



Pakiet Świadczeniodawcy

Lecznictwo Stacjonarne

dokumentacja użytkownika

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	9
Księgi główne	11
Oddziały	11
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	55
Raport p402 - Zestawienie pobytów pacjentów	56

Raport p403 - Pobyty do X i powyżej X dni	56
Raport p404 - Zestawienie zakończonych hospitalizacji	57
Zestawienie hospitalizacji	58
Zestawienie pobyków i rozliczeń	59
Zestawienie procedur	60

Rozdział VI Opcje specjalne 62

1 Scalanie pacjentów	62
2 Komunikaty	63
3 Przegląd odpowiedzi z oddziału NFZ 2005	64
4 Przegląd danych niepotwierdzonych 2005	65
5 Przegląd odpowiedzi z oddziału NFZ	67
6 Przegląd niekompletnych danych	68
7 Zbiorcze przeliczanie pozycji rozliczeniowych na podstawie aktualnych parametrów umów 3	69
8 Wykaz wykonanych eksportów/importów	71
9 Przegląd wykonanych procedur	72
10 Przegląd świadczeń zasadniczych	73
11 Przegląd dokumentów upoważniających UE	74
12 Eksport karty statystycznej	75
Eksport karty statystycznej w formacie XML i tekstowym	76
13 Eksport danych w formacie XSP	77
14 Import danych z formatu tekstowego	79
15 Import danych w formacie XSP	80

Rozdział VII Dodatki 82

1 Dodatek A. Skróty klawiszowe	82
--------------------------------------	----

Rozdział

1

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 lecnictwa 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 pogrubionym 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 pogrubionym i pochylonym drukiem, np.: **Dane podstawowe**
- pozycje menu pisane są pogrubionym i powiększonym drukiem, np.: **Raporty**
- Nazwy klawiszy są pisane dużymi 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

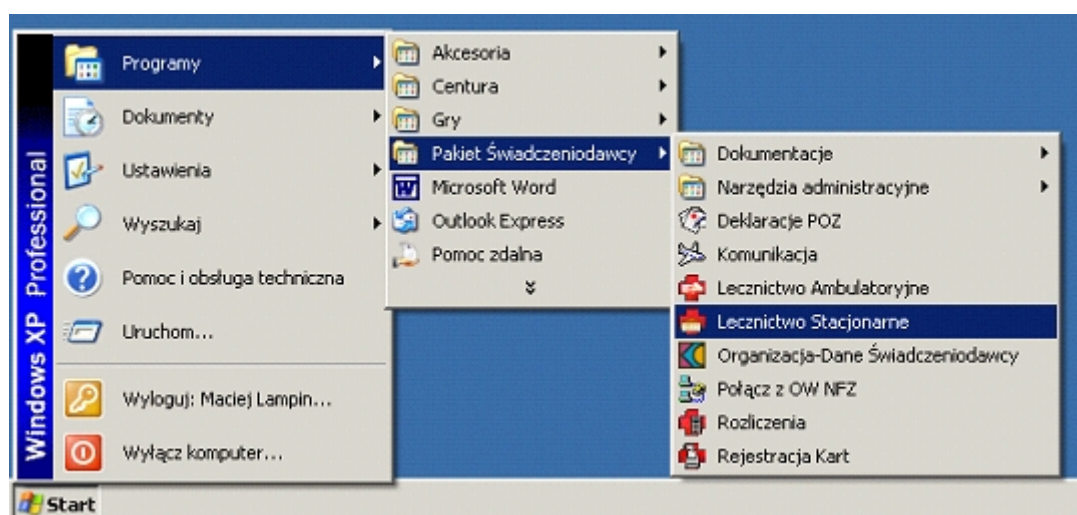
2 Elementy główne programu Ewidencja Świadczeń

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.



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.

