



Pakiet Świadczeniodawcy

Lecznictwo Ambulatoryjne

dokumentacja użytkownika

Spis treści

Rozdział I Wstęp	4
Rozdział II Koncepcja działania Pakietu Świadczeniodawcy	6
1 Podstawowe zasady poprawnej pracy z Pakietem Świadczeniodawcy	6
2 Komunikacja z oddziałem wojewódzkim NFZ	7
Rozdział III Rozpoczęcie pracy z programem Ewidencja Świadczeń	9
1 Proces identyfikacji użytkownika	9
2 Elementy formularza głównego	10
3 Kartoteki	11
Rozdział IV Rejestracja pacjenta	13
1 Identyfikacja pacjenta	13
Elementy formularza pacjenta	13
Rejestracja pacjenta	15
Rejestracja pacjenta z kraju Unii Europejskiej	21
Rejestracja pacjenta z kraju spoza Unii Europejskiej	26
Rozdział V Obsługa świadczeń	28
1 Uzupełnianie informacji o świadczeniu	28
Uzupełnianie danych podstawowych	28
Uzupełnianie danych o produktach jednostkowych	34
Przeglądanie błędów	45
Chemioterapia	46
Uzupełnianie danych o procedurach	49
Uzupełnianie danych dodatkowych	51
Uzupełnianie danych z kuponów książeczkowych	52
2 Ewidencjonowanie porad i badań	56
3 Rozliczanie produktów rejestrowanych w lecznictwie ambulatoryjnym	61
4 Wydruk karty informacyjnej	61
5 Przegląd świadczeń	62
6 Usuwanie świadczeń	65
Rozdział VI Generowanie raportów	70
1 Zestawienie produktów jednostkowych	70
2 Zestawienie procedur	71
3 Raport P100/06 - Lista świadczeń	71
4 Raport P101/06 - Zestawienie sumaryczne świadczeń	73
5 Raport P102a/06 - Wykonane produkty jednostkowe	74
6 Raport P104/06 - Rejestr pacjentów	77

7	Raport P105/06 - Rejestr dzienny pacjentów specjalistyka	79
8	Raport P106/06 - Rejestr dzienny pacjentów - POZ	81
9	Raport P107/06 - Wykaz zrealizowanych świadczeń	82
10	Raport P109/06 - Diagnostyka medyczna - procedury	84
11	Raporty 2005	85
	Zestawienie produktów jednostkowych	85
	Raport P100/04 - Lista świadczeń	86
	Raport P101/04 - Zestawienie sumaryczne świadczeń	87
	Raport P102a/04 - Wykonane produkty jednostkowe	89
	Raport P104/04 - Rejestr pacjentów	92
	Raport P105/04 - Rejestr dzienny pacjentów poradni specjalistycznej	95
	Raport P106/04 - Rejestr dzienny pacjentów poradni POZ	97
	Raport P107/04 - Wykaz zrealizowanych świadczeń - rozpoznania	98
	Raport P109/04 - Diagnostyka medyczna - procedury	100

Rozdział VII Dodatkowe funkcje w programie Ewidencja Świadczeń 103

1	Menu "Specjalne"	103
	Scalanie pacjentów	103
	Komunikaty	104
	Edycja karty pacjenta	105
	Eksport danych w formacie XSP	106
	Import danych w formacie XSP	107
	Import danych pacjentów z formatu tekstowego	107
	Przegląd wykonanych procedur	108
	Przegląd umów	109
	Przegląd umów 2005	109
	Przegląd dokumentów upoważniających UE	109
	Przegląd odpowiedzi z OW NFZ 2006	110
	Przegląd niekompletnych danych 2006	111
	Zbiórce przeliczanie pozycji rozliczeniowych na podstawie aktualnych parametrów umów	112
2	Menu "Parametry"	114
	Kartoteki	114
	Ustawienia domyślne dla personelu	115
	Księga przychodni	117
	Słowniki personelu	119
	Słownik lokalny	119
	Słownik centralny	123

Rozdział VIII Dodatki 125

1	Dodatek A. Skróty klawiszowe	125
---	------------------------------------	-----

Rozdział

1

1 Wstęp

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

1. Przedstawienie koncepcji funkcjonowania Pakietu Świadczeniodawcy w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego.
2. Omówienie zasad bezpiecznego korzystania ze stanowiska roboczego systemu oraz wszystkich urządzeń podłączonych do niego.
3. Przygotowanie użytkownika do samodzielnej pracy z aplikacjami systemu.
4. Służenie szczegółowymi informacjami na temat wszystkich elementów tychże aplikacji.

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

- Koncepcja działania - przedstawienie koncepcji funkcjonowania Pakietu Świadczeniodawcy w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego, obieg informacji u świadczeniodawcy i w całym systemie.
- Rozpoczęcie pracy z programem - Sposób uruchomienia modułu, elementy okna głównego, czynności wstępne.
- Rejestracja pacjenta - Omówienie rejestracji pacjentów, wpisywanie danych personalnych.
- Obsługa świadczeń - Uzupełnianie, przegląd, oraz inne operacje związane z kuponami/świadczeniami.
- Generowanie raportów - rodzaje i sposób drukowania raportów w module Lecznictwo Ambulatoryjne
- Dodatkowe funkcje - Dodatkowe funkcje modułu Lecznictwo Ambulatoryjne
- 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 zakładki 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.

Wskazówka: Oprócz informacji zawartych w tym podręczniku, można także korzystać z systemu pomocy kontekstowej. Jeżeli podczas pracy programu Pakietu Świadczeniodawcy zostanie naciśnięty klawisz F1, wyświetli się okno pomocy z informacjami o elementach aktualnie otwartego formularza.

Rozdział

2

2 Koncepcja działania Pakietu Świadczeniodawcy

Pakiet Świadczeniodawcy jest elementem systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia służącym do komunikacji pomiędzy systemem informatycznym na poziomie Oddziału Wojewódzkiego NFZ, a świadczeniodawcą posiadającym kontrakt z Funduszem. Rolą Pakietu Świadczeniodawcy jest ewidencjonowanie świadczeń w oparciu o standardy informacyjne NFZ (słowniki), oraz wspomaganie rozliczania zawartych umów.

Każde świadczenie ewidencjonowane w Pakiecie jest:

- przypisane do konkretnego pacjenta
- ma określony czas i miejsce realizacji
- w przypadku leczenia ambulatoryjnego ma określonego konkretnego realizatora z prawem wykonywania zawodu
- charakteryzowane jest przez rozpoznanie wg ICD-10 będące podstawą udzielenia świadczenia
- dodatkowo charakteryzowane przez procedury ICD-9.
- Od roku 2005 produkty statystyczne - z zerową wagą punktową - są ewidencjonowane jako pozycje rozliczeniowe o wartości 0.
- w części rozliczeniowej następuje wskazanie na produkt (z umowy), oraz produkt jednostkowy (związany z tym produktem), w oparciu o który będzie to świadczenie finansowane przez płatnika.

Podstawą refundacji zrealizowanych przez świadczeniodawcę świadczeń zdrowotnych jest zawarta umowa, w której określono tzw. produkty kontraktowe (produkty), ich ceny jednostkowe, oraz planowaną do wykonania ich liczbę. Podstawowym warunkiem ewidencji i rozliczania produktów jednostkowych jest wprowadzenie do pakietu umowy w postaci elektronicznej (umowa jest przekazywana przez OW NFZ). Wczytywanie umowy odbywa się przez moduł Komunikacja lub Wspomaganie Rozliczeń.

2.1 Podstawowe zasady poprawnej pracy z Pakietem Świadczeniodawcy

Warunkiem poprawnego ewidencjonowania i rozliczania świadczeń w Pakiecie Świadczeniodawcy jest spełnienie poniższych warunków:

1. Wczytanie do Pakietu Świadczeniodawcy umowy przekazanej w postaci elektronicznej na nośniku przez Oddział Wojewódzki, z którym zawarto umowę. Rozliczane będą jedynie te produkty, które znajdują się w umowie. Przed wczytaniem umowy zaleca się wykonanie komunikacji celem aktualizacji słowników.
2. Dyskietka instalacyjna Pakietu Świadczeniodawcy może być instalowana tylko w jednym punkcie ewidencjonującym dane u świadczeniodawcy. Każdy punkt rejestracji danych u świadczeniodawcy (niepracujący w sieci lokalnej) posiada indywidualny kod nadany przez Oddział Wojewódzki.
3. Aby wykonać sprawozdanie za okres rozliczeniowy muszą być wykonane przynajmniej cztery wymiany danych pomiędzy świadczeniodawcą a Oddziałem Wojewódzkim (Bazą Świadczeń) - 4 komunikacje.
 - wysłanie danych
 - odebranie potwierdzeń wysłanych danych
 - po zamknięciu sprawozdania za dany miesiąc wysłanie "zamknięcia sprawozdania"
 - wskazana jest także 4 komunikacja w celu odczytania potwierdzeń informacji o zamknięciu sprawozdania
4. Ewidencja i rozliczanie świadczeń oparte jest o jednolite zasoby słownikowe. Słowniki automatycznie zasilają bazę świadczeniodawcy w przypadku komunikacji realizowanej

w oparciu o sieć rozległą pomiędzy świadczeniodawcą o Oddziałem NFZ. W przypadku braku sieci słowniki muszą być pobierane z Oddziału zgodnie z procedurą przyjętą w OW NFZ.

5. Przed rozpoczęciem ewidencjonowania danych należy upewnić się, w którym zakresie Pakietu – PŚ-Ewidencja Świadczeń w lecznictwie ambulatoryjnym czy PŚ -Ewidencja Świadczeń w lecznictwie stacjonarnym – ma być ewidencjonowany i rozliczany dany produkt kontraktowy.

2.2 Komunikacja z oddziałem wojewódzkim NFZ

Komunikacja między jednostkami, a bazą świadczeń oddziału wojewódzkiego NFZ, odbywa się przez łącza telefoniczne lub Internet. Komputer transmitujący dane łączy się z bazą wykorzystując oprogramowanie systemu operacyjnego do obsługi intranetu. Dane do transmisji są generowane przez aplikację, wchodzącą w skład oprogramowania Pakietu Świadczeniodawcy i po nawiązaniu połączenia przesyłane w postaci paczek za pomocą poczty elektronicznej. W ramach tej samej sesji połączenia z bazą świadczeń oddziału wojewódzkiego NFZ, aplikacja odbiera potwierdzenia przyjęcia paczek informacji z poprzedniego dnia. Wykorzystując te informacje, zaznacza w lokalnej bazie, które z wysłanych świadczeń zostały przyjęte i potwierdzone w bazie oddziału wojewódzkiego NFZ. Świadczenia/kupony, które nie zostały potwierdzone, będą wysłane ponownie po określonym czasie. Świadczenia/kupony potwierdzone z błędem muszą być poprawione przez operatorów przed następnym eksportem.

Instytucje (świadczeniodawcy, biura RUM) będące uczestnikami systemu mają możliwość wykonywania raportów na zdalnej bazie danych. Formaty raportów są przygotowane wcześniej. Prawa do wykonywania raportów określonego typu są nadawane przez administratora systemu.

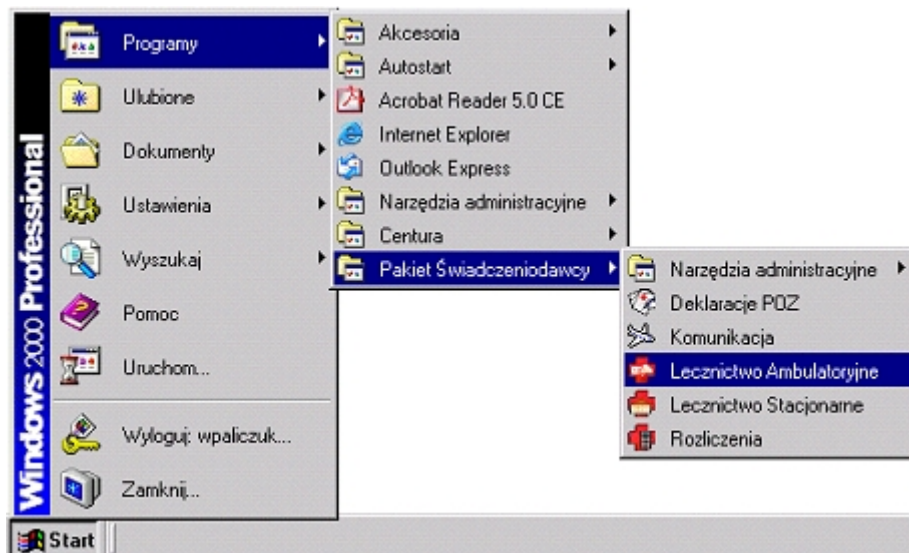
Instytucje oprócz eksportu danych o świadczeniach/kuponach mają także możliwość zdalnego otrzymywania zaktualizowanych słowników i nowych wersji oprogramowania.

Rozdział

3

3 Rozpoczęcie pracy z programem Ewidencja Świadczeń

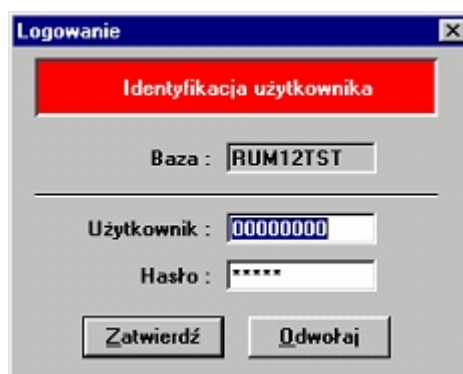
Program Ewidencja Świadczeń można uruchomić wybierając odpowiednią pozycję z menu Windows: Programy / Pakiet Świadczeniodawcy lub ikonę na Pulpicie Windows.



wybór modułów z menu Pakietu Świadczeniodawcy

3.1 Proces identyfikacji użytkownika

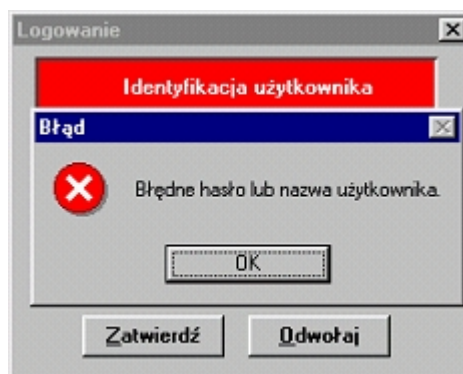
Po uruchomieniu modułu Lecznictwo Ambulatoryjne, wyświetla się okno, w którym należy podać swój identyfikator (w polu Użytkownik), oraz hasło (w polu Hasło).



identyfikacja użytkownika w programie PŚ - Ewidencja Świadczeń

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

Po wpisaniu powyższych danych należy wybrać myszą lub klawiszem ENTER przycisk Zatwierdź. W przypadku nieprawidłowych wpisów, na ekranie wyświetli się komunikat błędu. Należy go zamknąć i jeszcze raz wpisać poprawnie identyfikator i hasło.

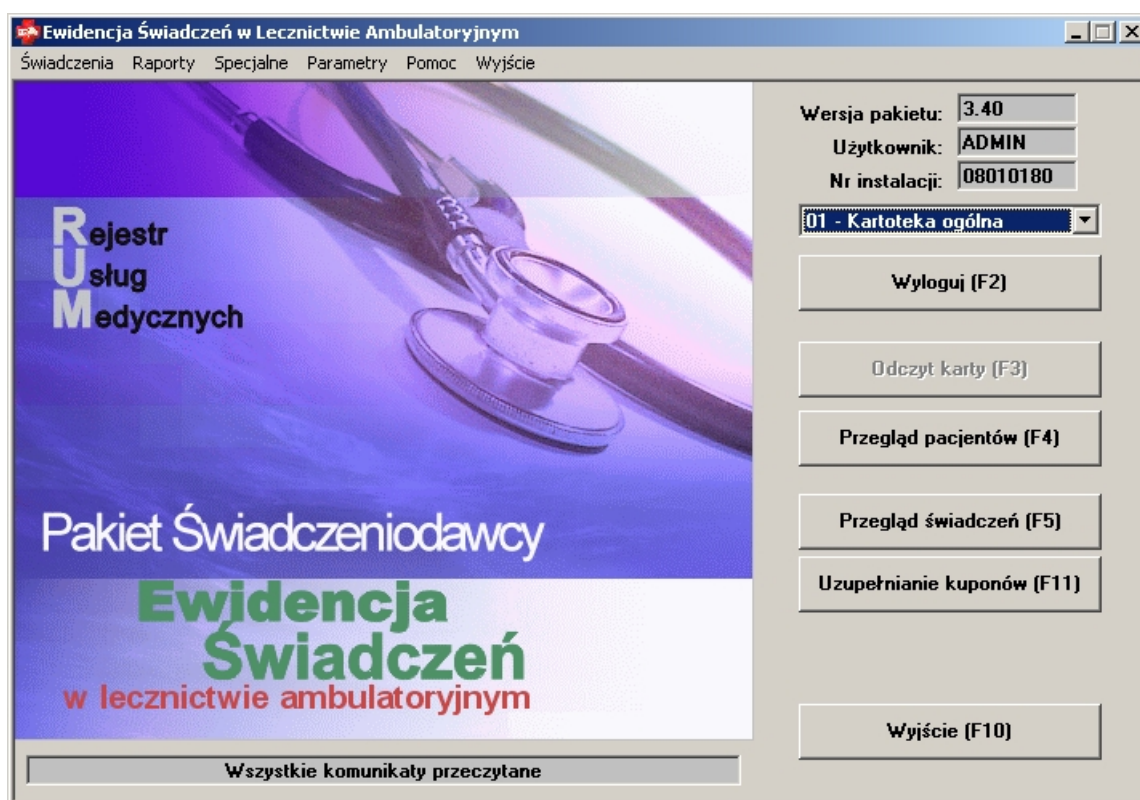


błędnie wpisane hasło podczas identyfikacji użytkownika

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.

3.2 Elementy formularza głównego

Po prawidłowej identyfikacji użytkownika wyświetli się formularz główny programu.



formularz główny programu

Formularz jest podzielony na kilka sekcji:

- W prawym, górnym rogu wyświetlane są informacje ogólne o wersji programu i aktualnie zarejestrowanym użytkowniku. Nr instalacji jest unikalnym numerem instalacji nadanym przez odpowiednią komórkę w oddziale wojewódzkim NFZ.
- Zaraz pod tymi informacjami jest rozwijana lista, z której – przed rozpoczęciem rejestrowania pacjentów i świadczeń/kuponów – należy wybrać obsługiwaną kartotekę.

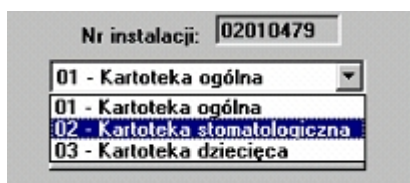
- Poniżej, dostępne są przyciski, przy pomocy których można przeglądać dane o pacjentach i świadczeniach istniejących w bazie.
- W górnej części okna znajduje się pasek menu, składający się z następujących pozycji:
 - Świadczenia – podmenu zawierające operacje przeglądu świadczeń,
 - Raporty – korzystając z tego podmenu można wybrać jeden z dostępnych raportów.
 - Specjalne – podmenu, które służy do wykonywania innych operacji w systemie, takich jak, scalanie pacjentów, czytanie komunikatów, eksport danych, import danych.
 - Parametry – tu możemy ustawić następujące parametry systemu: kartoteki, edycja lokalnego słownika personelu.
 - 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.

W zależności od konfiguracji na ekranie mogą pojawić się dodatkowe przyciski: **Odczyt karty, Uzupełnianie kuponów** czy **Zwrot niewykorzystanych**.

3.3 Kartoteki

Przed rozpoczęciem pracy z programem należy się upewnić, czy została wybrana właściwa kartoteka. Podczas pracy z programem we wszystkich formularzach będą wyświetlane świadczenia rejestrowane w tej kartotece.



wybór kartoteki w oknie głównym programu

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.

Informacja: Tworzenie nowych kartotek jest opisane w dalszej części dokumentu, w punkcie Kartoteki.

Rozdział

4

4 Rejestracja pacjenta

Praca z programem PŚ - Ewidencja Świadczeń w lecznictwie ambulatoryjnym polega na wykonywaniu dwóch podstawowych czynności:

1. Rejestracja pacjenta – tę czynność wykonuje się standardowo podczas przyjmowania pacjenta przy okienku rejestracji. Obejmuje ona identyfikację pacjenta w bazie, przyjęcie zleceń od pacjenta
2. Uzupełnianie informacji o świadczeniach – tę czynność wykonuje się standardowo po powrocie karty pacjenta z gabinetu lekarza do rejestracji; w przypadku instalacji stanowiska Pakietu bezpośrednio w gabinecie lekarskim rejestracja świadczeń wykonywana jest na bieżąco.

W tym rozdziale omówiona została identyfikacja pacjenta na podstawie danych z dokumentu tożsamości.

4.1 Identyfikacja pacjenta

Aby w programie można było ewidencjonować świadczenia, niezbędna jest identyfikacja każdego pacjenta w bazie danych.

W celu dodania nowego pacjenta należy kliknąć przycisk **Przegląd pacjentów (F4)**, a następnie przycisk **Nowy(F7)**.

4.1.1 Elementy formularza pacjenta

Formularz jest podzielony na następujące sekcje:

1. Pasek przycisków u góry okna – pozwala na wykonanie podstawowych operacji związanych z pacjentem: wprowadzenie i edycja danych personalnych; skasowanie danych pacjenta.
2. Formularz **Dane pacjenta** – znajdują się w nim dane personalne pacjenta wprowadzone przez operatora na podstawie dokumentów pacjenta oraz dodatkowe uwagi personelu medycznego. Jeśli część pól jest nieedytowalna, to pola te są odczytywane z karty pacjenta (np. numer karty)
3. Formularz **Świadczenia pacjenta** – można w nim przeglądać informacje o świadczeniach, które wcześniej zostały wykonane i zarejestrowane dla tego pacjenta w bieżącej kartotece.

Pasek przycisków

Przyciski w pasku u góry służą do następujących operacji:

1. **Deklaracje (F11)** – Informacje na temat złożonych przez pacjenta deklaracji do POZ. Deklaracja taka musi być zdefiniowana w programie Deklaracje POZ.
2. **Kasowanie** – Informacje o pacjencie można skasować z bazy danych pod warunkiem, że nie zarejestrowano mu żadnego świadczenia / nie wydano mu jeszcze żadnego kuponu. Przycisk można wykorzystywać wówczas, gdy okaże się, że ta sama osoba jest wpisana w bazie kilkakrotnie. Zdarzyć się tak może podczas ręcznego dopisywania pacjentów.
3. **Tryb edycji (F6)** – Po naciśnięciu tego przycisku można zmienić dane personalne pacjenta w bazie danych.
4. **Zatwierdź (F9)** – Służy do zatwierdzania zmian wprowadzonych w formularzu danych pacjenta w trybie edycji.
5. **Wyjście (F10)** – Wyjście z formularza pacjenta do okna głównego aplikacji.
6. **Kupony: Wydanie/rej (F4)** - służy do wydruku kuponów dla danego pacjenta

Informacja: W zależności od trybu pracy Pakietu Świadczeniodawcy, ustawianego przez OW NFZ, niektóre przyciski mogą być nieobecne.

Formularz Dane pacjenta

Na tym formularzu są wszystkie dane personalne pacjenta wpisane przez operatora.

Wprowadzone dane podlegają edycji.

Pod polem Pesel podaje się status numeru danych osobowych pacjenta:

- **N - nie dotyczy**
- **D - dziecko**
- **B - brak danych**
- **C - cudzoziemiec spoza Unii Europejskiej**
- **U - cudzoziemiec z Unii Europejskiej**

W przypadku pacjenta ubezpieczonego w krajach Unii Europejskiej w polu niżej dodatkowo podaje się numer ewidencyjny pacjenta w UE.

Na formularzu znajdują się także pola Uwagi 1 i Uwagi 2, w których personel medyczny jednostki może wpisać własne uwagi dotyczące pacjenta, takie jak np. numer karty pacjenta w kartotece.

Pod polami Uwagi znajduje się pole określające, czy pacjent ma złożoną deklarację w danej przychodni.

W przypadku gdy pacjent posiada otwartą hospitalizację, w oknie przeglądu pojawi się dodatkowa informacja wraz z numerem i pozycją w księdze głównej.

Pacjent

Kupony: Wydanie/rej (F4) Deklaracje (F11) Kasowanie Tryb edycji (F6) Zatwierdź (F9) Wyjście (F10)

Dane pacjenta

Nazwisko: Pacjent Pierwsze imię: Jeden Druge imię: PL

Dane adresowe

Oddział NFZ: 04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ
Woj.: LUBUSKIE (08)
Kod teryt.: 0809014 ... BABIMOST
Miejsc.: 988342 ... Babimost
Kod poczt.: 00-000
Ulica: Tymczasowa
Nr domu: 1 Nr lok.: 1

Pesel: 80010144457 Nr karty:
Status pes.: N - nie dotyczy
Nr ewid. w UE: Dok. UE Decyzje
Data ur.: 01.01.1980 Płeć: M - mężczyzna
Uwagi 1:
Uwagi 2:
Informacje dodatkowe

F2 - słownik kontekstowy dla pola, w którym jest kursor

Świadczenia pacjenta

Numer świadczenia	Realizujący	Data real.	Kod świadc. jedn.

Filtr: 01 - Kartoteka ogólna Realizacje Wybierz (F5) Odśwież

formularz **Dane Pacjenta**

Formularz Świadczenia pacjenta

W formularzu można przeglądać listę świadczeń zarejestrowanych dla pacjenta w bieżącej

kartotece.

Świadczenia pacjenta			
Numer świadczenia	Realizujący	Data real.	
00000496900300371801	NOWAK JAN	28.05.2004	
00000496910000371801	NOWAK JAN	28.05.2004	
00000496930400371801	NOWAK JAN	31.05.2004	

Filtr:

01 - Kartoteka ogólna Realizacje Nowy... (F7) Wybierz (F5) Odśwież

formularz **Świadczenia pacjenta**

W kolejnych kolumnach tabeli mogą być wyświetlane następujące informacje:

1. Numer świadczenia – nadawany automatycznie przez program lub wprowadzony ręcznie na podstawie kuponu z książeczki RUM (zależy od ustawionego trybu pracy dla OW NFZ) - kolumna widoczna bez względu na ustawiony filtr,
2. Zlecający – nazwisko i imię lekarza zlecającego daną usługę - kolumna widoczna przy ustawieniu filtra na **Anulowane, Skierowania, Recepty**,
3. Data zlec. – data zlecenia usługi - kolumna widoczna przy ustawieniu filtra na **Anulowane, Skierowania, Recepty**,
4. Kod rozpozn. – kod rozpoznania - kolumna widoczna przy ustawieniu filtra na **Anulowane**,
5. Realizujący – nazwisko i imię lekarza realizującego daną usługę - kolumna widoczna przy ustawieniu filtra na **Anulowane, Realizacje, Puste**,
6. Data real. – data wykonania usługi - kolumna widoczna przy ustawieniu filtra na **Anulowane, Realizacje, Puste**,
7. Kod świadczenia jednostkowego – kod wykonanej usługi (opcjonalnie – zależy od ustawień w Pakiecie dla OW NFZ) - kolumna widoczna przy ustawieniu filtra na **Anulowane, Realizacje, Puste**.

Widoczny zestaw kolumn tabeli jest różny w zależności od wyboru znajdujących się pod listą innych elementów wpływających na wyświetlaną w niej zawartość.

Pole wyboru kartoteki pozwala na przeglądanie świadczeń/kuponów pacjenta w innych kartotekach.

Pole Filtr pozwala na przeglądanie różnego typu świadczeń:

1. **Anulowane** – anulowane przy generacji / wydruku puste świadczenia.
2. **Realizacje** – świadczenia zrealizowane.
3. **Zaznaczone jako usunięte** – świadczenia usunięte.

