

Zasady przekazywania Danych

Wytyczne techniczne dotyczące plików CSV

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

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

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

Pliki z Danymi powinny być umieszczone w folderze nadrzędnym, którym jest folder o nazwie <kod jednostki sprawozdającej> :

– <kod jednostki sprawozdającej>

prosimy nie tworzyć dodatkowych folderów, podfolderów.

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

We wskazanych kolumnach/polach dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” **tylko w przypadku** jeśli dany zapis **nie istnieje** w dokumentacji.

W przypadku nie ewidencjonowania poszczególnych elementów (np. leków, wyrobów medycznych, dodatkowych procedur) w stopniu odpowiadającym szczegółowości dla każdego świadczeniobiorcy należy przesłać puste pliki.

Wytyczne dotyczące elementów struktury plików zaznaczone tłem jasnożółtym, dla kolumn oznaczonych jako "WYMAGANE" można przekazać zawartości pola z wpisem „BRAK” po spełnieniu warunku opisanego w kolumnie „**Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład**".

Wytyczne dotyczące elementów struktury plików niezaznaczone tłem, dla kolumn oznaczonych jako "OPCJONALNE" powinny być wypełnione jeśli świadczeniodawcy posiadają takie dane, jeśli świadczeniodawcy nie posiadają danych należy przekazać pustą zawartości pola.

Typy danych

W plikach przekazywane będą następujące typy danych:

1. Pola daty („DATA”): format daty "RRRR-MM-DD".
2. Pola godziny („GODZINA”): format godziny 24 - godzinny „GG:MM”.
3. Pola numeryczne:
 - a. **liczba całkowita** należy pominąć przekazywanie separatora dziesiętnego i następujących po nim cyfr zero: format „LICZBA CAŁKOWITA” „0”
 - b. **liczba wyrażona w walucie PLN**; separator dziesiętny - przecinek; liczba powinna być zaokrąglona do czterech miejsc po przecinku: format „LICZBA PLN” „0,0000”
 - c. **liczba**; separator dziesiętny - przecinek; liczba powinna być zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku: format „LICZBA” „0,00”
4. Pola tekstowe (TEKST): wartość tekstowa ma nie być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu).

Zawartość merytoryczna plików

Jeżeli w zakresie danych, które mają być zawarte w plikach występuje wiele zdarzeń danej klasy, np. kilka

hospitalizacji, to dla każdego zdarzenia należy przesłać pełny wiersz informacji powtarzając ogólne dane w celu właściwej identyfikacji zdarzenia. Pliki w tym zakresie mają być redundantne.

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

Zbierane dane dotyczą pacjentów, dla których **udzielane świadczenie zakończyło się w okresie 1.01.2013 – 31.12.2014 r.**

Nazewnictwo plików

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

1. Dla plików CSV

<kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>_<nn>.CSV

gdzie:

- kod jednostki sprawozdającej – jest kodem nadawanym przez odpowiedni OW NFZ
- kod pliku – jest kodem wskazanym w specyfikacji poszczególnych plików
- rok – jest czterocyfrowym numerem roku, którego dotyczy zawartość danych w pliku
- nn – jest numerem kolejnym pliku (01, 02 itd.).

2. Dla plików XLS

<kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>.XLS

gdzie:

- kod jednostki sprawozdającej – jest kodem nadawanym przez odpowiedni OW NFZ
- kod pliku – jest kodem wskazanym w specyfikacji poszczególnych plików
- rok – jest czterocyfrowym numerem roku, którego dotyczy zawartość danych w pliku

Przykład:

Komplet (**MINIMALNY ZESTAW**) plików za 2014 rok w przypadku gdy wszystkie dane udało się zapisać w jednym pliku dla świadczeniodawcy o kodzie 6543456 to:

```
6543456_OG_2014_01.csv
6543456_SM_2014_01.csv
6543456_PL_2014_01.csv
6543456_WM_2014_01.csv
6543456_PR_2014_01.csv
6543456_PR_HR_2014_01.csv
6543456_CP_2014_01.csv
6543456_FK_2014.xls
6543456_OM_2014.xls
```

Plik 1, Ogólne Informacje, Nazwa pliku: *Kodswiadczeniodawcy_OG_rok_nn.csv*

Plik ma zawierać informacje ogólne pozwalające dokładnie scharakteryzować świadczenie opieki zdrowotnej. Dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej (rozumianego jako zespół świadczeń zrealizowanych na rzecz pojedynczego pacjenta w ramach pojedynczego kontaktu ze świadczeniodawcą) ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	KOD_SW	TEKST	WYMAGANE	Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ	Zgodny z umieszczonym w nazwach plików <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>_<nn>.CSV <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>.XLS W przypadku posiadania w kodzie świadczeniodawcy znaku „/” prosimy go pominąć w nazwie pliku i w kolumnie KOD_SW. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzożyłowy)
2	NAZWA_SW	TEKST	WYMAGANE	Pełna nazwa świadczeniodawcy	Zgodnie z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzożyłowy)
3	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji świadczeń jest wymaganie identyczności zapisu: w kolumnie NR_KS w plikach: <i>Kodswiadczeniodawcy_SM_rok_nn.csv</i> <i>Kodswiadczeniodawcy_PL_rok_nn.csv</i> <i>Kodswiadczeniodawcy_WM_rok_nn.csv</i> <i>Kodswiadczeniodawcy_PR_rok_nn.csv</i> <i>Kodswiadczeniodawcy_PR_HR_rok.csv</i> Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzożyłowy)
4	TYP_SW	TEKST	WYMAGANE	Typ zestawu świadczeń	Pomocniczy atrybut techniczny pozwalający na lepszą weryfikację poprawności struktury przekazanego komunikatu w zależności od rodzaju świadczeń przekazywanych w sprawozdaniu. Wartości: JGP – dla świadczeń rozliczanych w JGP, INNY – dla pozostałych świadczeń niż JGP