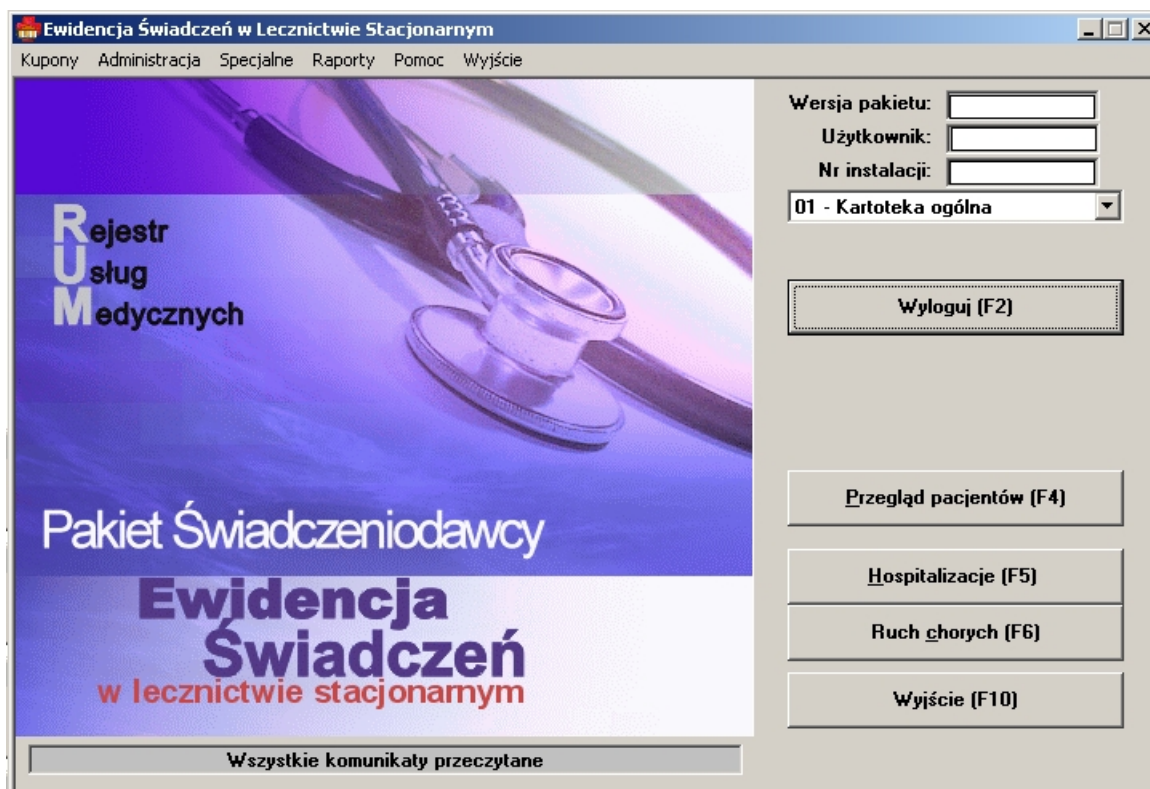


Błędnie wpisane hasło podczas identyfikacji użytkownika

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).



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 chcąc 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

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 statystycznej.
- **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 pracę 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:

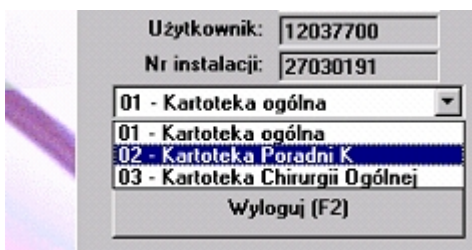
- Dane umów – wprowadzane do systemu w module Wspomagania Rozliczeń opcją importu z dyskiety. Informacje te zawierają dane o zawartych z płatnikiem umowach, plan rzeczowy umów oraz plan rzeczowo-finansowy wraz z cennikiem produktów.
- Księgi główne. Informacje o księgach importowane są drogą elektroniczną 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

których przechowuje się dokumenty pacjenta (punkty rejestracyjne).

Aby zmienić bieżącą kartotekę:

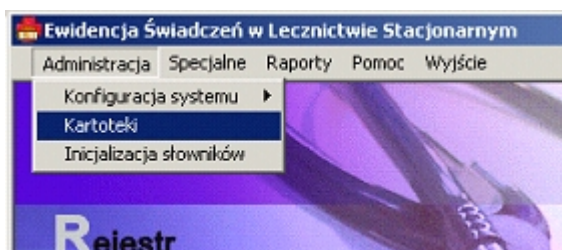
1. W oknie głównym programu należy wskazać za pomocą myszy i wybrać pole listy w oknie głównym aplikacji.

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.

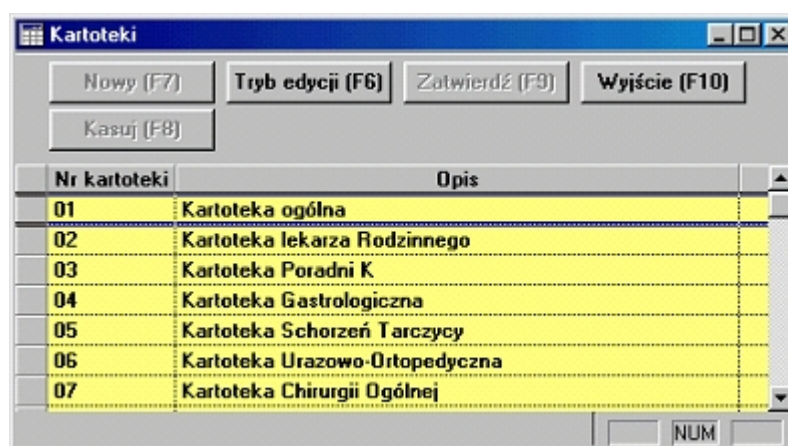
Aby zdefiniować nowe kartoteki, należy za pomocą myszy wybrać opcję menu

Administracja, a następnie – po rozwinięciu menu – kliknąć myszą pozycję **Kartoteki**. (Rys. niżej). Funkcja ta umożliwi 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.



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.

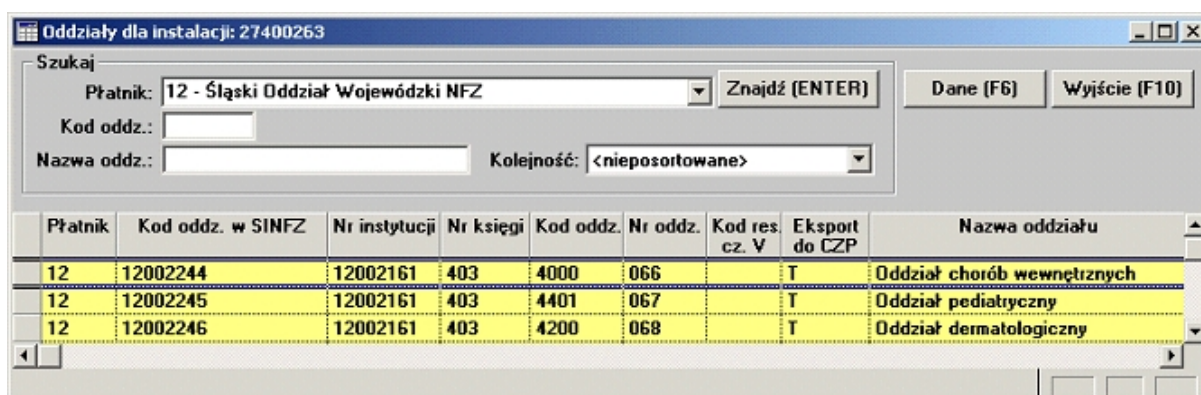


Nr księgi	Opis	Nr księgi w CZP
241	Księga numer 241	241
171	Księga numer 171	171

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.



