

ZARZĄDZENIE Nr 50/2018

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 23 sierpnia 2018 r.

w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w formie karty kosztorysowej

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 2018, poz. 1510 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 w formie karty kosztorysowej stanowiące **załącznik** do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Z upoważnienia Prezesa
Świadczyciel Opieki Zdrowotnej
Dorota Górska



Zasady przekazywania Danych

Zbiory muszą zostać zapisane w postaci skoroszytu programu Excel.

Zakładki muszą zawierać nagłówki zawierające nazwy kolumn zgodnie z wytycznymi dotyczącymi struktury skoroszytu. Zakładka musi zawierać wszystkie kolumny w formacie i kolejności określone w niniejszym dokumencie.

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

W Zakładkach 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 daty "**RRRR-MM-DD**".
2. Pola czasu **CZAS**: format zapisu „**GG:MM**” - gdzie "**GG**" to zapis godziny, a "**MM**" to zapis minut w zakresie 00 - 59 np. 26:07
3. Pole roku **ROK**: format zapisu "**RRRR**" np. 2017
4. Pole zakres miesięcy **MIESIACE**: format zapisu "**MM-MM**" np. 01-01, 01-09.
5. 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.
6. Pola tekstowe **TEKST**: wartość tekstowa ma **NIE** zawierać dodatkowych znaków (np. znak cudzołowy, @, #, ?, \$, itp.)

Zawartość merytoryczna Zakładek

Jeżeli w zakresie danych, które mają być zawarte w Zakładkach 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. Zakładki w tym zakresie mają być redundantne.

Dane powinny być raportowane dla każdego zrealizowanego świadczenia opieki zdrowotnej (w tym również świadczeń zrealizowanych, ale nierozliczonych, tzw. „nadwykonan”, „rehospitalizacji” lub też „świadczeń za zgoda płatnika”).

Przekazywane dane dotyczą wszystkich świadczeniobiorców którzy **zakończyli** hospitalizację w okresie od dnia 1 stycznia 2018 roku do dnia 30 czerwca 2018 roku.

W karcie kosztowej należy przekazać wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczenia. Nazwa kart kosztowej powinna zawierać:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<kod_świadczeniodawcy>.XLS

gdzie:

<kod_świadczeniodawcy> – jest kodem nadawanym przez odpowiedni OW NFZ.

Zakładka 1, Ogólne Informacje, Nazwa zakładki: OG_SM

Zakładka ma zawierać informacje ogólne pozwalające dokładnie scharakteryzować świadczenie opieki zdrowotnej.

Zakładka zawiera informacje na temat świadczeń opieki zdrowotnej/ produktu udzielanego świadczeniobiorcy. Dla każdego świadczenia ma zostać zawarty w Zakładce jeden wiersz opisujący to świadczenie. W przypadku, gdy w trakcie trwania świadczenia nastąpi zmiana kodu zakresu lub produktu rozliczeniowego lub ośrodką powstawania kosztów należy dla każdej zmiany przekazać odrębny wiersz opisujący 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 Zakładkami
2	ID_PACJENTA	TEKST	WYMAGANE	Identyfikator pacjenta (w tym nr PESEL)	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)
3	DATA_PRZYJ	DATA	WYMAGANE	data przyjęcia do szpitala	Data rozpoczęcia kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą (potocznie – data przyjęcia do szpitala)
4	DATA_ZAK	DATA	WYMAGANE	data wypisu ze szpitala	Data zakończenia kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą (potocznie – data wypisania ze szpitala)
5	NR_OPK_SM	TEKST	WYMAGANE	Numer konta OPK, który realizował świadczenie	Wartość tego pola może być identyczna/równa z wartością DATA_PRZYJ, powinna być zgodna ze sprawozdaną do NFZ
6	DATA_ROZP_PR OD	DATA	WYMAGANE	Data rozpoczęcia realizacji danego produktu / rozpoczęcia pobytu w danym OPK	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, który realizował świadczenie jest numer konta ośrodka kosztów – element wiążący z Zakładką Sownik_OPK.xls oraz plikiem FK (arkusz FK_OPK - wiersz 4 Numer konta OPK). Wymagany jest identyczny zapis w obu Zakładkach.
7	DATA_ZAK_PR OD	DATA	WYMAGANE	Data zakończenia realizacji danego produktu świadczenia / zakończenia pobytu w danym OPK	Data przyjęcia do danego OPK lub realizacji produktu (np. przetoczenie krwi) 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