Przycisk **Nowy... (F7)** pozwala na wygenerowanie i zaewidencjonowanie nowego świadczenia dla pacjenta.

Przycisk **Odśwież** pozwala na odświeżenie zawartości tabeli.

Przycisk **Wybierz (F5)** pozwala na wybranie jednego świadczenia z listy i wyświetlenie szczegółowego formularza z danymi o tym świadczeniu.

Jeżeli pacjent posiada otwarte hospitalizacje, w polu Informacje dodatkowe zostanie wyświetlony numer księgi głównej.

4.1.2 Rejestracja pacjenta

Gdy rejestrowany jest pacjent należy odnaleźć jego dane w bazie, a jeżeli ich nie ma – wpisać do bazy ręcznie, lub odczytać z karty pacjenta. Po wybraniu lub wprowadzeniu danych pacjenta, można ewidencjonować zrealizowane na jego rzecz świadczenia.

Wyszukiwanie pacjenta w bazie

Do odnajdywania i przeglądania zarejestrowanych wcześniej pacjentów służy formularz **Pacjenci**. Formularz otwiera się po wybraniu przycisku **Przegląd pacjentów (F4)** na oknie głównym aplikacji.

The screenshot shows a window titled 'Pacjenci'. It has a search section on the left with fields for 'Nazwisko/Nr karty:', 'Pierwsze imię:', and 'Numer PESEL:', each followed by a 'Znajdź (ENTER)' button. To the right of these are buttons for 'Dane... (F5)', 'Nowy (F7)', and 'Wyjście (F10)'. Below the search section is a table with the following columns: 'Nazwisko i imię', 'Pesel', 'Data ur.', 'Miasto', 'Ulica', and 'Nr karty'. The table contains three rows of data:

Nazwisko i imię	Pesel	Data ur.	Miasto	Ulica	Nr karty
Pacjent Dwa PL	75010133336	01.01.1975	Bytom Odrzański		
Pacjent Jeden PL	80010144457	01.01.1980	Babimost	Tymczasowa 1/1	
Pacjent Trzy UE	00000000000	05.05.1983	Krefeld	Frankfurter Strasse 1/1	

formularz z listą pacjentów istniejących w bazie danych Pakietu

Odnajdowanie pacjenta w bazie:

1. Szukanego pacjenta należy zidentyfikować na formularzu na podstawie nazwiska lub numeru PESEL, przeglądając listę.

Do wyszukiwania służy sekcja **Szukanie** w lewym, górnym rogu okna. W celu znalezienia pacjenta, w polach edycyjnych można wpisać następujące dane:

- W polu Nazwisko można wpisać początkowe litery lub całe nazwisko. Dodatkowo, w polu Pierwsze imię można wpisać początkowe litery lub całe imię, zawężając kryteria wyszukiwania. Następnie należy nacisnąć przycisk **Znajdź (ENTER)**. W tabeli zostaną wyświetleni tylko ci pacjenci, których nazwiska lub imiona zaczynają się od wpisanych znaków. Jeżeli lista jeszcze jest za długa, należy dopisać następne znaki z szukanego nazwiska (imienia) i ponownie nacisnąć przycisk **Znajdź (ENTER)** w celu zawężenia listy pacjentów.
- Jeżeli znany jest numer PESEL pacjenta, można go wpisać w polu Numer PESEL zamiast nazwiska i imienia. Po naciśnięciu przycisku **Znajdź (ENTER)** wyświetli się na liście szukany pacjent, oczywiście o ile wcześniej był już rejestrowany. W polu można także wpisać początkowe cyfry numeru PESEL zawężając wyszukiwane dane.

Wskazówka: Zamiast klikania myszą przycisku **Znajdź (ENTER)**, można posługiwać się klawiszem ENTER. Fragmenty nazwiska lub imienia mogą być wpisywane dowolnymi literami – wielkimi lub małymi.

2. Znaną osobę trzeba zaznaczyć na liście wybierając myszą pozycję w tabeli, a następnie wyświetlić formularz z danymi pacjenta przyciskiem **Dane... (F5)**.

Informacja: Może się zdarzyć, że na liście pacjentów poszukiwany pacjent pojawi się dwukrotnie – raz wpisany prawidłowo, a drugi raz błędnie np. z innym numerem PESEL. Aby obsłużyć pacjenta, należy wybrać jedną z pozycji z listy. Po obsłużeniu pacjenta można przejść do opcji Scalania pacjentów i tam scalić oba wpisy do jednego tak, aby wszystkie świadczenia przypisane do pacjenta były w jednym wpisie. Informacje, jak scalić pacjentów można znaleźć w punkcie 7.1.1 Scalanie pacjentów.

Po wyświetleniu formularza można rozpocząć rejestrowanie świadczeń.


Dopisywanie pacjenta do bazy:

Jeżeli na liście pacjentów nie znaleziono osoby lub – po wpisaniu szukanego nazwiska – lista jest pusta, pacjenta należy dopisać do bazy ręcznie. Po naciśnięciu przycisku **Nowy (F7)** wyświetla się formularz pacjenta z pustymi polami identyfikacyjnymi. Formularz od razu jest w trybie edycji. Wszystkie pola, które mają tło w kolorze białym można wypełnić informacją.

Wskazówka: Po wpisaniu informacji można przejść do edycji następnego pola za pomocą klawisza TAB. Jego funkcja jest odwrotna, jeżeli wykorzysta się go z klawiszem SHIFT. Aby cofnąć się o jedno pole, należy wcisnąć i przytrzymać klawisz SHIFT.

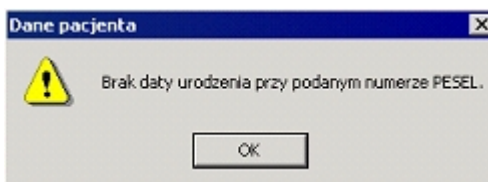
Uwagi i zalecenia do ręcznego wprowadzania danych o pacjentach

Poniżej podano uwagi i zalecenia przy wpisywaniu danych do kolejnych pól.

1. Dane o pacjencie nie muszą być kompletne. Niezbędne jest uzupełnienie następujących pól: Oddział NFZ, Woj. – wszystkie podpowiadane automatycznie, oraz Nazwisko, PESEL (lub Status pes. zamiast numeru PESEL), Kod teryt. (kod terytorialny gminy wybrany ze słownika), Miejsc. (wystarczy wpisanie tylko nazwy miejscowości bez kodu).
2. Jeżeli przyjęty pacjent jest np. nieprzytomny, a jego nazwisko jest nieznane i nie ma przy sobie dowodu osobistego, w polu Nazwisko należy wpisać <nieznany>.
3. Pola Kod teryt. i Miejsc. to tzw. pola kontekstowe. Oznacza to, że można w nie wpisać tylko taki numer (kod), który jest w słowniku. W przypadku nieznamości kodu, można wybrać kod ze słownika - po naciśnięciu klawisza **F2** (gdy wskaźnik tekstowy znajduje się w konkretnym polu) - lub po wybraniu przycisku  (obok pola kontekstowego). Więcej informacji o korzystaniu ze słowników zawarto w dalszej części instrukcji.
4. W polu Ulica należy wpisać samą nazwę ulicy bez „ul.” na początku i numeru domu na końcu, który z kolei należy wpisać w polu Nr domu.
5. W polu Pesel należy wpisać unikalny numer PESEL. Jeżeli jakiś wpis w bazie danych ma już taki numer PESEL, podczas zatwierdzania danych operacja nie dojdzie do skutku i pojawi się odpowiedni komunikat.
6. Jeżeli numer PESEL osoby jest nieznany (pacjent zapomniał lub jest nieprzytomny i nie ma dowodu osobistego) wtedy w polu Status pes. należy wybrać opcję **B - nienadany**.
7. W polu Status pes. podaje się status numeru danych osobowych pacjenta:
 - **N - nie dotyczy**
 - **B - nienadany**
 - **D - noworodek**
 - **C - cudzoziemiec spoza UE**
 - **U - cudzoziemiec z UE**

W przypadku pacjenta ubezpieczonego w krajach Unii Europejskiej w polu Nr ewid. w UE należy podać numer ewidencyjny pacjenta w UE na podstawie informacji z dodatkowego dokumentu, który pacjent zobowiązany jest okazać.

8. Data urodzenia oraz płeć pacjenta uzupełni się automatycznie, jeżeli wcześniej wpisano prawidłowy numer PESEL. Jeżeli skasujemy datę urodzenia a numer PESEL będzie poprawny nie będziemy mogli zatwierdzić danych pacjenta i otrzymamy komunikat błędu. Sprawdzenie poprawnej daty występuje także przy edycji danych pacjenta już istniejącego w bazie. Pole Data ur. wymagane także przy zerowym numerze PESEL.



brak daty urodzenia

9. Jeżeli płeć nie wybrała się automatycznie, w polu Płeć, zamiast rozwijania myszą pola listy, można posłużyć się klawiszami **K** lub **M**. Pole płeć jest obowiązkowe.

Po prawidłowym wpisaniu wszystkich danych należy zatwierdzić zmiany przyciskiem **Zatwierdź (F9)**. Tła wszystkich pól tekstowych staną się szare, a przyciski na pasku u góry zostaną uaktywnione

dopisanie nowego pacjenta

Po uaktywnieniu pozostałych przycisków z formularza, można zarejestrować świadczenia.

Wybieranie kodu ze słownika

Podczas wpisywania danych pacjenta w polach kontekstowych Kod teryt., Miejsc. można wpisać kod gminy i kod miejscowości. Jeżeli kod jest nieznany, można wyświetlić słownik kontekstowy i wybrać z listy odpowiednią pozycję. Każde pole kontekstowe wyposażone jest w odpowiedni do tego celu przycisk .

pole kontekstowe z przyciskiem

Tabelę słownika w każdym polu kontekstowym można wyświetlić na dwa sposoby:

- poprzez wybranie myszą przycisku obok danego pola
- za pomocą klawisza **F2**, podczas gdy wskaźnik tekstowy jest w tym polu.

Po wyświetleniu tabeli słownika należy za pomocą myszy lub klawiszy strzałek zaznaczyć odpowiednią pozycję na liście i wybrać ją przyciskiem **Wybierz (F5)**. Po zamknięciu okna odpowiedni kod wyświetli się w polu kontekstowym.

Poniżej opisano przykładowy sposób wyboru ze słownika gminy:

1. Cursor powinien znajdować się w polu Kod teryt. .
2. Po naciśnięciu klawisza **F2** lub przycisku [...] wyświetli się formularz jak na rys. poniżej.

Informacja: Słownik kodów terytorialnych będzie zawężony do gmin z województwa wybranego wcześniej na formularzu pacjenta. Analogicznie w słowniku miejscowości wyświetlą się tylko pozycje z wybranej wcześniej gminy.

Kod gminy	Nazwa gminy
1814022	ADAMÓWKA
1821012	BALIGRÓD
1821013	BALIGRÓD
1820013	BARANÓW SANDOMIERSKI
1820014	BARANÓW SANDOMIERSKI
1820015	BARANÓW SANDOMIERSKI
1817022	BESKO
1810022	BIAŁOBRZEGI
1813012	BIRCZA
1816025	BŁĄŻOWA
1816024	BŁĄŻOWA
1816023	BŁĄŻOWA
1816032	BOGUCHWAŁA
1818022	BOJANÓW
1811022	BOROWA
1803022	BRZOSTEK
1802015	BRZÓZÓW
1802014	BRZÓZÓW
1802013	BRZÓZÓW
1805022	BRZYSKA

słownik kodów terytorialnych

Jeżeli szukana gmina leży na terenie województwa, które wybrano w polu Województwo, wystarczy poszukać go, przesuując czerwone zaznaczenie pozycji klawiszami strzałek w górę i w dół.

Jeżeli wcześniej nie wybrano województwa można postąpić na dwa sposoby:

- z pola rozwijanego za pomocą myszy wybrać województwo, w którym leży poszukiwana gmina, a następnie postąpić jak opisano wyżej
- po wpisaniu do pola tekstowego obok kilku pierwszych liter nazwy szukanej gminy, lista ulegnie zawężeniu. Przykładowo, chcąc znaleźć gminę, której nazwa zaczyna się od liter „R”, należy taką sekwencję wpisać do wspomnianego okna i nacisnąć klawisz ENTER (lub myszą przycisk **Znajdź**). Uzyskamy wynik, jak na rys. poniżej.

Kod gminy	Nazwa gminy
1818042	RADOMYŚL NAD SANEM
1811085	RADOMYŚL WIELKI
1811084	RADOMYŚL WIELKI
1811083	RADOMYŚL WIELKI
1804082	RADYMNO
1804021	RADYMNO
1810062	RAKSZAWA
1806052	RANISZÓW
1804092	ROKIETNICA
1815034	ROPCZYCE
1815035	ROPCZYCE
1815033	ROPCZYCE
1804102	RÓŻWIENICA
1812063	RUDNIK NAD SANEM
1812064	RUDNIK NAD SANEM
1812065	RUDNIK NAD SANEM
1807084	RYMANÓW
1807085	RYMANÓW
1807083	RYMANÓW

słownik kodów terytorialnych zawężony do wpisanych pierwszych liter nazwy

Informacja: Nazwy gmin wszystkich większych miejscowości w tym miast wojewódzkich zaczynają się z reguły od liter „M. ”, np. „M. RZESZÓW”, „M. WROCŁAW”, „M. GLIWICE”. Dlatego, jeżeli po podaniu w filtrze fragmentu nazwy, brakuje szukanej gminy na liście, należy w filtrze wpisać „M.”.

3. Właściwą gminę należy zaznaczyć na czerwono i wybrać ją przyciskiem **Wybierz (F5)**. Wtedy jej kod zostanie skopiowany do pola kontekstowego na właściwym formularzu (np. pacjenta).

Pacjent

Kupony: Wydanie/rej (F4) Deklaracje (F11) Kasowanie Tryb edycji (F6) Zatwierdź (F9) Wyjście (F10)

Dane pacjenta

Nazwisko: Pacjent Pierwsze imię: Jeden Drugie imię: PL

Dane adresowe

Oddział NFZ: 04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ Pesel: 80010144457 Nr karty:
Woj.: LUBUSKIE (08) Status pes.: N - nie dotyczy
Kod teryt.: 0809014 ... BABIMOST Nr ewid. w UE: Dok. UE Decyzje
Miejsc.: 988342 ... Babimost Data ur.: 01.01.1980 Płeć: M - mężczyzna
Kod poczt.: 00-000 Uwagi 1:
Ulica: Tymczasowa Uwagi 2:
Nr domu: 1 Nr lok.: 1

F2 - słownik kontekstowy dla pola, w którym jest kursor

Świadczenia pacjenta

Numer świadczenia	Realizujący	Data real.	Kod świadc. jedn.

Filtr: 01 - Kartoteka ogólna Realizacje Wybierz (F5) Odśwież

prawidłowo wypełniony formularz danych personalnych pacjenta

Zmiana danych personalnych pacjenta

Dane personalne pacjenta można w każdym momencie zmienić oprócz pola PESEL.

Uwaga: W przypadku pomyłki operatora w polu PESEL i zatwierdzeniu danych, należy usunąć dane pacjenta (pod warunkiem że nie są powiązane ze świadczeniami, deklaracjami lub kolejkami), jeżeli były należy usunąć dane świadczeń, dla deklaracji wycofać z datą złożenia, dla kolejek usunąć pozycję z listy. Dopiero wtedy można wprowadzić nowe poprawne dane pacjenta.

Aby zmodyfikować dane pacjenta, należy:

1. Po wybraniu pacjenta z listy przeglądu pacjentów wybrać przycisk **Tryb edycji (F6)**. Wszystkie edytowalne pola przyjmą biały kolor tła.
2. Po dokonaniu zmian należy je zatwierdzić i wpisać do bazy przyciskiem **Zatwierdź (F9)**.

4.1.3 Rejestracja pacjenta z kraju Unii Europejskiej

Pacjent ubezpieczony w kraju Unii Europejskiej, chcący skorzystać z usług medycznych w naszym kraju powinien przy rejestracji okazać jeden z dokumentów poświadczających fakt ubezpieczenia:

- Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego
- formularz z serii E
- poświadczenie formularza z serii E
- certyfikat zastępczy

Aby zarejestrować pacjenta ubezpieczonego w kraju Unii Europejskiej:

1. Otwórz formularz pacjenta w trybie dopisywania nowych danych.
 2. Z przedstawionego przez pacjenta wymaganego dokumentu przepisz nazwisko i imiona.
 3. W polu Oddział NFZ wybierz z listy **099 – Kraje Unii Europejskiej**.
 4. W polu Woj. wybierz **<nieznane> (00)**.
 5. W polu Kod teryt. wybierz kraj pacjenta. Kraj powinien być wykazany:
 - na Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego
 - na formularzu z serii E – w nagłówku
 - na poświadczeniu formularza z serii E – wpisany w części 'Nazwa i adres instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia zdrowotne'.
 6. W polach Miejsc., Ulica, Nr domu, Nr lok wpisz dane adresowe. Powinny być dostępne na dokumencie okazanym przez pacjenta. Wymagana jest przynajmniej nazwa miejscowości.
 7. W polu Status pes. wybierz **U – cudzoziemiec z UE**.
 8. W polu Nr ewid. w UE należy wpisać numer ewidencyjny pacjenta w krajach Unii Europejskiej. Numer powinien być podany na okazanym przez pacjenta wymaganym dokumencie.
 9. Uzupełnij datę urodzenia i płeć.
 10. Umożliwiono wpisanie numeru Pesel dla cudzoziemca z UE ponieważ może on być na ich prośbę nadany. Po wpisaniu numeru Pesel jest on zawsze walidowany wraz z datą urodzenia i płcią jak dla innych pacjentów. Dodatkowo dla pacjentów z dowolnym statusem numeru Pesel zablokowano możliwość zmiany zatwierdzonego poprawnego numeru na inny.
- Uwaga:** W przypadku pomyłki operatora należy usunąć dane pacjenta (pod warunkiem że nie są powiązane ze świadczeniami, deklaracjami lub kolejkami), jeżeli były należy usunąć dane świadczeń, dla deklaracji wycofać z datą złożenia, dla kolejek usunąć pozycję z listy. Dopiero wtedy można wprowadzić nowe poprawne dane pacjenta.
11. Zaleca się, aby w jednym z pól uwag wpisać rodzaj okazanego przez pacjenta dokumentu (np. 'karta', 'E111', 'poświadczenie', 'brak dokumentu'). Ułatwi to późniejsze wprowadzanie danych o świadczeniu, na którym trzeba podać rodzaj dodatkowego dokumentu pacjenta.
 12. Dane zatwierdź przyciskiem **Zatwierdź (F9)**.

Prawidłowo wypełniony formularz dla pacjenta ubezpieczonego w Unii Europejskiej przedstawia rysunek poniżej.

Pacjent

Kupony: Wydanie/rej (F4) Deklaracje (F11) Kasowanie Tryb edycji (F6) Zatwierdź (F9) Wyjście (F10)

Dane pacjenta

Nazwisko:	Pierwsze imię:	Dругie imię:
Pacjent	Trzy	UE

Dane adresowe

Oddział NFZ:	099 - Kraje Uni Europejskiej
Woj.:	<nieznane> {00}
Kod teryt.:	0005220 NIEMCY
Miejsc.:	Krefeld
Kod poczt.:	00-000
Ulica:	Frankfurter Strasse
Nr domu:	1
Nr lok.:	1

Status i inne dane:

Pesel:	000000000000	Nr karty:	
Status pes.:	U - cudzoziemiec z UE		
Nr ewid. w UE:	12345678901234567890	Dok. UE	Decyzja
Data ur.:	05.05.1983	Płeć:	M - mężczyzna
Uwagi 1:			
Uwagi 2:			

Informacje dodatkowe

F2 - słownik kontekstowy dla pola, w którym jest kursor

dane zarejestrowanego pacjenta z kraju Unii Europejskiej

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 pes. Jako **U- cudzoziemiec z UE**. Pacjentowi można przypisać kilka dokumentów upoważniających. Po wybraniu przycisku **Dokumenty UE** pojawi się słownik dokumentów upoważniających:

[illegible]

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

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

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

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 odpowiedni status:
 - 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 przyciskiem **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.

Informacja: Pole Numer formularza nie pozwala na wprowadzenie niepoprawnego formatu numeru:

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 upoważnienia.

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

Dane dokumentu upoważniającego

Identyfikator dokumentu: 080101800000000016

Dokument upoważniający

Rodzaj dok.: P - Poświadczenie formularza typu E Numer formularza: 04/E106/06/00001

Typ formularza: E106 Data wystawienia: 03.02.2006 Data ważności: 01.01.2006 31.12.2006

Kod instytucji właściwej: Kod kraju instytucji właściwej: DK DANIA

Status zatrudnienia: 1 - Osoba zatrudniona

Artykuł prawny: 19.1 i 2 - zamieszkanie w państwie innym niż państwo właściwe

Dane upoważnionego

Nr ewid. w UE: DK123456789

Nazwisko: Pacjent_10

Imiona: UE

Nazwisko rod.: Data ur.: 15.04.1987

Płeć: M - mężczyzna

Dane członka rodziny

Nazwisko: Imiona: Nazwisko rod.: Data ur.: Płeć:

Adres właściwy

Miejscowość: Kobenhavn

Kod pocztowy: 0000000000

Ulica: TestowaUE_1

Nr domu: 1

Adres tymczasowy

Kod teryt.: Miejscowość: Kod pocztowy: Ulica: Nr domu: Nr lokalu:

Kasowanie (F8) Tryb edycji (F6) Zatwierdź (F9) Wyjście (F10)

Zamknięcie okna

wypełniony formularz dokumentu upoważniającego

4.1.4 Rejestracja pacjenta z kraju spoza Unii Europejskiej

Rejestracja takiego pacjenta różni się następująco:

1. W polu Oddział NFZ pozostawiamy domyślny lokalny oddział NFZ jednostki.
2. W polu Status pes. wybieramy **C – cudzoziemiec spoza UE**.
3. Pole PESEL ustawi się zawsze na zerowy.
4. Pozostałe dane wprowadzamy podobnie, jak dla pacjenta z Unii Europejskiej.

Rozdział

5

5 Obsługa świadczeń

W tym rozdziale omówione zostały wszystkie kroki związane z obsługą świadczeń. Obejmują one:

- Uzupełnianie informacji o świadczeniach, produktach kontraktowych (w tym produktach jednostkowych) i procedurach.
- Przegląd świadczeń.
- Dodatkowe operacje, jak usuwanie świadczeń.
- Ewidencjonowanie wykonywanych badań i udzielanych porad.

5.1 Uzupełnianie informacji o świadczeniu

Dane o świadczeniu można wprowadzić z poziomu danych pacjenta. Na formularzu pacjenta w dolnej części Świadczenia pacjenta należy wybrać przycisk **Nowy... (F7)**.

Uwaga: W celu przyspieszenia wprowadzania danych można skorzystać z opcji **Parametry** -> **Ustawienia domyślne dla personelu**, w wyniku czego program automatycznie będzie podpowiadał wybrane dane (patrz: Ustawienia domyślne dla personelu).

5.1.1 Uzupełnianie danych podstawowych

Po uruchomieniu funkcji, wyświetla się formularz przedstawiony poniżej.

formularz nowego świadczenia dla pacjenta

Informacja: Istnieje możliwość skopiowania do nowego świadczenia danych

wprowadzonych na poprzednim świadczeniu. W tym celu można skorzystać z klawiszy:
 F4 - kopiuje dane do zakładki Dane podstawowe.
 SHIFT + F4 - kopiuje zawartość: Danych podstawowych, Produktów jednostkowych i Procedur medycznych.

Do grupy informacji dotyczących zlecenia należą:

1. Tryb przyjęcia – możliwe opcje do wyboru: **Bez skierowania, Ze skierowaniem, W trybie nagłym, Kontynuacja leczenia, Przyjęcie z decyzji sądu**. W zależności od wybranej opcji istnieje konieczność uzupełnienia informacji o zleceniu.

tryb przyjęcia

2. Informacja o instytucji zlecającej może być wpisana jako:
 - Kod świadczeniodawcy – kod nadawany przez płatnika
 - NIP – numer NIP placówki zlecającej
 - REGON – numer REGON placówki zlecającej
3. Osoba zlecająca może być identyfikowana przez:
 - L - nr prawa wykonywania zawodu lekarza
 - D - nr prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty
 - F - nr prawa wykonywania zawodu felczera

wybór rodzaju prawa wykonywania zawodu zlecającego

Informacja: Wybranie personelu zlecającego jest możliwe tylko dla zawodu lekarz, lekarz

dentysta lub felczer.

4. Nr prawa – nr prawa wykonywania zawodu osoby zlecającej, wybranej ze słownika personelu zewnętrznego lub własnego.

Informacja: Jeżeli mamy ustawiony personel zlecający wówczas klawiszem F3 podpowiada nam się domyślny personel z ustawień domyślnych personelu. Jednocześnie podpowiadany jest Kod resortowy VII oraz VIII.

5. Poniżej pól związanych z kodem resortowym znajduje się pole Numer kontraktu zleceńodawcy.
6. Data – data zlecenia

Należy także, jeśli to konieczne, uzupełnić następujące dane:

- Komórka – komórka zlecająca – gabinet (część VIII kodu resortowego).
- Nr skierowania – dotyczy w szczególności numerów skierowań sanatoryjnych.

Należy wprowadzić informację o rozpoznaniu:

- Rozpoznanie – kod rozpoznania (poprawność kodu jest walidowana, lecz nie jest wyświetlany opis rozpoznania). Kod rozpoznania jest wymagany przez program.

Do grupy informacji dotyczącej realizacji należą:

- Instytucja – nr instytucji realizującej – pole niemodyfikowalne dla użytkownika – automatycznie wpisuje się w nim numer instytucji „własnej”. W przypadku przełączenia instytucji w ramach jednej instalacji w polu podpowiada się aktywna bieżąca instytucja. Starą instytucję można wybrać z rozwijalnej listy.
- Nr prawa – nr prawa wykonywania zawodu, identyfikujący osobę realizującą świadczenie (istnieje możliwość wyboru ze słownika).

wybór osoby realizującej

Przy wyborze osoby realizującej mamy możliwość wybrania personelu tylko własnego. Dodatkowo możemy wybrać kim jest osoba realizująca: lekarz, lekarz dentysta, felczer, pielęgniarka, położna, rehabilitant/fizykoterapeuta, inny, higienistka.

Informacja: Jeżeli w ustawieniach domyślnych dla personelu wybrano jedną osobę jako domyślny realizator, to ten numer wpisuje się do pola automatycznie. Informacje o określaniu domyślnego personelu realizującego znajdują się w punkcie Ustawienia domyślne dla personelu.

- Data pocz. – data początku realizacji usługi
- Data końca – data końca realizacji usługi – zwykle ta sama, co data początku.

- Dopłata pacjenta – informacje o ewentualnej dopłacie pacjenta
- Kod kom. NFZ – kod komórki organizacyjnej ze słownika komórek organizacyjnych
- Kod res. cz. VIII. - wypełniane automatycznie na podstawie danych ze słownika komórek organizacyjnych po wyborze kodu NFZ.

