

# Metodyka dotycząca psychiatrii

## Spis treści

Procedura wyboru .....	2
Raportowanie danych .....	8
Wytyczne techniczne dotyczące plików CSV .....	8
Typy danych.....	9
Nazewnictwo plików .....	9
Zawartość merytoryczna plików.....	9
Struktura plików dotyczących świadczenia opieki zdrowotnej .....	9
Plik 1, Ogólne Dane, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_OG_miesiac_rok.csv</i> .....	11
Plik 2, Produkty Lecznicze, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_PL_miesiac_rok.csv</i> .....	14
Plik 3, Wyroby Medyczne, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_WM_miesiac_rok.csv</i> .....	15
Plik 4, Procedury Diagnostyczne, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_PD_miesiac_rok.csv</i> .....	16
Plik 5, Procedury Zabiegowe (i Anestezjologiczne), Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_PZ_miesiac_rok.csv</i> .....	17
Plik 6, Procedury Pozostałe, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_PP_miesiac_rok.csv</i> .....	19
Plik 7, Oddział Szpitalny (pobyt), Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_OS_miesiac_rok.csv</i> .....	21
Struktura pliku dotyczącego kosztów w przekroju kont księgowych, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_FK_rok.xls</i> .....	22
Struktura pliku dotyczącego zrealizowanych świadczeń ze statystyki medycznej, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_SM_rok_miesiac.csv</i> .....	23
Struktura pliku dotyczącego pracowników i umów kontraktowych (dot. pracowników medycznych), Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_HR_rok.xls</i> .....	24
Struktura pliku dotyczącego procedur diagnostycznych, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_CD_rok.xls</i> .....	25
Struktura pliku dotyczącego procedur pozostałych, Nazwa pliku: <i>Kod świadczeniodawcy_CP_rok.xls</i> .....	26
Wynagrodzenie dla świadczeniodawców.....	27

## Procedura wyboru

Ankieta, która stanowić będzie podstawę wyboru świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w 2015 roku:

Pytania:	Odpowiedzi:		Uwagi:
	2014	2013	
<b>Nazwa świadczeniodawcy:</b>			
<b>Adres świadczeniodawcy:</b>			
<b>Liczba łóżek na psychiatrycznych oddziałach szpitalnych w 2014 roku</b> (jeśli dotyczy, w pozostałych przypadkach wpisać "nie dotyczy"):			
<b>Łączna wartość kontraktów z zakresu "Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień" z NFZ w poszczególnych latach:</b>			
<b>Realizowane zakresy:</b> (proszę wybrać spośród wskazanych zakresów poprzez wpisanie liczby zrealizowanych świadczeń w ciągu całego roku w tych zakresach, które są realizowane)	<input type="checkbox"/>		
· świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia psychogeriatryczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dorosłych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne dla dorosłych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia w opiece domowej/ rodzinnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· leczenie uzależnień stacjonarne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

· świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi (podwójna diagnoza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychiatrycznymi (podwójna diagnoza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia w izbie przyjęć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dzienne leczenia uzależnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· leczenie nerwic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· program terapii zaburzeń preferencji seksualnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia psychologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· leczenie środowiskowe (domowe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· leczenie uzależnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia antynikotynowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	· świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	· program leczenia substytucyjnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>A</b>	<b>DANE DOTYCZĄCE PACJENTÓW</b>			
A.1	<p><b>Ile procent leków wartościowo byliście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentóww poszczególnych latach?</b>  <i>(proszę wpisać liczbę od 0 do 100, gdzie 0 oznacza, że nie rozpisywaliście Państwo żadnych leków, a 100 – że rozpisywaliście wszystkie leki)</i>  <b>UWAGA:</b> termin „przypisanie do pojedynczego pacjenta” oznacza możliwość wygenerowania pliku „Kod świadczeniodawcy_PL_rok_miesiac.csv” zgodnie z załączoną strukturą dla każdego pacjenta</p>			
A.2	<p><b>Ile procent wyrobów medycznych wartościowo byliście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentóww poszczególnych latach?</b>  <i>(proszę wpisać liczbę od 0 do 100, gdzie 0 oznacza, że nie rozpisywaliście Państwo żadnych wyrobów medycznych, a 100 – że rozpisywaliście wszystkie wyroby medyczne)</i>  <b>UWAGA:</b> termin „przypisanie do pojedynczego pacjenta” oznacza możliwość wygenerowania pliku „Kod świadczeniodawcy_WM_rok_miesiac.csv” zgodnie z załączoną strukturą dla każdego pacjenta</p>			
A.3	<p><b>Ile (procentowo) rodzajów procedur medycznych diagnostycznych [w tym również realizowanych przez podmiot zewnętrzny] byliście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentów w poszczególnych latach?</b>  <i>(proszę wpisać liczbę od 0 do 100, gdzie 0 oznacza, że nie rozpisywaliście Państwo żadnych procedur diagnostycznych, a 100 – że rozpisywaliście wszystkie procedury; jeśli rozpisywane było 90 typów procedur, a nie rozpisywaliście Państwo 10 typów procedur – proszę wprowadzić „90”)</i>  <b>UWAGA:</b> termin „przypisanie do pojedynczego pacjenta” oznacza możliwość wygenerowania pliku „Kod świadczeniodawcy_PD_rok_miesiac.csv” zgodnie z załączoną strukturą dla każdego pacjenta</p>			
A.4	<p><b>Ile (procentowo) rodzajów procedur medycznych terapeutycznych (i ew. pozostałych, np. testy psychologiczne) byliście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentów w poszczególnych latach?</b>  <i>(proszę wpisać liczbę od 0 do 100, gdzie 0 oznacza, że nie rozpisywaliście Państwo żadnych procedur terapeutycznych (i ew. pozostałych), a 100 – że rozpisywaliście wszystkie procedury; jeśli rozpisywane było 90 typów procedur, a nie rozpisywaliście Państwo 10 typów procedur – proszę wprowadzić „90”)</i>  <b>UWAGA:</b> termin „przypisanie do pojedynczego pacjenta” oznacza możliwość wygenerowania pliku „Kod świadczeniodawcy_PP_rok_miesiac.csv”zgodnie z załączoną strukturą dla każdego pacjenta</p>			

A.5	<p><b>Dla ilu (procentowo) oddziałów szpitalnych jesteście Państwo w stanie określić liczbę dni pobytu pacjenta w oddziale w poszczególnych latach? – pytanie dotyczy wyłącznie podmiotów realizujących świadczenia szpitalne, w pozostałych przypadkach proszę pozostawić pole puste.</b>  <i>(proszę wpisać liczbę od 0 do 100, gdzie 0 oznacza, że nie posiadacie Państwo takich danych dla żadnego oddziału, a 100 – że posiadacie je dla wszystkich oddziałów)</i>  <b>UWAGA:</b> termin „określenie liczby dni pobytu pacjenta” oznacza możliwość wygenerowania pliku (uproszczonego) „Kod świadczeniodawcy_OS_rok_miesiac.csv” zgodnie z załączoną strukturą dla każdego pacjenta</p>			
<b>DANE DOTYCZĄCE KOSZTU ŚWIADCZEŃ</b>				
B.1	<p><b>Dla ilu (procentowo) spośród realizowanych rodzajów procedur diagnostycznych jesteście Państwo w stanie podać średni koszt jednostkowy?</b>  <i>(proszę wpisać liczbę od 0 do 100, gdzie 0 oznacza, że nie posiadacie Państwo informacji o średnim koszcie żadnej z procedur, a 100 – że posiadacie je dla wszystkich procedur diagnostycznych)</i>  <b>UWAGA:</b> termin „podanie średniego kosztu jednostkowego” oznacza możliwość wygenerowania pliku „Kod świadczeniodawcy_CD_rok.xls” zgodnie z załączoną strukturą i wytycznymi</p>			
B.2	<p><b>Dla ilu (procentowo) spośród realizowanych rodzajów procedur terapeutycznych (i ew. pozostałych) jesteście Państwo w stanie podać średni koszt jednostkowy?</b>  <i>(proszę wpisać liczbę od 0 do 100, gdzie 0 oznacza, że nie posiadacie Państwo informacji o średnim koszcie żadnej z procedur, a 100 – że posiadacie je dla wszystkich procedur zabiegowych i anestezjologicznych)</i>  <b>UWAGA:</b> termin „podanie średniego kosztu jednostkowego” oznacza możliwość wygenerowania pliku „Kod świadczeniodawcy_CP_rok.xls” zgodnie z załączoną strukturą i wytycznymi</p>			
<b>POZOSTAŁE DANE</b>				
C.				

