2 863	1 992	229%	2 863	3 526	663	23%	2 655	304,82%

## Liczba pacjentów we wszystkich kategoriach od 2019 r.



# Wartość umów SOR w latach 2020-2023



\*dane z okresu 2020-2023 (BO stan na dzień 12.09.2023 r.)

## Zmiana wysokości ryczału dobowego w SOR w latach 2019-2023

	2019	2020	2021	2022	2023
<b>MIN.</b>	6 472,89zł	7 057,81 zł	7 057,81 zł	10 865,22 zł	16 657,73 zł
<b>MAX.</b>	50 390,00 zł	53 256,00 zł	53 256,00 zł	77 525,35 zł	117 169,13 zł
<b>ŚREDNIA</b>	19 682,82 zł	20 029,77 zł	20 038,47 zł	30 877,73 zł	42 528,45 zł



**2019-2023**  
średni wzrost o **116 %**

**NFZ**

Narodowy Fundusz Zdrowia

# Szpitalne oddziały ratunkowe

*Od ogółu do szczegółu...*



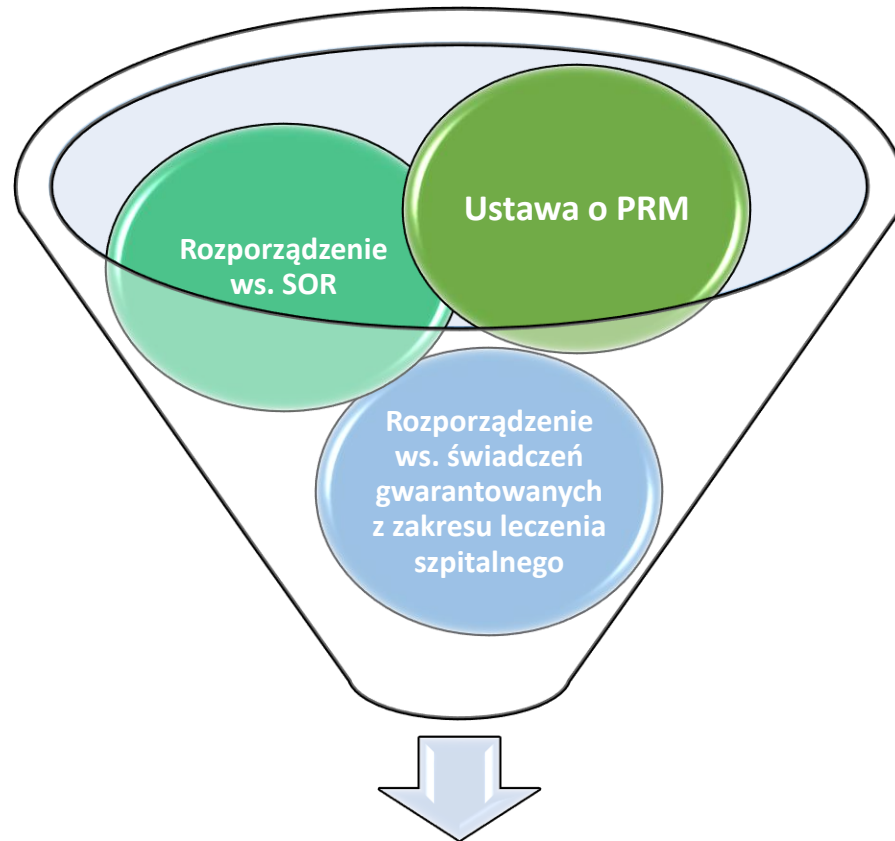
*Małgorzata Kiełek*

*Kierownik*

*Działu Ratownictwa Medycznego i Pomocy Doraźnej*

*Departamentu ds. Służb Mundurowych NFZ*

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – PODSTAWA PRAWANA



Zasady organizacji, w ramach działania całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, szczegółowe zadania SOR, wymagania co do lokalizacji w strukturze szpitala, minimalne wyposażenie oraz zasoby kadrowe, itp.

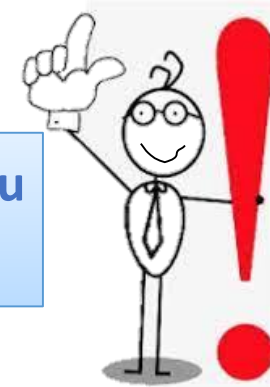
Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym  
(Dz. U. z 2023 r. poz. 1541, z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia  
z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego  
(Dz. U. z 2023 r. poz. 1225, z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia  
z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego  
(Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.)

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

Warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym



**ZARZĄDZENIE NR 102/2022/DSM  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
z dnia 10 sierpnia 2022 r.**

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć (z późn. zm.)**

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *realizacja świadczeń*

*Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:*

## **W SOR:**



Udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej polegające na szpitalnej wstępnej diagnostyce oraz leczeniu w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Świadczeniodawca zapewnia realizację procedur medycznych objętych programem specjalizacji medycyny ratunkowej, w szczególności procedur medycznych określonych w załączniku nr 5 do zarządzenia oraz badań laboratoryjnych określonych w załączniku nr 4 do zarządzenia



# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *sprawozdawczość*

## Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:

- Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:
  - ✓ rozpoznania zasadniczego i nie więcej niż trzech rozpoznań współistniejących, według ICD-10;
  - ✓ istotnych procedur medycznych, łącznie z datą ich wykonania, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.
- Dane zawarte w raporcie statystycznym winny być zgodne z danymi zawartymi w prowadzonej dokumentacji medycznej.
- Świadczeniodawca gromadzi i przekazuje Funduszowi dane o świadczeniach udzielonych poszczególnym osobom, w zakresie i na zasadach określonych w przepisach ustawy o świadczeniach, w zarządzeniach wydanych przez Prezesa Funduszu na podstawie tych przepisów oraz w umowie.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przekazywanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Zarządzenie Nr 128/2021/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lipca 2021 r. w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML (ze zm.)



CDN

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *sprawozdawczość – zał. Nr 3*

*Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:*

Udzielając świadczeń w SOR świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdania wykonanych procedur medycznych według ICD-9 wraz **z odpowiadającymi im kodami produktów**, zgodnie z wykazem określonym w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

Co nie oznacza, że tylko te świadczenia mogą być realizowane!! Inne, niż wymienione w załączniku nr 3, procedury mogą zostać zrealizowane pacjentowi i sprawozdane do NFZ – jako procedury medyczne wg ICD-9.

Nie będą miały jedynie znaczenia przy kalkulacji ryczału dobowego.

**Załącznik nr 3** do zarządzenia stanowi wykaz procedur medycznych wg ICD-9/świadczeń wykonywanych w szpitalnym oddziale ratunkowym z ich podziałem na poszczególne kategorie stanu zdrowia pacjenta SOR - od I kategorii do kategorii VI.