Informacja: Pole to może być automatycznie uzupełniane, jeżeli wcześniej przypisano lekarza realizującego do właściwej komórki. Informacje o przypisywaniu lekarzy do komórek organizacyjnych znajdują się w punkcie Ustawienia domyślne dla personelu

- Uprawnienie - w programie wprowadzono możliwość ewidencjonowania przez świadczeniodawców świadczeń medycznych realizowanych dla żołnierzy służby zasadniczej oraz funkcjonariuszy w służbie kandydackiej (p. rysunek niżej). W polu Uprawnienie na formularzu świadczenia można wybrać jedną z opcji:
 - 42MON – żołnierz służby zasadniczej MON
 - 42MON-1 – kandydat na żołnierza zawodowego MON
 - 42MSWiA – funkcjonariusz służby kandydackiej (służba zasadnicza) MSWiA
 - 42MS – funkcjonariusz służby kandydackiej (służba zasadnicza) MS.
 - 47IB – inwalida wojenny
 - 47IW – inwalida wojskowy
 - 47OR – osoba represjonowana
 - AZ – osoby pracujące przy azbieście
 - 31D – Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia
 - 31C – W przypadku kobiet w ciąży i połogu

Realizacja

Instytucja: 04002872 Szpital Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

Nr prawa: ... 1 - lekarz

Data pocz.: Data konca: Dopłata pacjenta:

Kod kom. NFZ: ...

Kod res. cz. VIII: ...

Uprawnienie: -

- Świadczenie

Tabela:

Kod:

- 42MON - Żołnierz służby zasadniczej MON
- 42MON-1 - Kandydat na żołnierza zawodowego MON
- 42MSWiA - Funkcjonariusz służby kandydackiej (służba zasadnicza) MSWiA
- 42MS - Funkcjonariusz służby kandydackiej (służba zasadnicza) MS
- 47IB - Inwalida wojenny
- 47IW - Inwalida wojskowy
- 47OR - Osoba represjonowana
- AZ - Osoby pracujące przy azbieście
- 31D - Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia
- 31C - W przypadku kobiet w ciąży i połogu

wybór uprawnienia


Opcjonalnie, w zależności od ustawień Pakietu Świadczeniodawcy przez OW NFZ dostępna jest sekcja **Świadczenia jednostkowe**: - Świadczenie jednostkowe ze słownika określa typ wykonanego świadczenia medycznego. Dana ta jest opcjonalna (zależy od konfiguracji wymaganej przez OW NFZ). Informacje o świadczeniu jednostkowym są zapisane w dwóch polach:

- Tabela – tabela świadczeń jednostkowych. Domyślnie podpowiada się tabela

- obowiązująca w danym roku umowy.
- Kod – kod świadczenia jednostkowego.

Informacja: Pola dotyczące świadczenia jednostkowego znajdują się na formularzu pod polem Uprawnienie. Pola te mogą być niewidoczne ze względu na ustawiony tryb pracy Pakietu - bez uzupełniania świadczeń jednostkowych. Tryb ten obowiązuje w większości oddziałów wojewódzkich NFZ.

Wpisywanie powtarzających się informacji byłoby bardzo uciążliwe (zwłaszcza przy uzupełnianiu danych o świadczeniu zrealizowanym), dlatego też wprowadzono szereg ułatwień pozwalających na szybsze uzupełnienie danych. Oto najważniejsze z nich:

- Jeżeli program oczekuje na wprowadzenie numeru instytucji zlecającej, przyciśnięcie klawisza F3 powoduje wpisanie numeru „własnej” (lokalnej) instytucji. Kursor automatycznie przeskakuje do następnego pola (nie jest konieczne używanie klawisza TAB).
- Jeżeli program oczekuje na wprowadzenie daty (zlecenia, początku lub końca realizacji), przyciśnięcie klawisza F3 powoduje wpisanie bieżącej daty. Kursor automatycznie przeskakuje do następnego pola.
- Jeżeli program oczekuje na wprowadzenie kodu identyfikującego świadczeniodawcę zlecającego, numeru prawa osoby zlecającej lub realizującej, kodu komórki, tabeli świadczeń jednostkowych, kodu świadczenia jednostkowego, wówczas przyciśnięcie klawisza F2 (lub kliknięcie myszką na przycisk ) spowoduje otwarcie formularza z odpowiednim słownikiem (świadczeniodawców, personelu, komórek, odpowiednich tabel, świadczeń). Wybór pozycji ze słownika odbywa się poprzez jej wskazanie myszą pozycji na liście i naciśnięcie klawisza F5 lub poprzez podwójne kliknięcie myszką na tej pozycji w tabelce słownika.
- W części dotyczącej realizacji wszystkie pola muszą być wypełnione. W przypadku brakujących danych wyświetli się komunikat błędu. Wszystkie pola dotyczące realizacji powinny być albo puste albo wypełnione.
- Podczas edycji świadczenia wiele pól automatycznie się wypełnia, jeżeli stan systemu oraz wcześniej wpisane dane jednoznacznie określają, co ma być w pozostałych polach. Data pocz. i Data końca (na podstawie pola Data z części dotyczącej zlecenia lub z daty bieżącej) oraz pole Dopłata pacjenta. Kursor automatycznie przeskakuje do pola Nr prawa, celem umożliwienia szybkiego wybrania numeru osoby realizującej.
- Jeżeli w ustawieniach dla personelu wybrano jedną osobę jako domyślnego realizatora, to dla każdego nowego świadczenia ta osoba automatycznie podpowie się w polu Nr prawa w części realizacyjnej. Razem z tymi danymi automatycznie się wypełnią pola dat początku i końca realizacji świadczenia oraz komórka miejsca realizacji, o ile określono ją dla tej osoby w ustawieniach personelu. Dla standardowego świadczenia bez skierowania rejestrowanego w bieżącym dniu program będzie oczekiwał na wprowadzenie już tylko kodu rozpoznania.
Jeżeli wprowadzono inny numer prawa, po naciśnięciu klawisza F3 z powrotem podpowie się domyślny realizator. W przypadku właściwych przypisań komórek, uzupełnią się pola komórki realizującej.
- Jeżeli jednorazowo wprowadza się dużą ilość świadczeń/kuponów o podobnej treści, można wywołać dane z poprzedniego świadczenia klawiszem F4 lub SHIFT+F4.

Informacja: Po naciśnięciu F4 wszystkie pola z zakładki **Dane podstawowe** automatycznie się wypełnią danymi wprowadzonymi na ostatnio edytowanym świadczeniu. Po naciśnięciu SHIFT+F4 wszystkie pola z zakładki **Dane podstawowe** oraz wszystkie pozycje z zakładki **Produkty jednostkowe** i Procedury zostaną automatycznie przepisane

z ostatnio edytowanego świadczenia.

Po uzupełnieniu danych podstawowych należy wypełnić (o ile to wymagane) szczegółowe dane rozliczeniowe oraz procedury medyczne na zakładkach **Produkty jednostkowe** i **Procedury**. Z kolei na zakładce **Dane dodatkowe** może być wymagane wprowadzenie informacji o statusie ubezpieczenia pacjenta, statusie numeru danych identyfikacyjnych i dodatkowym dokumencie potwierdzającym ubezpieczenie pacjenta. Informacje o uzupełnianiu danych na zakładkach **Produkty jednostkowe**, **Procedury** i **Dane dodatkowe** podano niżej w następnych punktach.

Wskazówka: Aby przejść na inną zakładkę formularza, trzeba wskazać za pomocą myszy jej tytuł lub naciskać sekwencję klawiszy CTRL+TAB.

Po wprowadzeniu danych, należy je zatwierdzić przyciskiem **Zatwierdź (F9)**. Program weryfikuje wówczas logiczną poprawność wprowadzonych danych i w przypadku nieprawidłowości (niepełnych lub sprzecznych danych) wyświetla odpowiedni komunikat. Jeśli wszystkie pola zostały poprawnie wprowadzone, program zapisuje dane o świadczeniu do bazy. Przykład prawidłowo zaewidencjonowanych danych świadczenia na zakładce Dane podstawowe przedstawia rysunek 23.

Świadczenie

00000003500501800801

Tryb edycji (F6) Wyjście (F10)

Zatwierdź (F9) Specjalne

Dane pacjenta Zaznacz jako usunięte

Pacjent: PESEL 70092412348 - Pacjentka_31 PL

1. Dane podstawowe 2. Produkty jednostkowe 3. Procedury 4. Dane dodatkowe

Tryb przyjęcia: Bez skierowania Rozpoznanie: 000

Zlecenie

Nr prawa: 00000000

Data: 27.03.2006 Nr skierowania:

Kod res. VIII/VII:

Numer kontraktu zleciennodawcy:

Świadczenie

Status: R - realizacja

Data wpisania.: 13.10.2006

Operator: MISIEK

Realizacja

Instytucja: 04002872 Szpital Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

Nr prawa: 0123450 1 - lekarz

Lekarz: 1 1

Data pocz.: 27.03.2006 Data konca: 27.03.2006 Dopłata pacjenta: 0.00

Kod kom. NFZ: 764 Pracownia diagnostyki obrazowej

Kod res. cz. VIII: 7200 Pracownia diagnostyki obrazowej

Uprawnienie: -

Eksport

Status: E - do eksportu

Nr wersji: 7

Data exp.: 28.03.2006

Kod błędu:

F2 - słownik kontekstowy dla pola bieżącego F3 - nr naszej instytucji / bież. data / os. zlecająca F4 - dane z poprzedniego świadczenia

przykład prawidłowo zaewidencjonowanych danych o świadczeniu

Dla wszystkich typów świadczeń umożliwiono przełączenie danej pozycji do innej kartoteki. Zmiana kartoteki wykonywana jest na formularzu **Świadczenie**, na zakładce **Dane dodatkowe** przechodzimy w tryb edycji poprzez przycisk **Tryb edycji (F6)**, pole Kartoteka zostaje odblokowane i możemy wybrać z listy inną kartotekę niż obecna. Zmiana przypisania

zostanie zatwierdzona poprzez przycisk **Zatwierdź (F9)**.

przebiecie świadczenia do innej kartoteki

5.1.2 Uzupełnianie danych o produktach jednostkowych

W zakładce **Produkty jednostkowe** ewidencjonujemy dane rozliczeniowe świadczenia. W celu wprowadzenia informacji o produktach jednostkowych należy, po wypełnieniu danych o świadczeniu przejść do zakładki **Produkty jednostkowe**. Można to wykonać naciskając kombinację klawiszy CTRL+TAB lub poprzez kliknięcie myszką nazwy zakładki **Produkty jednostkowe**. Na zakładce znajduje się tabela z informacjami o zrealizowanych produktach jednostkowych jak na rysunku poniżej.

zakładka z wprowadzonym produktem jednostkowym

Po wybraniu przycisku **Nowy (F7)** przechodzimy do formularza **Produkt jednostkowy**.

wprowadzanie danych o produkcie jednostkowym


Na formularzu **Produkt jednostkowy** dostępne są dwie zakładki: **dane podstawowe** i **dane dodatkowe**.

W górnej części obu zakładek wyświetlane jest pole Podstawa ubezpiec., 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.

1. Na wstępie uzupełniamy dane dotyczące Daty początku i Daty końca wykonania produktu jednostkowego na zakładce **Dane podstawowe**.

Informacja: Obie daty są domyślnie przepisywane z dat początku i końca realizacji świadczenia.


2. Ponieważ można rozliczać tylko te produkty, które znajdują się we wczytanej wcześniej umowie, należy najpierw wybrać Produkt kontraktowy korzystając z przycisku  na ekranie, co powoduje wejście w formularz **Słownik produktów kontraktowanych** zawierający wszystkie umowy i produkty świadczeniodawcy z katalogu umów. Za pomocą filtrów znajdujących się w górnej części formularza ograniczamy okres rozliczeniowy. W tabeli zawsze prezentowana jest para: umowa – produkt. Po wybraniu Produktu (pary umowa – produkt) dwukrotnym kliknięciem przenosimy te dane do formularza. Jeżeli mamy ustawiony profil domyślny personelu, wówczas produkt kontraktowy podpowiadany jest automatycznie.

Informacja: W ustawieniach domyślnych dla personelu można wybrać produkt kontraktowy, który na tym formularzu ma się wybierać automatycznie dla konkretnej osoby realizującej. Sposób zmiany domyślnych ustawień dla personelu opisano w punkcie Ustawienia domyślne dla personelu.

Po wybraniu produktu automatycznie uzupełniają się pola, które nie mogą być poddane edycji:

- Numer umowy – wyświetla się kod umowy, z której pochodzi rozliczany produkt
- Produkt kontraktowy – wyświetla się nazwa produktu kontraktowanego, za pomocą którego będzie rozliczone wykonane świadczenie
- Wyróżnik – wyróżnik produktu
- Waga
- Liczba wykonanych jednostek
- Ubezpieczyciel – kod ubezpieczyciela.

Informacje: Jeżeli pole Ubezpieczyciel jest puste, to nie będzie możliwe wpisanie produktu na świadczenie, gdyż w dodatkowych danych świadczenia dla pacjenta z Unii Europejskiej nie podano wymaganego dokumentu, jaki powinien być okazany zgodnie z przepisami o koordynacji. Jeżeli w polu jest wpisany lokalny oddział NFZ, to produkt zostanie rozliczony na sprawozdaniu w ramach limitu podpisanej z NFZ umowy.

3. Pakiet Świadczeniodawcy działa zgodnie z Otwartym formatem wymiany danych, przed wyborem produktu jednostkowego musimy wybrać produkt kontraktowany zgodnie z umową. Przyciskiem słownika  otwieramy **Słownik produktów kontraktowanych**, w którym wybieramy produkt, znajdują się tam tylko pozycje które mogą być rozliczane zgodnie z umową. Dodatkowo możemy zaznaczyć opcję

wyświetlania produktów wybranych tylko dla miejsca wykonywania danego świadczenia.

Numer umowy	Kod produktu	Wyróżnik	Nazwa produktu	Kod jednostki rozliczeniowej	Tryb realizacji
0402/0062/06	02.1031.007.02	1	PUNKT ROZLICZENIOWY W PORADNI ENDOKRYNO	02	A
0402/0062/06	02.7210.072.02	1	PUNKT ROZLICZENIOWY W BADANIACH ULTRASON	02	A
0402/0062/06	02.7220.072.02	4	PUNKT ROZLICZENIOWY W BADANIACH TOMOGRA	02	A
0402/0062/06	02.7240.072.02	1	PUNKT ROZLICZENIOWY W BADANIACH RADIOLOG	02	A
0403/040316/06hen	03.0000.004.02	1	PUNKT ROZLICZENIOWY W PROGRAMIE LECZENIA	02	D
0403/040316/06hen	03.0000.011.02	1	PUNKT ROZLICZENIOWY W PROGRAMIE LECZENIA	02	D

słownik produktów kontraktowanych

Z tabeli wybieramy produkt kontraktowany (podświetlamy) i dwukrotnym kliknięciem lub za pomocą przycisku **Wybierz F5** przenosimy te dane do formularza. Automatycznie uzupełniają się pola:

- Numer umowy – wyświetlany jest numer umowy zgodny z wybranym produktem kontraktowanym
- Wyróżnik - rozróżnienie w ramach tego samego produktu

W przypadku pacjentów, którzy mają jako podstawę ubezpieczenia **3 - pacjenci uprawnieni do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji**, po wybraniu produktu kontraktowego, pojawia się pole Koszt, które należy uzupełnić po wybraniu produktu jednostkowego.

pole koszt

- Następnie uzupełniamy pole Produkt jedn. (produkt jednostkowy): przyciskiem słownika otwieramy **Słownik produktów jednostkowych**, w którym znajdują się tylko takie pozycje, które mogą być rozliczane w ramach wybranego wcześniej produktu.

Słownik produktów jednostkowych

Szukaj

Miesiąc: 9 Znajdź (ENTER)

Tab. prod. kontr.: 08105 Wybierz (F5)

Produkt kontr.: 02.1010.007.02 Wyróżnik: 1 Wyjście

Umowa: 061/000000/ADS/01/2005

Nazwa:


Kod:

Kod	Nazwa	Waga	Waga bazowa	Współczynnik
5.01.01.1010001	P.CH.ALERG - P.1 TYPU	2,00	2,00	1,00
5.01.01.1010002	P.CH.ALERG - P.2 TYPU	4,00	4,00	1,00
5.01.01.1010003	P.CH.ALERG - P.3 TYPU	7,00	7,00	1,00
5.05.00.0000002	BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA Z DIAGNOSTYKĄ MIKRO	10,00	10,00	1,00
5.05.00.0000005	ENDOSKOPIA NOSA Z BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM	10,00	10,00	1,00
5.05.00.0000023	PUNKCJA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNA JAM CIAŁA, ZATOK	10,00	10,00	1,00
5.05.00.0000027	USUNIĘCIE SZWÓW	2,00	2,00	1,00
5.05.00.0000043	PUNKCJA JAM CIAŁA, ZATOK, SKÓRY, TORBIELI I STAWÓW	5,00	5,00	1,00
5.05.00.0000046	BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA Z DIAGNOSTYKĄ MIKRO	14,00	14,00	1,00

słownik produktów jednostkowych

Z tabeli wybieramy produkt jednostkowy (podświetlamy) i dwukrotnym kliknięciem lub za pomocą przycisku **Wybierz F5** przenosimy te dane do formularza. Automatycznie uzupełniają się pola:

- Waga – wyświetlana jest waga przypisana do wybranego produktu jednostkowego.
- Liczba wykonanych jednostek – iloczyn wagi i krotności.
- Wartość – iloczyn liczby wykonanych jednostek i ceny jedn. produktu

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

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

6. Uzupełniamy pole Krotność, oraz jeśli konieczne oznaczamy "Świadczenie ratujące życie".
7. Dane zatwierdzamy przyciskiem **Zatwierdź (F2)**.

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				02				30							

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

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.

zakładka dane dodatkowe

Dla każdego produktu jednostkowego można wybrać jeden z dokumentów upoważniających pacjenta oraz wybrać właściwy artykuł rozporządzenia 1408/71 i określić status osoby.

Za pomocą przycisku [...] znajdującego się obok pola Dokument można wybrać dokument ze słownika dokumentów upoważniających powiązanych z danym pacjentem.

W polu Artykuł 1408/71 na liście w zależności od typu dokumentu upoważniającego dostępne są pozycje: 19.1 i 2 - dla E106; 22.1a i 3 - dla E110, E111, EKUZ, Certyfikat; 22.1b i 3 - dla E112; 22.1c i 3 - dla E112; 22b - dla E128; 25.1 i 3, 4 - dla E119, E106, E119; 26 - dla E120; 34b - dla E128; 52 - dla E123; 55.1 - dla E110, E123.

Dla dokumentów nie występujących powyżej dostępne są wszystkie pozycje:

19.1 i 2; 22.1.a i 3; 22.1.b i 3; 22.1.c i 3; 22a; 22b; 25.1, 3 i 4; 26; 29.1; 31; 34a; 34b; 52; 55.1. W polu Status osoby można wybrać jedną z wartości: **C - Członek rodziny**; **P - Upoważniony**.

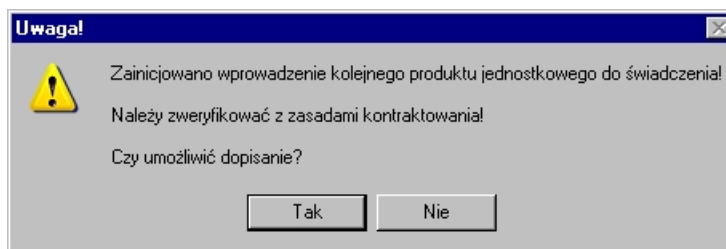
Informacje dodatkowe:

Produkt kontraktowy może być automatycznie wybierany dla danego realizatora zgodnie z domyślnymi ustawieniami dla personelu. Także daty początku i końca wykonania produktu ustawiane są na takie, jak na świadczeniu. Operatorowi pozostaje jedynie wypełnienie danych o produkcie jednostkowym oraz krotności.

Na formatce **Produkt Jednostkowy** istnieje możliwość przeglądania nazwy obu produktów. Jeżeli nazwa nie mieści się w całości w polu do tego przeznaczonym, to można skorzystać ze

strzałek widocznych z prawej strony pola.

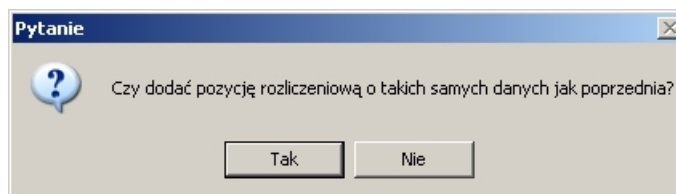
System umożliwia wprowadzenie wielu produktów jednostkowych, jednak przy próbie wprowadzenia drugiego, na ekranie wyświetli się komunikat ostrzegawczy:



komunikat przy próbie wprowadzenia kolejnego produktu jednostkowego do świadczenia.

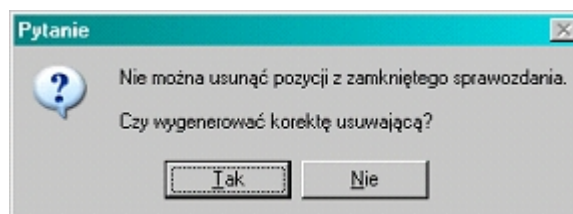
Jeżeli nasze postępowanie jest zgodne z obowiązującymi zasadami, wybieramy **Tak** i powtarzamy operację.

Jeżeli wprowadzane są jednocześnie więcej niż jeden produkt, wprowadzanie można przyspieszyć poprzez wybranie przycisku **Zatwierdź i kopiuj (F7)** znajdującego się lewym dolnym rogu formularza. Po wprowadzeniu produktu i jednokrotnym kliknięciu **Zatwierdź i kopiuj (F7)**, produkt jest dodawany do listy produktów rozliczanych, ale formatka pozostaje otwarta pozwalając na wprowadzenie następnego produktu. Obok przycisku znajduje się informacja z ilością wprowadzonych w ten sposób produktów jednostkowych. Maksymalnie możliwe jest wprowadzenie 20 produktów bez opuszczania formularza. Po wprowadzeniu 20 przycisk **Zatwierdź i kopiuj (F7)** zostaje zablokowany. Dwukrotne kliknięcie przycisku **Zatwierdź i kopiuj (F7)** spowoduje wyświetlenie poniższego komunikatu:



Wybranie **Tak** doda do listy rozliczanych produktów następny, identyczny z poprzednim produkt. Wybranie **Nie** pozwala na powrót do formularza i wybór innego produktu.

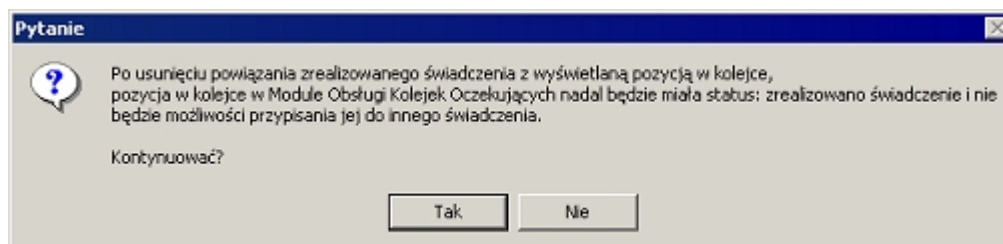
Jeśli chcemy usunąć świadczenie z listy możemy to zrobić używając przycisku **Usuń (F8)** na formatce. Jednak gdy będziemy chcieli wykonać tę operację dla świadczenia znajdującego się na zamkniętym sprawozdaniu wyświetli się komunikat ostrzegawczy z zapytaniem:



komunikat przy próbie usunięcia produktu jednostkowego ze świadczenia znajdującego się na zamkniętym sprawozdaniu.

W przypadku potwierdzenia automatycznie wygenerowana zostanie korekta usuwająca. Pozycja będąca korektą usuwającą wyróżniona jest czerwonym kolorem czcionki i wygląda

Uwaga: Po usunięciu powiązania ze zrealizowaną pozycją w kolejce, nie będzie możliwości aby ją przypisać do innego świadczenia. Ewentualne przypisanie pozycji w kolejce do nowego świadczenia dotyczy tylko pozycji aktywnych niezrealizowanych.



Możliwość przypisania i zaznaczenia pozycji w kolejce jako zrealizowanej istnieje zarówno w momencie utworzenia świadczenia, jak i dodania do niego produktu jednostkowego, użytkownik zostanie o tym poinformowany komunikatem a program przejdzie do formularza zaznaczania pozycji jako zrealizowanej.

Zatwierdzenie powiązania umożliwia przycisk **Zaznacz pozycję jako zrealizowaną (F9)**.

zaznaczenie pozycji jako zrealizowanej

5.1.2.1 Przeglądanie błędów

Istnieje możliwość przeglądania błędów, jeżeli znajdujemy się w zakładce **Produkty jednostkowe**. Czynność ta jest możliwa w sytuacji kiedy nie przeszliśmy do edycji kuponu, czyli nie kliknęliśmy na przycisk **Tryb edycji** - przycisk ten jest nadal aktywny. Możemy to zobaczyć na poniższym rysunku:

Świadczenie

00000001860900080801 Znajdź

Pacjent: PESEL 75051500472 - Cokolwiek Krystyna

Dane podstawowe Produkty jednostkowe Procedury Dane dodatkowe

Chem. i progr. terapeutyczne Dane (F5) Nowy (F7) Kasuj (F8) Błędy (F12) Dane w kolejce oczekujących (F11)

Kod prod. jednostkowego	Data początku	Data końca	Krotność	Waga bazowa	Współcz.	Liczba wyk. jednostek	Numer um.
5.01.01.1100003	16.03.2006	16.03.2006	1	7.35	1.00	7.3500	0402/040181/06
5.01.01.1106002	16.03.2006	16.03.2006	1	4.20	1.00	4.2000	0402/020400/06

Przycisk **Błędy (F12)** aktywny jest w takim przypadku. Kliknięcie na niego lub użycie klawisza F12 otwiera nam okno, gdzie można przeglądać błędy:

Prezentacja odpowiedzi z oddziału NFZ dotyczących danych 2006 (błędy oraz informacje)

Szukaj

Rodzaj danych: Znajdź (ENTER)

Waga problemu:

Data imp. od: do:

Nr świadcz.: 00000002540201800801

Nr produktu: 1 168

☐ Liczba wierszy:

Data/czas importu	Nr świadczenia	Nr wersji	Status odpow.	Waga	Kod odpow.	
14-06-2006 17:34:51	00000002540201800801	7	1	2	2040222	Brak potwierdzanego produktu w syst

W przypadku błędów dla wagi problemu = 2 w zakładce produkty jednostkowe znajduje się kolumna z informacjami o kodzie i opisie błędu.

5.1.3 Chemioterapia

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

Świadczenie

00000001850200080801 Znajdź

Pacjent: PESEL 71012710339 - NOWAK PIOTR

Dane podstawowe Produkty jednostkowe Procedury Dane dodatkowe

Chem. i progr. terapeutyczne Dane (F5) Nowy (F7) Kasuj (F8) Błędy (F12) Dane w kolejce oczekujących (F11)

Kod prod. jednostkowego	Data początku	Data końca	Krotność	Waga bazowa	Współcz.	Liczba wyk. jednostek	Numer um.

Klikając na ten klawisz pokazuje się nam okno:

[illegible]

Pozycje rozliczeniowe generuje się w następujący sposób:

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

[illegible]

3. Po wybraniu produktu uzupełniają się pola w sekcji **Produkt**. Możliwe jest w tej części zaznaczenie zaznaczenie znacznika świadczenie ratujące życie, a także wpisanie

sygnatury pisma zgody.

4. Jeżeli pacjentem jest osoba z Unii wówczas mamy aktywne pole Koszt - należy je uzupełnić własnoręcznie.
5. 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

6. Następnie należy wybrać typ parametru oraz określić jego wartość. Wyjątkiem jest parametr **B - bezpośrednie określenie dawki**. W tym przypadku nie wpisujemy wartości parametru, a pole jest nieaktywne. Istnieje możliwość zaznaczenia leki wydane do domu jeśli zachodzi taka konieczność.
7. Ostatnie sekcje 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 umożliwia znalezienieżądanego produktu jednostkowego.

Status osoby: _____

Dostępne produkty jednostkowe Wybrany

Kod: 5.08.