C.1	<p><b>Czy jesteście Państwo w stanie przekazać dane z dokładnością do ośrodka powstawania kosztów (oddział/poradnia/pracownia) zawierające informacje analityczne przynajmniej o następujących kosztach:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• koszty według rodzaju,</li> <li>• w tym koszty leków,</li> <li>• w tym koszty jednorazowych wyrobów medycznych,</li> <li>• w tym wynagrodzenia w podziale na lekarzy (łącznie z rezydentami), pielęgniarki oraz pozostały personel,</li> <li>• w tym kontrakty w podziale na lekarzy, pielęgniarki oraz pozostały personel,</li> <li>• w tym usługi obce wynikające z zakupu procedur medycznych,</li> <li>• koszty pośrednie w podziale na ośrodki kosztów działalności podstawowej i pomocniczej</li> </ul> <p><i>(proszę udzielić odpowiedzi TAK lub NIE, w zależności od tego, czy jesteście Państwo w stanie dostarczyć takich danych dla poszczególnych lat w przekroju miesięcznym)</i></p> <p><u>UWAGA:</u> udzielenie odpowiedzi TAK oznacza możliwość wygenerowania pliku „Kod świadczeniodawcy_FK_rok.xls” zgodnie z załączoną strukturą i wytycznymi</p>			
C.2	<p><b>Czy jesteście Państwo w stanie przekazać dane ze statystyki medycznej dotyczące:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• liczby poszczególnych produktów jednostkowych rozliczanych z płatnikiem,</li> <li>• liczby zrealizowanych produktów jednostkowych (np. osobodzień, porada),</li> <li>• liczby pacjentów w ramach każdego z produktów (opcjonalnie z podziałem na jednostki chorobowe)</li> </ul> <p><i>(proszę udzielić odpowiedzi TAK lub NIE, w zależności od tego, czy jesteście Państwo w stanie dostarczyć takich danych dla poszczególnych lat w przekroju miesięcznym)</i></p> <p><u>UWAGA:</u> udzielenie odpowiedzi TAK oznacza możliwość wygenerowania pliku „Kod świadczeniodawcy_SM_rok_miesiac.csv” zgodnie z załączoną strukturą i wytycznymi</p>			
C.3	<p><b>Czy jesteście Państwo w stanie przekazać wybrane dane niefinansowe takie jak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba personelu zatrudnionego na oddziale w przeliczeniu na pełne etaty według grup zawodowych (lekarze, pielęgniarki, pozostały personel)</li> </ul> <p><i>(proszę udzielić odpowiedzi TAK lub NIE, w zależności od tego, czy jesteście Państwo w stanie dostarczyć takich danych dla poszczególnych lat w przekroju miesięcznym)</i></p> <p><u>UWAGA:</u> udzielenie odpowiedzi TAK oznacza możliwość wygenerowania pliku „Kod świadczeniodawcy_HR_rok.xls” zgodnie z załączoną strukturą i wytycznymi</p>			

Ankieta wraz z załącznikiem nr 1 oraz instrukcją uzupełnienia dostępna jest w wersji elektronicznej.

Punktacja przyznawana świadczeniodawcom na podstawie ankiety jest następująca:

1. Pytania z części „Dane dotyczące pacjentów” (A) – 10 punktów x udzielona odpowiedź dla każdego roku odrębnie. Maksymalna liczba punktów z tej części – 100 punktów
2. Pytania z części „Dane dotyczące kosztu świadczeń” (B) – 5 punktów x udzielona odpowiedź dla każdego roku odrębnie. Maksymalna liczba punktów z tej części – 20 punktów
3. Pytania z części „Pozostałe dane” (C) – 5 punktów w przypadku odpowiedzi pozytywnej na pytania C.1 i C.2 oraz 1 punkt w przypadku odpowiedzi pozytywnej na pytanie C.3 dla każdego roku odrębnie. Maksymalna liczba punktów z tej części – 22 punkty

Punkty uzyskane z części A stanowią jedną pulę punktów, natomiast suma punktów z części B i C – drugą pulę.