Płatnik	Kod oddz. w SINFI	Nr instytucji	Nr księgi	Kod oddz.	Nr oddz.	Kod res. cz. V	Eksport do CZP	Nazwa oddziału
12	12002244	12002161	403	4000	066		T	Oddział chorób wewnętrznych
12	12002245	12002161	403	4401	067		T	Oddział pediatryczny
12	12002246	12002161	403	4200	068		T	Oddział dermatologiczny

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 między innymi oddziałów oraz ksiąg głównych, ładowane są do pamięci (w celu szybszej ich obsługi). W związku z tym, po modyfikacji danych słownikowych dotyczących oddziałów lub ksiąg należy ponownie załadować dane z tych słowników, aby dokonane zmiany były widoczne w aplikacji, bez konieczności ponownego uruchomienia programu.

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

słowników.

Rozdział

3

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.
2. 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, przesuwaj klawiszami strzałek góra/dół na wybieraną pozycję. Następnie naciśnij klawisz F6, aby otworzyć formularz pacjenta.
4. 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.

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 błędnie 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.

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 przepisanych 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:

1. Otwórz formularz dokumentu upoważniającego przyciskiem **Nowy (F7)**.
2. 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 wydania poświadczenia - dwie ostatnie cyfry]/[dowolna liczba pięciocyfrowa] domyślnie podpowiadany jest kod oddziału, typ formularza oraz rok wystawienia.

Zmiana daty wystawienia powoduje ponowne podpowiadanie numeru uważnienia. 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.

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 domyslny 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.

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.

Otwarcie nowej hospitalizacji

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 leczenia ambulatoryjnego. W tym celu na formularzu hospitalizacji należy wybrać przycisk **Karta informacyjna**.

Karta informacyjna dla cudzoziemców

Po wydrukowaniu, kartę informacyjną podcina 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 tabela z listą aktualnie wpisanych pobyków w ramach tej hospitalizacji. Aby dopisać nowy, wybierz polecenie **Nowy (F7)**.

Na zakładce tej umożliwiono ponadto filtrowanie wyświetlania także pobyków usuniętych, gdyż po usunięciu nie są one fizycznie usuwane lecz tylko zaznaczane jako usunięte, dzięki temu istnieje możliwość 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.

Dane pobytów na oddziałach

Nr kuponu:	00000000330909330801	Centr. kod. kom.:	2188	04004910		
PESEL:	000000000000	Nr K.G.:	296	Kod oddziału:	2700	Oddział dzienny psychiatryczny
Nazwisko:	Witek	Rok K.G.:	2005	Nr oddziału:	002	ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNY
Imię:	Tadeusz	Nr w K.G.:	114	K.G. oddziału:	296	"INTEGRACJA"

[Oddział](#) | [Rozpoznanie](#) | [Procedury](#) | [Przepustki/Obecności](#) | [Rozliczenia pobytu](#)

Dane dotyczące oddziału

Centralny kod kom.: 2188

Kod oddz. w SINFZ: 04004910 ☐ Izba przyjęć

Kod oddziału: 2700 Oddział dzienny psychiatryczny

Instytucja: 04002718

Nr oddziału: 002 ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNY

Nr księgi głównej: 296 "INTEGRACJA"

Personel realizujący

Nazwisko: _____

Imię: _____

Typ personelu: _____

PESEL: _____

Nr prawa: _____

Świadcz. zasadnicze: 1.1 - pobyt na jednym oddziale

Świadcz. dodatkowe: 4.23 - transport pacjenta

Typ świadczenia: 7 - Hospitalizacja dzienna z badaniami laboratoryjnymi

Data przyjęcia: 17.12.2005 Godz.: 10:46

Data wypisu: _____ Godz.: _____



Kod płatnika: 04 Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ (04)

Tabela miar: _____

Jednostka miary: _____

<< Poprzedni Następnym >> Nowy pobyt (F11) Kasowanie (F12) Tryb edycji (F6) Zatwierdź (F9) Wyjście (F10)

Dane pobytu na oddziale

- Możesz przyporządkować do pobytu personel realizujący w sekcji Personel realizujący. Wybór pozycji ze słownika odbywa się, jak wszędzie, po wybraniu przycisku . Po wyborze osoby ze Słownika personelu reszta danych w tej sekcji zostanie wypełniona automatycznie na podstawie danych ze słownika.
- Na zakładce **Rozpoznanie** 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.
- Na zakładce **Procedury** możesz dopisać/usunąć i edytować procedury związane z pobytem. Dodatkowo wprowadzono możliwość filtrowania wyświetlanej listy wg. daty początku procedury.

Rozdział

4

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

Platnik: 04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ

Oddział NFZ: wszyscy

Nr kuponu:

Id.hosp./pierw.:

PESEL:

Nazwisko i imię:

Data przyj. od:

Data wypisu od:

Data mod. od:

Nr K.G.:

Rok K.G.:

Nr w K.G.:

Znajdź [ENTER]

☐ Tylko hospitalizacje usunięte

☐ Tylko hospitalizacje otwarte

☐ Tylko dane z systemu zewnętrznego

☐ Tylko nie zaznaczone do rozliczenia

Kolejność: <niesortowane>

Nowy (F7)

Dane (F6)

Usuń (F8)

Zmień o.NFZ (F9)

Aktualizuj (F11)

Wyjście (F10)