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *sprawozdawczość – zał. Nr 3*

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:

Każda z grup od I do VI zawiera:

Lp.	Kod produktu	Kod procedury	Nazwa procedury/świadczenia	Uwagi
1	5.09. <b>01</b> .0000071	89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	procedura sprawozdawana w przypadku realizacji porady przez lekarza dyżurnego SOR

Unikatowy kod określający konkretny produkt/świadczenie oraz numer grupy.

Nie wszystkie produkty wskazane w wykazie zawierają kod procedury, gdyż po prostu świadczenia takiego nie ma w słowniku ICD-9. Są to np. pakiety badań zgrupowane dla SOR.

Dla niektórych kodów produktów wskazano uwagi określające sytuacje, w których dany produkt może zostać sprawozdany (np. łącznie z jakimi innymi procedurami) lub też jakie produkty wchodzi w jego skład – nie wszystkie możliwości są bowiem wymienione w załączniku nr 3 (tj. co obejmuje dana procedura).

Obecnie przygotowwany jest projekt zmieniający zarządzenie ws. SOR, który niebawem przedstawiony zostanie do konsultacji społecznych.



# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *sprawozdawczość*

*Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:*

Sprawozdanie wykonania procedury z kategorii wyższej uwarunkowane jest koniecznością wykazania wykonania procedur z każdej z kategorii niższych.



W przypadku wykonania na rzecz pacjenta **kilku procedur medycznych**, podstawę zakwalifikowania pacjenta do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia stanowią procedury, którym **przypisano najwyższą kategorię** w załączniku nr 3.

W przypadku udzielania świadczeń w SOR sprawozdanie procedur z kategorii V lub VI uwarunkowane jest wykazaniem wykonania **przynajmniej jednej procedury z danej kategorii** oraz **minimum trzech procedur z różnych kategorii z przedziału I-IV**.

Wykonanie w SOR na rzecz pacjenta co najmniej trzech procedur z kategorii IV stanowi podstawę do zakwalifikowania pacjenta do kategorii V, pod warunkiem, że procedury należą do **różnych kategorii głównych**, zgodnie z klasyfikacją ICD-9.

Prosta kategoryzacja

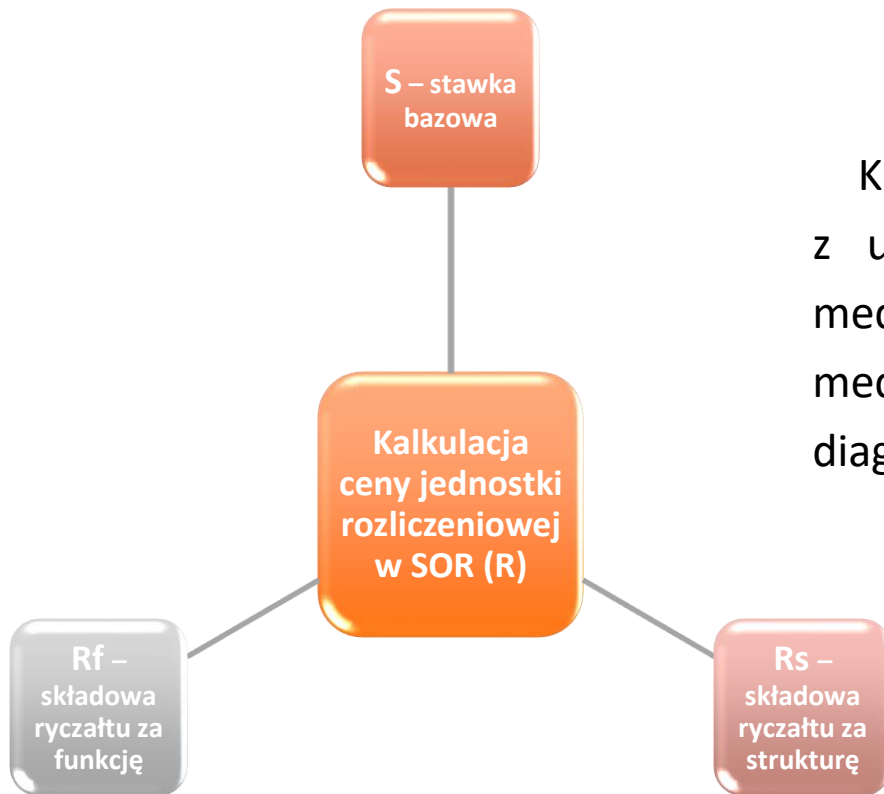
Kategoryzacja w przypadkach bardziej złożonych

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *kalkulacja ceny jednostki rozliczeniowej*

*Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:*

Świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem umowy SOR finansowane są na podstawie **ryczałtu dobowego.**

Kalkulacji ceny jednostki rozliczeniowej w SOR dokonuje się z uwzględnieniem liczby pacjentów i rodzaju zrealizowanych procedur medycznych oraz potencjału wykonawczego, rozumianego jako: personel medyczny, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, a także możliwości diagnostyczno – terapeutyczne.



# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *kalkulacja ceny jednostki rozliczeniowej*

*Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:*

## S – stawka bazowa

**Stawka bazowa** określona jest w oparciu o minimalne wymagania w zakresie wyposażenia, organizacji oraz minimalnych zasobów kadrowych, wskazane w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia wydanym na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym i przyjmuje obecnie wartość **10 652 zł**.

## Rs – składowa ryczaftu za strukturę

**Składowa ryczaftu za strukturę** stanowi iloczyn dobowej wartości stawki bazowej dla SOR i wskaźnika (%) spełnionych dodatkowych warunków (organizacyjnych i kadrowych – z wyłączeniem personelu wchodzącego w skład stale wydzielonego zespołu urazowego funkcjonującego w centrum urazowym), określonych na podstawie ankiety, której wzór stanowi **załącznik nr 6** do zarządzenia.



# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *kalkulacja ceny jednostki rozliczeniowej*

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:

S – stawka bazowa

+

Rs – składowa ryczaftu za strukturę

W przypadku CU/CUD suma stawki bazowej i składowej ryczaftu za strukturę jest korygowana o:

## WSPÓŁCZYNNIK 1,1

Dla świadczeniodawców posiadających CU/CUD i nieposiadających wydzielonego zespołu urazowego

## WSPÓŁCZYNNIK 1,6

Dla świadczeniodawców posiadających CU/CUD i posiadających zdefiniowany, stale wydzielony i przypisany funkcjonalnie do SOR zespół urazowy (personel wchodzący w skład tego zespołu nie może być wydzielony z personelu SOR lub innej komórki organizacyjnej szpitala).

