

# Metodyka dotycząca psychiatrii – część nieszpitalna

## Spis treści

Zawartość merytoryczna plików.....	2
Struktura plików dotyczących świadczenia opieki zdrowotnej .....	2
Plik 1, Ogólne Dane, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_OG_amb_rok_miesiac.csv</i> .....	3
Plik 2, Produkty Lecznicze, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_PL_amb_rok_miesiac.csv</i> – jeśli były podane pacjentowi .....	5
Plik 3, Wyroby Medyczne, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_WM_amb_rok_miesiac.csv</i> – jeśli pacjent otrzymał.....	6
Plik 4, Procedury Diagnostyczne, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_PD_amb_rok_miesiac.csv</i> – jeśli zostały wykonane .....	7
Plik 5, Procedury Terapeutyczne, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_PT_AMB_amb_rok_miesiac.csv</i> – jeśli wystąpią takie procedury.....	9
Plik 6, Procedury Pozostałe, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_PP_amb_rok_miesiac.csv</i> – jeżeli zostały wykonane .....	11
Struktura pliku dotyczącego kosztów w przekroju kont księgowych, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_FK_amb_rok.xls</i> .....	12
Struktura pliku dotyczącego zrealizowanych świadczeń ze statystyki medycznej, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_SM_amb_rok_miesiac.csv</i> .....	13
Struktura pliku dotyczącego pracowników i umów kontraktowych (dot. pracowników medycznych), Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_HR_amb_rok.xls</i> .....	14
Struktura pliku dotyczącego procedur diagnostycznych, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_CD_amb_rok.xls</i> .....	15
Struktura pliku dotyczącego procedur terapeutycznych i pozostałych, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_CP_amb_rok.xls</i> .....	16

## Zawartość merytoryczna plików

Jeżeli w zakresie danych wskazanych do zawarcia 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. Pliki w tym zakresie mają być redundantne.

Ad 1)

## Struktura plików dotyczących świadczenia opieki zdrowotnej

Zakres obowiązkowych danych, jakie muszą być dostępne na temat każdego świadczenia:

- Informacje ogólne:
  - numer PESEL pacjenta,
  - kod świadczeniodawcy,
  - nazwa świadczeniodawcy,
  - kod zakresu świadczeń,
  - wiek pacjenta,
  - płeć pacjenta,
  - data udzielenia świadczenia,
  - kody komórek organizacyjnych uczestniczących w udzieleniu świadczenia,
  - rozpoznanie główne,
  - rozpoznania współistniejące,
  - taryfa podstawowa,
  - taryfa dodatkowa,
  - inne źródła przychodów.

Pozostałe dane gromadzone na temat świadczenia (o ile świadczeniodawca dysponuje takimi danymi):

- Produkty lecznicze:
  - nazwa handlowa
  - EAN LUB nazwa międzynarodowa
  - nazwa ośrodka kosztów
  - koszt jednostkowy
  - ilość zużyta
  - koszt łączny
- Wyroby medyczne:
  - nazwa
  - nazwa ośrodka kosztów
  - koszt jednostkowy
  - ilość zużyta
  - koszt łączny
- Procedury medyczne diagnostyczne:
  - kod ICD-9 procedury
  - nazwa procedury
  - nazwa ośrodka kosztów

- koszt jednostkowy
- liczba zrealizowanych procedur
- koszt łączny
- Procedury terapeutyczne:
  - kod ICD-9 procedury
  - nazwa procedury
  - nazwa ośrodka kosztów
  - ew. godzina rozpoczęcia
  - ew. godzina zakończenia
  - czas trwania procedury
  - liczba zrealizowanych procedur
  - rodzaj personelu medycznego realizującego procedurę
  - liczba osób danego rodzaju personelu medycznego
  - koszt łączny personelu medycznego
  - koszt łączny procedury
- Pozostałe procedury medyczne:
  - kod ICD-9 procedury
  - nazwa procedury
  - nazwa ośrodka kosztów
  - koszt jednostkowy
  - liczba zrealizowanych procedur
  - koszt łączny

Dane powinny być raportowane dla każdego zrealizowanego świadczenia opieki zdrowotnej (w tym również świadczeń zrealizowanych, ale nierozliczonych, tzw. nadwykonań– przychody powinny być wykazane w takiej wartości, jaka wynika z typu świadczenia opieki zdrowotnej). Dane mogą być gromadzone w różnych formatach – preferowany jest format CSV. Podstawowym kluczem do identyfikacji świadczenia opieki zdrowotnej jest numer PESEL pacjenta + data udzielenia świadczenia oraz nazwa świadczeniodawcy.