Kolejne kroki przy wyborze świadczeniodawców:

1. Procedura wyboru odbywa się dla każdego zakresu odrębnie. W pierwszej kolejności dokonywany jest wybór dla najmniej licznych zakresów.
2. Wybór świadczeniodawcy jest dokonywany na podstawie łącznej liczby punktów zgromadzonych w części A. W odniesieniu do zakresów w których występuje kilka świadczeń jednostkowych, pod uwagę brany jest wolumen realizacji.
3. Do próby brani są świadczeniodawcy o największej liczbie punktów z części A do momentu, aż ich liczba wyniesie 10% (w przypadku, jeśli ogólna liczba świadczeniodawców w danym zakresie jest niższa niż 30 wielkość próby jest zgodna z zasadami ogólnymi zawartymi w metodyce wyceny świadczeń).
4. Następuje weryfikacja, czy próba zapewnia w równym stopniu dostęp do danych na temat: leków na pacjenta, procedur diagnostycznych, procedur terapeutycznych oraz pobytów na oddziałach. W sytuacji, jeśli dla którejś grupy występuje znacząco niższa reprezentacja danych do próby dobierani są kolejni świadczeniodawcy w taki sposób, że są to świadczeniodawcy posiadający takie dane i posiadający największą liczbę punktów zgromadzonych w części A.
5. W kolejnym kroku wybrana próba jest weryfikowana pod kątem dostępności do danych na temat kosztów świadczeń oraz pozostałych danych. Jeśli w ramach zdefiniowanej próby świadczeniodawców dla któregośkolwiek z pytań brakuje informacji od 10% podmiotów następuje dobór kolejnych świadczeniodawców w taki sposób, że są to podmioty posiadające brakujące dane (z części B i C) i jednocześnie posiadający największą liczbę punktów zgromadzonych w częściach B i C.
6. W przypadku każdego kolejnego zakresu pierwszeństwo mają świadczeniodawcy, którzy już zostali wybrani do współpracy. Jeśli ich liczba nie pozwala na pozyskanie danych o 10% świadczeniodawców powtarzane są kroki 2-6.
7. Przed podpisaniem umowy ze świadczeniodawcami weryfikowana jest liczba świadczeń, którą zrealizowali w ramach każdego z taryfikowanych produktów.
8. Jeśli dla któregośkolwiek zakresu zgłosi się niewystarczająca ilość świadczeniodawców powtarzane jest zaproszenie do współpracy skierowane do wszystkich świadczeniodawców z danego zakresu, którzy nie zgłosili się do współpracy. Po ponownym niedostatecznym wskaźniku odpowiedzi nawiązywana jest współpraca z chętnymi świadczeniodawcami, a ewentualne braki uzupełniane są wiedzą pochodzącą z innych źródeł.

## Raportowanie danych

W przypadku psychiatrii, ze względu na bardzo krótki czas na realizację wyceny, proponuje się zebranie następujących danych:

1. informacji na temat każdego świadczenia opieki zdrowotnej zawierających zestawienie danych na temat przychodów i kosztów; przy czym dla przychodów powinno być określone ich źródło, a koszty powinny być raportowane w przekroju:
  - o poszczególnych świadczeń (elementów świadczenia opieki zdrowotnej),
  - o kosztów poszczególnych elementów świadczenia lub wybranych szczegółowych pozycji kosztowych,
2. informacji na temat kosztów poniesionych w okresie, którego dotyczy wycena, zgromadzonych na poszczególnych kontach zespołu 5 (w przekroju ośrodków powstawania kosztów) zawierających przynajmniej wskazane szczegółowe pozycje analityczne,
3. informacji na temat zrealizowanych świadczeń zakontraktowanych z Narodowym Funduszem Zdrowia,
4. informacji na temat pracowników i umów kontraktowych z podziałem na ośrodki kosztów,
5. informacji na temat cennika procedur medycznych i terapeutycznych zrealizowanych w ośrodkach kosztów realizujących procedury diagnostyczne.

Proponowanymi formatami dla danych dotyczących punktu 1 i 3 jest format CSV. **W pierwszym okresie dopuszcza się warunkowo dostarczanie danych w innym formacie, pod warunkiem wcześniejszego uzgodnienia tego przez świadczeniodawcę w AOTMiT.**

**Dane powinny zostać przekazane do końca lutego 2015 roku i obejmować okres 01.2013-12.2014.**

Późniejsze dane powinny być przekazywane miesięcznie, do końca miesiąca następującego (tj. dane dotyczące marca 2015 powinny zostać przekazane do końca kwietnia 2015 roku). Zakres danych w plikach ma obejmować okres całego ostatniego miesiąca.

W przypadku korekty i zmiany danych dla miesiąca już przekazanego należy przekazać ponownie cały miesiąc danych, którego zmiana dotyczy stosując się do wytycznych nazewnictwa plików (uwzględnienie zmiany wersji danych za dany miesiąc).

Podczas prowadzonych prac Agencja może zwracać się o przedstawienie dodatkowych informacji.