Id. hosp.	Nr korek.	Nr KG	Rok KG	Nr w KG	Błąd eksp. OF	Błąd exp. OF	Nr kuponu	Data przyjęcia	Data skierowania	Data wpisu do KO	Tryb przyjęcia
080101800000000009	2	4	2006	1	0			03.02.2006 12:09	03.02.2006		1
080101800000000011	2	4	2006	3	0			03.02.2006 12:16			4
080101800000000012	2	4	2006	3/1	0			03.02.2006 12:18			4
080101800000000010	2	4	2006	2	0			03.02.2006 12:12	03.02.2006		1
080101800000000017	1	4	2006	5	0			03.02.2006 13:55			4
080101800000000019	1	4	2006	7	0			03.02.2006 14:02	03.02.2006	03.02.2006	1
080101800000000018	1	4	2006	6	0			03.02.2006 13:58	03.02.2006	03.02.2006	1
080101800000000025	1	4	2006	8	0			06.02.2006 09:38	06.02.2006	06.02.2006	1
0801018000000000427	0	4	2006	240	0			16.06.2006 12:33			4
0801018000000000028	1	4	2006	11	0			06.02.2006 09:47	06.02.2006	06.02.2006	1
0801018000000000026	1	4	2006	9	0			06.02.2006 09:43	06.02.2006		1
0801018000000000027	1	4	2006	10	0			06.02.2006 09:44			4
0801018000000000029	1	4	2006	12	0			06.02.2006 09:49			4
0801018000000000035	1	4	2006	13	0			06.02.2006 11:22	06.02.2006		1
0801018000000000036	1	4	2006	15	0			06.02.2006 11:28	06.02.2006		4
0801018000000000037	1	4	2006	16	0			06.02.2006 11:32			4
0801018000000000039	1	4	2006	14	0			06.02.2006 11:26			4
0801018000000000040	2	4	2006	17	0			06.02.2006 11:43			4
0801018000000000043	1	4	2006	19	0			06.02.2006 15:13			4
0801018000000000044	1	4	2006	18	0			06.02.2006 15:12			4
0801018000000000061	1	4	2006	34	0			08.02.2006 16:03			4
0801018000000000063	1	4	2006	4	0			03.02.2006 13:41			4
0801018000000000064	1	4	2006	20	0			08.02.2006 09:33			4
0801018000000000065	1	4	2006	21	0			08.02.2006 09:42			4
0801018000000000066	1	4	2006	22	0			08.02.2006 09:44			4
0801018000000000067	1	4	2006	23	0			08.02.2006 12:11	08.02.2006	08.02.2006	1

Darek2 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.

The screenshot shows the 'Hospitalizacje' application window. It features a search section at the top with various filters and a table of hospitalization records below.

Search Section:

- Szukanie:**
 - Płatnik: 04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ
 - Oddział NFZ: wszyscy
 - Nr K.G.: []
 - Rok K.G.: []
 - Nr w K.G.: []
 - Znajdź (ENTER)
- Filtrowanie:**
 - ☐ Tylko hospitalizacje usunięte
 - ☐ Tylko hospitalizacje otwarte
 - ☐ Tylko dane z systemu zewnętrznego
 - ☐ Tylko nie zaznaczone do rozliczenia
 - Kolejność: <niesortowane>
- Buttons:**
 - Nowy (F7)
 - Dane (F6)
 - Usuń (F8)
 - Zmień o.NFZ (F9)
 - Aktualizuj (F11)
 - Wyjście (F10)

Table of Hospitalizations:

Id. hosp.	Nr korek.	Nr KG	Rok KG	Nr w KG	Błąd eksp. OF	Data przyjęcia	Data skierowania	Data wypisu do KO	Typ przyjęcia
080101800000000009	2	4	2006	1	0	03.02.2006 12:09	03.02.2006		1
080101800000000011	2	4	2006	3	0	03.02.2006 12:16			4
080101800000000012	2	4	2006	3/1	0	03.02.2006 12:18			4
080101800000000010	2	4	2006	2	0	03.02.2006 12:12	03.02.2006		1
080101800000000017	1	4	2006	5	0	03.02.2006 13:55			4
080101800000000019	1	4	2006	7	0	03.02.2006 14:02	03.02.2006	03.02.2006	1
080101800000000018	1	4	2006	6	0	03.02.2006 13:58	03.02.2006	03.02.2006	1
080101800000000025	1	4	2006	8	0	06.02.2006 09:38	06.02.2006	06.02.2006	1
080101800000000042	0	4	2006	240	0	16.06.2006 12:33			4
080101800000000028	1	4	2006	11	0	06.02.2006 09:47	06.02.2006	06.02.2006	1
080101800000000026	1	4	2006	9	0	06.02.2006 09:43	06.02.2006		1
080101800000000027	1	4	2006	10	0	06.02.2006 09:44			4
080101800000000029	1	4	2006	12	0	06.02.2006 09:49			4
080101800000000035	1	4	2006	13	0	06.02.2006 11:22	06.02.2006		1
080101800000000036	1	4	2006	15	0	06.02.2006 11:28	06.02.2006		4
080101800000000037	1	4	2006	16	0	06.02.2006 11:32			4
080101800000000039	1	4	2006	14	0	06.02.2006 11:26			4
080101800000000040	2	4	2006	17	0	06.02.2006 11:43			4
080101800000000043	1	4	2006	19	0	06.02.2006 15:13			4
080101800000000044	1	4	2006	18	0	06.02.2006 15:12			4
080101800000000061	1	4	2006	34	0	08.02.2006 16:03			4
080101800000000063	1	4	2006	4	0	03.02.2006 13:41			4
080101800000000064	1	4	2006	20	0	08.02.2006 09:33			4
080101800000000065	1	4	2006	21	0	08.02.2006 09:42			4
080101800000000066	1	4	2006	22	0	08.02.2006 09:44			4
080101800000000067	1	4	2006	23	0	08.02.2006 12:11	08.02.2006	08.02.2006	1

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

numerze

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

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.

The screenshot shows a software window titled "Dane pobyków na oddziałach". At the top, there are input fields for patient data: PESEL (56122366678), Nazwisko (Kapusta), Imię (Piotr), Nr K.G. (997), Rok K.G. (2006), Nr w K.G. (23), Centr. kod. kom. (5374), Kod oddziału (4300), Nr oddziału (001), and K.G. oddziału (997). Below these are tabs: Oddział, Rozpoznania, Procedury, Przepustki/Obecności, and Rozliczenia pobytu. The "Rozliczenia pobytu" tab is active, showing a sub-tab "Chemioterapia i programy terapeutyczne (F4)". Below this is a table with 11 columns: Id. hosp., Numer korekty, Numer pobytu, Numer rozliczenia, Numer umowy, Miesiąc, Krotność, Kod produktu kontr., Wyróżnik, Kod produktu jedn., and Ub. The table has 10 empty rows. At the bottom, there are buttons: << Poprzedni, Następny >>, Nowy pobyt (F11), Kasowanie (F12), Tryb edycji (F6), Zatwierdź (F9), and Wyjście (F10). A status bar at the very bottom says "Nowy wiersz".