**Plik 1, Ogólne Dane, Nazwa pliku: *Kod świadczeniodawcy\_OG\_amb\_rok\_miesiac.csv***

Plik ma zawierać informacje ogólne pozwalające dokładnie 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.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
PESEL	numer PESEL	LICZBA	WYMAGANE
KOD_SW	kod świadczeniodawcy nadawany przez Narodowy Fundusz Zdrowia	LICZBA	WYMAGANE

NAZWA_SW	Pełna nazwa świadczeniodawcy	TEKST	WYMAGANE
KOD_ZAKRESU	kod zakresu, z którego rozliczone jest świadczenie w formacie XX.XXXX.XXX.XX	TEKST	WYMAGANE
WIEK	wiek pacjenta	LICZBA	WYMAGANE
PLEC	płeć oznaczona M lub K (gdzie M – mężczyzna, K – kobieta)	TEKST	WYMAGANE
DATA_SW	data udzielenia świadczenia	DATA	WYMAGANE
GODZ_ROZP	godzina rozpoczęcia udzielania porady – dotyczy porad, dla których określono minimalny czas trwania	GODZINA	OPCJONALNE
GODZ_ZAK	godzina zakończenia udzielania porady – dotyczy porad, dla których określono minimalny czas trwania	GODZINA	OPCJONALNE
KOM_ORG	<i>po przecinku nazwy wszystkich komórek organizacyjnych biorących udział w udzieleniu świadczenia (preferowane zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego; po wcześniejszym uzgodnieniu z AOTMiT dopuszcza się zgodne z wewnętrzną nomenklaturą świadczeniodawcy)</i>	TEKST	WYMAGANE
ROZP_GL	rozpoznanie główne według katalogu ICD-10	TEKST	WYMAGANE
ROZP_WSP	po przecinku rozpoznania	TEKST	OPCJONALNE

	współistniejące według katalogu ICD-10		
KOD_PROD	kod podstawowego produktu podlegającego rozliczeniu. Jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ)	TEKST	WYMAGANE
TARYFA	łącna taryfa otrzymana za rozliczany produkt	LICZBA	WYMAGANE
KOD_PROD_IN	kody dodatkowych produktów podlegających rozliczeniu w ramach tego samego świadczenia, kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ) – w przypadku większej ilości kody wpisane po przecinku	TEKST	OPCJONALNE
TARYFA_IN	łącna taryfa otrzymana za wszystkie dodatkowe produkty	LICZBA	OPCJONALNE

**Plik 2, Produkty Lecznice, Nazwa pliku: *Kod świadczeniodawcy\_PL\_amb\_rok\_miesiac.csv* – jeśli były podane pacjentowi**

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić produkty lecznicze, jakie otrzymał pacjent, o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane. Dla każdego produktu leczniczego otrzymanego przez pacjenta ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie. Nieprzekazanie poniższych danych będzie równoznaczne z brakiem poniesionych kosztów związanych z podaniem produktów leczniczych.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
PESEL	numer PESEL	LICZBA	WYMAGANE
DATA_SW	data udzielenia świadczenia	DATA	WYMAGANE
NAZWA	nazwa handlowa produktu leczniczego przypisanego bezpośrednio do pacjenta	TEKST	WYMAGANE
EAN	numer EAN produktu leczniczego	TEKST	OPCJONALNE
NAZWA_MIEDZ	międzynarodowa nazwa	TEKST	OPCJONALNE

	produktu leczniczego		
OPK	<i>nazwa ośrodka kosztów, w którym nastąpiło zlecenie produktu leczniczego (preferowane zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, po wcześniejszym uzgodnieniu z AOTMiT dopuszcza się zgodne z wewnętrzną nomenklaturą świadczeniodawcy)</i>	TEKST	OPCJONALNE
UNIT_COST	jednostkowy koszt przypadający na jedną dawkę produktu leczniczego	LICZBA	WYMAGANE
ILOSC	ilość dawek otrzymanych łącznie przez pacjenta	LICZBA	WYMAGANE
TOTAL_COST	łączy koszt danego produktu leczniczego (koszt jednostkowy x ilość)	LICZBA	WYMAGANE