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
-----------------	---------------	--------------	----------	-------	------------	-----------------

8. Jeżeli mamy dużo produktów jednostkowych wówczas wpisanie fragmentu z kodu produktu jednostkowego pozwoli podświetlić interesujący nas produkt.
9. 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

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

5.1.4 Uzupełnianie danych o procedurach

Program pozwala na wprowadzanie informacji o realizowanych procedurach ICD9 oraz innych grup danych do celów statystycznych.

Możliwe jest podpowiadanie domyślnej tabeli procedur.

Wprowadzanie informacji o procedurach odbywa się podczas wykonywania uzupełniania danych o świadczeniach. Zakładka **Procedury** zawiera wyłącznie informacje o procedurach (rys. poniżej), czyli wszystkich czynnościach wykonanych w ramach świadczenia.

W celu wprowadzenia informacji o procedurach należy przejść do zakładki **Procedury**.

Można to wykonać naciskając kombinację klawiszy CTRL+TAB lub poprzez kliknięcie myszką nazwy zakładki **Procedury**. Na zakładce znajduje się tabelka z informacjami o zrealizowanych procedurach.

wprowadzeniu wszystkich procedur, należy nacisnąć klawisz **Zatwierdź (F9)**. Spowoduje to zapamiętanie wszystkich informacji o procedurach i przejście do uzupełniania następnego kuponu.

5.1.5 Uzupełnianie danych dodatkowych


Na zakładce **Dane dodatkowe** można określić do której kartoteki będzie pacjent przypisany, jak również określić numer księgi, oraz numer w tej księdze. Określane są tu również status numeru identyfikacyjnego pacjenta, jeżeli nie jest znany PESEL (np. dla noworodka, lub gdy pacjent nie jest w stanie go podać) lub gdy pacjent jest z innego kraju i posiada kartę stałego pobytu, lub kartę czasowego pobytu. Na zakładce określa się także status ubezpieczenia pacjenta. Dostępne są tu także podgląd danych w kolejkach oczekujących i karty informacyjnej pacjenta UE.

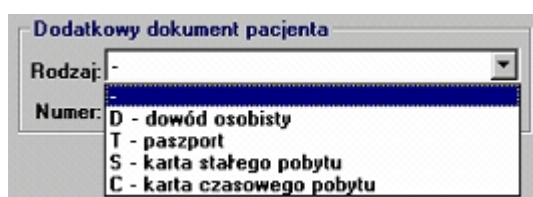
dane dodatkowe na nowym świadczeniu

Na zakładce wypełnia się następujące dane:

- W polu Oddział NFZ pacjenta podany jest oddział NFZ ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta przepisany z jego danych identyfikacyjnych.
- Jeżeli pacjent nie jest w stanie potwierdzić faktu ubezpieczenia, należy określić Status potw. ubez. W takim przypadku można wybrać: **B - brak** dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie lub **O - złożone oświadczenie o ubezpieczeniu**. Dla normalnej sytuacji, w której pacjent przedstawia dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne, należy pozostawić **N - nie dotyczy**.

status potwierdzenia ubezpieczenia

- W pole Status nr PESEL, są wpisane wartości przepisane bezpośrednio z formularza pacjenta. Mają charakter informacyjny (tzn. nie można ich ręcznie zmieniać w danych świadczenia) i wpływają na sposób rozliczenia świadczenia na sprawozdaniu. W przypadku, gdy te dane identyfikacyjne zmieniły się na formularzu pacjenta (np. noworodkowi nadano numer PESEL, lub cudzoziemiec z kraju Unii Europejskiej przy następnej wizycie podał nr ewidencyjny), to można je ponownie przepisać na świadczenie po wybraniu przycisku .
- Jeżeli pacjent skojarzony ze świadczeniem ma wpisany PESEL 00000000000 i nie jest cudzoziemcem z Unii Europejskiej, to w części Dodatkowy dokument pacjenta należy podać rodzaj i numer dokumentu identyfikującego pacjenta. Do wyboru są następujące rodzaje dokumentów: **D - dowód osobisty**, **T - paszport**, **S - karta stałego pobytu**, **C - karta czasowego pobytu**.



określenie dodatkowego dokumentu pacjenta

5.1.6 Uzupełnianie danych z kuponów książeczkowych

Pakiet Świadczeniodawcy pozwala na pracę w trybie pracy z kuponami książeczkowymi. W tym trybie działają instalacje Pakietu w oddziałach wojewódzkich NFZ: Opolskim, Lubuskim i Pomorskim. Tryb pracy Pakietu z kuponami książeczkowymi pozwala wykonywać następujące operacje:

- rejestrować w systemie z wykorzystaniem czytnika kodów kreskowych kupony z książeczek RUM pacjentów jako puste, nie uzupełnione świadczenia
- wiązać kupony książeczkowe z pacjentami
- drukować puste wolne kupony w razie, gdy pacjent nie ma książeczki.
- uzupełniać dane kuponów książeczkowych na formularzu świadczenia jako skierowania lub realizacje.

Pakiet Świadczeniodawcy jest także przygotowany do pracy w delegaturach oddziałów wojewódzkich NFZ w trybie pozwalającym na pracę i rejestrację usług oraz pacjentów z poziomu jednego formularza świadczenia. Taki tryb pracy pozwala na wprowadzanie dużej ilości świadczeń wypisanych na kuponach książeczkowych i zebranych z wielu jednostek lecznictwa ambulatoryjnego.

Rejestracja kuponu z książeczki RUM

Rejestracji kuponu książeczkowego w systemie można dokonać na dwa sposoby:

- Poprzez związanie kuponów z pacjentem. Z formularza pacjenta należy wybrać opcję rejestracji kuponu z zewnątrz (przycisk **Wydanie/rej (F4)** na formularzu pacjenta).
- Bezpośrednio na formularzu świadczenia w trybie uzupełniania danych (przycisk **Uzupełnianie kuponów (F11)** na formularzu głównym).

Tryb rejestracji kuponów dla pacjenta może być przydatny w przychodni realizującej, gdzie podczas przyjmowania pacjenta w okienku rejestracji najpierw wprowadza się kupony pacjenta z książeczki RUM do systemu, a później, po zrealizowaniu usługi, wypełnia się dane o świadczeniu.

1. Podczas przyjęcia pacjenta wybierz odpowiednią pozycję z przeglądu pacjentów lub dopisz nową.
2. Na formularzu **Pacjent** wybierz przycisk **Wydanie/rej (F4)**. Wyświetli się okienko **Wydanie/rejestracja kuponów**.

3. Za pomocą czytnika kodów kreskowych odczytaj numery kolejnych kuponów z książeczki pacjenta, które zostaną wykorzystane do zaewidencjonowania realizacji usługi. Każdy odczytany numer kuponu powinien wpisać się do osobnej linijki w tabeli.

- Wybierz przycisk **Zatwierdź (F9)**. Kupony otrzymają statusy Zarejestrowany i wydany.
- Okno zamknij przyciskiem **Wyjście (F10)**.
- Zarejestrowane kupony można zobaczyć na formularzu pacjenta w tabelce Świadczenia pacjenta po wybraniu filtra Puste.

The screenshot shows a software window titled "Wydanie/rejestracja kuponów". It has three buttons at the top: "Kasuj (F8)", "Zatwierdź (F9)", and "Wyjście (F10)". Below the buttons is instructional text: "Proszę zarejestrować czytnikiem kodów paskowych:" followed by two bullet points: "- kupony wydane pacjentowi," and "- kupony przyniesione do realizacji". The main area contains a table with a header row labeled "Numer kuponu". The first column of the table has a cursor icon and is highlighted in yellow. The rest of the table is also yellow with horizontal dashed lines representing rows.

okno do wydawania i rejestracji kuponów

- miękką chusteczką wytrzeć szybke czytelnika

- podłożyć pod czytnik w obszarze świecenia jakiś biały kartonik
- odizolować, o ile to możliwe czytnik i obszar świecenia od innych źródeł światła (np. słonecznego).
- spróbować podłożyć kupon z kodem lekko przesuniętym w prawo lub lewo (ok. 0,5 do 1 cm).

Tryb rejestracji kuponów przy uzupełnianiu danych o świadczeniu jest przydatny podczas rejestracji dużej ilości kuponów po zrealizowaniu wszystkich usług. Tryb ten pozwala na bezpośrednie wypełnienie danych o świadczeniu, nawet gdy wcześniej kuponu nie związane w systemie z pacjentem. Takie powiązanie następuje automatycznie lub ręcznie przy uzupełnianiu danych o usłudze na formularzu świadczenia. Ten tryb pracy jest wygodny przy uzupełnianiu danych w delegaturach oddziału NFZ odpowiedzialnych za ewidencję usług z lokalnych jednostek lecznictwa ambulatoryjnego.

Rejestrowanie kuponu przy uzupełnianiu danych o świadczeniu:

1. Na formularzu głównym aplikacji wybierz przycisk **Uzupełnianie kuponów (F11)**.
Otworzy się formularz Świadczenie w trybie rejestracji i uzupełniania nowych kuponów.

Informacja: Opcja uzupełniania kuponów dostępna jest tylko w trybie pracy z kuponami książeczkowymi w instalacjach dla oddziałów wojewódzkich NFZ: Opolskim, Lubuskim i Pomorskim.

formularz Świadczenie otwarty w trybie rejestracji i uzupełniania kuponów z książeczek RUM

2. Za pomocą czytnika kodów kreskowych odczytaj numer kuponu do uzupełnienia w systemie. Po automatycznym wybraniu przycisku **Rejestruj** kupon zarejestruje się w

systemie i uaktywnią się do edycji wszystkie pola.

Informacja: Aby przycisk Rejestruj mógł się wybierać automatycznie, w czytniku musi być włączona symulacja naciśnięcia klawisza ENTER po odczytaniu kodu kreskowego.

3. W przypadku rejestracji kuponu książeczkowego zgodnego z systemem nastąpi automatyczne powiązanie z pacjentem wg numeru PESEL zapisanego w numerze kuponu.

Informacja: W zależności od wymaganych przez OW NFZ ustawień Pakietu Świadczeniodawcy, oprócz przycisku **Rejestruj**, może być dostępny także przycisk **Kupon Obcy**. Służy on do rejestracji kuponu niezgodnego z systemem. W przypadku takiego kuponu (np. pochodzącego z obcego systemu lub z innego województwa) rejestracja może być niemożliwa. Wtedy należy wybrać przycisk **Kupon obcy**. Taki kupon należy ręcznie powiązać z pacjentem (p. punkt Wiązanie zarejestrowanego kuponu z pacjentem).

przycisk **Kupon obcy**

4. Na kolejnych zakładkach uzupełnij wszystkie wymagane dane podstawowe, rozliczeniowe i statystyczne.

Wskazówka: W przypadku wprowadzania podobnych informacji na nowy kupon można przepisać dane z poprzedniego po naciśnięciu klawisza F4 (tylko dane podstawowe) lub SHIFT+F4 (dane podstawowe, produkty jednostkowe oraz procedury medyczne).

5. Po uzupełnieniu wymaganych danych o wykonanej usłudze wybierz przycisk **Zatwierdź (F9)**. Formularz będzie przygotowany do wprowadzenia następnego kuponu jak na rysunku poniżej.
6. Po zakończeniu uzupełniania danych o kuponach wybierz przycisk **Wyjście (F10)**.

Powiązanie zarejestrowanego kuponu z pacjentem

Podczas wprowadzania danych na formularzu **Świadczenie** działającym w trybie uzupełniania dla każdego kuponu następuje próba automatycznego powiązania z pacjentem:

- Jeżeli w numerze kuponu książeczkowego na pierwszych cyfrach jest zaszyty numer PESEL, to przy rejestracji jest on wiązany po tym numerze z odpowiednim wpisem z rejestru pacjentów. Jeżeli w rejestrze brakuje pacjenta o podanym numerze PESEL, to automatycznie jest zakładany nowy z imieniem i nazwiskiem ?? oraz pustymi danymi adresowymi.
- Jeżeli rejestrowany kupon książeczkowy jest wolny (tzn. wydrukowany bez danych pacjenta i wydany z osobnej puli kuponów) lub pochodzi z obcego systemu (zarejestrowany poprzez przycisk **Kupon obcy**), wtedy po zarejestrowaniu pozostaje niezwiązany z żadnym pacjentem. W polu Pacjent znajdującym się na formularzu zaraz pod numerem kuponu wpisane jest **<brak danych o pacjencie>**.

zarejestrowany wolny kupon nie związany z pacjentem

Co prawda po uzupełnieniu danych takie świadczenie można zatwierdzić, jednak system ostrzega: **Świadczenie nie jest powiązane z pacjentem** i trzeba potwierdzić zamiar zatwierdzenia zmian. Powinno się najpierw związać kupon z pacjentem. W tym celu:

- Należy wybrać przycisk **...** znajdujący się obok pola Pacjent. Otworzy się formularz przeglądu pacjentów.
- Należy wybrać z listy właściwą pozycję (zaznaczenie pozycji i przycisk **Wybierz** lub dwukrotne kliknięcie wskaźnikiem myszy na pozycji).
- Po zatwierdzeniu danych świadczenia, będzie ono widnieć na liście świadczeń dla wybranego pacjenta.

Informacja: Na formularzu przeglądu pacjentów, jeżeli nie znaleziono pacjenta, można go dopisać, a następnie wybrać na świadczenie.

5.2 Ewidencjonowanie porad i badań

W programie jest możliwość ewidencjonowania porad udzielonych pacjentowi oraz badań. Dostęp do ewidencji porad jest w oknie **Dane pacjenta** po naciśnięciu przycisku **Deklaracje (F11)**. Po naciśnięciu otworzy się okno z listą aktywnych deklaracji pacjenta.

Kod listy	Płatnik	Instalacja	Opiekun	Data dekl.	Zgł. osob.
L	04	08010180	Nowak Jan	31.10.2006	T

Lista aktywnych deklaracji pacjenta

Na powyższej formatce możliwy jest przegląd wszystkich aktywnych deklaracji pacjenta, przegląd porad i badań pacjenta po naciśnięciu przycisku **Porady (F5)**, oraz dopisanie nowych porad i badań po naciśnięciu przycisku **Nowa porada (F7)**.

Informacja: Porady można dodawać bez względu na to czy pacjent ma złożoną deklarację, czy też nie.


Przegląd porad i badań

Po naciśnięciu przycisku **Porady (F5)** otwiera się okno jak na rysunku poniżej.

[illegible]

Porady POZ udzielone pacjentowi

W sekcji **Szukaj** możliwe jest filtrowanie wyświetlanych danych według następujących kryteriów:

- Nazwisko/Nr karty - pole umożliwia wpisanie nazwiska lub numeru karty pacjenta
- PESEL - pole umożliwia wpisanie numeru pesel pacjenta
- Data porady - pole umożliwia wpisanie zakresu dat od - do
- Świadcz. - pole umożliwia wpisanie kodu rodzaju świadczenia, lub wybór rodzaju świadczenia ze słownika po naciśnięciu przycisku 
- Typ porady - pole umożliwia wybór typu porady z rozwijanej listy wyboru

Zaznaczenie znacznika Liczba wierszy umożliwia wyświetlenie sumy wyszukanych wierszy. Po wpisaniu wymaganych kryteriów wyszukanie danych nastąpi po naciśnięciu przycisku **Znajdź (Enter)**. Przycisk **Dane... (F6)** umożliwia wyświetlenie szczegółowych danych o udzielonej poradzie - po wcześniejszym zaznaczeniu na liście porady, której dane mają zostać wyświetlone. Przycisk **Badania (F11)** umożliwia wyświetlenie listy badań wykonanych pacjentowi - po wcześniejszym zaznaczeniu na liście porady, której dane mają zostać wyświetlone.

Dopisywanie porad

Dopisywanie porad jest możliwe w oknie **Dane porady POZ udzielanej pacjentowi**, do którego dostęp jest poprzez przycisk **Nowa porada (F7)** w oknie **Lista aktywnych deklaracji pacjenta** lub po naciśnięciu przycisku **Dane... (F6)** w oknie **Porady POZ udzielone pacjentowi**, a następnie naciśnięciu przycisku **Nowy (F7)**.

Dane porady POZ udzielonej pacjentowi

Dane pacjenta

Nazwisko: WETQWETR Data ur: 05.05.1985
Imię: EWRW PESEL: 85050599980

Zgłaszający:

Data porady: Nr dokumentu UE:
Umowa:
Kod świadcz.:
Typ porady: badanie
Cel przewozu:

Badania (F11) Kasowanie (F8) Nowy (F7) Tryb edycji (F6) Zatwierdź (F9) Wyjście (F10)

Dane porady POZ udzielanej pacjentowi

Pola w sekcji **Dane pacjenta** są wypełniane automatycznie za wyjątkiem pola Zgłaszający, w którym wybiera się ze słownika pacjentów (poprzez przycisk ...) osobę zgłaszającą jeśli osobą zgłaszającą jest inna osoba niż pacjent, któremu udzielona była wprowadzana porada. Pole Data porady wypełniane jest automatycznie na podstawie daty systemowej, ale istnieje możliwość wprowadzenia innej daty niż podpowiadana. W polu Nr dokumentu UE należy wpisać Nr dokumentu ubezpieczeniowego pacjenta z Unii Europejskiej. W polu Umowa wybiera się z rozwijanej listy umowę z zakresu której udzielana była porada. W polu Kod świadcz. wprowadza się kod rodzaju świadczenia. Kod można wprowadzić ręcznie lub wybrać go ze słownika rodzajów świadczeń po naciśnięciu przycisku Poniżej, w rozwijanym polu wyboru Typ porady wybiera się rodzaj porady lub świadczenia udzielonego pacjentowi.

Dostępne do wyboru są:

- badanie
- badanie bilansu zdrowia
- badanie laboratoryjne
- opieka pielęgniarki lub położnej
- bilans zdrowia i szczepienia pielęgniarki szkolnej
- inne świadczenia pielęgniarki szkolnej
- profilaktyka fluorkowa pielęgniarki szkolnej
- transport sanitarny

Po wybraniu jako typ porady **transportu sanitarnego** uaktywni się rozwijane pole wyboru Cel przewozu w którym dostępne do wyboru są:

- konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej
- potrzeba zachowania ciągłości leczenia
- konieczność odbycia leczenia, jeżeli dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego
- inne

Naciśnięcie przycisku **Zatwierdź (F9)** spowoduje zapisanie porady w bazie. Przycisk **Tryb edycji (F6)** umożliwia edytowanie już wprowadzonej porady. Przycisk **Nowy (F7)** umożliwia wprowadzenie następnej, nowej porady. Przycisk **Kasowanie (F8)** umożliwia skasowanie porady. Przycisk **Badania (F11)** umożliwia wyświetlenie listy badań wykonanych pacjentowi do wprowadzonej porady.

Dopisywanie badań

Dopisywanie badań wykonanych pacjentowi jest możliwe po naciśnięciu przycisku **Dodaj (F5)** w oknie **Badania wykonane pacjentowi**, do którego jest dostęp poprzez przycisk **Badania (F11)** na formatce **Dane poardy POZ udzielonej pacjentowi** lub w oknie **Porady POZ udzielone pacjentowi**. Po naciśnięciu przycisku **Badania (F11)** otworzy się okno jak na rysunku poniżej.

The screenshot shows a window titled "Badania wykonane pacjentowi". It contains a form for patient data: "Dane pacjenta" with fields for "Nazwisko:" (WETQWETR), "Imię:" (EWRW), "Data ur:" (05.05.1985), "PESEL:" (85050599980), "Świadcz.:" (7.4), and "Pozostała opieka ambulatoryjna (porada)". There are buttons for "Dodaj (F5)", "Wyjście (F10)", "Tryb edycji (F6)", and "Zatwierdź (F9)". Below the form is a table with a header "Nazwa badania" and a single empty row. A "NUM" button is at the bottom right.

Badania wykonane pacjentowi

Po naciśnięciu przycisku **Dodaj (F5)** w miejscu pustej listy badań zostanie wyświetlona lista z wszystkimi dostępnymi badaniami, na której trzeba, znacznikiem w kolumnie Wyk., zaznaczyć które badania były wykonane i mają zostać dodane do listy badań wykonanych pacjentowi.

The screenshot shows the same window as before, but now with a list of tests. The table has two columns: "Wyk." and "Nazwa badania". The "Wyk." column contains checkboxes, some of which are checked. The "Nazwa badania" column lists various tests. A "NUM" button is at the bottom right.

Wyk.	Nazwa badania
<input checked="" type="checkbox"/>	Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku
<input type="checkbox"/>	Badania mikrobiologiczne - białko C-reaktywne (CRP)
<input type="checkbox"/>	Badania mikrobiologiczne - ogólny posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella, Shigella
<input type="checkbox"/>	Badania mikrobiologiczne - posiew moczu z antybiogramem
<input type="checkbox"/>	Badania mikrobiologiczne - posiew wymazu z gardła
<input type="checkbox"/>	Kał - badanie ogólne
<input type="checkbox"/>	Kał - krew utajona - metodą immunochemiczną
<input type="checkbox"/>	Kał - pasożyty
<input checked="" type="checkbox"/>	Krew pełna - morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym
<input type="checkbox"/>	Krew pełna - odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
<input type="checkbox"/>	Krew pełna - płytki krwi
<input type="checkbox"/>	Krew pełna - retikulocyty
<input type="checkbox"/>	Mocz - ilościowe oznaczanie amylazy
<input type="checkbox"/>	Mocz - ilościowe oznaczanie białka

Badania wykonane pacjentowi - zaznaczanie badań do dodania

Przycisk **Zatwierdź (F9)** zamyka tryb edycji i dodaje zaznaczone wcześniej badania do listy badań wykonanych pacjentowi, pozostawiając tylko je na liście.

[illegible]

Badania wykonane pacjentowi - lista po wyborze badań

Przycisk **Tryb edycji (F6)** pozwala usunąć przypadkowo lub błędnie dodane badanie poprzez odznaczenie badania z listy wprowadzonych badań. W trybie edycji nie ma możliwości dodania badania do listy wykonanych badań. Badanie można dodać tylko poprzez przycisk **Dodaj (F5)**.

[illegible]

Badania wykonane pacjentowi - edycja

Po wprowadzeniu pożądanych zmian w trybie edycji, należy nacisnąć przycisk **Zatwierdź (F9)** by zapisać zmiany w bazie.

Informacja: Nie ma możliwości wprowadzenia badań gdy jako typ porady wybrany będzie **Transport sanitarny**.

5.3 Rozliczanie produktów rejestrowanych w lecznictwie ambulatoryjnym

Po potwierdzeniu danych przez OW NFZ (co najmniej jeden cykl komunikacji) dane mogą być wykazywane na sprawozdaniu do rachunku. Generowanie sprawozdań odbywa się w module PŚ – Wspomaganie Rozliczeń. Opis tworzenia sprawozdania znajduje się w instrukcji użytkownika do modułu PŚ – Wspomaganie Rozliczeń.

5.4 Wydruk karty informacyjnej

W przypadku pacjentów ubezpieczonych w krajach Unii Europejskiej do sprawozdania rozliczającego usługi należy dołączyć wydrukowane w systemie „**karty informacyjne o świadczeniach udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji**”. Na świadczeniu na zakładce **Dane dodatkowe** jest przycisk **Karta informacyjna** pozwalający wykonać wymagany wydruk.

Drukowanie karty informacyjnej dla świadczenia:

1. Jeżeli jesteś w trybie edycji świadczenia, zatwierdź dane.
2. Przejdź na zakładkę **Dane dodatkowe** i wybierz przycisk **Karta informacyjna**. Wyświetli się formularz, jak na rysunku poniżej.

formularz ustawień do wydruku karty informacyjnej o udzielonych świadczeniach

3. Wprowadź dodatkowe wymagane dane w pola **Miejscowość** (o ile jest pusta) oraz w pola z ostatniej sekcji: **Rodzaj formularza** i **Kolejny nr formularza**.
4. Aby przed wydrukiem podejrzeć kartę, wybierz przycisk **Podgląd (F4)**. Wyświetlone

zostanie okno jak na rysunku 54. Wydruk można wykonać po wybraniu przycisku .



Pieczęć świadczeniodawcy

Załącznik nr 1 do informatora

Sanok, 31.05.2004
Miejscowość, data

KARTA INFORMACYJNA O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH OSOBIE UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O KOORDYNACJI

DANE ŚWIADCZENIODAWCY	
Nazwa	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku
Nr umowy z NFZ	0901001902200401

DANE PACJENTA	
Nazwisko	Smith
Data urodzenia*	20.03.1972
Imię (imiona)	John
Płeć**	K <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania (zgodnie z informacją z formularza serii E)	
Big Ben str. 123 London WIELKA BRYTANIA	
Identyfikator***	
731731709	

podgląd wydruku karty informacyjnej o udzielonych świadczeniach

5. Aby od razu wydrukować kartę bez podglądu, na formularzu ustawień wybierz przycisk **Wydruk (F5)**.
6. Po wydrukowaniu karty należy długopisem zaznaczyć i uzupełnić wymagane informacje dodatkowe zgodnie ze wskazówkami podanymi w legendzie u dołu wydruku.

5.5 Przegląd świadczeń

Do wyszukania w bazie danych świadczeń spełniających zadane warunki służy funkcja przeglądu świadczeń. Jest ona uruchamiana po przyciśnięciu znajdującego się na głównym formularzu przycisku **Przegląd świadczeń (F5)**. Na ekranie zostanie wyświetlony formularz przedstawiony na rysunku poniżej.

[illegible]

formularz Przegląd świadczeń

W lewym, górnym rogu formularza widać rozwijalne pole edycyjne, z którego można wybrać odpowiedni warunek decydujący o tym, które świadczenia będą wyświetlane na liście świadczeń. Dostępne są następujące możliwości:

- **Świadczenia zrealizowane** – są to świadczenia z uzupełnionymi informacjami dotyczącymi realizacji. Status takiego świadczenia oznaczany jest literą 'R'.
- **Błędne zrealizowane w dniach** – są to zrealizowane świadczenia, wyeksportowane i odebrane w bazie świadczeń OW NFZ, ale nie zostały przyjęte, gdyż są jakieś błędy wymagające wykonania korekt i ponownego eksportu. Dzięki temu filtrowi każde z takich świadczeń można poprawić lub zaznaczyć jako usunięte.
- **Anulowane w dniach** – są to puste kupony anulowane przy wydruku lub ręcznie, poprzez funkcję anulowania.
- **Świadczenia (kupony) wydane w dniach** – są to wszystkie kupony, które po wydruku / zarejestrowaniu zostały wydane z kartami pacjentów do uzupełnienia przez realizatorów.
- **Zaznaczone jako usunięte** – świadczenia zaznaczone przez operatora jako usunięte nie są uwzględniane na żadnych zestawieniach i sprawozdaniach zarówno po stronie Pakietu jak i centrali. Dzięki temu filtrowi można przejrzeć i zweryfikować usunięte świadczenia i – w razie konieczności – przywrócić.

W polach edycyjnych znajdujących się poniżej pola określającego rodzaj wyświetlanych świadczeń, można ustawić wybrany okres czasu.

Informacja: Daty należy wprowadzać w formacie: dzień (2 cyfry), miesiąc (2 cyfry), rok (2 lub 4 cyfry), oddzielone kropkami. Przy wprowadzaniu daty kropki można pominąć. Daty wcześniejsze niż rok 1950 należy wprowadzać podając wszystkie cztery cyfry roku (zapis '31.12.49' traktowany jest jako 31.12.2049, ale zapis '01.01.50' już jest traktowany jako

01.01.1950).

Dodatkowym kryterium wyszukiwania jest numer/nazwa kartoteki – wyświetlane będą tylko te świadczenia/kupony, które przypisane są do zadanej kartoteki. Ułatwia to wyszukiwanie świadczeń/kuponów zwłaszcza w dużych instalacjach sieciowych z wieloma punktami rejestracji.