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *kalkulacja ceny jednostki rozliczeniowej*

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:

## R<sub>f</sub> – składowa ryczałtu za funkcję

Składowa ryczałtu za funkcję określana jest według poniższego wzoru, z uwzględnieniem liczby pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta, na podstawie wykonanych procedur medycznych określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia oraz wag poszczególnych kategorii:

$$R_f = \frac{a}{l_d} \times \sum_{i=1}^6 P_i \times W_i$$

a – stawka za punkt (w SOR przyjmuje się wartość 1 zł),

l<sub>d</sub> – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji,

P<sub>i</sub> – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta.

Składowa uwzględnia:

- 1) pacjentów zakwalifikowanych do kategorii V i VI **przyjętych w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego;**
- 2) pacjentów, dla których świadczenie w SOR **nie zakończyło** się hospitalizacją w tej samej placówce;
- 3) pacjentów urazowych lub pacjentów urazowych dziecięcych, dla których świadczenie w centrum urazowym zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce i do rozliczenia wskazane zostało świadczenie z określonych w charakterystyce grupy T z katalogu grup,

W<sub>i</sub> – waga odpowiedniej kategorii:



# Kategorie stanu zdrowia pacjenta w SOR- 2023 r.



Kategoria	Zakres świadczeń udzielanych pacjentom	Waga
I	Ocena stanu pacjenta (triage), podstawowa diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet podstawowy, EKG), porada lekarska, opieka pielęgniarska, farmakoterapia	222
II	Rozszerzona diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet dodatkowy, RTG przeglądowe, USG), konsultacja, małe zabiegi	412
III	Rozszerzona diagnostyka obrazowa, monitorowanie podstawowych czynności życiowych, farmakoterapia (dożylna, doszpikowa), mały zabieg operacyjny w trybie ambulatoryjnym, badanie inwazyjne (nakłucie lędźwiowe, nakłucie jam ciała), inne badania dodatkowe	716
IV	Czynności związane z podtrzymaniem funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka, prowadzenie infuzji dożylnych, endoskopia, resuscytacja (ALS z użyciem urządzeń mechanicznych)	1 304
V	Jednodniowa hospitalizacja pacjenta w SOR – monitorowanie funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka obrazowa (angiotomografia, trauma scan, TK w znieczuleniu ogólnym u dzieci)	1 747
VI	Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT – monitorowanie funkcji życiowych pacjenta wg karty wzmożonego nadzoru - stanowiącej odpowiednio załącznik nr 8 i 9 do zarządzenia, monitoring, sztuczna wentylacja, farmakoterapia, dalsza diagnostyka, damage control	3 526

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *kalkulacja ceny jednostki rozliczeniowej*

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:

Rf – składowa ryczałtu za funkcję

Pi – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta

## PRAWIDŁOWA SPRAWOZDAWCZOŚĆ

Składowa uwzględnia pacjentów, dla których świadczenie w SOR **nie zakończyło** się hospitalizacją w tej samej placówce.

*Dla pacjentów hospitalizowanych w danej placówce rozliczenie następuje w ramach PSZ. NFZ rozlicza szpital „w całości” z jego postępowania z pacjentem.*

Pacjenci, którzy zgodnie z zasadami sprawozdawczości, zostali przypisani do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta SOR.

Pacjenci, którzy zostali zaopatrzeni w SOR i wypisani (świadczenie w SOR nie zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce).

Nie ma znaczenia sposób przybycia do SOR (zgodnie z rozporządzeniem ws. SOR)

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *kalkulacja ceny jednostki rozliczeniowej*

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:

Rf – składowa ryczałtu za funkcję

Pi – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta

## PRAWIDŁOWA SPRAWOZDAWCZOŚĆ

Składowa uwzględnia pacjentów zakwalifikowanych do kategorii V i VI przyjętych w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego.

Pacjenci, którzy zgodnie z zasadami sprawozdawczości, zostali przypisani do V i VI kategorii stanu zdrowia pacjenta SOR.

Pacjenci, którzy zostali przywiezieni do SOR przez zespół ratownictwa medycznego.

Został im sprawozdany właściwy kod trybu przyjęcia pacjenta, tj. – kod „2” – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez ZRM.

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *kalkulacja ceny jednostki rozliczeniowej*

*Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:*

Rf – składowa ryczałtu za funkcję

*Pi – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta*

## PRAWIDŁOWA SPRAWOZDAWCZOŚĆ

Składowa uwzględnia pacjentów urazowych lub pacjentów urazowych dziecięcych, dla których świadczenie w centrum urazowym zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce i do rozliczenia wskazane zostało świadczenie z określonych w charakterystyce grupy T z katalogu grup

Pacjenci, którzy zgodnie z zasadami sprawozdawczości, zostali przypisani do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta SOR.

Pacjenci w stosunku co do których świadczenie w CU zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce.

Świadczenie udzielone danemu pacjentowi zostało wskazane do rozliczenia jako świadczenie w charakterystyce grupy T.

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *kalkulacja ceny jednostki rozliczeniowej*

*Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:*

Rf – składowa ryczałtu za funkcję

*Pi – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta*

**PRAWIDŁOWA SPRAWOZDAWCZOŚĆ**

Pacjenci, którzy zgodnie z zasadami sprawozdawczości, zostali przypisani do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta SOR.

Sprawozdanie wykonania procedury z kategorii wyższej uwarunkowane jest koniecznością wykazania wykonania procedur z każdej z kategorii niższych.

*Pacjenci grupowani są wg sprawozdanych produktów jednostkowych.*



# SOR – RODZAJE PACJENTÓW

SOR

Pacjent TRIAGE, tj. pacjent, który został przekierowany z SOR do POZ.

Pacjent zabezpieczony przez SOR i wypisany.

Pacjent zabezpieczony przez SOR i przyjęty do hospitalizacji.



TYP ŚWIADCZENIA: „S” - świadczenie udzielane w trybie stacjonarnym, CZY „A” – świadczenie udzielane w innym trybie niż stacjonarny- wybór typu świadczenia determinuje odpowiednią SPRAWOZDAWCZOŚĆ

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *sprawozdawczość*

## *Pozostałe przepisy – przypomnienie.*

- ❑ Ustawa o PRM oraz rozporządzenie MZ ws. SOR - definicja

Zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1541, z późn. zm.) **szpitalny oddział ratunkowy** jest komórką organizacyjną szpitala, stanowiącą jednostkę systemu w myśl ustawy o PRM, która udziela świadczeń opieki zdrowotnej osobom będącym w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Stan ten natomiast to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Powyższe zostało również wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2023 poz. 1225, z późn. zm.). Zgodnie z § 2 ww. rozporządzenia **szpitalny oddział ratunkowy** udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *sprawozdawczość*


*Pozostałe przepisy – przypomnienie.*

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przekazywanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Rozporządzenie określa zakres niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania płatnikowi.

Świadczeniodawca prowadzi rejestr świadczeń, którego zakres określony jest w § 3 ww. rozporządzenia.

Rejestr ten zawiera m.in. **Kod świadczenia**, który stanowi kod jednostki statystycznej określonej zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia.