### **Plik 3, Wyroby Medyczne, Nazwa pliku: *Kod***

#### ***świadczeniodawcy\_WM\_amb\_rok\_miesiac.csv – jeśli pacjent otrzymał***

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić jednorazowe wyroby medyczne, jakie otrzymał pacjent (jeśli dotyczy), o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane. Dla każdego wyrobu medycznego otrzymanego przez pacjenta ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie. Nieprzekazanie poniższych danych będzie równoznaczne z brakiem poniesionych kosztów związanych z podaniem wyrobów medycznych.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
PESEL	numer PESEL	LICZBA	WYMAGANE
DATA_SW	data udzielenia świadczenia	DATA	WYMAGANE

NAZWA	nazwa handlowa jednorazowego wyrobu medycznego przypisanego bezpośrednio do pacjenta	TEKST	WYMAGANE
OPK	nazwa ośrodka kosztów, w którym nastąpiło zlecenie wyrobu medycznego <i>(preferowane zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, po wcześniejszym uzgodnieniu z AOTMiT dopuszcza się zgodne z wewnętrzną nomenklaturą świadczeniodawcy)</i>	TEKST	OPCJONALNE
DATA	data podania wyrobu medycznego	DATA	WYMAGANE
UNIT_COST	jednostkowy koszt przypadający na wyrób medyczny	LICZBA	WYMAGANE
ILOSC	ilość wyrobów otrzymanych łącznie przez pacjenta	LICZBA	WYMAGANE
TOTAL_COST	łączy koszt danego wyrobu medycznego (koszt jednostkowy x ilość)	LICZBA	WYMAGANE

**Plik 4, Procedury Diagnostyczne, Nazwa pliku: *Kod świadczeniodawcy\_PD\_amb\_rok\_miesiac.csv* – jeśli zostały wykonane**

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić procedury diagnostyczne, jakie wykonano na rzecz pacjenta (jeśli dotyczy), o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane. Dla każdej procedury zrealizowanej dla pacjenta ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie. Nieprzekazanie poniższych danych będzie równoznaczne z brakiem poniesionych kosztów związanych z realizacją procedur diagnostycznych.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
PESEL	numer PESEL	LICZBA	WYMAGANE
DATA_SW	data udzielenia świadczenia	DATA	WYMAGANE
ICD-9	kod ICD-9	TEKST	OPCJONALNE
NAZWA	nazwa procedury według słownika ICD-9	TEKST	WYMAGANE
OPK	nazwa ośrodka kosztów, który zrealizował lub zakupił procedurę diagnostyczną <i>(preferowane zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, po wcześniejszym uzgodnieniu z AOTMiT dopuszcza się zgodne z wewnętrzną nomenklaturą świadczeniodawcy)</i>	TEKST	OPCJONALNE
UNIT_COST	jednostkowy koszt procedury ustalony przez świadczeniodawcę	LICZBA	WYMAGANE
ILOSC	liczba procedur zrealizowanych na rzecz pacjenta	LICZBA	WYMAGANE
TOTAL_COST	łączy koszt danej procedury medycznej diagnostycznej danego dnia (koszt jednostkowy x liczba)	LICZBA	WYMAGANE

Instrukcja kalkulacji jednostkowego kosztu procedury medycznej diagnostycznej:

1. W przypadku procedur nabywanych z zewnątrz koszt wynika z umowy zawartej z podmiotem realizującym procedury.
2. W pozostałych przypadkach 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. 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.

### **Plik 5, Procedury Terapeutyczne, Nazwa pliku: *Kod świadczeniodawcy\_PT\_AMB\_amb\_rok\_miesiac.csv* – jeśli wystąpią takie procedury**

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić procedury terapeutyczne, jakie wykonano na rzecz pacjenta (jeśli dotyczy), o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane. W przypadku psychiatrii takie dane stanowią raczej wyjątek niż regułę i większość pacjentów nie będzie miała takiego świadczenia. Dla każdej procedury zrealizowanej dla pacjenta ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie. Nieprzekazanie poniższych danych będzie równoznaczne z brakiem poniesionych kosztów związanych z realizacją procedur.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
PESEL	numer PESEL	LICZBA	WYMAGANE
DATA_SW	data udzielenia świadczenia	DATA	WYMAGANE
ICD-9	kod ICD-9	TEKST	OPCJONALNE
NAZWA	nazwa procedury według słownika ICD-9	TEKST	WYMAGANE
OPK	nazwa ośrodka kosztów, który zrealizował lub zakupił procedurę terapeutyczną <i>(preferowane zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, po wcześniejszym uzgodnieniu z AOTMiT dopuszcza się zgodne z wewnętrzną nomenklaturą świadczeniodawcy)</i>	TEKST	OPCJONALNE
GODZ_ROZP	godzina rozpoczęcia procedury	GODZINA	OPCJONALNE
GODZ_ZAK	godzina zakończenia procedury	GODZINA	OPCJONALNE