Nr kolumny	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
8	KOD_ZAKRESU	TEKST	WYMAGANE	Kod zakresu, z którego rozliczone jest świadczenie w formacie XX.XXXX.XXX.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 żadnym zakresie.
9	KOD_PROD	TEKST	WYMAGANE	Kod produktu sprawozdawanego. Jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXX.XXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ)	Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów. (Tekst do 16 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 żadnym produkcie.
10	ROZP_GL	TEKST	WYMAGANE	Rozpoznanie główne wg katalogu ICD-10	Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ
11	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 lub

Załącznik 2, Produkty Lecznicze, Nazwa załącznika: PL

Załącznik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić produkty lecznicze, jakie otrzymał pacjent, łącznie z podawanymi w trakcie realizacji zabiegów i diagnostyki (nie należy ich uwzględniać w koszcie procedury sprawozdanym w Załączniku PR).

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	NR_OPK_PL	TEKST	WYMAGANE	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.
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
3	NAZWA_PL	TEKST	WYMAGANE	Nazwa handlowa produktu leczniczego przypisanego bezpośrednio do pacjenta	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).
4	JEDN_MIARY_PL	TEKST	WYMAGANE	Nazwa jednostki miary produktu leczniczego podanego pacjentowi.	
5	LICZBA_PODANYCH_JEDN_MIARY	LICZBA	WYMAGANE	Ilość produktu leczniczego wyrażona w jednostkach opisanych w JEDN_MIARY_PL	<p>UWAGA:</p> <p>Należy sprawozdawać liczbę podanych jednostek miary w odniesieniu do tego, co jest wpisane w JEDN_MIARY_PL dla danego produktu leczniczego.</p> <p>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.</p> <p>W przypadku, gdy nie zużyto całej ampułki/ worka dopuszczalne jest uwzględnienie strat danego produktu leczniczego.</p> <p>Pole stanowi całość informacyjną z polem JEDN_MIARY_PL; to np. koszt 1 tabletki, 1 drażetki, 1 fiołki itd.</p> <p>Np. jeżeli w kolumnie JEDN_MIARY_PL wpisano tabletkę to w kolumnie KOSZT_JEDNOSTKI należy wpisać koszt JEDNEJ tabletki.</p> <p>Nie jest dopuszczalne wprowadzenie wpisu „BRAK”, jeśli sprawdzano pozycję w kolumnie NAZWA_PL.</p>
6	KOSZT_JEDNOSTKI	LICZBA	WYMAGANE	Koszt jednostki produktu leczniczego podanej w kolumnie JEDN_MIARY_PL	

Zakładka 3, Wyroby Medyczne, Nazwa Zakładki: WM

Zakładka ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić jednorazowe wyroby medyczne, środki pomocnicze, jakie otrzymał pacjent łącznie ze zużytymi w trakcie realizacji zabiegów i diagnostyki (NIE NALEŻY ich uwzględniać w koszcie procedury sprawozdanym w Zakładce PR).

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 2 => NR_KS), a w pozostałych kolumnach umieszczenie wpisu „KOSZT OSOBODNIA”. 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	NR_OPK_WM	TEKST	WYMAGANE	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
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 Zakładkami
3	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 nasterdziowa, 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.)
4	JEDN_MIARY_WM	TEKST	WYMAGANE	Nazwa jednostki miary wyrobu medycznego przypisanego bezpośrednio do pacjenta	Podstawowa jednostka miary np.: szt., kg, ml itp.
5	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 nasterdziowa, która może być użyta 10 razy - stosowana jest np. 2 razy w jednym procesie leczenia, więc udział tego wyrobu wynosi 2 razy na 10 możliwości, 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 strzykawkę 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.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
6	KOSZT_JEDNOSTKI	LICZBA	WYMAGANE	Koszt jednostki wyrobu medycznego podanego w kolumnie JEDN_MIARY_WM	<p>Pole stanowi całość informacyjną z polem JEDN_MIARY_WM to np. koszt 1 aparatu infuzyjnego, 1 drenu, 1 plastra itd.</p> <p>Np. jeżeli w kolumnie JEDN_MIARY_WM wpisano worek(sztuka) to w kolumnie KOSZT_JEDNOSTKI należy wpisać koszt JEDNEGO worka(sztuki).</p> <p>Nie jest dopuszczalne wprowadzenie wpisu „BRAK” jeśli sprawozdano pozycję w kolumnie NAZWA_WM</p>