Świadczenia udzielane w SOR ze względu na ich specyfikę oraz podstawy prawne traktujemy jako świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym (pobyt w oddziale szpitalnym)\*

\*) zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji przekazywanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML.



# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *sprawozdawczość*

*Pozostałe przepisy – przypomnienie.*

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przekazywanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych – **KOD ŚWIADCZENIA**

Lp.	Jednostka statystyczna		Objaśnienie
	Nazwa	Kod	
1	Pobyt w oddziale szpitalnym	1	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym na rzecz pacjenta formalnie przyjętego do podmiotu leczniczego, z wyłączeniem: – świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia, – świadczeń w izbie przyjęć albo szpitalnym oddziale ratunkowym, dla których jest właściwa jednostka oznaczona kodem 23 albo 24.
23	Osoba leczona w szpitalnym oddziale ratunkowym albo izbie przyjęć	23	przypadku świadczeń udzielonych w szpitalnym oddziale ratunkowym albo izbie przyjęć, obejmujących co najmniej poradę. Nie dotyczy przypadków: - przeprowadzenia segregacji medycznej i skierowania pacjenta do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej; w tym przypadku jest właściwa jednostka oznaczona kodem 24, - przyjęć planowych.
24	Segregacja medyczna w szpitalnym oddziale ratunkowym	24	W przypadku gdy jedynym świadczeniem udzielonym w szpitalnym oddziale ratunkowym była segregacja medyczna.

# ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – *sprawozdawczość*

*Pozostałe przepisy – przypomnienie.*

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przekazywanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych – **KOD TRYBU PRZYJĘCIA PACJENTA DO SZPITALA**

**Kod trybu przyjęcia pacjenta** właściwy dla tego typu świadczeń, zgodnie z załącznikiem nr 4 do ww. rozporządzenia:

- „2” – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego  
lub
- „3” – przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki

# Błędy w przekazywanej sprawozdawczości świadczeń realizowanych na SOR



*Teresa Biela*

*Z-ca Dyrektora Małopolskiego OW NFZ*

*ds. Medycznych*

# Zasady finansowania szpitalnego oddziału ratunkowego

- Podstawą obliczenia ryczału za funkcję dla szpitalnych oddziałów ratunkowych na rok 2024 będą dane sprawozdawcze z okresu obejmującego ostatnie 12 miesięcy tj. **IV kwartał 2022 r. oraz I,II i III kwartał 2023 r.**
  - Z uwagi na powyższe, należy zwrócić szczególną uwagę na poprawność przekazywanych danych oraz poprawić bądź uzupełnić dane w raportach przekazywanych za ten okres, ponieważ będzie to miało znaczenie przy wyliczaniu wysokości ryczału na rok 2024.

# Przykład wpływu poprawy sprawozdawczości na wysokość ryczału

Łącznie w kategoriach przed poprawą sprawozdawczości							Łącznie w kategoriach po poprawie sprawozdawczości						
Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III	Kategoria IV	Kategoria V	Kategoria VI	Ryczał na danych przed poprawą sprawozdawczości	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III	Kategoria IV	Kategoria V	Kategoria VI	Ryczał na danych po poprawie sprawozdawczości
143	9168	9422	1222	2255	90	87 770,83 zł	180	12573	12463	1505	2896	99	91 702,61 zł

Różnica wysokości ryczału dobowego po poprawie sprawozdawczości = **3 931,78 zł**

Rocznie: 366 dni x 3 931,78 zł = **1 439 031,48 zł**



Narodowy Fundusz Zdrowia

# Przykłady błędów w sprawozdawczości

# Braki w sprawozdawaniu wszystkich niezbędnych kategorii

Zgodnie z zarządzeniem nr 102/2022/DSM PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 10 sierpnia 2022 r.:

- sprawozdanie wykonania procedury z kategorii wyższej uwarunkowane jest koniecznością wykazania wykonania procedur z każdej z kategorii niższych, z zastrzeżeniem, o którym mowa poniżej,
- w przypadku udzielania świadczeń w SOR sprawozdanie procedur z kategorii V lub VI uwarunkowane jest wykazaniem wykonania przynajmniej jednej procedury z danej kategorii oraz minimum trzech procedur z różnych kategorii z przedziału I-IV.

## Przykłady pacjentów, którzy nie zostaną zaliczeni do żadnej kategorii stanu zdrowia:

Czy zakwalifikowano świadczenie	Sposób zakwalifikowania / niezakwalifikowania	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III	Kategoria IV	Kategoria V	Kategoria VI
Nie	Niepełna lista produktów	Nie	Tak	Nie	Nie	Nie	Nie
Nie	Niepełna lista produktów	Nie	Tak	Tak	Nie	Nie	Nie
Nie	Niepełna lista produktów	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Nie
Nie	Niepełna lista produktów	Nie	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
Nie	Niepełna lista produktów	Nie	Tak	Tak	Nie	Tak	Nie



# Rozliczenie produktów jednostkowych

- Podmioty lecznicze udzielające świadczeń w SOR są zobowiązane do sprawozdawania wykonywanych procedur medycznych według ICD-9 wraz z odpowiadającymi im kodami produktów zgodnie z załącznikiem nr 7 do zarządzenia.
- W celu przypisania pacjentowi przyjętemu do SOR kategorii stanu zdrowia, analizowane są wyłącznie **produkty jednostkowe**, natomiast sprawozdane w ŚWIAD procedury ICD9 nie są analizowane.
- Z przekazywanych nam danych wynika, że część szpitali sprawozdaje jeden produkt jednostkowy wykazując jednocześnie kilka lub kilkanaście procedur medycznych.

Poniżej przykład pacjenta niezakwalifikowanego do żadnej kategorii z uwagi na sprawozdanie tylko produktu z kategorii 5 (5.09.05.0000179 - JEDNODNIOWA HOSPITALIZACJA PACJENTA W SOR). Jednocześnie świadczeniodawca sprawozdał procedury odpowiadające produktom z kategorii I-III.