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
5	ID_PACJENTA	TEKST	WYMAGANE	Identyfikator pacjenta (w tym nr PESEL)	Głównym identyfikatorem pacjenta jest PESEL. W przypadku jego braku identyfikator zgodny z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzoźłowu) (do 20 znaków)
6	DATA_PRZYJ	DATA	WYMAGANE	data rozpoczęcia świadczenia	Data rozpoczęcia kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą (potocznie – data przyjęcia do szpitala) Format DATA – "RRRR-MM-DD".
7	DATA_ZAK	DATA	WYMAGANE	data zakończenia świadczenia	Data zakończenia kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą (potocznie – data wypisania ze szpitala) Format DATA – "RRRR-MM-DD". Wartość tego pola może być identyczna/równa z wartością DATA_PRZYJ Dla pacjentów przyjętych do świadczeniodawcy przed 01-01-2013 i nie wypisanych do dnia 31-12-2014 wprowadzić datę 31-12-2014
8	TR_PRZYJ	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	tryb przyjęcia określony na dany okres sprawozdawczości	Zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Np.: dla świadczeń stacjonarnych KODY TRYBU PRZYJĘCIA „1” – przyjęcie planowe; „2” – przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem z pomocy doraźnej; „3” – przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem innym niż z pomocy doraźnej; „4” – przyjęcie w trybie nagłym bez skierowania. Format LICZBA CAŁKOWITA należy pominąć przekazywanie separatora dziesiętnego i następujących po nim cyfr zero.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
9	TR_WYP	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	tryb wypisu określony na dany okres sprawozdawczości	<p>Zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.</p> <p>Np.: dla świadczeń stacjonarnych</p> <p>KODY TRYBU WYPISU</p> <p>„1” – zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego; „2” – skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym; „3” – skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej; „4” – skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki długoterminowej; „5” – skierowanie do dalszego leczenia – inne przypadki; „6” – wypisanie na własne żądanie; „9” – zgon pacjenta.</p> <p>Dla pacjentów przyjętych do świadczeniodawcy przed 01-01-2013 i niewypisanych do dnia 31-12-2014 należy wprowadzić „BRAK”</p> <p>Format LICZBA CAŁKOWITA należy pominąć przekazywanie separatora dziesiętnego i następujących po nim cyfr zero.</p>

Plik 2, Świadczenia medyczne, Nazwa pliku: *Kodswiadczeniodawcy_SM_rok_nn.csv*

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

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	KOD_SW	TEKST	WYMAGANE	Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ	Zgodny z umieszczonym w nazwach plików <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>_<nn>.CSV <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>.XLS W przypadku posiadania w kodzie świadczeniodawcy znaku „/” prosimy go pominąć w nazwie pliku i w kolumnie KOD_SW. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzołłowu)
2	OPK	TEKST	WYMAGANE	nazwa ośrodka kosztów, który realizował świadczenie	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów który realizował świadczenie jest nazwa ośrodka kosztów – element wiążący z plikiem <i>Kodswiadczeniodawcy_FK_rok.xls</i> (odpowiednie wiersze - Nazwa konta). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Dopuszczalne jest dodanie kolejnych numerów (1, 2, 3 itd.) przy występowaniu wielu OPK o tej samej nazwie w/w rozporządzeniu. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzołłowu)
3	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji świadczeń medycznych wykonanych na rzecz pacjenta jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący z plikiem <i>Kodswiadczeniodawcy_OG_rok_nn.csv</i> (Nr kolumny: 4 - NR_KS). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzołłowu)

