

ZARZĄDZENIE Nr 15/2018

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 5 kwietnia 2018 r.

w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze: choroby nowotworowe

Na podstawie art. 31 o ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017, poz. 1938 r. z późn. zm.), zarządza się, co następuje.

§ 1.

Wprowadza się zasady przekazywania przez świadczeniodawców, którzy zostali wezwani do udostępnienia danych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze: choroby nowotworowe*, stanowiące **Załącznik** do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

Zasady przekazywania Danych

Wytyczne techniczne dotyczące plików CSV

Zbiory muszą zostać zapisane w postaci plików CSV, w którym jako separator pól zostanie użyty znak ";" (średnik), w systemie kodowania 1250: Środkowoeuropejskim (Windows), w których wiersze odpowiadają wierszom tabeli, a pola w wierszu, polom tabeli wyznaczonym przez jej kolumny – opisane w pierwszym wierszu pliku. Wartości puste w polach tekstowych będą interpretowane jako puste ciągi znaków (ciągi znaków o długości 0).

Każdy wiersz ma posiadać znak końca linii zgodny z systemem Windows (technicznie: CR-LF).

Pliki muszą zawierać nagłówki zawierające nazwy kolumn zgodnie z wytycznymi dotyczącymi struktury pliku. Plik musi zawierać wszystkie kolumny w formacie i kolejności określone w niniejszym dokumencie.

Wytyczne dotyczące elementów struktury plików dla kolumn oznaczonych, jako **"WYMAGANE"**, należy przekazać określoną wartość – **nie można przekazać pustej zawartości pola.**

Wytyczne dotyczące elementów struktury plików dla kolumn oznaczonych, jako **"OPCJONALNE"** - powinny być wypełnione, jeśli świadczeniodawcy posiadają takie dane.

Typy danych

W plikach przekazywane będą następujące typy danych:

1. Pola daty **DATA**: format zapisu **"RRRR-MM-DD"** - gdzie **"RRRR"** to rok, **"MM"** to miesiąc w zakresie 01 - 12 a **"DD"** to dzień w zakresie 01-NN gdzie NN jest zgodnie z kalendarzem w danym roku **"RRRR"** i miesiącu **"MM"** np. 2016-01-25
2. Pola godziny **GODZINA**: format zapisu **„GG:MM”** - gdzie **"GG"** to zapis godziny w zakresie 00 - 23 a **"MM"** to zapis minut w zakresie 00 - 59 np. 01:07
3. Pola czasu **CZAS**: format zapisu **„GG:MM”** - gdzie **"GG"** to zapis godziny w zakresie 00 - 99, a **"MM"** to zapis minut w zakresie 00 - 59 np. 26:07
4. Pole roku **ROK**: format zapisu **"RRRR"** np. 2017
5. Pole zakres miesięcy **MIESIACE**: format zapisu **"MM-MM"** np. 01-01, 01-09.
6. Pola numeryczne:
 - a. **LICZBA** Liczba; separator dziesiętny - przecinek ; np. 1,0; 1,54; 1,5439
 - b. **LICZBA CAŁKOWITA** Liczba całkowita - należy pominąć przekazywanie separatora dziesiętnego i następujących po nim cyfr zero.
7. Pola tekstowe **TEKST**: wartość tekstowa ma NIE zawierać dodatkowych znaków (np. znak cudzysłowu, @, #, ?, \$, itp.)

Zawartość merytoryczna plików

Jeżeli w zakresie danych, które mają być zawarte w plikach występuje wiele zdarzeń danej klasy, np. kilka hospitalizacji, to dla każdego zdarzenia należy przesłać pełny wiersz informacji powtarzając ogólne dane w celu właściwej identyfikacji zdarzenia.

Dane powinny być raportowane dla każdego zrealizowanego świadczenia opieki zdrowotnej (w tym również świadczeń zrealizowanych, ale nierozliczonych, tzw. „nadwykonań”, „rehospitalizacji”).

Zbierane dane dotyczą pacjentów, dla których **udzielane świadczenie zakończyło się w danym okresie przekazywanych danych**.

Świadczeniodawcy, którzy **sprawozdali** do NFZ świadczenia pacjentów rozliczone jednym ze wskazanych kodów produktu: 5.07.01.0000048, 5.08.05.0000170, 5.08.05.0000171, 5.08.05.0000174, 5.08.05.0000175, 5.08.05.0000176, 5.52.01.0001424, 5.52.01.0001440, 5.52.01.0001470, 5.52.01.0001499, 5.52.01.0001504 przekazują komplet danych w postaci plików:

1. OG – Ogólne Informacje;
2. SM – Świadczenia medyczne;
3. PL – Produkty Lecznicze;
4. WM – Wyroby Medyczne;
5. PR – Procedury Medyczne;
6. CP – Cennik Procedur Medycznych.

W plikach tych należy przekazać również informacje dotyczące pozostałych świadczeń zrealizowanych w trakcie opisanych powyżej hospitalizacji, np. leczenie działań niepożądanych lub podanie leków refundowanych stosowanych w ramach wspomagającego leczenia chorych na nowotwory.

Świadczeniodawcy, którzy **nie sprawozdali** do NFZ świadczeń określonych powyżej przekazują dane w postaci pliku: CP – Cennik Procedur Medycznych.