Czy zakwalifikowano świadczenie	Sposób zakwalifikowania / niezakwalifikowania	Przyjęcie w trybie nagłym	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III	Kategoria IV	Kategoria V	Kategoria VI
Nie	Niepełna lista produktów	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Tak	Nie

Kod procedury	Nazwa procedury	Kod produktu
89.04	Opieka pielęgniarki lub położnej	5.09.01.0000049
89.71	Ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych	5.09.01.0000057
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	5.09.01.0000071
N13	Mocznik	5.09.01.0000074
C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów	
O35	Sód (Na)	
M37	Kreatynina	
99.18	Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów	5.09.02.0000080
89.02	Porada lekarska, inne	5.09.02.0000260
89.540	Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych	5.09.02.0000264
I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	5.09.02.0000280
I77	Białko całkowite	
I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	
99.99902	Badanie temperatury ciała (temperatura powierzchniowa lub głęboka)	5.09.02.0000293
L43	Glukoza z krwi żyłnej	5.09.02.0000333
N45	Potas (K)	
I09	Albumina	
I81	Białko C-reaktywne (CRP)	5.09.02.0000338
99.97904	Farmakoterapia dożylna	5.09.03.0000165

# Braki w sprawozdawaniu wszystkich niezbędnych kategorii

Przykłady pacjentów, którzy nie zostaną zaliczeni do wyższej kategorii stanu zdrowia:

Czy zakwalifikowano świadczenie	Wynikowy kod kategorii	Sposób zakwalifikowania / niezakwalifikowania	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III	Kategoria IV	Kategoria V	Kategoria VI
Tak	2	Standardowy	Tak	Tak	Nie	Nie	Tak	Nie
Tak	1	Standardowy	Tak	Nie	Nie	Tak	Nie	Nie
Tak	2	Standardowy	Tak	Tak	Nie	Nie	Nie	Tak

# Brak zakończenia kontaktu

**WAŻNE**

NIEZBĘDNE JEST UZUPEŁNIANIE DAT ZAKOŃCZENIA KONTAKTU –  
DO ZESTAWIEŃ SĄ BOWIEM POZYSKIWANE DANE Z OKRESU WYNIKAJĄCEGO  
Z DATY ZAKOŃCZENIA KONTAKTU – KONTAKTY BEZ DATY KOŃCA NIE SĄ ZALICZANE DO ZESTAWIENIA  
PACJENTÓW W POSZCZEGÓLNYCH KATEGORIACH STANU ZDROWIA

# Pozytywna weryfikacja świadczeń

- Świadczenia ze statusem weryfikacji „błąd”, nie są brane pod uwagę przy kategoryzacji pacjentów.
- Świadczenia z wynikiem weryfikacji np. „ostrzeżenie - 50601088 – Czas przebywania pacjenta w SOR powyżej 24 godzin” są brane pod uwagę przy przeliczaniu ryczału SOR i nie stanowią podstawy do obniżenia finansowania świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym w kolejnych okresach rozliczeniowych.
- Natomiast, poprawy wymagają świadczenia z wynikiem weryfikacji o wadze błąd np. „51603013 – Czas pobytu przekroczył określone maksimum dni”.

# Błędy w sprawozdawczości SOR

## Przykłady najczęstszych błędów:

- Osoba wykonująca świadczenie nie występuje w deklarowanym potencjale
- Niepoprawny typ personelu lub identyfikator personelu realizującego procedurę @1
- W trakcie hospitalizacji wykazano poradę lekarza
- W ramach hospitalizacji nie ma zachowanej ciągłości kontaktów(pobyków)
- Przy rozpoczęciu świadczenia nie przekazano informacji o powodzie przyjęcia do SOR
- W trakcie hospitalizacji wykazano świadczenie ambulatoryjne u innego świadczeniodawcy
- Czas pobytu przekroczył określone maksimum dni
- Kod przyczyny głównej hospitalizacji nie jest zbieżny z przynajmniej jednym rozpoznaniem głównym w pobytach oddziałowych

# Błędy w sprawozdawczości SOR

**WAŻNE**

Kod błędu 50811021 - Osoba wykonująca świadczenie nie występuje w deklarowanym potencjale

- Do końca czerwca 2023 r. powyższy błąd był weryfikowany jako „ostrzeżenie”.
- Od lipca 2023 r. ma status „błąd” i świadczenia z tym kodem nie są brane pod uwagę przy kategoryzacji pacjentów.
- Konieczna jest poprawa potencjałów wykonawczych zgłoszonych do OW NFZ i ponowne sprawozdanie świadczeń w których wystąpił z ww. błąd.

# Błędy w sprawozdawczości SOR

Statystyka błędów u wybranego świadczeniodawcy:

Zakres świadczenia	Nazwa zakresu świadczenia	Kod błędu	Nazwa błędu	Status błędu	Liczba błędów
03.3300.008.03	ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM	50201085	Przekazane daty oświadczenia wykraczają poza zakres czasowy zestawu świadczeń.	błąd	6
		50501033	Przy wypisie pacjenta nie przekazano informacji o zakażeniu wewnątrzszpitalnym	błąd	12
		50601043	W ramach hospitalizacji nie ma zachowanej ciągłości kontaktów(pobytów)	błąd	144
		50811021	Osoba wykonująca świadczenie nie występuje w deklarowanym potencjale	błąd	6
		51603013	Czas pobytu przekroczył określone maksimum dni	błąd	9
		51606078	W trakcie hospitalizacji wykazano świadczenie ambulatoryjne u innego świadczeniodawcy	błąd	6
		51606079	W trakcie hospitalizacji wykazano świadczenie ambulatoryjne	błąd	4
		51606105	W trakcie hospitalizacji wykazano poradę lekarza	błąd	6
		51609010	Hospitalizacja rozpoczęta w dniu zakończenia innej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy.	błąd	4
					10
					4
		51609019	Hospitalizacja szpitalna lub chemioterapeutyczna rozpoczęta w dniu zakończenia innej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy.	błąd	4
					10
4					
51619033	Zgoda indywidualna o podanym numerze została wydana na inne świadczenie	błąd	5		
51690125	Nieprawidłowo zastosowano wskaźnik wskazujący na charakter obrażeń w stosunku do rozpoznań ICD10 wykazanych dla hospitalizacji	błąd	19		



# Kody trybu przyjęcia

- Zgodnie z zarządzeniem nr 128/2021/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lipca 2021 r. w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML (ze zm.) w odniesieniu do świadczeń realizowanych w SOR właściwym do sprawozdawania typem zestawu świadczeń, jest **typ S** – wartość wskazywana dla świadczeń opieki stacjonarnej.
- Co za tym idzie podmiot zobowiązany jest do wskazywania elementów sprawozdawczych właściwych dla świadczeń stacjonarnych (pobyt w oddziale szpitalnym), m.in. kod trybu przyjęcia:
  - "2" - przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego;
  - "3" - przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki;
- Błędem jest sprawozdawanie w SOR przyjęć jako przyjęcie planowe na podstawie skierowania, nie zaś w trybie nagłym, a także jako świadczenie w typie A - ambulatoryjne.

# Kody trybu przyjęcia

## ■ Przykład:

Pacjent przewieziony przez ZRM z prawidłowo sprawozdanymi procedurami i produktami został przypisany do kategorii 5 i pomimo dalszej hospitalizacji, byłby brany pod uwagę przy obliczaniu ryczaftu.