Zakładka 4, Procedury medyczne, Nazwa Zakładki: PR

Zakładka ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić procedury (terapeutyczne, diagnostyczne, zabiegowe itd.), jakie wykonano na rzecz pacjenta. Nie należy uwzględniać procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, nakłucie żyły czy opieka pielęgniarki. W kolumnie KOSZT_CP należy ująć koszt procedur według kalkulacji świadczeniodawcy dla każdej procedury zastosowanej u pacjenta.

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”.

Numer 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 wewnętrzznego ustalonego w podmiocie. Cena powinna uwzględniać wyłączenie 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 możliwie jest podanie kosztu procedury ustalonego na podstawie cennika wewnętrzznego. Cena powinna uwzględniać wyłączenie koszty realizacji procedury (bezpośrednie i pośrednie) z pominięciem kosztów ogólnego zarządu oraz ewentualnej marży.
6. Z kosztów procedur należy odjąć koszty leków oraz wyrobów medycznych.

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 Zakładkami
2	NR_OPK_ZLEC	TEKST	WYMAGANE	Numer konta OPK, który zlecił wykonanie procedury	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, który zlecił procedurę jest numer konta ośrodka kosztów
3	NR_OPK_PR	TEKST	WYMAGANE	Numer konta OPK, który zrealizował procedurę	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, który zrealizował lub zakupił procedurę jest numer konta ośrodka kosztów – zakładka OPK_PR oraz Kod świadczeniodawcy_FK_rok.xls (arkusz FK OPK - wiersz 4 Numer konta OPK) Wymagany jest identyczny zapis w wymienionych Zakładkach UWAGA: Jeżeli dany OPK nie realizuje procedur zabiegowych, operacyjnych czy diagnostycznych inwazyjnych, nie jest wymagane powiązanie z Zakładkami FK, o którym mowa powyżej. Jeśli procedura wykonywana jest przez inny podmiot niż świadczeniodawca wówczas w miejscu NR_OPK_PR prosimy umieścić wpis "DOSTAWCA ZEWNĘTRZNY".
4	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” W przypadku stosowania procedur złożonych, każdą z procedur składowych należy wyznaczyć w osobnym wierszu z uzupełnieniem kolumny NR_KS_PR Podstawowym kluczem do identyfikacji procedur zrealizowanych na pacjenta jest kod ICD-9 – element wiążący z Zakładkami: Kodswiadczeniodawcy_CP_rok_nn.csv, Kodswiadczeniodawcy_PR_HR_rok_nn.csv (odpowiednie wiersze – ICD-9) Wymagany jest identyczny zapis we wszystkich Zakładkach
5	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
6	ILOSC_PR	LICZBA CALKOWITA	WYMAGANE	Ilość tych samych procedur wykonanych na rzecz pacjenta	Wypełnić wartością większą od 1 tylko jeżeli procedura została wykonana wielokrotnie dla identycznych wpisów w pozostałych kolumnach rekordu.
7	KOSZT_CP	LICZBA	WYMAGANE	Całkowity koszt przypadający na jedną procedurę	Dla procedur niewycenionych prosimy o przekazanie wartości "0" Dla pozostałych procedur proszę wpisać wartość zgodnie z instrukcją. Koszt procedur zabiegowych oraz diagnostycznych inwazyjnych (np. koronarografia, badanie elektrofizjologiczne) czy obrazowych nie powinien zawierać kosztów produktów leczniczych i wyrobów medycznych, które należy wykazać w Zakładkach PL i WM

Zakładka 5, Procedury (personel medyczny), Nazwa Zakładki: PR_HR

Zakładka ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić zaangażowanie personelu medycznego w wykonanie poszczególnych procedur medycznych wymaganych do wskazania z listy procedur grupy JGP L105 - *Procedury diagnostyczne zabiegowe w zakresie układu moczowo-płciowego < 18 r.ż.*, tj.:

- Cystoskopia przezcewkowa (ICD-9: 57.32);
- Przecewkowa diagnostyka fotodynamiczna (PDD) (ICD-9: 57.35);
- Inna uretroskopia (ICD-9: 58.22);
- Urografia wsteczna (ICD-9: 87.74).