Nazewnictwo plików

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

1. Dla plików CSV

<kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<ONK>.CSV

gdzie:

- kod jednostki sprawozdającej – jest kodem nadawanym przez odpowiedni OW NFZ
- kod pliku – jest kodem wskazanym w specyfikacji poszczególnych plików.

Przykład:

Komplet (**MINIMALNY ZESTAW**) plików świadczeniodawcy, który **sprawozdał** do NFZ pacjentów z hospitalizacją zakończoną w okresie od 1 marca 2017 r. do 31 marca 2017 r. ze wskazanym przynajmniej jednym z powyżej wymienionych kodem produktów w przypadku, gdy wszystkie dane udało się zapisać w jednym pliku dla świadczeniodawcy o kodzie 6543456 to:

6543456_OG_ONK.csv
6543456_SM_ONK.csv
6543456_PL_ONK.csv
6543456_WM_ONK.csv
6543456_PR_ONK.csv
6543456_Zestawienie_OPK_ONK.csv
6543456_CP_ONK.csv

Przykład:

Komplet (**MINIMALNY ZESTAW**) plików świadczeniodawcy, który **nie sprawozdał** do NFZ pacjentów z hospitalizacją zakończoną w okresie od 1 marca 2017 r. do 31 marca 2017 r. ze wskazanym przynajmniej jednym z powyżej wymienionych kodem produktu, gdy wszystkie dane udało się zapisać w jednym pliku dla świadczeniodawcy o kodzie 6543456 to:

6543456_CP_ONK.csv

Plik 1, Ogólne Informacje, Nazwa pliku: *Kodswiadczeniodawcy_OG_ONK.csv*

Plik ma zawierać informacje ogólne pozwalające scharakteryzować świadczenie opieki zdrowotnej. Dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej (rozumianego, jako zespół świadczeń zrealizowanych na rzecz pojedynczego pacjenta w ramach pojedynczego kontaktu ze świadczeniodawcą) ma zostać zawarty w pliku **jeden** wiersz opisujący to świadczenie.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami: Kodswiadczeniodawcy_OG_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_SM_ONK.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_PL_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_WM_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_PR_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach. Np.: <rok_prowadzenia_księgi><nr_kolejny_księgi><nr_kolejny_w_ksiedze><nr_kolejny_dziecka> np. 2017/3/1249/0
2	KSIEGA_ROK	TEKST	WYMAGANE	Część numeru księgi głównej oznaczająca rok, którego dotyczy księga główna	Pozycje powinny być zgodne z Załącznikiem do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, Komunikat szczegółowy NFZ - rozdział 2.2.6 Element "hospitalizacja"; poziom hierarchii 4 (księga) W przypadku trybu ambulatoryjnego oraz braku informacji dla kolumn 2-5, prosimy o wprowadzenie wpisu „BRAK”, natomiast wymagane jest wprowadzenie wpisów w kolumnach ID_PACJENTA oraz DATA_ZAK zgodnych ze sprawozdanymi do NFZ (identyfikacja danego świadczenia z bazą z NFZ).
3	KSIEGA_NR	TEKST	WYMAGANE	Część numeru księgi głównej oznaczająca numer księgi	
4	KSIEGA_POZ	TEKST	WYMAGANE	Część numeru księgi głównej oznaczająca pozycję księgi głównej	
5	KSIEGA_NR_DZIECKA	TEKST	WYMAGANE	Część numeru księgi głównej oznaczająca numer dziecka	
6	ID_PACJENTA	TEKST	WYMAGANE	Identyfikator pacjenta (w tym nr PESEL)	
7	DATA_PRZYZYJ	DATA	WYMAGANE	Data rozpoczęcia świadczenia	Głównym identyfikatorem pacjenta jest PESEL. W przypadku jego braku identyfikator zgodny z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. (Tekst do 20 znaków)
8	DATA_ZAK	DATA	WYMAGANE	Data zakończenia świadczenia	Data rozpoczęcia kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą (potocznie – data przyjęcia do szpitala) Data zakończenia kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą (potocznie – data wypisania ze szpitala) Wartość tego pola może być identyczna/rowna z wartością DATA_PRZYZYJ, powinna być zgodna ze sprawozdaną do NFZ

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
9	TR_PRZYJ	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Tryb przyjęcia określony na dany okres sprawozdawczości	Zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. np. dla osoby, której udzielono świadczenia w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym: KODY TRYBU PRZYJĘCIA „2” – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego; „3” – przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki; „5” – przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu; „6” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania; ... „11” – przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego Zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.
10	TR_WYP	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Tryb wypisu określony na dany okres sprawozdawczości	np. dla osoby, której udzielono świadczenia w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym: KODY TRYBU WYPISU „1” – zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego; „2” – skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym; „3” – skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu; ... „11” – wypisanie na podstawie art. 46 albo 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów
11	ID_REKORDU	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Numer rekordu	

