

ZARZĄDZENIE Nr 49/2017

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 6 września 2017 r.

w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących świadczenia „*Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.*”

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 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), zarządza się, co następuje.

§ 1.

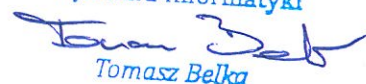
Wprowadza się zasady przekazywania przez świadczeniodawców, którzy zostali wezwani do udostępnienia danych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących świadczenia „*Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.*” stanowiące **Załącznik** do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Z upoważnienia Prezesa

Dyrektor
Wydziału Informatyki


Tomasz Belka

Zasady udostępnienia danych

Wytyczne techniczne dotyczące plików CSV

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

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

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

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

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

Typy danych

W plikach przekazywane będą następujące typy danych:

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

Zawartość merytoryczna plików

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

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

Przekazywane dane dotyczą okresu **1.01.2017–30.06.2017 r.**

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

Plik 1, Ogólne Informacje, Nazwa pliku: *OG.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.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami: OG.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) SM.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) PL.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) WM.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) PR.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach. Np.:<rok_prowadzenia_księgi><nr_kolejny_księgi><nr_kolejny_w_ksiedze><nr_kolejny_dziecka> np. 2017/1/1249/0
2	KSIEGA_ROK	TEKST	WYMAGANE	Część numeru księgi głównej oznaczająca rok, którego dotyczy księga główna	Pozycje powinny być zgodne z Załącznikiem do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML, dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych. Komunikat szczegółowy NFZ - rozdział 2.2.6 Element "hospitalizacja", poziom hierarchii 4 (księga)
3	KSIEGA_NR	TEKST	WYMAGANE	Część numeru księgi głównej oznaczająca numer księgi	

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
4	KSIEGA_POZ	TEKST	WYMAGANE	Część numeru księgi głównej oznaczająca pozycję księgi głównej	
5	KSIEGA_NR_DZIECKA	TEKST	WYMAGANE	Część numeru księgi głównej oznaczająca numer dziecka	
6	ID_PACJENTA	TEKST	WYMAGANE	identyfikator pacjenta (w tym nr PESEL)	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)
7	DATA_PRZYJ	DATA	WYMAGANE	Data rozpoczęcia świadczenia	Data rozpoczęcia kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą (potocznie – data przyjęcia do szpitala)
8	DATA_ZAK	DATA	WYMAGANE	Data zakończenia świadczenia	Data zakończenia kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą (potocznie – data wypisania ze szpitala) Wartość tego pola może być identyczna/równa z wartością DATA_PRZYJ; powinna być zgodna ze sprawozdaną do NFZ
9	TR_PRZYJ	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	Tryb przyjęcia określony na dany okres sprawozdawczości	Zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. np. dla osoby, której udzielono świadczenia w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym: KODY TRYBU PRZYJĘCIA „2” – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego; „3” – przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki; „5” – przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu; „6” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania; ... „11” – przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
10	TR_WYP	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	Tryb wypisu określony na dany okres sprawozdawczosci	<p>Zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.</p> <p>np. dla osoby, której udzielono świadczenia w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym:</p> <p style="text-align: center;">KODY TRYBU WYPISU</p> <p>„1” – zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego; „2” – skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym; „3” – skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu; </p> <p>„11” – wypisanie na podstawie art. 46 albo 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.</p>
11	ID_REKORDU	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Numer rekordu	Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów

Plik 2, Świadczenia medyczne, Nazwa pliku: SM.csv

Plik ma zawierać informacje na temat świadczeń opieki zdrowotnej/produktu udzielanego świadczeniobiorcy. Dla każdego świadczenia ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie. W przypadku, gdy w trakcie trwania świadczenia nastąpi zmiana kodu zakresu lub produktu rozliczeniowego lub ośrodka powstawania kosztów należy dla każdej zmiany przekazać odrębny wiersz opisujący świadczenie.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	NR_OPK_SM	TEKST	WYMAGANE	Numer konta OPK, który realizował świadczenie	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, który realizował świadczenie jest numer konta ośrodka kosztów – element wiążący z plikiem Zestawienie_FK_rok.xls. Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach.
2	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami: OG.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) SM.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) PL.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) WM.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) PR.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach. Np.:<rok_prowadzenia_księgi><nr_kolejny_księgi><nr_kolejny_w_ksiedze><nr_kolejny_dziecka> np. 2017/1/1249/0
3	DATA_ROZP_PROD	DATA	WYMAGANE	Data rozpoczęcia realizacji danego produktu / rozpoczęcia pobytu w danym OPK	Data przyjęcia do danego OPK lub realizacji produktu (np. przetoczenie krwi)
4	DATA_ZAK_PROD	DATA	WYMAGANE	Data zakończenia realizacji danego produktu świadczenia / zakończenia pobytu w danym OPK	Data wypisu z danego OPK lub zakończenia realizacji produktu (np. przetoczenie krwi) Wartość tego pola może być identyczna/równa z wartością DATA_PRZYJ np. w przypadku wizyty/ porady/ pobytu jednodniowego/ wykonania konkretnej procedury
5	GODZ_ROZP_PROD	GODZINA	WYMAGANE	Godzina rozpoczęcia realizacji danego produktu / rozpoczęcia pobytu w danym OPK	Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku, jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
6	GODZ_ZAK_PROD	GODZINA	WYMAGANE	Godzina zakończenia realizacji danego produktu świadczenia / zakończenia pobytu w danym OPK	Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku, jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
7	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.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
8	KOD_PROD	TEKST	WYMAGANE	Kod produktu sprawozdanego. Jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (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.
9	ROZP_GL	TEKST	WYMAGANE	Rozpoznanie główne wg katalogu ICD-10	Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ
10	ROZP_WSP	TEKST	WYMAGANE	Po przecinku rozpoznania współistniejące według katalogu ICD-10	Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku, jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
11	ROZP_POW	TEKST	WYMAGANE	Po przecinku rozpoznania powikłań według katalogu ICD-10	Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku, jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
12	ILOSC_SM	LICZBA	WYMAGANE	Ilość świadczeń sprawozdawanych (ustalonych zgodnie z metodyką Narodowego Funduszu Zdrowia)	Ilość świadczeń sprawozdawanych (ustalonych zgodnie z metodyką Narodowego Funduszu Zdrowia)
13	ID_REKORDU	LICZBA CAŁKOWIT A	OPCJONALNE	Numer rekordu	Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów

Plik 3, Produkty Lecznicze, Nazwa pliku: PL.csv

Plik 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 pliku CP).