CZAS	rzeczywisty lub standardowy czas trwania procedury; w sytuacji jeśli uzupełniono informacje o godzinie rozpoczęcia i zakończenia czas ten jest ustalany jako (godzina zakończenia – godzina rozpoczęcia), w pozostałych przypadkach dopuszcza się ustalenie metodą ekspercką	LICZBA	WYMAGANE
ILOSC	Liczba procedur zrealizowanych na rzecz pacjenta	LICZBA	WYMAGANE
NAZWA_HR	nazwa poszczególnych grup personelu medycznego uczestniczących w procedurze (np. lekarz psychiatra, psycholog, pielęgniarka instrumentariuszka – dopuszczalna nomenklatura świadczeniodawcy)	TEKST	OPCJONALNE
ILOSC_HR	ilość osób z poszczególnych grup personelu medycznego uczestniczących w procedurze	LICZBA	OPCJONALNE
TOTAL_COST_HR	łączy koszt wszystkich osób z danej grupy personelu medycznego przypadający na daną procedurę	LICZBA	OPCJONALNE
TOTAL_COST	łączy koszt danej procedury medycznej	LICZBA	WYMAGANE

Instrukcja kalkulacji jednostkowego kosztu procedury terapeutycznej:

1. 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
2. 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.
3. W odniesieniu do procedur realizowanych przez ośrodki kosztów działalności podstawowej będące oddziałami szpitalnymi preferowaną metodą jest podanie kosztu procedury ustalony na podstawie cennika wewnętrznego. 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.

**Plik 6, Procedury Pozostałe, Nazwa pliku: Kod świadczeniodawcy\_PP\_amb\_rok\_miesiac.csv – jeżeli zostały wykonane**

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić pozostałe procedury (istotne kosztowo), jakie wykonano na rzecz pacjenta (jeśli dotyczy), o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane. Dla każdej procedury zrealizowanej dla pacjenta ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie. Nieprzekazanie poniższych danych będzie równoznaczne z brakiem poniesionych kosztów związanych z realizacją procedur.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
PESEL	numer PESEL	LICZBA	WYMAGANE
DATA_SW	data udzielenia świadczenia	DATA	WYMAGANE
ICD-9	kod ICD-9	TEKST	OPCJONALNE
NAZWA	nazwa procedury według słownika ICD-9	TEKST	WYMAGANE
OPK	nazwa ośrodka kosztów, który zrealizował lub zakupił procedurę <i>(preferowane zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, po wcześniejszym uzgodnieniu z AOTMiT dopuszcza się zgodne z wewnętrzną nomenklaturą świadczeniodawcy)</i>	TEKST	OPCJONALNE
UNIT_COST	jednostkowy koszt procedury ustalony przez świadczeniodawcę	LICZBA	WYMAGANE
ILOSC	Liczba procedur zrealizowanych na rzecz pacjenta	LICZBA	WYMAGANE
TOTAL_COST	łączy koszt danej procedury medycznej	LICZBA	WYMAGANE

	danego dnia (koszt jednostkowy x liczba)		
--	------------------------------------------	--	--

Instrukcja kalkulacji jednostkowego kosztu pozostałych procedur medycznych:

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 preferowaną metodą jest podanie kosztu procedury ustalony na podstawie cennika wewnętrznego. Cena powinna uwzględniać wyłącznie koszty realizacji procedury (bezpośrednie i pośrednie) z pominięciem kosztów ogólnego zarządu oraz ewentualnej marży.
5. 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.

Ad 2)

### **Struktura pliku dotyczącego kosztów w przekroju kont księgowych, Nazwa pliku: Kod świadczeniodawcy\_FK\_amb\_rok.xls**

Plik ma zawierać informacje na temat kosztów zarejestrowanych na konkretnych kontach zespołu 5.