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
4	DATA_ROZP_PROD	DATA	WYMAGANE	data rozpoczęcia realizacji danego produktu / rozpoczęcia pobytu w danym OPK	Data przyjęcia do danego OPK lub realizacji produktu (np. przetoczenie krwi) W przypadku świadczeń dla których Format DATA – "RRRR-MM-DD".
5	DATA_ZAK_PROD	DATA	WYMAGANE	data zakończenia realizacji danego produktu świadczenia / zakończenia pobytu w danym OPK	Data wypisu z danego OPK lub zakończenia realizacji produktu (np. przetoczenie krwi) Format DATA – "RRRR-MM-DD". Wartość tego pola może być identyczna/równa z wartością DATA_PRZYJ np. w przypadku wizyty/porady
6	GODZ_ROZP_PROD	GODZINA	WYMAGANE	godzina rozpoczęcia realizacji danego produktu / rozpoczęcia pobytu w danym OPK	Format GODZINA – GG:MM Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
7	GODZ_ZAK_PROD	GODZINA	WYMAGANE	godzina zakończenia realizacji danego produktu świadczenia / zakończenia pobytu w danym OPK	Format GODZINA – GG:MM Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
8	KOD_ZAKRESU	TEKST	WYMAGANE	Kod zakresu, z którego rozliczone jest świadczenie w formacie XX.XXXX.XXX.XX (zgodnie ze słownikiem NFZ)	Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu) (do 14 znaków) Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji lub jeśli dany pobyt nie wiąże się z rozliczeniem świadczenia w żadnym zakresie.
9	KOD_PROD	TEKST	WYMAGANE	kod produktu sprawozdawanego. Jest to kod w formacie X.XX.XX.XXXXXXX (zgodnie ze słownikiem NFZ)	Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu) (do 16 znaków) Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji lub jeśli dany pobyt nie wiąże się z rozliczeniem świadczenia w żadnym produkcie.
10	ROZP_GL	TEKST	WYMAGANE	rozpoznanie główne wg katalogu ICD-10	Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu)

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
11	ROZP_WSP	TEKST	WYMAGANE	po przecinku rozpoznania współistniejące według katalogu ICD-10	Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu). Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
12	ROZP_POW	TEKST	WYMAGANE	po przecinku rozpoznania powikłań według katalogu ICD-10	Słownik ICD-10 PL obowiązujący w rozliczeniach z NFZ Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu). Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
13	ILOSC	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	ilość świadczeń sprawozdawanych (ustalonych zgodnie z metodyką Narodowego Funduszu Zdrowia)	Format LICZBA CAŁKOWITA - liczba całkowita należy pominąć przekazywanie separatora dziesiętnego i następujących po nim cyfr zero.

Plik 3, Produkty Lecznicze, Nazwa pliku: *Kodswiadczeniodawcy_PL_rok_nn.csv*

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić produkty lecznicze, jakie otrzymał pacjent. Dla każdego produktu leczniczego otrzymanego przez pacjenta w danym dniu ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie.

Uwaga: w plikach PL należy umieścić wszystkie produkty lecznicze, które otrzymał pacjent w trakcie hospitalizacji (zgodnie z NR_KS), które nie zostały rozliczone w kosztach procedur zamieszczonych w pliku 5 "PR". Oznacza to, że leki, które zostały ujęte w koszcie procedury (w polu UNIT_COST w pliku „PR”) nie powinny zostać ujęte w pliku „PL” i odwrotnie.

Uwaga: w przypadku kosztochłonnych leków zużywanych w procedurze zaleca się ujęcie ich kosztu w pliku „PL” i wyłączenie ich z kosztów procedury.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	KOD_SW	TEKST	WYMAGANE	Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ	Zgodny z umieszczonym w nazwach plików <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>_<nn>.CSV <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>.XLS W przypadku posiadania w kodzie świadczeniodawcy znaku „/” prosimy go pominąć w nazwie pliku i w kolumnie KOD_SW. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu)
2	OPK	TEKST	WYMAGANE	Nazwa ośrodka kosztów, w którym nastąpiło zlecenie produktu leczniczego	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów, w którym nastąpiło zlecenie produktu leczniczego jest nazwa ośrodka kosztów – element wiążący z plikiem <i>Kodswiadczeniodawcy_FK_rok.xls</i> (odpowiednie wiersze - Nazwa konta). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu)