Klikając na ten klawisz pokazuje się nam okno:

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

Słownik schematów leczenia

Szukaj: Kod jedn. chorobowej: _____ Znajdź (ENTER) Wybierz (F5) Wyjście (F10)

Nazwa: _____

Symbol: _____

	Id. schematu leczenia	Symbol	Nazwa	Kod jednostki chorobowej	Status akt.	Liczba dni trwania cyklu leczenia	Typ	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 NIE		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 S		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, PRZYPAD		A	14	S	N
	626	0245	OSTEOSARCOMA IFOSFAMIDUM-MESNA		A	1	S	N
	623	0234	186-OSTEOSARCOMA - ROYAL MARSDEN HOSPITAL		A	2	S	N
	624	0235	OSTEOSARCOMA-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.
- 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 części znajduje się również pole Kod/nazwa. Pole to umożliwi znalezienieżądanego produktu jednostkowego.

Status osoby: _____

Dostępne produkty jednostkowe Kod: 5.08. Wybrany

5.08.04.0000002 - ANAGRELIDUM - KAPS. - 0.5 MG >

<

Generuj pozycje (F7) Kasuj (F8) Zatwierdź

Data realizacji	Dzień podania	Kod produktu	Krotność	Koszt	Typ param.	Sygnatura pisma
-----------------	---------------	--------------	----------	-------	------------	-----------------

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

Generuj pozycje (F7)											
Kasuj (F8)											
Zatwierdź (F9)											
Anuluj (ESC)											
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	B		0433	N	N	03.0000.00	1	0403/9979
04.03.2006	2	5.08.04.0000090	1.0000	B		0433	N	N	03.0000.00	1	0403/9979
07.03.2006	3	5.08.04.0000090	1.0000	B		0433	N	N	03.0000.00	1	0403/9979
09.03.2006	4	5.08.04.0000090	1.0000	B		0433	N	N	03.0000.00	1	0403/9979

- Jeżeli jesteśmy pewni że poprawnie wygenerowaliśmy zbiorcze zestawienie chemioterapii dla danego pacjenta, wówczas klikamy **Zatwierdź F9**. Ostatnim krokiem jest **Wyjście F10**.
- 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 PS - 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:

- Wejść na zakładkę **Dane pobytu**. Otworzy się formularz pobytu.
- Na zakładce **Rozliczenia pobytu** wybierz przycisk **Nowe rozl. (F7)**.

[illegible]

Rozliczenia pobytu

W oknie Rozliczenie :

- Wprowadź daty początku i końca realizacji produktu

Na formularzu zaimplementowany został mechanizm autouzupełniania tych dat.

Działają 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 początku 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 początku 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 **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 ubezpiecz., 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 będzie ustawione **1 - pacjenci ubezpieczeni, z wyłączeniem ubezpieczonych na podstawie przepisów o koordynacji**. W sytuacji gdy pacjent, 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 pacjent ma status numeru PESEL: **U – cudzoziemiec z UE** oraz nie ma wprowadzonego żadnego dokumentu upoważniającego UE lub decyzji wójta/burmistrza, program ustawi podstawę ubezpieczenia jako **3 - pacjenci uprawnieni do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji**, ale nie pozwoli zatwierdzić takiego rozliczenia. Natomiast gdy pacjent ma wprowadzony dokument upoważniający UE lub decyzję 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 realizacji 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 wybraną podstawą ubezpieczenia. Czy zmienić dane automatycznie?"** W przypadku potwierdzenia program automatycznie dokona korekty dokumentu na aktualny lub zmieni podstawę 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 . Zwróć uwagę na możliwość wystąpienia produktu z różnymi wyróżnikami. Umożliwiono ponadto filtrowanie produktów występujących tylko dla danego miejsca wykonania.
- Jeśli konieczne zaznaczamy znacznik Świadczenie ratujące życie.

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

Informacja: Po wybraniu przycisku  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 2. Dane dodatkowe



Podstawa ubezpie.: 1 - pacjenci ubezpieczeni z wyłączeniem ubezpieczonych na podstawie przepisów o koordynacji

Produkt

Numer umowy: 0403/0024/06 ☐ świadczenie ratujące życie

Prod. kontraktowy: 03.4401.023.02   PUNKT ROZLICZENIOWY W
ODDZIALE PEDIATRYCZNYM Waga: 250,00

Wyróżnik: 1   Krotność faktyczna: 1




Prod. jednostkowy: 5.06.00.0000807   STAN ASTMATYCZNY - LECZENIE


☐ świadczenie z co najmniej dwóch dojsć lub urazowe uszkodzenia wielomiejscowe Krotność rozliczeniowa: 1,00

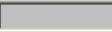

Liczba zreal. jedn.: 250,00

Chemioterapia / programy terapeutyczne:


☐ leki wydane do domu

Schemat leczenia:   

Typ parametru: 


Wartość parametru:  Numer dnia podawania produktu leczniczego: 

Zgoda na indywidualne leczenie

Sygnatura pisma zgody: 

Zakładka Dane podstawowe

- Wybierz ze słownika produkt jednostkowy naciskając przycisk .

