# ComputerLand<sup>®</sup>



# Lecznictwo Stacjonarne

dokumentacja użytkownika

© 2007 ComputerLand S.A.

# Spis treści

Rozdział I	Wstęp	4
Rozdział II	Elementy główne programu Ewidencja Świadczeń	6
1	Proces identyfikacji użytkownika	6
2	Elementy formularza głównego	7
3	Parametry początkowe systemu	9
	Kartoteki	
	Księgi główne Oddziały	
	Inicjalizacja słowników	11
Rozdział III	Przyjęcie pacjenta	14
1	Rejestracja pacjenta w bazie	14
2	Rejestracja dokumentów upoważniających dla pacjentów z Unii Europejskiej	17
3	Rejestracja pacjenta z kraju spoza Unii Europejskiej	20
4	Otwarcie nowej hospitalizacji	21
5	Karta informacyjna	22
6	Przyjęcie pacjenta na oddział	23
Rozdział IV	Ewidencja świadczeń	28
1	Hospitalizacje	28
2	Ewidencja pobytów	30
3	Chemioterapia	31
4	Rozliczanie świadczeń	34
5	Ewidencja procedur i produktów jednostkowych statystycznych	44
6	Automatyczne korekty danych ewidencyjnych	46
Rozdział V	Raporty	49
1	Raport p401 - Pobyty pacjentów na oddziałach	49
2	Raport p402 - Zestawienie pobytów pacjentów	49
3	Raport p403 - Pobyty do X i powyżej X dni	50
4	Raport p404 - Zestawienie zakończonych hospitalizacji	51
5	Zestawienie hospitalizacji	52
6	Zestawienie pobytów i rozliczeń	53
7	Zestawienie procedur	54
8	Kontrola brakujących numerów w KG	54
9	Raporty 2005	55
	Raport p401 - Pobyty pacjentów na oddziałach Raport p402 - Zestawienie pobytów pacjentów	55 56

© 2007 ComputerLand S.A.

II

	Raport p403 - Pobyty do X i powyżej X dni	6
	Raport p404 - Zestawienie zakończonych hospitalizacji5 Zestawienie hospitalizacji	7 8
	Zestawienie nospitalizacji	9
	Zestawienie procedur	0
Rozdział VI	Opcje specjalne 62	)
1	Scalanie pacjentów	2
2	Komunikaty	3
3	Przegląd odpowiedzi z oddziału NFZ 2005 64	4
4	Przegląd danych niepotwierdzonych 200564	5
5	Przegląd odpowiedzi z oddziału NFZ6	7
6	Przegląd niekompletnych danych6	B
7	Zbiorcze przeliczanie pozycji rozliczeniowych na podstawie aktualnych parametrów umów	9
8	Wykaz wykonanych eksportów/importów7	1
9	Przegląd wykonanych procedur72	2
10	Przegląd świadczeń zasadniczych73	3
11	Przegląd dokumentów upoważniających UE	4
12	Eksport karty statystycznej	5
	Eksport karty statystycznej w formacie XML i tekstowym7	6
13	Eksport danych w formacie XSP	7
14	Import danych z fromatu tekstowego	Э
15	Import danych w formacie XSP8	D
Rozdział VII	Dodatki 82	)
1	Dodatek A. Skróty klawiszowe 82	2

# Rozdział

4

# 1 Wstęp

Witamy w dokumentacji użytkownika modułu Lecznictwa Stacjonarnego Pakietu Świadczeniodawcy. Podręcznik oprowadzi Cię po aplikacjach wchodzących w skład pakietu oprogramowania instalowanego na stacjach roboczych funkcjonujących w jednostkach służby zdrowia w lecznictwie stacjonarnym. Główne cele tego podręcznika, to:

- 1. Przedstawienie koncepcji funkcjonowania Pakietu Świadczeniodawcy w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego.
- 2. Przygotowanie użytkownika do samodzielnej pracy z aplikacjami systemu.
- 3. Służenie szczegółowymi informacjami na temat wszystkich elementów tychże aplikacji.

Zawartość instrukcji została podzielona na kilka rozdziałów, opisujących konkretne funkcje aplikacji.

- Elementy główne programu wprowadzenie do modułu Ewidencja Świadczeń w Lecznictwie Stacjonarnym: uruchomienie, elementy główne programu, ustalenie parametrów początkowych.
- Przyjęcie pacjenta Opis procedury przyjęcia pacjenta na oddział z podziałem na etapy wykonywanych czynności w programie.
- Ewidencja świadczeń Ewidencjonowanie i kwalifikowanie świadczeń do rozliczeń w module ewidencyjnym.
- Raporty Opis dostępnych raportów.
- Opcje dodatkowe Dodatkowe opcje dostępne w programie.
- Dodatek A Skróty klawiaturowe

W instrukcji przyjęto następującą konwencję oznaczeń, dzięki czemu łatwiej będzie identyfikować oraz zapamiętać ważniejsze terminy oraz nazwy różnych elementów programu:

- nazwy formularzy/okien są pisane powiększonym, pochylonym i pogrubiony drukiem, np.: Przegląd kuponów
- nazwy pól w oknach pisane są pochylonym drukiem, np.: Nazwisko
- nazwy przycisków w oknach programu pisane są drukiem pogrubionym, np.: Zatwierdź (F9) W nawiasach okrągłych wpisany jest klawisz, który można wykorzystać w celu wybrania przycisku zamiast myszy.
- nazwy zakładek pisane są gogrubionym i pochylonym drukiem, np.: Dane podstawowe
- pozycje menu pisane są pogrubionym i powiększonym drukiem, np.: Raporty
- Nazwy klawiszy są pisane duzymi literami, np.: TAB, ENTER, F3. Polecenie naciśnięcia kombinacji klawiszy jest oznaczane ze znakiem +, np. SHIFT+TAB. Taki zapis oznacza, że należy nacisnąć i przytrzymać klawisz SHIFT, a następnie nacisnąć klawisz TAB i oba klawisze zwolnić.

# Rozdział

# 2 Elementy główne programu Ewidencja Świadczeń

Program Ewidencja Świadczeń w lecznictwie stacjonarnym służy do ewidencjonowania wszelkich informacji związanych z hospitalizacją pacjentów, ruchem chorych oraz wykonanymi produktami na różnych oddziałach szpitala w ramach podpisanych z płatnikiem umów. Wprowadzone dane stanowią podstawę do wykonania raportów przedstawianych płatnikowi, a generowanych w module Wspomaganie Rozliczeń. Program Ewidencja Świadczeń jest wykorzystywany przez personel medyczny w trakcie przyjęcia pacjenta oraz w trakcie całej hospitalizacji aż do momentu jego wypisania.

Zrealizowane świadczenia rozliczane są poprzez produkty i przypisane do nich produkty jednostkowe. Produkty są rozliczane przez płatnika w ramach podpisanych umów; umowy muszą być wcześniej wczytane do systemu w module Wspomagania Rozliczeń za pomocą opcji importu umów z dyskietki.

Niniejszy rozdział omawia podstawowe elementy programu Ewidencja Świadczeń oraz jego przygotowanie do pracy przy pierwszym uruchomieniu.

Program można uruchomić wybierając odpowiednią pozycję z menu Windows: START/Programy/Pakiet Świadczeniodawcy (Rys.niżej) lub ikonę Ewidencja Świadczeń w Lecznictwie Stacjonarnym na pulpicie Windows.



Wybór programów z menu Start

## 2.1 Proces identyfikacji użytkownika

Po uruchomieniu programu wyświetla się okno, w którym należy podać swój identyfikator (w polu Użytkownik), oraz hasło (w polu Hasło). W polu Baza wyświetlona jest nazwa bazy danych, która przechowuje wszystkie dane przetwarzane w programach Pakietu. Nazwy tej nie należy zmieniać.

6

Logowanie	×
Identyfikacja użytkownika	
Baza : RUMSZP	
Użytkownik : 00000000 Hasło : T	
Zatwierdź <u>O</u> dwołaj	

Identyfikacja użytkownika w programie Ewidencja Świadczeń

**Uwaga:** Identyfikator i hasło muszą być wcześniej nadane przez osobę odpowiedzialną za administrację systemu w danej jednostce.

Po wpisaniu powyższych danych należy wybrać myszą lub klawiszem ENTER przycisk **Zatwierdź**. Jeżeli któryś z elementów identyfikacji został nieprawidłowo wpisany, wyświetli się komunikat błędu. Komunikat należy zamknąć i jeszcze raz wpisać poprawnie identyfikator i hasło.

Logowanie	×
	Identyfikacja użytkownika
Błąd	×
8	Błędne hasło lub nazwa użytkownika.
	ОК
6	atwierdź <u>U</u> dwołaj

Błędnie wpisane hasło podczas identyfikacji użytkownika

**Wskazówka:** Do kasowania źle wpisanego hasła służy klawisz BACKSPACE, a do szybkiego przemieszczania się między polami służy klawisz TAB. Mrugający kursor tekstowy (pionowa kreska) wskazuje, w którym polu będzie wpisywany tekst.

### 2.2 Elementy formularza głównego

Po prawidłowej identyfikacji użytkownika wyświetli się główny formularz programu (Rys. poniżej).

🏪 Ewidencja Świadczeń w Lecznictwie Stacjonarnym	
Kupony Administracja Specjalne Raporty Pomoc Wyjście	
Private	Wersja pakietu: Użytkownik: Nr instalacji: 01 - Kartoteka ogólna
Usług Medycznych	Wyloguj (F2)
Pakiet Świadczeniodawcy	<u>P</u> rzegląd pacjentó <del>w</del> (F4)
Ewidencie	<u>H</u> ospitalizacje (F5)
Świadczeń	Ruch <u>c</u> horych (F6)
w lecznictwie stacjonarnym	Wyjście (F10)
Wszystkie komunikaty przeczytane	

Główny formularz programu

Formularz jest podzielony na kilka sekcji:

- W prawym górnym rogu wyświetlane są informacje ogólne o wersji zainstalowanego Pakietu i aktualnie zarejestrowanym użytkowniku. Nr instalacji jest unikalnym numerem jednostki nadanym przez płatnika w ramach systemu Pakiet Świadczeniodawcy.
- Poniżej znajduje się rozwijana lista, z której przed rozpoczęciem rejestrowania pacjentów– należy wybrać obsługiwaną kartotekę.
- Przycisk Wyloguj (F2) pozwala na szybkie wyrejestrowanie się operatora z programu i zarejestrowanie nowej osoby, jeżeli zajdzie taka konieczność.

**Uwaga:** Jako że zakres odpowiedzialności przy wykonywaniu różnych czynności w systemie może być różny dla różnych osób, należy bezwzględnie przestrzegać zasady wyrejestrowania z systemu przed oddaleniem się od stanowiska. Dzięki temu inna osoba chcąca skorzystać z programu, musi się zarejestrować na swój identyfikator, co uaktywni w programie zestaw uprawnień przewidzianych dla tego operatora. Należy tu nadmienić, że w bazie danych są przechowywane informacje o tym, jakich zmian oraz nowych wpisów dokonał każdy z operatorów systemu, zatem jest możliwość weryfikacji oraz ustalenia odpowiedzialności za wpisane dane.

- Poniżej dostępny przycisk Przegląd pacjentów (F4), przy pomocy którego można przeglądać dane o pacjentach istniejących w bazie.
- Niżej znajdują się dwa przyciski Hospitalizacje (F5) i Ruch chorych (F6), które otwierają formularze do wprowadzania i przeglądu informacji o hospitalizacjach i ruchu chorych.
- W górnej części jest pasek menu, składający się z następujących pozycji:
  - Administracja tu można sprawdzić następujące parametry systemu: Kartoteki, Księgi główne i Oddziały. Ustawianie parametrów początkowych systemu

8

9

omówiono w oddzielnym punkcie.

Dodatkowo w tym menu jest opcja przeładowania słowników, która ma znaczenie w instalacjach sieciowych, gdy dokonano jakichś zmian w parametrach na innym stanowisku. Po wybraniu tej opcji, zmiany stają się dostępne także w tym programie bez konieczności jego zamykania.

- Specjalne podmenu, które służy do wykonywania innych operacji w systemie. W tej grupie dostępna są m.in. opcja scalania pacjentów, która pozwala na odnalezienie zdublowanych wpisów o pacjentach i powiązanie wszystkich informacji o pacjencie do jednego wpisu; przegląd odpowiedzi z NFZ; przegląd dokumentów UE, oraz eksport karty ststystycznej.
- **Raporty** podmenu udostępnia szereg raportów, przy pomocy których można analizować zgromadzone w bazie dane.
- **Pomoc** to podmenu pozwala na uzyskanie dokładnych informacji o programie.
- **Wyjście** po wybraniu tego polecenia zostanie zakończona praca z programem. Przyciskiem **Wyjście (F10)** można zakończyć prace z aplikacją.

Wszystkie wspomniane funkcje programu zostaną omówione w dalszej części instrukcji.

### 2.3 Parametry początkowe systemu

Po zainstalowaniu Pakietu Świadczeniodawcy należy wprowadzić, ewentualnie zweryfikować pewne parametry początkowe systemu, które uaktywnią słowniki danych i przygotują bazę do wprowadzania informacji o pacjentach, hospitalizacjach, ruchu chorych, produktach. Te informacje to:

- Dane umów wprowadzane do systemu w module Wspomagania Rozliczeń opcją importu z dyskietki. Informacje te zawierają dane o zawartych z płatnikiem umowach, plan rzeczowy umów oraz plan rzeczowo-finansowy wraz z cennikiem produktów.
- Księgi główne. Informacje o księgach importowane są drogą elektroniczną po wykonaniu pierwszej sesji eksportu/ importu danych.
- Lista oddziałów realizujących produkty we wszystkich jednostkach świadczeniodawcy, podobnie jak w przypadku ksiąg głównych importowana jest drogą elektroniczną.

W dalszej części tego podrozdziału omówione zostanie przygotowanie słowników kartotek, ksiąg głównych i oddziałów, które to opcje dostępne są z poziomu programu Ewidencja Świadczeń.

**Uwaga:** Każda zmiana dotycząca oddziałów i ksiąg głównych musi być zakończona operacją przeładowania słowników tak, aby wprowadzone zmiany uaktywniły się w programie.

### 2.3.1 Kartoteki

Przed rozpoczęciem pracy z programem należy upewnić się, czy została wybrana właściwa kartoteka.



Wybór kartoteki na formularzu głównym programu

System kartotek w programie jest przydatny, gdy w jednostce jest kilka pomieszczeń, w

10

których przechowuje się dokumenty pacjenta (punkty rejestracyjne).

### Aby zmienić bieżącą kartotekę:

- 1. W oknie głównym programu należy wskazać za pomocą myszy i wybrać pole listy w oknie głównym aplikacji.
- 2. Z rozwiniętej listy należy wskazać myszą i wybrać właściwą kartotekę.

Wybrana kartoteka staje się bieżącą, tzn. po ponownym uruchomieniu programu, ona pokaże się jako pierwsza w tym polu.

Aby zdefiniować nowe kartoteki, należy za pomocą myszy wybrać opcję menu **Administracja,** a następnie – po rozwinięciu menu – kliknąć myszą pozycję **Kartoteki**. (Rys. niżej). Funkcja ta umożliwia definiowanie numerów i nazw kartotek (punktów rejestracyjnych).



Wybór opcji Kartoteki z menu

Po uruchomieniu funkcji na ekranie wyświetla się formularz przedstawiony na rys. niżej. Żółta lista zawiera numery i odpowiadające im nazwy kartotek.

Kartoteki								
Nowy (F7)         Tryb edycji (F6)         Zatwierdź (F9)         Wyjście (F10)								
Kasuj (F8								
Nr kartoteki Opis								
01 Kartoteka ogólna								
02 Kartoteka lekarza Rodzinnego								
03	Kartoteka Poradni K							
04	Kartoteka Gastrologiczna							
05	Kartoteka Schorzeń Tarczycy							
06	Kartoteka Urazowo-Ortopedyczna							
07	Kartoteka Chirurgii Ogólnej							

Definiowanie kartotek

### Aby zmodyfikować listę kartotek:

- 1. Wybierz przycisk Tryb edycji (F6).
- 2. Wybierz przycisk Nowy (F7), jeżeli chcesz wprowadzić nową kartotekę.
- 3. Wprowadź odpowiednie zmiany w opisie kartoteki (numer, nazwa). Numer kartoteki powinien być unikalny.
- 4. Wybierz przycisk **Zatwierdź**.
- 5. Po wprowadzeniu wszystkich zmian zamknij formularz przyciskiem **Wyjście (F10)**.

### 2.3.2 Księgi główne

Po wybraniu opcji menu **Administracja/Konfiguracja systemu/Księgi główne** wyświetla się formularz z listą. Jeżeli została już przeprowadzona elektroniczna transmisja danych z systemem OW NFZ, odpowiednie numery ksiąg głównych ewidencjonowanych w systemie powinny wyświetlić się na liście. Można zmienić opis wybierając przycisk **Dane** (**F6**) lub dwukrotnie klikając pozycję na liście.

Nowy (F7)	Dane (F6)	Usuń (F8)	Wyjście (F10)				
Nr księgi	Opis		Nr księgi w CZP				
241	Księga numer 241	Księga numer 241					
171	Księga numer 171		171				

Księgi główne

### 2.3.3 Oddziały

Po wybraniu opcji menu **Administracja/Konfiguracja systemu/Oddziały** wyświetla się formularz z listą. Lista oddziałów, podobnie jak ksiąg głównych, importowana jest elektronicznie z bazy OW NFZ. Przycisk **Dane (F6)** pozwala zdefiniować kod resortowy cz. V dla oddziału, wybrać, który z oddziałów jest izbą przyjęć oraz zaznaczyć, czy z danego oddziału może być wykonywany eksport danych do Centrum Zdrowia Publicznego w zakresie karty statystycznej.

Pła	tnik: 12 - Śląski Oddzia	ał Wojewódzki	NFZ		•	Znajdź	(ENTER)	Dane (F6) Wyjście (F10
Kod od Iazwa od	idz.:		Kole	jność: <ni< th=""><th>eposortow</th><th>ane&gt;</th><th><u>·</u></th><th>]</th></ni<>	eposortow	ane>	<u>·</u>	]
Płatnik	Kod oddz. w SINFZ	Nr instytucji	Nr księgi	Kod oddz.	Nr oddz.	Kod res. cz. V	Eksport do CZP	Nazwa oddziału
12	12002244	12002161	403	4000	066		т	Oddział chorób wewnętrznych
10	12002245	12002161	403	4401	067		Т	Oddział pediatryczny
12		10000404	400	4200	000		т	Oddaiat dagaatalagiaanu

Lista oddziałów we wszystkich jednostkach świadczeniodawcy

Jeżeli definiowany oddział jest izbą przyjęć, należy zaznaczyć stosowne pole. Informacja ta jest wymagana do celów statystycznych oraz ma wpływ na sposób numeracji kolejnych pobytów na oddziale.

### 2.3.4 Inicjalizacja słowników

Podczas uruchamiania programu słowniki miedzy innymi oddzialów oraz ksiąg głównych, ładowane są do pamieci (w celu szybszej ich obsługi). W zwiazku z tym, po modyfikacji danych słownikowych dotyczących oddzialów lub ksiąg należy ponownie załadować dane z tych slowników, aby dokonane zmiany były widoczne w aplikacji, bez konieczności ponownego uruchomienia programu.

W tym celu należy wybrać polecenie z menu głównego Administracja/Inicjalizacja

12

słowników.

# Rozdział

2

# 3 Przyjęcie pacjenta

Cały proces przyjęcia pacjenta składa się z następujących etapów:

- rejestracja pacjenta w bazie danych
- otwarcie nowej hospitalizacji i przyjęcie pacjenta na oddział.

Dopiero po otwarciu nowej hospitalizacji można w jej ramach ewidencjonować ruch chorych, oraz wszelkie świadczenia zrealizowane na rzecz pacjenta.

### 3.1 Rejestracja pacjenta w bazie

Przyjmowanego pacjenta można zarejestrować wyszukując go w przeglądzie pacjentów i wybierając istniejący wpis z listy. Jeżeli pacjent jeszcze nie jest wpisany, należy go ręcznie dopisać do bazy.

### Aby zarejestrować pacjenta:

- 1. Na formularzu głównym programu wybierz polecenie **Przegląd pacjentów (F4)**. Pojawi się formularz z listą pacjentów.
- Znajdź pacjenta na liście. Do odszukania wykorzystaj pola Nazwisko, Pierwsze imię, Numer PESEL. W każdym z tych pól możesz wpisać całą lub fragment wartości. Po naciśnięciu klawisza ENTER, program wyświetli listę wszystkich pacjentów, których początki nazwisk, imion i numerów PESEL odpowiadają wpisanym wartościom w polach wyszukiwania.
- 3. Wybierz istniejącą pozycję z listy. Wyboru pozycji z listy możesz dokonać na jeden ze sposobów:
  - dwukrotnie kliknij myszą pozycję na liście
  - zaznacz myszą pozycję i wybierz polecenie Dane (F6)
  - możesz także nie używać w ogóle myszy. Naciśnij na klawiaturze klawisz F4. Gdy niebieskie zaznaczenie wiersza znajdzie się w tabelce, przesuń je klawiszami strzałek góra/dół na wybieraną pozycję. Następnie naciśnij klawisz F6, aby otworzyć formularz pacjenta.
- Jeżeli na liście brakuje szukanej pozycji (lista jest pusta przy zadanym kryterium szukania) możesz dokonać nowego wpisu. W tym celu wybierz polecenie Nowy (F7). Otworzy się pusty formularz pacjenta, w którym wpisujesz wszystkie wymagane informacje. Na koniec wybierz polecenie Zatwierdź (F9). Dane pacjenta zostaną zapisane w bazie.

Dane pacjenta	×
Nazwisko:	Pierwsze imię: Drugie imię:
1. Dane podstawowe       2. Hospitalizacje         Nr karty:	Ubezpieczyciel Oddział NFZ: O4 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ Status kodu oddziału NFZ: X - Nie dotyczy
Adres stałego zameldowania       Kod terytorialny:       Województwo:       Miejscowość:       Kod pocztowy:       Image: State of the sta	Adres zamieszkania Kod terytorialny: Województwo: Miejscowość: Kod pocztowy: Kod pocztowy: Nr domu: Nr lokalu: Telefon: Kasowanie (F8) Tryb edycji (F6) Zatwierdź (F9) Wyjście (F10)

Pusty formularz nowego pacjenta

Wskazówka: Podczas uzupełniania danych można przemieszczać się między kolejnymi polami do przodu i do tyłu klawiszami TAB i SHIFT+TAB. Z kolei w polach słownikowych (tzn. zaopatrzonych w przycisk ➡) klawisz F2 otwiera słownik kontekstowy. Klawisz F3 z reguły wpisuje bieżącą datę w polach daty lub jakąś wartość domyślną, tzn. najczęściej używaną.

Następujące pola powinny być wypełnione na formularzu pacjenta:

- Nazwisko. Gdy nazwisko jest nieznane, należy wpisać <nieznany>.
- Pierwsze imię oraz opcjonalnie drugie imię.
- PESEL. Jeżeli PESEL pacjenta jest nieznany lub pacjent jeszcze nie ma nadanego numeru (np. noworodek), to w polu należy wpisać same zera: 0000000000.

**Informacja:** Podczas zatwierdzania danych, sprawdzana jest poprawność wprowadzonego numeru PESEL. Jeżeli suma kontrolna nie zgadza się, program nie pozwoli na zatwierdzenie zmian.

Informacja: pole PESEL jest ściśle powiązane z następnym polem: Status nr PESEL.

**Informacja:** umożliwiono wpisanie poprawnego numeru PESEL dla pacjentów cudzoziemiec z UE ponieważ mogą oni wystąpić o jego nadanie, w tym przypadku występuje także sprawdzenie poprawności i zgodności z datą urodzenia i płcią.

**Uwaga:** W przypadku pomyłki operatora w polu PESEL i zatwierdzeniu danych, należy usunąć dane pacjenta (pod warunkiem że nie zostały już powiązane z hospitalizacjami,

świadczeniami, deklaracjami lub kolejkami). Jeżeli są już powiązane nowe, poprawne dane pacjenta należy wprowadzić jako zupełnie nową pozycję w bazie. Przypisane pacjentowi hospitalizacje, świadczenia, kolejki zaznaczyć jako usunięte, deklarację wycofać z datą złożenia. Wynika to z tego, że po zaznaczeniu jako usuniętych danych hospitalizacji, świadczeń czy kolejek związanych z blędnie wpisanym pacjentem, dane te nadal istnieją w bazie, a więzy integralności nie pozwolą na usunięcie błędnie wpisanych danych o pacjencie.

- Status PESEL. W przypadku wpisania numeru PESEL, rozwijane pole powinno mieć wybraną pozycję <nie dotyczy>. W przypadku numeru PESEL zerowego należy określić powód braku numeru:
  - B nienadany
  - N noworodek
  - C cudzoziemiec spoza UE
  - U cudzoziemiec z UE wybranie pola powoduje zmianę zawartości pól Oddział NFZ na 099 – Kraje Unii Europejskiej i Status kodu oddziału NFZ na C – cudzoziemiec
- Płeć: N nieokreślona, K kobieta, M mężczyzna.
- Data ur. pacjenta, wymagana także dla zerowego numeru PESEL.
- Oddział NFZ. Oddział właściwy ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta
- Dane dotyczące stałego zameldowania. Wśród nich obowiązkowa jest gmina wybierana ze standardowego słownika gmin. Gdy gmina nie jest znana, należy wpisać kod 0000000. W przypadku, gdy wpisuje się nazwę ulicy, to należy także wybrać z listy typ ulicy.
- Dane dotyczące miejsca zamieszkania, jeśli różnią się od danych stałego zameldowania. W przypadku, gdy oba adresy są identyczne, nie należy wypełniać tej sekcji. Za pomocą przycisku >> dane można przekopiować z adresu stałego zameldowania, a następnie zmodyfikować.

Przykład prawidłowo wypełnionych danych pacjenta, tuż przed zatwierdzeniem zmian, przedstawia rysunek poniżej.