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
3	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	Numer książki głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji produktów leczniczych wydanych na pacjenta jest numer książki głównej – element wiążący z plikiem Kodswiadczeniodawcy_OG_rok_nn.csv (Nr kolumny: 3-NR_KS). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzoźłowy)
4	DATA_WYK	DATA	WYMAGANE	Data wykonania/podania	Format DATA – "RRRR-MM-DD". Dopuszczalne jest wprowadzenie daty zakończenia DATA_ZAK_PROD z danego rekordu z pliku SM.
5	NAZWA_MIEDZ	TEKST	WYMAGANE	Międzynarodowa nazwa produktu leczniczego	Pole może zawierać wpis „BRAK” jeśli: - podana jest NAZWA lub kod EAN. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzoźłowy)
6	EAN	TEKST	WYMAGANE	Numer EAN produktu leczniczego EAN-13 (13 znaków)	Pole może zawierać wpis „BRAK” jeśli: - podana jest NAZWA lub NAZWA_MIEDZ. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzoźłowy)
7	NAZWA	TEKST	WYMAGANE	Nazwa handlowa produktu leczniczego przypisanego bezpośrednio do pacjenta	Pole może zawierać wpis „BRAK” jeśli: - podana jest NAZWA_MIEDZ lub kod EAN. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzoźłowy). Należy zachować jednolitą nazwę dla tego samego produktu.
8	UNIT	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	Wielkość jednej dawki	Format LICZBA należy pominąć przekazywanie separatora dziesiętnego i następujących po nim cyfr zero. liczbowy zapis odzwierciedlający pojedyncze podanie np. 110; 50; 0,75 jednostek produktu leczniczego z kolumny UNIT_NAZWA
9	UNIT_NAZWA	TEKST	WYMAGANE	Nazwa jednostki miary podanego produktu leczniczego	np.: ml, mg, j.m., tabletki, kapsułka, czopek itp Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzoźłowy) Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „BRAK” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
10	UNIT_COST	LICZBA PLN	WYMAGANE	Jednostkowy koszt przypadający na jedną dawkę produktu leczniczego	Jest to koszt jednostki opisanej w kolumnach UNIT oraz UNIT_NAZWA np. koszt: 1 ml, 1 mg, 1 tabletki, 500 mg itd. Format LICZBA PLN liczba wyrażona w walucie PLN ; separator dziesiętny - przecinek; liczba powinna być zaokrąglona do czterech (4) miejsc po przecinku – „ 0,0000 ”. Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
11	ILOSC	LICZBA	WYMAGANE	Ilość dawek podanego produktu leczniczego	Jest to ilość podanych dawek opisanych w kolumnach UNIT oraz UNIT_NAZWA np. 50 mg w takim przypadku poprawny wpis w polu ILOSC „50” przy opisie w polu UNIT „1” a w polu UNIT_NAZWA „mg” Wszystkie wpisy w polach UNIT, UNIT_NAZWA, UNIT_COST, ILOSC równoważne podaniu określonej ilości dawek są dopuszczalne. Format LICZBA separator dziesiętny - przecinek; liczba powinna być zaokrąglona do dwóch (2) miejsc po przecinku - „ 0,00 ”. Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
12	TOTAL_COST	LICZBA	WYMAGANE	Koszt wszystkich dawek produktu leczniczego	Całkowity koszt podania dawek produktu leczniczego z kolumny UNIT wynikający ze przemnożenia wartości UNIT_COST oraz ILOSC.

Plik 4, Wyroby Medyczne, Nazwa pliku: *Kodswiadczeniodawcy_WM_rok_nn.csv*

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

Uwaga: w plikach WM należy umieścić wszystkie wyroby medyczne, które otrzymał pacjent w trakcie hospitalizacji (zgodnie z NR_KS), które nie zostały rozliczone w kosztach procedur zamieszczonych w pliku 5 "PR". Oznacza to, że wyroby medyczne, które zostały ujęte w koszcie procedury (w polu UNIT_COST w pliku „WM”) nie powinny zostać ujęte w pliku „WM” i odwrotnie.

Uwaga: w przypadku kosztochłonnych wyrobów medycznych zużywanych w procedurze zaleca się ujęcie ich kosztu w pliku „WM” i wyłączenie ich z kosztów procedury.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	KOD_SW	TEKST	WYMAGANE	Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ	Zgodny z umieszczonym w nazwach plików <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>_<nn>.CSV <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>.XLS W przypadku posiadania w kodzie świadczeniodawcy znaku „/” prosimy go pominąć w nazwie pliku i w kolumnie KOD_SW. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu)
2	OPK	TEKST	WYMAGANE	Nazwa ośrodka kosztów, w którym nastąpiło zlecenie wyrobu medycznego	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów w którym nastąpiło zlecenie wyrobu medycznego jest nazwa ośrodka kosztów – element wiążący z plikiem <i>Kodswiadczeniodawcy_FK_rok.xls</i> (odpowiednie wiersze - Nazwa konta). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu)

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
3	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	Numer książki głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji wyrobów medycznych wydanych na pacjenta jest numer książki głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący z plikiem Kodswiadczeniodawcy_OG_rok_nn.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzozyłowy)
4	DATA_WYK	DATA	WYMAGANE	Data wykonania/podania	Format DATA – "RRRR-MM-DD". Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji. Dopuszczalne jest wprowadzenie daty zakończenia DATA_ZAK_PROD z danego rekordu z pliku SM.
5	NAZWA	TEKST	WYMAGANE	Nazwa handlowa jednorazowego wyrobu medycznego przypisanego bezpośrednio do pacjenta	Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzozyłowy). Należy zachować jednolitą nazwę dla tego samego produktu. Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
6	UNIT	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	Ilość wyrobu medycznego przypisanego bezpośrednio do pacjenta	Format LICZBA CAŁKOWITA należy pominąć przekazywanie separatora dziesiętnego i następujących po nim cyfr zero. Pole może zawierać wpis „BRAK” jeśli nie można bezpośrednio zidentyfikować liczby sztuk podanego wyrobu medycznego.
7	UNIT_NAZWA	TEKST	OPCJONALNE	Nazwa jednostki miary wyrobu medycznego	Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzozyłowy)
8	UNIT_COST	LICZBA PLN	WYMAGANE	Jednostkowy koszt przypadający na wyrób medyczny	Format LICZBA PLN liczba wyrażona w walucie PLN ; separator dziesiętny - przecinek; liczba powinna być zaokrąglona do czterech (4) miejsc po przecinku – „ 0,0000 ”. Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
9	ILOSC	LICZBA	WYMAGANE	Ilość wyrobów otrzymanych łącznie przez pacjenta	Format LICZBA separator dziesiętny - przecinek; liczba powinna być zaokrąglona do dwóch (2) miejsc po przecinku - „ 0,00 ”. Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
10	TOTAL_COST	LICZBA	WYMAGANE	Koszt całkowity wyrobu medycznego	Całkowity koszt wyrobu medycznego z kolumny UNIT wynikający ze przemnożenia wartości UNIT_COST oraz ILOSC.