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 2 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 plikami: OG.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) SM.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) PL.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) WM_csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) PR.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach Np.: <rok_prowadzenia_księgi>/<nr_kolejny_księgi>/<nr_kolejny_w_ksiedze>/<nr_kolejny_dzień> np. 2017/1/1249/0
3	DATA_WYK	DATA	WYMAGANE	Data podania	Podawane daty powinny mieścić się w zakresie danego świadczenia (>= DATA_PRZYJ1 i <= DATA_ZAK) z danego rekordu w pliku OG.
4	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).
5	JEDN_MIARY_PL	TEKST	WYMAGANE	Nazwa najmniejszej jednostki miary produktu leczniczego podanego pacjentowi.	np.: ml, tabletki, kapsułki, czopek, ampulki itp.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
6	LICZBA_PODANYCH_JEDN_MIARY	LICZBA	WYMAGANE	Ilość produktu leczniczego wyrażona w jednostkach opisanych w JEDN_MIARY_PL podanego pacjentowi, jednorazowo lub w ciągu dnia	<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 ampulki/ worka dopuszczalne jest uwzględnienie strat danego produktu leczniczego.</p>
7	KOSZT_JEDNOSTKI	LICZBA	WYMAGANE	Koszt jednostki produktu leczniczego podanej w kolumnie JEDN_MIARY_PL	<p>Pole stanowi całość informacyjną z polem JEDN_MIARY_PL; to np. koszt 1 tabletki, 1 drażetki, 1 fiolki 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 sprawozdano pozycję w kolumnie NAZWA_PL</p>
8	ID_REKORDU	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Numer rekordu	Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów

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

"Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić jednorazowe wyroby medyczne, środki pomocnicze, jakie otrzymał pacjent łącznie ze użytymi w trakcie realizacji zabiegów i diagnostyki (NIE NALEŻY ich uwzględniać w koszcie procedury sprawozdanym w pliku CP).

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”. W takim wypadku należy przekazać również (w odrębnym pliku) wykaz wyrobów, które standardowo są wliczane w koszt osobodnia (powinno to znaleźć odzwierciedlenie w pozycji b2 w pliku FK)."

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	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 plikami: OG.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) SM.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) PL.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) WM.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) PR.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach. Np.:<rok_prowadzenia_księgi>/<nr_kolejny_księgi>/<nr_kolejny_w_ksiedze>/<nr_kolejny_dzień> np. 2017/1/1249/0
3	DATA_WYK	DATA	WYMAGANE	Data zużycia	Podawane daty powinny mieścić się w zakresie danego świadczenia (>= DATA_PRZYJ i <= DATA_ZAK) z danego rekordu w pliku OG.
4	NAZWA_WM	TEKST	WYMAGANE	Nazwa handlowa wyrobu medycznego stosowanego jednorazowo w odniesieniu do danego pacjenta (np. jednorazowe cewniki itp.) lub mogą być zastosowane kilkakrotnie u danego pacjenta /kilku pacjentów (np. elektroda nasierdziowa, która może być użyta 10 razy - stosowana jest np. 2 razy w jednym procesie leczenia, więc może być użyta w 5 przypadkach)	W polu tym pomocne będą dodatkowe informacje o wyrobie m.in. wymiar, objętość, producent oraz numer katalogowy danego wyrobu, liczba sztuk w opakowaniu (np. cewnik urologiczny FOLEY, Galmed, rozmiar CH8, silikonowy, 1 szt.)

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
5	JEDN_MIARY_WM	TEKST	WYMAGANE	Nazwa jednostki miary wyrobu medycznego przypisanego bezpośrednio do pacjenta	Podstawowa jednostka miary np.: szt., kg, ml itp.
6	LICZBA_ZUZYTYCH_JEDN_MIARY	LICZBA	WYMAGANE	Liczba sztuk lub opakowań danego wyrobu medycznego wyrażona w jednostkach opisanych w JEDN_MIARY_WM przypisanego bezpośrednio do pacjenta lub udział części, który wynika z możliwości wielokrotnego użycia danego wyrobu (np. elektroda nasierdziowa, która może być użyta 10 razy - stosowana jest np. 2 razy w jednym procesie leczenia, więc udział tego wyrobu wynosi 2 razy na 10 możliwych, tu wpis 0,2).	Liczbowy zapis odzwierciedlający liczbę wyrobu medycznego przypisanego bezpośrednio do pacjenta w jednostce opisanej w kolumnie JEDN_MIARY_WM, np. jeżeli zużyto w ciągu dnia 3 razy po jednej strzykawce danego rodzaju (w polu JEDN_MIARY_WM wprowadzono np.: szt., strzykawka) to w tym polu należy wpisać wartość 3 lub przekazać 3 rekordy z wpisana wartością 1 w każdym rekordzie. Jeśli w kolumnie JEDN_MIARY_WM podane jest opakowanie, zużycie powinno odnosić się do części opakowania.
7	KOSZT_JEDNOSTKI	LICZBA	WYMAGANE	Koszt jednostki wyrobu medycznego podanego w kolumnie JEDN_MIARY_WM	Pole stanowi całość informacyjną z polem JEDN_MIARY_WM to np. koszt 1 aparatu infuzyjnego, 1 drenu, 1 plastra itd. Np. jeżeli w kolumnie JEDN_MIARY_WM wpisano worek(sztuka) to w kolumnie KOSZT_JEDNOSTKI należy wpisać koszt JEDNEGO worka(sztuki). Nie jest dopuszczalne wprowadzenie wpisu „BRAK” jeśli sprawozdano pozycję w kolumnie NAZWA_WM.
8	ID_REKORDU	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Numer rekordu	Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów

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

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić procedury (terapeutyczne, diagnostyczne, zabiegowe itd.), jakie wykonano na rzecz pacjenta. W przypadku stosowania procedur złożonych, każdą z procedur składowych należy wykazać w osobnym wierszu z uzupełnionym polem w kolumnie NR_KS_PR.