Oprócz tego można zastosować następujące dodatkowe kryteria wyszukiwania:

- **Sekcja Pacjent** – możliwość zastosowania filtru dla województwa pacjenta, a także na datę urodzenia pacjenta.
- **Sekcja Zlecenie** – ten filtr pozwala ograniczyć zakres wyświetlanych świadczeń ze względu na instytucję i/lub osobę zlecającą świadczenia.
- **Sekcja Realizacja** – umożliwia wyszukiwanie według nr prawa osoby realizującej (numer prawa, pesel lub kod świadczenia jednostkowego).
- **Rozpoznanie** – umożliwia wyszukiwanie według kodu rozpoznania.
- **Status eksportu** – możliwy jest wybór 3 statusów eksportu lub wszystkie pozycje:

Rozpoznanie:	<input type="text"/>	Kod świadc. jedn.:	<input type="text"/>
Status eksportu:	<wszystkie>		
Nr świadczenia:	<wszystkie>		
Realizujący	E - do eksportu W - wyeksportowane niepotwierdzone P - wyeksportowane potwierdzone		
ci Tadeusz	22.02.2006	22.02.2006	02.02 R SY

Możliwe jest filtrowanie wyświetlanych rekordów ze względu na status eksportu. Do wyboru mamy:

1. **<wszystkie>** – pozycja domyślna – wyświetlane są wszystkie pozycje niezależnie od statusu eksportu
 2. **E – do eksportu** – są to świadczenia gotowe do przesłania
 3. **W – wyeksportowane niepotwierdzone** – świadczenia/kupony już przesłane i oczekujące na potwierdzenie
 4. **P – wyeksportowane potwierdzone** – świadczenia, które otrzymały już zwrotną odpowiedź.
- bez produktów jednostkowych – po zaznaczeniu pola i wybraniu przycisku **Znajdź (ENTER)**, w zestawieniu zostaną wyświetlone tylko te świadczenia, które nie mają wpisanych produktów jednostkowych. Ułatwi to zweryfikowanie kompletności danych rozliczeniowych.

Uwaga: Funkcja jest dostępna, jeżeli zakres dat realizacji od-do nie przekracza jednego miesiąca. Ograniczenie wprowadzone jest ze względu na wydajność.

Domyślnie przyjęto, że po uruchomieniu formularza pokazywane będą świadczenia zrealizowane w dniu bieżącym z kartoteki takiej, jaka ustawiona jest na głównym formularzu programu.

Po odpowiednim ustawieniu warunków wyboru należy nacisnąć przycisk **Znajdź (ENTER)**. W tabeli wyświetlona zostanie lista świadczeń/kuponów spełniających ustawiony warunek wyszukiwania z następującymi informacjami:

- Id kart. - numer kartoteki
- Nr świadczenia (kuponu)
- Pacjent – nazwisko i imiona pacjenta

- Pesel – numer PESEL pacjenta
- Instytucja zlecająca – nazwa lub kod instytucji zlecającej
- Zlecający – nr prawa osoby zlecającej
- Data zlec. – data zlecenia
- Kod rozp. – kod rozpoznania
- Realizujący – nazwisko i imię osoby realizującej
- Pocz. real. – data początku realizacji
- Koniec real. – data końca realizacji
- Status real. – status realizacji, ('R' – świadczenie/kupon zrealizowane, 'Z' – kupon zlecony, 'P' – kupon pusty)
- Operator – numer operatora ewidencjonującego dane świadczenia/kuponu
- Data exp. – data wykonanego eksportu świadczeń/kuponów o statusie 'W' lub 'P'
- Status eksp. – status eksportu świadczeń/kuponów ('E' – przeznaczone do eksportu, 'W' – wyeksportowane niepotwierdzone, 'P' – wyeksportowane potwierdzone)
- Kod błędu – zwrócony przez bazę świadczeń OW NFZ kod błędu potwierdzonego świadczenia/kuponu. Zwykle jest to wartość 0. Dla świadczeń/kuponów o innym kodzie błędu trzeba poprawić dane i świadczenia /kupyony jeszcze raz wyeksportować
- Opis błędu – treść błędu.

Niektóre kolumny tej tabeli będą widoczne po przesunięciu pozycji suwaka znajdującego się poniżej listy. Suwak znajdujący się z prawej strony listy umożliwia przeglądanie listy w pionie.

Przycisk **Pacjent (F6)** uruchamia znany już formularz **Pacjent** zawierający dane pacjenta. Przycisk **Dane... (F5)** otwiera formularz **Świadczenie** wyświetlający szczegółowe informacje o wybranym (podświetlonym w tabeli) świadczeniu. Funkcję tę można uruchomić również przez dwukrotne kliknięcie myszką odpowiedniego wiersza w tabeli. Znajdujący się na formularzu **Świadczenie** przycisk **Tryb edycji (F6)** pozwala na korektę danych świadczenia wybranego z przeglądu.

Dodatkowo możliwe jest filtrowanie wyników wg. danego numeru świadczenia poprzez wpisanie numeru w polu Nr. świadczenia oraz przegląd świadczeń równocześnie ze wszystkich kartotek przy wyborze w polu filtrowania opcji **<wszystkie>**. Umożliwiono ponadto kopiowanie numeru świadczenia z zaznaczonej pozycji poprzez przycisk F4, numer zostaje skopiowany do schowka co pozwalana na jego wklejenie np. w polu filtrowania po danym numerze. Wklejenie tego numeru uzyskujemy poprzez wybranie pozycji **Wklej** z menu kontekstowego wywoływanego prawym przyciskiem myszki, lub poprzez wciśnięcie kombinacji klawiszy CTRL+V podczas gdy kursor znajduje w danym polu.

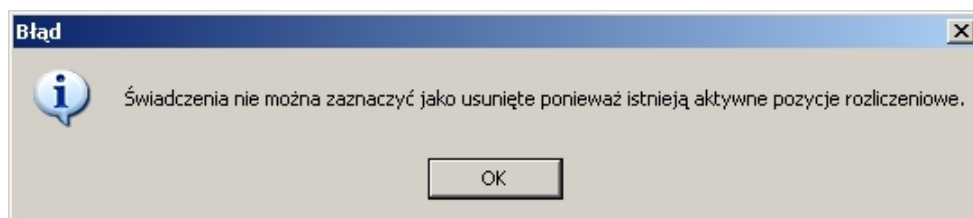
5.6 Usuwanie świadczeń

W programie PŚ - Ewidencja Świadczeń w lecznictwie ambulatoryjnym wprowadzono opcję zaznaczania świadczeń zrealizowanych jako usunięte. Dzięki temu będzie można usuwać świadczenia, które mimo wielokrotnych zmian i eksportów ciągle było błędne lub takie, które wprowadziliśmy przez pomyłkę. Takie usunięte świadczenie nie jest więcej transmitowane do płatnika, nie wchodzi na żadne zestawienia i raporty oraz nie można go edytować. Oczywiście, w razie konieczności istnieje możliwość przywrócenia takiego usuniętego świadczenia.

Usunięcie świadczenia można przeprowadzić z poziomu formularza świadczenia za pomocą przycisku **Zaznacz jako usunięte**. Po usunięciu na danych świadczenia pojawia się stosowna informacja.

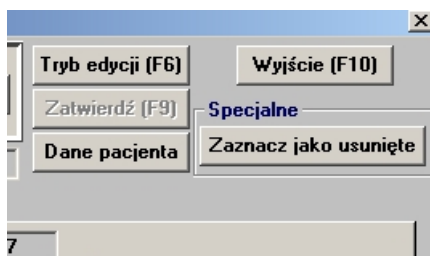
Przywrócenie świadczenia można przeprowadzić z poziomu formularza świadczenia za pomocą przycisku **Przywróć świadczenie**.

Funkcje te są dostępne, jeżeli świadczenie nie znajduje się na zamkniętym sprawozdaniu. Jeśli świadczenie znajduje się na zamkniętym sprawozdaniu lub istnieją aktywne pozycje rozliczeniowe, wówczas podczas próby zaznaczenia go jako usuniętego pojawi się komunikat (rys. poniżej).

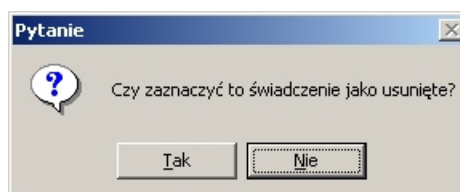


Usuwanie świadczeń jeżeli nie istnieją pozycje rozliczeniowe:

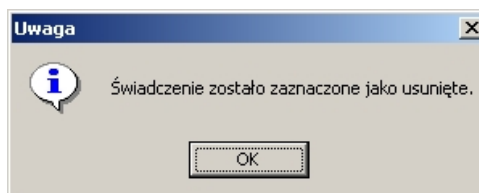
W celu usunięcia świadczenia klikamy na przycisk **Zaznacz jako usunięte** w prawym górnym rogu okna.



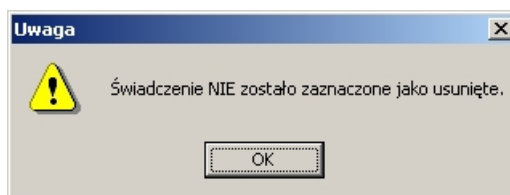
Po kliknięciu tego przycisku pojawia się następujące okienko zawierające pytanie **Czy zaznaczyć świadczenie jako usunięte?**



Wybranie przycisku **Tak** powoduje pojawienie się komunikatu informującego, iż świadczenie zostało zaznaczone jako usunięte.



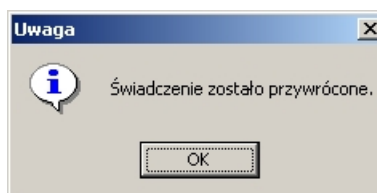
Po wybraniu drugiego przycisku, czyli **Nie**, otrzymujemy powiadomienie, iż świadczenie nie zostało zaznaczone jako usunięte.



Zaznaczyliśmy świadczenia, jako usunięte. Wówczas wygląd naszego kuponu nieznacznie się zmienił mianowicie:

Łatwo można zauważyć, że zniknął przycisk umożliwiający zaznaczenie świadczenia jako usunięte. Na jego miejscu pojawił się przycisk **Przywróć świadczenie**. W prawym górnym rogu mamy zablokowany również przycisk **Tryb edycji**. W związku z tym nie możemy edytować świadczenia. Na zakładce **Dane podstawowe** pojawił się czerwony napis "Zaznaczone jako usunięte". Jest to informacja, iż świadczenie jest usunięte.

Istnieje możliwość przywrócenia kuponu. Posłużymy się przyciskiem **Przywróć świadczenie**. Po kliknięciu na ten przycisk wyświetla się komunikat informujący, iż świadczenie zostało przywrócone.

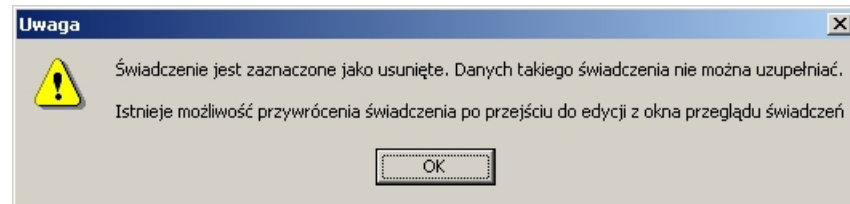


Uzupełnianie kuponów:

Przy uzupełnianiu kuponów istnieją dwie możliwości. Kupon jest usunięty oraz druga

możliwość kupon nie jest usunięty.

- W przypadku kuponów usuniętych. Jeżeli kupon o wprowadzonym numerze jest w bazie i jest usunięty wówczas otrzymujemy komunikat informujący nas o tym kuponie a także informacje w jaki sposób można przywrócić świadczenie:



- Drugą możliwością jest uzupełnianie kuponu, jeżeli kupon o wprowadzonym numerze jest w bazie i nie jest usunięty. W takim przypadku istnieje możliwość przejścia do edycji kuponu.

Rozdział

6

6 Generowanie raportów

W celu wygenerowania raportu należy z menu **Raporty** wybrać odpowiedni raport, ustalić kryteria wyboru. Wszystkie raporty w wersjach obsługujących stary format wymiany danych dostępne są w menu głównym **Raporty -> Raporty2005**.

6.1 Zestawienie produktów jednostkowych

W menu **Raporty** wybieramy **Zestawienie produktów jednostkowych**.

[illegible]

zestawienie produktów jednostkowych

Na zakładce **Sortowanie** ustalamy najpierw kolumny, które mają znajdować się w zestawieniu.

Możliwość wyświetlania kolumny Waga i Liczba punktów jest dostępna jedynie wtedy gdy wyświetlane są pozycje z datą końca realizacji większą lub równą 01.01.2005.

Przy wyświetlaniu kolumny Waga wyświetlana jest dodatkowa pozycja Współczynnik.

Po kliknięciu przycisku **Znajdź(ENTER)** wyświetlą się wszystkie produkty jednostkowe spełniające kryteria określone na zakładce **Produkty jednostkowe** i **Pacjent**. Wiersze będą sortowane względem zawartości kolumn, zgodnie z kolejnością ich wprowadzania na zakładce **Sortowanie**. Można grupować wiersze - grupowane są tylko wiersze mające identyczną zawartość kolumn. Po włączeniu grupowania wyświetli się dodatkowa kolumna zawierająca liczbę znalezionych wierszy o identycznej zawartości, zaś w pierwszej kolumnie wyświetlana jest tzw. liczba porządkowa pozwalająca określić ile pozycji zawiera zestawienie. Oprócz tego przy wyłączonej opcji grupowania można wybrać dwie dodatkowe opcje dla sumowania krotności oraz liczby punktów. Sumowanie krotności jest aktywne tylko przy

6.2 Zestawienie procedur

[illegible]

parametry zestawienia procedur

Na zakładce **Sortowanie** ustalamy najpierw kolumny, które mają znajdować się w zestawieniu. Po kliknięciu przycisku **Znajdź(ENTER)** wyświetlą się wszystkie procedury spełniające kryteria określone na zakładce **Procedury** i **Pacjent**. Wiersze będą sortowane względem zawartości kolumn, zgodnie z kolejnością ich wprowadzania na zakładce **Sortowanie**. Można grupować wiersze - grupowane są tylko wiersze mające identyczną zawartość kolumn. Po włączeniu grupowania wyświetli się dodatkowa kolumna zawierająca liczbę znalezionych wierszy o identycznej zawartości, zaś w pierwszej kolumnie wyświetlana jest tzw. liczba porządkowa pozwalająca określić ile pozycji zawiera zestawienie.

6.3 Raport P100/06 - Lista świadczeń

Raport pozwala na wyświetlenie listy kuponów zrealizowanych w podanym przedziale czasowym. Dodatkowo listę realizacji można zawęzić do konkretnego kodu usługi. Po uruchomieniu raportu P100 na ekranie pojawia się okno opcji.

opcje raportu P100/06

Poszczególne pola w opcjach mają następujące znaczenie:

- Instytucja realizująca – wybranie tej opcji spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych kuponów do jednej instytucji realizującej.
- Okres realizacji – do raportu będą brane pod uwagę kupony, których data końca realizacji mieści się w zadanym okresie. Domyślnie na początku zawsze jest wpisana data dzisiejsza.
- Produkt jednostkowy – opcja pozwalająca na zawężenie wyboru kuponów tylko do takich, w których występuje zadana tutaj wartość. Trzeba postawić znak ü a następnie wybrać Tabelę produktów jednostkowych i Kod (uwaga na kropkę!).
- Świadczenia – do wyboru są możliwości: potwierdzone lub niepotwierdzone albo wszystkie.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – określa, oddział NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta
- Sortowanie według – pozwala zdefiniować kolejność świadczeń w raporcie.
- Dodatkowo możemy tutaj wybrać konkretne świadczenia jednostkowe. Wybranie tego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego menu natomiast w Kod wybieramy ze słownika świadczeń jednostkowych.

Słownik świadczeń jednostkowych	
1 - Tabela usług obowiązująca od roku 2000	
	Wybierz (F5) Wyjście (F10)
Kod świadc. jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Usługa stomatologiczna - procedury

słownik świadczeń jednostkowych

6.4 Raport P101/06 - Zestawienie sumaryczne świadczeń

Raport podaje listę osób realizujących i dla każdej z nich podaje sumaryczną liczbę usług wykonanych w zadany okresie czasu. Raport pozwala wydrukować zestawienie sumaryczne dla konkretnego typu poradni realizującej w przychodni (np. tylko dla gabinetów stomatologicznych), oraz dla konkretnego kodu usługi.

Po uruchomieniu raportu P101 na ekranie pojawia się okno opcji.

Istnieje możliwość negacji każdego z pól poprzez zaznaczenie przycisku **NIE**.

P101/06 Zestawienie sumaryczne świadczeń

Realizacja

Świadczenia zrealizowane w dniach: 09.03.2006 do 09.03.2006

Instytucja realizująca:
 04003280 Jednostka organizacyjna probnego świadczeniodawcy PŚ ☐ NIE

☒ Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta
 04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ ☐ NIE

☐ Produkt kontraktowy:
 Kod: ☐ NIE
 Wyr.: ☐ NIE

☐ Produkt jednostkowy:
 Kod: ☐ NIE

Można podać część kodu, np. 03% aby wybrać wszystkie pozycje z danej grupy

Liczba pacjentów

☒ Grupowanie dzienne ☐ Grupowanie z całego okresu


Przykład - pacjent był w przychodni 2 razy w podanym okresie (w różnych dniach):
 Grupowanie dzienne - raport policzy 2 pacjentów.
 Grupowanie z całego okresu - raport policzy 1 pacjenta.
 Liczba kuponów będzie w obydwu przypadkach taka sama.
 System nie rozróżnia kilku wizyt pacjenta w jednym dniu u jednego lekarza, jest to jedna wizyta.

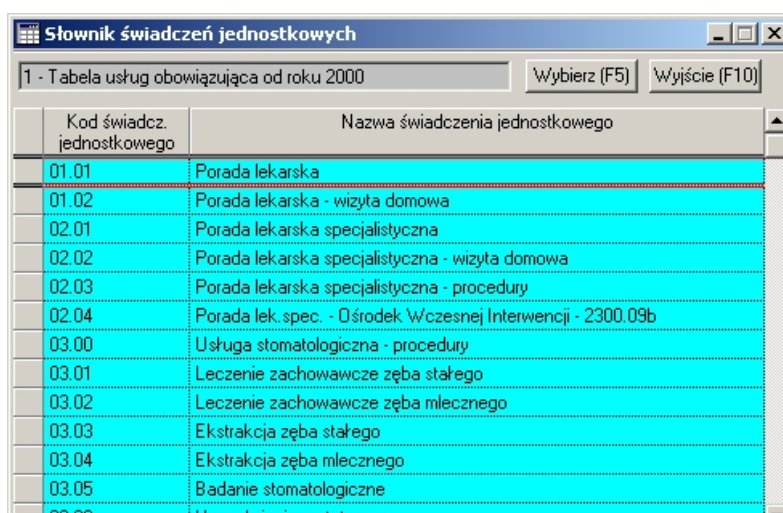
☐ Świadczenie jednostkowe:
 Tab.:
 Kod:

Podgląd Wydruk Wyjście (F10)

opcje raportu P101/06

Poszczególne pola w opcjach mają następujące znaczenie:

- Świadczenia zrealizowane w dniach – wybranie tej opcji spowoduje, że do raportu będą brane pod uwagę kupony zrealizowane w zadanym okresie.
- Produkt kontraktowy – wybranie tej opcji spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych kuponów z odpowiednim produktem. Jeżeli raport ma być wykonany tylko dla określonego produktu, należy postawić znaczek w polu Produkt, następnie wybrać właściwą tabelę produktów w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku . W słowniku produkt można wyszukać po fragmencie kodu lub nazwy.
- Instytucja realizująca – wybranie tej opcji spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych kuponów do jednej instytucji realizującej.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – określa, oddział NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta.
- Liczba pacjentów – opcja ta pozwala wybrać jeden z dwóch sposobów zliczania pacjentów. Przy wyborze opcji Grupowanie dzienne zliczana jest ilość wizyt w zadanym okresie, przy opcji Grupowanie z całego okresu zliczana jest liczba pacjentów obsługiwanych w zadanym okresie. Przykład: Pacjent był w przychodni 2 razy w podanym okresie (w różnych dniach). Przy grupowaniu dziennym raport policzy 2 pacjentów (2 wizyty). Natomiast przy grupowaniu z całego okresu raport policzy 1 pacjenta. Liczba kuponów będzie w obydwu przypadkach taka sama. System nie rozróżnia kilku wizyt tego samego pacjenta w jednym dniu u jednego lekarza – jest to jedna wizyta.
- Produkt jednostkowy – opcja pozwalająca na zawężenie wyboru produktów jednostkowych do takich, w których kod odpowiada zadanemu.
- Dodatkowo możemy tutaj wybrać konkretne świadczenie jednostkowe. Wybranie tego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego menu natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.



Kod świadczenia jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	...

słownik świadczeń jednostkowych

6.5 Raport P102a/06 - Wykonane produkty jednostkowe

Służy do generowania zestawienia wykonanych produktów jednostkowych z podsumowaniem liczby punktów i wartości za bieżący miesiąc rozliczeniowy z podziałem na poszczególnych realizatorów. Podsumowanie na zestawieniu jest dla każdego produktu,

realizatora oraz wspólne dla całej jednostki realizującej. Po wybraniu z menu opcji **Raporty / Wykonane produkty jedn. (P102a/06)** – raport ogólny na ekranie wyświetlone zostanie okno opcji.

Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Okres realizacji – do zestawienia są brane tylko świadczenia, dla których data końca realizacji mieści się w zadanym okresie. Domyślnie podpowiadany jest zakres dat dla bieżącego miesiąca rozliczeniowego.
- Do każdego warunku istnieje możliwość zanegowania znacznik **NIE**.
- Instytucja realizująca – wybranie tej opcji spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych świadczeń do jednej instytucji realizującej. Pole ma znaczenie jedynie w przypadkach przełączenia filii w ramach instalacji na nowy numer. W takim przypadku część świadczeń może być w danym okresie realizowana na stary numer instytucji realizującej.


opcje raportu P102a/06

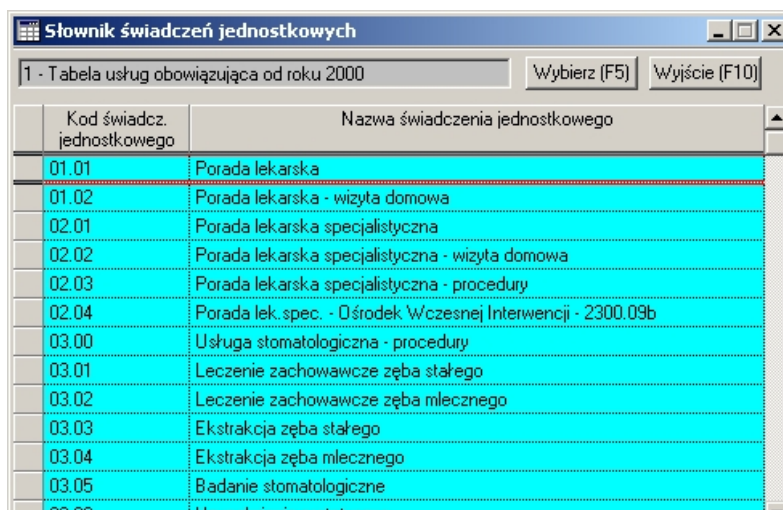
- Osoba realizująca – po zaznaczeniu opcji i wybraniu z listy osoby z personelu, analizowane będą tylko produkty zrealizowane przez tą osobę.
- Sekcje **Produkt kontraktowy** i **Produkt jednostkowy** – umożliwiają zawężenie wydruku do wybranego kodu produktu kontraktowego i / lub produktu jednostkowego.

Wybranie jednej z opcji: Produkt kontraktowy lub Produkt jednostkowy lub obu naraz spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych danych. Aby skorzystać z tego kryterium, należy postawić znaczek w polu wyboru, wybrać właściwą tabelę w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku . W słowniku produkt można także szukać po fragmencie kodu lub nazwy.

Po zaznaczeniu pola wyboru, podpowiadana jest tabela produktów obowiązująca w bieżącym roku rozliczeniowym, a w polu Kod wyświetlony jest znak % oznaczający dowolny kod lub

fragment kodu. W polu Kod można wpisać następujące warianty kodu:

- wpisany pełny kod (np. wybrany ze słownika po naciśnięciu przycisku ) – uwzględniane będą tylko produkty o podanym kodzie.
- fragment kodu z wpisanym znakiem % - uwzględniane są produkty o kodzie odpowiadającym wzorcowi, tzn. zawierające podany fragment kodu oraz w miejscu znaku % dowolny tekst (również pusty). Przykłady:
 - produkty kontraktowe: dla '02.%' zostaną uwzględnione wszystkie produkty zaczynające się od fragmentu '02.', czyli produkty z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
 - produkty jednostkowe: gdy pamiętamy tylko fragment kodu, np. '1920001', możemy go podać w polu jako '%1920001%'.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – w tej części można podać oddział NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta.
- Dodatkowo możemy tutaj wybrać świadczenia jednostkowe. Po zaznaczeniu tego pola możemy wybrać albo Stomatologia lub Kod świadczenia. Wybranie drugiego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego menu natomiast w Kod wybieramy ze słownika świadczeń jednostkowych.



Kod świadczenia jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Dórodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Usunięcie protetyczne

Wskazówka: Po wybraniu np. oddziału **099 – Kraje Unii Europejskiej** można wykonać osobne zestawienie dla pacjentów ubezpieczonych poza naszym krajem.

Przykład wydruku raportu jest niżej. Zestawienie produktów jednostkowych podzielone jest na poszczególnych realizatorów. W ramach realizatorów jest jeszcze podział wg produktów kontraktowych. Poszczególne kolumny na zestawieniu produktów jednostkowych oznaczają:

- Produkt jednostkowy – kod produktu jednostkowego
- Liczba świadczeń – liczba świadczeń, w których zaewidencjonowano dany produkt
- Suma krotności – podsumowane ze wszystkich świadczeń krotności produktu
- Średnia waga – waga produktu. Jeżeli w okresie obowiązywania umowy była zmiana wagi, podana waga będzie uśredniona.
- Liczba wykonanych jednostek – suma iloczynów krotności i wag
- Średnia cena jedn. prod. – cena produktu jednostkowego. Jeżeli w okresie obowiązywania umowy była zmiana ceny produktu, podana cena będzie uśredniona.
- Wartość – suma iloczynów liczby wykonanych jednostek i ceny produktu jednostkowego.

Na końcu zestawienia znajdują się podsumowania liczby wykonanych jednostek oraz wartości. Podsumowania są dla produktu kontraktowego, realizatora oraz wspólne podsumowanie całości na końcu zestawienia.

Na dole zestawienia jest jeszcze informacja o liczbie potwierdzonych i niepotwierdzonych przez Oddział Wojewódzki świadczeń uwzględnionych na zestawieniu.

Wskazówka: Dodatkowo wprowadzono możliwość zanegowania wyświetlania informacji z danego zakresu poprzez zaznaczenie pola NIE przy danej pozycji.

6.6 Raport P104/06 - Rejestr pacjentów

Raport służy przede wszystkim do generowania dziennego zestawienia przyjętych pacjentów i wykonanych produktów jednostkowych z podsumowaniem liczby punktów. Po wybraniu z menu opcji **Raporty / Rejestr pacjentów (P104/06)** na ekranie wyświetlone zostanie okno opcji.

opcje raportu P104/06


Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Instytucja realizująca – określa, dla jakiej instytucji realizującej w ramach jednej instalacji generujemy zestawienie. Pole ma znaczenie jedynie w przypadkach przełączenia filii w ramach instalacji na nowy numer.
- Okres wykonania produktu jedn. – okres, za jaki raport ma być wykonany. Jako, że zestawienie ma funkcjonować jako raport dzienny, w obu polach podpowiadana jest bieżąca data. Daty początku i końca dotyczą dat wykonania produktu na świadczeniu, a w przypadku świadczeń bez produktów (tzw. „wizyt bezpunktowych”) dotyczą dat końca realizacji świadczeń.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – w tej części można podać oddział NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta.