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

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

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	KOD_SW	TEKST	WYMAGANE	Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ	<p>Zgodny z umieszczonym w nazwach plików <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>_<nn>.CSV <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>.XLS</p> <p>W przypadku posiadania w kodzie świadczeniodawcy znaku „/” prosimy go pominąć w nazwie pliku i w kolumnie KOD_SW.</p> <p>Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzośliwu)</p>
2	OPK	TEKST	WYMAGAGE	Nazwa ośrodka kosztów, który zrealizował procedurę	<p>Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów który zrealizował lub zakupił procedurę jest nazwa ośrodka kosztów – element wiążący z plikiem <i>Kodswiadczeniodawcy_FK_rok.xls</i> (odpowiednie wiersze - Nazwa konta). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Jeśli procedura wykonywana jest przez inny podmiot niż świadczeniodawca wówczas w miejscu OPK wpisujemy ośrodek kierujący. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzośliwu)</p>

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
3	OPK_ZLEC	TEKST	WYMAGAGE	Nazwa ośrodka kosztów, który zlecił wykonanie procedury	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów który zlecił procedurę jest nazwa ośrodka kosztów – element wiążący z plikiem <i>Kodswiadczeniodawcy_FK_rok.xls</i> (odpowiednie wiersze - Nazwa konta). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu)
4	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	Numer księgi głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji procedur wykonanych jest numer księgi głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący z plikiem <i>Kodswiadczeniodawcy_OG_rok_nn.csv</i> (Nr kolumny: 3 - NR_KS). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu)
5	DATA_WYK	DATA	WYMAGANE	Data wykonania	Format DATA – RRRR-MM-DD Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
6	ICD-9	TEKST	WYMAGANE	Kod ICD-9, a w przypadku procedury nieobjętej słownikiem ICD-9 kodwłasny świadczeniodawcy	Kod ICD-9 PL zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną przez NFZ. W przypadku procedury nieobjętej słownikiem ICD-9 wprowadzić kod stosowany w OPK (np. dla OPK - Laboratorium diagnostyczne, PMR – posiew beztlenowo, kod własny – PMRxB1) Podstawowym kluczem do identyfikacji procedur zrealizowanych na pacjenta jest kod ICD-9 lub kod procedury – element wiążący z plikiem <i>Kodswiadczeniodawcy_CP_rok.csv</i> (odpowiednie wiersze – ICD-9 lub Kod procedury). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu) Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
7	NAZWA	TEKST	WYMAGANE	Nazwa procedury według słownika ICD-9, a w przypadku procedury nieobjętej słownikiem ICD-9 nazwa własna świadczeniodawcy	Zgodnie z wymienionym kodem procedury w pliku Kodswiadczeniodawcy_CP_rok.xls (odpowiednie wiersze – Nazwa procedury). Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu)
8	ILOSC	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	Ilość tych samych procedur wykonanych na rzecz pacjenta	Format LICZBA CAŁKOWITA należy pominąć przekazywanie separatora dziesiętnego i następujących po nim cyfr zero. Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
9	CZAS	GODZINA	WYMAGANE	Rzeczywisty lub standardowy czas trwania procedury (wyrażony zgodnie z formatem GG:MM)	Pole może zawierać wpis „BRAK” jeśli: - dotyczy badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Format GODZINA – „GG:MM”.
10	UNIT_COST	LICZBA PLN	WYMAGANE	Całkowity koszt przypadający na jedną procedurę	Format LICZBA PLN liczba wyrażona w walucie PLN ; separator dziesiętny - przecinek; liczba powinna być zaokrąglona do czterech (4) miejsc po przecinku – „ 0,0000 ”. Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.

Instrukcja kalkulacji jednostkowego kosztu procedury medycznej:

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

Plik 6, Procedury (personel medyczny), Nazwa pliku: Kodswiadczeniodawcy_PR_HR_rok_nn.csv