Czy zakwalifikowano świadczenie	Wynikowy kod kategorii	Sposób zakwalifikowania / niezakwalifikowania	Przyjęcie w trybie nagłym - ZRM	Dalsza hospitalizacja w tej samej placówce	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III	Kategoria IV	Kategoria V	Kategoria VI
NIE	5	Pacjent dalej hospitalizowany	NIE	Dalsza hospitalizacja	Tak	Tak	Tak	Nie	Tak	Nie

Natomiast świadczeniodawca w zestawie świadczeń wybrał typ świadczenia A – ambulatoryjne, co uniemożliwiło sprawozdanie prawidłowego trybu przyjęcia **"2" - przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego** i system nie zakwalifikował tych świadczeń do obliczenia ryczaftu

Pacjent z prawidłowo sprawozdanym trybem przyjęcia i zakwalifikowany do obliczenia ryczaftu

Czy zakwalifikowano świadczenie	Wynikowy kod kategorii	Sposób zakwalifikowania / niezakwalifikowania	Przyjęcie w trybie nagłym - ZRM	Dalsza hospitalizacja w tej samej placówce	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III	Kategoria IV	Kategoria V	Kategoria VI
TAK	5	Po przyjęciu w trybie nagłym	TAK	Dalsza hospitalizacja	Tak	Tak	Tak	Nie	Tak	Nie

# Sprawozdanie pacjenta we właściwym zakresie

- Pacjenci sprawozdawani w zakresie SOR-UE (03.00001.001.04 - ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – UE) nie są brani pod uwagę przy obliczaniu ryczaftu za funkcję.
- Zdarzały się sytuacje w których jeden pacjent był sprawozdawany w zakresie SOR (03.3300.008.03), a dalej w zakresie SOR-UE (03.00001.001.04). Takie sprawozdanie skutkuje brakiem zaliczenia pacjentowi wszystkich zrealizowanych produktów.

Kod zakresu	Kod świadcz.	Nazwa zakresu	Nazwa świadczenia
03.3300.008.03	5.09.02.0000097	ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM	RTG CZASZKI PRZEGLĄDOWE
03.0001.001.04	5.09.02.0000005	ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – UE	CEWNIKOWANIE ŻYŁ - INNE
03.0001.001.04	5.09.03.0000165	ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – UE	FARMAKOTERAPIA DOŻYLNĄ
03.0001.001.04	5.09.02.0000260	ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – UE	PORADA LEKARSKA, INNE
03.0001.001.04	5.09.01.0000071	ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – UE	PORADA LEKARSKA, KONSULTACJA, ASYSTA
03.0001.001.04	5.09.02.0000264	ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM – UE	MONITOROWANIE PODSTAWOWYCH FUNKCJI ŻYCIOWYCH

**W powyższym przypadku pacjent nie zostanie zakwalifikowany do żadnej z kategorii ponieważ prawidłowo ma sprawozdane tylko świadczenie z kategorii II.**

**NFZ**

Narodowy Fundusz Zdrowia

# Monitorowanie raportów statystycznych szpitalnych oddziałów ratunkowych



*Dariusz Brudło*

*Z-ca Dyrektora Wielkopolskiego OW NFZ*

*ds. Służb Mundurowych*

# **Podstawa prawna monitorowania raportów statystycznych**

# Podstawa prawna monitorowania raportów statystycznych

## Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>1</sup>

Art. 107 ust. 5 pkt 8 lit. b

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu monitoruje realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

<sup>1</sup>Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z dnia 24 listopada 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.)

USTAWA  
z dnia 27 sierpnia 2004 r.  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Opracowano na podstawie: tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674, 2770, z 2023 r. poz. 605, 650, 668, 1254, 1429, 1675, 1692, 1713, 1831, 1872, 1938.

### DZIAL I

#### Przepisy ogólne

#### Rozdział 1

#### Zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz objaśnienia określeń ustawowych

Art. 1. Ustawa określa:

- 1) warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) zasady i tryb finansowania świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 2a) zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
- 3) zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 4) zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 5) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 32;
- 6) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”;
- 6a) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją”;
- 7) zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 8) wysokość odpisu dla Agencji Badań Medycznych.

# Podstawa prawna monitorowania raportów statystycznych

Zarządzenie nr 102/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć<sup>1</sup>

Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym.

<sup>1</sup> Zarządzenie nr 102/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2022 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć

# Typowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych do sprawdzenia



# Liczba pacjentów w poszczególnych kategoriach stanu zdrowia

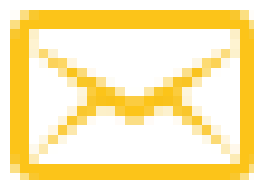
- najczęściej nieprawidłowości diagnozowane są w trakcie przygotowywania sprawozdań
- uwagę zwraca:
  - wzrost/spadek liczby pacjentów w poszczególnych kategoriach w porównaniu do wcześniejszych okresów,
  - zwiększona liczba pacjentów w poszczególnych kategoriach w porównaniu do innych podmiotów,
  - zmiana w liczbie pacjentów w poszczególnych kategoriach stanu zdrowia,
  - udział liczby pacjentów w poszczególnych kategoriach stanu zdrowia w porównaniu do liczby wszystkich pacjentów zakwalifikowanych do kategorii.

# Kontakt ze świadczeniodawcami – próby rozwiązania problemu

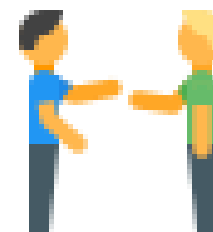
W przypadku zdiagnozowania nieprawidłowości w raportach statystycznych, informacje o problemach przekazywane są świadczeniodawcom:



telefonicznie



pisemnie



w trakcie spotkań

W większości przypadków jest to wystarczająca forma rozwiązywania problemów związanych ze sprawozdawczością.

# Kontakt ze świadczeniodawcami – próby rozwiązania problemu

W skrajnych przypadkach Oddział kieruje wniosek o kontrolę do terenowego wydziału kontroli

## Monitorowanie

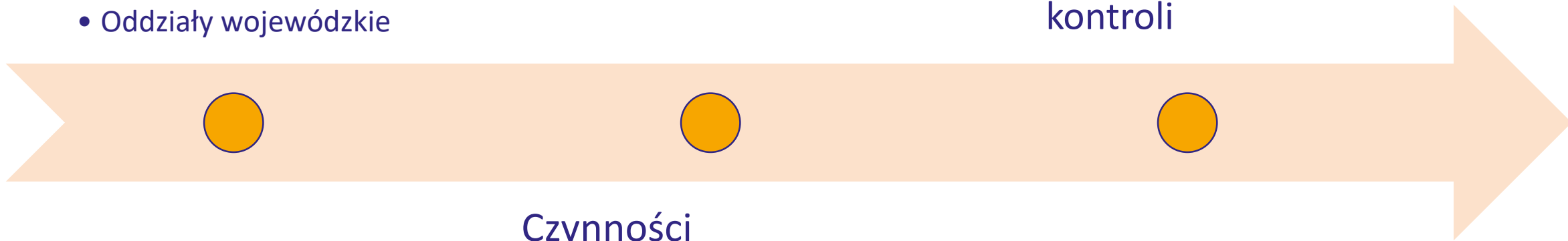
- Oddziały wojewódzkie

## Kontrola

- Terenowe wydziały kontroli

## Czynności sprawdzające

- Oddziały wojewódzkie
- Terenowe wydziały kontroli



# Analiza raportów statystycznych

- analiza liczby sprawozdanych procedur:
  - które procedury sprawozdawane są najczęściej,
  - szczególnie, które procedury z kategorii IV, V i VI sprawozdawane są najczęściej,
- weryfikowanie poprawności sprawozdanych procedur zgodnie z załącznikiem nr 3 do Zarządzenia, np.: Jednodniowa hospitalizacja pacjenta w SOR; Opanowanie krwotoku – inne; leczenie bólu, analgosedacja w nagłym zagrożeniu