## 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 UTF-8, w których wiersze odpowiadają wierszom tabeli, a pola w wierszu, polom tabeli wyznaczonym przez jej kolumny. Wartości puste w polach tekstowych będą interpretowane jako puste ciągi znaków (ciągi znaków o długości 0).

Pliki muszą zawierać nagłówki zawierające nazwy kolumn zgodnie z wytycznymi dotyczącymi struktury pliku. Plik musi zawierać wszystkie kolumny określone w formacie pliku, kolejność kolumn nie ma znaczenia.

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



Dla kolumn oznaczonych jako "WYMAGANE" należy przekazać wartość – nie można przekazać pustej zawartości pola.

## Typy danych

W plikach przekazywane będą następujące typy danych:

- Pola daty („DATA”): format daty "DD.MM.YYYY".
- Pola godziny („GODZINA”): format godziny „GG-MM”.
- Pola numeryczne („LICZBA”): separator dziesiętny: "," (przecinek). Kolumny numeryczne powinny być zaokrąglane do dwóch miejsc po przecinku. Dla liczb całkowitych można pominąć przekazywanie separatora dziesiętnego i następujących po nim cyfr zero.
- Pola tekstowe („TEKST”): wartość tekstowa ma nie być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu).

Dodatkowo należy stosować się do poniższych wytycznych:

- Nazwy leków: dopuszczalne jest określanie leku za pomocą nazwy handlowej, dodatkowo zalecane jest uzupełnianie kodu EAN lub nazwy międzynarodowej leku.
- Procedury medyczne: preferowane jest określanie procedur medycznych za pomocą kodów ICD-9, inne nazewnictwo stosowane przez świadczeniodawcę dopuszczalne jest wyłącznie po uzgodnieniu z AOTMiT.
- Długość hospitalizacji: długość hospitalizacji ustalona zgodnie z metodyką NFZ.

## Nazewnictwo plików

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<kod jednostki sprawozdającej>\_<kod pliku>\_<rok>\_<miesiąc>.CSV

gdzie:

- kod jednostki sprawozdającej – jest kodem nadawanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia
- kod pliku – jest kodem wskazanym w specyfikacji pliku
- rok – jest czterocyfrowym numerem roku, którego dotyczy zawartość danych w pliku
- miesiąc – jest dwucyfrowym numerem miesiąca, którego dotyczy zawartość danych w pliku (dla miesięcy od stycznia do września należy użyć wiodącego „zero” dla numeru miesiąca) – *określenie miesiąca pojawia się tylko dla wybranych plików*

## 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 księgi głównej,
- numer PESEL pacjenta,
- kod świadczeniodawcy,
- nazwa świadczeniodawcy,
- kod zakresu świadczeń,
- wiek pacjenta,
- płeć pacjenta,
- data rozpoczęcia świadczenia,
- ew. data i godzina przyjęcia na oddział,
- data zakończenia świadczenia,
- ew. data i godzina wypisu z oddziału,
- tryb przyjęcia,
- tryb wypisu,
- kody oddziałów szpitalnych uczestniczących w hospitalizacji,
- 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
  - data podania
  - koszt jednostkowy
  - ilość zużyta
  - koszt łączny
- Wyroby medyczne:
  - nazwa
  - nazwa ośrodka kosztów
  - data podania
  - koszt jednostkowy
  - ilość zużyta
  - koszt łączny
- Procedury medyczne diagnostyczne:
  - kod ICD-9 procedury
  - nazwa procedury
  - nazwa ośrodka kosztów
  - data realizacji
  - koszt jednostkowy
  - liczba zrealizowanych procedur
  - koszt łączny

- Procedury medyczne zabiegowe i anestezyjologiczne (w psychiatrii w większości przypadków nie dotyczy):
  - kod ICD-9 procedury
  - nazwa procedury
  - nazwa ośrodka kosztów
  - data realizacji
  - ew. data i godzina rozpoczęcia [dla procedur zabiegowych i anestezyjologicznych realizowanych na bloku]
  - ew. data i godzina zakończenia [dla procedur zabiegowych i anestezyjologicznych realizowanych na bloku]
  - 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
  - data realizacji
  - koszt jednostkowy
  - liczba zrealizowanych procedur
  - koszt łączny
- Pobyt w oddziale:
  - nazwa ośrodka kosztów
  - data i godzina przyjęcia i wypisu
  - koszt jednostkowy osobodnia
  - liczba dni pobytu
  - 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 ze typu świadczenia opieki zdrowotnej). Dane mogą być gromadzone w różnych formatach – preferowany jest format CSV. Podstawowym kluczem do identyfikacji świadczenia opieki zdrowotnej jest numer księgi głównej + nazwa świadczeniodawcy.