Plik ma zawierać informacje pozwalające dokładnie określić zaangażowanie personelu medycznego w wykonanie poszczególnych procedur (terapeutyczne, diagnostyczne, zabiegowe, pielęgnacyjne itd.), jakie wykonano na rzecz pacjenta, o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane. Dla każdej procedury zrealizowanej dla pacjenta w danym dniu ma zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	KOD_SW	TEKST	WYMAGANE	Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ	<p>Zgodny z umieszczonym w nazwach plików <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>_<nn>.CSV <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>.XLS</p> <p>W przypadku posiadania w kodzie świadczeniodawcy znaku „/” prosimy go pominąć w nazwie pliku i w kolumnie KOD_SW.</p> <p>Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzośliwu)</p>
2	OPK	TEKST	WYMAGANE	Nazwa ośrodka kosztów, w którym ujmowane są koszty danego zasobu ludzkiego	<p>Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów który zrealizował lub zakupił procedurę jest nazwa ośrodka kosztów – element wiążący z plikiem <i>Kodswiadczeniodawcy_FK_rok.xls</i> (odpowiednie wiersze - Nazwa konta).</p> <p>Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach.</p> <p>Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego.</p> <p>Jeśli procedura wykonywana jest przez inny podmiot niż świadczeniodawca wówczas w miejscu OPK wpisujemy ośrodek kierujący.</p> <p>Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzośliwu)</p>

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
3	NR_KS	TEKST	WYMAGANE	Numer książki głównej lub unikalny numer innego rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta lub unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą	Podstawowym kluczem do identyfikacji świadczeń wykonanych na rzecz pacjenta jest numer książki głównej lub inny unikalny numer kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą – element wiążący z plikiem Kodswiadczeniodawcy_OG_rok_nn.csv (Nr kolumny: 3 - NR_KS). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu)
4	DATA_WYK	DATA	WYMAGANE	Data wykonania	Format DATA – RRRR-MM-DD Data jest identyczna z wprowadzoną w pliku PR w polu DATA_WYK dla wykonania tej procedury.
5	ICD-9	TEKST	WYMAGANE	Kod ICD-9, a w przypadku procedury nieobjętej słownikiem ICD-9 kod własny świadczeniodawcy	Kod ICD-9 PL zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną przez NFZ. W przypadku procedury nie objętej słownikiem ICD-9 wprowadzić kod stosowany w OPK (np. dla OPK - Laboratorium diagnostyczne, PMR – posiew beztlenowo, kod własny – PMRXB1) Podstawowym kluczem do identyfikacji procedur diagnostycznych zrealizowanych na pacjenta jest kod ICD-9 lub kod procedury – element wiążący z plikiem Kodswiadczeniodawcy_CP_rok.csv (odpowiednie wiersze – ICD-9 lub Kod procedury). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu)
6	NAZWA	TEKST	WYMAGANE	Nazwa procedury według słownika ICD-9, a w przypadku procedury nieobjętej słownikiem ICD-9 nazwa własna świadczeniodawcy	Zgodnie z wymienionym kodem procedury w pliku Kodswiadczeniodawcy_CD_rok.xls (odpowiednie wiersze – Nazwa procedury). Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu)

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
7	NAZWA_HR	TEKST	WYMAGANE	Nazwa poszczególnych grup personelu medycznego uczestniczących w procedurze	np. lekarz w podziale na poszczególne specjalności, pielęgniarka – dopuszczana nomenklatura świadczeniodawcy. Podstawowym kluczem do identyfikacji personelu jest nazwa stanowiska – element wiążący z plikiem Kodswiadczeniodawcy_HR_rok.csv (odpowiednie wiersze - Stanowisko). Dla każdego typu personelu niezależnie czy czas zaangażowania w wykonanie procedury jest identyczny powinien zostać przesłany oddzielny rekord Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzysłowu)
8	ILOSC_HR	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	Ilość osób z poszczególnych grup personelu medycznego uczestniczących w zabiegu	Format LICZBA CAŁKOWITA należy pominąć przekazywanie separatora dziesiętnego i następujących po nim cyfr zero.
9	CZAS_JEDNEGO_HR	GODZINA	WYMAGANE	Rzeczywisty lub standardowy czas zaangażowania z danej grupy personelu medycznego przypadający na daną procedurę (wyrażony zgodnie z formatem GG:MM)	Format GODZINA – „GG:MM”. Dopuszczalne jest wprowadzenie wpisu „ BRAK ” tylko w przypadku jeśli dany zapis nie istnieje w dokumentacji.
10	COST_HR	LICZBA PLN	OPCJONALNE	Łączny koszt wszystkich osób z danej grupy personelu medycznego przypadający na daną procedurę	Np. jeśli w procedurze bierze udział dwóch pracowników z danego typu personelu ale posiadających różny sposób wynagradzania (umowa o pracę i za procedurę itp.) to proszę podać wyliczony łączny koszt tych pracowników (jeżeli zaangażowanie czasowe jest identyczne – jeżeli nie to powinny być przekazane dwa oddzielne rekordy) Format LICZBA PLN liczba wyrażona w walucie PLN ; separator dziesiętny - przecinek; liczba powinna być zaokrąglona do czterech (4) miejsc po przecinku – „ 0,0000 ”.

Plik 7, Struktura pliku dotyczącego cennika procedur medycznych , Nazwa pliku: *Kodswiadczeniodawcy_CP_rok_nn.csv*

Plik ma zawierać informacje na temat cen poszczególnych procedur.