Plik 2, Świadczenia medyczne, Nazwa pliku: *Kodswiadczeniodawcy_SM_ONK.csv*

Plik ma zawierać informacje na temat świadczeń opieki zdrowotnej/ produktu udzielanego świadczeniobiorcy. Dla każdego świadczenia ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie. W przypadku, gdy w trakcie trwania świadczenia nastąpi zmiana kodu zakresu lub produktu rozliczeniowego lub ośrodka powstawania kosztów należy dla każdej zmiany przekazać odrębny wiersz opisujący świadczenie. W pliku tym należy przekazać również informacje dotyczące pozostałych świadczeń zrealizowanych w trakcie hospitalizacji, np. leczenie działań niepożądanych lub podanie leków refundowanych stosowanych w ramach wspomagającego leczenia chorych na nowotwory.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	NR_OPK_SM	TEKST	WYMAGANE	Numer konta OPK, który realizował świadczenie	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, który realizował świadczenie jest numer konta ośrodka kosztów – element wiążący z plikiem FK Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach.
2	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami: Kodswiadczeniodawcy_OG_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_SM_ONK.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_PL_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_WM_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_PR_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach
3	DATA_ROZP_PROD	DATA	WYMAGANE	Data rozpoczęcia realizacji danego produktu / rozpoczęcia pobytu w danym OPK	Np.:<rok_prowadzenia_księgi></nr_kolejny_księgi></nr_kolejny_w_ksiedze></nr_kolejny_dzień> np 2017/3/1249/0
4	DATA_ZAK_PROD	DATA	WYMAGANE	Data zakończenia realizacji danego produktu świadczenia / zakończenia pobytu w danym OPK	Data wypisu z danego OPK lub zakończenia realizacji produktu (np. przetoczenie krwi) Wartość tego pola może być identyczna/równa z wartością DATA_PRZYJ np. w przypadku wizyty/ porady/ pobytu jednodniowego/ wykonania konkretnej procedury
5	GODZ_ROZP_PROD	GODZINA	OPCJONALNE	Godzina rozpoczęcia realizacji danego produktu / rozpoczęcia pobytu w danym OPK	
6	GODZ_ZAK_PROD	GODZINA	OPCJONALNE	Godzina zakończenia realizacji danego produktu świadczenia / zakończenia pobytu w danym OPK	
7	KOD_ZAKRESU	TEKST	WYMAGANE	Kod zakresu, z którego rozliczone jest świadczenie w formacie XX.XXXX.XXXX.XX (zgodnie ze słownikiem NFZ)	Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów. (Tekst do 14 znaków) Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku, jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji lub jeśli dany pobyt nie wiąże się z rozliczeniem świadczenia w danym zakresie

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
8	KOD_PROD	TEKST	WYMAGANE	Kod produktu sprawozdawanego. Jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ)	Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów. (Tekst do 16 znaków) Kod produktu jest elementem wiążącym między plikami: Kodswiadczeniodawcy_SM_ONK.csv (Nr kolumny: 8 - KOD_PROD) Kodswiadczeniodawcy_PL_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - KOD_PROD) Kodswiadczeniodawcy_WM_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - KOD_PROD) Kodswiadczeniodawcy_PR_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - KOD_PROD) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach.
9	ROZP_GL	TEKST	WYMAGANE	Rozpoznanie główne wg katalogu ICD-10	Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ
10	ROZP_WSP	TEKST	WYMAGANE	Po przecinku rozpoznania współistniejące według katalogu ICD-10	Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku, jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
11	ROZP_POW	TEKST	WYMAGANE	Po przecinku rozpoznania powikłań według katalogu ICD-10	Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku, jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
12	ILOSC_SM	LICZBA	WYMAGANE	Ilość świadczeń sprawozdawanych (ustalonych zgodnie z metodyką Narodowego Funduszu Zdrowia)	Ilość świadczeń sprawozdanych (ustalonych zgodnie z metodyką Narodowego Funduszu Zdrowia)
13	ID_REKORDU	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Numer rekordu	Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów

Plik 3, Produkty Lecnicze, Nazwa pliku: *Kodswiadczeniodawcy_PL_ONK.csv*

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić produkty lecznicze, jakie otrzymał pacjent w trakcie realizacji danego produktu rozliczeniowego. Plik nie powinien zawierać produktów leczniczych podawanych w trakcie realizacji badań diagnostycznych, w tym badań patomorfologicznych i cytogenetycznych.