Informacja: Po wybraniu przycisku  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 schematów leczenia							
Szukaj		Kod jedn. chorobowej		Znajdź (ENTER)	Wybierz (F5)		Wyjście (F10)
		Nazwa:					
		Symbol:					
Id. schematu leczenia	Symbol	Nazwa	Kod jednostki chorobowej	Status akt.	Liczba dni trwania cyklu leczenia	Typ	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 NIE		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 S		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, PRZYPAD		A	14	S	N
626	0245	OSTEOSARCOMA IFOSFAMIDUM-MESNA		A	1	S	N
623	0234	186-OSTEOSARCOMA - ROYAL MARSDEN HOSPITAL		A	2	S	N
624	0235	OSTEOSARCOMA-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 określenia 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

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) - cyfry od 1 do 4 są używane dla ćwiartek w uzębieniu stałym, cyfry od 5 do 8 w uzębieniu mlecznym, zgodnie z ruchem wskazówek zegara od górnej, prawej strony.
 b) druga cyfra (ząb) - zęby w tej samej ćwiartce są oznaczane przez drugą cyfrę od 1 do 8 (od 1 do 5 w uzębieniu mlecznym); to oznaczenie zaczyna się od linii pośrodkowej w kierunku dystalnym

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

		00	
		01	
		10	20
		-----	-----
03		04	05
18 17 16 15 14	13 12 11	21 22 23	24 25 26 27 28
55 54	53 52 51	61 62 63	64 65
85 84	83 82 81	71 72 73	74 75
48 47 46 45 44	43 42 41	31 32 33	34 35 36 37 38
08		07	06
-----		-----	
40		30	
		02	

Cyfrowe oznaczenie zębów i obszarów jamy ustnej

- Wpisujemy oznaczenie powierzchni zęba - pole aktywne w przypadku gdy kod umiejscowienia 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)**.

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 zatwierdzeniu.
- 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 realizowane 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. Miesiąc 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 jednocześnie zaznaczenie pozycji jako zrealizowanej.

Zaznaczenie 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 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, TAMPONADY, DRENU STAWU
Centralny kod komórki organizacyjnej: 4100

Rodzaj kolejki: S - Świadczenia leczenia zamkniętego
Status aktualności kolejki: A

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)

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.

Informacje 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 leczenia 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

Usuń powiązanie z pozycją w kolejce (F8) Wyjście (F10)

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 świadczenia, 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.

Kontynuować?

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.

[illegible]

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.

Dane procedury

PESEL: 00000000000	Nr K.G.: 631	K.G. oddziału: 631	Kod oddz. w SINFZ: 12005611
Nazwisko: SCHMITT	Rok K.G.: 2005	Kod oddziału: 9000	Instytucja: 27290317
Imię: KLARA	Nr w K.G.: 2	Nr oddziału: 001	Inna i nieokreślona komórka działalności medycznej: []
Nr hosp.: 272903170000000002	Nr korekty: 0	Nr hosp. pierwotnej: 272903170000000002	Chirurgia krótkoterminowa: []
Nr pobytu: 1	Nr procedury: 1	Czas trwania pobytu: 28.12.2004 14:49	[04.01.2005 10:18]

Done Rozliczenie procedury

Dane procedury

Tabela procedur: 06M04 - Słownik Procedur na rok 2004

Kod procedury: 04.3 Szybie nerwu obwodowego/czaszkowego

Pełny kod procedury: 04.3

Krotność: 3

Początek wykonania: 28.12.2004 Godz.: 14:49

Koniec wykonania: 28.12.2004 Godz.: 14:49

Miejsce wykonania

Bieżący oddział

Kod oddziału w SINFZ: 12005611

Instytucja: 27290317

K.G. oddziału: 631

Kod oddziału: 9000

Nr oddziału: 001

Inna i nieokreślona komórka działalności medycznej: []

Chirurgia krótkoterminowa: []

Tryb edycji (F6) Zatwierdź (F9) Wyjście (F10)

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

Jeden z elementów hospitalizacji znajduje się na zamkniętym sprawozdaniu. Modyfikacja możliwa jest tylko w trybie korekt.

Czy wygenerować automatycznie korektę?

Tak 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:

Korekty hospitalizacji

Nowa korekta (F7) Usuń (F8) Dane (F6) Wyjście (F10)

Nr kuponu	Id. hospitalizacji	Nr. korekty	Id. pierwszej korekty	Dane archiwalne	Status karty	Nr KG	Rok KG	Nr w K
00000010290600761801	180100760000000020	0	180100760000000020	T		500	2006	1
00000010290600761801	180100760000000023	2	180100760000000020	T		500	2006	1
00000010290600761801	180100760000000027	4	180100760000000020	N		500	2006	1

NUM

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

5 Raporty

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

W menu **Raporty** wybieramy **Raport P401**.

The screenshot shows a window titled "P401 Pobyty pacjentów na oddziałach". It contains several configuration fields: "Płatnik" (payer) with a dropdown menu showing "04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ"; "Oddział NFZ" (department) with a dropdown menu also showing "04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ"; "Data przyjęcia" (admission date) with "Od:" (from) set to "01.11.2005" and "do:" (to) set to "30.11.2005"; "Pobyty" (stays) with three radio buttons: "tylko zamknięte" (selected), "tylko otwarte", and "wszystkie"; "Oddział" (department) with a checkbox "wybrany oddział" (selected) and a text field "cz. VIII kodu res.:" (part of the 8th code of the residence); and three buttons at the bottom right: "Podgląd (F4)", "Wydruk (F5)", and "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 pobyków odpowiadających zadanym kryteriom.

5.2 Raport p402 - Zestawienie pobyków pacjentów

W menu **Raporty** wybieramy **Raport P402**.

P402 Zestawienie pobyków pacjentów

Płatnik
04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ

Oddział NFZ
04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ

Jeśli raport dotyczy tylko zamkniętych pobyków to pod uwagę brane są tylko te pobyty, które zostały zakończone w zadanym okresie.

Jeśli raport dotyczy tylko otwartych pobyków to pod uwagę brane są tylko te pobyty, które w zadanym okresie nie zostały jeszcze zakończone.

Okres
Od: 01.11.2005 do: 30.11.2005

Pobyty
☒ tylko zamknięte
☐ tylko otwarte

Oddział
☐ wybrany oddział
cz. VIII kodu res.:

Podgląd (F4)
Wydruk (F5)
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:

1. 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.
2. 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 pobyków odpowiadających zadanym kryteriom.