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
1	KOD_SW	TEKST	WYMAGANE	Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ	Zgodny z umieszczonym w nazwach plików <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>_<nn>.CSV <kod jednostki sprawozdającej>_<kod pliku>_<rok>.XLS W przypadku posiadania w kodzie świadczeniodawcy znaku „/” prosimy go pominąć w nazwie pliku i w kolumnie KOD_SW. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzoalfabetycznymi)
2	OPK	TEKST	WYMAGANE	Nazwa ośrodka kosztów, który zrealizował procedurę	Podstawowym kluczem do identyfikacji ośrodków kosztów który zrealizował procedurę jest nazwa ośrodka kosztów – element wiążący z plikiem <i>Kodswiadczeniodawcy_FK_rok.xls</i> (odpowiednie wiersze - Nazwa konta). Wymagany jest identyczny zapis w obu plikach. Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; załącznik nr 2 Kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzoalfabetycznymi)
3	ROK	TEKST	WYMAGANE	Rok obowiązywania cennika	Format RRRR
4	MIESIĄC	TEKST	WYMAGANE	Miesiąc obowiązywania cennika	Format MM

Nr kol.	Nazwa kolumny	Format	Wymagalność	Opis kolumny	Dodatkowe wyjaśnienia, ograniczenia, zależności, przykład
5	ICD-9	TEKST	WYMAGANE	Kod ICD-9, a w przypadku procedury nieobjętej słownikiem ICD-9 kod własny świadczeniodawcy	Kod ICD-9 PL zgodnie z obowiązującą, w dniu realizacji procedury, wersją słownika określoną przez NFZ. W przypadku procedury diagnostycznej nie objętej słownikiem ICD-9 wprowadzić kod stosowany w OPK (np. dla OPK - Laboratorium diagnostyczne, PMR – posiew beztlenowo, kod własny – PMRXB1) Podstawowym kluczem do identyfikacji procedur diagnostycznych zrealizowanych na pacjenta jest kod ICD-9 lub kod procedury (odpowiednie wiersze – ICD-9 lub Kod procedury). Wymagany jest identyczny zapis w plikach. Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzośliwu)
6	NAZWA	TEKST	WYMAGANE	Nazwa procedury według słownika ICD-9, a w przypadku procedury nieobjętej słownikiem ICD-9 nazwa własna świadczeniodawcy	Format TEKST - wartość tekstowa ma NIE być otaczana dodatkowymi znakami (np. znakami cudzośliwu)
7	UNIT_COST	LICZBA PLN	WYMAGANE	Całkowity koszt przypadający na jedną procedurę	Format LICZBA – liczba; separator dziesiętny - przecinek; liczba powinna być zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku.
8	ILOSC	LICZBA CAŁKOWITA	WYMAGANE	Ilość procedur w miesiącu	Ilość procedur wykonanych w danej pracowni u danego Świadczeniodawcy w danym miesiącu roku. Format LICZBA – liczba; separator dziesiętny - przecinek; liczba powinna być zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku.
9	UWAGI	TEKST	OPCJONALNE	Uwagi Świadczeniodawcy	Format TEKST

Numery ICD-9 i nazwy procedur medycznych powinny wynikać ze słownika ICD-9 PL, choć **dopuszcza się indywidualne nazewnictwo świadczeniodawców w przypadku gdy słownik nie posiada procedury wycenionej przez świadczeniodawcę (proszę wtedy podać w Uwagach listę procedur ICD-9, po przecinku, najlepiej odpowiadających tej procedurze) lub jeśli procedura wyceniona przez świadczeniodawcę składa się z wielu procedur ICD-9 (proszę wtedy podać w Uwagach listę procedur ICD-9, po przecinku, które składają się na tą procedurę).**

Instrukcja kalkulacji jednostkowego kosztu procedury medycznej:

1. W przypadku procedur nabywanych z zewnątrz koszt wynika z umowy zawartej z podmiotem realizującym procedury.

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

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

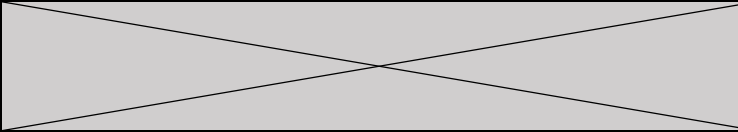
Plik ma zawierać informacje dotyczące zapisów w systemie finansowo-księgowym oraz inne informacje niefinansowe, w tym kadrowo-płacowe. Plik powinien zawierać dane finansowo-księgowe dla wszystkich oddziałów szpitalnych, w których miały miejsce świadczenia raportowane w danych szczegółowych (dotyczące zakresów, na które zawarto umowę z AOTMiT), a także wszystkich medycznych usługowych ośrodków kosztów, w których realizowano procedury medyczne raportowane w danych historycznych. W przypadku wszystkich ośrodków powstawania kosztów raportowane koszty powinny zawierać koszty bezpośrednie oraz alokowane koszty pośrednie.