UWAGA: Jeśli pacjent nie był leczony farmakologicznie (nie otrzymał produktu leczniczego) należy wypełnić tylko w jednym rekordzie dane w kolumnach identyfikujących danego pacjenta (kolumna nr 3 NR_KS), a w pozostałych kolumnach umieścić wpis „NIE OTRZYMAŁ”.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	KOD_PROD	TEKST	WYMAGANE	Kod produktu sprawozdawanego. Jest to kod w formacie X XX.XX.XXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ)	Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów. (Tekst do 16 znaków) Kod produktu jest elementem wiążącym między plikami: Kodswiadczeniodawcy_SM_ONK.csv (Nr kolumny: 8 - KOD_PROD) Kodswiadczeniodawcy_PL_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - KOD_PROD) Kodswiadczeniodawcy_WM_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - KOD_PROD) Kodswiadczeniodawcy_PR_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - KOD_PROD) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach Nie dopuszcza się wpisu „BRAK”
2	NR_OPK_PL	TEKST	OPCJONALNE	Numer konta OPK, w którym nastąpiło zlecenie produktu leczniczego	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, w którym nastąpiło zlecenie produktu leczniczego jest numer konta ośrodka kosztów.
3	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami: Kodswiadczeniodawcy_OG_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_SM_ONK.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_PL_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_WM_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_PR_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach
4	DATA_WYK	DATA	OPCJONALNE	Data podania	Np.:<rok_prowadzenia_księgi><nr_kolejny_księgi><nr_kolejny_w_kstedze><nr_kolejny_dzienna> np. 2017/3/1249/0
5	NAZWA_PL	TEKST	WYMAGANE	Nazwa handlowa produktu leczniczego przypisanego bezpośrednio do pacjenta	Podawane daty powinny mieścić się w zakresie danego świadczenia (>= DATA_PRZYJ i <= DATA_ZAK) z danego rekordu w pliku OG. W kolumnie tej powinny znaleźć się dodatkowe informacje charakteryzujące dany produkt leczniczy tj. zawartość substancji leczniczej, liczba sztuk w opakowaniu (np. Acard 150 mg 60 tabletek, Dexaven inj. roztw. 4 mg/ml 10 amp. 2 ml).
6	JEDN_MIARY_PL	TEKST	WYMAGANE	Nazwa najmniejszej jednostki miary produktu leczniczego podanego pacjentowi	np.: ml, tabletki, kapsułka, czopek, ampułka itp.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
7	LICZBA_PODANYCH H_JEDN_MIARY	LICZBA	WYMAGANE	Ilość produktu leczniczego wyrażona w jednostkach opisanych w JEDN_MIARY_PL podanego pacjentowi jednorazowo lub w ciągu dnia	UWAGA: Należy sprawozdawać liczbę podanych jednostek miary w odniesieniu do tego, co jest wpisane w JEDN_MIARY_PL dla danego produktu leczniczego. Nie jest dozwolone sprawozdawanie np. liczby tabletek/ml, jeśli w kolumnie JEDN_MIARY_PL podane jest opakowanie. W takim przypadku liczba podanych jednostek miary powinna odnosić się do części opakowania. W przypadku, gdy nie zużyto całej ampulki/ worka dopuszczalne jest uwzględnienie strat danego produktu leczniczego.
8	KOSZT_JEDNOSTKI	LICZBA	WYMAGANE	Koszt jednostki produktu leczniczego podanej w kolumnie JEDN_MIARY_PL	Pole stanowi całość informacyjną z polem JEDN_MIARY_PL; to np. koszt 1 tabletki, 1 drażetki, 1 fiołki itd. Np. jeżeli w kolumnie JEDN_MIARY_PL wpisano tabletkę to w kolumnie KOSZT_JEDNOSTKI należy wpisać koszt JEDNEJ tabletki Nie jest dopuszczalne wprowadzenie wpisu „BRAK” jeśli sprawozdano pozycję w kolumnie NAZWA_PL.
9	ID_REKORDU	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Numer rekordu	Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów

Plik 4, Wyroby Medyczne, Nazwa pliku: Kodswiadczeniodawcy_WM_ONK.csv

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić wyroby medyczne, środki pomocnicze, jakie otrzymał pacjent podczas realizacji danego produktu rozliczeniowego. Plik nie powinien zawierać wyrobów medycznych, środków pomocniczych zużytych w trakcie realizacji badań diagnostycznych, w tym badań patomorfologicznych i cytogenetycznych.

UWAGA: Jeśli świadczeniodawca nie prowadzi ewidencji zużycia wyrobów medycznych na oddziale dopuszczalne jest wypełnienie w jednym rekordzie jedynie dane w kolumnie identyfikującej pacjenta (kolumna nr 3 => NR_KS), a w pozostałych kolumnach umieszczenie wpisu „KOSZT OSOBODNIA”. W takim wypadku należy przekazać również (w odrębnym pliku) wykaz wyrobów, które standardowo są wliczane w koszt osobodnia (powinno to znaleźć odzwierciedlenie w pozycji b2 w pliku FK).