Wskazówka: Po wybraniu np. oddziału **099 – Kraje Unii Europejskiej** można wykonać

osobne zestawienie dla pacjentów ubezpieczonych poza naszym krajem.

- Pola Produkt kontraktowy i Produkt jednostkowy – umożliwiają zawężenie wydruku do wybranego kodu produktu kontraktowego i / lub produktu jednostkowego.

Wybranie jednej z opcji: Produkt kontraktowy lub Produkt jednostkowy lub obu naraz spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych danych. Aby skorzystać z tego kryterium, należy postawić znaczek w polu wyboru, wybrać właściwą tabelę w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku . W słowniku produkt można także szukać po fragmencie kodu lub nazwy.

Po zaznaczeniu pola wyboru, podpowiadana jest tabela produktów obowiązująca w bieżącym roku rozliczeniowym, a w polu Kod wyświetlony jest znak % oznaczający dowolny kod lub fragment kodu. W polu Kod można wpisać następujące warianty kodu:

- wpisany pełny kod (np. wybrany ze słownika po naciśnięciu przycisku ) – uwzględniane będą tylko produkty o podanym kodzie.
- % - na zestawieniu są uwzględniane wszystkie wprowadzone na świadczenia produkty. Nie będą natomiast uwzględniane świadczenia bez wpisanych produktów (tzw. „wizyty bezpunktowe”).
- fragment kodu z wpisanym znakiem % - uwzględniane są produkty o kodzie odpowiadającym wzorcowi, tzn. zawierające podany fragment kodu oraz w miejscu znaku % dowolny tekst (również pusty). Przykłady:
 - produkty kontraktowe: dla '02.%' zostaną uwzględnione wszystkie produkty zaczynające się od fragmentu '02.', czyli produkty z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
 - produkty jednostkowe: gdy pamiętamy tylko fragment kodu, np. '1920001', możemy go podać w polu jako '%1920001%'.

Informacja: W przypadku, gdy nie są zaznaczone pola wyboru Produkt kontraktowy i Produkt jednostkowy uwzględniane są wszystkie produkty oraz świadczenia bez wpisanych produktów (tzw. „wizyty bezpunktowe”). Na zestawieniu pozycje bez produktów są wykazane dla pacjenta jako wiersze z podaną datą końca realizacji, pustą krotnością i wartością punktów 0.

- Pacjent – określa numer PESEL pacjenta, dla którego chcemy wykonać zestawienie.
- Grupowanie – określa w jaki sposób grupujemy dane do zestawienia. Możliwe jest wybranie wg pacjenta lub wg daty końca wykonania produktu.
- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Świadczenia jednostkowe. Po zaznaczeniu tego pola możemy wybrać albo Stomatologia lub Kod świadczenia. Wybranie drugiego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego menu natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.
-

Słownik świadczeń jednostkowych	
1 - Tabela usług obowiązująca od roku 2000	
	Wybierz (F5) Wyjście (F10)
Kod świadc. jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Usługi stomatologiczne

6.7 Raport P105/06 - Rejestr dzienny pacjentów specjalistyka

Po uruchomieniu raportu P105 na ekranie pojawia się okno opcji.

P105/06 Rejestr dzienny pacjentów - specjalistyka

Realizacja

Data realizacji świadczenia: 09.03.2006

Instytucja realizująca:
04003280 Jednostka organizacyjna probnego świadczeniodawcy PŚ ☐ NIE

☒ Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta:
04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ ☐ NIE

☐ Produkt kontraktowy:
Kod: ☐ NIE
Wyr.: ☐ NIE

☐ Produkt jednostkowy:
Kod: ☐ NIE

Można podać część kodu, np. 02% aby wybrać wszystkie pozycje z danej grupy

☒ Świadczenie jednostkowe:
☒ Specjalistyka ☐ Kod świadczenia

Tab.:


Kod:

Opcje raportu P105/06

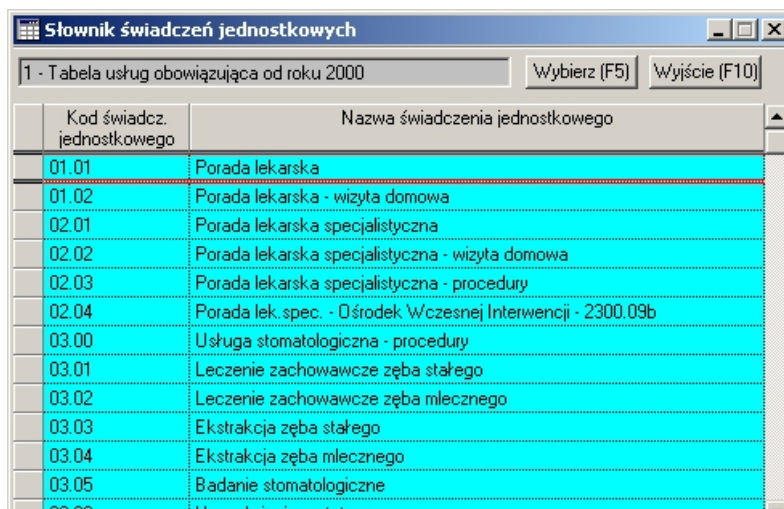
Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Instytucja realizująca – określa, dla jakiej instytucji realizującej generujemy raport,
- Data realizacji świadczenia – okres, za jaki raport ma być wykonany.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – Określająca, oddział NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta.
- Produkt kontraktowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.
- Produkt jednostkowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.

Wybranie jednej z opcji: Produkt kontraktowy lub Produkt jednostkowy spowoduje

ograniczenie zbioru analizowanych danych. Aby skorzystać z tego kryterium, należy postawić znaczek w polu wyboru, wybrać właściwą tabelę w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku . W słowniku produkt można szukać po fragmencie kodu lub nazwy.

- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Świadczenia jednostkowe. Po zaznaczeniu tego pola możemy wybrać albo Specjalistykę lub Kod świadczenia. Wybranie drugiego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego menu natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.



Kod świadc. jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Umycie i konserwacja protezy


Informacja: W przypadku konieczności wykonania raportu na przełomie roku dla produktu jednostkowego o konkretnym kodzie, można produkt wybrać ze słownika, a następnie w polu Tab. wpisać fragment tabeli produktów ze znakiem %, np. 12I0%. Do raportu zostaną wtedy uwzględnione produkty o wybranym kodzie z tabel produktów 12I02, 12I03 itd.

6.8 Raport P106/06 - Rejestr dzienny pacjentów - POZ

Opcje raportu P106/06

Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Instytucja realizująca – określa, dla jakiej instytucji realizującej generujemy raport,
- Data realizacji świadczenia – okres, za jaki raport ma być wykonany.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – Określająca oddział NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta.
- Produkt kontraktowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.
- Produkt jednostkowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.

Wybranie jednej z opcji: Produkt kontraktowy lub Produkt jednostkowy spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych danych. Aby skorzystać z tego kryterium, należy postawić znaczek w polu wyboru, wybrać właściwą tabelę w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku . W słowniku produkt można szukać po fragmencie kodu lub nazwy.

- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Świadczenia jednostkowe. Po zaznaczeniu tego pola możemy wybrać albo POZ lub Kod świadczenia. Wybranie drugiego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego menu natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.

Słownik świadczeń jednostkowych	
1 - Tabela usług obowiązująca od roku 2000	
	Wybierz (F5) Wyjście (F10)
Kod świadc. jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Usług...

Informacja: W przypadku konieczności wykonania raportu na przełomie roku dla produktu jednostkowego o konkretnym kodzie, można produkt wybrać ze słownika, a następnie w polu Tab. wpisać fragment tabeli produktów ze znakiem %, np. 12I0%. Do raportu zostaną wtedy uwzględnione produkty o wybranym kodzie z tabel produktów 12I02, 12I03 itd.

6.9 Raport P107/06 - Wykaz zrealizowanych świadczeń

P107/06 Wykaz świadczeń zrealizowanych - rozpoznania

Realizacja

Data realizacji: 09.03.2006 do 09.03.2006

Instytucja realizująca:
04003280 Jednostka organizacyjna probnego świadczeniodawcy PŚ ☐ NIE

☒ Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta:
04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ ☐ NIE

☐ Produkt kontraktowy:
Kod: ... ☐ NIE
Wyr.: ☐ NIE

☐ Produkt jednostkowy:
Kod: ... ☐ NIE

Można podać część kodu, np. 02% aby wybrać wszystkie pozycje z danej grupy

☐ Świadczenie jednostkowe:
Tab.: ...
Kod: ...

Świadczenia

☐ Wszystkie

☒ potwierdzone

☐ niepotwierdzone

Podgląd Wydruk Wyjście (F10)


opcje raportu P107/06

Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

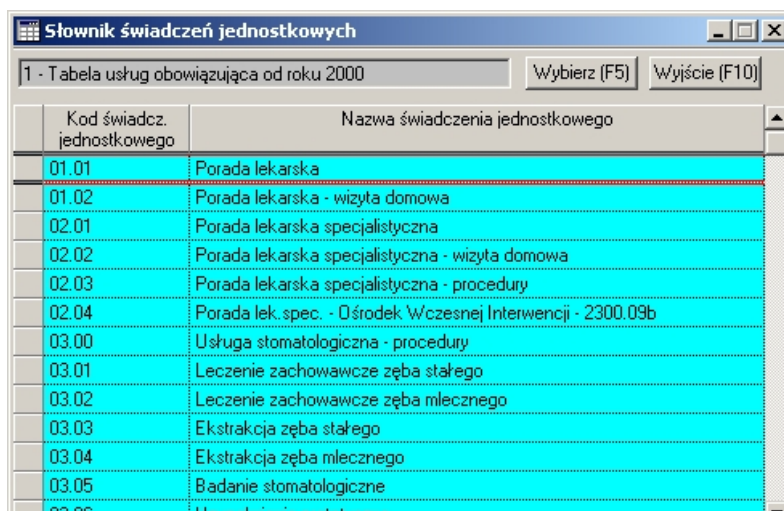
- Instytucja realizująca – określa, dla jakiej instytucji realizującej generujemy raport,
- Data realizacji – okres, za jaki raport ma być wykonany.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – Określająca, oddział NFZ właściwy dla miejsca

zamieszkania pacjenta.

- Produkt kontraktowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.
- Produkt jednostkowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.

Wybranie jednej z opcji: Produkt kontraktowy lub Produkt jednostkowy spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych danych. Aby skorzystać z tego kryterium, należy postawić znaczek w polu wyboru, wybrać właściwą tabelę w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku . W słowniku produkt można szukać po fragmencie kodu lub nazwy.

- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Świadczenia jednostkowe. Wybranie tego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego menu natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.



Kod świadczenia jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Uszczelnienie protetyczne

Informacja: W przypadku konieczności wykonania raportu na przełomie roku dla produktu jednostkowego o konkretnym kodzie, można produkt wybrać ze słownika, a następnie w polu Tab. wpisać fragment tabeli produktów ze znakiem %, np. 12I0%. Do raportu zostaną wtedy uwzględnione produkty o wybranym kodzie z tabel produktów 12I02, 12I03 itd.

6.10 Raport P109/06 - Diagnostyka medyczna - procedury

P109/06 Diagnostyka medyczna - procedury

Realizacja

Świadczenia zrealizowane w dniach: 09.03.2006 do 09.03.2006

☐ Osoba realizująca: [] [] NIE

☐ Produkt kontraktowy:

Kod: [] [] NIE

Wyr.: [] NIE

☐ Produkt jednostkowy:

Kod: [] [] NIE

Można podać część kodu, np. 03% aby wybrać wszystkie produkty z danej grupy

☒ Świadczenie jednostkowe:

☒ 04.01 ☐ Kod świadczenia jedn.

Tab.: []

Kod: [] []

Podgląd Wydruk Wyjście (F10)

Opcje raportu P109/06

Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Świadczenia zrealizowane w dniach – data, dla której ma być wykonany raport,
- Osoba realizująca – można wybrać właściwą z listy,
- Produkt kontraktowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.
- Produkt jednostkowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.

Wybranie jednej z opcji: Produkt kontraktowy lub Produkt jednostkowy spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych danych. Aby skorzystać z tego kryterium, należy postawić znaczek w polu wyboru, wybrać właściwą tabelę w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku []. W słowniku produkt można szukać po fragmencie kodu lub nazwy.

- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Świadczenia jednostkowe. Po zaznaczeniu tego pola możemy wybrać albo 04.01 lub Kod świadczenia jednostkowego. Wybranie drugiego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: 04.01 oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego paska natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.

Informacja: W przypadku konieczności wykonania raportu na przełomie roku dla produktu jednostkowego o konkretnym kodzie, można produkt wybrać ze słownika, a następnie w polu Tab. wpisać fragment tabeli produktów ze znakiem %, np. 12I0%. Do raportu zostaną wtedy uwzględnione produkty o wybranym kodzie z tabel produktów 12I02, 12I03 itd.

6.11.1 Zestawienie produktów jednostkowych

W menu **Raporty** wybieramy **Zestawienie produktów jednostkowych**.

zestawienie produktów jednostkowych

Na zakładce **Sortowanie** ustalamy najpierw kolumny, które mają znajdować się w

zestawieniu.

Możliwość wyświetlania kolumny Waga i Liczba punktów jest dostępna jedynie wtedy, gdy wyświetlane są pozycje z datą końca realizacji większą lub równą 01.01.2005.

Przy wyświetlaniu kolumny Waga wyświetlana jest dodatkowa pozycja Współczynnik.

Po wybraniu przycisku **Znajdź(ENTER)** wyświetlą się wszystkie produkty jednostkowe spełniające kryteria określone na zakładce **Produkty jednostkowe** i **Pacjent**. Wiersze będą sortowane względem zawartości kolumn, zgodnie z kolejnością ich wprowadzania na zakładce Sortowanie. Można grupować wiersze - grupowane są tylko wiersze mające identyczną zawartość kolumn. Po włączeniu grupowania wyświetli się dodatkowa kolumna zawierająca liczbę znalezionych wierszy o identycznej zawartości, zaś w pierwszej kolumnie wyświetlana jest tzw. liczba porządkowa pozwalająca określić ile pozycji zawiera zestawienie. Oprócz tego przy wyłączonej opcji grupowania można wybrać dwie dodatkowe opcje dla sumowania krotności oraz liczby punktów. Sumowanie krotności jest aktywne tylko przy zaznaczeniu wyświetlania Krotność wyk. na zakładce **Sortowanie**.

6.11.2 Raport P100/04 - Lista świadczeń

Raport pozwala na wyświetlenie listy kuponów zrealizowanych w podanym przedziale czasowym. Dodatkowo listę realizacji można zawęzić do konkretnego kodu usługi.

Po uruchomieniu raportu P100 na ekranie pojawia się okno opcji.

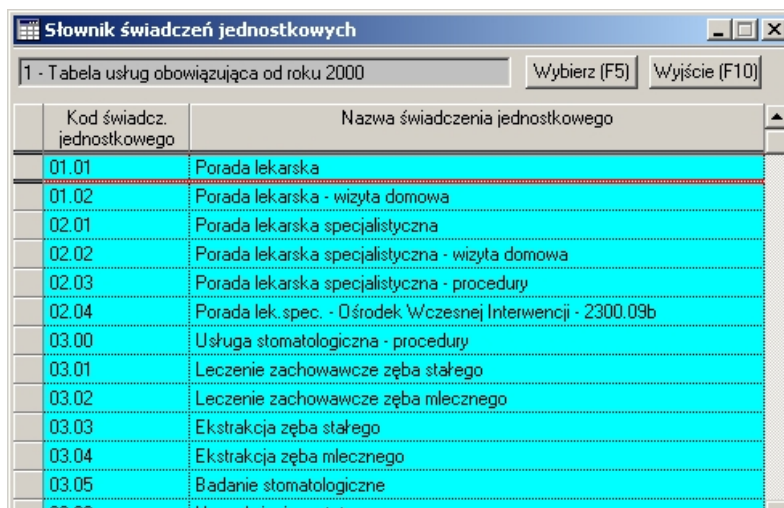
opcje raportu P100/04

Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Instytucja realizująca – wybranie tej opcji spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych kuponów do jednej instytucji realizującej.
- Data realizacji – do raportu będą brane pod uwagę kupony, których data końca realizacji mieści się w zadanym okresie. Domyślnie na początku zawsze jest wpisana data dzisiejsza.
- Produkt jednostkowy – opcja pozwalająca na zawężenie wyboru kuponów tylko do takich, w których występuje zadana tutaj wartość. Trzeba postawić znak ÷ a następnie wybrać Tabelę produktów jednostkowych i Kod (uwaga na kropkę!).
- Świadczenia – do wyboru są możliwości: potwierdzone lub niepotwierdzone albo

wszystkie.

- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – określa, oddział NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta
- Sortowanie według – pozwala zdefiniować kolejność świadczeń w raporcie.
- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Kod świadczenia jednostkowego. Wybranie tego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego menu, natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.



Kod świadczenia jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Usług...

6.11.3 Raport P101/04 - Zestawienie sumaryczne świadczeń

Raport podaje listę osób realizujących i dla każdej z nich podaje sumaryczną liczbę usług wykonanych w zadanym okresie czasu. Raport pozwala wydrukować zestawienie sumaryczne dla konkretnego typu poradni realizującej w przychodni (np. tylko dla gabinetów stomatologicznych), oraz dla konkretnego kodu usługi.

Po uruchomieniu raportu P101 na ekranie pojawia się okno opcji.

opcje raportu P101/04

Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Świadczenia zrealizowane w dniach – wybranie tej opcji spowoduje, że do raportu będą brane pod uwagę kupony zrealizowane w zadanym okresie.
- Produkt kontraktowy – wybranie tej opcji spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych kuponów z odpowiednim produktem. Jeżeli raport ma być wykonany tylko dla określonego produktu, należy postawić znaczek w polu Produkt, następnie wybrać właściwą tabelę produktów w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku . W słowniku produkt można szukać po fragmencie kodu lub nazwy.
- Instytucja realizująca – wybranie tej opcji spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych kuponów do jednej instytucji realizującej.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – określa, oddział NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta.
- Liczba pacjentów – opcja ta pozwala wybrać jeden z dwóch sposobów zliczania pacjentów. Przy wyborze opcji Grupowanie dzienne zliczana jest ilość wizyt w zadanym okresie, przy opcji Grupowanie z całego okresu zliczana jest liczba pacjentów 'obsłużonych' w zadanym okresie. Przykład: Pacjent był w przychodni 2 razy w podanym okresie (w różnych dniach). Przy grupowaniu dziennym raport policzy 2 pacjentów (2 wizyty). Natomiast przy grupowaniu z całego okresu raport policzy 1 pacjenta. Liczba kuponów będzie w obydwu przypadkach taka sama. System nie rozróżnia kilku wizyt tego samego pacjenta w jednym dniu u jednego lekarza – jest to jedna wizyta.
- Produkt jednostkowy – opcja pozwalająca na zawężenie wyboru produktów jednostkowych do takich, w których kod odpowiada zadanemu.

- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Świadczenie jednostkowe. Wybranie tego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego menu natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.

Kod świadczenia jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Dśrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Umocnienie protetyczne

Przykład wydruku zestawienia podano poniżej.

P101/04					
Zestawienie sumaryczne świadczeń					
w podziale na realizatorów					
Instytucja: 09000466 - Szpital SPZOZ					
Data realizacji: 26.05.2004 do 01.06.2004					
Produkt kontraktowy: wszystkie					
Produkt jednostkowy: wszystkie					
Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta: 09 - Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ					
Grupowanie: dzienne					
Nr real	Nazwisko realizatora	Pacjentów Świadczeń		Wartość punktowa	Opłata pacjenta
Nr prawa: 7654321	NOWAK JAN	3	6	123,0000	0,00
		3	6	123,0000	0,00
Raport uwzględnia świadczeń potwierdzonych 0					
niepotwierdzonych 6					

P101/04 - Zestawienie sumaryczne świadczeń

6.11.4 Raport P102a/04 - Wykonane produkty jednostkowe

Raport służy do generowania zestawienia wykonanych produktów jednostkowych tylko dla poprzedniej wersji formatu wymiany danych z podsumowaniem liczby punktów i wartości za bieżący miesiąc rozliczeniowy z podziałem na poszczególnych realizatorów. Podsumowanie na zestawieniu jest dla każdego produktu, realizatora oraz wspólne dla całej jednostki realizującej. Po wybraniu z menu opcji **Raporty / Wykonane produkty jedn. (P102a/04)** – raport ogólny na ekranie wyświetlone zostanie okno opcji.

Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Okres realizacji – do zestawienia są brane tylko świadczenia, dla których data końca

realizacji mieści się w zadanym okresie. Domyślnie podpowiadany jest zakres dat dla bieżącego miesiąca rozliczeniowego.

- Instytucja realizująca – wybranie tej opcji spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych świadczeń do jednej instytucji realizującej. Pole ma znaczenie jedynie w przypadkach przełączenia filii w ramach instalacji na nowy numer. W takim przypadku część świadczeń może być w danym okresie realizowana na stary numer instytucji realizującej.

Opcje raportu P102a/04

- Osoba realizująca – po zaznaczeniu opcji i wybraniu z listy osoby z personelu, analizowane będą tylko produkty zrealizowane przez tą osobę.
- Sekcje Produkt kontraktowy i Produkt jednostkowy – umożliwiają zawężenie wydruku do wybranego kodu produktu kontraktowego i/lub produktu jednostkowego.

Wybranie jednej z opcji: Produkt kontraktowy lub Produkt jednostkowy lub obu naraz spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych danych. Aby skorzystać z tego kryterium, należy postawić znaczek w polu wyboru, wybrać właściwą tabelę w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku [...]. W słowniku produkt można także szukać po fragmencie kodu lub nazwy.

Po zaznaczeniu pola wyboru, podpowiadana jest tabela produktów obowiązująca w bieżącym roku rozliczeniowym, a w polu Kod wyświetlony jest znak % oznaczający dowolny kod lub fragment kodu. W polu Kod można wpisać następujące warianty kodu:

- wpisany pełny kod (np. wybrany ze słownika po naciśnięciu przycisku [...]) – uwzględniane będą tylko produkty o podanym kodzie.
- fragment kodu z wpisanym znakiem % - uwzględniane są produkty o kodzie odpowiadającym wzorcowi, tzn. zawierające podany fragment kodu oraz w miejscu znaku % dowolny tekst (również pusty). Przykłady:
 - produkty kontraktowe: dla '02.%' zostaną uwzględnione wszystkie produkty

zaczynające się od fragmentu '02.', czyli produkty z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

- produkty jednostkowe: gdy pamiętamy tylko fragment kodu, np. '1920001', możemy go podać w polu jako '%1920001%'.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – w tej części można podać oddział NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta.
- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Świadczenia jednostkowe. Po zaznaczeniu tego pola możemy wybrać albo Stomatologia lub Kod świadczenia. Wybranie drugiego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego menu natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.

Kod świadczenia jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Usługa stomatologiczna - procedury

Wskazówka: Po wybraniu np. oddziału **099 – Kraje Unii Europejskiej** można wykonać osobne zestawienie dla pacjentów ubezpieczonych poza naszym krajem.

Przykład wydruku raportu jest niżej. Zestawienie produktów jednostkowych podzielone jest na poszczególnych realizatorów. W ramach realizatorów jest jeszcze podział wg produktów kontraktowych. Poszczególne kolumny na zestawieniu produktów jednostkowych oznaczają:

- Produkt jednostkowy – kod produktu jednostkowego
- Liczba świadczeń – liczba świadczeń, w których zaewidencjonowano dany produkt
- Suma krotności – podsumowane ze wszystkich świadczeń krotności produktu
- Średnia waga – waga produktu. Jeżeli w okresie obowiązywania umowy była zmiana wagi, podana waga będzie uśredniona.
- Liczba wykonanych jednostek – suma iloczynów krotności i wag
- Średnia cena jedn. prod. – cena produktu jednostkowego. Jeżeli w okresie obowiązywania umowy była zmiana ceny produktu, podana cena będzie uśredniona.
- Wartość – suma iloczynów liczby wykonanych jednostek i ceny produktu jednostkowego.

Na końcu zestawienia znajdują się podsumowania liczby wykonanych jednostek oraz wartości. Podsumowania są dla produktu kontraktowego, realizatora oraz wspólne podsumowanie całości na końcu zestawienia.

Na dole zestawienia jest jeszcze informacja o liczbie potwierdzonych i niepotwierdzonych przez Oddział Wojewódzki świadczeń uwzględnionych na zestawieniu.

P102 a/04						
Wykonane produkty jednostkowe						
Instytucja: 09000466 - Szpital SPZOZ						
Data wykonania: 01.05.2004 do 31.05.2004						
Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta: 09 - Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ						
Realizator: 7654321 - NOWAK JAN						
Produkt kontraktowy: wszystkie						
Produkt jednostkowy: wszystkie						
Produkt jednostkowy	Liczba świadczeń	Suma krotności	Średnia waga	Liczba wykonanych jednostek	Średnia cena jedn. prod.	Wartość
1	2	3	4	5	6	7
Nr prawa: 7654321 - NOWAK JAN						
punkt rozliczeniowy w P. Neuro.						
5.01.01.1220001	1	1,00	1,00	1,0000	6,8000	6,8000
5.01.01.1220002	1	4,00	4,00	16,0000	6,8000	108,8000
5.01.01.1220003	1	3,00	7,00	21,0000	6,8000	142,8000
5.05.00.0000004	2	4,00	20,00	80,0000	6,8000	544,0000
5.05.00.0000039	1	1,00	5,00	5,0000	6,8000	34,0000
Razem produkt kontraktowy:				123,0000		836,4000
Razem realizator:				123,0000		836,4000
Razem:	6	13,00	XXXXXX	123,0000	XXXXXX	836,4000
Świadczenia w okresie rozliczeniowym: potwierdzone 0 niepotwierdzone 3						

zestawienie P102a/04 – Wykonane produkty jednostkowe

6.11.5 Raport P104/04 - Rejestr pacjentów

Raport służy przede wszystkim do generowania dziennego zestawienia przyjętych pacjentów i wykonanych produktów jednostkowych z podsumowaniem liczby punktów. Po wybraniu z menu opcji **Raporty / Rejestr pacjentów (P104/04)** na ekranie wyświetlone zostanie okno opcji.

opcje raportu P104/04


Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Instytucja realizująca – określa, dla jakiej instytucji realizującej w ramach jednej instalacji generujemy zestawienie. Pole ma znaczenie jedynie w przypadkach przełączenia filii w ramach instalacji na nowy numer.
- Okres wykonania produktu jedn. – okres, za jaki raport ma być wykonany. Jako że zestawienie ma funkcjonować jako raport dzienny, w obu polach podpowiadana jest bieżąca data. Dаты początku i końca dotyczą dat wykonania produktu na świadczeniu, a w przypadku świadczeń bez produktów (tzw. „wizyt bezpunktowych”) dotyczą dat końca realizacji świadczeń.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – w tej części można podać oddział NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta.

Wskazówka: Po wybraniu np. oddziału **099 – Kraje Unii Europejskiej** można wykonać osobne zestawienie dla pacjentów ubezpieczonych poza naszym krajem.