Nazwisko:       Pierwsze imię:       Drugie imię:         PACJENT_1       PL       REAL         1. Dane podstawowe       2. Hospitalizacje       Image: Nr karty:         Dane osobowe       PESEL: 55010111118       Ubezpieczyciel         Dane osobowe       PESEL: 55010111118       Ubezpieczyciel         Status nr PESEL:       N - nie dotyczy       Image: Nr ewid. w UE:       Image: Nr ewid. w UE:         Data gr.:       01.01.1955       Pteć:       M - mężczyzna Image: Nr i edotyczy       Image: Nr i edotyczy         Adres stałego zamełdowania       Kod terytorialny:       Image: Image: No i edotyczy       Image: Nr i edotyczy         Kod terytorialny:       Image: Image: Image: Nr i edotyczy       Image: Nr i edotyczy       Image: Nr i edotyczy         Adres stałego zamełdowania       Kod terytorialny:       Image: I	ne pacjenta		2
PACJENT_1       PL       REAL         1. Dane podstawowe       2. Hospitalizacje         Nr karty:	Nazwisko:	Pierwsze imię:	Drugie imię:
1. Dane podstawowe       2. Hospitalizacje         Nr karty:       Ubezpieczyciel         Dane osobowe       PESEL: 550101111118         Status nr PESEL: N - nie dotyczy       Image: Comparison of the status	PACJENT_1	PL	REAL
Adres stałego zameldowania       Adres zamieszkania         Kod terytorialny:       0809014         Województwo:       LUBUSKIE         Miniscowaćć:       988342	1. Dane podstawowe 2. Hospitalizacje Nr karty: Dane osobowe PESEL: 55010111118 Status nr PESEL: N - nie dotyczy Nr ewid. w UE: Data <u>u</u> r.: 01.01.1955 Płeć: M - mężczyzn- Dokumenty UE Decyzje	Ubezpieczyciel Oddział NFZ: 04 - Lubuski Odd Status kodu oddzi X - Nie dotyczy	ział Wojewódzki NFZ 💌
Kod pocztowy:     00-000       ulica     Testowa1       Nr domu:     1       Telefon:     Nr lokalu:         Kasowanie (F8)     Tryb edycji (F6)         Zatwierdź (F9)     Wyjście (F10)	Adres stałego zameldowania Kod terytorialny: 0809014  BABIMOST Województwo: LUBUSKIE Miejscowość: 988342  Babimost Kod pocztowy: 00-000 ulica Testowa1 Nr domu: 1 Nr lokalu: 1 Telefon:	Adres zamieszkan Kod terytorialny: Województwo: Miejscowość: Kod pocztowy: Kod pocztowy: Nr domu: Telefor:	ia 

Prawidłowo wypełnione dane pacjenta tuż przed zatwierdzeniem

Po stwierdzeniu, że dane o pacjencie są wprowadzone nieprawidłowo można je usunąć wykorzystując klawisz **Kasowanie (F8)** 

Funkcja usuwająca zadziała pod warunkiem, że pacjent nie ma jeszcze przpisanych żadnych danych o hospitalizacjach, deklaracjach, świadczeniach lub kolejkach oczekujących.

### 3.2 Rejestracja dokumentów upoważniających dla pacjentów z Unii Europejskiej

Do wprowadzania danych o dokumentach upoważniających należy posłużyć się przyciskiem **Dokumenty UE** na formularzu danych pacjenta. Przycisk ten jest aktywny dla pacjentów, dla których wprowadzono wartość pola Status nr PESEL jako **U - cudzoziemiec z UE**. Pacjentowi można przypisać kilka dokumentów upoważniających. Po wybraniu przycisku **Dokumenty UE** pojawi się Słownik dokumentów upoważniających:

	🛛 Słownik dokumentów upoważniających												
N	azwisko:			mię:		Nr ewidency	yjny w k	crajac	h UE:				
Γ										⊥} X			
к	olejność: wg identyfi	katora dokume	entu	•				Now	y (F7) 🛛 🛛	√yjście (F10)			
	Warunki:			Usuri	i powiązanie z pad	;jentem (F8)		Dan	e (F6) 🛛 🛝	#ybierz (F5)	]		
	ldentyfikator dokumentu	Rodzaj dokumentu	Typ formularza	Numer dokumentu	Numer ewidencyjny upoważnionego	Nazwisko członka rodziny	lmior człon rodzii	na ka ny	Data wystawienia	Data ważności od	– Data ważności do	Kod instytucji właściwej	K insty wła:
	0801000800000000	12 Formularz t	E119		1234567890123	abcdefghijk	weTH	iWR	07.02.2006	25.12.2006	30.12.2006		BE
-													
								Ì					
_													
-													
-													
_													

Słownik dokumentów upoważniających

Przegląd danych może być filtrowany po następujących danych:

Pole Warunki: wszystkie dokumenty lub tylko aktywne.

Dane w przeglądzie mogą być wyświetlane w kolejności:

- wg identyfikatora dokumentu
- wg daty końca ważności
- wg daty wystawienia.

Na danych w przeglądzie można wykonać następujące operacje:

- Przycisk Nowy (F7) aktywny tylko w przeglądzie dla wybranego pacjenta tworzy nowy dokument.
- Przycisk Dane (F6) lub podwójne kliknięcie na pozycji przeglądu otwiera formularz
   Dane dokumentu upoważniającego ze szczegółowymi danymi dokumentu.
- Przycisk **Usuń powiązanie z pacjentem (F8)** aktywny tylko w przeglądzie dla wybranego pacjenta usuwa powiązanie z danym pacjentem wybranym w filtrze. Usunięcie powiązania możliwe jest tylko, gdy dokument jest powiązany przynajmniej z jeszcze jednym pacjentem, oraz gdy dokument nie jest skojarzony z żadnym rozliczeniem produktu jednostkowego zarówno po stronie danych lecznictwa ambulatoryjnego jak i stacjonarnego.
- Przycisk **Wybierz (F5)** lub podwójne kliknięcie na pozycji przeglądu dostępne w przypadku wyboru dokumentu i kojarzeniu z produktem jednostkowym na świadczeniu lub kwalifikacji rozliczenia.

**Informacja:** Dostęp do tego słownika jest także możliwy z głównego okna aplikacji przez menu: **Specjalne/Przegląd dokumentów upoważniających UE**. W tym przypadku przegląd danych może być filtrowany dla konkretnego pacjenta wybranego ze słownika pacjentów otwieranego z przycisku . Jeżeli z kolei zostanie użyty przycisk , w przeglądzie będzie można jedynie przeglądać i modyfikować istniejące dokumenty wszystkich pacjentów.

# Aby zarejestrować dokument upoważniający dla pacjenta ubezpieczonego w kraju Unii Europejskiej:

#### Lecznictwo Stacjonarne

19

- 1. Otwórz formularz dokumentu upoważniającego przyciskiem Nowy (F7).
- Uzupełnij pole Rodzaj dok. (wybór z listy rodzajów dokumentów upoważniających E -EKUZ, F - Formularz typu E, P - Poświadczenie formularza typu E lub C -Certyfikat zastępczy).
- 3. Uzupełnij pola Typ formularza i/lub Numer formularza (dostępne w zależności od wybranego rodzaju dokumentu).
- 4. Uzupełnij pole Data wystawienia.
- 5. Uzupełnij pola Data ważności (podając zakres dat).
- 6. Wypełnij pole Kod instytucji właściwej posługując się słownikiem kontekstowym.
- 7. Wypełnij pole Kod kraju instytucji właściwej wybierając kod ze słownika krajów.
- 8. Wybierz z listy Status zatrudnienia
  - 1 Osoba zatrudniona
  - 2 Osoba pracująca na własny rachunek
  - 3 Osoba bezrobotna
  - 4 Pracownik przygraniczny (zatrudniony)
  - 5 Pracownik przygraniczny (pracujący na własny rachunek)
  - 6 Pracownik sezonowy
  - 7 Pracownik przygraniczny
  - 8 Osoba wnioskująca o emeryturę/rentę
  - 9 Emeryt/rencista (system dla osób zatrudnionych)
  - 10 Emeryt/rencista (system dla osób pracujących na własny rachunek)
  - 11 Student
  - 12 Inna osoba ubezpieczona
- 9. Uzupełnij odpowiednie dane w sekcjach **Dane upoważnionego**, **Dane członka rodziny**, **Adres właściwy**, **Adres tymczasowy**.
- 10. Zatwierdź wprowadzone dane (przycisk Zatwierdź (F9)).

**Informacja:** Modyfikacja danych dokumentu (przycisk **Tryb edycji (F6)**) jest możliwa pod warunkiem, że dokument nie jest powiązany z żadnym świadczeniem znajdującym się na zamkniętym sprawozdaniu. Na formularzu jest także dostępny przycisk **Kasowanie (F8)**. Umożliwia on usunięcie dokumentu z systemu pod warunkiem, że dokument nie jest powiązany z żadnym świadczeniem i żadnym innym pacjentem.

Przy uzupełnianiu danych o dokumencie występują następujące warunki:

- Jeżeli jest dopisywany nowy dokument, to dane osobowe i adresowe są podpowiadane na podstawie danych pacjenta.
- Jeżeli podano kod instytucji właściwej lub łącznikowej ze słownika instytucji, to uzupełniany jest także kod kraju, przy czym nie ma możliwości zmiany kodu kraju instytucji.
- Kod kraju instytucji jest wymagany, jeżeli nie podano kodu instytucji właściwej lub łącznikowej.
- Numer ewidencyjny pacjenta/ubezpieczonego w krajach UE jest wymagany.
- Dla rodzaju dokumentu E EKUZ (Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego) wymagane jest wypełnienie pól: Typ formularza, Numer formularza, druga Data ważności (data końca ważności).
- Dla rodzaju dokumentu F Formularz typu E wymagane jest wypełnienie pól: Data wystawienia, Data ważności. Dodatkowo nieaktywne jest pole Numer formularza.
- Dla rodzaju dokumentu P Poświadczenie formularza typu E wymagane jest wypełnienie pól: Typ formularza, Numer formularza, Data wystawienia.
- Dla rodzaju dokumentu C certyfikat zastępczy wymagane jest wypełnienie pól: Data wystawienia, Data ważności. Dodatkowo aktywne, ale niewymagane jest pole Numer

formularza.

Formatka edycji dokumentu poświadczającego nie pozwala na niepoprawne wprowadzenie innego formatu:

Jeśli w formatce wybrano Rodzaj dokumentu: **P - Poświadczenie formularza typu E** to:

- 1. Dla dokumentów wprowadzonych w 2004 roku format numeru formularza jest następujący: [kod oddziału dwie cyfry]/[dowolna liczba pięciocyfrowa] podpowiadając od razu domyslny kod oddziału..
- 2. Dla dokumentów wprowadzonych w 2005 roku format numeru formularza jest następujący: [kod oddziału dwie cyfry]/[typ formularza]/[rok wydani apoświadczenia dwie ostatnie cyfry]/[dowolna liczba pięciocyfrowa] domyślnie podpowiadany jest kod oddziału, typ formularza oraz rok wystawienie.

Zmiana daty wystawienie powoduje ponowne podpowiadanie numeru uoważnienia. Podobnie zachowuje się zmiana typu formularza, z taką różnicą, że przy zmianie typu tylko część numeru formularza jest podmieniana , a zmiana daty powoduje generację numeru od nowa.

Dane dokumentu upoważniającego	×
	ldentyfikator dokumentu: 08010180000000016 🛛 🖳
Dokument upowazniający	04/E106/06/00001
Rodzaj dok.: P - Poświadczenie formularza typu E 🔄 Numer	formularza:  04/E 100/00/00001
Typ formularza: E106 🗾 Data w	ystawienia: 03.02.2006 Data ważności: 01.01.2006 31.12.2006
Kod instytucji właściwej: 💛 🔀	
Kod kraju instytucji właściwej: DK	
Status zatrudnienia: 1 - Osoba zatrudniona	<b></b>
Artykuł prawny: 19.1 i 2 - zamieszkanie w państwie innym niż	państwo właściwe 🗾
Dane upoważnionego	Dane członka rodziny
Nr ewid. w UE: DK123456789	
Nazwisko: Pacjent_10	Nazwisko:
Imiona: UE	Imiona:
Nazwisko rod.:	Nazwisko rod.:
Data ur.: 15.04.1987	Contra ur.:
Płeć: M - mężczyzna 🔽	Płeć:
Adres właściwy	Adres tymczasowy
	Kod teryt.:
Miejscowość: Kobenhavn	Miejscowość:
Kod pocztowy: 000000000	Kod pocztowy:
Ulica: TestowaUE_1	Illica
Nr domu: 1	Nr domu: Nr lokalu:
Kasowan	ie (F8) Tryb edycji (F6) Zatwierdź (F9) Wyjście (F10)
Przełączenie w tryb edycji	

Wypełniony formularz dokumentu upoważniającego

## 3.3 Rejestracja pacjenta z kraju spoza Unii Europejskiej

Rejestracja takiego pacjenta różni się następująco:

- 1. W polu Oddział NFZ pozostawiamy domyślny lokalny oddział NFZ jednostki.
- 2. W polu Status nr PESEL wybieramy 'C cudzoziemiec spoza UE'.
- 3. Pozostałe dane wprowadzamy podobnie, jak dla pacjenta z Unii Europejskiej.

21

### 3.4 Otwarcie nowej hospitalizacji

Kolejnym etapem przyjęcia pacjenta jest odnotowanie w rejestrze księgi głównej przyjęcia pacjenta przez otwarcie nowej hospitalizacji. Dopiero wtedy będzie można zarejestrować pobyty pacjenta na oddziałach oraz wszelkie wykonane procedury.

### Aby otworzyć nową hospitalizację:

- 1. Otwórz formularz pacjenta przez wybór pozycji z przeglądu pacjentów.
- 2. Przejdź na zakładkę **Hospitalizacje**.
- 3. Wybierz przycisk **Przyjęcie (F7)** w grupie Hospitalizacje. Otworzy się formularz **Dane** hospitalizacji.
- 4. Wybierz zakładkę **Przyjęcie** (klawisz CTRL+TAB) p. rysunek niżej.

Dane hospitalizacji		×
Nazwisko:	Pierwsze imie:	Druaie imie: Nr KG: 4
Numer karty:	ld. hospitalizacji:	PESEL: Rok KG: 2006
1. Pacjent 2. Przyjęcie 3. Rozpozi	nania   <u>4</u> . Pobyty   <u>5</u> . Inne	<u>6</u> . Wypis <u>7</u> . Rozliczenie hosp. <u>8</u> . Historia rozliczeń
Płatnik:  04 - Lubuski Oddział Wojew	ódzki NFZ 🗾	<ul> <li>przyjęcie planowe</li> <li>przyjęcie w trybie nagłym ze skier. z pom. doraźnej</li> <li>przyjęcie w trybie nagłym ze skier. innym niż z pom. dor.</li> </ul>
Data przyjęcia: Data skierowania: Data wpisu do ksiegi oczekujacyci	Godz.:	<ul> <li>przyjęcie w trybie nagłym bez skierowania</li> <li>przyjęcie z decyzji sądu</li> <li>Przwiecie z art 62</li> </ul>
- Dane zlecenia Nr skierowania: REGON: Nr kontraktu zlec.:		Rozpoznanie na skierowaniu
Kod resortowy       cz. VI:       cz. V:       cz. V:	-} X cz. ∀I	Nr prawa wykonywania zawodu personelu zlec.         Rodzaj:       -         Numer prawa:       -
<< Poprzednia Następna >>	Nowa H	hosp. (F11) Tryb edycji (F6) Zatwierdź (F9) Wyjście (F10)



5. Na formularzu danych hospitalizacji należy uzupełnić Datę i Godzinę przyjęcia oraz Datę skierowania. Opcjonalnie możesz także wpisać datę wpisu do księgi oczekujących.

**Wskazówka:** Bieżącą datę i godzinę możesz wstawić naciskając klawisz F3, gdy wskaźnik tekstowy znajduje się w jednym z tych pól.

- 6. Nr. kuponu opcjonalnie tylko dla instalacji uwzględniającej występowanie kuponów.
- 7. Wypełnij wszystkie znane informacje o instytucji zlecającej, o ile pacjent przyszedł ze skierowaniem. Jeżeli instytucją zlecającą jest jedna z placówek świadczeniodawcy, to można dodatkowo podać kod i numer oddziału w tamtej placówce, z której został

skierowany pacjent.

**Wskazówka:** Wszystkie placówki tego samego świadczeniodawcy można znaleźć w słowniku instytucji, podając w polu wyszukiwania własny kod świadczeniodawcy.

8. Na tej samej zakładce ustal tryb przyjęcia oraz źródło skierowania. W przypadku trybu nieplanowego, zaznacz, czy był to wypadek czy inne.

**Uwaga:** Musisz wskazać Numer prawa wykonywania zawodu oraz jego Rodzaj dla personelu zlecającego.

- 9. Na zakładce **Rozpoznania** możesz podać do celów statystycznych wszystkie rozpoznania i choroby posługując się hierarchicznym słownikiem chorób. Wybór słownika odbywa się, jak wszędzie, po wybraniu przycisku lub naciśnięciu klawisza F2. Otwiera się wtedy hierarchiczny słownik chorób. Należy w nim dwukrotnie klikać we właściwe grupy, aż dojdzie się do pozycji, która ma wpisany kod po lewej stronie. Przesuwanie się po słowniku poziom wyżej i niżej zapewniają przyciski << i >>.
- 10. Na zakładce **Inne** można zmienić numer oraz rok księgi głównej, jeżeli podpowiedziały się niewłaściwe. Raz zmieniony numer i rok będzie się tak podpowiadał za każdym razem aż do ponownego uruchomienia programu.
- 11. Na zakładce **Inne** można także zarejestrować hospitalizację noworodka i powiązać ją z jedną z wcześniej wpisanych hospitalizacji matki (grupy Dane noworodka i Hospitalizacja matki). Aby powiązać hospitalizację matki z hospitalizacją noworodka należy:
  - edytując hospitalizację matki na zakładce Inne wybrać przycisk Porody;
  - następnie na wyświetlającej się zakładce **Porody** dodać hospitalizację noworodka.
     Od tej pory, edytując hospitalizację noworodka, zawsze na zakładce **Inne** w sekcji
     Hospitalizacja matki będzie pojawiała się informacja o numerze noworodka i dane osobowe matki.
- 12. Na zakładce **Wypis** można wprowadzić po zakończeniu hospitalizacji informacje o dacie wypisu, trybie wypisu i w przypadku zgonu pacjenta, informacje o jego przyczynach.
- 13. Po wprowadzeniu wszystkich danych wybierz polecenie **Zatwierdź (F9)**. Jeżeli dane są niepełne, program wyświetli właściwy komunikat błędu, a następnie ustawi wskaźnik w polu, w którym brakuje wartości. Po uzupełnieniu danych ponownie zatwierdź zmiany.

Dane dotyczące hospitalizacji możesz w każdej chwili zmienić, wybierając na tym formularzu polecenie **Tryb edycji (F6)**. Jednakże, gdy – po dokonaniu wypisu pacjenta ze szpitala – dane z poziomu hospitalizacji zostaną skierowana do rozliczenia, edycja może już nie być możliwa po wykazaniu tych informacji na sprawozdaniu w module Wspomagania Rozliczeń i wyeksportowaniu danych do płatnika. Wtedy jedyną możliwością dokonania zmian będzie wygenerowanie korekty.

## 3.5 Karta informacyjna

Dodając nową hospitalizację pacjentom o Statusie numeru PESEL: **U - cudzoziemiec z UE** należy wypełnić dane o dokumencie upoważniającym (opisano w Rozdziale: Rejestracja dokumentów upoważniających dla pacjentów z Unii Europejskiej) Do tak zapisanej hospitalizacji można dołączyć **Kartę informacyjną** o świadczeniach udzielonych osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji dla świadczeń z zakresu lecznictwa ambulatoryjnego. W tym celu na formularzu hospitalizacji należy wybrać przycisk **Karta informacyjna**.

P600 Karta informacyjna	o udzielonych świadczeniach			×
	Miejso	owość: BYTOM		
	DANE ŚWIADCZE	NIODAWCY		
Manua	SWIADCZENIODAWCA TESTOWY			
Nr umowy z NFZ:	121/101180/0403/01/2	1		
Dokument: Rodavi: Formulara tunu l	E Turs: E109 Dista www.t - 05.01.2005	Nr awid nac - 111	222	-
prodzaj. Ponindrarz typo i	E Typ. E TOS Data wyst. 0501-2005	NT ewid. pac TT		
[	DANE PACI	INTA		
Nazwisko:	SCHMITT			
Inic (iniona):	KLARA			
Data urodzenia:	05.04.1975			
Adres zamieszkania:	Meisenweg 123 122333 Hamburg			
Identyfikator:	111222			
	FORMULARZ	SERII E		
Rodzaj formularza:	E109	1		
Kolejny nr formularza:		İ		
		Podgląd (F4)	Wydruk (F5)	Wyjście (F10)

Karta informacyjna dla cudzoziemców

Po wydrukowaniu, kartę informacyjną podpina się do sprawozdania finansowego wysyłanego do NFZ.

### 3.6 Przyjęcie pacjenta na oddział

Po otwarciu nowej hospitalizacji możesz już przyjąć pacjenta na konkretny oddział szpitala. W tym celu, w ramach danej hospitalizacji należy otworzyć nowy pobyt, w którym – oprócz innych danych – podaje się kod i numer oddziału.

#### Aby przyjąć pacjenta na oddział

1. Na formularzu danych hospitalizacji przejdź na zakładkę **Pobyty**. Wyświetli się tabelka z listą aktualnie wpisanych pobytów w ramach tej hospitalizacji. Aby dopisać nowy, wybierz polecenie **Nowy (F7)**.

Na zakładce tej umożliwiono ponadto filtrowanie wyświetlania także pobytów usuniętych, gdyż po usunięciu nie są one fizycznie usuwane lecz tylko zazanczane jako usunięte, dzięki temu istnieje możliwośc przywrócenia usuniętego pobytu poprzez przycisk **Przywróć (F8)**, przy zaznaczeniu usuniętego pobytu zmienia się funkcjonalność i opis przycisku wcześniej używanego do usuwania pobytu. Przykład na rysunku poniżej.

ane hospitalizacji							
Nazwisko: Witek Nrewid w krain UE:	Pierwsze imię: Drugie imię: Tadeusz			ugie imię:	Nr KG: 296		
1111111111	0000	00003309093	30801 0	00000000000	Nr w KG: 114		
<u>P</u> acjent Pr <u>z</u> yjęcie F	Rozpoz <u>n</u> ania P <u>o</u> byty	Inne Wypis B	ozliczenie hos	sp.   <u>H</u> istoria rozlicz	eń		
🔲 pokaż tylko a <u>k</u> ty <del>w</del> n	e						
Nr pobytu	Opis oddziału	Przyjęcie	Wypis	Status Usunięty			
	AŁ DZIENNY PSYCHIATI	RYCZNY 17.12.2005		0 Tak	Dane pobytu (F5)		
					Nowy pobyt (F7)		
					Przywróć (F8)		
<< Poprzednia Następ	na >> Karta informa	cyjna Nowa hos	p. (F11) Try	v <mark>b edycji (F6)</mark> Zatwid	erdž (F9) 🛛 Wyjście (F10)		
					,		

Lista pobytów na oddziale

**Uwaga:** Nie możesz być w trybie edycji hospitalizacji, gdyż wszystkie polecenia na tej zakładce będą nieaktywne.

Otworzy się formularz jak na rysunek poniżej.

- 2. W polu Centralny kod kom. wybierz przycisk ➡ i z listy wybierz jedno miejsce realizacji. W polu Kod oddz. w SINFZ wybierz przycisk ➡ i z listy wybierz oddział. Reszta danych w tej sekcji zostanie automatycznie wypełniona, wypełnione zostaną także zależne pola na górnym pasku formularza.
- 3. Określ Świadczenie zasadnicze, wybierając właściwą pozycję z rozwijanej listy.
- 4. Wpisz datę i godzinę początku pobytu na oddziale.

Dane pobytów na oddziałach				×
Nr kuponu: 00000000330909330801		Centr. kod. kom.:	2188	04004910
PESEL: 0000000000	Nr K.G.: 296	Kod oddziału: 2700	Dddział dzienny psychiatryc	ozny 💼
Nazwisko: Witek	Rok K.G.: 2005	Nr oddziału: <mark>002</mark>	ODDZIAŁ DZIENNY PSYC	HIATRYCZNY 🔼
Imię: Tadeusz	Nr w K.G.: 114	K.G. oddziału: <mark>296</mark>		<b>V</b>
Oddział Bozpoznania Procedury I	Przepustki/Obecności	Rozliczenia pobytu		
Dane dotyczące oddziału		Personel r	ealizujący	1
Centralny kod kom.: 2	188 🕂 🖂			
Kod oddz. w SINFZ: 04004	910 🖳 🗆 🗆	ba przyjęć Nazw	isko:	
Kod oddziału: 2700 Oddzi	ał dzienny psychiatryczny	<u> </u>	lmię:	
Instytucja: 04002718		Typ perso	nelu:	
Nr oddziału: 002 0DD2	IAŁ DZIENNY PSYCHIATE	RYCZNY A PE	SEL:	
Nr księgi głównej: 296	UNAWA	Nr pr	awa:	
Świadcz. zasadnicze: 1.1 - pobyt na jedr	ıym oddziale			<b>T</b>
Świadcz. dodatkowe: 4.23 - trasnsport p	acjenta			
Typ świadczenia: 7 - Hospitalizacja (	dzienna z badaniami lab	ooratoryjnymi		<b>V</b>
Data przyjęcia: 17.12.2005 Go	idz.: 10:46 K	od płatnika: 04 🛛 🛛	ubuski Oddział Wojewódzki I	NFZ (04) 📑
Data wypisu: Go	odz.:	Tabela miar:		
	Jedn	ostka miary:		
<< Poprzedni Następny >> Nowy	pobyt (F11) Kasow	anie (F12) Tryb edyc	ii (F6) Zatwierdź (F9)	Wyjście (F10)

Dane pobytu na oddziale

- 5. Możesz przyporządkować do pobytu personel realizujący w sekcji Personel realizujący. Wybór pozycji ze słownika odbywa się, jak wszędzie, po wybraniu przycisku 4. Po wyborze osoby ze Słownika personelu reszta danych w tej sekcji zostanie wypełniona automatycznie na podstawie danych ze słownika.
- 6. Na zakładce **Rozpoznania** możesz podać do celów statystycznych wszystkie rozpoznania i choroby posługując się hierarchicznym słownikiem chorób. Wybór pozycji ze słownika odbywa się, jak wszędzie, po wybraniu przycisku 🚽 lub naciśnięciu klawisza F2.
- 7. Na zakładce **Procedury** możesz dopisać/usunąć i edytować procedury związane z pobytem. Dodatkowo wprowadzono możliwość filtrowana wyświetlanej listy wg. daty początku procedury.