<b>Numer konta:</b>	<i>np. 500-10000</i>			
<b>Nazwa konta:</b>	<i>np. Poradnia Leczenia Zaburzeń Nerwicowych</i>			
<b>Rok:</b>	<i>np. 2013</i>			
<b>Numer konta</b>	<b>Nazwa konta analitycznego</b>	<b>Styczeń</b>	<b>Luty</b>	<b>...</b>

<b>analitycznego</b>				
500-10000-400	Zużycie materiałów	102 560,00	...	
500-10000-400-01	Zużycie leków	61 700,00	...	
...				
500-10000-530	Ośrodki kosztów działalności pomocniczej medycznej	260 000,00		
500-10000-530-1005	Blok operacyjny	190 000,00		
...				

Numery i nazwy kont powinny wynikać ze stosowanego u świadczeniodawcy planu kont i dodatkowo być uszczegółowione w oparciu o informacje pochodzące z innych źródeł (np. systemu kadrowo-płacowego) w taki sposób, by zawierać co najmniej następujące dane:

- koszty leków,
- koszty jednorazowych wyrobów medycznych,
- wynagrodzenia w podziale na lekarzy (łącznie z rezydentami), pielęgniarki i położne oraz pozostały personel,
- kontrakty w podziale na lekarzy, pielęgniarki i położne oraz pozostały personel,
- usługi obce wynikające z zakupu procedur medycznych,
- koszty pośrednie w podziale na ośrodki kosztów działalności podstawowej i pomocniczej.

Dane powinny być uzupełniane po zamknięciu każdego miesiąca w pliku Excel w taki sposób, że kolejne miesiące powinny być uzupełniane w kolejnych kolumnach, a kolejne konta – w kolejnych arkuszach.

Ad 3)

### **Struktura pliku dotyczącego zrealizowanych świadczeń ze statystyki medycznej, Nazwa pliku: *Kod świadczeniodawcy\_SM\_amb\_rok\_miesiac.csv***

Plik ma zawierać informacje na temat liczby poszczególnych produktów zrealizowanych przez świadczeniodawcę. Będzie stanowić uproszczone źródło danych na temat świadczeń w sytuacji braku informacji szczegółowych na temat świadczeń. Jeśli świadczeniodawca dysponuje danymi o każdym produkcie w podziale na rozpoznania pacjentów – każdy wiersz powinien zawierać informacje o liczbie produktów zrealizowanych dla pacjentów z określonym rozpoznaniem w danym miesiącu. Jeśli takie informacje nie są dostępne - każdy wiersz powinien zawierać informacje o liczbie produktów zrealizowanych w danym miesiącu.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
KOD_SW	kod nadawany przez Narodowy Fundusz Zdrowia	LICZBA	WYMAGANE
ROK	rok realizacji świadczeń	LICZBA	WYMAGANE
MIESIĄC	miesiąc zakończenia realizacji świadczeń	LICZBA	WYMAGANE
KOD_SW	kod podstawowego produktu podlegającego rozliczeniu. Jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ)	TEKST	WYMAGANE
ROZP_GL	rozpoznanie główne według klasyfikacji ICD-10	TEKST	OPCJONALNE
ILOSC_SW	liczba pacjentów rozliczonych jako dane świadczenie, które zostały zrealizowane lub zakończone w danym miesiącu	LICZBA	WYMAGANE
ILOSC_PROD	liczba produktów podlegających rozliczeniu (np. liczba osobodni lub porad – w przypadku liczby porad wielkość będzie tożsama z liczbą świadczeń opieki zdrowotnej)	LICZBA	WYMAGANE

Plik uzupełniany jest po zakończeniu każdego miesiąca.

Ad 4)

**Struktura pliku dotyczącego pracowników i umów kontraktowych (dot. pracowników medycznych), Nazwa pliku: Kod świadczeniodawcy\_HR\_amb\_rok.xls**

Plik ma zawierać informacje na temat ilości zatrudnionych osób.

Nazwa OPK	Stanowisko	Okres (miesiąc) (w formacie MM.RRRR)	Umowa (np. umowa o pracę, kontrakt)	Jednostka naliczania wynagrodzenia  np. etat, część stała kontraktu, godzina dyżuru, godzina gotowości dyżurowej, km za dojazd w ramach dyżuru, procedura	Ilość jednostek w miesiącu  Dla etatu – 0-1, gdzie 1 to jeden etat, dla dyżuru – godziny, dla procedury – ilość procedur według typu
<i>np. Poradnia Leczenia Zaburzeń Nerwicowych</i>	<i>Lekarz</i>	<i>01.2013</i>	<i>kontrakt</i>	<i>część stała kontraktu</i>	<i>4,6</i>
<i>np. Poradnia Leczenia Zaburzeń Nerwicowych</i>	<i>Lekarz</i>	<i>01.2013</i>	<i>kontrakt</i>	<i>godzina dyżuru</i>	<i>240</i>
<i>np. Poradnia Leczenia Zaburzeń Nerwicowych</i>	<i>Lekarz</i>	<i>01.2013</i>	<i>kontrakt</i>	<i>procedura zabiegu X</i>	<i>4</i>
...					