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	KOD_PROD	TEKST	WYMAGANE	Kod produktu sprawozdawanego. Jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ)	Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów (Tekst do 16 znaków) Kod produktu jest elementem wiążącym między plikami: Kodswiadczeniodawcy_SM_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - KOD_PROD) Kodswiadczeniodawcy_PL_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - KOD_PROD) Kodswiadczeniodawcy_WM_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - KOD_PROD) Kodswiadczeniodawcy_PR_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - KOD_PROD) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach. Nie dopuszcza się wpisu „BRAK”
2	NR_OPK_WM	TEKST	OPCJONALNE	Numer konta OPK, w którym nastąpiło zlecenie wyrobu medycznego	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, w którym nastąpiło zlecenie wyrobu medycznego jest numer konta ośrodka kosztów
3	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami: Kodswiadczeniodawcy_OG_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_SM_ONK.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_PL_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_WM_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_PR_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach.
4	DATA_WYK	DATA	OPCJONALNE	Data zużycia	Np.:<rok_prowadzenia_ksiegi> <nr_kolejny_ksiegi> / <nr_kolejny_w_ksiedze> / <nr_kolejny_dziecko> np. 2017/3/1249/0 Podawane daty powinny mieścić się w zakresie danego świadczenia (>= DATA_PRZYJ1 <= DATA_ZAK) z danego rekordu w pliku OG.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
5	NAZWA_WM	TEKST	WYMAGANE	Nazwa handlowa wyrobu medycznego stosowanego jednorazowo w odniesieniu do danego pacjenta (np. jednorazowe cewniki itp.) lub mogą być zastosowane kilkakrotnie u danego pacjenta /kilku pacjentów (np. elektroda nasierdziowa, która może być użyta 10 razy - stosowana jest np. 2 razy w jednym procesie leczenia, więc może być użyta w 5 przypadkach)	W polu tym pomocne będą dodatkowe informacje o wyrobie m.in. wymiar, objętość, producent oraz numer katalogowy danego wyrobu, liczba sztuk w opakowaniu (np. cewnik urologiczny FOLEY, Galmed, rozmiar CH8, silikonowy, 1 szt.)
6	JEDN_MIARY_WM	TEKST	WYMAGANE	Nazwa jednostki miary wyrobu medycznego przypisanego bezpośrednio do pacjenta	Podstawowa jednostka miary np.: szt., kg, ml itp.
7	LICZBA_ZUZYTYCH_JEDN_MIARY	LICZBA	WYMAGANE	Liczba sztuk lub opakowań danego wyrobu medycznego wyrażona w jednostkach opisanych w JEDN_MIARY_WM przypisanego bezpośrednio do pacjenta lub udział części, który wynika z możliwości wielokrotnego użycia danego wyrobu (np. elektroda nasierdziowa, która może być użyta 10 razy - stosowana jest np. 2 razy w jednym procesie leczenia, więc udział tego wyrobu wynosi 2 razy na 10 możliwych, tu wpis 0,2).	Liczbowy zapis odzwierciedlający liczbę wyrobu medycznego przypisanego bezpośrednio do pacjenta w jednostce opisanej w kolumnie JEDN_MIARY_WM, np. jeżeli zużyto w ciągu dnia 3 razy po jednej strzykawce danego rodzaju (w polu JEDN_MIARY_WM wprowadzono np.: szt., strzykawka) to w tym polu należy wpisać wartość 3 lub przekazać 3 rekordy z wpisaną wartością 1 w każdym rekordzie. Jeśli w kolumnie JEDN_MIARY_WM podane jest opakowanie, zużycie powinno odnosić się do części opakowania.
8	KOSZT_JEDNOSTKI	LICZBA	WYMAGANE	Koszt jednostki wyrobu medycznego podanego w kolumnie JEDN_MIARY_WM	Pole stanowi całość informacyjną z polem JEDN_MIARY_WM to np. koszt 1 aparatu infuzyjnego, 1 drenu, 1 plastra itd. Np. jeżeli w kolumnie JEDN_MIARY_WM wpisano worek(sztuka) to w kolumnie KOSZT_JEDNOSTKI należy wpisać koszt JEDNEGO worka(sztuki). Nie jest dopuszczalne wprowadzenie wpisu „BRAK” jeśli sprawdzano pozycję w kolumnie NAZWA_WM
9	ID_REKORDU	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Numer rekordu	Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów.

Plik 5, Procedury medyczne, Nazwa pliku: Kodswiadczeniodawcy_PR_ONK.csv

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić procedury (terapeutyczne, diagnostyczne, w tym patomorfologię i cytogenetykę itd.), jakie wykonano na rzecz pacjenta w trakcie realizacji danego produktu rozliczeniowego. Nie należy uwzględniać procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, nakłucie żyły czy opieka pielęgniarki.

UWAGA: Jeżeli podczas hospitalizacji nie wykonano innych procedur niż realizowane standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, nakłucie żyły, opieka pielęgniarki czy porada lekarska, należy wypełnić tylko w jednym rekordzie dane w kolumnach identyfikujących danego pacjenta (kolumny nr 1 => NR_KS), a w pozostałych kolumnach umieścić wpis „KOSZT OSOBODNIA”.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami. Kodswiadczeniodawcy_OG_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_SM_ONK.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_PL_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_WM_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) Kodswiadczeniodawcy_PR_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach Np. <rok_prowadzenia_księgi>/<nr_kolejny_księgi>/<nr_kolejny_w_ksiedze>/<nr_kolejny_dzień> np. 2017/3/1249/0
2	NR_OPK_ZLEC	TEKST	OPCJONALNE	Numer konta OPK, który zlecił wykonanie procedury	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, który zlecił procedurę jest numer konta ośrodka kosztów
3	KOD_PROD	TEKST	WYMAGANE	Kod produktu sprawozdawanego. Jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ)	Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów. (Tekst do 16 znaków) Kod produktu jest elementem wiążącym między plikami. Kodswiadczeniodawcy_SM_ONK.csv (Nr kolumny: 8 - KOD_PROD) Kodswiadczeniodawcy_PL_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - KOD_PROD) Kodswiadczeniodawcy_WM_ONK.csv (Nr kolumny: 1 - KOD_PROD) Kodswiadczeniodawcy_PR_ONK.csv (Nr kolumny: 3 - KOD_PROD) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach. Nie dopuszcza się wpisu „BRAK”
4	DATA_WYK	DATA	OPCJONALNE	Data wykonania	Podawane daty powinny mieścić się w zakresie danego świadczenia (>= DATA_PRZYZY i <= DATA_ZAK) z danego rekordu w pliku OG.
5	ICD-9	TEKST	WYMAGANE	Kod ICD-9	Kod ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określona przez NFZ. Należy wpisywać kody o najbardziej szczegółowej istniejącej kategorii. Wpisanie własnego kodu dopuszczalne jest jedynie w przypadku procedur, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9. Nie dopuszcza się wpisu „BRAK”
6	NAZWA_PR	TEKST	WYMAGANE	Nazwa procedury według słownika ICD-9	Nazwa procedury wg słownika ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną przez NFZ. Wpisanie własnej nazwy dopuszczalne jest jedynie w przypadku procedur, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9. Nie dopuszcza się wpisu „BRAK”.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
7	ILOSC_PR	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	Ilość tych samych procedur wykonanych na rzecz pacjenta w dniu opisanym polem DATA_WYK	Wypełnić wartością większą od 1 tylko jeżeli procedura została wykonana wielokrotnie dla identycznych wpisów w pozostałych kolumnach rekordu
8	KOSZT_PR	LICZBA	WYMAGANE	Całkowity koszt przypadający na jedną procedurę	Dla procedur niewycenionych prosimy o przekazanie wartości "0"
9	CZAS_PR	CZAS	WYMAGANE	Rzeczywisty lub standardowy czas trwania procedury	W przypadku procedur zabiegowych, jako 'czas trwania procedury' rozumie się całkowity czas przebywania pacjenta na bloku operacyjnym / w gabinecie zabiegowym Pole może zawierać wpis „BRAK” jeśli dotyczy badań diagnostyki laboratoryjnej lub obrazowej. Nie dopuszcza się wpisu „00:00”
10	ID_REKORDU	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Numer rekordu	Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów

**Plik 6, Struktura pliku dotyczącego zestawienia ośrodków powstawania kosztów informacji o OPK realizujących świadczenia,
Nazwa pliku: Zestawienie_OPK_rok 2017_ONK.xls**

Plik ma zawierać informacje o nazwach, numerach i kodach resortowych kont OPK występujących w plikach SM_ONK, PL_ONK, WM_ONK, PR_ONK.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	KOD_RESORTOWY	TEKST	WYMAGANE	Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych [jeśli OPK ma więcej kodów, należy je podać po przecinku]	Należy przekazać określoną wartość – nie można przekazać pustej zawartości pola. Wartość tekstowa ma NIE zawierać dodatkowych znaków (np. znak cudzysłowu, @, #, ?, \$, itp.)
2	NR_OPK	TEKST	WYMAGANE	Numer konta OPK	Należy przekazać określoną wartość – nie można przekazać pustej zawartości pola. Wartość tekstowa ma NIE zawierać dodatkowych znaków (np. znak cudzysłowu, @, #, ?, \$, itp.)
3	NAZWA_OPK	TEKST	WYMAGANE	Nazwa OPK	Należy przekazać określoną wartość – nie można przekazać pustej zawartości pola. Wartość tekstowa ma NIE zawierać dodatkowych znaków (np. znak cudzysłowu, @, #, ?, \$, itp.)

Plik 7, Struktura pliku dotyczącego cennika procedur medycznych , Nazwa pliku: *Kodswiadczeniodawcy_CP_ONK.csv*

Plik ma zawierać informacje na temat cen procedur realizowanych przez świadczeniodawcę. Minimalny wymagany zakres danych obejmuje procedury znajdujące się na liście pod tabelą.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	NR_OPK_PR	TEKST	WYMAGANE	Numer konta OPK, który zrealizował procedurę	Jeśli procedura wykonywana jest przez inny podmiot niż świadczeniodawca wówczas w miejscu NR_OPK_PR prosimy umieścić wpis "DOSTAWCA ZEWNĘTRZNY"
2	ROK	ROK	WYMAGANE	Rok obowiązywania cennika	
3	MIESIACE	MIESIACE	WYMAGANE	Miesiące obowiązywania cennika	
4	ICD-9	TEKST	WYMAGANE	Kod ICD-9	Prosimy o przekazanie roku za jaki przekazywane są dane Kod ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określona przez NFZ Należy wpisywać kody o najbardziej szczegółowej istniejącej kategorii. Wpisanie własnego kodu dopuszczalne jest jedynie w przypadku procedur, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9.
5	NAZWA_PR	TEKST	WYMAGANE	Nazwa procedury według słownika ICD-9	Nie dopuszcza się wpisu „BRAK” Nazwa procedury wg słownika ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną przez NFZ. Wpisanie własnej nazwy dopuszczalne jest jedynie w przypadku procedur, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9.
6	KOSZT_CP	LICZBA	WYMAGANE	Całkowity koszt przypadający na jedną procedurę	Nie dopuszcza się wpisu „BRAK” Dla procedur niewycenionych prosimy o przekazanie wartości "0"
7	ILOSC_CP	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Ilość procedur wykonanych w okresie obowiązywania cennika	Nie dopuszcza się wpisu „BRAK” Ilość procedur wykonanych w danym OPK u danego świadczeniodawcy w okresie obowiązywania cennika.
8	ID_REKORDU	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Numer rekordu	Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów

Minimalna lista procedur medycznych:

- 88.713 USG tarczycy i przytarczyc
- 88.717 USG ślinianek
- 88.719 USG krtani
- 88.732 USG piersi
- 88.734 USG jamy opłucnej
- 88.735 USG śródpiersia
- 88.738 USG klatki piersiowej
- 88.741 USG transrektalne
- 88.752 USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego
- 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
- 88.763 USG gruczołu krokowego
- 88.764 USG transwaginalne
- 88.790 USG węzłów chłonnych
- 88.792 USG macicy nieciążarnej i przydatków
- 88.799 USG moszny w tym jąder i najądrzy
- 95.13 USG gałki ocznej
- 87.11 RTG pantomograficzne
- 87.221 RTG kręgosłupa odcinka szyjnego - przeglądowe
- 87.222 RTG kręgosłupa odcinka szyjnego - celowane lub czynnościowe
- 87.231 RTG kręgosłupa odcinka piersiowego
- 87.232 RTG kręgosłupa odcinka piersiowego - celowane lub czynnościowe
- 87.241 RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - przeglądowe
- 87.242 RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - celowane lub czynnościowe
- 87.35 mammografia z kontrastem
- 87.371 mammografia jednej piersi
- 87.372 mammografia obu piersi
- 87.440 RTG klatki piersiowej
- 92.011 scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy z zastosowaniem ^{131}I
- 92.012 scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy z zastosowaniem $^{99\text{m}}\text{Tc}$
- 92.019 scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy – inne
- 92.021 scyntygrafia układu siateczkowo-śródbłonkowego wątroby
- 92.023 Scyntygrafia wątroby znakowanymi erytrocytami
- 92.031 Scyntygrafia dynamiczna nerek
- 92.032 scyntygrafia statyczna nerek techniką planarną
- 92.058 badanie scyntygraficzne lub czynności śledzony
- 92.141 scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
- 92.142 scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
- 92.144 scyntygrafia całego układu kostnego (metoda "whole body") z zastosowaniem fosfonianów
- 92.149 scyntygrafia układu kostnego – inne
- 87.030 TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego
- 87.031 TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.049 TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.032 TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.036 TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego
- 87.037 TK szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.038 TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
- 87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.301 TK kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.302 TK kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.303 TK kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.304 TK kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.383 TK kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.384 TK kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.385 TK kręgosłupa piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.386 TK kręgosłupa piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.387 TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.388 TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.900 RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego

88.901 RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
 88.902 RM kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego
 88.903 RM kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
 88.904 RM kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego
 88.905 RM kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
 88.923 RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
 88.924 RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
 88.931 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego
 88.932 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez wzmocnienia kontrastowego
 88.933 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego
 88.936 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
 88.937 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
 88.938 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
 88.971 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego
 88.973 RM szyi bez wzmocnienia kontrastowego
 88.975 RM szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
 88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
 88.979 Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym - RM
 92.061 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem 18 FDG we wskazaniach onkologicznych
 92.062 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych
 06.111 biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy
 06.112 biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana
 06.113 biopsja gruboigłowa tarczycy
 06.114 biopsja gruboigłowa tarczycy – celowana
 18.12 biopsja ucha zewnętrznego
 20.32 biopsja ucha środkowego i wewnętrznego
 21.22 biopsja nosa
 24.11 biopsja dziąsła
 24.12 biopsja wyrostka zębodołowego
 25.01 zamknięta (igłowa) biopsja języka
 26.11 biopsja igłowa ślinianki/przewodu
 27.21 Biopsja kości podniebienia
 27.22 biopsja podniebienia miękkiego/języczka
 27.23 biopsja wargi
 27.24 biopsja jamy ustnej – inne
 28.11 biopsja migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego
 29.12 biopsja gardła
 33.21 bronchoskopia przez przetokę
 33.22 bronchoskopia fiberoskopowa
 33.231 bronchoskopia autofluorescencyjna
 33.239 bronchoskopia – inna
 33.24 endoskopowa biopsja oskrzela
 33.26 przezskórna igłowa biopsja płuca
 33.272 przezoskrzelowa biopsja płuca
 34.23 biopsja ścian klatki piersiowej
 34.24 biopsja opłucnej
 34.25 przezskórna igłowa biopsja śródpiersia
 40.10 biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)
 40.11 biopsja układu limfatycznego
 42.243 biopsja ssąca przełyku
 49.22 biopsja okołoodbytowa
 49.23 biopsja odbytu
 54.241 zamknięta biopsja: sieci
 57.32 cystoskopia przezcewkowa
 58.24 biopsja tkanek okołocewkowych
 60.111 biopsja stercza przezodbytnicza wielomiejscowa
 60.113 przezskórna biopsja gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze)
 60.15 biopsja tkanek okołosterczowych
 64.11 biopsja prącia
 67.11 biopsja kanału szyjki macicy
 67.12 wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)
 69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne
 69.59 inne aspiracyjne łyżeczkowanie macicy