### **Plik 1, Ogólne Dane, Nazwa pliku: *Kod świadczeniodawcy\_OG\_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
Nr_KS_GL	numer księgi głównej z dokumentacji medycznej pacjenta	TEKST	WYMAGANE
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_ROZP	data przyjęcia do świadczeniodawcy	DATA	WYMAGANE
<i>DATA_ROZP_OD</i>	<i>data przyjęcia na oddział rozliczający świadczenie – dotyczy wyłącznie świadczeń szpitalnych</i>	DATA	<i>OPCJONALNE</i>
DATA_ZAK	data zakończenia świadczenia	DATA	WYMAGANE
<i>DATA_ZAK_OD</i>	<i>data i godzina wypisu z oddziału rozliczającego świadczenie – dotyczy wyłącznie świadczeń szpitalnych</i>	DATA	<i>OPCJONALNE</i>
TR_PRZYJ	tryb przyjęcia określony według aktualnie obowiązujących przepisów prawa	LICZBA	OPCJONALNE
TR_WYP	tryb wypisu określony według aktualnie obowiązujących przepisów prawa	LICZBA	OPCJONALNE
<i>INNE_OD</i>	<i>po przecinku nazwy wszystkich oddziałów szpitalnych uczestniczących w hospitalizacji</i>	TEKST	<i>OPCJONALNE</i>

	<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 podmiotuleczniczego, po wcześniejszym uzgodnieniu z AOTMiT dopuszcza się zgodne z wewnętrzną nomenklaturą świadczeniodawcy)</i>		
ROZP_GL	rozpoznanie główne według katalogu ICD-10	TEKST	WYMAGANE
ROZP_WSP	po przecinku rozpoznania współistniejące według katalogu ICD-10	TEKST	OPCJONALNE
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 (dla grup JGP łącznie z taryfa za dodatkowe osobodni)	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 Lecznicze, Nazwa pliku: Kod świadczeniodawcy\_PL\_rok\_miesiac.csv**

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 w danym dniu ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
NR_KS_GL	numer księgi głównej z dokumentacji medycznej pacjenta	TEKST	WYMAGANE
NAZWA	nazwa handlowa produktu leczniczego przypisanego bezpośrednio do pacjenta	TEKST	WYMAGANE
EAN	numer EAN produktu leczniczego	TEKST	OPCJONALNE
NAZWA_MIEDZ	międzynarodowa nazwa produktu leczniczego	TEKST	OPCJONALNE
OPK	nazwa ośrodka kosztów, w którym nastąpiło zlecenie produktu leczniczego <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 produktu leczniczego	DATA	OPCJONALNE
UNIT_COST	jednostkowy koszt przypadający na jedną dawkę produktu leczniczego	LICZBA	WYMAGANE

ILOSC	ilość dawek otrzymanych łącznie przez pacjenta danego dnia	LICZBA	WYMAGANE
TOTAL_COST	łącznie koszt danego produktu leczniczego (koszt jednostkowy x ilość)	LICZBA	WYMAGANE

**Plik 3, Wyroby Medyczne, Nazwa pliku: Kod świadczeniodawcy\_WM\_rok\_miesiac.csv**

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić jednorazowe wyroby medyczne, jakie otrzymał pacjent, o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane. Dla każdego wyrobu medycznego otrzymanego przez pacjenta w danym dniu ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
NR_KS_GL	numer księgi głównej z dokumentacji medycznej pacjenta	TEKST	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	OPCJONALNE
UNIT_COST	jednostkowy koszt przypadający na wyrób medyczny	LICZBA	WYMAGANE

ILOSC	ilość wyrobów otrzymanych łącznie przez pacjenta danego dnia	LICZBA	WYMAGANE
TOTAL_COST	łączy koszt danego wyrobu medycznego (koszt jednostkowy x ilość)	LICZBA	WYMAGANE

#### **Plik 4, Procedury Diagnostyczne, Nazwa pliku: Kod świadczeniodawcy\_PD\_rok\_miesiac.csv**

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić procedury diagnostyczne, jakie wykonano na rzecz pacjenta, o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane. Dla każdej procedury zrealizowanej dla pacjenta w danym dniu ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
NR_KS_GL	numer księgi głównej z dokumentacji medycznej pacjenta	TEKST	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
DATA	data realizacji procedury diagnostycznej	DATA	OPCJONALNE