Dane pobytów na	a oddziałach									×
Nr kuponu: 0 PESEL: 0 Nazwisko: V Imię: 1	000000003309 000000000000 Vitek Fadeusz	909330801	Nr K.G.: 2 Rok K.G.: 2 Nr w K.G.: 1	96 2005 14	Cen Kod odd: Nr odd: K.G. odd:	tr. kod. kom. ziału: <mark>2700</mark> ziału: <mark>002</mark> ziału: <mark>296</mark>	: Oddział o ODDZIAł ''INTEGR	2188 Izienny psychiat DZIENNY PS* ACJA''	040049 iyozny YCHIATRYCZNY	
<u>O</u> ddział Ro <b>⊡ Eiltruj wg</b> o	ozpoz <u>n</u> ania daty początku	Procedury	Przepus <u>t</u> ki/Ol	becności Filtruj	<u>R</u> ozlica Usuń p	zenia pobytu proc. (F8)	Dane	proc. (F5)	Nowa proc. (F7	מ
Pełny ko	d procedury	Początek	Kon	iec I	Krotność		Opis proce	dury	Kod	
								pałśczynowk		
<< Poprzedni Nowy wiersz	i Następny	y>> Nov	y pobyt (F11)	Kasowa	nie (F12)	Tryb edy	vcji (F6) 🛛 2	Zatwierdź (F9	) Wyjście (F	10)

Dane pobytów na oddzialach, zakładka Procedury

8. Na zakładce **Przepustki/Obecności** możesz dopisywać kolejne przepustki dla pacjentów ze szpitala. Dopisanie nowej przepustki dla wybranego pacjenta ogranicza się jedynie do wypełnienia

trzech wymaganych w aplikacji pól: początek, koniec i powrót z przepustki.

**Informacja:** Po zakończeniu pobytu pacjenta na oddziale wprowadź datę wypisu na zakładce **Oddział**.

Raz utworzony pobyt można w każdej chwili edytować, póki nie zostanie wykazany na sprawozdaniu w module rozliczeniowym.

Dalsze czynności związane z hospitalizacją pacjenta sprowadzają się do wpisania wszystkich pobytów oraz procedur wykonywanych w ramach pobytów oraz wykazaniu produktów, które będą rozliczone na sprawozdaniu. Zostało to opisane w następnym rozdziale.

# Rozdział

## 4 Ewidencja świadczeń

Cały proces ewidencjonowania świadczeń sprowadza się do dopisywania informacji o pobytach i procedurach do poszczególnych hospitalizacji dla każdego pacjenta. Podczas ewidencji należy szczególną uwagę zwracać na daty oraz godziny przyjęć i wypisów. Ale najważniejszą rzeczą jest rozliczenie świadczeń.

Od roku 2005 świadczenia mogą być rozliczane tylko na poziomie pobytu. Na poziomie hospitalizacji i procedur dane rozliczeniowe są dostępne jedynie do przeglądu i ewentualnego usunięcia.

Dla każdego rozliczanego świadczenia należy określić produkt kontraktowy oraz produkt jednostkowy.

- Produktem kontraktowym nazywamy pozycję planu umowy (np. punkty na oddziale chirurgicznym), dla którego określona jest cena.
- Produkt jednostkowy posiada wagę punktową oraz współczynnik i umożliwia właściwe rozliczenie produktów kontraktowych.

Rozliczeniom mogą podlegać dane z jednego lub kilku pobytów w ramach jednej hospitalizacji. Każdy pobyt może posiadać jedno lub kilka rozliczeń, zgodnie z zasadami rozliczania umów w danym roku. Dla każdej dodawanej pozycji rozliczeniowej należy wybrać produkt kontraktowy, powiązany z daną umową, miesiącem i rokiem oraz produkt jednostkowy.

## 4.1 Hospitalizacje

Ewidencję hospitalizacji można wykonać z poziomu formularza pacjenta lub wybierając na formularzu głównym programu polecenie **Hospitalizacje (F5)**. W tym drugim przypadku otwiera się formularz jak na rysunku poniżej..

Hospitalizacje		×
Szukanie		Nowy (E7)
Płatnik: 04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ 💌	Nr K.G.:	
Oddział NFZ: Wszyscy	Rok K.G.: Znajdź (ENTER)	Dane (F6)
Nr kuponu:	Nr w K.G.:	Usuń (F8)
Id.hosp./pierw.:	🔲 Tylko hospitalizacje usunięte	Zmień o.NFZ (F9)
PESEL: 🔯 🥀 🍊 🗍	Tylko hospitalizacje otwarte	
Nazwisko i imio:	Tulko dane z systemu zewnetrznego	Aktualizuj (F11)
Data anni at	Tulko nie zaznaczone do rozliczenia	
Data przyj. od: Data przyj. do:		Wyiście (F10)
Data wypisu do: Data wypisu do:	Kolejnosc: (Chieposottowaliez	
Data mod. od: Data mod. do:		
Pacjen	t <u>Przyjęcie B</u> ozpoznania <u>Wyp</u>	pis W <u>s</u> zystkie
Id. Nr Nr Rok Nr Błąd Błąd	Nr kuponu Data	Data Data Tryb
hosp. kore KG KG w KG eksp. exp.	przyjęcia	skierowania wpisu do KO przyjęcia
	03.02.2006 12:09	03.02.2006 1
08010180000000011 2 4 2006 3 0	03.02.2006 12:16	4
08010180000000012 2 4 2006 3/1 0	03.02.2006 12:18	4
08010180000000010 2 4 2006 2 0	03.02.2006 12:12	03.02.2006 1
08010180000000017 1 4 2006 5 0	03.02.2006 13:55	4
08010180000000019 1 4 2006 7 0	03.02.2006 14:02	03.02.2006 03.02.2006 1
08010180000000018 1 4 2006 6 0	03.02.2006 13:58	03.02.2006 03.02.2006 1
0801018000000025 1 4 2006 8 0	06.02.2006 09:38	06.02.2006 06.02.2006 1
08010180000000427 0 4 2006 240 0	16.06.2006 12:33	4
0801018000000028 1 4 2006 11 0	06.02.2006 09:47	06.02.2006 06.02.2006 1
0801018000000026 1 4 2006 9 0	06.02.2006 09:43	06.02.2006 1
0801018000000027 1 4 2006 10 0	06.02.2006 09:44	4
08010180000000029 1 4 2006 12 0	06.02.2006 09:49	4
08010180000000035 1 4 2006 13 0	06.02.2006 11:22	06.02.2006 1
	06.02.2006 11:28	06.02.2006 4
	06.02.2006 11:32	4
	06.02.2006 11:26	
	06.02.2006 11:43	
	06.02.2006 13.13	
	06.02.2006 13.12	
	03.02.2003 18.03	
	08.02.2005 13:41	
	08.02.2006 09:42	4
	08.02.2006 09:44	4
08010180000000067 1 4 2006 23 0	08.02.2006 12:11	08.02.2006 08.02.2006 1
		🖗 Darecki2 jest dostępny 🛕

### Przegląd hospitalizacji

Dla instalacji które obsługują kupony, na formularzu umożliwiono filtrowanie po numerze kuponu. Wpisuje się go zamiast numeru hospitalizacji, opis pol zostaje odpowiednio zmodyfikowany.

🗰 Hospitalizacje			<u>-8</u> ×
Szukanie			Nown (E7)
Płatnik: 04 - Lubuski Oddzi	iał Wojewódzki NFZ	Nr K.G.:	
Oddział NFZ: wszyscy		Rok K.G.: Znajdź (ENTE	R) Dane (Fb)
		Nr w K.G.:	Usuń (F8)
ld.hosp./pierw.:		🔲 Tylko hospitalizacje usunięte	Zmień o.NFZ (F9)
PESEL:	🛛 🗿 🕂 📝	🗍 🔲 Tylko hospitalizacje otwarte	
Nazwisko i imie:		Tylko dane z systemu zewnetrzneg	
Data erani edi	Data pravi der	Tylko nie zaznaczone do rozliczen	ia
Data przy, od.	Data przy, uc.		Wyjście (F10)
	Data wypisu uu.	Kolejnosc: Trincposortowalicy	
Data mod. od:	Data mod. do:)		
		P <u>a</u> cjent <u>P</u> rzyjęcie <u>R</u> ozpoznania	<u>Wypis Wszystkie</u>
ld. Nr Nr	Rok Nr Błąd Błą	d Data Data Data	Tryb.
hosp. kore KG	i Ku w Kueksp.exp OF	o. przyjęcia skierowania wpisu do	KU przyjęcia
08010180000000009 2 4	2006 1 0	03.02.2006 12:09 03.02.2006	1
08010180000000011 2 4	2006 3 0	03.02.2006 12:16	4
08010180000000012 2 4	2006 3/1 0	03.02.2006 12:18	4
08010180000000010 2 4	2006 2 0	03.02.2006 12:12 03.02.2006	1
08010180000000017 1 4	2006 5 0	03.02.2006 13:55	4
08010180000000019 1 4	2006 7 0	03.02.2006 14:02 03.02.2006 03.02.200	6 1
08010180000000018 1 4	2006 6 0	03.02.2006 13:58 03.02.2006 03.02.200	6 1
08010180000000025 1 4	2006 8 0	06.02.2006 09:38 06.02.2006 06.02.200	6 1
08010180000000427 0 4	2006 240 0	16.06.2006 12:33	4
0801018000000028 1 4	2006 11 0	06.02.2006 09:47 06.02.2006 06.02.200	6 1
0801018000000026 1 4	2006 9 0	06.02.2006 09:43 06.02.2006	1
0801018000000027 1 4	2006 10 0	06.02.2006 09:44	4
08010180000000029 1 4	2006 12 0	06.02.2006 09:49	4
	2006 13 0	06.02.2006 11:22 06.02.2006	
	2006 15 0	06.02.2006 11:28 06.02.2006	4
	2006 16 0	06.02.2006 11:32	4
	2006 14 0	06.02.2006 11:26	4
	2006 17 0	06.02.2006 11:43	4
	2006 19 0	06.02.2006 15:13	
	2006 10 0	08.02.2008 13.12	
	2000 34 0		
	2006 4 0	08.02.2006 19:41	
	2006 21 0	08.02.2006 09:42	
	2006 22 0	08 02 2006 09:44	
08010180000000067 1 4	2006 23 0	08.02.2006 12:11 08.02.2006 08.02.200	6 1
		-	
			NUM

Przegląd hospitalizacji bez obsługi kuponów

Formularz ten daje duże możliwości wyszukiwania i filtrowania danych po:

- numerze PESEL pacjenta wybranym z listy lub odczytanym z elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego
- datach przyjęcia, wypisu i modyfikacji
- numerach i latach ksiąg głównych
- a także po statusach hospitalizacji: otwartych, usuniętych, z systemu zewnętrznego oraz nie zaznaczonych do rozliczenia.

Dodatkowego wyjaśnienia wymaga opcja zmiany OW NFZ, uruchamiana przyciskiem **Zmień o.NFZ (F9)**.

Standardowe działanie aplikacji jest takie, że w przypadku tworzenia nowej hospitalizacji pole Ubezpieczyciel jest automatycznie przepisywane z danych o pacjencie. Po zatwierdzeniu nie ma już możliwości zmiany tego pola poprzez ponowną edycję danych na formularzu **Dane hospitalizacji**.

Aby zmienić OW NFZ, należy najpierw skorygować pole Oddział NFZ pacjenta na formularzu **Pacjent**. Następnie przejść do formularza **Hospitalizacje**, zaznaczyć odpowiednią pozycję na liście hospitalizacji i wybrać przycisk **Zmień o. NFZ (F9)**.

Poprzednia hospitalizacja zostanie wówczas zaznaczona jako usunięta, a na jej miejsce powstanie zupełnie nowa hospitalizacja (z nowym identyfikatorem), która będzie miała

zmieniony oddział NFZ pacjenta (na podstawie jego aktualnych danych). Pozostałe dane pacjenta nie zmienią się, z tym wyjątkiem, że dane rozliczeniowe nie zostaną przepisane i należy je ponownie uzupełnić.

**Uwaga:** Nie można zmienić oddziału NFZ pacjenta, jeżeli dla hospitalizacji istnieją aktywne pozycje rozliczeniowe. W takim przypadku, najpierw należy takie pozycje usunąć. Po zmianie oddziału należy ponownie uzupełnić informację o rozliczeniach. W przypadku, gdy zmiana dotyczyłaby pacjenta z UE, należy dodatkowo sprawdzić poprawność dokumentu dodatkowego dla hospitalizacji.

### Aby przeglądać dane hospitalizacji:

- 1. Wybierz hospitalizację z listy
- 2. Przejdź do podglądu danych przycisk **Dane (F6)**.

### 4.2 Ewidencja pobytów

Podobnie jak hospitalizacje, pobyty można wyświetlić po wybraniu pacjenta, a następnie hospitalizacji lub można skorzystać z formularza pozwalającego przeglądać cały ruch chorych. Aby otworzyć ten formularz, należy na formularzu głównym wybrać polecenie **Ruch chorych (F6)**.

📰 Pobyty na oddziale								
Szukanie Oddział © Centralny kod kom. Centralny kod kom.: Pracownia Kod oddz.: 7200	. O Kod a diagnosty Nr	o <u>d</u> działu w S 764 과 <sup>(ki obrazowej</sup> oddz.: 001	SINFZ	Pacjenci na odd; Archiwum obyt od: olejność: <a href="mailto:</a>	Znajdź ziale do: ortowane>	(ENTER)	Dane po Dane h Dane pa Porod Wyjśc	osp. (F8) c;enta(F5) y (F12) ie (F10)
Nr kuponu	Numer pobytu	Data przyjęcia	Data wypisu	Nazwisko	P <u>a</u> cjent Imię	<u>H</u> ospitalizacja PESEL	<u>R</u> ozpoznania Data urodzenia	W <u>s</u> zystkie
	1	13.07.2006		Pacjent_4	PL	85101088896	10.10.1985	
	1	29.08.2006		BŁĄD	PIĘĆDZIESIĄT	74121355556	13.12.1974	
	1	29.08.2006		017_MAX_RRRR	UE_RRRRRRR	00000000000	01.01.2000	

Ruch chorych – przegląd pobytów

Istnieją następujące możliwości filtrowania danych:

- lista pobytów dla pacjentów aktualnie przyjętych na oddział o podanym centralnym kodzie komórki
- lista pobytów dla pacjentów aktualnie przyjętych na oddziale o podanym kodzie i

numerze

- archiwum pobytów z podaną datą wypisu
- zakres dat pobytów.

Po zaznaczeniu pobytu na liście można wyświetlić następujące dane:

- Dane pobytu (F6) to samo, co wybranie pobytu na poziomie hospitalizacji.
- Dane hosp. (F8), której dotyczy pobyt.
- Dane pacjenta (F5) przyjętego na oddział w ramach tego pobytu.
- Porody (F12) lista wszystkich porodów w ramach hospitalizacji.

### 4.3 Chemioterapia

Możliwa jest zbiorcza ewidencja danych związana z chemioterapią. Możliwe jest to gdy zostanie utworzony pobyt pacjenta na oddziale. Wówczas klawisz **Chemioterapia i programy terapeutyczne** będzie aktywny.

)ane pobytó	w na oddziałach										×
PESEI Nazwisko Imio	L: 56122366678 p: Kapusta p: Piotr		H N	Nr K.G.: 99 lok K.G.: 20 r <del>w</del> K.G.: 23	17 K 106 K	Centr. ko od oddziału Nr oddziału .G. oddziału	d. kom.: 4300 001 997	Oddział rehat Oddział reh.	5374	04000	6403
Oddział	Rozpoz <u>n</u> ania	Procedu	ry Prz	epus <u>t</u> ki/Ob Chemioterapi	ecności ia i progran	<u>R</u> ozliczenia ny terapeutyc	pobytu	Dane roz	el. (F5)	Nowe rozl. (F	F7)
	ld. hosp.	Numer korekty	Numer pobytu	Numer rozliczenia	Numer umo <del>w</del> y	Miesiąc	Krotność	Kod produktu kontr.	Wyróżnik	Kod produktu jedn.	Ub
											Þ
<< Poprz	edni Następn	y >>	Nowy po	obyt (F11)	Kasowan	ie (F12) 1	ryb edycji	(F6) Zaty	rierdź (F9)	Wyjście (	(F10)

Klikając na ten klawisz pokazuje się nam okno:

Daty realizacji produktu: 16.11.2006 16.11.2006 Nr dnia podania od: 1 do: 1 Miesiąc: liistopad ▼ Rok: 2006 Produkt Prod. kontraktowy: X X Sygn. pisma zgdy: Koszt: - Chemioterapia/programy terapeutyczne Schemat leczenia: X Y Wartość parametru: - Dostępne produkty jednostkowe Y Wartość parametru: - Dostępne produkty jednostkowe Y Wartość: 1,0000 Kod/nazwa: Compared to the second
Produkt Prod. kontraktowy:     x     Sygn. pisma zgody:     Koszt:     Koszt:     Chemioterapia/programy terapeutyczne Schemat leczenia:     x     leki wydane do domu Typ parametru:     Vartość parametru:     Vartość parametru:     Vartość parametru:     Vybrane produkty jednostkowe     Kod/nazwa:     Krotność: 1,0000 Kod/nazwa:     Seneruj pozycje (F7) Kasuj (F8) Usuń wszystkie (F11) Zatwierdź (F9)     Vyjście (F10)     Data Dzień Kod produktu Krotność Koszt Typ Podstawa Sygn. pisma Symbol Lek do Świad. Kod realizacji podania jednostkowego
Prod. kontraktowy:
Wyróżnik:       Nr umowy:       Sygn. pisma zgody:         - Chemioterapia/programy terapeutyczne       Koszt:         Schemat leczenia:       x       Ieki wydane do domu         Typ parametru:       Wartość parametru:       Ieki wydane do domu         - Dostępne produkty jednostkowe       Wybrane produkty jednostkowe       -         - Dostępne produkty jednostkowe       Krotność:       1,0000         Kod/nazwa:       X       X         - Schemat leczenia:       x       Wybrane produkty jednostkowe         - Oostępne produkty jednostkowe       Wybrane produkty jednostkowe       -         - Schemat leczenia:       X       Wybrane produkty jednostkowe         - Schemat leczenia:       X       Wybrane produkty jednostkowe         - Oostępne produkty jednostkowe       Krotność:       1,0000         Kod/nazwa:       X       X       X         - Schemat leczenia:       X       X       X
Koszt:         - Chemioterapia/programy terapeutyczne-         Schemat leczenia:         x         Wartość parametru:         Wartość parametru:         - Dostępne produkty jednostkowe         Kod/nazwa:         Krotność:         1,0000         Kod/nazwa:         Scieneruj pozycje (F7)         Kasuj (F8)         Usuń wszystkie (F11)         Zatwierdź (F9)         Wyjście (F10)         Data         Dzień       Kod produktu         Krotność       Typ         Podstawa       Sygn. pisma         Sygody       sch. lecz.         domu rat. życie kr
Chemioterapia/programy terapeutyczne- Schemat leczenia:
Schemat leczenia: X Vartość parametru: Vartość parametru: Vartość parametru: Vartość parametru: Vartość parametru: Vartość parametru: Kod/nazwa: Krotność: 1,0000 Kod/nazwa: Solution (Kod/nazwa: Solution) (Kod/nazwa: Solu
Typ parametru:       Wartość parametru:         - Dostępne produkty jednostkowe       - Wybrane produkty jednostkowe         Kod/nazwa:       - Krotność: 1,0000         Kod/nazwa:
Dostępne produkty jednostkowe Kod/nazwa: Krotność: 1,0000 Kod/nazwa:      Seneruj pozycje (F7) Kasuj (F8) Usuń wszystkie (F11) Zatwierdź (F9) Wyjście (F10)      Data Dzień Kod produktu jednostkowego Krotność Koszt Typ Podstawa Sygn. pisma Symbol Lek do Świad. Kod realizacji podania jednostkowego
Dostępne produkty jednostkowe       Wybrane produkty jednostkowe         Kod/nazwa:       Krotność: 1,0000       Kod/nazwa:         Seneruj pozycje (F7)       Kasuj (F8)       Usuń wszystkie (F11)       Zatwierdź (F9)       Wyjście (F10)         Data realizacji       Dzień       Kod produktu jednostkowego       Krotność       Typ       Podstawa ubezpieczenia       Symbol zgody       Lek do Świad. Kod rat. życie kr
Kod/nazwa:       Kod/nazwa:         Seneruj pozycje (F7)       Kasuj (F8)         Usuń wszystkie (F11)       Zatwierdź (F9)         Wyjście (F10)         Data realizacji podania jednostkowego         Krotność         Koszt       Typ         Podstawa       Sygn. pisma         zgody       sch. lecz.         domu       rat. życie kt
Substrain
Generuj pozycje (F7)       Kasuj (F8)       Usuń wszystkie (F11)       Zatwierdź (F9)       Wyjście (F10)         Data realizacji       Dzień podania       Kod produktu jednostkowego       Krotność       Koszt na       Typ param.       Podstawa ubezpieczenia       Sygn. pisma zgody       Symbol sch. lecz.       Lek do domu       Świad. rat. życii       Kod kt         Image: Strategic realizacji       Image: Strategic r
Generuj pozycje (F7)       Kasuj (F8)       Usuń wszystkie (F11)       Zatwierdž (F9)       Wyjście (F10)         Data realizacji       Dzień podania       Kod produktu jednostkowego       Krotność       Koszt param.       Typ param.       Podstawa ubezpieczenia       Sygn. pisma zgody       Symbol sch. lecz.       Lek do domu       Świad. rat. życi       Kod kt         Image: Strategic realizacji       Image: Strategic re
Generuj pozycje (F7)       Kasuj (F8)       Usuń wszystkie (F11)       Zatwierdź (F9)       Wyjście (F10)         Data realizacji       Dzień       Kod produktu jednostkowego       Krotność       Kozt       Typ param.       Podstawa ubezpieczenia       Sygn. pisma zgody       Sch. lecz.       Moduli rat. życie       Kod         Image: Strategi strate
Data realizacji       Dzień podania       Kod produktu jednostkowego       Krotność       Koszt param.       Typ param.       Podstawa ubezpieczenia       Sygn. pisma zgody       Symbol sch. lecz.       Lek do domu       Świad. rat. życie
Data realizacji       Dzień       Kod produktu jednostkowego       Krotność       Koszt       lyp param.       Podstawa ubezpieczenia       Sygn. pisma zgody       Symbol sch. lecz.       Lek do domu       Swiad.       Kod         -
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

Pozycje rozliczeniowe generuje się w następujący sposób:

- 1. Należy wprowadzić datę poczatku i końca realizacji produktu. Data końca realizacji produktu może byc w przyszłości, ale tylko do końca bieżącego miesiąca. Należy wybrać miesiąc i rok.
- 2. Produkt kontraktowy wybieramy jest ze Słownika produktów kontraktowych.

Szukaj     Rok: 2006     Znajdź (ENTER)     Wybierz (F5)     Wyjście       Miesiąc: październik     Kod prod.:     Kod prod.:     Kod prod.:     Kod prod.:	
Nazwa prod.: Toto produkty dla miejsca wykonania Kolejność: Wg kodu produktu	
Numer Kod Wyróżnik Nazwa Kod umowy produktu produktu jednostki re rozliczeniowej	Tryb salizacji
02.1031.007.02 1 PUNKT ROZLICZENIOWY W PORADNI ENDOKRYNO 02 A	
0402/0062/06 02.7210.072.02 1 PUNKT ROZLICZENIOWY W BADANIACH ULTRASON 02 A	
0402/0062/06 02.7220.072.02 4 PUNKT ROZLICZENIOWY W BADANIACH TOMOGRA 02 A	
0402/0062/06 02.7240.072.02 1 PUNKT ROZLICZENIOWY W BADANIACH RADIOLOG 02 A	
03.0000.004.02 1 PUNKT ROZLICZENIOWY W PROGRAMIE LECZENIA 02 D	
0403/040316/06hen 03.0000.011.02 1 PUNKT ROZLICZENIOWY W PROGRAMIE LECZENIA 02 D	)

33

- 3. Po wybraniu produktu uzupełniają się pola w sekcji **Produkt**. Możliwe jest w tej części zaznaczenie zaznaczenie znacznika świadczenie ratujące życie, wpisanie sygnatury pisma zgody, a także ewentualne wpisanie kosztu świadczenia.
- 4. Kolejna część tej formatki to **Chemioterapia/programy terapeutyczne**. Należy wybrać schemat leczenia ze **Słownika schematów leczenia**.

<b>Słownik sch</b>	ematów le	czenia					_ 🗆 ×
– Szukaj Kod jedn. d	:horobowej Nazwa: Symbol:	Znajdź (ENTER)	Wybi	ierz (F5)	- Wyjśc	cie (F10)	
ld. schematu leczenia	Symbol	Nazwa	Kod jednostki chorobowej	Status akt.	Liczba dni trwania cyklu leczenia	Тур	Wymaga zgody indywidualnej
730	0345	FP - RAK KANAŁU ODBYTU		A	21	S	N
237	0476	PROTOKÓŁ II ZŁOŚLIWE CHŁONIAKI NIEZIARNICZE NIE		A	49	S	N
240	0477	REINDUKCJA ZŁOŚLIWE CHŁONIAKI NIEZIARNICZE NIĘ		A	14	S	N
731	0319	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA		A	7	S	N
241	0472	IME		A	21	S	N
609	0066	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE NIE B KOMÓRKOWELMB-89 §		A	5	S	N
653	0173	IVADO - MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH		A	2	S	N
604	0061	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE, CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE		A	5	S	N
249	0236	COSS 96 OSTEOSARCOMA		A	1	S	N
732	0309	KONSOLIDACJA CZĘŚĆ PIERWSZA FAZA F		A	15	S	N
607	0064	246-LMB-89 CYVE		A	5	S	N
606	0063	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE, CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE		A	5	S	N
620	0082	CZERNIAK ZŁOŚLIWY - DARTMOUTH		A	21	S	N
245	0231	ETIF- OSTEOSARCOMA 1800		A	6	S	N
246	0233	ADM+CDDP OSTEOSARCOMA		A	3	S	N
698	0073	M - CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA, PRZYPAĆ		A	14	S	N
626	0245	OSTEOSACROMA IFOSFAMIDUM-MESNA		A	1	S	N
623	0234	186-OSTEOSACROMA - ROYAL MARSDEN HOSPITAL		A	2	S	N
624	0235	OSTEOSACROMA-HD MTX		A	2	S	N

- Następnie należy wybrać typ parametru oraz określić jego wartość. Wyjątkiem jest parametr **B - bezpośrednie określenie dawki**. W tym przypadku nie wpisujemy wartości parametru, a pole jest nieaktywne. Istnieje możliwość zaznaczenia leki wydane do domu jeśli zachodzi taka konieczność.
- 7. Ostatnie sekcje zakładki Dane podstawowe to pola związane z produktami jednostkowymi. Istnieją tutaj 2 grupy: Dostępne produkty jednostkowe oraz Wybrane produkty jednostkowe. W pierwszej części pojawią się pozycje po wybraniu produktów kontraktowych. Do drugiej części należy wybrać interesujące nas pozycje, poprzez zaznaczenie produktu i kliknięcie na przycisk . W tej częsci znajduje się również pole Kod/nazwa. Pole to umożliwia znalezienie żądanego produktu jednostkowego.