Nie trzeba uwzględniać procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflony, nakłucie żyły, powinno się jednak wskazać procedury istotnie wpływające na koszt, np. nieinwazyjna wentylacja mechaniczna, wzmożony nadzór pielęgniarski wraz z czasami trwania.

UWAGA:

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

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	<p>Podstawowym kluczem do identyfikacji jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący między plikami:</p> <p>OG.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS) SM.csv (Nr kolumny: 2 - NR_KS) PL.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) WM.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS) PR.csv (Nr kolumny: 1 - NR_KS)</p> <p>Wymagany jest identyczny zapis w ww. plikach.</p> <p>Np.:<rok_prowadzenia_księgi>/<nr_kolejny_księgi>/<nr_kolejny_w_ksiedze>/<nr_kolejny_dziecka> np. 2017/1/1249/0"</p>
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	<p>Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, który zrealizował lub zakupił procedurę jest numer konta ośrodka kosztów – element wiążący pliki: - - CP.csv (Nr kolumny: 1 -NR_OPK_PR)</p> <p>oraz</p> <p>Zestawienie_FK_rok.xls.</p> <p>Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach</p> <p>Jeśli procedura wykonywana jest przez inny podmiot niż świadczeniodawca wówczas w miejscu NR_OPK_PR prosimy umieścić wpis "DOSTAWCA ZEWNĘTRZNY".</p>

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
4	NR_KS_PR	TEKST	WYMAGANE	Numer w: księdze zabiegów, księdze bloku operacyjnego albo sali operacyjnej, księdze bloku porodowego albo sali porodowej, księdze pracowni diagnostycznej.	Pole może zawierać wpis „BRAK” jeśli dla danej procedury nie jest prowadzony zapis w w/w księgach (np. jest to badanie diagnostyczne, laboratoryjne itp.).
5	DATA_WYK	DATA	WYMAGANE	Data wykonania	Podawane daty powinny mieścić się w zakresie danego świadczenia (\geq DATA_PRZYJ i \leq DATA_ZAK) z danego rekordu w pliku OG.
6	ICD-9	TEKST	WYMAGANE	Kod ICD-9	Kod ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną 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 wykazać w osobnym wierszu z uzupełnieniem kolumny NR_KS_PR Podstawowym kluczem do identyfikacji procedur zrealizowanych na pacjenta jest kod ICD-9 – element wiążący z plikiem: CP.esv, (odpowiednie wiersze – ICD-9) Wymagany jest identyczny zapis we wszystkich plikach.
7	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”.
8	ILOSC_PR	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	Ilość tych samych procedur wykonanych na rzecz pacjenta w dniu opisanym polem DATA_WYK	Wypełnić wartością większą od 1 tylko jeżeli procedura została wykonana wielokrotnie dla identycznych wpisów w pozostałych kolumnach rekordu.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
9	CZAS_PR	CZAS	WYMAGANE	Rzeczywisty lub standardowy czas trwania procedury	<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>1) czasu (rzeczywistego lub standardowego) poszczególnych procedur składowych dla danego wpisu w kolumnie NR_KS_PR lub</p> <p>2) łącznego czasu procedury "złożonej" przypisanego do jednej z procedur (określonej jako podstawowa) a przy pozostałych procedurach składowych prosimy umieścić wpis "00:00"</p> <p>Pole może zawierać wpis „BRAK” jeśli dotyczy badań diagnostyki laboratoryjnej lub obrazowej.</p>
10	ID_REKORDU	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Numer rekordu	Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów

Plik 6, Struktura pliku dotyczącego cennika procedur medycznych , Nazwa pliku: CP.csv

Plik ma zawierać informacje na temat cen poszczególnych procedur.

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 jest numer konta ośrodka kosztów – element wiążący pliki: - - PR.csv (Nr kolumny: 3 -NR_OPK_PR) oraz Zestawienie_FK_rok.xls. Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Jeśli procedura wykonywana jest przez inny podmiot niż świadczeniodawca wówczas w miejscu NR_OPK_PR prosimy umieścić wpis "DOSTAWCA ZEWNĘTRZNY".
2	ROK	ROK	WYMAGANE	Rok obowiązywania cennika	Prosimy o przekazanie roku za jaki przekazywane są dane
3	MIESIACE	MIESIACE	WYMAGANE	Miesiące obowiązywania cennika	Prosimy o przekazanie zakresu miesięcy za jaki przekazywane są dane.
4	ICD-9	TEKST	WYMAGANE	Kod ICD-9	Kod ICD-9 zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną 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” Podstawowym kluczem do identyfikacji procedur zrealizowanych na pacjenta jest kod ICD-9 – element wiążący z plikiem PR.csv (odpowiednie wiersze – ICD-9). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach.
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”
6	KOSZT_CP	LICZBA	WYMAGANE	Całkowity koszt przypadający na jedną procedurę	Dla procedur niewycenionych prosimy o przekazanie wartości "0" Koszt procedur zabiegowych oraz diagnostycznych inwazyjnych (np. koronarografia, badanie elektrofizjologiczne) nie powinien zawierać kosztów produktów leczniczych i wyrobów medycznych, które należy wykazać w plikach PL i WM