UNIT_COST	jednostkowy koszt procedury ustalony przez świadczeniodawcę	LICZBA	WYMAGANE
ILOSC	liczba procedur zrealizowanych na rzecz pacjenta danego dnia	LICZBA	WYMAGANE
TOTAL_COST	łącznie 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:  $\text{Łączne koszty ośrodka kosztów} / \text{Suma kosztów normatywnych}$ . Koszt procedury ustalany jest jako:  $\text{Koszt normatywny procedury} \times \text{Wartość jednostki kalkulacyjnej}$
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 Zabiegowe (i Anestezjologiczne), Nazwa pliku: Kod świadczeniodawcy\_PZ\_rok\_miesiac.csv – jeśli wystąpią takie procedury**

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić procedury zabiegowe i anestezjologiczne, jakie wykonano na rzecz pacjenta, 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 w danym dniu ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
NR_KS_GL	numer księgi głównej z dokumentacji medycznej pacjenta	TEKST	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	TEKST	OPCJONALNE

	zabiegową/anestezjologiczną (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)		
DATA_ROZP	data rozpoczęcia procedury zabiegowej/anestezjologicznej	DATA	OPCJONALNE
GODZ_ROZP	godzina rozpoczęcia procedury – dotyczy wyłącznie procedur zabiegowych/anestezjologicznych realizowanych na blokach operacyjnych	GODZINA	OPCJONALNE
DATA_ZAK	data zakończenia procedury zabiegowej/anestezjologicznej	DATA	OPCJONALNE
GODZ_ZAK	godzina zakończenia procedury – dotyczy wyłącznie procedur zabiegowych/anestezjologicznych realizowanych na blokach operacyjnych	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 zgodnych z daną datą	LICZBA	WYMAGANE
NAZWA_HR	nazwa poszczególnych grup personelu medycznego uczestniczących w zabiegu (np. lekarz neurochirurg, pielęgniarka instrumentariuszka – dopuszczalna nomenklatura świadczeniodawcy)	TEKST	OPCJONALNE

ILOSC_HR	ilość osób z poszczególnych grup personelu medycznego uczestniczących w zabiegu	LICZBA	OPCJONALNE
TOTAL_COST_HR	łączy koszt wszystkich osób z danej grupy personelu medycznego przypadający na dany zabieg	LICZBA	OPCJONALNE
TOTAL_COST	łączy koszt danej procedury medycznej	LICZBA	WYMAGANE

Instrukcja kalkulacji jednostkowego kosztu procedury medycznej zabiegowej i anestezyjologicznej:

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 ustalonego 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\_rok\_miesiac.csv***

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić pozostałe procedury (istotne kosztowo), jakie wykonano na rzecz pacjenta, o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane. Dla każdej procedury zrealizowanej dla pacjenta w danym dniu ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
NR_KS_GL	numer księgi głównej z dokumentacji	TEKST	WYMAGANE

	medycznej pacjenta		
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
DATA	data realizacji procedury w formacie DD.MM.RRRR (dzień.miesiąc.rok)	DATA	OPCJONALNE
UNIT_COST	jednostkowy koszt procedury ustalony przez świadczeniodawcę	LICZBA	WYMAGANE
ILOSC	Liczba procedur zrealizowanych na rzecz pacjenta danego dnia	LICZBA	WYMAGANE
TOTAL_COST	łącznie koszt danej procedury medycznej danego dnia (koszt jednostkowy x liczba)	LICZBA	WYMAGANE

Instrukcja kalkulacji jednostkowego kosztu pozostałych procedur medycznych:

1. W przypadku procedur nabywanych z zewnątrz koszt wynika z umowy zawartej z podmiotem realizującym procedurę.
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: łącznie 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.

### **Plik 7, Oddział Szpitalny (pobyt), Nazwa pliku: *Kod świadczeniodawcy\_OS\_rok\_miesiac.csv***

Plik ma zawierać informacje na temat pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych, o ile świadczenie zawierało taki pobyt. Dla każdego oddziału szpitalnego, na którym miał miejsce pobyt pacjenta ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie. Jeśli pacjent wrócił na dany oddział szpitalny po pobycie na innym oddziale – tworzony jest kolejny wiersz.