Status osoby:		•					
Dostępne produkty jednostkowe     Kod: 5.08.							
5.08.04.0000002 - ANAGRELID	UM • KAPS. • 0,5 MG			> <			
	Generuj pozyc	je (F7)	Ka	suj (F8)	Zatwie		
Data Dzień realizacji podania	Kod produktu	Krotność	Koszt	Typ param.	Sygnatura pisma		

- 8. Jeżeli mamy dużo produktów jednostkowych wówczas wpisanie fragmentu z kodu produktu jednostkowego pozwoli podświetlić interesujący nas produkt (rys. powyżej).
- 9. Kolejnym krokiem jest **Generowanie pozycji F7**.

I														
-			Generuj pozyc	;je (F7)	Ka	asuj (F8)	Zatwierdź	(F9)	Anuluj (E	SC)	W	Wyjście (F10)		
	Data realizacji	Dzień podania	Kod produktu jednostkowego	Krotność	Typ param.	Sygnatura pisma zgody	Symbol schematu leczenia	Lek do domu	Świad. ratujące życie	Kod produktu kontr.	Wyróżnik	Numer umowy		
	01.03.2006	1	5.08.04.0000090	1,0000	В		0433	N	N	03.0000.00	1	0403/9979 2		
	04.03.2006	2	5.08.04.0000090	1,0000	В		0433	N	N	03.0000.00	1	0403/9979 2		
	07.03.2006	3	5.08.04.0000090	1,0000	В		0433	N	N	03.0000.00	1	0403/9979 2		
	09.03.2006	4	5.08.04.0000090	1,0000	B		0433	N	N	03.0000.00	1	0403/9979 2		

- Jeżeli jesteśmy pewni że poprawnie wygenerowaliśmy zbiorcze zestawienie chemioterapii dla danego pacjenta, wówczas klikamy Zatwierdź F9. Ostatnim krokiem jest Wyjście F10.
- 11. Przyciskiem **Anuluj(ESC)** usuwa się wszystkie pozycje, jeżeli stwierdzimy iż mamy je błędne lub rezygnujemy. Przyciskiem **Kasuj(F8)** można pozbyć się tylko jednej pozycji, pozostałe pozostają nadal aktualne.

### 4.4 Rozliczanie świadczeń

Począwszy od wersji aplikacji 2.50 zrezygnowano z etapu kwalifikacji do rozliczeń. Obecnie wprowadzenie na pobyt nowych danych rozliczeniowych jest równoznaczne z rozliczeniem wybranego produktu kontraktowego na sprawozdaniu rzeczowym. Produkt kontraktowy jest wybierany ze słownika produktów znajdujących się na umowach. Dzięki temu są dostępne pełne informacje rozliczeniowe (numer umowy, rok, miesiąc, kod produktu kontraktowego, wyróżnik) potrzebne do prawidłowego rozliczenia pozycji. W związku z tym etap kwalifikacji do rozliczeń i osobnego rozliczenia w module PŚ - Rozliczenia już nie jest potrzebny. Zmiana ta wymusza rezygnację z automatycznego rozliczania jednej kwalifikacji w kolejnych miesiącach. Innymi słowy należy wprowadzić osobną pozycję rozliczeniową w każdym miesiącu dla schematu rozliczania typu osobodzień.

Obecnie produkt jednostkowy jest wybierany ze słownika, dostarczonego razem z planem umowy. Razem z danymi tego produktu brane są do rozliczeń dodatkowe informacje: Waga bazowa i Współczynnik. Na liście produktów jednostkowych widnieją zatem tylko te produkty, które w definicji zaimportowanego planu umowy udostępniono dla konkretnego produktu kontraktowego.

### Aby dodać rozliczenie na poziomie pobytu:

- 1. Wejdź na zakładkę Dane pobytu. Otworzy się formularz pobytu.
- 2. Na zakładce Rozliczenia pobytu wybierz przycisk Nowe rozl. (F7).

Dane pobytów na oddziałach											
				_		Centr. ko	d. kom.:		1276	0400	6405
PESEL: 89121277780				Nr K.G.:	997	Kod oddziału	1011	Poradnia alergologiczna dla		i dzieci 📑	
Nazwisko:	Amber		F	lok K.G.:	2006	Nr oddziału:	001	Zakład opieki	uńczo-lecznia	zy psychiatr.	<u> </u>
lmię:	Ambrozja		N	r w K.G.:	32	K.G. oddziału	997				<b>T</b>
Oddział	Rozpoz <u>n</u> ania	<u>P</u> rocedu	ry Prz	epus <u>t</u> ki/O	becności	<u>R</u> ozliczenia	pobytu				
	Charles and the second second second (CD) Name and (CD)										
Rozliczeni	ie pobytu				ipia i progra	any terapeutyt	211e (F 4)	Dane 102		10we 1021. (i	0
	ld. hosp.	Numer korekty	Numer pobytu	Numer rozliczeni	Numer a umowy	Miesiąc	Krotność	Kod produktu kontr.	Wyróżnik	Kod produktu jedn.	Ub
											•
						Î		Ì			
<< Poprzed	dni Następny	>>	Nowy po	obyt (F11)	Kasowa	nie (F12) 📘 1	ryb edycji	(F6) Zaty	vierdź (F9)	Wyjście (	(F10)

#### Rozliczenia pobytu

W oknie Rozliczenie :

Wprowadź daty początku i końca realizacji produktu

Na formularzu zaimplementowany został mechanizm autouzupełniania tych dat. Działa w sposób następujący:

Data początku realizacji produktu:

- 1. W przypadku wprowadzania pierwszego rozliczenia w ramach pobytu w polu data od podpowiadana jest data początku pobytu pacjenta.
- 2. W przypadku wprowadzania kolejnych rozliczeń w ramach pobytu w polu data od podpowiadany jest następny dzień wynikający z daty końca poprzedniego rozliczenia. Wyjątek stanowią sytuacje:
  - gdy pobyt posiada datę wypisu i wyliczona data początku realizacji jest większa od tej daty - wtedy data od nie jest podpowiadana
  - gdy wyliczona data poczatku realizacji jest większa od daty aktualnej wtedy data od nie jest podpowiadana.
- 3. Podczas kontekstowego podpowiadania za pomocą przycisku F3 (gdy kursor znajduje się w polu data od i naciśnie się F3):
  - w trybie wpisywania pierwszego rozliczenia, podpowiadana jest data poczatku pobytu pacjenta
  - w trybie edycji pierwszego rozliczenia, podpowiadana jest aktualna data
  - w kolejnych rozliczeniach podpowiadana jest data aktualna

Data końca realizacji produktu:

- 1. W przypadku wprowadzania pierwszego jak i kolejnych rozliczeń w ramach pobytu w polu data do nie jest podpowiadana data końca realizacji produktu.
- 2. Podczas kontekstowego podpowiadania za pomocą przycisku F3 (gdy kursor znajduje się w polu data do i naciśnie się F3):
- jeżeli data końca pobytu jest określona to podpowiadana jest data końca pobytu
- jeżeli data końca pobytu nie jest określona to podpowiadana jest:
  - a) dla rozliczeń typu osobodzień data końca miesiąca zgodnego z datą początku realizacji produktu jeżeli wcześniej zostały wybrane: umowa, produkt i produkt jednostkowy
  - b) dla pozostałych rozliczeń data bieżąca
- Wybierz z listy kod płatnika (OW NFZ), który rozliczy to świadczenie.

Poniżej dostępne są dwie zakładki: **dane podstawowe**i i **dane dodatkowe**. Zakładka **dane podstawowe** zawiera pola związane z produktem, a zakładka **dane dodatkowe** pola związane z dodatkowymi informacjami o pacjencie oraz z umiejscowieniem wykonania produktu.

W górnej części obu zakładek wyświetlane jest pole Podstawa ubezp., w którym wyświetlana jest podstawa wg której rozliczane jest świadczenie. Jeżeli pacjent, w okresie realizacji świadczenia, ma ważny dokument upoważniający UE, to program automatycznie przyjmie ten dokument jako podstawę rozliczenia, czyli ustawi jako podstawę ubezpieczenia 3 pacjenci uprawnieni do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Analogicznie postąpi gdy pacjent ma ważną decyzję wójta/burmistrza, ale w tym przypadku ustawi 2 - pacjenci uprawnieni na podstawie art.2 ust.1 pkt 2. W pozostałych przypadkach jako podstawa ubezpieczenia bedzie ustawione 1 - pacjenci ubezpieczeni, z wyłączeniem ubezpieczonych na podstawie przepisów o koordynacji. W sytuacji gdyy pacient, w okresie realizacji świadczenia, ma ważny dokument upoważniający UE, oraz decyzję wójta/burmistrza, to program automatycznie ustawi dokument upoważniający UE jako podstawę rozliczenia zgodnie z hierarchią podstaw ubezpieczenia, która wygląda: 3 > 2> 1. W przypadku gdy pacient ma status numeru PESEL: **U – cudzoziemiec z UE** oraz nie ma wprowadzonego żadnego dokumentu upoważniającego UE lub decyzji wójta/burmistrzą, program ustawi podstawę ubezpieczenia jako 3 - pacjenci uprawnieni do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, ale nie pozwoli zatwierdzić takiego rozliczenia. Natomiast gdy pacient ma wprowadzony dokument upoważniający UE lub decyzje wójta/burmistrza, ale są one nieaktualne to podstawa ubezpieczenia zostanie ustawiona jako 1 - pacjenci ubezpieczeni, z wyłączeniem ubezpieczonych na podstawie przepisów o koordynacji oraz możliwe będzie zatwierdzenie takiego rozliczenia. O tym czy świadczenie może być rozliczone w ramach dokumentu decyduje data końca realizaciji świadczenia. Wyboru innego dokumentu jako podstawy rozliczenia świadczenia można dokonać na zakładce 2. Dane dodatkowe poprzez wybór odpowiedniego dokumentu w odpowiedniej sekcji. Jeśli jako podstawa ubezpieczenia zostanie nieważny dokument ubezpieczenia, to program wyświetli komunikat z zapytaniem "Nieprawidłowa wartość podstawy ubezpieczenia lub niezgodność danych z wybrana podstawa ubezpieczenia. Czy zmienić dane automatycznie?" W przypadku potwierdzenia program automatycznie dokona korekty dokumentu na aktualny lub zmieni podstawe ubezpieczenia wg hierarchii dokumentów opisanej powyżej. W przypadku zaprzeczenia program nie pozwoli zatwierdzić takiego rozliczenia.

#### Na zakładce dane podstawowe:

- Wybierz ze słownika produkt kontraktowy naciskając przycisk J. Zwróć uwagę na możliwość wystąpienia produktu z różnymi wyróżnikami. Umożliwiono ponadto flitrowanie produktów występujacych tylko dla danego miejsca wykonania.
- Jeśli konieczne zaznaczamy znacznik Świadczenie ratujące życie.

#### 37 Lecznictwo Stacjonarne

 Możliwe jest tu również, zaznaczenie znacznika Świadczenie z co najmniej dwóch dojść lub urazowe uszkodzenia wielomiejscowe.

**Informacja:** Po wybraniu przycisku J pojawi się słownik tych produktów, które występują w planie umowy/aneksów oraz spełniają warunki aktualności w danym roku i miesiącu: pola Rok i Miesiąc.

- Rozliczenie świadczenia		
	Płatnik: 04 - Lubuski	Oddział Wojewódzki NFZ 🗾 🔽
Miesiąc: luty	▼ Rok: 2006	Data realizacji produktu: 22.02.2006 22.02.2006
1. Dane podstawowe		
Podstawa ubezp.: 1 - pacjenci ubezpieczeni z wy	łączeniem ubezpieczonycł	h na podstawie przepisów o koordynacji 🛛 🚽 🚽
Produkt		
Numer umowy: 0403/0024/06	📕 🔲 świadczenie gatujące	e życie
Prod. kontraktowy: 03.4401.023.02	PUNKT ROZLICZENIOWY W	V 🔺 🛛 🗛 🖌 🖌
Wyróżnik: 1	UDDZIALE PEDIATRYCZNY	M <u>K</u> rotność faktyczna: 1
Prod. jednostkowy: 5.06.00.0000807	STAN ASTMATYCZNY - LEC	ZENIE A
🔲 świadczenie z co najmniej dwóch dojść lub uraz	zowe uszkodzenia <u>w</u> ielomiej	jscowe Krotność rozliczeniowa: 1,00
		Liczba zreal. jedn.: 250,00
Chemioterapia / programy teraupetyczne:		Zgoda na indywidualne leczenie
📕 leki wydane do <u>d</u> omu		Sygnatura pisma zgody:
Schemat leczenia:	×	
Typ parametru:	)'	
Wartość parametru: Numer dnia poda	awania produktu leczniczeg	

Zakładka Dane podstawowe

• Wybierz ze słownika produkt jednostkowy naciskając przycisk 🖳

**Informacja:** Po wybraniu przycisku J pojawi się słownik produktów jednostkowych, który w ramach wybranej tabeli będzie podpowiadał listę takich produktów jednostkowych, które można realizować w ramach wcześniej wybranego produktu kontraktowego.

	Słownik produktów je	dnostkowych		
-5	Pakiet: PUNKT Rok: 2006 Kod produktu: Nazwa:	ROZLICZENIOWY W BADANIACH Wybierz (F5)	Wyjście	]
	Kod prod. jedn.	Nazwa	Schemat krotności realizacji prod.	Sch mies realiz
	5.03.00.0000001	ANGIOGRAFIA FLUORESCEINOWA	KN	P
	5.03.00.0000002	ANGIOGRAFIA INDOCJANINOWA	KN	E
	5.03.00.0000003	ANGIOGRAFIA SUBTRAKCYJNA	KN	E
		•		Þ

Słownik produktów jednostkowych.

- W przypadku gdy rozliczasz pacjenta z innego kraju Unii Europejskiej dodatkowo wybierz dokument upoważniający UE – naciskając przycisk J przy polu Dokument otworzy się stosowny formularz ze słownikiem (sposób obsługi pacjentów z UE opisano w Rozdziale Rejestracja dokumentów upoważniających dla pacjentów z Unii Europejskiej).
- W przypadku pacjentów z Unii należy uzupełnić dodatkowe pole Koszt.
- Jeśli zajdzie potrzeba, aby rozliczyć produkt, którego cena była indywidualnie negocjowana z Oddziałem NFZ, w polu Sygnatura pisma zgody wpisz stosowną sygnaturę, która identyfikuje to pismo. Pole umożliwia wpisanie sygnatury o długości do 30 znaków.

Dodanie schematu leczenia chemioterapii umożliwia sekcja **Chemioterapia**. Schemat leczenia wybieramy ze słownika Słownik schematów leczenia przyciskiem **H**.

📕 Słownik sch	ematów le	czenia					
-Szukaj Kod jedn. c	horobowej Nazwa:	Znajdź (ENTER)	Wyb	erz (F5)	Wyjśc	cie (F10)	1
	Symbol:						
ld. schematu leczenia	Symbol	Nazwa	Kod jednostki chorobowej	Status akt.	Liczba dni trwania cyklu leczenia	Тур	Wymaga s zgody indywidualnej
730	0345	FP - RAK KANAŁU ODBYTU		A	21	S	N
237	0476	PROTOKÓŁ II ZŁOŚLIWE CHŁONIAKI NIEZIARNICZE NIE		A	49	S	N
240	0477	REINDUKCJA -ZŁOŚLIWE CHŁONIAKI NIEZIARNICZE NIĘ		A	14	S	N
731	0319	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA		A	7	S	N
241	0472	IME		A	21	S	N
609	0066	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE NIE B KOMÓRKOWELMB-89 §		A	5	S	N
653	0173	IVADO - MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH		A	2	S	N
604	0061	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE, CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE		A	5	S	N
249	0236	COSS 96 OSTEOSARCOMA		A	1	S	N
732	0309	KONSOLIDACJA CZĘŚĆ PIERWSZA FAZA F		A	15	S	N
607	0064	246-LMB-89 CYVE		A	5	S	N
606	0063	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE, CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE		A	5	S	N
620	0082	CZERNIAK ZŁOŚLIWY - DARTMOUTH		A	21	S	N
245	0231	ETIF- OSTEOSARCOMA 1800		A	6	S	N
246	0233	ADM+CDDP OSTEOSARCOMA		A	3	S	N
698	0073	M - CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA, PRZYPAĆ		A	14	S	N
626	0245	OSTEOSACROMA IFOSFAMIDUM-MESNA		A	1	S	N
623	0234	186-OSTEOSACROMA - ROYAL MARSDEN HOSPITAL		A	2	S	N
624	0235	OSTEOSACROMA-HD MTX		A	2	S	N

słownik schematów leczenia

Z tabeli wybieramy schemat leczenia (podświetlamy) i dwukrotnym kliknięciem lub za pomocą przycisku **Wybierz F5** przenosimy te dane do formularza. Dodatkowo uzupełniamy pola:

- Typ Parametru parametr używany do okreslenia dawki ze względu na powierzchnię, masę ciała lub do bezpośredniego określenia dawki
- Wartość parametru w zależności od wybranego typu
- Numer dnia podawania produktu leczniczego numer kolejnego dnia
- Jeśli konieczne zaznaczamy "leki wydane do domu"

#### Na zakładce **dane dodatkowe**:

- W przypadku pacjenta z Unii Europejskiej jeśli pacjent ma więcej niż 1 ważnych dokumentów ubezpieczeniowych możliwa jest tu jego zmiana poprzez wybranie odpowiedniego dokumentu ze słownika dokumentów upoważniających
- W przypadku pacjenta uprawnionego na podstawie art.2 ust.1 pkt 2 jeśli pacjent ma więcej niż 1 ważnych dokumentów ubezpieczeniowych możliwa jest tu jego zmiana poprzez wybranie odpowiedniej decyzji ze słownika decyzji wójta/burmistrza
- Wpisujemy kod opisujący miejsce wykonania produktu (kod zgodny z normą PN-EN ISO 3950)

#### Oznaczenie obszarów jamy ustnej

- 00 oznacza całość jamy ustnej
- 01 oznacza obszar szczęki
- 02 oznacza obszar żuchwy
- 10 oznacza górną prawą ćwiartkę
- 20 oznacza górną lewą ćwiartkę
- 30 oznacza dolną lewą ćwiartkę
- 40 oznacza dolną prawą ćwiartkę

40

- 03 oznacza górny prawy sekstant
- 04 oznacza górny przedni sekstant
- 05 oznacza górny lewy sekstant
- 06 oznacza dolny lewy sekstant
- 07 oznacza dolny przedni sekstant
- 08 oznacza dolny prawy sekstant

**Uwaga:** Sekstant, w tym kontekście, oznacza jedną szóstą łuków zębowych (03 do 08).

#### Oznaczanie zębów

Zęby oznaczone są dwucyfrowym kodem. Pierwsza cyfra kodu wskazuje ćwiartkę, druga ząb w tej ćwiartce.

a) pierwsza cyfra (ćwiartka) - cufry od 1 do 4 sa uzywane dla ćwiartek w uzębieniu stałym, cyfry od 5 do 8 w uzebieniu mlecznym, zgodnie z ruchem wskazówek zegara od górnej, prawej strony.

 b) druga cyfra (ząb) - zęby w tej samej ćwiartce sa oznaczane przez drugą cyfrę od 1 do 8 (od 1 do 5 w uzebieniu mlecznym); to oznaczenie zaczyna się od linii pośrodkowej w kierynku dystalnym

System oznaczenia, z kodami dla zębów mlecznych napisanych pochyloną trzcionką, przedstawiono poniżej.



Cyfrowe oznaczenie zębów i obszarów jamy ustnej

 Wpisujemy oznaczenie powierzchni zęba - pole aktywne w przypadku gdy kod umiejscowiena produktu zawiera się w kodach opisujących obszary jamy ustnej (kod zgodny z normą PN-EN ISO 3950)

#### Skróty stosowane do oznaczenia powierzchni zębów

Do oznaczenia powierzchni użyto następujących skrótów: M, D, Z, W, O, D/Z,

D/W, D/O, M/Z, M/W, M/O, O/Z, O/W, M/O/D.

Wybierz przycisk Zatwierdź (F9), a następnie Wyjście (F10).

- Hozliczenie świadczenia Ubezpieczyciel: 04 Płati	nik: 04 - Lubuski Oddział Wo	jewódzki NFZ 🗾
Miesiąc: luty 💌 R	ok: 2006 Data reali	zacji produktu: 08.02.2006 08.02.2006
1. Dane podstawowe 2. Dane dodatkowe		
Podstawa ubezp.: 2 - pacjenci uprawnieni na podstawie ar	t.2 ust. 1 pkt 2	▼
Dokument upoważniający UE		
Dokument:		
Artykuł 1408/71:		
Status osoby:		<u> </u>
Decyzja wójta, burmistrza gminy	Umiejscowienie wykonania	a produktu
Numer:  4634636 Okres obowiązywania:  10.03.2006  10.03.2006	Kod:	Strony ciała: L lewa, P prawa, U obustronnie Obszary jamy ustnej: 00-08, 10, 20, 30, 40 Żęby: 11-18, 21-28, 31-38, 41-48 Żęby mieczne: 51-55, 61-65, 71-75, 81-85 ZD - ząb dodatkowy
	Po <del>w</del> ierzchnia zęba:	M, D, Z, W, O, O/Z, O/W M/Z, M/W, M/O, M/O/D, D/Z, D/W, D/O

**Wskazówka:** Przyciski **<< Poprzedni** i **Następny >>** pozwalają na szybkie przejścia między kolejnymi pobytami w ramach jednej hospitalizacji.

Ponieważ rozliczenie świadczenia jest równoznaczne z dodaniem pozycji do sprawozdania rzeczowego, mogą występować różne rodzaje pozycji rozliczeniowej, wynikające ze stanu sprawozdania (sprawozdanie otwarte, zamknięte, korekta sprawozdania otwarta, korekta zamknięta). Informacja o rodzaju rozliczenia wyświetlana jest w lewym dolnym rogu formularza.

Zdefiniowane są następujące rodzaje pozycji rozliczeniowych:

- Kwalifikacja pozycja rozliczeniowa nie znajdująca się na sprawozdaniu, która wymaga rozliczenia. Może to być jeszcze nie rozliczona kwalifikacja wprowadzona w poprzednich wersjach Pakietu Świadczeniodawcy lub nieprawidłowe rozliczenie usunięte ze sprawozdania przy jego zatwierdzaniu.
- Otwarta pozycja rozliczeniowa pozycja rozliczeniowa na otwartym sprawozdaniu rzeczowym.
- Zamknięta pozycja rozliczeniowa pozycja rozliczeniowa na zatwierdzonym sprawozdaniu rzeczowym.
- Otwarta pozycja usuwająca pozycja rozliczeniowa korygująca z ujemną wartością krotności na otwartej korekcie sprawozdania.
- Zamknięta pozycja usuwająca pozycja rozliczeniowa korygująca z ujemną wartością krotności na zatwierdzonej korekcie sprawozdania.

Dopóki rozliczenie nie jest zatwierdzone na sprawozdaniu, jest traktowane jako Otwarta pozycja rozliczeniowa. Rozliczenie takie można w każdej chwili zmodyfikować lub usunąć z pobytu. Po zatwierdzeniu sprawozdania wszystkie rozliczone na nim świadczenia otrzymują status Zamknięta pozycja rozliczeniowa. Gdy zajdzie potrzeba wygenerowania korekty do pozycji sprawozdania należy zlokalizować hospitalizację, na której znajduje się nieprawidłowe rozliczenie. Można to uczynić przechodząc na zakładkę **Historia rozliczeń** formularza **Dane hospitalizacji** i klikając podwójnie na wybranym rozliczeniu lub przechodząc na zakładkę

rozliczeń pobytu formularza **Dane pobytu** na oddziałach i nacisnąć przycisk **Dane rozl.** (F5). W efekcie otwiera się formularz **Rozliczenie**, na którym należy usunąć pozycję naciskając przycisk **Kasowanie (F8)**. Taka operacja spowoduje dodanie nowej usuwającej pozycji rozliczeniowej do tej samej korekty ewidencyjnej co usuwana pozycja. Będzie ona zdefiniowana jako Otwarta pozycja usuwająca.

Jeśli w miejscu usuniętego świadczenia ma pojawić się inne, należy poddać edycji hospitalizację co spowoduje wygenerowanie korekty ewidencyjnej a następnie po prostu dodać je wykorzystując przycisk **Nowe rozl. (F7)** (rozliczenie takie będzie miało status Otwarta pozycja rozliczeniowa). Po zatwierdzeniu korekty sprawozdania, usuwająca pozycja rozliczeniowa otrzyma status Zamknięta pozycja usuwająca, natomiast właśnie dodana Zamknięta pozycja rozliczeniowa.

Można również dokonać modyfikacji zamkniętej pozycji rozliczeniowej bez jej wcześniejszego usuwania. W tym celu po zlokalizowaniu świadczenia i otwarciu formularza **Rozliczenie**, należy wybrać przycisk **Tryb edycji (F6)**, i stosownie zmienić dane świadczenia, co po zatwierdzeniu spowoduje automatyczne wygenerowanie usuwającej pozycji rozliczeniowej oraz nowej, otwartej pozycji rozliczeniowej na wygenerowanej w tle korekcie ewidencyjnej hospitalizacji.

Aby rozliczyć jeszcze nie rozliczone dane wprowadzone w poprzednich wersjach Pakietu Świadczeniodawcy, ew. zaimportowane poprzez interfejs xsp w wersji starszej niż 4.5 (widziane jako kwalifikacje), należy na formularzu **Rozliczenie** ponownie wybrać ze słownika produkt kontraktowy z odpowiednim wyróżnikiem z właściwego miesiąca rozliczeniowego. Po zatwierdzeniu zmian nastąpi rozliczenie pozycji. Pozycje zakwalifikowane a nie rozliczone można rozpoznać na liście rozliczeń pobytu lub w danych hospitalizacji na zakładce Historia rozliczeń po nie wpisanym miesiącu i numerze umowy.