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
7	ILOSC_CP	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	Ilość procedur wykonanych w okresie obowiązywania cennika	Ilość procedur wykonanych w danym OPK u danego świadczeniodawcy w okresie obowiązywania cennika.
8	ID_REKORDU	LICZBA CAŁKOWITA	OPCJONALNE	Numer rekordu	Liczba porządkowa danego rekordu nadawana przez świadczeniodawcę w celu ułatwienia identyfikacji rekordów

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

Instrukcja kalkulacji jednostkowego kosztu procedury medycznej:

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

**Plik 7, Struktura pliku dotyczącego zestawienia informacji o OPK realizujących świadczenia, Nazwa pliku:
Zestawienie_FK_rok.xls**

Plik ma zawierać informacje o nazwach kont OPK stosowanych w pozostałych plikach.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny
1	NR_OPK	TEKST	WYMAGANE	Numer konta OPK
2	NAZWA	TEKST	WYMAGANE	Nazwa OPK

Plik 8, Struktura pliku dotyczącego informacji finansowo-księgowych, Nazwa pliku: FK.xls

Dane niezbędne dla ustalenia taryfy świadczeń przekazywane będą za pomocą szyfrowanego protokołu komunikacyjnego. Na powyższe dane składają się: dane kosztowe w zakresie informacji finansowo-księgowych oraz innych informacji niefinansowych informacji statystycznych, finansowo-księgowych, o zatrudnieniu oraz o przychodach i środkach trwałych za okres 1.01.2016–31.12.2016 r. oraz 1.01.2017–30.06.2017 r.

Wszystkie elementy struktury danych są wymagane.

Dane mają zawierać informacje dotyczące zapisów w systemie finansowo-księgowym oraz inne informacje niefinansowe, w tym kadrowo-płacowe za 2016 r. oraz za pierwszą połowę 2017 r. Dane powinny zawierać dane finansowo-księgowe dla medycznych ośrodków powstawania kosztów (OPK) realizujących przedmiotowe świadczenia (tj. nieinwazyjną wentylację mechaniczną rozliczaną w ramach grupy D45) z działalności podstawowej w rodzaju leczenie szpitalne. Raportowane koszty powinny zawierać koszty bezpośrednie oraz alokowane koszty pośrednie.

Przez medyczne ośrodki powstawania kosztów realizujące przedmiotowe świadczenia rozumiane są ośrodki/komórki organizacyjne posiadające kody resortowe, charakteryzujące specjalność, wynikające z pkt 4 załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania..

W OPKu można wskazać więcej niż jeden kod resortowy (po przecinku). Kody resortowe w sprawozdaniu do AOTMiT powinny odpowiadać rzeczywistemu profilowi medycznemu OPKu czy świadczeniom zdrowotnym wykonywanym w danym OPKu, co oznaczać może czasami niezgodność z kodem resortowym zarejestrowanym dla danego OPK-u w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeśli ten jest niezaktualizowany).

Pod pojęciem ośrodka powstawania kosztów należy rozumieć wyodrębnioną w strukturze organizacyjnej podmiotu 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 znieczuleń bloku operacyjnego. W przypadku istniejących tak rozdrobnionych OPKów dotyczących tej samej jednostki organizacyjnej, (tutaj przykładowo bloku operacyjnego), należy połączyć OPKi 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.

Ponadto za odrębny OPK Agencja nie uznaje także takich OPKów, na których gromadzone są koszty personelu świadczącego pracę w ramach różnych jednostek organizacyjnych (np. pielęgniarki anestezyjologiczne czy lekarze rezydenci). W takim przypadku koszty personelu należy uwzględnić w kosztach poszczególnych komórek organizacyjnych.

Na dane składają się cztery tabele:

- FK.OPK – tabela zawierające dane finansowo-księgowe oraz dane o przychodach za wymagany okres;
- Tab1 – tabela zawierająca dane na temat zasobów ludzkich oraz wybrane dane niefinansowe;
- Tab2 – tabela zawierająca dane statystyczne na temat ilości zrealizowanych produktów;
- Tab3 – tabela zawierające informacje o kosztach amortyzacji i utrzymania środków trwałych i WNiP.

W przypadku przekazywania tego samego OPK w rozbiciu na 2 lata prosimy o dopisanie po kodzie OPK roku po znaku podkreślenia (np. 510-18-01_2016 oraz 510-18-01_2017) i sprawozdanie ich w tym samym pliku FK jako dwa różne OPK.

Na stronie internetowej pod adresem <https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl> w zakładce INSTRUKCJA znajdują się najczęściej zadawane pytania i odpowiedzi (FAQ) dotyczące tego, jak wypełnić dane FK oraz poniższy wzór danych FK w formacie Excel. Pytania są pogrupowane w kategorie dotyczące różnych zakresów tematycznych związanych z wypełnianiem danych. Uprzejmie prosimy o przestudiowanie FAQ przed kontaktem z Agencją. Aby zalogować się do systemu na konto demonstracyjne prosimy o używanie następujących danych:

Login: demouser
Hasło: 1234Demouser

Strona ta będzie służyła do przekazania wypełnionych przez Państwa danych FK.

Format tabeli FK.OPK

Uwaga! Kolumna Oddziału Chirurgii Ogólnej została wypełniona dla przykładu – prosimy usunąć poniższe wpisy i wypełnić danymi jednostki.