5.3 Raport p403 - Pobyty do X i powyżej X dni

W menu **Raporty** wybieramy **Raport P403**.



Parametry raportu p403

W raporcie wyświetlana jest liczba pobyków 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 pod uwagę pobyty, które trwają 0 dni. Zasady naliczania liczby dni:

1. 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
2. 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**.

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 grupowanie po dacie zlecenia i regonie komórki zlecającej.

5.6 Zestawienie pobyków i rozliczeń

W menu **Raporty** wybieramy **Zestawienie pobyków i rozliczeń**.

Parametry zestawienia pobyków i rozliczeń

Na zakładce **Sortowanie** ustalamy najpierw kolumny, które mają znaleźć się w zestawieniu. Możliwość wyświetlania kolumny Waga i Liczba punktów jest dostępna 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

Numer księgi	Rok księgi	Numer w księdze	Opis
631	2005	3	brak numeru
631	2005	4	brak numeru
631	2005	5	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**.

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 pobytych 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**.

P402 Zestawienie pobytów pacjentów

Płatnik
12 - Śląski Oddział Wojewódzki NFZ

Oddział NFZ
12 - Śląski Oddział Wojewódzki NFZ

Jeśli raport dotyczy tylko zamkniętych pobytów to pod uwagę brane są tylko te pobyty, które zostały zakończone w zadanym okresie.

Jeśli raport dotyczy tylko otwartych pobytów to pod uwagę brane są tylko te pobyty, które w zadanym okresie nie zostały jeszcze zakończone.

Okres
Od: 01.12.2004 do: 31.12.2004

Pobyty
☒ tylko zamknięte
☐ tylko otwarte

Oddział
☐ wybrany oddział
Kod oddziału:

Podgląd (F4)
Wydruk (F5)
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:

1. 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.
2. 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**.

Parametry raportu p403

W raporcie wyświetlana jest liczba pobyków 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 pod uwagę pobyty, które trwają 0 dni. Zasady naliczania liczby dni:

1. 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
2. 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**.

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 rozbięcie 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 2005** wybieramy **Zestawienie hospitalizacji**.

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 grupowanie po dacie zlecenia i regonie komórki zlecającej.

5.9.6 Zestawienie pobytów i rozliczeń

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 dostępna 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

Rozdział

6

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**.
2. 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).

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**.

scalanie pacjentów – zatwierdzenie wyboru

6.2 Komunikaty

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

Komunikaty

Kod oddziału NFZ: -

☐ tylko nieprzeczytane komunikaty

Przeczytaj

Wyjście [F10]

Ident	Oddział NFZ	Data wysłania	Data odbioru	Data odczytu	Typ	Treść
1	12	03.02.2004	03.02.2004		X	Proszę pobrać najnowsze uaktualnienie Pakietu Świadczeniodawcy, dostępne na stronach www oddziału NFZ

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.

Wykaz niepotwierdzonych danych							
Szukanie							
Płatnik:		Znajdź (ENTER)	Zapisz do pliku (F6)	Wyciąg (F10)			
Dane ewidencyjne				Dane rozliczeniowe			
ID hosp.	ID pierwszej korekty	Nr korekty	KG	Rok KG	Nr w KG	Data przyjęcia	Data wypisu
270703740000000003	270703740000000003	0	135	2002	2	02.01.2002	06.01.2002
270703740000000016	270703740000000016	0	135	2002	1550	01.02.2002	07.02.2002
2707037400000000452	2707037400000000452	0	135	2002	1807	06.02.2002	10.05.2002
2707037400000000651	2707037400000000651	0	135	2002	1992	11.02.2002	
270703740000001720	270703740000001720	0	135	2002	2534	21.02.2002	01.03.2002
270703740000002123	270703740000002123	0	135	2002	2699	26.02.2002	10.05.2002
270703740000004177	270703740000004177	0	135	2002	20005	01.01.2002	01.01.2002
270703740000004260	270703740000004260	0	135	2002	3038	25.03.2002	13.05.2002
270703740000004325	270703740000004325	0	135	2002	20048	03.01.2002	03.01.2002
270703740000004379	270703740000004379	0	135	2002	20096	05.01.2002	05.01.2002
270703740000004437	270703740000004437	0	135	2002	20148	06.01.2002	06.01.2002
270703740000004511	270703740000004511	0	135	2002	20194	10.01.2002	10.01.2002
270703740000004570	270703740000004570	0	135	2002	20237	12.01.2002	12.01.2002
270703740000004627	270703740000004627	0	135	2002	20289	15.01.2002	15.01.2002
270703740000004674	270703740000004674	0	135	2002	20335	17.01.2002	17.01.2002
270703740000004743	270703740000004743	0	135	2002	20306	19.01.2002	19.01.2002

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 dyskiecie.

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.

- ## 6.5 Przegląd odpowiedzi z oddziału NFZ

[illegible]

Prezentacja odpowiedzi z oddziału NFZ dotyczących danych niepoprawnych

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 formacie 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 Zbiornicze 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.

[illegible]

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 **bladoczerwonym**, a wartości pozycji rozliczeniowej oznaczone zostały kolorem **bladoniebieskim**.

1. 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.
2. 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 możliwe 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 zdecydować, czy pozycja ma być tylko usunięta, czy też po usunięciu pozycji należy dodać nową pozycję

rozliczeniową z innym produktem kontraktowym.

5. Pozycje rozliczeniowe, które są powiązane z produktami usuniętymi 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 zdecydować, czy pozycja ma być tylko usunięta, 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**.