# Analiza raportów statystycznych

W niektórych przypadkach weryfikowana jest również dokumentacja medyczna. Porównuje się informacje zawarte w dokumentacji medycznej i w raportach statystycznych.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- rozpoznania zasadniczego i nie więcej niż trzech rozpoznań współistniejących, według ICD-10;
- istotnych procedur medycznych, łącznie z datą ich wykonania, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

**Dane, o których mowa winny być zgodne z danymi zawartymi w prowadzonej dokumentacji medycznej.**

# Analiza raportów statystycznych – Jednodniowa hospitalizacja pacjenta w SOR

Weryfikacja zasadności sprawozdanego produktu 5.09.05.0000179 „Jednodniowa hospitalizacja pacjenta w SOR”

- świadczeniodawca w okresie roku sprawozdał łącznie 6 179 produktów,
- w tym przypadku była to piąta najczęściej sprawozdawana procedura
- produkt 5.09.05.0000179 „Jednodniowa hospitalizacja pacjenta w SOR” – prócz wskazanego produktu konieczne jest sprawozdanie:
  - monitorowania funkcji życiowych pacjenta,
  - farmakoterapia,
  - inne procedury z grupy V
- produkt sprawozdawany był nieprawidłowo, nie zostały spełnione warunki umożliwiające sprawozdanie tego produktu,
- problem wynikał z nieprawidłowej interpretacji przez świadczeniodawcę zapisów Zarządzenia,
- w wyniku rozmów prowadzonych ze świadczeniodawcą raporty zostały skorygowane.

Nazwa świadczenia	Liczba
porada lekarska, konsultacja, asysta	6 833
badania laboratoryjne - pakiet podstawowy	6 683
opieka pielęgniarki lub położnej	6 479
ocena stanu pacjenta (...)	6 469
jednodniowa hospitalizacja pacjenta w sor	6 179

Liczba sprawozdanych produktów w II poł. 2021 i I poł 2022 roku przed korektami przez jednego ze świadczeniodawców

# Analiza raportów statystycznych – Opanowanie krwotoku – inne

Weryfikacja zasadności sprawozdanego produktu  
5.09.06.0000007 „opanowanie krwotoku – inne”

- Świadczeniodawca sprawozdał zdecydowanie większą liczbę produktów „opanowanie krwotoku – inne” w porównaniu z innymi świadczeniodawcami.
- Analizie poddane zostały przypadki, w których ten produkt został sprawozdany. Analizowano pozostałe procedury wykonane w takich przypadkach oraz sprawozdane rozpoznania. W wyniku analizy stwierdzono, że procedura ta została sprawozdana w takich przypadkach jak:
  - powierzchowny uraz powłok głowy,
  - powierzchowny uraz nadgarstka i ręki,
  - powierzchowny uraz podudzia.
- w wyniku korespondencji ze świadczeniodawcą, zdecydowana większość procedur została usunięta.

Nazwa świadczenia	Świadczeniodawca	Liczba
opanowanie krwotoku – inne	Podmiot 1	554
	Podmiot 2	91
	Podmiot 3	44
	Podmiot 4	34
	Podmiot 5	14
	Podmiot 6	13
	Podmiot 7	4
	Podmiot 8	1

Liczba sprawozdanych produktów „opanowanie krwotoku – inne” w okresie 01-01-2022 – 26-11-2022 przed korektami dokonanymi przez Świadczeniodawcę

# Analiza raportów statystycznych – Leczenie bólu, analgosedacja w nagłym zagrożeniu

Weryfikacja zasadności sprawozdanego produktu  
5.09.03.0000187 „leczenie bólu, analgosedacja w nagłym zagrożeniu”

W przypadku jednego ze świadczeniodawców nastąpił znaczący wzrost liczby sprawozdawanych produktów „leczenie bólu, analgosedacja w nagłym zagrożeniu”.

- Świadczeniodawca błędnie interpretował zapis dotyczący produktu i uznany został przez niego jako produkt odpowiedni do sprawozdania w sytuacji, kiedy pacjentowi zostały podane środki przeciwbólowe takie jak paracetamol czy ibuprofen.
- Na skutek wymienionej korespondencji oraz w wyniku spotkania ze świadczeniodawcą, jak również w konsekwencji pisma CNFZ, raporty statystyczne zostały skorygowane.

2021	2022	2023
45	78	2 818

Liczba sprawozdanych produktów „leczenie bólu, analgosedacja w nagłym zagrożeniu” w latach 2021, 2022 oraz I-III 2023 przed korektami



# Analiza raportów statystycznych – Oznaczenie przemieszczenia mózgu w linii środkowej

Weryfikacja procedury 5.09.04.0000139 „Oznaczenie przemieszczenia mózgu w linii środkowej”. Procedura najczęściej sprawozdawana:

- u pacjentów powyżej 18 miesiąca życia,
- w przypadku wykonania tomografii komputerowej.

Na skutek postępowań wyjaśniających świadczeniodawcy skorygowali łącznie 10 450 sprawozdanych procedur, co stanowi ponad 98% wszystkich procedur przed weryfikacją.

Świadczeniodawca	Liczba sprawozdanych procedur przed korektą	Liczba sprawozdanych procedur po korekcie	Różnica
Podmiot 1	5	0	-5
Podmiot 2	2 365	0	-2 365
Podmiot 3	3 013	0	-3 013
Podmiot 4	173	0	-173
Podmiot 5	1	0	-1
Podmiot 6	2 636	0	-2 636
Podmiot 7	455	202	-253
Podmiot 8	35	1	-34
Podmiot 9	15	0	-15
Podmiot 10	668	0	-668
Podmiot 11	1 295	4	-1 291
Suma	10 661	211	-10 450

# Zweryfikowane problemy – Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT

Częste sprawozdawanie przez niektórych świadczeniodawców produktu 5.09.06.0000021 – Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT.