Dodatkowo celem ułatwienia ponownego rozliczenia kwalifikacji na formularzu Rozliczenie zaimplementowano mechanizm podpowiadania umowy.

Funkcja ta jest uruchamiana po przejściu formularza w tryb edycji. Podpowiadanie umowy realizawane jest w przypadku gdy można jednoznacznie przypisać tylko jedną pozycję z planu umowy dla danego produktu kontraktowego, tabeli produktu kontraktowego, wyróżnika, miesiąca i roku rozliczanej pozycji . Mieisąc i rok rozliczeniowy obliczany jest na podstawie daty końca realizacji produktu. W przypadku, gdy data końca realizacji produktu jest pusta, miesiąc i rok rozliczeniowy obliczany jest na podstawie aktualnej daty. Ponieważ niektóre produkty mogą być rozliczane dopiero po zakończeniu hospitalizacji lub pobytu - podczas podpowiadania umowy wywoływana jest w tle funkcja obliczająca krotność produktu. Jeżeli funkcja ta zwróci błąd (błąd może wynikać z faktu, że brak jest daty końca hospitalizacji lub miesiąc rozliczeniowy końca realizacji produktu nie odpowiada miesiącowi końca hospitalizacji) to umowa nie zostanie podpowiedziana. W takich przypadkach należy wybrać produkt kontraktowy i dopiero na jego podstawie uzupełni się umowa.

W związku z wprowadzeniem możliwości powiązania świadczeń z pozycjami w kolejce oczekujących, na formularzu rozliczeń dodano możliwość tworzenia i usuwania takiego powiązania.

Podczas tworzenie pozycji rozliczeniowej, gdy dana pozycja posiada taką samą cz. VIII kodu resortowego oraz dotyczy tego samego produktu jednostkowego, wywołany zostanie formularz w którym umożliwiono przypisanie świadczenia do pozycji w kolejce oczekujących i jednocześne zaznaczenie pozycji jako zrealizowanej.

aznaczenie pozycji jako zrealizowanej       ×         Znaleziono aktywne pozycje w kolejce oczekujących związane z pacjentem.       Zaznaczenie pozycji w kolejce jako zrealizowanej spowoduje usunięcie pacjenta z kolejki oczekujących w Module Obsługi Kolejce Oczekujących ze statusem: zrealizowano świadczenie.         Oczekujący: TEST A PESEL: 70010116079       Znalezione aktywne pozycje w kolejkach oczekujących:         10.10.2005; Cz. VIII kodu res. kom.: 4100; Prod. jedn.: 5.06.00.0000002; Centr. kod kom.: 4100; V         Informacje dotyczące pozycji w kolejce         DANE KOLEJKI         Kod resortowy cz. VIII komórki organizacyjnej: 4100 - Oddział kardiologiczny         Produkt jednostkowy: 5.06.00.000002 - USUNIĘCIE LUB WYMIANA RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ, CEWNIKA, STOMIJ, TAMPDNADY, DRENU STAWU         Centralny kod komórki organizacyjnej: 4100         Rodzaj kolejki: S - Świadczenia lecznictwa zamkniętego         Status aktualności kolejki: A         DANE POZYCJI W KOLEJCE         Pozycja w kolejce: 1         Planowana data świadczenia: 10.10.2005         Data realizacji świadczenia: 30.09.2005         Planowana data realizacji świadczenia: 10.10.2005         Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9)	
Znaleziono aktywne pozycje w kolejce oczekujących związane z pacjentem. Zaznaczenie pozycji w kolejce jako zrealizowanej spowoduje usunięcie pocjenta z kolejki oczekujących w Module Obsługi Kolejek Oczekujących ze statusem: zrealizowano świadczenie. Oczekujący: TEST A PESEL: 70010116079 Znalezione aktywne pozycje w kolejkach oczekujących: 10.10.2005; Cz. VIII kodu res. kom.: 4100; Prod. jedn.: 5.06.00.0000002; Centr. kod kom.: 4100; Informacje dotyczące pozycji w kolejce DANE KOLEJKI Kod resortowy cz. VIII komórki organizacyjnej: 4100 - Oddział kardiologiczny Produkt jednostkowy: 5.06.00.0000002 - USUNIĘCIE LUB WYMIANA RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ, CEWNIKA, STOMII, TAMPDNADY, DRENU STAWU Centralny kod komórki organizacyjnej: 4100 Rodzaj kolejki S - Świadczenia lecznictwa zamkniętego Status aktualności kolejki A DANE POZYCJI W KOLEJCE Pozycja w kolejci : Planowana data świadczenia: 10.10.2005 Data wpisu do kolejki oczekujących 10.10.2005 Data wpisu do kolejki oczekujących 10.10.2005 Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9) Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9)	aznaczenie pozycji jako zrealizowanej 🛛 🛛 🔀
Dozekujący: TEST A PESEL: 70010116079         Znalezione aktywne pozycje w kolejkach oczekujących:         10.10.2005; Cz. VIII kodu res. kom.: 4100; Prod. jedn.: 5.06.00.0000002; Centr. kod kom.: 4100;          Informacje dotyczące pozycji w kolejce         DANE KOLEJKI         Kod resortowy cz. VIII komórki organizacyjnej: 4100 - Oddział kardiologiczny         Produkt jednostkowy: 5.06.00.0000002 - USUNIĘCIE LUB WYMIANA RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ, CEWNIKA, STOMIJ, TAMPONADY, DRENU STAWU         Centralny kod komórki organizacyjnej 4100         Rodzaj kolejki Š - Świadczenia lecznictwa zamkniętego         Status aktualności kolejki A         DANE POZYCJI W KOLEJCE         Pozycja w kolejce: 1         Planowana data świadczenia: 10.10.2005         Data realizacji świadczenia:         30.09.2005       Planowana data realizacji świadczenia: 10.10.2005         Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9)       Anuluj (Esc)	Znaleziono aktywne pozycje w kolejce oczekujących związane z pacjentem. Zaznaczenie pozycji w kolejce jako zrealizowanej spowoduje usunięcie pacjenta z kolejki oczekujących w Module Obsługi Kolejek Oczekujących ze statusem: zrealizowano świadczenie.
Znalezione aktywne pozycje w kolejkach oczekujących: 10.10.2005; Cz. VIII kodu res. kom.: 4100; Prod. jedn.: 5.06.00.0000002; Centr. kod kom.: 4100; Informacje dotyczące pozycji w kolejce DANE KOLEJKI Kod resortowy cz. VIII komórki organizacyjnej: 4100 - Oddział kardiologiczny Produkt jednostkowy: 5.06.00.0000002 - USUNIĘCIE LUB WYMIANA RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ, CEWNIKA, STOMII, TAMPDNADY, DRENU STAWU Centralny kod komórki organizacyjnej 4100 Rodzaj kolejki: S - Świadczenia lecznictwa zamkniętego Status aktualności kolejki: A DANE POZYCJI W KOLEJCE Pozycja w kolejce: 1 Planowana data świadczenia: 10.10.2005 Data realizacji świadczenia: 30.09.2005 Planowana data realizacji świadczenia: 10.10.2005 Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9) Anuluj (Esc)	Oczekujący: TEST A PESEL: 70010116079
10.10.2005; Cz. VIII kodu res. kom.: 4100; Prod. jedn.: 5.06.00.0000002; Centr. kod kom.: 4100;       Informacje dotyczące pozycji w kolejce         DANE KOLEJKI <ul> <li>Kod resortowy cz. VIII komórki organizacyjnej: 4100 - Oddział kardiologiczny</li> <li>Produkt jednostkowy; 5.06.00.0000002 - USUNIĘCIE LUB WYMIANA RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ, CEWNIKA, STOMII, TAMPDNADY, DRENU STAWU</li> <li>Centralny kod komórki organizacyjnej 4100</li> <li>Rodzaj kolejki: S - Świadczenia lecznictwa zamkniętego</li> <li>Status aktualności kolejki: A</li> <li>DANE POZYCJI W KOLEJCE</li> <li>Pozycja w kolejce: 1</li> <li>Planowana data świadczenia: 10.10.2005</li> <li>Data realizacji świadczenia: 30.09.2005</li> <li>Planowana data realizacji świadczenia: 10.10.2005</li> <li>Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9)</li> <li>Anuluj (Esc)</li> </ul>	Znalezione aktywne pozycje w kolejkach oczekujących:
Informacje dotyczące pozycji w kolejce         DANE KOLEJKI         Kod resortowy cz. VIII komótki organizacyjnej: 4100 - Oddział kardiologiczny         Produkt jednostkowy: 5.06.00.000002 - USUNIĘCIE LUB WYMIANA RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ, CEWNIKA,         STOMII, TAMPONADY, DRENU STAWU         Centralny kod komótki organizacyjnej: 4100         Rodzaj kolejki: S - Świadczenia lecznictwa zamkniętego         Status aktualności kolejki: A         DANE POZYCJI W KOLEJCE         Pozycja w kolejce: 1         Planowana data świadczenia: 10.10.2005         Data realizacji świadczenia:         30.09.2005       Planowana data realizacji świadczenia: 10.10.2005         Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9)       Anuluj (Esc)	10.10.2005; Cz. VIII kodu res. kom.: 4100; Prod. jedn.: 5.06.00.0000002; Centr. kod kom.: 4100; 📃
DANE KOLEJKI Kod resortowy cz. VIII komórki organizacyjnej: 4100 - Oddział kardiologiczny Produkt jednostkowy: 5.06.00.0000002 - USUNIĘCIE LUB WYMIANA RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ, CEWNIKA, STOMII, TAMPONADY, DRENU STAWU Centralny kod komórki organizacyjnej: 4100 Rodzaj kolejki: S - Świadczenia lecznictwa zamkniętego Status aktualności kolejki: A DANE POZYCJI W KOLEJCE Pozycja w kolejce: 1 Planowana data świadczenia: 10.10.2005 Data realizacji świadczenia: 10.10.2005 Planowana data realizacji świadczenia: 10.10.2005 Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9) Anuluj (Esc)	Informacje dotyczące pozycji w kolejce
Kod resortowy cz. VIII komótki organizacyjnej: 4100 - Oddział kardiologiczny Produkt jednostkowy: 5.06.00.0000002 - USUNIĘCIE LUB WYMIANA RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ, CEWNIKA, STOMII, TAMPDNADY, DRENU STAWU Centralny kod komótki organizacyjnej: 4100 Rodzaj kolejki: S - Świadczenia lecznictwa zamkniętego Status aktualności kolejki: A DANE POZYCJI W KOLEJCE Pozycja w kolejce: 1 Planowana data świadczenia: 10.10.2005 Data realizacji świadczenia: 10.10.2005 15:04:45 Data realizacji świadczenia: 30.09.2005 Planowana data realizacji świadczenia: 10.10.2005 Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9)	DANE KOLEJKI
DANE POZYCJI W KOLEJCE Pozycja w kolejce: 1 Planowana data świadczenia: 10.10.2005 Data wpisu do kolejki oczekujących: 10.10.2005 15.04.45  Data realizacji świadczenia: 30.09.2005 Planowana data realizacji świadczenia: 10.10.2005 Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9) Anuluj (Esc)	Kod resortowy cz. VIII komórki organizacyjnej: 4100 - Oddział kardiologiczny Produkt jednostkowy: 5.06.00.0000002 - USUNIĘCIE LUB WYMIANA RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ, CEWNIKA, STOMII, TAMPONADY, DRENU STAWU Centralny kod komórki organizacyjnej: 4100 Rodzaj kolejki: S - Świadczenia lecznictwa zamkniętego Status aktualności kolejki: A
Pozycja w kolejce: 1 Planowana data świadczenia: 10.10.2005 Data wpisu do kolejki oczekujących: 10.10.2005 15:04:45 Data realizacji świadczenia: 30.09.2005 Planowana data realizacji świadczenia: 10.10.2005 Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9) Anuluj (Esc)	DANE POZYCJI W KOLEJCE
Data realizacji świadczenia: 30.09.2005 Planowana data realizacji świadczenia: 10.10.2005 Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9) Anuluj (Esc)	Pozycja w kolejce: 1 Planowana data świadczenia: 10.10.2005 Data wpisu do kolejki oczekujących: 10.10.2005 15:04:45
Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9) Anuluj (Esc)	Data realizacji świadczenia: 30.09.2005 Planowana data realizacji świadczenia: 10.10.2005
	Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9) Anuluj (Esc)

Zaznaczenie pozycji jako zrealizowanej

Jeżeli data realizacji świadczenia nie będzie zgodna z planowaną datą z pozycji w kolejce, pozycja będzie zaznaczona na czerwono i po zatwierdzeniu zaznaczenia użytkownik zostanie o tym poinformowany stosownym komunikatem. Po zatwierdzeniu zmian modyfikacja nie będzie możliwa.

Pytanie	
?	Data realizacji świadczenia jest różna od planowanej daty świadczenia w danych o pozycji w kolejce. Po zaznaczeniu pozycji jako zrealizowanej, modyfikacja danych będzie niemożliwa!
	Kontynuować?
	Tak Nie

Akceptacja zaznaczenia

Przy otwartej pozycji rozliczeniowej możliwe jest usunięcie przypisania do pozycji w kolejce oczekujących.

Operację taką umożliwia przycisk **Oczekujący (F11)**, wywołuje on formularz informacji o pozycji w kolejce aktualnie związanej z realizacją danego świadczenia.

44

nformacje o pozycji w kolejce związanej z realizacją świadczenia	×
Oczekujący: TEST A PESEL: 70010116079	
Informacje dotyczące pozycji w kolejce	
DANE KOLEJKI	^
Kod resortowy cz. VIII komórki organizacyjnej: 4100 - Oddział kardiologiczny Produkt jednostkowy: 5.06.00.0000002 - USUNIĘCIE LUB WYMIANA RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ, CEWNIKA, STOMII, TAMPONADY, DRENU STAWU Centralny kod komórki organizacyjnej: 4100	
Rodzaj kolejki: S - Świadczenia lecznictwa zamkniętego Status aktualności kolejki: A	
DANE POZYCJI W KOLEJCE	
Planowana data świadczenia: 10.10.2005 Data wpisu do kolejki oczekujących: 10.10.2005 15:04:45 Osoba wpisująca: BOŻENA BIELA Data skreślenia: 30.09.2005 00:00:00 Przyczyna skreślenia: 10 - Zrealizowano świadczenie	
Data realizacji świadczenia: 30.09.2005	<b>Y</b>
Usuń powiązanie z pozycją w kolejce (F8) Wyjście (F	10)

Informacje o pozycji w kolejce związanej z realizacją świadczenia

Po wybraniu przycisku **Usuń powiązanie z pozycją w kolejce (F8)**, nie będzie możliwości przypisania danej pozycji w kolejce do innego swiadczenia, usunięcie powiązania nie zmienia statusu pozycji w kolejce.

Pytanie	
?	Po usunięciu powiązania zrealizowanego świadczenia z wyświetlaną pozycją w kolejce, pozycja w kolejce w Module Obsługi Kolejek Oczekujących nadal będzie miała status: zrealizowano świadczenie i nie będzie możliwości przypisania jej do innego świadczenia. Kosturzuwarz?
	Tak Nie

Akceptacja usunięcia powiązania

# 4.5 Ewidencja procedur i produktów jednostkowych statystycznych

Przegląd procedur można wykonać z poziomu formularza pobytu na zakładce **Procedury**. Każda pozycja na liście oznacza wykonanie określonej procedurą czynności na danym oddziale. Data początku i końca powinna się mieścić między datą przyjęcia na oddział, a datą wypisu. Krotność określa liczbę wykonanych procedur o danym kodzie. Przy większej ilości procedur na liście, celem odnalezienia pozycji z wybranego okresu realizacji, można skorzystać z opcji: Filtruj wg daty początku.

Da	ne pobytóv	w na oddziałach	1					×
	Nr kuponu PESEL Nazwisko Imię	: 00001000050 : 00000000000 : ZEROWY : PESEL	301370801	Nr K.G.: <mark>1</mark> Rok K.G.: <mark>2005</mark> Nr <del>w</del> K.G.: <mark>2</mark>	Kod odda Nr odda K.G. odda	Kod o ziału: <mark>4220</mark> ziału: <mark>010</mark> ziału: <mark>1</mark>	oddziału w SINFZ: 04 Oddział neurologiczny CAŁODOBOWY ODDZIA NR 12	004219
	Oddział   ☑ <u>F</u> iltruj v	Rozpoz <u>n</u> ania <b>vg daty początk</b>	Procedury     u   01.10.2005	Przepus <u>t</u> ki/Obecnos 26.10.2005 Filtruj	ści <u>R</u> ozlicz Usuń p	enia pobytu rroc. (F8)	Dane proc. (F5)	Nowa proc. (F7)
	Pełny	kod procedury	Początek	Koniec	Krotność	0	pis procedury	Kod
	<< Poprze	dni Następn	ıy>> N	lowy pobyt (F11)	ryb edycji (Fl	3) Zatwierdź	(F9) Wyjście (F10)	]

Przegląd procedur

Przyciski **Nowa proc. (F7)**, **Dane proc. (F5)** i **Usuń proc. (F8)**, znajdujące się ponad tabelą, pozwalają odpowiednio tworzyć nowe, edytować i kasować procedury.

#### Aby dopisać do pobytu nową procedurę:

- 1. Wybierz przycisk **Nowa proc. (F7)** otworzy się formularz procedury z pustymi polami.
- 2. Z rozwijanej listy wybierz interesującą tabelę procedur.

**Informacja:** Standardowo w polu podpowiada się aktualna na dany rok tabela procedur, której kod wybrano w Konfiguratorze podczas instalacji systemu.

- 3. Wybierz ze słownika hierarchicznego kod procedury.
- 4. Podaj krotność wykonania procedury.
- 5. Podaj daty i godziny początku i końca wykonania procedury.
- 6. Wskaż miejsce wykonania. Jeśli procedura była wykonywana w innym miejscu (oddziale) niż oddział wynikający z danych pobytu wskaż odpowiedni oddział.
- 7. Zatwierdź zmiany przyciskiem Zatwierdź (F9).

Przykład wprowadzonej procedury przedstawia rysunek poniżej.

					Kod oddz. w SINFZ: 12005611
PESEL: 0000000	0000	Nr K.G.:	631	K.G. oddziału: 631	Instytucja: 27290317
lazwisko: SCHMIT	ſ	Rok K.G.:	2005	Kod oddziału: 9000	Inna i nieokreślona komórka działalności
Imię: KLARA		Nr w K.G.:	2	Nr oddziału: 001	Chirurgia krótkoterminowa
Nr hosp.: 2729031	70000000002	Nr korekty:	0	Nr hosp. pierwotnej	27290317000000002
r pobytu: <b>1 (1)</b>		Nr procedury:	1	Czas trwania pobytu	28.12.2004 14:49 04.01.2005 10:1
Bozliczenie pr	ncedury				
etny kod procedury	04.3				K.G. oddziału: 631 Kod oddziału: 9000
Krotność oczątek wykonania	28.12.2004 6	odz.: 14:49			Nr oddziału: 001
Krotność loczątek wykonania Koniec wykonania	; 28.12.2004 G	odz.: 14:49 odz.: 14:49	-		Nr oddziału: 001 Inna i nieokreślona komórka działalności – medycznej – – Chirurgia krótkoterminowa – –

Uzupełnianie danych o procedurze

# 4.6 Automatyczne korekty danych ewidencyjnych

W momencie, gdy dana hospitalizacja została już rozliczona (rozliczenie na poziomie hospitalizacji), a sprawozdanie zawierające ten produkt zatwierdzone, nie ma możliwości edycji danych ewidencyjnych w normalnym trybie.

Po wybraniu trybu edycji hospitalizacji pacjenta, na ekranie wyświetla się komunikat:

Uwaga	× X
?	Jeden z elementów hospitalizacji znajduje się na zamkniętym sprawozdaniu. Modyfikacja możliwa jest tylko w trybie korekt. Czy wygenerować automatycznie korektę?
	Nie

Tworzenie automatycznej korekty

Po wybraniu przycisku **Tak** program automatycznie stworzy korektę i zezwoli na edycję danych dotyczących hospitalizacji. Po wybraniu zakładki **Inne** i przycisku **Korekty** możemy zobaczyć, jakie dana hospitalizacja miała korekty:

	Nowa korekt	Usuń (F8)	Dane (F6	1	Wy	iście (F10	ŋ	
			<u>Przyjęcie</u> B	ozpoznania	Wyp	is	Wgzyst	kie
Nr kuponu	ld. hospitalizacji	Nr. korekty	ld. pierwszej korekty	Dane archiwalne	Status karty	Nr KG	Rok KG	W
00000010290600761801	180100760000000020	0	180100760000000020	Т	1000000	500	2006	1
00000010290600761801	180100760000000023	2	180100760000000020	T		500	2006	1
00000010290600761801	180100760000000027	4	180100760000000020	N		500	2006	1
							<u> </u>	
								:

Lista korekt ewidencyjnych

Wszystkie pozycje na tej liście, poza jedną, w kolumnie Dane archiwalne mają wartość **T** (archiwalna).

Korektę pozycji rozliczeniowych uwzględnionych na zatwierdzonym sprawozdaniu należy wykonać jak to opisano w poprzednim rozdziale.

**Informacja:** Gdy dla hospitalizacji lub pobytu istnieją aktywne pozycje rozliczeniowe, wtedy na wygenerowanej korekcie pola z datą i godziną przyjęcia są zablokowane do edycji.

**Ważna uwaga:** Należy pamiętać, że w Pakiecie Świadczeniodawcy – Lecznictwo Stacjonarne funkcjonują dwa rodzaje korekt. Korygować można dane ewidencyjne (korekty ewidencyjne), oraz dane rozliczeniowe (korekty sprawozdań).

Skorygowane dane można uwzględnić na sprawozdaniu modułu Wspomagania Rozliczeń, tworząc korektę do sprawozdania, na której automatycznie zostanie uwzględniona dokonana zmiana pozycji rozliczeniowej.

# Rozdział

# 5 Raporty

49

W menu górnym formularza głównego aplikacji dostępny jest szereg raportów, przy pomocy, których można różnorodnie analizować zgromadzone w bazie dane. Raporty korzystają z nowego otwartego formatu wymiany danych. Raporty dla wersji systemu używającej starszego formatu wymiany danych uwzględniono w opcjach Raporty 2005.

# 5.1 Raport p401 - Pobyty pacjentów na oddziałach

P401 Pobyty pacjentów na oddziałach x Płatnik 04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ -Oddział NFZ 04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ • Data przyjęcia Pobyty 💿 tylko zamknięte Od: 01.11.2005 do: 30.11.2005 tylko otwarte wszystkie Oddział Podgląd (F4) 🔲 wybrany oddział Wydruk (F5) cz. VIII kodu res.: Wyjście (F10)

W menu Raporty wybieramy Raport P401.

Parametry raportu p401

Na raporcie wyświetlają się wszyscy pacjenci, którzy rozpoczęli pobyt na którymkolwiek oddziale w zadanym okresie i których płatnikiem jest płatnik wskazany w kryteriach. Pobyty pacjentów są pogrupowane względem oddziałów. Pacjent może pojawić się kilka razy na raporcie, jeśli rozpoczął w zadanym okresie pobyty na kilku oddziałach. Podsumowanie pod raportem to liczba zarejestrowanych pobytów odpowiadających zadanym kryteriom.

# 5.2 Raport p402 - Zestawienie pobytów pacjentów

W menu Raporty wybieramy Raport P402.

50

P402 Zestawienie pobytów pacjentów	×			
Płatnik				
04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ				
Oddział NFZ				
M Lubuski Oddział Wojewódzki NEZ				
Jeśli raport dotyczy tylko zamkniętych pobytów to tylko te pobyty, które zostały zakończone w zada	pod uwagę brane są nym okresie.			
Jeśli raport dotyczy tylko otwartych pobytów to pod uwagę brane są tylko te pobyty, które w zadanym okresie nie zostały jeszcze zakończone.				
Okres	Pobyty			
0d: 01.11.2005 do: 30.11.2005 © tylko zamknięte				
	🔿 tylko otwarte			
- Oddział				
wvbranv oddział	Podgląd (F4)			
	Wydruk (F5)			
cz. VIII kodu res.:	Wyjście (F10)			

Parametry raportu p402

W raporcie wyświetlana jest liczba dni pobytu pacjentów na poszczególnych oddziałach w zadanym okresie, których płatnikiem jest płatnik (OW NFZ) wskazany w kryteriach. W zależności od ustawień do obliczania osobodni powinny być brane pobyty zamknięte/otwarte. Zasady naliczania liczby dni:

- Pobyt rozliczany w trybie przepustkowym: długość pobytu liczy się na podstawie daty początku i końca pobytu, przy czym dzień początku pobytu wliczamy do liczby dni, a dzień końca pobytu nie. W przypadku wystąpienia przepustek, odejmujemy dni przepustek od dni pobytu, obliczając liczbę dni przepustki na podstawie jej początku i faktycznego powrotu, przy czym data początku przepustki liczy się do liczby dni przepustki, a data końca nie. Wyjątki:
  - pobyt, gdzie data początku = data końca według w/w zasad byłoby 0 dni. Program powinien naliczyć 1 dzień.
  - przepustki, gdzie data początku = data powrotu według w/w zasad pojawiłoby się 0 dni. Program powinien naliczyć 1-dniową przepustkę.
- Pobyt rozliczany w trybie obecności: długość pobytu liczymy jako sumę liczby dni poszczególnych obecności (daty początku i końca pobytu nie są brane pod uwagę). Liczbę dni obecności liczymy biorąc pod uwagę datę początku i końca obecności, przy czym zarówno początek i koniec obecności wlicza się do liczby dni.

Dla każdego oddziału jest podana liczba osób w podziale na płeć, których pobyty były uwzględnione w zestawieniu.

Podsumowanie pod raportem to liczba zarejestrowanych pobytów odpowiadających zadanym kryteriom.

# 5.3 Raport p403 - Pobyty do X i powyżej X dni

W menu Raporty wybieramy Raport P403.