Nie należy uwzględniać procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, nakłucie żyły, opieka pielęgniarki, badania laboratoryjne czy procedur obrazowych z poza listy procedur JGP L105.

W przypadku stosowania procedur złożonych, każdą z procedur składowych należy wykazać w osobnym wierszu z uzupełnionym polem w kolumnie NR_KS_PR.

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 Zakładkami
2	NR_KS_PR	TEKST	WYMAGANE	Numer w księdze zabiegów, księdze bloku operacyjnego albo sali operacyjnej, księdze bloku porodowego albo sali porodowej, księdze pracowni diagnostycznej.	Podstawowym kluczem do identyfikacji procedur wykonanych jest numer księgi – element wiążący. Pole może zawierać wpis „BRAK”, jeśli dla danej procedury nie jest prowadzony zapis w w/w księgach
3	DATA_WYK	DATA	WYMAGANE	Data wykonania	Podawane daty powinny mieścić się w zakresie danego świadczenia (>= DATA_PRZYJ i <= DATA_ZAK) z danego rekordu w Zakładku OG

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
4	ICD-9	TEKST	WYMAGANE	Kod ICD-9	<p>Kod ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określona przez NFZ.</p> <p>Należy wpisywać kody o najbardziej szczegółowej istniejącej kategorii.</p> <p>Wpisanie własnego kodu dopuszczalne jest jedynie w przypadku procedur, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9.</p> <p>Nie dopuszcza się wpisu „BRAK”</p> <p>Podstawowym kluczem do identyfikacji procedur zrealizowanych na pacjenta jest kod ICD-9 – element wiążący z Zakładkami:</p> <p>Kodswiadczemodawcy_CP_rok_nn.csv, Kodswiadczemodawcy_PR_rok_nn.csv (odpowiednie wiersze – ICD-9)</p> <p>Wymagany jest identyczny zapis we wszystkich Zakładkach.</p> <p>Nazwa procedury wg słownika ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną przez NFZ.</p> <p>Wpisanie własnej nazwy dopuszczalne jest jedynie w przypadku procedur, które nie posiadają kodu w klasyfikacji ICD-9.</p> <p>Nie dopuszcza się wpisu „BRAK”.</p>
5	NAZWA_PR	TEKST	WYMAGANE	Nazwa procedury według słownika ICD-9	<p>Rzeczywisty lub standardowy czas trwania procedury.</p> <p>W przypadku procedur zabiegowych, jako 'czas trwania procedury' rozumie się całkowity czas przebywania pacjenta na bloku operacyjnym / w gabinecie zabiegowym.</p> <p>W przypadku wykazania procedury "złożonej" w ramach jednego numeru księgi zabiegowej w kolumnie NR_KS_PR prosimy o przypisanie:</p> <p>łącznego czasu procedury "złożonej" przypisanego do jednej z procedur (określonej jako podstawowa) a przy pozostałych procedurach składowych prosimy umieszczyć wpis "00:00"</p>
6	CZAS_PR	CZAS	WYMAGANE	Rzeczywisty lub standardowy czas trwania procedury	<p>Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów którego, personel realizuje procedurę, jest numer konta ośrodka kosztów – element wiążący.</p> <p>Jeśli procedura wykonywana jest przez inny podmiot niż świadczeniodawca wówczas w miejscu NR_OPK_PR prosimy umieszczyć wpis "DOSTAWCA ZEWNĘTRZNY".</p> <p>W podziale na poszczególne specjalności, np. lekarz anesteziolog, lekarz, pielęgniarka anestezjologiczna, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta, psycholog, diatetyk</p> <p>Dla każdego typu personelu niezależnie czy czas zaangażowania w wykonanie procedury jest identyczny powinien zostać przesłany oddzielny rekord</p> <p>Wypełnić wartością większą od 1 tylko jeżeli procedura została wykonana przez ten sam personel wskazany w NAZWA_HR o tym samym czasie.</p> <p>Np. Pielęgniarki instrumentarzystki podczas zabiegu operacyjnego.</p>
7	NR_OPK_HR	TEKST	WYMAGANE	Numer konta OPK, w którym ujmowane są koszty danego zasobu ludzkiego	
8	NAZWA_HR	TEKST	WYMAGANE	Nazwa poszczególnych grup personelu medycznego uczestniczących w procedurze	
9	ILOSC_HR	LICZBA CALKOWITA	WYMAGANE	Ilość osób z poszczególnych grup personelu medycznego uczestniczących w procedurze	