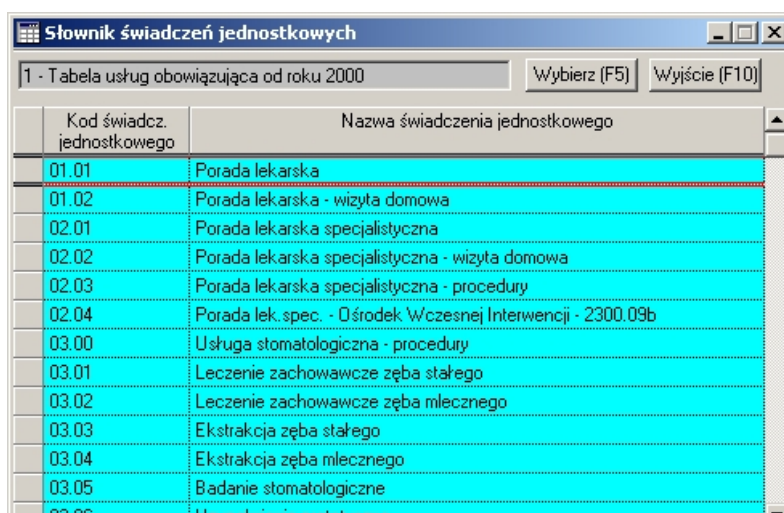
- Pola Produkt kontraktowy i Produkt jednostkowy – umożliwiają zawężenie wydruku do wybranego kodu produktu kontraktowego i / lub produktu jednostkowego. Wybranie jednej z opcji: Produkt kontraktowy lub Produkt jednostkowy lub obu naraz spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych danych. Aby skorzystać z tego kryterium, należy postawić znaczek w polu wyboru, wybrać właściwą tabelę w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku . W słowniku produkt można także szukać po fragmencie kodu lub nazwy. Po zaznaczeniu pola wyboru, podpowiadana jest tabela produktów obowiązująca w bieżącym

roku rozliczeniowym, a w polu Kod wyświetlony jest znak % oznaczający dowolny kod lub fragment kodu. W polu Kod można wpisać następujące warianty kodu:

- wpisany pełny kod (np. wybrany ze słownika po naciśnięciu przycisku ) – uwzględniane będą tylko produkty o podanym kodzie.
- % - na zestawieniu są uwzględniane wszystkie wprowadzone na świadczenia produkty. Nie będą natomiast uwzględniane świadczenia bez wpisanych produktów (tzw. „wizyty bezpunktowe”).
- fragment kodu z wpisanym znakiem % - uwzględniane są produkty o kodzie odpowiadającym wzorcowi, tzn. zawierające podany fragment kodu oraz w miejscu znaku % dowolny tekst (również pusty). Przykłady:
 - produkty kontraktowe: dla '02.%' zostaną uwzględnione wszystkie produkty zaczynające się od fragmentu '02.', czyli produkty z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
 - produkty jednostkowe: gdy pamiętamy tylko fragment kodu, np. '1920001', możemy go podać w polu jako '%1920001%'.

Informacja: W przypadku, gdy nie są zaznaczone pola wyboru Produkt kontraktowy i Produkt jednostkowy uwzględniane są wszystkie produkty, oraz świadczenia bez wpisanych produktów (tzw. „wizyty bezpunktowe”). Na zestawieniu pozycje bez produktów są wykazane dla pacjenta jako wiersze z podaną datą końca realizacji, pustą krotnością i wartością punktów 0.

- Pacjent – określa numer PESEL pacjenta, dla którego chcemy wykonać zestawienie.
- Grupowanie – określa w jaki sposób grupujemy dane do zestawienia. Możliwe jest wybranie wg pacjenta lub wg daty końca wykonania produktu.
- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Świadczenia jednostkowe. Po zaznaczeniu tego pola możemy wybrać albo Stomatologia lub Kod świadczenia. Wybranie drugiego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego menu, natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.



Kod świadc. jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Utrzymanie prototypu

P104w/04

Rejestr pacjentów

Instytucja: 09000466 - Szpital SPZOZ

Data wykonania: 26.05.2004 do 31.05.2004
 Produkt kontraktowy: wszystkie
 Produkt jednostkowy: wszystkie
 Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta: wszystkie
 Pesel pacjenta: wszyscy pacjenci
 Grupowanie wg: pacjenta

Data wykonania	Oddz. NFZ	Krotność	Prod. jedn.	Punkty
1 KOWALSKI JAN			Pesel 72032003339	
28.05.2004	09	1	5.01.01.1220001	0
				1
				1
				1

Raport uwzględnia kuponów potwierdzonych 0
niepotwierdzonych 2

zestawienie P104/04 - Rejestr pacjentów

6.11.6 Raport P105/04 - Rejestr dzienny pacjentów poradni specjalistycznej

Po uruchomieniu raportu P105 na ekranie pojawia się okno opcji.

P105/04 Rejestr dzienny pacjentów - specjalistyka

Instytucja realizująca:
 04003280 Jednostka organizacyjna probnego świadczeniodawcy PŚ

Data realizacji świadczenia:
 09.03.2006

☒ Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta:
 04 - Lubuski Oddział Wojewódzki N

☐ Produkt kontraktowy:
 Tab.:
 Kod:
 Wyr.:

☐ Produkt jednostkowy:
 Tab.:
 Kod:

Można podać część kodu, np. 02% aby wybrać wszystkie pozycje z danej grupy

☒ Świadczenie jednostkowe:
☒ Specjalistyka ☐ Kod świadczenia
 Tab.:
 Kod:

Podgląd Wydruk Wyjście (F10)


opcje raportu P105/04

Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Instytucja realizująca – określa, dla jakiej instytucji realizującej generujemy raport,
- Data realizacji świadczenia – okres, za jaki raport ma być wykonany.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – Określająca, oddział NFZ właściwy dla miejsca

zamieszkania pacjenta.

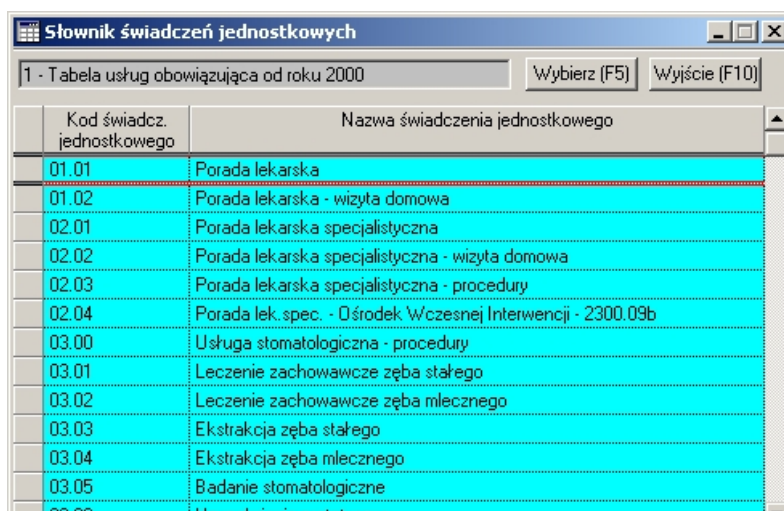
- Produkt kontraktowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.
- Produkt jednostkowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.

Wybranie jednej z opcji: Produkt kontraktowy lub Produkt jednostkowy spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych danych. Aby skorzystać z tego kryterium, należy postawić znaczek w polu wyboru, wybrać właściwą tabelę w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku . W słowniku produkt można szukać po fragmencie kodu lub nazwy.

Informacja: W przypadku konieczności wykonania raportu na przełomie roku dla produktu jednostkowego o konkretnym kodzie, można produkt wybrać ze słownika, a następnie w polu Tab. wpisać fragment tabeli produktów ze znakiem %, np. 12I0%. Do raportu zostaną wtedy uwzględnione produkty o wybranym kodzie z tabel produktów 12I02, 12I03 itd.

Poszczególne kolumny na raporcie oznaczają:

- Nazwisko i Imię – nazwisko i imię pacjenta,
- Adres – adres zamieszkania pacjenta,
- Pesel – numer PESEL pacjenta,
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – numer oddziału wojewódzkiego NFZ świadczeniobiorcy,
- Uwagi – tekst uwag wpisany w formularzu pacjenta,
- Rozpoznanie – rozpoznanie określające typ schorzenia pacjenta,
- Realizujący – nazwisko i imię realizującego świadczenie
- Skierowany przez – nazwa instytucji kierującej na poradę
- Umowa – numer umowy z oddziałem wojewódzkim NFZ
- Na dole ostatniej strony raportu znajduje się podkreślenie z tekstem **Koniec wydruku.**
- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Świadczenia jednostkowe. Po zaznaczeniu tego pola możemy wybrać albo Specjalistykę lub Kod świadczenia. Wybranie drugiego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego paska natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.



Kod świadc. jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Utrzymanie protetyczne

6.11.7 Raport P106/04 - Rejestr dzienny pacjentów poradni POZ

opcje raportu P106/04

Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Instytucja realizująca – określa, dla jakiej instytucji realizującej generujemy raport,
- Data realizacji świadczenia – okres, za jaki raport ma być wykonany.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – Określająca oddział NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta.
- Produkt kontraktowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.
- Produkt jednostkowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.

Wybranie jednej z opcji: Produkt kontraktowy lub Produkt jednostkowy spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych danych. Aby skorzystać z tego kryterium, należy postawić znaczek w polu wyboru, wybrać właściwą tabelę w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku . W słowniku produkt można szukać po fragmencie kodu lub nazwy.

- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Świadczenia jednostkowe. Po zaznaczeniu tego pola możemy wybrać albo POZ lub Kod świadczenia. Wybranie drugiego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego paska natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.

Informacja: W przypadku konieczności wykonania raportu na przełomie roku dla produktu jednostkowego o konkretnym kodzie, można produkt wybrać ze słownika, a następnie w polu Tab. wpisać fragment tabeli produktów ze znakiem %, np. 12I0%. Do raportu zostaną wtedy uwzględnione produkty o wybranym kodzie z tabel produktów 12I02, 12I03 itd.

Poszczególne kolumny na raporcie oznaczają:

- Nr – numer kolejny pacjenta w danym miesiącu (narastająco od początku miesiąca),
- Nazwisko i Imię – nazwisko i imię pacjenta,
- Pesel – numer PESEL pacjenta,

- Wiek – wiek pacjenta,
- Płeć- płeć pacjenta,
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – numer oddziału wojewódzkiego NFZ świadczeniobiorcy,
- Realizujący –nazwisko realizującego świadczenie
- Na dole ostatniej strony raportu znajduje się podkreślenie z tekstem **Koniec wydruku**.

Słownik świadczeń jednostkowych

1 - Tabela usług obowiązująca od roku 2000 Wybierz (F5) Wyjście (F10)

Kod świadc. jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Umyślenie protetyczne

6.11.8 Raport P107/04 - Wykaz zrealizowanych świadczeń - rozpoznania

P107/04 Wykaz świadczeń zrealizowanych - rozpoznania

Instytucja realizująca:
 04003280 Jednostka organizacyjna probnego świadczeniodawcy PŚ

Data realizacji: 09.03.2006 do 09.03.2006 ☒ Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta:
 04 - Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ

☐ Produkt kontraktowy:
 Tab.: Kod: Wyr.:

☐ Produkt jednostkowy:
 Tab.: Kod:

Można podać część kodu, np. 02% aby wybrać wszystkie pozycje z danej grupy

☒ Świadczenie jednostkowe:
 Tab.: Kod: %


Świadczenia
☐ Wszystkie
☒ potwierdzone
☐ niepotwierdzone

Podgląd Wydruk Wyjście (F10)

opcje raportu P107/04

Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Instytucja realizująca – określa, dla jakiej instytucji realizującej generujemy raport,
- Data realizacji – okres, za jaki raport ma być wykonany.
- Oddział Wojewódzki NFZ pacjenta – Określająca, oddział NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta.
- Produkt kontraktowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.
- Produkt jednostkowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.

Wybranie jednej z opcji: Produkt kontraktowy lub Produkt jednostkowy spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych danych. Aby skorzystać z tego kryterium, należy postawić znaczek w polu wyboru, wybrać właściwą tabelę w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku . W słowniku produkt można szukać po fragmencie kodu lub nazwy.

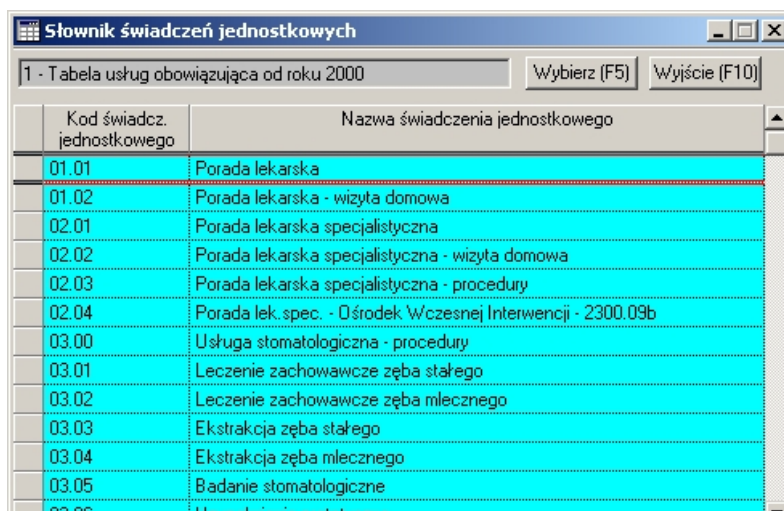
Informacja: W przypadku konieczności wykonania raportu na przełomie roku dla produktu jednostkowego o konkretnym kodzie, można produkt wybrać ze słownika, a następnie w polu Tab. wpisać fragment tabeli produktów ze znakiem %, np. 12I0%. Do raportu zostaną wtedy uwzględnione produkty o wybranym kodzie z tabel produktów 12I02, 12I03 itd.

- Świadczenia – do wyboru są trzy możliwości kupony potwierdzone lub niepotwierdzone albo wszystkie.

Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Realizujący –nazwisko realizującego świadczenie
- Rozpoznanie (kod) – kod rozpoznania,
- Liczba świadczeń – ilość usług wykonanych w danym okresie obliczeniowym powiązana z rozpoznaniem,
- Na dole ostatniej strony raportu znajduje się podsumowanie wszystkich usług. A także informacja o kuponach potwierdzonych i niepotwierdzonych.
- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Świadczenia jednostkowe. Wybranie tego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego paska natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.

•



Kod świadczenia jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Ustawienie protazy

6.11.9 Raport P109/04 - Diagnostyka medyczna - procedury

P109/04 Diagnostyka medyczna - procedury

Świadczenia zrealizowane w dniach: 09.03.2006 do 09.03.2006

☐ Osoba realizująca:

☐ Produkt kontraktowy:

Tab.:

Kod:

Wyr.:

☐ Produkt jednostkowy:

Tab.:

Kod:

Można podać część kodu, np. 03% aby wybrać wszystkie produkty z danej grupy

☒ Świadczenie jednostkowe:

☒ 04.01 ☐ Kod świadczenia jedn.

Tab.:

Kod:

Podgląd Wydruk Wyjście (F10)

opcje raportu P109/04

Poszczególne sekcje w opcjach mają następujące znaczenie:

- Świadczenia zrealizowane w dniach – data, dla której ma być wykonany raport,
- Osoba realizująca – można wybrać właściwą z listy,
- Produkt kontraktowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.
- Produkt jednostkowy – umożliwia zawężenie wydruku do wybranego tu kodu.

Wybranie jednej z opcji: Produkt kontraktowy lub Produkt jednostkowy spowoduje ograniczenie zbioru analizowanych danych. Aby skorzystać z tego kryterium, należy postawić znaczek w polu wyboru, wybrać właściwą tabelę w polu Tab., a następnie wpisać kod produktu w polu Kod. Jeżeli kod nie jest znany, można wywołać słownik po naciśnięciu klawisza F2 lub wybraniu przycisku . W słowniku produkt można szukać po fragmencie kodu lub nazwy.

- Dodatkowo możemy tutaj wybrać Świadczenia jednostkowe. Po zaznaczeniu tego pola możemy wybrać albo 04.01 lub Kod świadczenia jednostkowego. Wybranie drugiego pola powoduje uaktywnienie następnych pól: Tab. oraz Kod. W Tab. wybieramy pozycję z rozwijanego menu, natomiast w Kod wybieramy ze Słownika świadczeń jednostkowych.

-

Słownik świadczeń jednostkowych	
1 - Tabela usług obowiązująca od roku 2000	
Wybierz (F5) Wyjście (F10)	
Kod świadc. jednostkowego	Nazwa świadczenia jednostkowego
01.01	Porada lekarska
01.02	Porada lekarska - wizyta domowa
02.01	Porada lekarska specjalistyczna
02.02	Porada lekarska specjalistyczna - wizyta domowa
02.03	Porada lekarska specjalistyczna - procedury
02.04	Porada lek. spec. - Ośrodek Wczesnej Interwencji - 2300.09b
03.00	Usługa stomatologiczna - procedury
03.01	Leczenie zachowawcze zęba stałego
03.02	Leczenie zachowawcze zęba mlecznego
03.03	Ekstrakcja zęba stałego
03.04	Ekstrakcja zęba mlecznego
03.05	Badanie stomatologiczne
03.06	Usługi stomatologiczne

Informacja: W przypadku konieczności wykonania raportu na przełomie roku dla produktu jednostkowego o konkretnym kodzie, można produkt wybrać ze słownika, a następnie w polu Tab. wpisać fragment tabeli produktów ze znakiem %, np. 12I0%. Do raportu zostaną wtedy uwzględnione produkty o wybranym kodzie z tabel produktów 12I02, 12I03 itd.

Rozdział

7

7 Dodatkowe funkcje w programie Ewidencja Świadczeń

W tym rozdziale przedstawione zostaną dodatkowe funkcje programu:

Funkcje dostępne z menu **Specjalne**.

- Scalanie pacjentów – funkcja pozwala scalić powtarzające się wpisy na liście pacjentów do jednej pozycji.
- Komunikaty – odczyt ewentualnych komunikatów przesłanych z oddziału NFZ.
- Edycja karty pacjenta -
- Eksport danych w formacie XSP
- Import danych w formacie XSP
- Import danych pacjentów z formatu tekstowego – funkcja pozwala zaimportować listę pacjentów z pliku tekstowego o określonej strukturze.
- Przegląd wykonanych procedur – przegląd wybranych procedur wykonanych w jednostce.
- Przegląd umów 2005
- Przegląd umów 2006
- Przegląd dokumentów upoważniających UE
- Przegląd odpowiedzi z OW NFZ
- Przegląd niekompletnych danych 2006

Funkcje dostępne z menu **Parametry**.

- Kartoteki – funkcja służąca do wprowadzania danych o kartotekach.
- Ustawienia domyślne dla personelu
- Księga przychodni
- Słownik personelu – funkcja pozwala określić dane przyszłych realizatorów oraz domyślne miejsca wykonywania świadczeń przez poszczególnych realizatorów.

7.1 Menu "Specjalne"

7.1.1 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.

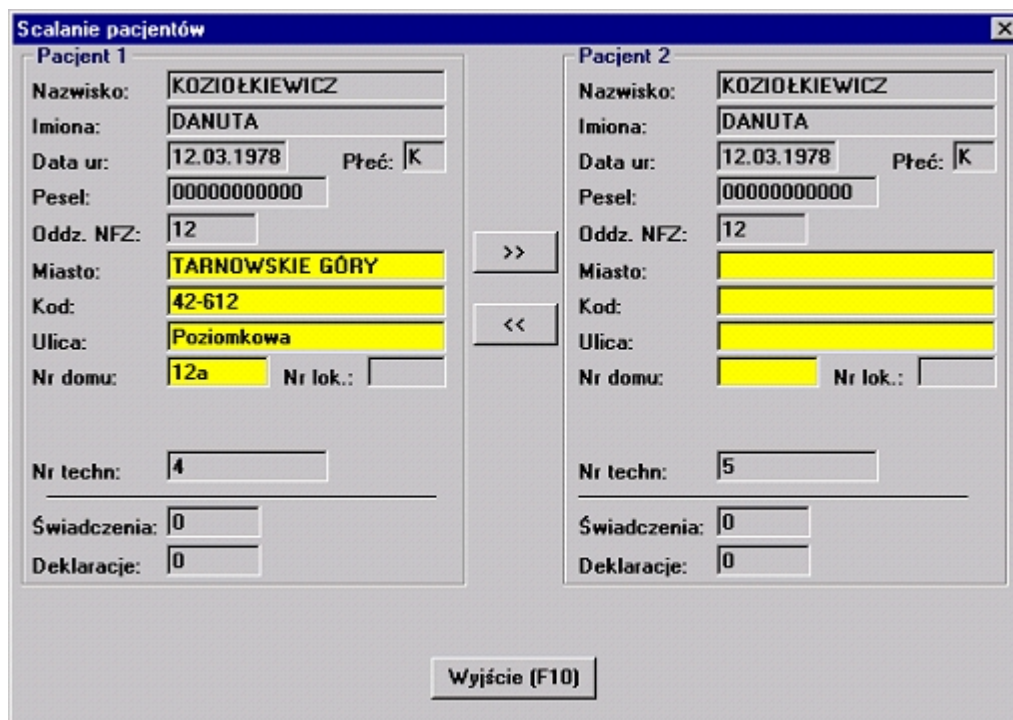
3. Wybierz przy pomocy myszy i klawisza CTRL dwie pozycje z listy, czyli pacjentów do scalenia. W tym celu należy zaznaczyć lewym klawiszem myszy jedną pozycję, następnie przytrzymując klawisz CTRL, zaznaczyć z pomocą myszy drugą pozycję. Oba wiersze powinny być zaznaczone na niebiesko.
4. Naciśnij myszą 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.

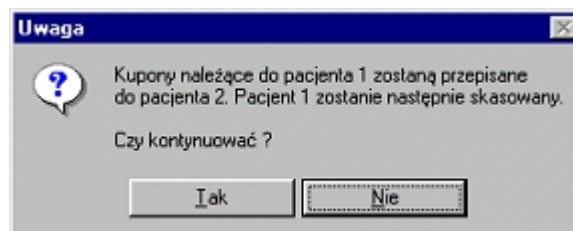
Istnieją dwie możliwości:

- 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

7.1.2 Komunikaty

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

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

komunikaty odebrane z oddziału NFZ

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

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

7.1.3 Edycja karty pacjenta

Informacja: Opcja działająca tylko w oddziałach z włączoną obsługą kart pacjenta.

Edycja karty pacjenta umożliwia edytowanie niektórych pól na karcie pacjenta. Ilość edytowalnych pól uzależniona jest od uprawnień zapisanych na Karcie Profesjonalisty edytującego.

Edycja danych na karcie pacjenta

Nr karty:

Nazwisko:

Imiona:

☐ Zmiana adresu

Miasto:

Kod:

Ulica:

Nr domu:

Kod gminy: ...

☐ Zmiana przychodni prowadzącej

...

☐ Zmiana lekarza prowadzącego

...

Odczyt (F3)

Zapisz (F9)

Anuluj (F11)

Wyjście (F10)

Możliwe jest edytowanie pól:

- Kod - kod pocztowy miejsca zamieszkania pacjenta
- Kod gminy - kod gminy pacjenta wybrany ze słownika kodów terytorialnych
- Zmiana przychodni prowadzącej - przychodnia prowadząca pacjenta wybrana ze słownika
- Zmiana lekarza prowadzącego - lekarz prowadzący wybrany ze słownika personelu

Przycisk **Odczyt (F3)** umożliwia odczyt danych z karty pacjenta, a **Zapis (F9)** - zapisa danych na karcie.

7.1.4 Eksport danych w formacie XSP

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

The screenshot shows a Windows-style dialog box titled "Eksport danych w formacie XSP". It contains four sections, each with a file path input, date pickers, and an "Eksport" button. The "Pacjenci" section has a file path "c:\temp\pacjenci.xsp" and date pickers for "Data wpisania/modyfikacji" from "01.10.2006" to "19.10.2006". The "Dokumenty UE" section has a file path "c:\temp\DokUE.xsp" and date pickers for "Data modyfikacji" from "01.10.2006" to "19.10.2006". The "Świadczenia" section has radio buttons for "tylko zlecenia" (selected) and "realizacje", a file path "c:\temp\amb.xsp", and date pickers for "Data zlecenia" from "01.10.2006" to "19.10.2006". The "Słowniki" section has radio buttons for "eksport przyrostowy" (selected) and "eksport całościowy", a file path "c:\temp\slpers.xsp", date pickers for "Data modyfikacji" from "01.10.2006" to "19.10.2006", a checkbox for "eksportuj wszystkie słowniki", and a grid of radio buttons for specific dictionaries: "Słownik personelu", "Słownik filii", "Słownik świadczeniodawców", "Słownik instytucji/krajów UE", "Słownik świadczeń jednostkowych", "Słownik produktów jednostkowych", "Słownik procedur", and "Słownik produktów". A "Wyjście (F10)" button is at the bottom.

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 modyfikacji należy wprowadzić daty z jakiego okresu dane mają być eksportowane.
3. Dane świadczeń w sekcji **Świadczenia**.
W polach Data zlecenia/realizacji należy wprowadzić daty z jakiego okresu dane mają być eksportowane, oraz zaznaczyć czy mają zostać wyeksportowane tylko zlecenia, czy realizacje poprzez zaznaczenie odpowiedniej opcji.
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.

7.1.5 Import danych w formacie XSP

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

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

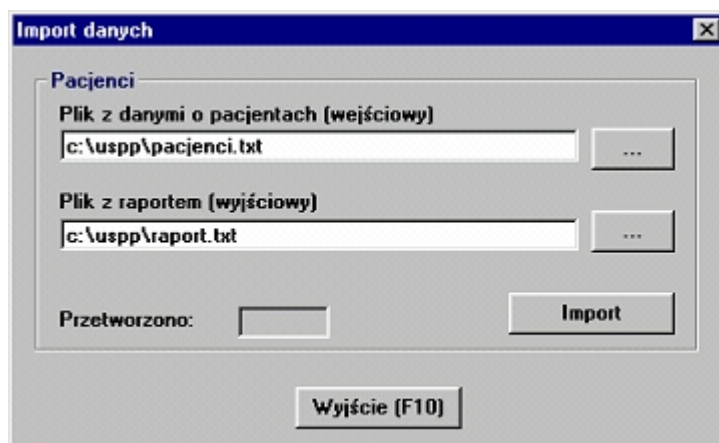
W odpowiednich sekcjach dla odpowiednich danych należy, za pomocą przycisku [...] wybrać ścieżkę, w której znajdują się pliki do zaimportowania.

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.

7.1.6 Import danych pacjentów z formatu tekstowego

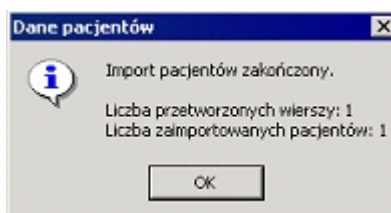
Plik tekstowy z danymi pacjentów można zaimportować do listy pacjentów w PŚ - Lecznictwo Ambulatoryjne.



import danych z pliku tekstowego

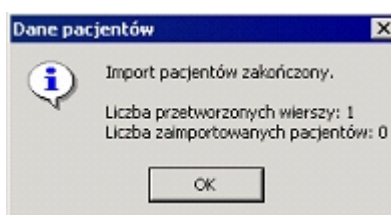
Aby zaimportować listę pacjentów z pliku

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 ukaze 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:



Rys. 110 - zakończenie importu pacjentów bez wszystkich pozycji

7.1.7 Przegląd wykonanych procedur

Formularz umożliwia przejrzanie wszystkich wprowadzonych do systemu procedur wykonanych przy realizacji świadczenia dla pacjenta w jednostce.

Po wejściu w opcję pokazywane jest puste okno, użytkownik powinien najpierw wyznaczyć jakie dane chce oglądać, do tego celu służą pola umieszczone nad tabelą:

- Tabela proc. – można tu wybrać konkretną tabelę z listy.
- Procedura – pozwala wybrać konkretną (jedną) procedurę.
- Data wyk. od...do... – należy wyznaczyć okres przeglądanych danych.
- Nr świadczenia – umożliwia przegląd wszystkich pozycji o jednakowym numerze świadczenia. W polu tekstu należy ręcznie wpisać właściwy numer lub wskazać pozycję w

Do zatwierdzenia w.w. warunków przeglądania służy przycisk **Znajdź (ENTER)**.