ID Operacji	Typ	Eksp.	Data operacji	Nazwa pliku	Lb. poz.	Dodatkowe
1231	F	P	31.10.2006 09:29.11	fzx_040316_115_20061031.XSP	14	Plik org.: fzx_040316_115_20061031.XSP
1230	P	P	31.10.2006 09:29.10	prdr_040316_269_20061031.XSP	1	Plik org.: prdr_040316_269_20061031.XSP
1229	E	P	31.10.2006 09:29.09	epmed_040316_369_20061031.XSP	0	Plik org.: epmed_040316_369_20061031.XSP

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 faktur
- P - eksport zamkniętych sprawozdań
- M - import potwierdzeń do danych medycznych
- Z - import potwierdzeń do faktur
- R - import potwierdzeń do zamkniętych sprawozdań
- według rodzaju eksportu
 - wszystko
 - P - eksport przyrostowy
- według daty operacji określonej w polach od i do

6.9 Przegląd wykonanych procedur

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

Przegląd wykonanych procedur

Wyświetlone procedury można posortować wg następujących 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

- 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 wyświetlane 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 wyświetlaną 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 świadczeń zasadniczych w pobytach

Szukaj

Kod oddziału: Znajdź (ENTER)

Numer oddziału:

Data przyj. od: do:

Data wypisu od: do:

☐ niewypełnione świadczenie zasadnicze

Modyfikuj... (F11) Wyjście (F10)

Aby zaznaczyć kilka wierszy tabelki należy podczas zaznaczania trzymać wciśnięty klawisz Ctrl

Data przyj.	Data wyp.	Kod oddziału	Numer oddziału	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		
06.02.2006	06.02.2006	4100	002	1.1		

NUM

Przegląd świadczeń zasadniczych w pobytach

Wyświetlone świadczenia zasadnicze można sortować 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 zasadniczego

W sekcji **Rodzaj operacji** należy określić, 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 zostać 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.

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 wyświetlane 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.

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 w formacie XML

Poniżej wyjaśniono znaczenie wyświetlonych na formularzu grup:

- **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 pół 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.

Eksport danych w formacie XSP

Pacjenci
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: ☒ przyrostowy ☐ całościowy Eksport
Data modyfikacji: 01.11.2006 02.11.2006 ☐ eksportuj wszystkie
☒ Słownik personelu ☐ Słownik produktów jednostkowych
☐ Słownik filii ☐ Słownik oddziałów
☐ Słownik świadczeniodawców ☐ Słownik procedur
☐ Słownik instytucji/krajów UE ☐ Słownik produktów
Wyjście (F10)

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.

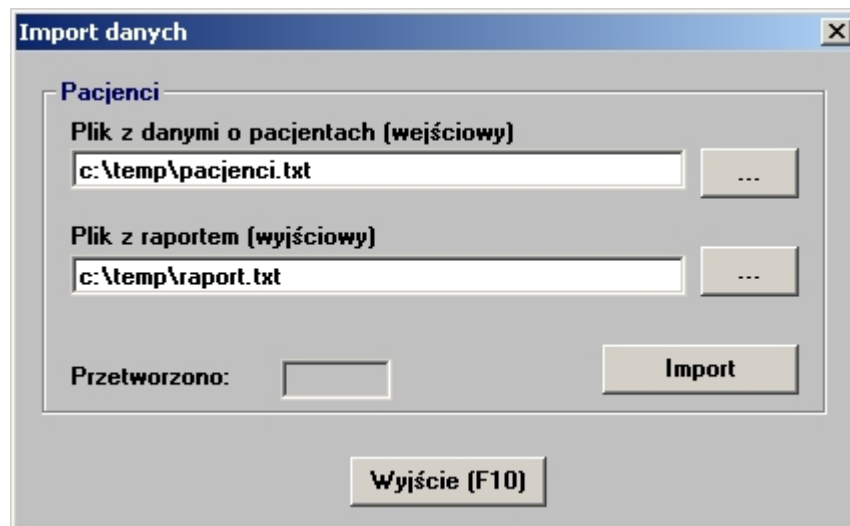
4. Słowniki eksportowane są w sekcji **Słowniki**.

W polach Data modyfikacji należy 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.

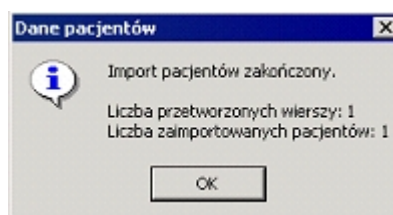
6.14 Import danych z fromatu tekstowego



import danych z formatu tekstowego

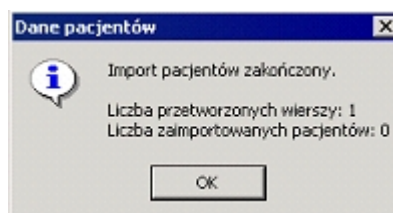
Aby zaimportować listę pacjentów z pliku

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:



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.

Import 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

Wyjście (F10)

W polu Miejsce umieszczenia plików z potwierdzeniami należy, za pomocą przycisku  wybrać ścieżkę, w której mają zostać zapisane pliki potwierdzeń importu.

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 wyświetlane jest ile danych przetworzono podczas aktualnego importu. Import danych następuje po kliknięciu przycisku **Import** w odpowiedniej sekcji.

Rozdział



7

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.

Tabela 1 Podstawowe skróty klawiszowe

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  lub  , znajdujący się obok pola edycyjnego. We wszystkich programach zastępuje przycisk Wyloguj/Logowanie 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 Przegląd pacjentów 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 Tryb edycji . Na części formularzy z tabelą danych ewidencyjnych zastępuje przycisk Dane 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 Nowy . 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 Kasuj . 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 Zatwierdź .
F10	Zamyka formularz. Na formularzu głównym zamyka program. Zastępuje przycisk Wyjście 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 Znajdź znajdujący się w grupie Szukaj nad siatką tabeli.

Tabela 2 Standardowe skróty dostępne podczas wypełniania pól w formularzach

Klawisz	Opis
TAB	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.

← , →	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 <input type="checkbox"/> 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 ~, ^ 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	<p>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.</p> <p>W programie Ewidencja Świadczeń 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.</p>
SHIFT+F4	<p>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.</p>