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
10	CZAS_JEDNEGO_HR	CZAS	WYMAGANE	Rzeczywisty lub standardowy czas zaangażowania jednej osoby z danej grupy personelu medycznego przypadający na daną procedurę	<p>Przy wprowadzeniu w kolumnie ILOSC_HR wartości większej od 1 należy podać czas pracy jednej osoby.</p> <p>Np. podczas realizacji procedury asystowały 2 pielęgniarki w czasie 30 minut każda, asystując łącznie godzinę to można dane wprowadzić w kolumnie ILOSC_HR = 2 oraz CZAS_JEDNEGO_HR = 00:30</p> <p>Pole może zawierać wpis „BRAK” jeśli dotyczy badań diagnostyki laboratoryjnej lub obrazowej.</p>
11	KOSZT_HR	LICZBA	WYMAGANE	Średnie wynagrodzenie za godzinę/wynagrodzenie za zabieg	W kolumnie należy zamieścić własną kalkulacja godziny pracy poszczególnych kategorii personelu. W przypadku kiedy nie jest to możliwe należy podać wynagrodzenie „za procedurę”.
12	KOSZT_HR_1	LICZBA LUB TEKST	WYMAGANE	Informacja dodatkowa do kolumny „KOSZT_HR” przyjmująca wartości: 1 lub 2 lub/i opis tekstowy	W przypadku, gdy w kolumnie KOSZT_HR podano średni koszt za godzinne pracy należy wpisać 1, w przypadku, gdy wynagrodzenie płacone jest „za procedurę” proszę wpisać 2. Dodatkowo proszę podać (opcjonalnie) krótki opis metodyki wyliczenia wartości z kolumny KOSZT_HR

Zakładka 6, Zakładka Słownik OPK

Zakładka ma zawierać informacje na temat OPK dla procedur wystawianych w **Zakładce PL, WM oraz PR**.

Pod pojęciem ośrodka powstawania kosztów należy rozumieć wyodrębnioną w strukturze organizacyjnej podmiotową jednostkę organizacyjną dla której gromadzi się pełne koszty zasobów zaangażowanych w tym ośrodku.

Za odrębny OPK nie uznaje się takiego ośrodka powstawania kosztów, który jest wyodrębniony w systemie finansowo-księgowym, i na którym gromadzi się tylko jeden rodzaj kosztów, na przykład tylko koszty instrumentariuszek bloku operacyjnego czy tylko koszty znieczulenia bloku operacyjnego. W przypadku istniejących tak rozdzielonych OPKów dotyczących tej samej jednostki organizacyjnej, (tutaj przykładowo bloku operacyjnego), należy połączyć OPK-i w jeden, gdzie zebrana będzie całość kosztów ośrodka, czyli koszty osobowe (m.in. lekarzy, pielęgniarek czy innego personelu medycznego), koszty materiałowe, czy koszty infrastruktury oddziału/pracowni

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	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, który zrealizował lub zakupił procedurę, j lub zastosował produkt leczniczy, jest numer konta ośrodka kosztów. Jeśli procedura medyczna wykonywana jest przez inny podmiot niż świadczeniodawca wówczas w miejscu NR_OPK_PR prosimy umieścić wpis "DOSTAWCA ZEWNĘTRZNY".
	KOD_RES	TEKST	WYMAGANE	Kod resortowy	Kody resortowe resortowe, charakteryzujące specjalność, wynikające z pkt 4, 7, 8 załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania, a mianowicie:
2	NAZWA_OPK	TEKST	WYMAGANE	Nazwa własna OPK wykonującego/zlecającego procedurę	nd