U jednego ze świadczeniodawców uwagę zwróciła duża liczba sprawozdanego produktu w stosunku do innych świadczeniodawców.

Na kolejnych slajdach przedstawione zostały przykłady z analizy dokumentacji medycznej pacjentów przyjętych w SOR.

Świadczeniodawca	Liczba sprawozdanych procedur	% wszystkich sprawozdanych w województwie
Podmiot 1	1 561	71,44%
Podmiot 2	422	19,31%
Podmiot 3	87	3,98%
Podmiot 4	68	3,11%
Podmiot 5	17	0,78%
Podmiot 6	15	0,69%
Podmiot 7	6	0,27%
Podmiot 8	4	0,18%
Podmiot 9	2	0,09%
Podmiot 10	2	0,09%
Podmiot 11	1	0,05%
Suma	2 185	100,00%

# Zweryfikowane problemy – Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT

<b>Czas pobytu w SOR</b>	<b>00:07</b>
<b>Tryb wypisu z SOR</b>	przekazanie na oddział hemodynamiki
<b>Sprawozdane procedury</b>	5.09.01.0000057 ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych
	5.09.01.0000071 porada lekarska, konsultacja, asysta
	5.09.02.0000264 monitorowanie podstawowych funkcji życiowych
	5.09.02.0000289 wstrzyknięcie antykoagulanta
	5.09.03.0000165 farmakoterapia dożylna
	<b>5.09.06.0000021 jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT</b>
<b>Przyjęcie</b>	przyjęcie w wyniku przekazania przez ZRM
<b>Rozpoznanie</b>	zawał mięśnia sercowego

Zgodnie z informacjami zawartymi w dokumentacji medycznej pacjent był w stanie dobrym, przytomny, wydolny krążeniowo-oddechowo.

Z karty wzmożonego nadzoru wynika, że prowadzono pomiary: ciśnienia tętniczego, tętna, liczby oddechów, saturacji, świadomości według skali AVPU, świadomości według skali GCS, jednokrotny pomiar temperatury.

Pacjentowi nie został założony dostęp centralny, wyłącznie dostęp obwodowy na prawej i lewej kończynie górnej. Nie miał również założonego cewnika do pęcherza moczowego

Trudno założyć, że wykonane w czasie 7 minut procedury, uzasadniają sprawozdanie produktu rozliczeniowego „jednodniowa hospitalizacja na stanowisku IT”, mimo rozpoznania zawału mięśnia sercowego.

# Zweryfikowane problemy – Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT

<b>Czas pobytu w SOR</b>	<b>00:37</b>	
<b>Sala</b>	P	
<b>Tryb wypisu z SOR</b>	<b>zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego</b>	
<b>Sprawozdane procedury</b>	5.09.01.0000057	ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych
	5.09.01.0000071	porada lekarska, konsultacja, asysta
	5.09.02.0000264	monitorowanie podstawowych funkcji życiowych
	5.09.02.0000288	przetoczenie innej substancji
	5.09.02.0000289	wstrzyknięcie antykoagulanta
	5.09.03.0000165	farmakoterapia dożylna
	5.09.04.0000120	przywrócenie rytmu zatokowego
	<b>5.09.06.0000021</b>	<b>jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT</b>
<b>Przyjęcie</b>	przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki	
<b>Rozpoznanie</b>	częstoskurcz napadowy	

Pacjentka z wywiadem napadowego migotania przedsionków, obecnie od ok. 2h uczucie kołatania serca. W EKG miarowy częstoskurcz z wąskimi zespołami QRS 200/min bez deficytu tętna, ale też bez cech niestabilności hemodynamicznej. Wykonano próbę Valsavy – nieskuteczna. W wyniku leczenia farmakologicznego uzyskano powrót rytmu zatokowego. Nie obserwowano powikłań. Neurologicznie pacjentka bez jakichkolwiek odchyłeń przed i po umiarkowaniu. Zgodnie z informacjami zawartymi w dokumentacji medycznej pacjentka była w stanie dobrym, przytomna, wydolna krążeniowo-oddechowo.

Zgodnie z informacjami zawartymi w dokumentacji medycznej pacjentka była w stanie dobrym, przytomna, wydolna krążeniowo-oddechowo. Pacjentka samodzielnie zgłosiła się do szpitalnego oddziału ratunkowego.

Z karty wzmożonego nadzoru wynika, że prowadzono pomiary: ciśnienia tętniczego, tętna, liczby oddechów, saturacji, świadomości według skali AVPU, świadomości według skali GCS, jednokrotny pomiar temperatury.

W karcie wzmożonego nadzoru brak informacji o utraconych płynach. Znajduje się tam wyłącznie informacja o przetoczeniu jednego leku. Poza tętnem, pozostałe parametry mieszczą się w normie. **Pacjentka po 37 minutach wypisana ze szpitala.**

# Zweryfikowane problemy – Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT

Czas pobytu w SOR	00:32	
Tryb wypisu z SOR	skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	
Sprawozdane procedury	5.09.01.0000057	ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych
	5.09.01.0000057	ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych
	5.09.01.0000071	porada lekarska, konsultacja, asysta
	5.09.02.0000206	monitorowanie elektrokardiograficzne
	5.09.02.0000264	monitorowanie podstawowych funkcji życiowych
	5.09.02.0000277	wstrzyknięcie sterydów
	5.09.02.0000288	przetoczenie innej substancji
	5.09.03.0000165	farmakoterapia dożylna
		<b>5.09.06.0000021</b> <b>jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku it</b>
Przyjęcie	przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki	
Rozpoznanie	pokrzywka	

Pacjentka zgłosiła się na SOR z powodu pokrzywki. Przyczyna niepewna – od wczoraj przyjmuje klindamycynę, od 2 dni naproksen. W wywiadzie alergia na penicyliny. W badaniu stan ogólny dobry, na kończynach górnych i dekolcie pokrzywka. Osłuchowo szmer prawidłowy, ciśnienie krwi prawidłowe, neguje nudności i wymioty, oddech prawidłowy, bez obrzęku tkanek miękkich ustnej i gardła. Podczas obserwacji ustąpienie objawów.

Z karty wzmożonego nadzoru wynika, że prowadzono pomiary: ciśnienia tętniczego, tętna, liczby oddechów, saturacji, świadomości według skali AVPU, świadomości według skali GCS, jednokrotny pomiar temperatury.

W dokumentacji brak informacji o wkłuciach donaczyniowych. Brak monitorowania przetoczonych i utraconych płynów, brak informacji o cewniku do pęcherza moczowego. Stan pacjentki w żaden sposób nie wskazuje na konieczność hospitalizacji na stanowisku IT. Pacjentce podano DEXAVEN (wstrzyknięcie sterydów), CLEMASTIN (farmakoterapia) i PWE (elektrolity). **Czas pobytu w SOR 32 minuty, wypisana do domu.**

Dziękuję za uwagę