70.24 biopsja pochwy
 71.11 biopsja sromu
 76.11 Biopsja kości twarzy
 77.41 Biopsja kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)
 77.42 Biopsja kości – kość ramienna
 77.43 Biopsja kości – kość promieniowa/kość łokciowa
 77.44 Biopsja kości – kości nadgarstka/śródręcza
 77.45 Biopsja kości – kość udowa
 77.46 Biopsja kości – rzepka
 77.47 Biopsja kości – kość piszczelowa/kość strzałkowa
 77.48 Biopsja kości – kości stępu/ kości śródstopia
 77.491 Biopsja kości – inne kości (miednica)
 77.492 Biopsja kości – inne kości (paliczki palców stopy/ręki)
 83.21 biopsja tkanek miękkich
 85.111 przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi
 85.112 przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi - celowana
 85.113 przezskórna gruboigłowa biopsja piersi
 85.114 przezskórna gruboigłowa biopsja piersi - celowana
 85.131 biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG
 85.132 biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna
 86.11 biopsja skóry/tkanki podskórnej
 86.381 Radykalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia do 4,0 cm
 86.382 Radykalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia powyżej 4,0 cm
 29.1901 Stroboskopia
 29.1902 Videostroboskopia
 31.42 laryngoskopia i inne wziernikowanie tchawicy
 42.242 ezofagoscopia z biopsją
 43.411 endoskopowe wycięcie polipów żołądka
 44.12 gastroscopia przez przetokę
 44.13 gastroscopia - inne
 44.161 gastroscopia diagnostyczna z testem ureazowym
 44.162 gastroscopia diagnostyczna z biopsją
 45.131 esofagogastroduodenoscopia [EGD]
 45.14 zamknięta endoskopowa biopsja jelita cienkiego
 45.16 esofagogastroduodenoscopia z biopsją
 45.22 endoscopia jelita grubego przez przetokę
 45.231 fiberokolonoskopia
 45.239 kolonoskopia - inne
 45.24 fiberosigmoidoscopia
 45.253 kolonoskopia z biopsją
 45.42 endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego
 45.439 endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego - inne
 48.36 endoskopowe usunięcie polipa odbytnicy
 58.232 uretroskopia uretroscystoskopem giętym i biopsja cewki
 88.747 endosonografia kanału odbytnicy i odbytu
 95.121 angiografia fluoresceinowa
 C11 Fosfataza zasadowa granulocytów
 C27 Leukocyty – badanie immunofenotypowe komórek blastycznych
 C51 Mielogram
 F19 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG (anty-Cytomegalovirus IgG)
 F23 Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM (anty-Cytomegalovirus IgM)
 F26 Cytomegalovirus (CMV) DNA
 F53 Wirus Epstein Barr IgG Przeciwciała
 F56 Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM
 F91 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała
 I41 antygen CA 125 (CA125)
 I45 antygen CA 19-9 (CA19-9)
 I53 antygen karcynoembrionalny (CEA)
 I63 antygen swoisty dla stercza (PSA) wolny
 I79 Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny
 I86 Immunofiksacja
 L07 α -fetoproteina (AFP)
 L46 gonadotropina kosmówkowa - podjednostka beta (β -HCG)
 L85 Immunoglobuliny A (IgA)
 L87 Immunoglobuliny D (IgD)

L93 Immunoglobuliny G (IgG)
 L95 Immunoglobuliny M (IgM)
 M11 kalcytonina
 M15 katecholaminy
 M43 kwas homowaniliowy (HVA)
 M83 łańcuchy lekkie kappa
 M85 łańcuchy lekkie lambda
 M92 β 2-mikroglobulina
 X33 Toxocara canis Przeciwciała IgG (anty-Toxocara canis IgG)
 X41 Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG (anty-Toxoplasma gondii IgG)
 X45 Toxoplasma gondii Przeciwciała IgM (anty-Toxoplasma gondii IgM)
 Y90 Badanie histopatologiczne
 91.821 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy
 91.831 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy wraz z identyfikacją drobnoustroju i antybiogram
 91.447 badanie mikroskopowe materiału biologicznego - badanie cytologiczne
 99.9953 dermatoskopia
 FISH* FISH (fluorescencyjna hybrydyzacja in situ)
 r_HER* receptory HER

* - w przypadku procedury „*FISH (fluorescencyjna hybrydyzacja in situ)*” oraz „*receptory HER*” zamiast kodu ICD-9 należy stosować kod: FISH oraz r_HER (odpowiednio).

Numery ICD-9 i nazwy procedur medycznych powinny wynikać ze słownika ICD-9 PL. **Indywidualne nazewnictwo świadczeniodawców dopuszcza się tylko w przypadku, gdy słownik nie posiada procedury wycenionej przez świadczeniodawcę.**

Instrukcja kalkulacji jednostkowego kosztu procedury medycznej:

1. W przypadku procedur nabywanych z zewnątrz koszt wynika z umowy zawartej z podmiotem realizującym procedury.
2. W odniesieniu do procedur realizowanych przez ośrodki kosztów działalności podstawowej niebędące oddziałami szpitalnymi preferowaną metodą jest metoda określona w rozporządzeniu z 1998 roku (Dz. U. z 1998 nr 164 poz. 1194) polegająca na określeniu kosztu normatywnego (na podstawie karty technologicznej) i w każdym miesiącu ustalenie kosztów poprzez kalkulację wartości jednostki kalkulacyjnej. Wartość tę ustala się na podstawie następującego wzoru: Łączne koszty ośrodka kosztów / Suma kosztów normatywnych. Koszt procedury ustalany jest jako: Koszt normatywny procedury x Wartość jednostki kalkulacyjnej.
3. W odniesieniu do procedur realizowanych przez ośrodki kosztów działalności podstawowej niebędące oddziałami szpitalnymi dopuszczalne jest również podanie kosztu procedury na podstawie cennika wewnętrznego ustalonego w podmiocie. Cena powinna uwzględniać wyłącznie koszty realizacji procedury (bezpośrednie i pośrednie) z pominięciem kosztów ogólnego zarządu oraz ewentualnej marży.
4. W odniesieniu do procedur realizowanych przez ośrodki kosztów działalności podstawowej będące oddziałami szpitalnymi zaliczanymi do standardu opieki nad pacjentem na oddziale dopuszcza się pominięcie informacji o realizacji takiej procedury oraz o jej kosztach.
5. W odniesieniu do pozostałych procedur realizowanych przez ośrodki kosztów działalności podstawowej będące oddziałami szpitalnymi możliwe jest podanie kosztu procedury ustalonego na podstawie cennika wewnętrznego. Cena powinna uwzględniać wyłącznie koszty realizacji procedury (bezpośrednie i pośrednie) z pominięciem kosztów ogólnego zarządu oraz ewentualnej marży.