Kod oddziałowy świadczeniodawcy		np. 3302562
Nazwa świadczeniodawcy i adres (ulica, miejscowość, kod pocztowy)		np. Szpital XYZ, ul. Warszawska 123, 12-345 Warszawa
Osoba do kontaktu, Imię i Nazwisko, telefon, adres email		np. Jan Kowalski, tel. 22 123-45-67, jankowalski@szpital.com
Numer konta OPK		np. 510-18-01
Nazwa konta OPK [OPK = Ośrodek Powstawania Kosztów]		np. Oddział Chirurgii Ogólnej
Kod resortowy ¹⁵ charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych [jeśli komórka ma więcej kodów, należy je podać po przecinku]		np. 4500
Rok:		2016
CZĘŚĆ PODSTAWOWA I - PRZYCHODY (dla zdefiniowanych kategorii należy przyporządkować właściwe przychody):		
1	PRZYCHODY RAZEM: (suma pozycji 2, 3 i 4)	7 360 908,62
2	Przychody z tytułu kontraktu z NFZ (w części wynikającej z kontraktu dotyczące danego okresu)	7 190 300,00
3	Przychody z tytułu nadwykonań zrealizowanych w danym roku (niezależnie od tego czy zostały zapłacone)	
4	Przychody z innych tytułów (np. dotacje, refundacja wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek, refundacja wynagrodzeń rezydentów itd.)	170 608,62
CZĘŚĆ PODSTAWOWA II - KOSZTY (dla zdefiniowanych kategorii kosztowych [poz. A-K] należy przyporządkować właściwe koszty z danych FK umieszczonych poniżej w części szczegółowej):		
A	KOSZTY CAŁKOWITE ¹ , w tym: (koszty całkowite są równe sumie pozycji B, C, D, E, F, G, H, I, J, K)	7 919 456,77
B	Koszty leków i wyrobów medycznych (suma pozycji b1 i b2)	714 382,43
b1	w tym: przypisywanych na pacjenta	709 093,13
b2	w tym: nieprzypisywanych do pacjenta (np. stanowiących koszt osobodnia lub infrastruktury bloku)	5 289,30
C	Koszty amortyzacji ² (suma pozycji c1 do c5)	194 132,00
c1	w tym: budynków, lokali, prawa do lokali i obiektów inżynierii lądowej i wodnej	62 300,00
c2	w tym: urządzeń technicznych i maszyn	78 140,00
c3	w tym: środków transportu	
c4	w tym: innych środków trwałych	15 687,00
c5	w tym: wartości niematerialnych i prawnych	38 005,00
D	Koszty procedur ³	1 656 554,21
E	Koszty zarządu ⁴ , w tym wynagrodzenia personelu administracyjnego	210 794,59
F	Koszty wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi wynikające z tytułu umów o pracę ⁵ (suma pozycji f1 do f15)	2 406 662,38
f1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji ⁶	354 206,03
f2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ⁷	64 937,77
f3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ⁸	53 130,90
f4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ⁹	118 068,68
f5	w tym: pielęgniarek i położnych	1 816 319,00
f6	w tym: perfuzjonistów	

f7	w tym: psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień	
f8	w tym: dietetyków	
f9	w tym: logopedów	
f10	w tym: fizjoterapeutów, rehabilitantów, techników rehabilitacji, masażyistów, mgr rehabilitacji	
f11	w tym: fizyków medycznych	
f12	w tym: techników (radiologii, elektroradiologii itd.)	
f13	w tym: terapeutów zajęciowych	
f14	w tym: pozostałego personelu medycznego ¹⁰ (ratowników medycznych itd.)	143 633,00
f15	w tym: pozostałego personelu niemedycznego ¹¹ (salowych, rejestratorek, sekretarek medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy itd.)	43 851,00
G	Koszty wynagrodzeń personelu wynikające z umów cywilno-prawnych, kontraktów itp.¹² (suma pozycji g1 do g15)	970 995,31
g1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji ⁶	679 696,72
g2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ⁷	97 099,53
g3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ⁸	194 199,06
g4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ⁹	
g5	w tym: pielęgniarek i położnych	
g6	w tym: perfuzjonistów	
g7	w tym: psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień	
g8	w tym: dietetyków	
g9	w tym: logopedów	
g10	w tym: fizjoterapeutów, rehabilitantów, techników rehabilitacji, masażyistów, mgr rehabilitacji	
g11	w tym: fizyków medycznych	
g12	w tym: techników (radiologii, elektroradiologii itd.)	
g13	w tym: terapeutów zajęciowych	
g14	w tym: pozostałego personelu medycznego ¹⁰ (ratowników medycznych itd.)	
g15	w tym: pozostałego personelu niemedycznego ¹¹ (salowych, rejestratorek, sekretarek medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy itd.)	
H	Wynagrodzenia rezydentów (suma pozycji h1 do h2)	69 661,20
h1	refundowane	49 758,00
h2	ze środków własnych podmiotu leczniczego	19 903,20
I	Transport medyczny	11 841,90
J	Wyżywienie pacjentów¹³	13 852,00
K	Pozostałe koszty¹⁴	1 670 580,75
CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA - pełna FK - plik FK dla OPK z systemu księgowego świadczeniodawcy, gdzie numery i nazwy kont analitycznych oraz ich szczegółowość powinny wynikać ze stosowanego u świadczeniodawcy planu kont. Prosimy o przedstawienie analityki w stopniu jak najbardziej szczegółowym.		
Nr konta analitycznego	Nazwa konta analitycznego	koszt roczny [PLN]
np. 500-100-400	np. Zużycie materiałów	
np. 500-100-400-01	np. Zużycie leków	
np. 500-100-400-02	np. Zużycie materiałów medycznych	
np. 500-100-500	np. Koszty pośrednie	
np. 500-100-500-01	np. Kuchnia	
np. 500-100-500-02	np. Pralnia	
np. 500-100-500-03	np. Zarząd	
	np. Centralny Blok Operacyjny	
	np. Pracownia RTG	
itd.	[liczba wierszy w części szczegółowej zależna od stopnia szczegółowości analityki w jednostce]	

Przypisy do arkusza FK.OPK:

- 1- **koszty całkowite** rozumiane jako całość kosztów ośrodka obejmująca zarówno koszty bezpośrednie jak i pośrednie. Jest to suma pozycji B, C, D, E, F, G, H, I, J, K;
- 2- **koszty amortyzacji** obejmują koszty amortyzacji budynków i lokali, maszyn, urządzeń i aparatury ogólnego zastosowania, narzędzi, przyrządów, mienia ruchomego, wyposażenia, wartości niematerialnych i prawnych. Jest to suma pozycji c1 do c5;
- 3- **koszty procedur** - obejmują koszty procedur nabytych na zewnątrz (np. w zewnętrznym laboratorium) oraz zrealizowanych w ośrodkach działalności pomocniczej (np. w pracowni EEG **lub na bloku operacyjnym** będących w strukturach podmiotu leczniczego), przypisanych bezpośrednio do kosztów pacjenta;
- 4- **koszty zarządu** rozumiane jako rozliczone koszty ośrodków związanych z zarządzaniem i administrowaniem podmiotem jako całością. W szczególności do tych kosztów będą zaliczone koszty wynagrodzeń personelu zajmującego się tą działalnością, koszty związane z zawieraniem i rozliczaniem kontraktu z płatnikiem, realizacją zamówień publicznych, księgowością, kadrami itp.;
- 5- **koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi** obejmujące wszystkie koszty związane z zatrudnieniem pracowników, w tym w szczególności koszty wynagrodzeń ze stosunku pracy, składki z tytułu ubezpieczeń społecznych i funduszu pracy, również te płacone przez pracodawcę (składki ZUS emerytalne, rentowe, pomostowe, wypadkowe), a także pozostałe koszty związane z personelem takie jak: odpisy na ZFSS, składki PFRON, BHP, koszty szkoleń pracowników, odzieży ochronnej i roboczej;
- 6- **wynagrodzenie z tytułu pracy w godzinach normalnej ordynacji** (tj. nie obejmujące dyżurów) obejmujące wynagrodzenia z narzutami. Przykładowe kategorie kosztowe obejmują płacę zasadniczą, dodatek stażowy, urlopowy lub wysługę lat. Pozycja ta nie obejmuje wynagrodzeń naliczanych proporcjonalnie do ilości zrealizowanych procedur (tj. płatności za procedurę);
- 7- **wynagrodzenia z tytułu pracy w trybie dyżurowym realizowanych w placówce podmiotu leczniczego**, zarówno w dni powszednie jak i wolne od pracy. W tej pozycji należy umieścić ewentualne wynagrodzenia z tytułu dojazdu na dyżury;
- 8- **wynagrodzenia z tytułu pracy w trybie dyżurowym realizowanych w tzw. gotowości** tj. poza siedzibą podmiotu leczniczego;
- 9- **wynagrodzenia naliczane proporcjonalnie do ilości zrealizowanych procedur** (tj. płatność za procedurę);
- 10- **wynagrodzenia pozostałego personelu medycznego** uczestniczącego bezpośrednio przy realizacji świadczeń zdrowotnych;
- 11- **wynagrodzenia pozostałego personelu** (zatrudnionego w OPK-u), który nie jest wykazany w pozycjach E oraz f1-f14/g1-g14, np. salowej, opiekuna, sanitariusza, sekretarki medycznej;
- 12- analogicznie jak w przypisie 5 koszty wynagrodzeń, które nie dotyczą pracowników zatrudnionych na umowę o pracę;
- 13- **Koszt wyżywienia pacjentów** rozumiany jako koszty kuchni (nie tylko koszt wsadu do kotła);
- 14- **pozostałe koszty** to wszystkie koszty niezawierające się w pozycjach od B do J, stanowiące dopełnienie do kosztów całkowitych;
- 15- Proszę wskazać **kod resortowy** (UWAGA: można wskazać więcej niż jeden po przecinku) zgodny z częścią VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. (należy przypisać **rzeczywisty kod resortowy charakteryzujący specjalność ośrodka powstawania kosztów**).

Format tabeli Tab1

Uwaga! Kolumny Oddziału Chirurgii Ogólnej i kolejne zostały wypełnione dla przykładu – prosimy usunąć poniższe wpisy i wypełnić danymi jednostki.

	Numer konta OPK ¹ [Uwaga! Prosimy zachować kolejność wymienianych OPKów z arkusza FK.OPK]	np. 510-18-01	np. 510-18-02	np. 510-18-03	np. 530-18-01 (Centralny Blok Operacyjny ¹¹)	itd - numer kolejnego OPK
	Rok	2016	2016	2016	2016	2016
A	Liczba łóżek / miejsc w oddziałach dziennych ²	66	31			
B	Liczba osobodni ³ (suma za rok)	18 708	7 700			
C	Liczba miesięcy funkcjonowania OPK w roku ⁴	12	12	8		
D	Liczba sal operacyjnych/zabiegowych funkcjonujących w ramach OPK ⁵	1			9	
d1	Liczba zespołów operacyjnych w gotowości w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy (liczba sal operacyjnych z obsadą pozostających w gotowości w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy) ⁶	1			2	
d2	Rzeczywista ilość godzin pracy sal operacyjnych/zabiegowych funkcjonujących w ramach OPK ⁷ (suma za rok)	1 502			14 854	
E	Lekarze jakich specjalności są zatrudnieni w danym OPK ⁸					
e1	Rzeczywista ilość godzin pracy personelu lekarskiego realizowana poza OPK (dotyczy kosztów pracy ujmowanych w ramach OPK) ⁹					
e2	wymienić po przecinku inne OPKi (nr kont OPK), w których realizowane są godziny pracy wskazane w pozycji e1					
INFORMACJE O ETATACH Uwaga! - informacja o liczbie etatów powinna być kompatybilna z przedstawionymi wynagrodzeniami z arkusza FK.OPK, tzn. jeżeli pojawia się wynagrodzenie w pozycji f3 w FK.OPK to powinny pojawić się etaty w pozycji f3 w Tab1.						
F	Suma za rok liczby etatów zatrudnionego na umowy o pracę personelu (suma za rok – UWAGA: nie średnia miesięczna) ¹⁰ (suma pozycji f1 do f15)	581,96	0,00	0,00	0,00	0,00