Dane powinny być uzupełnione w taki sposób, by zawierać informacje o ilości dostępnego personelu w kolejnych miesiącach w podziale na grupy zawodowe oraz formę zatrudnienia. W kolejnych wierszach uzupełniane są informacje dla konkretnego miesiąca i konkretnej grupy zawodowej, w podziale na formy naliczania wynagrodzenia

Dane powinny być gromadzone w pliku Excel w taki sposób, by kolejne wiersze zawierały informacje na temat wszystkich pracowników medycznych świadczeniodawcy. Dla kolejnych lat sporządza się nowe pliki.

Ad 5)

### **Struktura pliku dotyczącego procedur diagnostycznych, Nazwa pliku: Kod świadczeniodawcy\_CD\_amb\_rok.xls**

Plik ma zawierać informacje na temat przyjętych cen poszczególnych procedur diagnostycznych.

<b>Numer konta:</b>	<i>np. 530-20000</i>			
<b>Nazwa konta:</b>	<i>np. Laboratorium diagnostyczne</i>			
<b>Rok:</b>	<i>np. 2013</i>			
		<b>Cena</b>		
<b>ICD-9</b>	<b>Nazwa procedury</b>	<b>Styczeń</b>	<b>Luty</b>	<b>...</b>
<i>np. C53</i>	<i>Morfologia krwi 8-parametrowa</i>	4,5	...	
...				

Kody ICD-9 i nazwy procedur medycznych powinny wynikać ze słownika ICD-9, choć w początkowym okresie **dopuszcza się indywidualne nazewnictwo świadczeniodawców (wyłącznie po wcześniejszym uzgodnieniu z AOTMiT).**

Instrukcja określania jednostkowego kosztu procedury medycznej diagnostycznej:

1. W przypadku procedur nabywanych z zewnątrz koszt wynika z umowy zawartej z podmiotem realizującym procedury.
2. W pozostałych przypadkach 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. 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.

Dane powinny być uzupełniane po zamknięciu każdego miesiąca w pliku Excel w taki sposób, że kolejne miesiące powinny być uzupełniane w kolejnych kolumnach, a kolejne konta (ośrodki realizacji procedur) – w kolejnych arkuszach. Dla kolejnych lat sporządza się nowe pliki.

### **Struktura pliku dotyczącego procedur terapeutycznych i pozostałych, Nazwa pliku: Kod świadczeniodawcy\_CP\_amb\_rok.xls**

Plik ma zawierać informacje na temat przyjętych cen poszczególnych procedur pozostałych (w tym terapeutycznych).

<b>Numer konta:</b>	<i>np. 500-20000</i>			
<b>Nazwa konta:</b>	<i>np. Poradnia Leczenia Zaburzeń Nerwicowych</i>			
<b>Rok:</b>	<i>np. 2013</i>			



		Cena		
ICD-9	Nazwa procedury	Styczeń	Luty	...
<i>np. 94.01</i>	<i>Badanie testem inteligencji</i>	<i>55,00</i>	<i>...</i>	
...				

Kody ICD-9 i nazwy procedur medycznych powinny wynikać ze słownika ICD-9, choć **w początkowym okresie dopuszcza się indywidualne nazewnictwo świadczeniodawców (wyłącznie po wcześniejszym uzgodnieniu z AOTMiT).**

Instrukcja określania jednostkowego kosztu procedury medycznej:

1. W przypadku procedur nabywanych z zewnątrz koszt wynika z umowy zawartej z podmiotem realizującym procedury.
2. W pozostałych przypadkach 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. 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.

Dane powinny być uzupełniane po zamknięciu każdego miesiąca w pliku Excel w taki sposób, że kolejne miesiące powinny być uzupełniane w kolejnych kolumnach, a kolejne konta (ośrodki realizacji procedur) – w kolejnych arkuszach. Dla kolejnych lat sporządza się nowe pliki.