P403 Pobyty do X-i powyżej X dni	×
Płatnik —	
04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ	
Oddział NFZ	
Data wypisu z pobytu       Rodzaj raportu         Od:       01.11.2005         do:       30.11.2005         C       Procedury	Liczba dni do: 3 powyżej 3
Oddział wybrany oddział cz. VIII kodu res.:	Podgląd (F4) Wydruk (F5) Wyjście (F10)

Parametry raportu p403

W raporcie wyświetlana jest liczba pobytów pacjentów na poszczególnych oddziałach w zadanym okresie, których płatnikiem jest płatnik wskazany w kryteriach. Pobyty są podzielone dla każdego oddziału na trwające poniżej wyznaczonej granicznej liczby dni i powyżej, przy czym nie są brane są pod uwagę pobyty, które trwają 0 dni. Zasady naliczania liczby dni:

- Pobyt rozliczany w trybie przepustkowym: długość pobytu liczy się na podstawie daty początku i końca pobytu, przy czym dzień początku pobytu wliczamy do liczby dni, a dzień końca pobytu nie. W przypadku wystąpienia przepustek, odejmujemy dni przepustek od dni pobytu, obliczając liczbę dni przepustki na podstawie jej początku i faktycznego powrotu, przy czym data początku przepustki liczy się do liczby dni przepustki, a data końca nie. Wyjątki:
  - pobyt, gdzie data początku = data końca według w/w zasad byłoby 0 dni. Program powinien naliczyć 1 dzień.
  - przepustki, gdzie data początku = data powrotu według w/w zasad pojawiło by się 0 dni. Program powinien naliczyć 1-dniową przepustkę
- Pobyt rozliczany w trybie obecności: długość pobytu liczymy jako sumę liczby dni poszczególnych obecności (daty początku i końca pobytu nie są brane pod uwagę). Liczbę dni obecności liczymy biorąc pod uwagę datę początku i końca obecności, przy czym zarówno początek i koniec obecności wlicza się do liczby dni.

### 5.4 Raport p404 - Zestawienie zakończonych hospitalizacji

W menu Raporty wybieramy Raport P404.

P404 Zestawienie zakończonych hosp	bitalizacji X
Płatnik	
04 - Lubuski Oddział Wojewódzk	i NFZ
Oddział NFZ	
04 - Lubuski Oddział Wojewódzk	i NFZ 💌
Data wypisu	Rodzaj raportu
01 11 2005	• zakończone hospitalizacje
Ud: 01.11.2005	C zgony
do: 130.11.2003	C przeniesienia na inne oddziały
Oddział	Podgląd (F4)
wybrany oddział	Wydruk (F5)
cz. VIII kodu res.:	Wyjście (F10)

Parametry raportu p404

W raporcie wyświetlana jest liczba wszystkich hospitalizacji, które zostały zakończone w zadanym okresie. W ramach tych hospitalizacji powinny być wykazane te, które zakończyły się zgonem – podana jest ich sumaryczna liczba oraz rozbicie na poszczególne oddziały. Dodatkowo prezentowana jest liczba wszystkich przeniesień między oddziałami, które nastąpiły w zadanym okresie.

# 5.5 Zestawienie hospitalizacji

Zestawienie hospitalizacji					×
Szablon:	zapisz jako nowy szabl	lon	<u> </u>	a	
<u>1</u> . Hospitalizad	cje	<u>2</u> . Pacjent	Ť.	<u>3</u> . Sortowani	e
Płatnik: 04 - Lub KG: - Rok KG: _ Nr KG: _ Oddział NFZ: -	Duski Oddział Wojewódzł Data przyjęcia Od Data wypisu Od	ki NFZ V Do Do	wyświetlaj na Rozpoznani Typ rozp	azwy rozpoznań ie Kod rozp.:	
v włącz grupowanie □	kod oddziału wypisu			Znajdź (ENTER)	Wyjście (F10)

W menu Raporty wybieramy Zestawienie hospitalizacji.

Parametry zestawienia hospitalizacji

Na zakładce Sortowanie ustalamy najpierw kolumny, które mają występować w zestawieniu. Po wybraniu przycisku Znajdź(ENTER) wyświetlą się wszystkie hospitalizacje spełniające kryteria określone na zakładce Hospitalizacja i Pacjent. Wiersze na wydruku są sortowane względem zawartości kolumn, zgodnie z kolejnością ich wprowadzania na zakładce Sortowanie. Można grupować wiersze - grupowane są tylko wiersze mające identyczną zawartość kolumn. Po włączeniu grupowania pojawia się dodatkowa kolumna zawierająca liczbę znalezionych wierszy o identycznej zawartości. Dodano sortowanie i grupowani po dacie zlecenia i regonie komórki zlecającej.

## 5.6 Zestawienie pobytów i rozliczeń

Zestawienie pobytów i rozliczeń			×
Szablon: zapisz jako nowy szablon	•		
1. Pobyt 2. F	Pacjent	<u>3</u> . Sortowar	nie
Pobyt Pobyt Data przyjęcia Ud 01.11.2006 Do Wyśw. nazwy oddz. Data wypisu Od Do Rozpoznanie Kod rozp.: Wyśw. nazwy rozp. Typ rozp.: Produkt jednostkowy Kod prod. jedn.: Kod prod. koptr	Hospitalizacja Płatnik: 04 - Lubusk KG: Rok KG: Nr KG: Oddział NFZ: -	i Oddział Wojewódzki NFZ Data przyjęcia Od [ Data wypisu Od [	
Wyróżnik:	iczba punktów	Znajdź (ENTER)	Wyjście (F10)

W menu Raporty wybieramy Zestawienie pobytów i rozliczeń.

Parametry zestawienia pobytów i rozliczeń

Na zakładce **Sortowanie** ustalamy najpierw kolumny, które mają znaleźć się w zestawieniu. Możliwość wyświetlania kolumny Waga i Liczba punktów jest dostepna jedynie wtedy gdy wyświetlane są pozycje z datą początku pobytu większą lub równą 01.01.2005. Przy wyświetlaniu kolumny Waga wyświetlana jest dodatkowa pozycja Współczynnik. Po naciśnięciu przycisku **Znajdź(ENTER)** wyświetlą się wszystkie pobyty spełniające kryteria określone na zakładce **Pobyty** i **Pacjent**. Wiersze na wydruku są sortowane względem zawartości kolumn, zgodnie z kolejnością ich wprowadzania na zakładce **Sortowanie**. Można grupować wiersze - grupowane są tylko wiersze mające identyczną zawartość kolumn. Po włączeniu grupowania wyświetli się dodatkowa kolumna zawierająca liczbę znalezionych wierszy o identycznej zawartości. Do generowania sprawozdania uwzględniane są wszystkie aktywne (nieusunięte korektą) pozycje rozliczeniowe zarejestrowane na poziomie pobytów i rozliczone na sprawozdaniu do OW NFZ. Oprócz tego przy wyłączonej opcji grupowania można wybrać dwie dodatkowe opcje dla sumowania krotności oraz liczby punktów. Sumowanie krotności jest aktywne tylko przy zaznaczeniu wyświetlania Krotność wyk. na zakładce **Sortowanie** i jeżeli wybrano Krotność wyk. Dodatkowo jest możliwość grupowania i sortowania po dacie zlecenia i regonie komórki zlecającej.

# 5.7 Zestawienie procedur

Zestawienie procedur		×
Szablon: zapisz jako now	y szablon	
<u>1</u> . Procedury	<u>2</u> . Pacjent	<u>3</u> . Sortowanie
Procedura     Data początku       Kod proc.:     Od       Data końca rea     Od	realizacji Hospitalizacja Do KG: - Nizacji Do Pobyt	buski Oddział Wojewódzki NFZ 💽 Rok KG:
<ul> <li>✓ wyświetlaj nazwy procedur</li></ul>	ij nazwy oddziałów Typ rozp.:	od rozp.: wyśw. nazwy rozp. Znajdź (ENTER) Wyjście (F10)

W menu Raporty wybieramy Zestawienie procedur.

Parametry zestawienia procedur

Na zakładce **Sortowanie** ustalamy najpierw kolumny, które mają znajdować się w zestawieniu. Po naciśnięciu przycisku **Znajdź(ENTER)** wyświetlą się wszystkie procedury spełniające kryteria określone na zakładce **Procedury** i **Pacjent**. Wiersze na wydruku będą sortowane względem zawartości kolumn, zgodnie z kolejnością ich wprowadzania na zakładce **Sortowanie**. Można grupować wiersze - grupowane są tylko wiersze mające identyczną zawartość kolumn. Po włączeniu grupowania wyświetli się dodatkowa kolumna zawierająca liczbę znalezionych wierszy o identycznę zawartości.

# 5.8 Kontrola brakujących numerów w KG

W menu Raporty wybieramy Kontrola brakujących numerów w księdze głównej.

cukaj 6: 631	-	Rok KG: 2005	Znajdź (ENTER)	Wyjście (F10)
Zakres danycl	h			
🔿 Data od:		do:	wg daty przyjęcia	
			and the second se	
Numer wp	isu <del>w</del> księdze	głównej od:	1 do: 5	
Numer wp Numer księgi	iisu w księdze Rok księgi	głównej od: Numer w księdze	1 do: 5	
Numer wp Numer księgi 331	isu w księdze Rok księgi 2005	głównej od: Numer w księdze 3	1 do: 5 Opis brak numeru	
Numer wp Numer księgi i31 i31	Rok księdze Rok księgi 2005 2005	głównej od: Numer w księdze 3 4	1 do: 5 Opis brak numeru brak numeru	
© Numer wp Numer księgi 531 531 531	isu w księdze Rok księgi 2005 2005 2005	głównej od: Numer w księdze 3 4 5	1 do: 5 Opis brak numeru brak numeru brak numeru brak numeru	
© Numer wp Numer księgi 531 531 531	isu w księdze Rok księgi 2005 2005 2005	głównej od: Numer w księdze 3 4 5	1 do: 5 Opis brak numeru brak numeru brak numeru brak numeru	
© Numer wp Numer księgi 631 631 631	isu w księdze Rok księgi 2005 2005 2005	głównej od: Numer w księdze 3 4 5	1 do: 5 Opis brak numeru brak numeru brak numeru brak numeru	

Kontrola brakujących numerów w KG

Funkcja znajduje i wyświetla wszystkie niewykorzystane numery w księdze głównej z podanego zakresu numerów. Funkcja umożliwia również wyszukiwanie i wyświetlanie wszystkich niewykorzystanych numerów w księdze głównej wśród hospitalizacji, które rozpoczęły się w zdanym okresie.

#### 5.9 Raporty 2005

#### 5.9.1 Raport p401 - Pobyty pacjentów na oddziałach

W menu Raporty -> Raporty 2005 wybieramy Raport P401.

Płatnik 12 - Śląski Oddział Wojewódzki NFZ	
Oddział NFZ	
12 - Śląski Oddział Wojewódzki NFZ	*
Data przyjęcia Od: 01.12.2004 do: 31.12.2004	Pobyty © tylko zamknięte © tylko otwarte © wszystkie
Oddział wybrany oddział	Podgląd (F4) Wadruk (F5)
Kod oddziału:	Wyjście (F10)

Parametry raportu p401

Na raporcie wyświetlają się wszyscy pacjenci, którzy rozpoczęli pobyt na którymkolwiek oddziale w zadanym okresie i których płatnikiem jest płatnik wskazany w kryteriach. Pobyty pacjentów są pogrupowane względem oddziałów. Pacjent może pojawić się kilka razy na raporcie, jeśli rozpoczął w zadanym okresie pobyty na kilku oddziałach. Podsumowanie pod raportem to liczba zarejestrowanych pobytów odpowiadających zadanym kryteriom.

**Uwaga:** W roku 2005 płatnikiem będzie zawsze O.W. NFZ z którym świadczeniodawca ma umowę i na terenie którego się znajduje.

#### 5.9.2 Raport p402 - Zestawienie pobytów pacjentów

W menu Raporty -> Raporty 2005 wybieramy Raport P402.

2402 Zestawienie pobytów pacjentów	×
Płatnik	
12 - Śląski Oddział Wojewódzki NFZ	
Oddział NFZ	
12 - Śląski Oddział Wojewódzki NFZ	¥
tylko te pobyty, które zostały zakończone w za Jeśli raport dotyczy tylko otwartych pobytów to te pobyty, które w zadanym okresie nie zostały – Okres	danym okresie. pod uwagę brane są tylko jeszcze zakończone. – Pobyty
0d; jui.12.2004 do; j31.12.2004	œ tylko zamknięte ∩ tylko otwarte

Parametry raportu p402

W raporcie wyświetlana jest liczba dni pobytu pacjentów na poszczególnych oddziałach w zadanym okresie, których płatnikiem jest płatnik (OW NFZ) wskazany w kryteriach. W zależności od ustawień do obliczania osobodni powinny być brane pobyty zamknięte/otwarte. Zasady naliczania liczby dni:

- Pobyt rozliczany w trybie przepustkowym: długość pobytu liczy się na podstawie daty początku i końca pobytu, przy czym dzień początku pobytu wliczamy do liczby dni, a dzień końca pobytu nie. W przypadku wystąpienia przepustek, odejmujemy dni przepustek od dni pobytu, obliczając liczbę dni przepustki na podstawie jej początku i faktycznego powrotu, przy czym data początku przepustki liczy się do liczby dni przepustki, a data końca nie. Wyjątki:
  - pobyt, gdzie data początku = data końca według w/w zasad byłoby 0 dni. Program powinien naliczyć 1 dzień.
  - przepustki, gdzie data początku = data powrotu według w/w zasad pojawiłoby się 0 dni. Program powinien naliczyć 1-dniową przepustkę.
- Pobyt rozliczany w trybie obecności: długość pobytu liczymy jako sumę liczby dni poszczególnych obecności (daty początku i końca pobytu nie są brane pod uwagę). Liczbę dni obecności liczymy biorąc pod uwagę datę początku i końca obecności, przy czym zarówno początek i koniec obecności wlicza się do liczby dni.

Dla każdego oddziału jest podana liczba osób w podziale na płeć, których pobyty były uwzględnione w zestawieniu.

Podsumowanie pod raportem to liczba zarejestrowanych pobytów odpowiadających zadanym kryteriom.

#### 5.9.3 Raport p403 - Pobyty do X i powyżej X dni

W menu Raporty -> Raporty 2005 wybieramy Raport P403.

12 Claski Oddaiał bito	iamédaki NEZ	
12 - Sigski Oboziar Wo	ISWUGZKI NIPZ	
Oddział NFZ		
12 - Śląski Oddział Wo	jewódzki NFZ	
Data wypisu z pobytu           0d:         01.12.2004           do:         31.12.2005	Rodzaj raportu © Pobyty © Rozpoznania © Procedury	Liczba dni do: 3 powyżej 3
Dddział 🗆 wybrany oddział Kod oddziału:		Podgląd (F4) Wydruk (F5) Wyjście (F10)

Parametry raportu p403

W raporcie wyświetlana jest liczba pobytów pacjentów na poszczególnych oddziałach w zadanym okresie, których płatnikiem jest płatnik wskazany w kryteriach. Pobyty są podzielone dla każdego oddziału na trwające poniżej wyznaczonej granicznej liczby dni i powyżej, przy czym nie są brane są pod uwagę pobyty, które trwają 0 dni. Zasady naliczania liczby dni:

- Pobyt rozliczany w trybie przepustkowym: długość pobytu liczy się na podstawie daty początku i końca pobytu, przy czym dzień początku pobytu wliczamy do liczby dni, a dzień końca pobytu nie. W przypadku wystąpienia przepustek, odejmujemy dni przepustek od dni pobytu, obliczając liczbę dni przepustki na podstawie jej początku i faktycznego powrotu, przy czym data początku przepustki liczy się do liczby dni przepustki, a data końca nie. Wyjątki:
  - pobyt, gdzie data początku = data końca według w/w zasad byłoby 0 dni. Program powinien naliczyć 1 dzień.
  - przepustki, gdzie data początku = data powrotu według w/w zasad pojawiło by się 0 dni. Program powinien naliczyć 1-dniową przepustkę
- Pobyt rozliczany w trybie obecności: długość pobytu liczymy jako sumę liczby dni poszczególnych obecności (daty początku i końca pobytu nie są brane pod uwagę). Liczbę dni obecności liczymy biorąc pod uwagę datę początku i końca obecności, przy czym zarówno początek i koniec obecności wlicza się do liczby dni.

#### 5.9.4 Raport p404 - Zestawienie zakończonych hospitalizacji

W menu Raporty -> Raporty 2005 wybieramy Raport P404.

12 - Śląski Oddział Wojewó	dzki NFZ
Oddział NFZ	
12 - Śląski Oddział Wojewó	dzki NFZ 💌
Data wypisu Od: 01.12.2004 do: 31.12.2004	Rodzaj raportu © zakończone hospitalizacje © zgony © przeniesienia na inne oddziały
Oddział	Podgląd (F4) Wydruk (F5)

Parametry raportu p404

W raporcie wyświetlana jest liczba wszystkich hospitalizacji, które zostały zakończone w zadanym okresie. W ramach tych hospitalizacji powinny być wykazane te, które zakończyły się zgonem – podana jest ich sumaryczna liczba oraz rozbicie na poszczególne oddziały. Dodatkowo prezentowana jest liczba wszystkich przeniesień między oddziałami, które nastąpiły w zadanym okresie.

#### 5.9.5 Zestawienie hospitalizacji

W menu Raporty ->	Raporty 200	5 wybieramy	y Zestawienie	hospitalizacji.
-------------------	-------------	-------------	---------------	-----------------

Zestawienie hospitalizacji	2005				×
Szablon:	zapisz jako now	y szablon	•	<b></b>	
<u>1</u> . Hospitali	zacje	<u>2</u> . Pacjent		<u>3</u> . Sortowan	ie
Płatnik: 04 - L KG: - Rok KG: Nr KG: Oddział NFZ: -	ubuski Oddział Wo Data przy Od Data wyp Od	jewódzki NFZ v jęcia Do isu Do	wyświetlaj Rozpozn Typ rozp.	i nazwy rozpoznań anie Kod rozp.:	<b></b>
₩łącz grupowanie 「	kod oddziału wy;	isu		Znajdź (ENTER)	Wyjście (F10)
pozycji					
ļi					

Parametry zestawienia hospitalizacji

Na zakładce Sortowanie ustalamy najpierw kolumny, które mają występować w

zestawieniu. Po naciśnięciu przycisku **Znajdź(ENTER)** wyświetlą się wszystkie hospitalizacje spełniające kryteria określone na zakładce **Hospitalizacja** i **Pacjent**. Wiersze na wydruku są sortowane względem zawartości kolumn, zgodnie z kolejnością ich wprowadzania na zakładce **Sortowanie**. Można grupować wiersze - grupowane są tylko wiersze mające identyczną zawartość kolumn. Po włączeniu grupowania pojawia się dodatkowa kolumna zawierająca liczbę znalezionych wierszy o identycznej zawartości. Dodano sortowanie i grupowani po dacie zlecenia i regonie komórki zlecającej.

#### 5.9.6 Zestawienie pobytów i rozliczeń

Zestawienie pobytów i rozliczeń 2005		2
Szablon: zapisz jako now	y szablon	
1. Pobyt	<u>2</u> . Pacjent	<u>3</u> . Sortowanie
Pobyt Data przyjęcia Od 01.11.2006 Wyśw. nazwy oddz. Od Rozpoznanie Kod rozp.: Typ rozp.: Produkt jednostkowy Kod prod. jedn.: Kod prod. kontr.: Wyróżnik:	Do Do Ptatnik: 04 - Lubus KG: - Rok KG: Nr KG: Oddział NFZ: -	ki Oddział Wojewódzki NFZ V Data przyjęcia Od Do Data wypisu Od Do
🔽 włącz grupowanie 🔲 sumowa	nie krotności 🛛 🗖 liczba punktów	Znajdź (ENTER) Wyjście (F10)
Liczba pozycji		

W menu Raporty -> Raporty 2005 wybieramy Zestawienie pobytów i rozliczeń.

Parametry zestawienia pobytów i rozliczeń

Na zakładce **Sortowanie** ustalamy najpierw kolumny, które mają znaleźć się w zestawieniu. Możliwość wyświetlania kolumny Waga i Liczba punktów jest dostepna jedynie wtedy gdy wyświetlane są pozycje z datą początku pobytu większą lub równą 01.01.2005. Przy wyświetlaniu kolumny Waga wyświetlana jest dodatkowa pozycja Współczynnik. Po naciśnięciu przycisku **Znajdź(ENTER)** wyświetlą się wszystkie pobyty spełniające kryteria określone na zakładce **Pobyty** i **Pacjent**. Wiersze na wydruku są sortowane względem zawartości kolumn, zgodnie z kolejnością ich wprowadzania na zakładce **Sortowanie**. Można grupować wiersze - grupowane są tylko wiersze mające identyczną zawartość kolumn. Po włączeniu grupowania wyświetli się dodatkowa kolumna zawierająca liczbę znalezionych wierszy o identycznej zawartości. Do generowania sprawozdania uwzględniane są wszystkie aktywne (nieusunięte korektą) pozycje rozliczeniowe zarejestrowane na poziomie pobytów i rozliczone na sprawozdaniu do OW NFZ. Oprócz tego przy wyłączonej opcji grupowania można wybrać dwie dodatkowe opcje dla sumowania krotności oraz liczby punktów. Sumowanie krotności jest aktywne tylko przy zaznaczeniu wyświetlania Krotność wyk. na zakładce **Sortowanie** i jeżeli wybrano Krotność wyk. Dodatkowo dodano możliwość grupowania i sortowania po dacie zlecenia i regonie komórki zlecającej.

#### 5.9.7 Zestawienie procedur

W	menu	Raporty	->	Raporty	2005	wybieramy	Zestawie	nie proce	dur.

			×				
Szablon: zapisz jako nowy szablon	<b>•</b>	<b></b>					
1. Procedury	<u>2</u> . Pacjent	<u>3</u> . Sortowan	ie				
Procedura       Data początku realizacji         Kod proc.:       Dd         Data końca realizacji       Do         Kod oddz.:       Dd         Od       Do	Hospitalizacja Płatnik: 04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ KG: V Rok KG: Oddział NFZ: - Pobyt Kod oddz. Rozpoznanie Kod rozp.: Wyśw. nazwy roz Typ rozp.:						
włącz grupowanie     sumowanie krotności       Liczba pozycji		Znajdź (ENTER)	Wyjście (F10)				

Parametry zestawienia procedur

Na zakładce **Sortowanie** ustalamy najpierw kolumny, które mają znajdować się w zestawieniu. Po naciśnięciu przycisku **Znajdź(ENTER)** wyświetlą się wszystkie procedury spełniające kryteria określone na zakładce **Procedury** i **Pacjent**. Wiersze na wydruku będą sortowane względem zawartości kolumn, zgodnie z kolejnością ich wprowadzania na zakładce **Sortowanie**. Można grupować wiersze - grupowane są tylko wiersze mające identyczną zawartość kolumn. Po włączeniu grupowania wyświetli się dodatkowa kolumna zawierająca liczbę znalezionych wierszy o identycznej zawartości.

# Rozdział

# 6 Opcje specjalne

# 6.1 Scalanie pacjentów

Może zaistnieć sytuacja, gdy w bazie danych pacjent znajdzie się dwa razy, np. z nr PESEL prawidłowym i zerowym. Należy wówczas scalić takiego pacjenta w jeden wpis w bazie danych.

#### Scalanie pacjentów

- 1. Z menu Specjalne wybierz pozycję Scalanie pacjentów.
- Na formularzu Scalanie pacjentów wybierz przycisk Znajdź. System wyświetli pary pacjentów o tych samych danych. Jeżeli chcesz wyszukać podwójne wpisy pacjentów o określonym nazwisku, dodatkowo możesz wpisać fragment lub całe nazwisko do pola tekstowego.

**Informacja:** Kluczem, według którego program szuka pacjentów do scalenia jest nazwisko, data urodzenia, czyli program wyświetli pary osób o tym samym nazwisku, dacie urodzenia.

- 3. Wybierz przy pomocy myszy i klawisza CTRL dwie pozycje z listy, czyli pacjentów do scalenia. W tym celu należy zaznaczyć lewym klawiszem myszy jedną pozycję, następnie przytrzymując klawisz CTRL, zaznaczyć z pomocą myszy drugą pozycję. Oba wiersze powinny być zaznaczone na niebiesko.
- 4. Naciśnij myszą przycisk na ekranie Wybierz (F5).
- 5. Na ekranie pojawi się formatka umożliwiająca przeniesienie świadczeń pomiędzy pacjentami i usunięcie jednego z nich (Rys. 102).

**Informacja:** Żółte pola oznaczają miejsca, w których istnieją różnice pomiędzy danymi pacjentami.

Istnieją dwie możliwości:

- przeniesienie świadczeń/kuponów Pacjenta 1 do Pacjenta 2 przycisk >> (z bazy danych usunięty zostanie Pacjent 1)
- przeniesienie świadczeń/kuponów Pacjenta 2 do Pacjenta 1 przycisk << (z bazy danych usunięty zostanie Pacjent 2).

Pacjent I Nazwisko: Imiona: Data ur: Pesel: Oddz. NFZ: Miasto: Kod: Ulica: Nr domu:	KOZIOŁKIEWICZ DANUTA 12.03.1978 Płeć: K 00000000000 12 TARNOWSKIE GÓRY 42-612 Poziomkowa 12a Nr lok.:	>>	Pacjent 2 Nazwisko: Imiona: Data ur: Pesel: Oddz. NFZ: Miasto: Kod: Ulica: Nr domu:	KOZIOŁKIEWICZ DANUTA 12.03.1978 Płeć: K 00000000000 12 Nr lok.:
Nr techn:	4	Vvišcie (F1(	Nr techn:	5
Świadczenia:	0		Świadczenia:	0
Deklaracje:	0		Deklaracje:	0

scalanie pacjentów

6. Po wybraniu jednej z opcji na ekranie pojawi się następujące okno dialogowe, jak na rysunku poniżej. Umożliwia ono zatwierdzenie, bądź zaniechanie wyboru. Aby zatwierdzić i wykonać operację scalania pacjentów, należy wybrać przycisk **Tak**.

Uwaga	×
?	Kupony należące do pacjenta 1 zostaną przepisane do pacjenta 2. Pacjent 1 zostanie następnie skasowany.
	Czy kontynuować ?
	Iak <u>Nie</u>

scalanie pacjentów – zatwierdzenie wyboru

# 6.2 Komunikaty

Przegląd wiadomości wysłanych z oddziału NFZ do wszystkich świadczeniodawców po zakończeniu transmisji danych.

	Komuni	aty					
K	od oddzia	atu NFZ:	⊡ tylkoni	eprzeczytane	komunikaty	Y Przeczytaj Wyjście (F10)	
	Ident	Oddział NFZ	Data wysłania	Data odbioru	Data odczytu	Тур	Treść
	1	12	03.02.2004	03.02.2004		×	Proszę pobrać najnowsze uaktualnienie Pakietu Świadczeniodawcy, dostępne na stronach www oddziału NFZ

© 2007 ComputerLand S.A.

komunikaty odebrane z oddziału NFZ

**Wskazówka:** Jeżeli tekst wiadomości jest za długi, można powiększyć wysokość wierszy w tabelce z wiadomościami, przeciągając za pomocą myszy krawędź wiersza w górę / dół na lewym szarym marginesie tabelki.