f1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji	39,6				
f2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ¹¹	7,3				
f3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ¹¹	5,9				
f4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ¹¹	13,2				
f5	w tym: pielęgniarek i położnych	480				
f6	w tym: perfuzjonistów	24				
f7	w tym: psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień	12				
f8	w tym: dietetyków					
f9	w tym: logopedów					
f10	w tym: fizjoterapeutów, rehabilitantów, techników rehabilitacji, masażyistów, mgr rehabilitacji					
f11	w tym: fizyków medycznych					
f12	w tym: techników (radiologii, elektroradiologii itd.)					
f13	w tym: terapeutów zajęciowych					
f14	w tym: innych przedstawicieli personelu medycznego (ratowników medycznych itd.)					
f15	w tym: pozostałego personelu niemedycznego (salowych, rejestratorek, sekretarek medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy itd.)					
G	Suma za rok liczby etatów personelu wynikających z umów cywilno-prawnych, kontraktów itp.¹² (suma za rok – UWAGA: nie średnia miesięczna)¹⁰ (suma pozycji g1 do g15)	61,21	0,00	0,00	0,00	0,00
g1	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za pracę w normalnej ordynacji ¹¹	42,8				
g2	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w miejscu ¹¹	6,1				
g3	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za dyżury w gotowości ¹¹	12,2				
g4	w tym: lekarzy niebędących rezydentami za realizację procedur medycznych ¹¹					
g5	w tym: pielęgniarek i położnych ¹¹					
g6	w tym: perfuzjonistów ¹¹					
g7	w tym: psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień ¹¹					
g8	w tym: dietetyków ¹¹					
g9	w tym: logopedów ¹¹					
g10	w tym: fizjoterapeutów, rehabilitantów, techników rehabilitacji, masażyistów, mgr rehabilitacji ¹¹					
g11	w tym: fizyków medycznych ¹¹					
g12	w tym: techników ¹¹ (radiologii, elektroradiologii itd.)					
g13	w tym: terapeutów zajęciowych ¹¹					
g14	w tym: innych przedstawicieli personelu medycznego ¹¹ (ratowników medycznych itd.)					
g15	w tym: pozostałego personelu niemedycznego ¹¹ (salowych, rejestratorek, sekretarek medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy itd.)					
H	Suma za rok liczby etatów rezydenckich (suma pozycji h1 do h2)	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00
h1	etaty refundowane	24				
h2	praca finansowana ze środków własnych	8				

Przypisy do arkusza Tab1:

- 1- numer konta OPK powinien korespondować z numerem konta OPK z arkusza FK.OPK;
- 2- rzeczywista liczba łóżek w oddziałach szpitalnych (lub miejsc w oddziałach dziennych). W przypadku gdy liczba łóżek zmieniła się w ciągu roku, prosimy podać średnią;
- 3- rzeczywista liczba osobodni - suma za okres roku;
- 4- Liczba miesięcy funkcjonowania OPK w roku - ważne w przypadku kiedy dany OPK funkcjonował przez mniejszą liczbę miesięcy w sprawozdanym okresie, np. jeśli OPK funkcjonował w miesiącach I-IV lub IX-XII, prosimy wpisać 4, jeśli w miesiącach I-X prosimy wpisać 10, itd.
- 5- rzeczywista liczba sal operacyjnych, w których realizowane są zabiegi operacyjne;
- 6- liczba sal operacyjnych, które pełnią dyżur w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy, liczba równa jest ilości zespołów operacyjnych pełniących dyżur;
- 7- rzeczywista liczba godzin, w trakcie których realizowane są zabiegi operacyjne wraz ze znieczuleniem - czasu pobytu na sali operacyjnej (czas zajętości sali);
- 8- proszę po przecinku wymienić wszystkie specjalności lekarskie, jakie występują w ramach OPK i których wynagrodzenia są ujmowane w danym

OPK (np. dla oddziału wewnętrznego - internista, gastroenterolog, kardiolog; dla bloku operacyjnego - anesteziolog). Jeśli na bloku operują chirurdzy, których koszty są ujmowane w OPK oddziału chirurgii to proszę ich wymienić w oddziale chirurgii i nie wymieniać na bloku operacyjnym;

9- proszę określić ilość godzin pracy lekarzy spędzanych w innych OPK (np. na bloku operacyjnym, pracowni endoskopii, poradniach itd.), których koszty w systemie finansowo-księgowym pozostają w danym OPK (np. oddziale szpitalnym). Innymi słowy, jeśli lekarz otrzymuje wynagrodzenie X księgowane na oddział szpitalny i w ramach swojego etatu na oddziale spędza 100 godzin na bloku operacyjnym proszę ten czas wskazać. Jeśli dodatkowo pracuje 50 godzin w poradni, ale koszty tej pracy są bezpośrednio ujmowane na OPK poradni proszę nie wykazywać tych 50 godzin w OPK oddziału szpitalnego;

10- w pozycjach „F”, „G” zamieszczamy sumę etatów za cały okres w poszczególnych kategoriach personelu, np. dla lekarza: 3,5 etatu (styczeń) + 3,6 etatu (luty) + 2,4 etatu (marzec) +...+ 3,0 etatu (grudzień) = 39,6 etatu;

11- w przypadku dyżuru - prosimy o przeliczenie na odpowiednik etatu przy założeniu, że 1 etat=160 godzin miesięcznie;

12- jeśli w OPK wystąpiły różne formy zatrudnienia personelu (umowa zlecenie, kontrakt itd.), prosimy o przeliczenie innych niż etat jednostek naliczania wynagradzania na odpowiednik etatu przy założeniu, że 1 etat=160 godz. miesięcznie;

13- **blok Operacyjny** jeśli jest wydzielonym odrębnym ośrodkiem powstawania kosztów; niektóre pozycje z tabeli nie zostaną wypełnione (np. liczba łóżek). W przypadku kiedy blok operacyjny nie jest oddzielnym OPK-iem, lecz znajduje się na oddziale, wówczas informacje o bloku (wiersze D, d1 i d2) prosimy wypełnić w kolumnie dotyczącej tego oddziału.