Można przejrzeć dane świadczenia, z którym związana jest wskazana w tabeli procedura – do tego celu służy przycisk **Świadczenie (F6)**.

[illegible]

przegląd wykonanych procedur

7.1.8 Przegląd umów

W opcji widoczne są wszystkie umowy (inne niż z roku 2005) wczytane do Pakietu Świadczeniodawcy, niezależnie od miejsca ewidencji świadczeń, czyli rodzaju Pakietu (Ewidencja Świadczeń w Lecznictwie Ambulatoryjnym, Ewidencja Świadczeń w Lecznictwie Stacjonarnym).

7.1.9 Przegląd umów 2005

W opcji widoczne są wszystkie umowy z roku 2005 wczytane do Pakietu Świadczeniodawcy, niezależnie od miejsca ewidencji świadczeń, czyli rodzaju Pakietu (Ewidencja Świadczeń w Lecznictwie Ambulatoryjnym, Ewidencja Świadczeń w Lecznictwie Stacjonarnym).

7.1.10 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.


```
prezentacja odpowiedzi z oddziału NFZ dotyczących danych niepoprawnych
```

- Dane medyczne - poziom danych merytorycznych
- Dane rozliczeniowe - poziom danych merytorycznych
- Dane medyczne - poziom komunikatu
- Dane rozliczeniowe - poziom komunikatu

Przycisk **Kasuj (F8)** umożliwia usunięcie danej odpowiedzi, przycisk **Dane świadczenia (F6)** umożliwia przejście bezpośrednio do formularza prezentacji i edycji świadczenia, którego dotyczy zaznaczona odpowiedź.

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

Status	Nr wersji	Nr świadczenia	Lid. pacjenta	Kod błędu	Opis błędu weryfikacji

prezentacja niekompletnych danych

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

- Nr. świadcz.- dane tylko dla zaznaczonego lub wpisanego świadczenia

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

7.1.13 Zbiorne 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.

Okno przeliczania pozycji rozliczeniowych

- Zakres
 - lecznictwo ambulatoryjne
- 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

- wg daty końca realizacji
- wg umowy
- wg miesiąca

© 2007 ComputerLand S.A.

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 usuwające oraz pozycje dodające z nowymi 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 świadczenia (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 świadczenia (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.

7.2 Menu "Parametry"

7.2.1 Kartoteki

Funkcja Kartoteki umożliwia definiowanie numerów i nazw kartotek (punktów rejestracyjnych). Podział świadczeń/kuponów na kartoteki został opisany w punkcie Kartoteki.

Nr kartoteki	Opis
01	Kartoteka ogólna
02	Kartoteka stomatologiczna
03	Kartoteka dziecięca

definiowanie kartotek

Po uruchomieniu funkcji na ekranie pojawia się formularz przedstawiony wyżej. W dolnej części okna znajduje się tabela zawierająca numery i odpowiadające im nazwy kartotek.

Aby zmodyfikować listę kartotek należy:

1. Wybrać przycisk **Tryb edycji (F6)**
2. Wybrać przycisk **Nowy (F7)** (jeśli chcemy wprowadzić nową kartotekę)
3. Wprowadzić odpowiednie zmiany w opisie kartoteki (numer, nazwa)
4. Wybrać przycisk **Zatwierdź (F9)**
5. Po wprowadzeniu wszystkich zmian wybrać przycisk **Wyjście (F10)**.

7.2.2 Ustawienia domyślne dla personelu

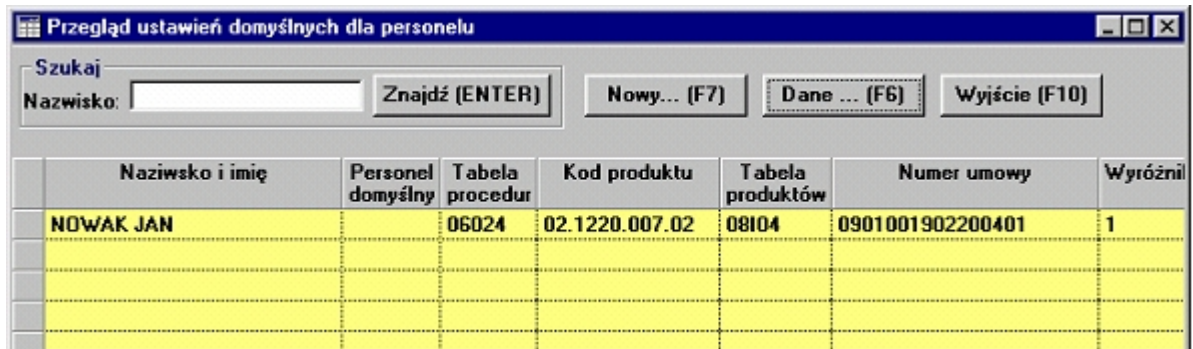
Opcja pozwala na wprowadzenie pewnych domyślnych ustawień dla realizatorów świadczeń leczenia ambulatoryjnego. Przy uzupełnianiu danych o świadczeniach te ustawienia ułatwiają wprowadzenie danych bez konieczności każdorazowego ręcznego wybierania tych samych wartości na świadczeniu dla danego realizatora. Ustawienia domyślne dla osób realizujących świadczenia obejmują:

- domyślny produkt kontraktowy z umowy automatycznie wybierany przy dopisywaniu nowego produktu jednostkowego na świadczenie
- domyślną komórkę organizacyjną, wybraną automatycznie na formularzu świadczenia w części dotyczącej zlecenia lub realizacji w zależności od wybranego zleceniodawcy lub realizatora
- domyślną tabelę procedur wybraną na świadczeniu na zakładce **Procedury**.

W ustawieniach można także wybrać domyślnego realizatora. Ta osoba będzie się automatycznie podpisywać na nowym świadczeniu w polu Nr prawa w części dotyczącej realizacji. Opcja będzie przydatna dla małych gabinetów, gdzie jest tylko jeden realizator. Prawidłowo ustawione opcje zaraz po instalacji Pakietu pozwalają na szybkie wprowadzanie świadczeń i niwelują błędy związane ze złym wyborem różnych wymaganych na świadczeniu kodów.

Aby wprowadzić nowe ustawienie dla osoby ze słownika personelu:

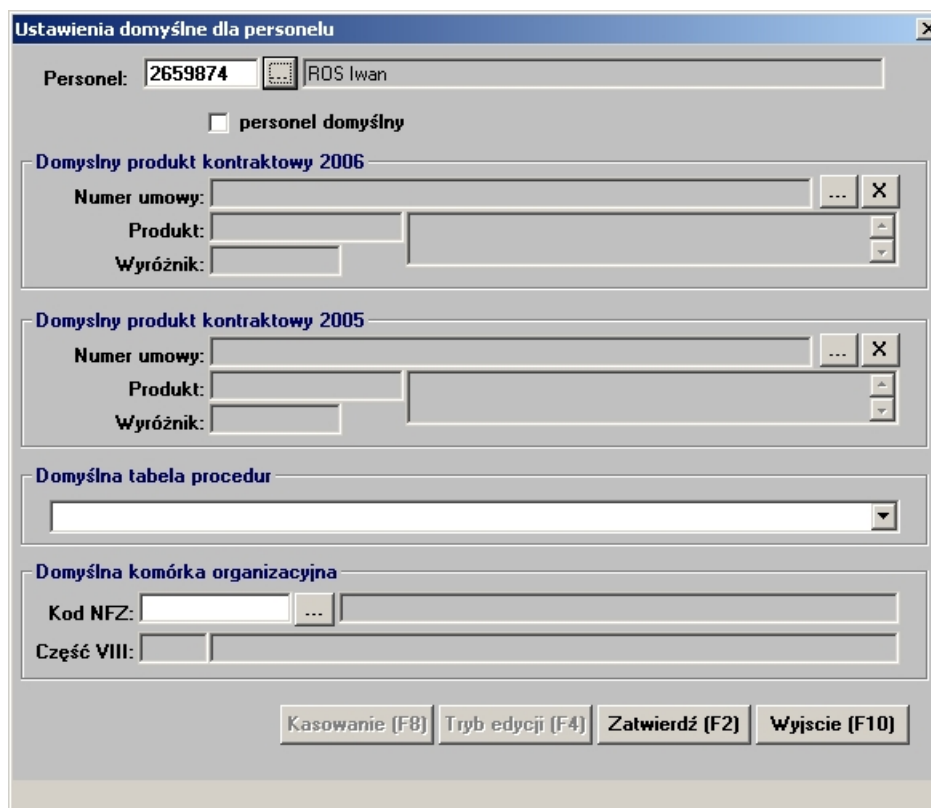
1. Z menu **Parametry** wybierz pozycję **Ustawienia domyślne dla personelu**.
Otworzy się formularz **Przegląd ustawień domyślnych dla personelu**.



Nazwisko i imię	Personel domyślny	Tabela procedur	Kod produktu	Tabela produktów	Numer umowy	Wyróżni
NOWAK JAN		06024	02.1220.007.02	08104	0901001902200401	1

lista wprowadzonych ustawień domyślnych dla personelu

2. Na formularzu wybierz przycisk **Nowy... (F7)**. Wyświetli się formularz **Ustawienia domyślne dla personelu** (Rys. 117) bez wpisanych danych.



Ustawienia domyślne dla personelu

Personel: 2659874 [ikonka] RQS Iwan

☐ personel domyślny

Domyślny produkt kontraktowy 2006

Numer umowy: [pole] ... X

Produkt: [pole] [pole]

Wyróżnik: [pole]

Domyślny produkt kontraktowy 2005

Numer umowy: [pole] ... X

Produkt: [pole] [pole]

Wyróżnik: [pole]

Domyślna tabela procedur

[pole]

Domyślna komórka organizacyjna

Kod NFZ: [pole] ...

Część VIII: [pole]

Kasowanie (F8) Tryb edycji (F4) Zatwierdź (F2) Wyjście (F10)

ustawienia domyślne dla personelu

3. W odpowiednich polach wprowadź właściwe dane:
- Personel – osoba, której dane przetwarzamy i dla której określamy domyślne ustawienia. Można podać ręcznie numer prawa lub wybrać osobę ze słownika po naciśnięciu przycisku [ikonka].
 - Personel domyślny – po zaznaczeniu tej opcji wybrana osoba będzie podpowiadać się automatycznie jako realizator dla każdego rejestrowanego nowego świadczenia.
 - W części Domyślny produkt kontraktowy 2006 wybierz ze słownika jeden z produktów z umowy. Ta umowa i ten produkt będą się automatycznie podpowiadać dla każdej pozycji produktu jednostkowego dopisywanej do świadczenia. Przy wyborze produktu kontraktowego, będzie on automatycznie wyświetlany w formacie **Produkty jednostkowe**.

- W części Domyślny produkt kontraktowy 2005 wybierz ze słownika jeden z produktów z umowy. Pojawi się formatka na której automatycznie pojawią się ustawienia na produkty kontraktowe na rok 2006. Należy wówczas zmienić rok na 2005. Ta umowa i ten produkt będą się automatycznie podpowiadać dla każdej pozycji produktu jednostkowego dopisywanej do świadczenia.

Informacja: Aby wybrać jakiś produkt, należy wcześniej zaimportować dane z pliku umowy w module **Wspomaganie Rozliczeń** lub **Komunikacja**. W następnym okresie rozliczeniowym po załadowaniu z dyskietki nowej umowy, ustawienia o domyślnym produkcie kontraktowym trzeba będzie uaktualnić.

- Domyślna tabela procedur – automatycznie podpowiadana na zakładce **Procedury** na formularzu świadczenia.
 - **Domyślna komórka organizacyjna** – automatycznie podpowiadana w części zlecenia lub realizacji po wybraniu danej osoby ze słownika. Po wybraniu miejsca realizacji w polu Kod NFZ uzupełnione automatycznie zostanie pole Część VIII zgodnie z zawartością słownika komórek organizacyjnych,
4. Po wprowadzeniu zmian wybierz przycisk **Zatwierdź (F9)**.
 5. Operację powtórz dla wszystkich osób ze słownika personelu, które będą realizatorami na świadczeniach.

Modyfikacja ustawień domyślnych dla osoby ze słownika personelu:

1. Na formularzu **Przegląd ustawień domyślnych dla personelu** zaznacz właściwą pozycję i wybierz przycisk **Dane... (F6)**. Wyświetli się formularz **Ustawienia domyślne dla personelu**.
2. Wybierz przycisk **Tryb edycji (F4)** i zmodyfikuj dane zgodnie z opisem podanym wyżej w punkcie 3.
3. Wybierz przycisk **Zatwierdź (F2)**, a następnie zamknij formularz (przycisk **Wyjście (F10)**).

Usuwanie ustawień domyślnych dla osoby ze słownika personelu:

1. Na formularzu **Przegląd ustawień domyślnych dla personelu** zaznacz właściwą pozycję i wybierz przycisk **Dane... (F6)**. Wyświetli się formularz **Ustawienia domyślne dla personelu**.
2. Wybierz przycisk **Kasowanie (F8)**. Wyświetli się komunikat z pytaniem o skasowanie rekordu. Potwierdź zamiar wybierając przycisk **Tak**. Dane zostaną skasowane z listy domyślnych ustawień.

Informacja: Skasowaniu ulegają jedynie domyślne ustawienia. Osoba w słowniku personelu nie jest usuwana. Tak samo wprowadzone na świadczeniach dane nie zmieniają swoich ustawień.

7.2.3 Księga przychodni

Funkcja **Księgi przychodni** umożliwia dodawanie i modyfikację ksiąg zarejestrowanych w systemie.

Księgę można usunąć poprzez kliknięcie przycisku **Kasowanie (F8)**, dostępnego w formacie edycji danych księgi dostępnej po kliknięciu przycisku **Dane (F6)**.

Formularz **Lokalny słownik personelu** umożliwia dopisanie, edycję i usuwanie personelu medycznego. W słowniku można wprowadzić informacje o własnym personelu medycznym oraz personelu zewnętrznym, który najczęściej wykonuje zlecenia do naszej jednostki. Wtedy dla świadczeń w trybie ze skierowaniem zewnętrzny personel zlecający będzie można wybierać ze słownika bez konieczności każdorazowego ręcznego wprowadzania i weryfikacji kodu prawa wykonywania zawodu.

Felczer, Rehabilitant/Terapeuta, Inny)

				Nr prawa	PESEL
				8440551	00010100015
L	A	Lekarz_1	1	0123450	70101066672
L	A	Lekarz_2	2	0345676	68101066679

Istnieje możliwość wybrania osoby z personelu zewnętrznego wówczas należy wybrać z rozwijanych list **Personel zewnętrzny**, oraz **typ personelu** (Lekarz, Lekarz dentysta lub Felczer)

Typ pers.	Status akt.	Nazwisko	Imiona	Nr prawa	PESEL

Dopisywanie personelu do słownika lokalnego:

1. Z menu głównego programu wybierz opcję **Parametry/Słownik personelu**. Otworzy się formularz jak na rys. 123. W kolejnych polach określ status osoby w słowniku (**Personel własny**, **Personel zewnętrzny**), typ personelu (**Lekarz**, **Lekarz dentysta**, **Pielęgniarka**, **Położna**, **Felczer**, **Rehabilitant/Terapeuta**, **Inny**) oraz pozostałe dane identyfikacyjne. Ważne jest wprowadzenie właściwego numeru prawa. W przypadku osób bez numeru prawa podajemy kod 0000000 (7 zer). Wtedy musi być podany właściwy numer PESEL.

Typ pers.	Nazwisko	Imiona	Nr prawa	PESEL	Status akt.	Data mod
L	Długosz	Adam	9563878	63030733337	A	09.03.2006
L	Fidel	Maria	0000000	74101088883	N	03.01.2006
L	Kowalski	Marian	1234565	00000000000	A	24.02.2006
L	Kowalski	Tadeusz	4578569	75121311830	A	03.01.2006
L	Miklus	Anna	7353768	59042422228	A	03.01.2006
L	RDS	Iwan	2659874	65030777771	A	09.03.2006
L	RDS	JERZY	4563283	62030799990	A	09.03.2006
L	RDS	ADAM	1238541	00000000000	A	09.03.2006

Informacja: Jeżeli opcja nie jest dostępna w menu, to znaczy, że Pakiet Świadczeniodawcy działa w trybie z centralnym dystrybuowanym słownikiem personelu, aktualizowanym na podstawie danych przekazywanych przez oddział NFZ. O kształcie słownika decyduje wtedy oddział NFZ i nie można go modyfikować lokalnie.

2. Na formularzu Lokalny słownik personelu wybierz przycisk **Nowy... (F7)**. Otworzy się formularz edycji danych osoby w lokalnym słowniku personelu (p. Rys. 124).

Uwaga: Wybranie właściwego statusu i typu personelu jest bardzo ważne ze względu na miejsca, gdzie możemy daną osobę wpisać. Np. jako realizator świadczenia można wybrać tylko osobę o statusie **Personel własny**. Z kolei jako opiekuna na deklaracji POZ można wybrać tylko lekarza dla listy aktywnej L, pielęgniarkę środowiskową dla listy aktywnej PS, lub położną dla listy aktywnej O. Osoby o typie personelu **Inny** wpisuje się do słownika celem wprowadzenia kont operatorów Pakietu Świadczeniodawcy zakładanych z poziomu programu **Administrator**.

3. Dane zatwierdzamy przyciskiem **Zatwierdź (F9)**.

Typ pers.	Nazwisko	Imiona	Nr prawa	PESEL	Status akt.	Data r.
I	Kowalska	Katarzyna	EL-23454534	000000000000	A	13.04.2
I	Widlarz	Łukasz	AD-4570	000000000000	A	13.04.2

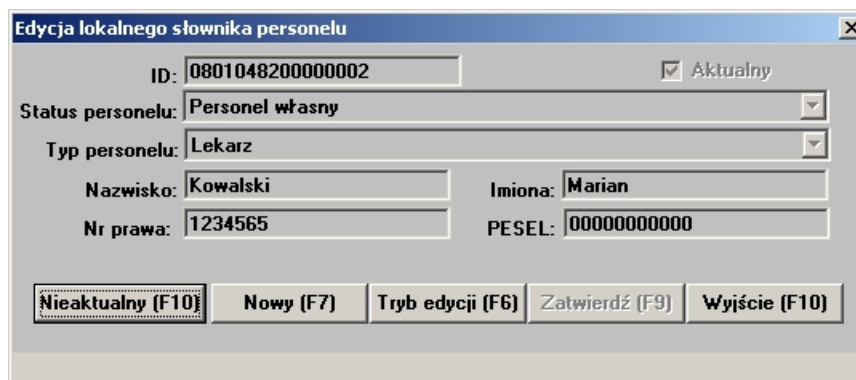
dopisanie personelu ze słownika lokalnego.

Modyfikacja danych personelu w słowniku lokalnym:

1. Na formularzu **Lokalny słownik personelu** w części **Szukaj** wybierz właściwy status i typ personelu. Osobę w słowniku możesz znaleźć po nazwisku i/lub numerze prawa. W polach Nazwisko i Nr prawa można podać początkowe znaki wyszukiwanego nazwiska i/lub numeru prawa wykonywania zawodu. Zaznacz na liście właściwy wpis i wybierz przycisk **Dane... (F6)**.
2. Na formularzu danych osoby wybierz przycisk **Tryb edycji (F6)**. Zmodyfikuj dane.
3. Wybierz przycisk **Zatwierdź (F9)**.

Blokowanie personelu.

1. Wybieramy osobę z personelu, która ma zostać zablokowana:



Edycja lokalnego słownika personelu

ID: 0801048200000002 ☒ Aktualny

Status personelu: Personel własny

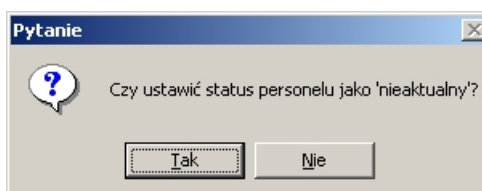
Typ personelu: Lekarz

Nazwisko: Kowalski Imiona: Marian

Nr prawa: 1234565 PESEL: 00000000000

Nieaktualny (F10) Nowy (F7) Tryb edycji (F6) Zatwierdź (F9) Wyjście (F10)

2. Klikamy **Nieaktualny (F10)** lub naciskamy klawisz F10. Pojawia się następujący komunikat:



Pytanie

Czy ustawić status personelu jako 'nieaktualny'?

Tak Nie

Klikamy **Tak** aby zatwierdzić lub **Nie** aby anulować. Po zatwierdzeniu, czyli kliknięciu **Tak** przycisk **Nieaktualny(F10)** staje się nieaktywny. Następnie wychodzimy z tej zakładki, czyli jesteśmy w oknie Słownik lokalny personelu. Obserwując przegląd personelu łatwo zauważyć, iż istnieje kolumna Status akt.. Widzimy, iż status aktywności dla naszej osoby jest **N**, czyli nieaktywny.

3. Personel z niepoprawnymi danymi. W nowej wersji modułu istnieje możliwość zaznaczenia - zmiany Statusu aktywności personelu na status nieaktualny, w przypadku gdy wcześniej był aktualny bez zmiany danych.

Usuwanie personelu ze słownika lokalnego:

1. Na formularzu **Lokalny słownik personelu** zaznacz na liście właściwy wpis i wybierz przycisk **Dane... (F6)**.
2. Na formularzu danych osoby wybierz przycisk **Tryb edycji (F6)**. Kliknij myszką w opcję **Aktualny** tak, aby ją odznaczyć.
3. Wybierz przycisk **Zatwierdź (F9)**. Od tej pory osoba w słowniku nie będzie dostępna do wybrania na świadczenia czy na deklaracje POZ.

Informacja: Personelu w słowniku lokalnym nie można trwale usuwać. O tym, czy osoby do niego wpisane będą widoczne w słownikach, decyduje ustawienie statusu aktualności (opcja Aktualny).

Historia zmian w słowniku personelu dostępna jest po zaznaczeniu konkretnej osoby w tabeli, a następnie wybraniu przycisku **Historia zmian (F11)**.

7.2.4.2 Słownik centralny

Formularz **Słownik personelu** w przypadku używania słownika centralnego nie umożliwia w przeciwieństwie do słownika lokalnego dopisania, edycji i usuwania personelu medycznego. W słowniku można jedynie wybrać personel dla danego świadczenia. Ponadto umożliwia filtrowanie ilości wyświetlanego personelu przez wybór świadczeniodawcy czy instytucji.

Nr osoby	Nazwisko i imię	Nr prawa	Instytucja
27000002	Cincioła MAREK	27000002	27000002

wybór z centralnego słownika personelu

Informacja: Słownik centralny aktualizowany jest podczas importu danych z oddziału NFZ, o kształcie słownika decyduje oddział NFZ i nie można go modyfikować lokalnie.

Aby wybrać osobę z centralnego słownika personelu:

1. Na formularzu Słownik personelu zaznacz właściwą pozycję i wciśnij przycisk **Wybierz (F5)**.

Aby wyświetlić całą listę personelu niezależnie od świadczeniodawcy instytucji:

1. Wyczyść pole Świadczenie. (standardowo program podpowiada naszego świadczeniodawcę wpisując jego kod, odpowiedź możliwa także przy użyciu klawisza F3 na tym polu).
2. W rozwijanym polu Inst. wybierz pozycję pustą i wciśnij klawisz **Znajdź (ENTER)**.

Aby wyświetlić całą listę danego świadczeniodawcy niezależnie od instytucji:

1. W polu Świadczenie wybierz lub wpisz kod świadczeniodawcy.
2. W rozwijanym polu Inst. wybierz pozycję pustą i wciśnij klawisz **Znajdź (ENTER)**.

Dodatkowo możliwe jest filtrowanie wyników wyszukiwania poprzez wybór w polu Filtr filtrowania tylko dla danej instytucji lub nazwiska.

Rozdział

8

8 Dodatki

8.1 Dodatek A. Skróty klawiszowe

Najłatwiejszym sposobem wybrania odpowiedniego przycisku 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 w aplikacji dla wybranych funkcji programu przedstawia Tabela 1. Wszystkie możliwe do wykorzystania w danym formularzu skróty są wyświetlane na odpowiednich przyciskach, obok opisu słownego.

Tabela 1 - Podstawowe skróty klawiszowe

Klawisz	Opis
F1	Po naciśnięciu tego klawisza wyświetli się okno pomocy kontekstowej z informacjami o elementach aktualnie otwartego formularza programu PS - Lecznictwo Ambulatoryjne.
F2	Uruchomienie słownika kontekstowego dla pola, w którym jest kursor. Jeżeli kursor będzie np. w polu Instytucja, naciśnięcie skrótu spowoduje uruchomienie słownika kontekstowego ze spisem wszystkich instytucji (w zastępstwie przycisku ...).
F3	Skrót podpowiada treść pól edycyjnych na różnych formularzach, np. wstawia bieżącą datę, numer lokalnej instytucji, kod realizatora taki jak zleceniodawcy itp.
F4	Na wszystkich formularzach, na których jest tabelka, naciśnięcie tego klawisza powoduje przeniesienie zaznaczenia na tabelkę, dzięki czemu nie trzeba sięgać ręką po mysz, aby wybrać pozycję z listy. Na innych formularzach: albo zastępuje przycisk Przegląd pacjentów na głównym formularzu programu, albo przycisk Wydanie/ rejestracja na formularzu Dane pacjenta .
F5	Zastępuje przycisk Wybierz na formularzach, na których ten przycisk jest dostępny.
F6	Skrót przeznaczony jest do włączania trybu edycji (możliwości wpisywania wartości do pól edycyjnych). Zastępuje przycisk Tryb edycji . Wykorzystany jest np. w formularzu Pacjent, Kupon, Lista poradni i Przypisanie lekarzy do poradni .
F7	Tworzenie nowej pozycji na liście (tabeli).

F8	Kasowanie elementu na liście (tabeli).
F9	Zastępuje przycisk Zatwierdź w każdym z formularzy, w którym ten przycisk jest dostępny.
F10	Zastępuje przycisk Wyjście w każdym z formularzy.
szary '*' (na Klawiaturze numerycznej)	Dla pól z datą wprowadza bieżącą datę.
szary '+' (na Klawiaturze numerycznej)	Dla pól z wypełnioną datą dodaje jeden dzień do daty wpisanej w pole.
szary '-' (na Klawiaturze numerycznej)	Dla pól z wypełnioną datą odejmuje jeden dzień od daty wpisanej w pole.

Tabela 2 - Standardowe skróty dostępne podczas wypełniania pól w formularzach

Klawisz	Opis
TAB	W formularzu typu Dane pacjenta lub Uzupełnianie kuponu powoduje przeniesienie zaznaczenia lub kursora tekstowego do następnego pola. W siatce tabeli taka, jak żółta tabela procedur, lub tabela z listą poradni, 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 (tak, jak przy uzupełnianiu procedur), 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.
SPACJA	Postawienie lub usunięcie znacznika w polu wyboru zaznaczenia. Klawisz jest przydatny np. przy uzupełnianiu kuponów, gdy trzeba zaznaczyć pole Recepta.
Lewy ALT+strzałka w dół	Rozwinięcie listy w polu combo (takie, jak Lista poradni lub Osoba zlecająca na formularzu Uzupełniania kuponów) w celu wybrania jednej z pozycji za pomocą klawiatury. Po rozwinięciu listy, pozycję można wybrać klawiszami strzałkami kursora i Enter.
CTRL+TAB	Kombinacja tych klawiszy pozwala wybrać następną zakładkę na formularzu uzupełniania świadczeń w celu wpisania kolejno produktów jednostkowych, procedur i danych dodatkowych.