W oknie głównym programu (pod rysunkiem) zgłaszane jest nadejście nowych komunikatów – na żółtym tle pojawia się informacja: **Są nieprzeczytane komunikaty**. Komunikat ten znika, gdy wszystkie komunikaty zostaną przeczytane przyciskiem **Przeczytaj**.

# 6.3 Przegląd odpowiedzi z oddziału NFZ 2005

Ta funkcja programu pozwala na przegląd wszystkich odpowiedzi: potwierdzonych i niepotwierdzonych w jednym oknie. Odpowiedzi dotyczą komunikacji z oddziałem w starym formacie wymiany danych.

	Prezentacja	odpowiedzi z oddziału M	FZ dotyc:	zących danyc	h niepo	prawnych						
	Szukanie — )ata eksportu Nr ho	ı od: do:		Od ©	powied hospita zamkni	zi dotyczące: Ilizacji ęcia sprawoz	dań	Znajdź (EN	TER) Dar	R) Dane (F6) Wyjście (F10)		
	Data eksportu	Numer hospitalizacji	Numer pobytu	Nr przep. (obecności)	przep. Nr Kod Nr Numer u procedury świadcz. rozliczenia u			ld. dokumentu upoważniającego upoważniając				
_												
_												
								•				
_												
_												
_												
-								•				
				•		•	•					
1												

Prezenatacja odpowiedzi z odziału NFZ

Aby przejść do formularza prezentującego odpowiedzi z NFZ, należy na formularzu głównym aplikacji wybrać opcję z menu głównego: **Specjalne** -> Przegląd odpowiedzi z oddziału NFZ 2005. Formularz został zaprojektowany tak, aby łatwo można było odszukać niezbędne informacje. Jak widać na rysunku wyżej, na formularzu dostępne są dwie metody wyszukiwania: wg daty eksportu danych oraz numeru hospitalizacji. Możliwy jest również wybór zakresu prezentowanych odpowiedzi: dotyczących danych ewidencyjnych (hospitalizacji) oraz danych rozliczeniowych (sprawozdań). Dodatkowo została zaimplementowana opcja przejścia do formularza hospitalizacji związanej z wyświetlanym, aktualnie zaznaczonym wierszem (poprzez wybranie przycisku **Dane (F6)**).

**Uwaga:** W zestawieniach nie wszystkie kolumny są od razu widoczne. Aby przejrzeć ukryte kolumny, należy skorzystać z poziomego paska przewijania znajdującego się poniżej tabeli.

# 6.4 Przegląd danych niepotwierdzonych 2005

W programie ewidencyjnym dostępna jest opcja pozwalająca na przeglądanie wszelkich niepotwierdzonych przez płatnika danych ewidencyjnych i rozliczeniowych a wprowadzonych w systemie. Takie zestawienie można zapisać do pliku i następnie przekazać do płatnika w celu wyjaśnienia wszelkich niezgodności w danych między świadczeniodawcą a płatnikiem.

Plaink:	1			- zraju	(LATER)		2 00 bitto	to el	Maces (Frint	ľ
	Dane gwidencyjr	-		Dane podiczen	one					
	ID hosp.	ID piere korck	nzoj Jy	Nr korekty	KG	Rok KG	Nr w KG	Data przyjęcia	Data wypisu	ŀ
27070	0740000000000	2707037400000	00003	0	135	2002	2	02.01.2002	08.01.2082	ī
27070	3740000000016	2707037400000	000016	0	135	2002	1550	01.02.2002	07.02.2002	1
27070	374000000452	2707037400000	100452	0	135	2002	1807	08.02.2002	10.05.2002	1
27070	1740100001651	2707037400000	100651	0	135	2002	1932	11.02.2002		1
27070	7740000001720	2707037400000	01720	0	135	2002	2534	21.02.2002	01.03.2002	1
27070	74000002123	2707037400000	02123	0	135	2002	2699	26.02.2002	10.05.2002	1
27070	374000004177	2707037400000	104177	0	135	2002	20005	01.01.2002	01.01.2002	1
27070	174000004268	2707037400000	104268	0	135	2002	3838	25.03.2002	13.05.2002	1
27070	2740000004325	2707037400000	104325	0	135	2002	20048	03.01.2002	07.01.2002	1
27070	374000004379	2707037400000	04379	0	135	2002	20095	05.01.2002	05.01.2002	Ī
27070	374000004437	2707037400000	04437	0	135	2002	20148	08.01.2002	08.01.2002	ī
27070	3740000004511	2707037400000	04511	0	135	2002	20194	10.01.2002	10.01.2002	Ţ
270703	374000004570	2707037400000	04570	0	135	2002	20237	12.01.2002	12.01.2002	1
27070	374000004627	2707037400000	04627	0	135	2002	20289	15.01.2002	15.01.2002	T
270703	374000004674	2707037400000	04674	0	135	2002	20335	17.01.2002	17.01.2002	1
270703	3740000004743	2707037400000	04743	0	135	2002	20306	19.01.2002	19.01.2002	J
12020	********				ine	1000	30495			ł
									COLUMN TWO IS NOT	ĩ

Przegląd danych niepotwierdzonych

Aby przejść do formularza prezentującego niepotwierdzone dane ewidencyjne i rozliczeniowe, należy na formularzu głównym aplikacji wybrać opcję z menu głównego: **Specjalne** -> **Przegląd danych niepotwierdzonych 2005**. Wyświetli się formularz z dwoma zakładkami, prezentującymi dwa zestawienia z niepotwierdzonymi danymi ewidencyjnymi i rozliczeniowymi. Dane dotyczą konkretnego płatnika, do którego je wysyłano. Płatnika wybiera się u góry formularza z rozwijanego pola wyboru.

**Uwaga:** W zestawieniach nie wszystkie kolumny są od razu widoczne. Aby przejrzeć ukryte kolumny, należy skorzystać z poziomego paska przewijania znajdującego się poniżej tabeli.

Aby wygenerować zestawienie do pliku, można wybrać przycisk **Zapisz do pliku (F6)**, a następnie w nowym oknie wybrać folder, do którego plik zostanie wygenerowany i zatwierdzić operację (przycisk **Wybierz**). Po zakończeniu operacji program poda informację o nazwie pliku, w którym umieszczono dane. Taki plik można wysłać do płatnika pocztą elektroniczną lub przekazać na dyskietce.

**Informacja:** Dane w pliku są zaszyfrowane i tym samym zabezpieczone przed podglądem i modyfikacją przez niepowołane osoby.

W zestawieniach, w żółtych tabelkach mogą pojawić się kolumny określające różne flagi i statusy wyświetlonych danych. Oto znaczenie niektórych z nich:

 Dane ewidencyjne: ID hosp., ID pierwszej korekty, Nr korekty – te dane jednoznacznie identyfikują hospitalizację w systemie. W przypadku zamknięcia sprawozdania każda edycja hospitalizacji generuje korektę ewidencyjną o kolejnym numerze korekty, powiązaną z hospitalizacją pierwotną o identyfikatorze pierwszej korekty. Dla hospitalizacji, które jeszcze nie są rozliczone, lub są na niezamkniętych sprawozdaniach, lub ich nie zmieniano, ID hosp. i ID pierwszej korekty są te same. Dane ewidencyjne można znaleźć po ID hospitalizacji w przeglądzie hospitalizacji. Wszelkie poprzednie korekty i hospitalizację pierwotną można przejrzeć po wejściu w tryb edycji danej korekty i wejściu na zakładkę Inne do opcji Lista korekt.

- Dane ewidencyjne: Nr w KG po tej informacji najlepiej wyszukiwać hospitalizację w przeglądzie. Konkretną korektę można wybrać w danych hospitalizacji po wejściu na zakładkę Inne do opcji Lista korekt.
- Dane ewidencyjne: Data eksportu dzień, w którym dane ewidencyjne tej pozycji zostały ostatnio przekazane do płatnika.
- Dane ewidencyjne: Status eksportu flaga określająca stan eksportu pozycji:
  - **E** dane przeznaczone do eksportu przy najbliższej transmisji (wszelka modyfikacja danych ustawia status na **E**)
  - W dane zostały wysłane, ale jeszcze nie otrzymały potwierdzenia przy następnej transmisji. Dane z takim statusem zostaną automatycznie ponownie wyeksportowane, jeżeli potwierdzenie nie dojdzie w okresie do 2 dni (okres czasu do ponownego eksportu niepotwierdzonych danych można zmienić w programie Konfigurator, ale nie jest to zalecane).
  - P dane są potwierdzone, ale mogą mieć np. jakiś błąd przekazany w odpowiedzi przez płatnika. Stąd może też wynikać różnica w danych ewidencyjnych między świadczeniodawcą i płatnikiem. Takie dane trzeba zweryfikować. Kod i treść błędu można znaleźć w opcji Specjalne -> Przegląd odpowiedzi z oddziału NFZ.
  - **A** dane nie były jeszcze wyeksportowane do płatnika.
- Dane ewidencyjne: Data modyf. data ostatniej modyfikacji pozycji ewidencyjnej.
- Dane ewidencyjne: Nr wersji danych określa, ile razy zmodyfikowano daną pozycję. Jeżeli pozycja została wysłana do płatnika, to odpowiedź wróci do konkretnej wersji tych danych. Jeżeli np. po eksporcie danych zmodyfikuje się tę pozycję (np. dopisze się następną procedurę do pobytu) jej numer wersji się zwiększa i pozycja jest znowu przeznaczona do eksportu. Odpowiedź, która wróci od płatnika już nie dotyczy aktualnej wersji, bo przedstawia już inne dane. W ten sposób pozycja może nigdy nie otrzymać potwierdzenia, jeżeli będzie się ją modyfikować zaraz po transmisji. Trzeba zadbać o to, aby pozycja otrzymała potwierdzenie, zanim ponownie się ją zmodyfikuje.

**Wskazówka:** Aby otrzymać potwierdzenie do danych, należy wykonać ponowną transmisję po czasie przyjętym w OW NFZ.

- Dane ewidencyjne: Archiwalna ta flaga jest ustawiona na T dla wszelkich hospitalizacji pierwotnych mających korekty i wcześniejszych korekt. Tylko ostatnia korekta lub hospitalizacja bez korekt ma ustawioną flagę N.
- Dane ewidencyjne: Usunięta jeżeli flaga jest ustawiona na T, daną pozycję zaznaczono w systemie jako usuniętą i domyślnie nie jest dostępna do przeglądu oraz edycji. Aby obejrzeć hospitalizacje usunięte trzeba w przeglądzie hospitalizacji zaznaczyć specjalną opcję Tylko hospitalizacje usunięte.
- Dane rozliczeniowe: ID hosp, Nr pobytu, Nr proc. Te informacje jednoznacznie identyfikują pozycję na poziomie hospitalizacji, pobytu lub procedury, która została zakwalifikowana do rozliczenia w module ewidencyjnym i została rozliczona na jednym ze sprawozdań.
- Dane rozliczeniowe: Miesiąc rozl miesiąc sprawozdania, w którym została rozliczona dana pozycja.
- Dane rozliczeniowe: Flaga określa, czy pozycja dodaje rozliczenie do sprawozdania, czy jest to pozycja usuwająca na korekcie:
  - **N** pozycja dodająca rozliczenie do sprawozdania.

#### Lecznictwo Stacjonarne

67

- **U** pozycja usuwająca rozliczenie na korekcie sprawozdania.
- Dane rozliczeniowe: Status eksp. rozlicz., Flaga błędu eksp. status potwierdzenia danych rozliczeniowych przez płatnika:
  - pusta dane jeszcze nie zostały wysłane razem z hospitalizacją (Status eksp. hosp. jest E) lub jeszcze nie otrzymały potwierdzenia (Status eksp. hosp. jest W)
  - P dane są potwierdzone, ale prawdopodobnie mają błąd (określony w kolumnie Flaga błędu eksp.). Dokładny kod i treść błędu można znaleźć w opcji Przegląd odpowiedzi z oddziału NFZ.
- Dane rozliczeniowe: Status spraw Status zamknięcia sprawozdania:
  - Z użytkownik dokonał zamknięcia sprawozdania. Informacje o zamknięciu dla tej pozycji zostaną wysłane do płatnika;
  - W informacje o zamknięciu dla tej pozycji zostały wysłane;
  - P płatnik potwierdził odbiór informacji o zamknięciu dla tej pozycji. Dane rozliczeniowe i ewidencyjne powiązane z tą procedurą zostały zablokowane w bazie centralnej. Świadczeniodawca już nie może zmieniać tych danych ani ponownie wysyłać do płatnika;
  - B nastąpił błąd zamknięcia. Płatnik odrzucił informacje o zamknięciu. Należy zweryfikować błąd w opcji Prezentacja odpowiedzi z oddziału NFZ.

# 6.5 Przegląd odpowiedzi z oddziału NFZ

W programie ewidencyjnym dostępna jest opcja pozwalająca na przeglądanie odpowiedzi z oddziału NFZ przy wykorzystaniu otwartego formatu wymiany danych.

	📱 Prezentacja odpowiedzi z oddziału NFZ dotyczących danych 2006 (błędy oraz informacje)													
_ S	zukaj													
F	lodzaj danych:							Znajdź	(ENTER)	Kasuj (F8)	Wyjście (F10)			
W	'aga problemu:				_					Usuń Informacie (F11)				
	Data imp. od:	01.10	.2006		do:	31.10.2	2006							
	ID Hosp.:						-			Dane hospitalizacji (F6)				
	Nr produktu:			4										
	Liczba wierszy:													
	Data/czas importu	3		ID Hosp		Nr wersii	Status odpow.	₩aga	Kod odpow.					
-														
_														
—														
—														
—														
•														
											NOM			

Prezentacja odpowiedzi z oddziału NFZ dotyczących danych niepoprawnych

Aby przejść do formularza prezentującego niepoprawne dane ewidencyjne i rozliczeniowe, należy na formularzu głównym aplikacji wybrać opcję z menu głównego: **Specjalne** -> **Przegląd odpowiedzi z oddziału NFZ 2006**. Wyświetli się formularz który umożliwia przegląd i filtrowanie danych z odpowiedzi. W sekcji filtrowania **Szukaj** można filtrować wyniki ze względu na rodzaj danych;

- Świadczenia poziom danych merytorycznych
- Sprawozdania- poziom danych merytorycznych
- Świadczenia poziom komunikatu
- Sprawozdania poziom komunikatu

Można określić w polu wyboru Waga problemu czy mają być wyświetlane dane dotyczące **błędów**, **informacji** lub **wszystkie**. W polu Data imp. od można wybrać zakres czasowy odpowiedzi, w polu ID hosp. wyświetlanie odpowiedzi dotyczących tylko danej zaznaczonej lub wpisanej hospitalizacji, natomiast w polu Nr produktu wyświetlane będą odpowiedzi dotyczące podanego produktu.

Przycisk **Kasuj (F8)** umożliwia usunięcie danej odpowiedzi, przycisk **Dane hospitalizacji** (**F6**) umożliwia przejscie bezpośrednio do formularza prezentacji i edycji hospitalizacji, która jest hospitalizacją pierwotną. Przycisk **Usuń Informacje (F11)** pozwala na usunięcie informacji o odpowiedzi.

# 6.6 Przegląd niekompletnych danych

W programie ewidencyjnym dostępna jest opcja pozwalająca na przeglądanie niekompletnych danych do eksportu przy wykorzystaniu otwartego formatu wymiany danych.

	Prezenta	cja niel	kompletnych danych 2006						<u>_                                    </u>
Γ!	Szukaj —						Dana anciente (FF)		1
	ld. hospi	talizacji			👍 Zn	ajdź (ENTER)	Dane pacjenta (F5)	Wyjscie (FTU)	
	Ko	d błędu	: 📃 🔶				Dane hospitalizacji (F6)		
Г	Liczba v	wierszy:					Weryfikacja danych (F7)		
	Status	Nr wersji	ld. hospitalizacji	Lid. pacjenta	Kod błędu		Opis błędu weryfikacji		
	۷	4	08010180000000478	192	30	Brak rozpoznan	ia głównego w pobycie.		
	۷	3	08010180000000479	86	30	Brak rozpoznar	ia głównego w pobycie.		
-									
-									
-									
-									
			•			•			
						•			
			ļ						
L						ļ			

Prezentacja niekompletnych danych - format otwarty

Aby przejść do formularza prezentującego niepoprawne dane ewidencyjne i rozliczeniowe, należy na formularzu głównym aplikacji wybrać opcję z menu głównego: **Specjalne** -> **Przegląd niekompletnych danych 2006**. Wyświetli się formularz który umożliwia przegląd i filtrowanie niekompletnych danych do eksportu. W sekcji filtrowania **Szukaj** 

#### 69 Lecznictwo Stacjonarne

można filtrować wyniki ze względu na rodzaj danych;

- Id hospitalizacji dane tylko dla zaznaczonej lub wpisanej hospitalizacji
- Kod błędu dane związane z podanym kodem błędu

Po wciśnięciu przycisku **Weryfikacja danych (F7)** na formatce zostaną wyświetlone wszystkie niekompletne dane wraz z opisem błędu. Przyciski **Dane pacjenta (F5)** oraz **Dane hospitalizacji (F6)** umożliwiają przejście bezpośrednio do formularzy umożliwiających edycję kolejno danych pacjenta oraz danych hospitalizacji, dotyczących zaznaczonej pozycji z błędem.

### 6.7 Zbiorcze przeliczanie pozycji rozliczeniowych na podstawie aktualnych parametrów umów

Może zaistnieć sytuacja, w której świadczeniodawca część świadczeń ma już rozliczonych, część dopiero będzie rozliczał, a w między czasie otrzyma aneks do umowy zmieniający parametry umowy. W takim przypadku zaistnieje konieczność przeliczenia wszystkich pozycji rozliczeniowych, by były zgodne z wczytanym aktualnym aneksem do umowy. Do przeliczania pozycji rozliczeniowych służy poniższa opcja. Po uruchomieniu wyświetlone zostanie poniższe okno.

📰 Przeliczeni	ie pozycji, które różni	ą się para	metrami w stosu	nku do (	aktualnych j	parametr	ów umowy			_			
Szukaj													
Zakres	lecznictwo stacjona	rne	<b>_</b>	Znajd	ź (ENTER)	Skoryg	uj pozycje r	ozliczeniowa	: (F11)	Wyjście (	(F10)		
<u>U</u> mowa:	wszystkie		•				Dane hospi	talizacji (F6)					
<u>M</u> iesiac:	:		•										
<u>R</u> óżnice:	wszystkie		-										
Prod kontr				Г									
Prod iedn					zamknięte po	zycje do sł	korygowania	ygowania					
r tou: jouin					zamknięte pozycję oczekujące na potwierdzenie z UWNFZ pozycie rozliczeniowe, dotyczące produktów usunietych aneksem wstecznym.								
Kolejność:	wg daty końca reali	zacµ	i		pozycje rozlic	zeniowe, c	dotyczące nieł	aktualnych prod	duktów	i motoczny	,		
Warunki:	wszystkie		<b>_</b>		parametry pozycji rozliczeniowej								
📋 Liczba wi	erszy:			ĻL	parametry um	parametry umowy							
Nr rozl.	ld. hospitalizacji	Pobyt	Produkt kontraktowy	Wyr.	Produ jednostk	kt :owy	Data od	Data do	Krotność	Waga	Cena		
_													
•											<b>&gt;</b>		
										NUM			

Okno przeliczania pozycji rozliczeniowych

W górnej, lewej części okna dostępne rozwijane pola wyboru, według których filtrowane są dane wyświetlane w tabeli znajdującej się w dolnej części okna. W poszczególnych polach możliwy jest wybór:

- Zakres
- lecznictwo stacjonarne

• Umowa - możliwy wybór wszystkich umów świadczeniodawcy bądź jednej, konkretnej umowy

- Miesiąc możliwy wybór wszystkich miesięcy
- Różnice:
  - tylko pozycje różniące się ceną
  - tylko pozycje różniące się wagą
  - tylko pozycje różniące się schematem krotności
  - tylko pozycje różniące się schematem miesiąca
  - tylko pozycje nieaktualne w planie umowy
  - tylko pozycje usunięte aneksem wstecznym
- Produkt kontraktowy możliwy wybór produktu ze słownika produktów kontraktowych
- Produkt jednostkowy możliwy wybór produktu ze słownika produktów jednostkowych

Wyświetlone dane, poprzez wybór odpowiedniej pozycji w polu Kolejność, można posortować:

- wg daty końca realizacji
- wg umowy
- wg miesiąca

oraz ograniczyć liczbę wierszy wyświetlanych danych poprzez wybranie określonych warunków. Dostępne są następujące warunki ograniczające zakres prezentowanych danych:

- tylko pozycje otwarte do przeliczenia
- tylko pozycje do skorygowania
- tylko pozycje zamknięte oczekujące na potwierdzenie

Wyświetlenie danych zgodnych z wymogami ustawionymi w powyższych polach umożliwia kliknięcie przycisku **Znajdź (Enter)**.

Dodatkowo, prezentowane dane wyróżniono kolorami, w celu łatwiejszej identyfikacji. Aktualne parametry oznaczone są kolorem bladoczerownym, a wartości pozycji rozliczeniowej oznaczone zostały kolorem bladoniebieskim.

- Otwarte pozycje rozliczeniowe, które nie zostały jeszcze zamknięte na sprawozdaniu lub nie znajdują się na sprawozdaniu wysłanym do OW NFZ oznaczone są kolorem zielonym. Takie dane koryguje się poprzez kliknięcie przycisku **Skoryguj pozycje rozliczeniowe** (F11) znajdującego się w górnej części okna. Zmienione wartości zostaną automatycznie przeliczone według aktualnych parametrów umowy.
- Zamknięte pozycje rozliczeniowe, które znajdują się na zamkniętym, potwierdzonym sprawozdaniu oznaczone są kolorem czarnym. Do takich danych, po kliknięciu przycisku **Skoryguj pozycje rozliczeniowe (F11)**, zostaną automatycznie wygenerowane pozycje korygujące oraz pozycje dodające z wartościami odpowiadającym aktualnym parametrom umowy.
- 3. Zamknięte pozycje rozliczeniowe znajdujące się na sprawozdaniu, które nie zostało jeszcze potwierdzone oznaczone są kolorem czerwonym. Skorygowanie takich pozycji mozliwe będzie dopiero po odebraniu potwierdzeń do tych pozycji.
- 4. Pozycje rozliczeniowe, które są powiązane z produktami usuniętymi przez wczytany aneks wyświetlane są w kolorze niebieskim. Tego typu pozycje nie zostaną skorygowane automatycznie. Aby skorygować takie pozycje należy przejść do danych szczegółowych, wybierając przycisk **Dane hospitalizacji (F6)**, a następnie zadecydować, czy pozycja ma być tylko usunieta, czy też po usunięciu pozycji należy dodać nową pozycję

rozliczeniową z innym produktem kontraktowym.

5. Pozycje rozliczeniowe, które są powiązane z produktami usunietymi aneksem wyświetlane są w kolorze bordowym. Tego typu pozycje nie zostaną skorygowane automatycznie. Aby skorygować takie pozycje należy przejść do danych szczegółowych, wybierając przycisk **Dane hospitalizacji (F6)**, a następnie zadecydować, czy pozycja ma być tylko usunieta, czy też po usunięciu pozycji należy dodać nową pozycję rozliczeniową z innym produktem jednostkowym.

Każda z operacji przeliczenia powoduje ponowne zaznaczenie hospitalizacji do eksportu. W celu rozliczenia przeliczonych pozycji rozliczeniowych wymagane jest ponowne potwierdzenie ich poprawności w systemie OW NFZ, a następnie oznaczenie ich do rozliczenia.

# 6.8 Wykaz wykonanych eksportów/importów

Ta funkcja programu umożliwia przegląd wszystkich wykonanych eksportów i importów. Okno wyświetlające informacje jest dostępne w menu **Specjalne** -> **Wykaz wykonanych eksportów/importów**.

📰 Informacja o wykonanych eksportach/importach danych								
Szukaj								
	Rodzaj d	anych	: Dar	ne w formacie 2006	▼ Z	Znajdź (ENTI	ER) Wyjście (F10)	
	Typ operacji:							
Rodzaj eksportu:								
	Data op	er. od	: 01.1	10.2006	do: 31.10.2006			
Liczba wierszy:								
	ID Operaciji	Тур	Eksp.	Data operacji	Nazwa pliku	Lb.	Dodatkowe	
-	1231	F	Р	31,10,2006,09:29,11	fzx 040316 115 20061031,XSP	14	Plik org.: fzx 040316 115 200610	
-	1230	Р	Р	31.10.2006 09:29.10	prdr_040316_269_20061031.XSP	1	Plik org.: prdr_040316_269_20061	
	1229	E	Р	31.10.2006 09:29.09	epmed_040316_369_20061031.XSP	0	Plik org.: epmed_040316_369_200	
-								
H								
-								
_								
_								
-								
-								
•				L	I	į		

Informacje o wykonanych eksportach/importach.

Wyświetlone dane można filtrować wg następujących kryteriów:

- według rodzaju danych:
  - lecznictwo zamknięte oraz sprawozdania
  - dane w formacie 2006

- według typu operacji:
- E eksport danych medycznych
- F eksport fatkur
- P eksport zamkniętych sprawozdań
- M import potwierdzeń do danych medycznych
- Z import potwierdzeń do faktur
- R import potwierdzeń do zamkniętych sprawozdan
- według rodzaju eksportu
  - wszystko
  - P eksport przyrostowy
- według daty operacji określanej w polach od i do

## 6.9 Przegląd wykonanych procedur

Ta funkcja programu umożliwia przegląd wszystkich wykonanych procedur. Dostęp do okna przeglądu procedur jest mozliwy poprzez menu **Specjalne** -> **Przegląd wykonanych procedur**.