Format tabeli Tab2

Kody produktu rozliczeniowego realizowane w poszczególnych OPK wraz z liczebnością <u>(dane roczne)</u>			
Numer konta OPK ¹	kod zakresu świadczeń ²	kod produktu rozliczeniowego ³	ilość produktów ⁴
np. 510-18-01	np. 03.4401.030.02	np. 5.51.01.0003057	
np. 510-18-02			
itd.	itd.	itd.	itd.

Przypisy do arkusza Tab2:

- 1- numer konta OPK powinien korespondować z numerem konta OPK z arkusza FK.OPK;
- 2- kod zakresu, z którego rozliczone jest świadczenie w formacie XX.XXXX.XXX.XX (zgodnie ze słownikiem NFZ), np. 03.4401.030.02;
- 3- kod produktu sprawozdawanego- jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ), np. 5.51.01.0003057;
- 5- ilość produktów rozliczeniowych = ilość JGP lub innych produktów rozliczeniowych (np. osobodni).

Format tabeli Tab3

Uwaga! Pierwsze 4 wiersze wypełnione są dla przykładu. Prosimy usunąć te wpisy i wypełnić danymi jednostki.

Koszt utrzymania oraz koszt amortyzacji środków trwałych* i wartości niematerialnych i prawnych (WNiP) przypisanych do OPK, w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych.										
Numer konta OPK ¹	Nazwa środka trwałego i WNiP	Kategoria środków trwałych ² [c1 do c5]	Zamortyzowany [I=Tak]	Najem/dzierżawa/leasing/użyczenie ³ [I=Tak]	Rok nabycia środka trwałego i WNiP ⁴	Wartość początkowa środka trwałego i WNiP ⁵	Ilość sztuk środków trwałych i WNiP ⁶	Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNiP w roku ⁷	Roczny koszt utrzymania środka trwałego i WNiP ⁸	Roczny koszt amortyzacji ⁹
np. 510-18-01	urządzenie X	c2			2010	272 500	2	10	3 520	8 800
	urządzenie Y	c3		1	-	-		12	4500	11 500
	urządzenie Y	c2			2013	520 000		2	0	3 200
np. 510-18-02	urządzenie Z	c4	1		2009	128 000	0,25		500	0
itd.	itd.									itd.

* - środki trwałe zgodnie z przyjętą przez Państwo polityką rachunkowości

UWAGA: Prosimy o wpisanie wszystkich środków trwałych wykorzystywanych w związku z realizacją świadczeń, także tych środków trwałych, które zostały już całkowicie zamortyzowane.

Istnieje możliwość przedstawienia w powyższej tabeli **wyposażenia oraz środków trwałych niskocennych**; w takim przypadku należy wprowadzić

kategorię środków trwałych c6. Opcjonalnie możliwe jest przedstawienie ich w jednym wierszu w Tab3, bez konieczności wymieniania wszystkich takich środków - w takim przypadku należy wpisać "Środki trwałe niskocenne / wyposażenie" do kolumny Nazwa środka trwałego oraz wypełnić łączne koszty dla całej grupy w poszczególnych kolumnach.

Przypisy do arkusza Tab3:

- 1- **Numer konta OPK** powinien korespondować z numerem konta OPK z arkusza FK.OPK;
- 2- **Kategoria środków trwałych** - kategoria z arkusza FK.OPK z pozycji C (c1 dla budynków, c2 dla urządzeń, c3 dla środków transportu, c4 dla innych środków trwałych, c5 dla WNiP);
- 3- **Najem / dzierżawa / leasing / użyczenie bezpłatne** - w przypadku, kiedy użytkowany przez świadczeniodawcę środek trwały był w danym roku leasingowany / dzierżawiony / wynajmowany od innego podmiotu czy też bezpłatnie użyczony, prosimy wpisać 1. Dla tych środków trwałych można pozostawić puste kolumny "Rok zakupu śr. trwałego" i "Wartość początkowa śr. trwałego";
- 4- **Rok nabycia środka trwałego i WNiP** - rok, w którym środki trwałe/WNiP zostały nabyte (zakup, najem dzierżawa, leasing, darowizna, użyczenie);
- 5- **Wartość początkowa** - w przypadku środków trwałych/WNiP wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia). W przypadku środka trwałego, który pierwotnie był w dzierżawie/leasingu, a w danym roku stał się własnością świadczeniodawcy, prosimy o podanie wartości, po której środek trwały został przyjęty do ksiąg;
- 6- **Ilość sztuk środków trwałych lub WNiP** - prosimy o zgrupowanie takich samych środków trwałych o tej samej wartości początkowej (jeśli w danym OPK jest ich więcej), wówczas prosimy o wpisanie ich liczby, np.7 (w takim przypadku do kolumny wartość początkowa środka trwałego prosimy wpisać sumę ich wartości początkowych). Jeśli jednak jeden środek trwały jest przypisany także do innego OPK, wówczas prosimy o wpisanie liczby ułamkowej, np. 0,25 jeśli środek trwały jest przypisany do 4 OPKów (wówczas jednak prosimy wpisać taką samą wartość początkową we wszystkich OPKach);
- 7- **Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNiP w roku** - ważne w przypadku kiedy środki trwałe/WNiP funkcjonowały przez mniejszą liczbę miesięcy w sprawozdawanym okresie, np. jeśli środek trwały funkcjonował w miesiącach I-IV lub IX-XII, prosimy wpisać 4, jeśli w miesiącach I-X prosimy wpisać 10, itd.;
- 8- koszt powinien uwzględniać opłaty z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłaty serwisowe oraz ewentualnie inne koszty związane z utrzymaniem sprzętu w stanie sprawności (bez amortyzacji, kosztów wody, energii elektr. itd.);
- 9- w przypadku środków trwałych i WNiP całkowicie zamortyzowanych pozostających ciągle w użytkowaniu, prosimy wpisać 0. W przypadku środka trwałego zaksięgowanego w kilku OPKach, prosimy wpisać część kosztu amortyzacji przypadającą na ten OPK (patrz przypis nr 6).