Nazwa kolumny	Opis kolumny	Format	Wymagalność
NR_KS_GL	numer księgi głównej z dokumentacji medycznej pacjenta	TEKST	WYMAGANE
OPK	nazwa ośrodka kosztów, w którym odbył się pobyt ( <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	WYMAGANE
DATA_PRZYJ	data przyjęcia na oddział	DATA	WYMAGANE
GODZ_PRZYJ	godzina przyjęcia na oddział	GODZINA	OPCJONALNE
DATA_WYP	data wypisania z oddziału	DATA	WYMAGANE

GODZ_WYP	godzina wypisania z oddziału	GODZINA	OPCJONALNE
UNIT_COST	jednostkowy koszt dnia pobytu na oddziale ustalony przez świadczeniodawcę	LICZBA	WYMAGANE
ILOSC	ilość dni pobytu, jakie pacjent spędził na oddziale (ustalonych zgodnie z metodyką Narodowego Funduszu Zdrowia)	LICZBA	WYMAGANE
TOTAL_COST	łączy koszt pobytu na oddziale (koszt jednostkowy x ilość)	LICZBA	WYMAGANE

Instrukcja kalkulacji jednostkowego kosztu osobodnia hospitalizacji:

1. Jednostkowy koszt osobodnia ustala się poprzez podzielenie łącznych kosztów poniesionych na oddziale (zawierających zarówno koszty bezpośrednie, jak i rozliczone koszty pośrednie oraz koszty ogólnego zarządu z wyłączeniem wskazanych poniżej pozycji kosztowych - patrz kolejne punkty) przez większą z dwóch wartości: rzeczywistą liczbę osobodni lub liczbę osobodni, jaka zostałaby poniesiona przy 80%-owym obciążeniu oddziału.
2. Z kosztów łącznych oddziału wyłączane są następujące koszty:
  - a. koszty produktów leczniczych i jednorazowych wyrobów medycznych przypisywanych na rzecz pacjenta
  - b. koszty ośrodków kosztów realizujących procedury przypisywane bezpośrednio do pacjenta (co do zasady min. wszystkie ośrodki kosztów działalności podstawowej rozliczone jako koszty pośrednie na rzecz danego oddziału szpitalnego – blok operacyjny, laboratorium, inne oddziały szpitalne itd.)
  - c. koszty wynagrodzeń, które odpowiadają pracy wykonanej z innych ośrodkach kosztów (w tym na bloku operacyjnym, w poradni, w pracowniach, ew. na rzecz innych oddziałów [jeśli takie procedury są wyodrębniane w podmiocie])

Ad 2)

### Struktura pliku dotyczącego kosztów w przekroju kont księgowych, Nazwa pliku: *Kod świadczeniodawcy\_FK\_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. Oddział Chirurgii Ogólnej</i>			
<b>Rok:</b>	<i>np. 2013</i>			

Numer konta analitycznego	Nazwa konta analitycznego	Styczeń	Luty	...
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\_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\_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
Oddział Chirurgii Ogólnej	Lekarz	01.2013	kontrakt	część stała kontraktu	4,6
Oddział Chirurgii Ogólnej	Lekarz	01.2013	kontrakt	godzina dyżuru	240
Oddział Chirurgii Ogólnej	Lekarz	01.2013	kontrakt	procedura zabiegu X	4
...					

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\_rok.xls

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

Numer konta:	np. 530-20000			
Nazwa konta:	np. Laboratorium diagnostyczne			
Rok:	np. 2013			

		Cena		
ICD-9	Nazwa procedury	Styczeń	Luty	...
np. C53	Morfologia krwi 8-parametrowa	4,5	...	
...				

Numery 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 pozostałych, Nazwa pliku: Kod świadczeniodawcy\_CP\_rok.xls

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

Numer konta:	np. 500-20000			
Nazwa konta:	np. Oddział Psychiatryczny			
Rok:	np. 2013			
		Cena		
ICD-9	Nazwa procedury	Styczeń	Luty	...
np. 94.01	Badanie testem inteligencji	55,00	...	

...				
-----	--	--	--	--

Numery 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:  $\text{Łączne koszty ośrodka kosztów} / \text{Suma kosztów normatywnych}$ . Koszt procedury ustalany jest jako:  $\text{Koszt normatywny procedury} \times \text{Wartość jednostki kalkulacyjnej}$
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.

### **Wynagrodzenie dla świadczeniodawców**

Dokładne kwoty wynagrodzenia są w trakcie ustalania i będą uzależnione od liczby zgłoszonych świadczeniodawców i jakości danych. Zostaną one przedstawione Państwu w terminie późniejszym.