	Przegląd wykonanych pr	ocedur									. <u> </u>
<b>-</b> S	zukanie										
D	Data wykonania od: 30.10.2006 do: 31.10.2006 C Tak O Nie O Wszystkie Dane (F6) Wyjście (F10)										
	Nr hospitalizacji: Znajdź (ENTER)										
	KG: -	E Rol	k KG:								
	Nr KG:										
	Numer hospitalizacji	KG	Rok KG	Nr KG	Numer pobytu	Numer proc.	Tabela procedur	Kod procedury	Kod oddziału w SINFZ	Kod oddziału	Dat pocz. i
-											
_											
						•		•			
_											
-											
_											
-											
◄											►
										NUM	

Przegląd wykonanych procedur

Wyświeltone procedury można posortować wg nastepujących kryteriów:

- daty wykonania - w polach od i do wpisuje się zakres dat, z jakiego okresu procedury mają zostać wyświetlone

- kodu procedury - w polu wpisuje się kod procedury

- nr hospitalizacji - w polu wpisuje się numer hospitalizacji, lub wybiera z tabeli przeglądu wykonanych procedur poprzez zaznaczenie odpowiedniej hospitalizacji w tabeli, a następnie kliknięcie przycisku

- księgi głównej - w polu KG wybiera się z rozwijanego menu numer księgi głównej

#### 73 Lecznictwo Stacjonarne

- roku księgi głównej - w polu Rok KG wpisuje się rok księgi głównej

- numeru w księdze głównej - w polu Nr KG wpisuje się numer z księgi głównej

Dodatkowo istnieje możliwość zdefiniowania czy wyświetalone mają zostać wszystkie procedury, tylko zakwalifikowane do rozliczenia, czy niezakwalifikowane do rozliczenia.

Przycisk **Dane (F6)** umożliwia podgląd danych, zaznaczonej w tabeli przeglądu wykonanych procedur, hospitalizacji powiązanej z wyświatlaną procedurą.

#### 6.10 Przegląd świadczeń zasadniczych

Ta funkcja programu umożliwia przegląd świadczeń zasadniczych w pobytach. Dostęp do okna przeglądu jest możliwy poprzez menu **Specjalne** -> **Przegląd świadczeń zasadniczych**.

📰 Wykaz świad	lczeń zasadni	czych w pobyta	ich				
Szukaj							
Kod oddział	ru:	7	NTED 1		(L.) (T11)	Addates (Ed.)	m
Numer oddział		Znajdž (E	NIERJ	Mody	yrikuj (FTT)	Wyjscie (Fi	IJ
	u		_				
Data przyj. o	Data przyj. od: do: Aby zaznaczyć kilka wierszy tabelki						
Data wypisu o	od:	do:		wciśn	ięty klawisz Cti	iaczania uzyma il	6
🗌 🗌 niewypeł	nione świadc	zenie zasadnic:	ze				
Data przyj.	Data wyp.	Kod oddziału	Numer or	Idziału	Świadcz. zas.	Świadcz. dod	
03.02.2006	03.02.2006	4220	004		1.1		
03.02.2006	03.02.2006	4260	008		1.1		
03.02.2006	03.02.2006	4100	002		1.1		
03.02.2006	03.02.2006	4220	004		1.1		
03.02.2006	03.02.2006	4220	004		3.1		
03.02.2006	03.02.2006	4100	002		1.1		
03.02.2006	03.02.2006	4280	007		1.1		
06.02.2006	06.02.2006	4220	004		1.1		
16.06.2006	16.06.2006	7200	024		1.1		
06.02.2006	06.02.2006	4220	004		1.1		
06.02.2006	06.02.2006	4280	007		1.1		
06.02.2006	06.02.2006	4260	008		1.1		
06.02.2006	06.02.2006	4280	007		1.1		
06.02.2006	06.02.2006	4100	002		1.1		
06.02.2006	06.02.2006	4260	008		1.1		
06.02.2006	06.02.2006	4220	004		1.1		
06.02.2006	06.02.2006	4280	007		1.1		
06.02.2006	06.02.2006	4260	008		1.1		
00 00 2000	00 00 0000	4100	000		1 1		
						NUM	

Przegląd świadczeń zasadniczych w pobytach

Wyświetlone świadczenia zasadnicze można sortwoać wg następujących kryteriów:

- według kodu oddziału po wpisaniu pożądanego kodu oddziału w polu Kod oddziału
- według numeru oddziału po wpisaniu pożądanego numeru w polu Numer oddziału
- według daty przyjęcia po wpisaniu zakresu dat w polach Data przyj. od i do

- według daty wypisu - po wpisaniu zakresu dat w polach Data wypisu od i do

Przycisk **Modyfikuj... (F11)** umożliwia zmianę świadczenia zasadniczego w pobycie. Po kliknięciu przycisku **Modyfikuj... (F11)** wyświetli się okno, w którym zależy zdefiniować co ma zostać zmienione, oraz w jaki sposób.

Modyfikacja świadczenia zasa	adniczego 🔀				
Rodzaj operacji • modyfikacja • zamiana	Zakres zmian © zaznaczone pozycje © wszystkie pozycje © tylko puste pozycje				
Świadczenie zasadnicze					
Nowe:	<b>_</b>				
Poprzednie:					
Zatwierdź (F9)	Wyjście (F10)				

Modyfikacja świadczenia zasadniczego

W sekcji **Rodzaj operacji** należy okreslić, czy świadczenia zasadnicze w pobytach mają zostać zmienione na świadczenia zasadnicze wybrane w menu rozwijanym Nowe - poprzez zaznaczenie opcji **modyfikacja**, czy ewentualnie pobyty, które mają świadczenia zasadnicze określone w menu rozwijanym Poprzednie, mają zostać zastąpione świadczeniami zasadniczymi określonymi w menu rozwijanym Nowe - poprzez zaznaczenie opcji **zamiana**. W sekcji **Zakres zmian**, należy określić w jakich pobytach mają zostac wprowadzone zmiany: Tylko w zaznaczonych pozycjach, we wszystkich pozycjach, czy tylko w pobytach z pustym polem świadczenie zasadnicze.

Kliknięcie przycisku **Zatwierdź (F9)** wprowadza zmiany i pozwala na powrót do poprzedniego okna.

**Wskazówka:** By zaznaczyć wiele pobytów, należy klikać w wybrane pobyty jednocześnie trzymając naciśnięty klawisz CONTROL (CTRL) na klawiaturze.

#### 6.11 Przegląd dokumentów upoważniających UE

Funkcja **Przegląd dokumentów upoważniających UE** umożliwia przegląd dokumentów zapisanych w słowniku dokumentów upoważniających. W tym oknie nie jest możliwe dodawanie dokumentów, oraz usuwanie powiązań dokumentów z pacjentami.

iii sł	ownik dokumentów up	oważnia	ających										- O ×
Naze	wisko:		lmię:		Nr ewidencyj	ny w krajach UE:							
PA	PACJENT_29 UE UE 12345678912345678912 🛂 🔀												
Kole	Kolejność: wg identyfikatora dokumentu 🗾 Aktualizuj (F11) Nowy (F7) Wyjście (F10)												
Wa	arunki:		•	Usuń po	wiązanie z pacjentem (F8)	Dane (F6)							
	ldentyfikator dokumentu	Typ formul	Rodz dokume	aj entu	Numer dokumentu	Numer ewidencyjny upoważnionego	Nazwisko członka rodziny	lmiona członka rodziny	Data wystawienia	Data ważności od	Data ważności do	Kod instytucji właściwej	Kraj instytuc #łaści#
0	80101800000000024		EKUZ		34344764321354765743	1234567891234		Ĺ	09.02.2006	01.02.2006	31.12.2006		ES
					<u> </u>								
		ļ			ļ				ļ		ļ		
													<u>_</u> }
												N	UM

słownik dokumentów upoważniających

Przegląd danych może być filtrowany poprzez pole Warunki, wg. aktywnych dokumentów lub wszystkich dokumentów.

Dane w przeglądzie mogą być wyświetlane w kolejności:

- wg identyfikatora dokumentu
- wg daty końca ważności
- wg daty wystawienia.

Na danych w słowniku można wykonać następujące operacje:

- Przycisk Dane (F6) lub podwójne kliknięcie na pozycji przeglądu otwiera formularz
  Dane dokumentu upoważniającego ze szczegółowymi danymi dokumentu.
- Przycisk Wybierz (F5) lub podwójne kliknięcie na pozycji przeglądu dostępne w przypadku wyboru dokumentu i kojarzeniu z produktem jednostkowym na świadczeniu lub kwalifikacji rozliczenia.
- Jeżeli jest włączona obsługa interfejsu wymiany danych z systemami zewnętrznymi może być też dostępny przycisk **Aktualizuj (F11)** - powoduje on zaczytanie plików XSP z dokumentami upoważniającymi odłożonych przez system zewnętrzny w określonym w konfiguracji Pakietu folderze na dysku lub w sieci lokalnej.

Dane mogą być filtrowane dla konkretnego pacjenta wybranego ze słownika pacjentów, otwieranego za pomocą przycisku ➡. Jeżeli z kolei zostanie użyty przycisk ➡, w przeglądzie będzie można jedynie przeglądać i modyfikować istniejące dokumenty wszystkich pacjentów.

Dane wyświatlane w kolorze czarnym oznaczają dane z aktualnym okresem ważności dokumentu, natomiast w kolorze szarym - z nieaktualnym okresem ważności.

## 6.12 Eksport karty statystycznej

Oprogramowanie Ewidencja Świadczeń w Lecznictwie Stacjonarnym udostępnia obsługę karty statystycznej. Obsługa związana jest z możliwością przekazywania danych statystycznych do Centrum Zdrowia Publicznego. Służą do tego opcje dostępne w menu **Specjalne** na formularzu głównym (opisane w następnym podrozdziale). Aby właściwie przeprowadzić eksport danych statystycznych, należy wcześniej wyznaczyć oddziały, z których dane mają być eksportowane.

Nr instalacji RUN:	27070374
Phatnik:	12
Kod oddziału w KCH:	12002855
Nr księgi głównoj:	135
Kod oddziału:	4640 Oddisł wolegiczny
Nr oddziału:	001
	Oddaiał Urologii
Opis oddziału:	
Kod res. cz. V	Etba przyjęć
	🕫 pobyty na oddziale eksportowane do CZP

Wybór oddziałów, z których dane ewidencyjne mają być eksportowane do Centrum Zdrowia Publicznego

Można to zrobić korzystając z menu okna głównego: **Administracja** -> **Konfiguracja systemu** -> **Oddziały**. Użytkownik może zdecydować, z których oddziałów dane nie mają być eksportowane (p. rysunek wyżej). Podczas eksportu danych w formacie XML do CZP eksportowane są dane dla tych hospitalizacji, które mają przynajmniej JEDEN pobyt na oddziale wybranym do eksportu.

#### 6.12.1 Eksport karty statystycznej w formacie XML i tekstowym

W menu na formularzu głównym pod pozycją **Specjalne** znajdują się opcje: Eksport karty statystycznej w formacie tekstowym oraz Eksport karty statystycznej w formacie XML. Pod tymi opisami kryją się kolejno formularze umożliwiające wygenerowanie danych do pliku w formacie tekstowym (obowiązującym w roku 2001) oraz pliku w formacie: XML (obowiązującym w roku 2002).

Ponieważ obowiązującym od roku 2002 formatem eksportu jest XML, w dalszej części instrukcji skupimy się na formularzu obsługującym ten właśnie format.

Po wybraniu opcji: **Eksportu karty statystycznej do pliku XML** wyświetla się formularz jak na rysunku poniżej.

Eksport danych do Centrum Zdrowia Publicznego	×
Okres sprawozdawczy według daty wypisu typ okresu spraw.: Data sprawozdania: 23.04.2002 rok Data od: 01.01.2002 do: 31.12.2002	Dane nadawcy/odbiorcy Regon nadawcy: 111111111 Regon odbiorcy: 222222222
Dane szpitala Kod terytorialny: 2414042 Bojszowy	- Popradni ak sport
katalog: c:\temp\ Nazwa pliku:	Data:
JKc52_020.080	Numer: 4 Eksportuj (F9) Wyjście (F10)

Eksport danych do Centrum Zdrowia Publicznego w formacie XML

Poniżej wyjaśniono znaczenie wyświetlonych na formularzu grup:

77

#### • Okres sprawozdawczy według daty wypisu

Informacje zawarte w tej grupie określają zakres danych do wyeksportowania. Rodzaj okresu czasowego wybiera się w polu: typ okresu sprawozdawczego. Okres możliwy do wyboru to rok, kwartał, miesiąc, pół miesiąca. W zależności od wybranego okresu i wartości pola data sprawozdania automatycznie ustawiane są wartości pól data od i data do. Wyjątkiem jest typ okresu: pół miesiąca, dla którego jest możliwość wpisania własnych wartości w pola data od i data do.

#### • Dane nadawcy / odbiorcy

Pola tej grupy zawierają regon ośrodka eksportującego dane (Regon nadawcy) i odbierającego plik eksportowy (Regon odbiorcy).

#### Plik wynikowy

Pola tej grupy umożliwiają określenie katalogu na dysku, gdzie ma być utworzony plik eksportowy oraz jego nazwę.

#### • Poprzedni eksport

Pola tej grupy pokazują informację o poprzednim eksporcie. Pole Numer podpowiada kolejny numer eksportu. Istnieje możliwość edycji wartości tego pola, co może być przydatne w sytuacji, gdy eksport ma być powtórzony.

Po prawidłowym uzupełnieniu wszystkich niezbędnych pól należy wybrać przycisk **Eksportuj (F9)**, aby rozpocząć generowanie pliku wynikowego. Wygenerowany plik należy zachować na nośniku zewnętrznym (np. dyskietka) oraz dostarczyć do Centrum Zdrowia Publicznego.

# 6.13 Eksport danych w formacie XSP

Funkcja **eksport danych w formacie XSP** umożliwia wymianę danych z systemami zewnętrznymi, czyli wymianę danych z programami innych producentów.

78

Pasianai	
c:\temp\pacjenci.xsp	
Data wpisania/modyfikacji : 01.11.2006 02.11.2006	Eksport
Dokumenty UE	
c:\temp\DokUE.xsp	
Data wpisania/modyfikacji: 01.11.2006 02.11.2006	Eksport
Hospitalizacje	
c:\temp\hosp.xsp	
Data wpisania/modyfikacji : 01.11.2006 02.11.2006	Eksport
Kupony puste (również puste użyte w hospitalizacji) —	
c:\temp\kupony.xsp	
Data utworzenia/rejestracji: 01.11.2006 02.11.2006	Eksport
Słowniki	
c:\temp\slpers.xsp	
Rodzaj eksportu	et sport
Data modyfikacji: 01.11.2006 02.11.2006	eksportuj wszystkie
Stownik personelu O Stownik produ	uktów jednostkowych
C Stownik filij	iałów
C Stownik świadczeniodawców C Stownik proc	edur
O Słownik instytucji/krajow UE O Słownik prod	uktow

eksport danych w formacie XSP

Możliwe do wyeksportowania są następujące dane:

1. Dane pacjentów w sekcji **Pacjenci**.

W polach Data wypisania/modyfikacji należy wprowadzić daty z jakiego okresu dane mają być eksportowane.

2. Dokumenty pacjentów z Unii Europejskiej w sekcji Dokumenty UE.

W polach Data wpisania/modyfikacji należy wprowadzić daty z jakiego okresu dane mają być eksportowane.

3. Dane hospitalizacji w sekcji **Hospitalizacje**.

W polach Data wpisania/modyfikacji należy wprowadzić daty z jakiego okresu dane mają być eksportowane.

4. Puste kupony w sekcji Kupony puste.

W polach Data utworzenia/rejestracji należy wprowadzić daty z jakiego okresu kupony mają być eksportowane.

4. Słowniki eksportowane są w sekcji Słowniki.

W polach Data modyfikacji nalezy wprowadzić daty z jakiego okresu dane mają być eksportowane, oraz zaznaczyć jakiego rodzaju eksport ma zostać wykonany - przyrostowy czy całościowy - poprzez zaznaczenie odpowiedniej opcji.

Poniżej pól dat oznacza się jakie słowniki mają zostać wyeksportowane.

Przycisk — umożliwia wybór ścieżki, gdzie mają zostać zapisane pliki z weksportowanymi danymi. Dane z odpowiednich sekcji zostaną wyeksportowane po kliknięciu przycisku **Eksport** w danej sekcji.

# 6.14 Import danych z fromatu tekstowego

Import danych	×
- Pacjenci	
Plik z danymi o pacjentach (wejściowy)	
c:\temp\pacjenci.txt	
Plik z raportem (wyjściowy)	
c:\temp\raport.txt	
Przetworzono:	port
Wyjście (F10)	

import danych z formatu tekstowego

Aby zaimportować listę pacjentów z pliku

- 1. Uruchom opcję **Import danych pacjentów z formatu tekstowego** z menu **Specjalne**.
- 2. Podaj nazwę pliku tekstowego z danymi pacjentów i wybierz przycisk Import.
- 3. Po pewnym czasie ukaże się komunikat o prawidłowym zakończeniu procesu importu. Teraz można sprawdzić prawidłowość przeniesionych danych.



poprawne zakończenie importu pacjentów

4. Jeżeli podczas importu wystąpiły błędne wiersze, nie zostaną one uwzględnione, komunikat po zakończeniu takiego importu może wyglądać następująco:

Dane pac	jentów 🗙
<b>(i)</b>	Import pacjentów zakończony.
4	Liczba przetworzonych wierszy: 1 Liczba zaimportowanych pacjentów: 0
	ОК

zakończenie importu pacjentów bez wszystkich pozycji

# 6.15 Import danych w formacie XSP

Funkcja **import danych w formacie XSP** umożliwia wymianę danych z systemami zewnętrznymi, czyli wymianę danych z programami innych producentów.

oort danych w formacie XSP	
Miejsce umieszczenia plików z potwierdzeniami:	
c:\temp\	
Pacjenci	
Plik wejściowy	
c:\temp\pacjenci.xsp	
Plik wyjściowy zawierający potwierdzenia	
ppacjenci.xsp	
Przetworzono:	Import
Dokumenty upoważniające UE	
Plik wejściowy	
c:\temp\dok_ue.xsp	
Plik wyjściowy zawierający potwierdzenia	
pdok_ue.xsp	
Przetworzono:	Import
Hospitalizacje	
Plik wejściowy	
C:\temp\hosp.xsp	
Plik wyjściowy zawierający potwierdzenia	
phosp.xsp	
Przetworzono:	Import
	Wuiście (E10)
	11 91000 (110)

W odpowiednich sekcjach dla odpowiednich danych należy, za pomocą przycisku 🔜 wybrać ścieżkę, w której znajdują się pliki do zaimportowania.

Poniżej każdej ścieżki, w polu Plik wyjściowy zawierający potwierdzenia wyświetlona jest nazwa pliku potwierdzeń importu. Plik zostanie zapisany w miejscu określonym w polu Miejsce umieszczenia plików z potwierdzeniami.

W polu Przetworzono wyswietlane jest ile danych przetworzono podczas aktualnego importu. Import danych następuje po kliknięciu przycisku **Import** w odpowiedniej sekcji.

# Rozdział

# 7 Dodatki

# 7.1 Dodatek A. Skróty klawiszowe

Najłatwiejszym sposobem wybrania odpowiedniego elementu na formularzu jest wskazanie go myszą. Jednak nie zawsze taka obsługa jest najefektywniejsza. Dlatego do najczęściej używanych operacji dodatkowo stosuje się skróty klawiszowe. Skróty klawiszowe dla wybranych funkcji programu przedstawiają poniższe tabele. Wszystkie możliwe do wykorzystania w danym formularzu skróty są wyświetlane na odpowiednich przyciskach w nawiasach, obok opisu słownego.

Klawisz	Opis
F1	Po naciśnięciu tego klawisza powinno wyświetlić się okno pomocy kontekstowej z informacjami o elementach aktualnie otwartego formularza programu.
F2	Uruchamia słownik kontekstowy dla pola edycyjnego, w którym jest kursor. Jeżeli kursor będzie np. w polu Miejscowość, naciśnięcie skrótu spowoduje uruchomienie słownika kontekstowego ze spisem wszystkich miejscowości. Zastępuje przycisk III lub II, znajdujący się obok pola edycyjnego. We wszystkich programach zastępuje przycisk <b>Wyloguj/Logowanie</b> na formularzu głównym.
F3	Podpowiada treść pól edycyjnych na różnych formularzach wstawiając wartość domyślną, np. bieżącą datę, domyślny produkt kontraktowy, lub aktualną liczbę oczekujących w kolejce. Działanie klawisza zależy od programu i typu danych w polu.
F4	Na wszystkich formularzach, na których jest tabelka, naciśnięcie tego klawisza powoduje przeniesienie wskazania (tzw. fokusu) między tabelką z listą a polami filtrowania nad tabelką. Dzięki temu nie trzeba sięgać ręką po mysz, aby wybrać pozycję z listy. Przesuwanie wskazania na liście wykonuje się klawiszami strzałek ↓ i ↑. W programach ewidencyjnych zastępuje przycisk <b>Przegląd</b> <b>pacjentów</b> na formularzu głównym.
F5	Zastępuje przycisk Wybierz lub Dane. Z reguły służy do wyboru zaznaczonej pozycji z listy na formularzach słowników. W programach ewidencyjnych zastępuje przycisk Przegląd dla danych ewidencyjnych (świadczeń, hospitalizacji, kolejek oczekujących) na formularzu głównym.
F6	Skrót przeznaczony jest do włączania trybu edycji (możliwości wpisywania wartości do pól edycyjnych) na formularzu danych szczegółowych. Zastępuje przycisk <b>Tryb edycji</b> . Na części formularzy z tabelą danych ewidencyjnych zastępuje przycisk <b>Dane</b> do otwarcia formularza z danymi szczegółowymi pozycji zaznaczonej na liście.
F7	Otwiera formularz danych szczegółowych w trybie dopisywania danych w celu utworzenia nowej pozycji. Zastępuje przycisk <b>Nowy</b> . Na formularzu z tabelą ewidencyjną (w żółtym kolorze) tworzy nowy pusty wiersz do wypełnienia w trybie dopisywania.

F8	Kasuje trwale element na liście (tabeli) lub na formularzu danych szczegółowych. Zastępuje przycisk <b>Kasuj</b> . Funkcja kasowania jest dostępna tylko na tych formularzach, gdzie jest wyświetlony ten przycisk.
F9	Zatwierdza zmiany na formularzu wprowadzone w trybie dopisywania danych lub w trybie edycji. Zastępuje przycisk <b>Zatwierdź</b> .
F10	Zamyka formularz. Na formularzu głównym zamyka program. Zastępuje przycisk <b>Wyjście</b> w każdym z formularzy.
ALT+F4	Zamyka formularz. Na formularzu głównym zamyka program.
ENTER	Na formularzach z tabelami uaktywnia przeszukiwanie danych dla warunków filtrowania wprowadzonych w polach filtrowania nad tabelką. Zastępuje przycisk <b>Znajdź</b> znajdujący się w grupie <b>Szukaj</b> nad siatką tabeli.

# Tabela 2 Standardowe skróty dostępne podczas wypełniania pól w formularzach

Klawisz	Opis
ТАВ	W formularzach, gdzie przeprowadza się edycję danych powoduje przeniesienie zaznaczenia lub kursora tekstowego do następnego pola. W siatce tabeli taka, jak żółta tabela kartotek, powoduje podczas edycji przeniesienie kursora do następnej komórki w wierszu. Jeżeli kursor jest w ostatniej komórce wiersza, naciśnięcie TAB spowoduje przeniesienie kursora do następnego wiersza. Jeżeli w tabeli można dopisywać dane, a kursor jest w ostatnim wierszu i ostatniej komórce tabeli, po naciśnięciu TAB zostanie automatycznie utworzona nowa pozycja. Podczas uzupełniania wielu danych jest to wygodniejsze, niż klawisz F7.
SHIFT+TAB	Przeniesienie zaznaczenia do poprzedniego pola na formularzu lub poprzedniej komórki w tabeli.
BACKSPACE	W polu edycyjnym usuwa znak po lewej stronie kursora tekstowego. Po usunięciu, kursor przesuwa się o jedną pozycję w lewo.
DELETE (DEL)	W polu edycyjnym usuwa znak po prawej stronie kursora tekstowego. Po usunięciu tekst znajdujący się po prawej stronie kursora przesuwa się w lewo.

85

E.

$\leftarrow$ , $\rightarrow$	W polu edycyjnym przesuwa kursor tekstowy po wpisanym tekście w lewo/w prawo np. w celu wstawienia znaków w tekście.
HOME, END	W polu edycyjnym przesuwa kursor tekstowy na początek lub na koniec wpisanego tekstu.
szary "*" (w bloku klawiatury numerycznej)	Dla pól z datą wprowadza bieżącą datę.
szary "+" (w bloku klawiatury numerycznej)	Dla pól z wypełnioną datą dodaje jeden dzień do daty wpisanej w pole.
szary "-" (w bloku klawiatury numerycznej)	Dla pól z wypełnioną datą odejmuje jeden dzień od daty wpisanej w pole.
↓,↑	Na liście w tabeli słownikowej (w kolorze niebieskim lub zielonym) lub ewidencyjnej (w kolorze żółtym) przesuwa w górę/w dół wskazanie, np. w celu wybrania pozycji z tabeli.
SPACJA (SPACE)	W polu wyboru □ wstawia lub usuwa znak ✓ lub ×.
Lewy ALT+↓	W polu kombo (takie, jak Województwo lub Oddział NFZ) rozwija listę w celu wybrania jednej z pozycji za pomocą klawiatury. Po rozwinięciu listy, pozycję można wybrać klawiszami <sup>~</sup> , <sup>^</sup> i ENTER.
CONTROL (CTRL)+TAB	Kombinacja tych klawiszy pozwala wybrać następną zakładkę na formularzu z danymi szczegółowymi.

# Tabela 3 Skróty do funkcji specjalnych w programach

Klawisz	Opis
F4	W programie Ewidencja Świadczeń w Lecznictwie Ambulatoryjnym na formularzu świadczenia w trybie dopisywania danych lub trybie edycji przepisuje dane podstawowe z poprzednio wprowadzonego / zmodyfikowanego świadczenia. Innymi słowy automatycznie wypełnia wszystkie pola na zakładce Dane podstawowe wartościami wprowadzonymi przy ostatniej edycji świadczenia.
	W programie Ewidencja Świadczen w Lecznictwie Stacjonarnym podczas przyjmowania noworodka na oddział a dokładnie wprowadzania danych osobowych na formularzu Dane pacjenta, można posłużyć się przyciskiem Przepisz dane matki (F4) przepisującym dane adresowe stałego zameldowania matki do danych osobowych noworodka.
SHIFT+F4	W programie Ewidencja Świadczeń w Lecznictwie Ambulatoryjnym na formularzu świadczenia w trybie dopisywania danych lub trybie edycji przepisuje wszystkie dane ewidencyjne (podstawowe, rozliczenia produktów jednostkowych, procedury) z poprzednio wprowadzonego / zmodyfikowanego świadczenia.