Plik składa się z trzech arkuszy, z których jeden (FK.OPK1) jest redundantny. W pliku znajdują się następujące arkusze:

- FK.OPK1 – arkusz powinien być skopiowany tyle razy dla ilu ośrodków powstawania kosztów świadczeniodawca podaje dane; kolejne arkusze mogą być numerowane FK.OPK2, FK.OPK3 lub według nazwy OPK, np. FK.Nefrologia, FK.RTG – pozostawia się to do decyzji świadczeniodawców
- Tab1 – tabela zawierająca dane na temat zasobów ludzkich oraz wybrane dane niefinansowe
- Tab2 – tabela zawierająca dane statystyczne na temat ilości zrealizowanych produktów

Format tabeli FK.OPK1

Kod oddziałowy świadczeniodawcy	<i>np. 12345</i>
Nazwa świadczeniodawcy i adres (ulica, miejscowość, kod pocztowy)	<i>np. Szpital Psychiatryczny, ul. Warszawska 123, 12-345 Warszawa</i>
Osoba do kontaktu, Imię i Nazwisko, telefon, adres email	<i>np. Jan Kowalski, tel. 22 123-45-67, jankowalski@szpital.com</i>
Numer konta OPK	<i>np. 510-18-01</i>
Nazwa konta OPK [OPK = Ośrodek Powstawania Kosztów] Každy kolejny OPK powinien znaleźć się w kolejnym arkuszu.	<i>np. Oddział Chirurgii Ogólnej</i>
Rok:	<i>np. 2014</i>
CZĘŚĆ PODSTAWOWA (dla zdefiniowanych kategorii kosztowych [poz. A-I] należy przyporządkować właściwe koszty z danych FK umieszczonych poniżej w części szczegółowej):	koszt roczny [PLN]
<i>A</i>	KOSZTY CAŁKOWITE¹, w tym: (UWAGA - koszty całkowite nie muszą stanowić sumy pozycji B-F)
<i>B</i>	<i>Koszty leków i wyrobów medycznych</i>
<i>C</i>	<i>Koszty amortyzacji²</i>
<i>D</i>	<i>Koszty procedur³</i>
<i>E</i>	<i>Koszty zarządu⁴</i>
<i>F</i>	<i>Koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi⁵ (umowa o pracę, kontrakt, umowa o dzieło, umowa zlecenie itd. - wszystkie formy zatrudnienia)</i>

<i>G</i>	<i>w tym: lekarzy (łącznie z rezydentami)</i>	
<i>H</i>	<i>w tym: pielęgniarek</i>	
<i>I</i>	<i>w tym: innych przedstawicieli personelu medycznego</i>	
CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA - pełna FK - plik FK dla OPK z systemu księgowego świadczeniodawcy , gdzie numery i nazwy kont analitycznych oraz ich szczegółowość powinny wynikać ze stosowanego u świadczeniodawcy planu kont.		
Nr konta analitycznego	Nazwa konta analitycznego	koszt roczny [PLN]
<i>np. 500-400</i>	<i>np. Zużycie materiałów</i>	
<i>np. 500-400-01</i>	<i>np. Zużycie leków</i>	
<i>np. 500-400-02</i>	<i>np. Zużycie materiałów medycznych</i>	
<i>np. 500-500</i>	<i>np. Koszty pośrednie</i>	
<i>np. 500-500-01</i>	<i>np. Kuchnia</i>	
<i>np. 500-500-02</i>	<i>np. Pralnia</i>	
<i>np. 500-500-03</i>	<i>np. Zarząd</i>	
<i>itd.</i>	<i>[liczba wierszy w części szczegółowej zależna od stopnia szczegółowości analizy w jednostce]</i>	

1- koszty całkowite rozumiane jako całość kosztów ośrodka obejmująca zarówno koszty bezpośrednie jak i pośrednie (w tym koszty zarządu)

2- koszty amortyzacji obejmują koszty amortyzacji budynków i lokali, maszyn, urządzeń i aparatury ogólnego zastosowania, narzędzi, przyrządów, mienia ruchomego, wyposażenia, wartości niematerialnych i prawnych

3- koszty procedur - obejmują koszty procedur nabytych na zewnątrz (np. w zewnętrznym laboratorium) oraz zrealizowanych w ośrodkach działalności pomocniczej (np. w Pracowni EEG będącej w strukturach podmiotu leczniczego)

4- koszty zarządu rozumiane jako rozliczone koszty ośrodków związanych z zarządzaniem i administrowaniem podmiotem jako całością. W szczególności do tych kosztów będą zaliczone koszty związane z zawieraniem i rozliczaniem kontraktu z płatnikiem, realizacją zamówień publicznych, księgowością, kadrami itp.

5- koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi obejmują wszystkie koszty związane z zatrudnieniem pracowników, w tym w szczególności koszty wynagrodzeń ze stosunku pracy, umów zlecenia, o dzieło czy kontraktów, składki z tytułu ubezpieczeń społecznych i funduszu pracy, również te płacone przez pracodawcę (składki ZUS emerytalne, rentowe, pomostowe, wypadkowe), a także pozostałe koszty związane z personelem takie jak odpisy na ZFŚS, składki PFRON, BHP, koszty szkoleń pracowników, odzieży ochronnej i roboczej.

Format tabeli Tab1

Kod oddziałowy świadczeniodawcy	<i>np. 3302562</i>
Nazwa świadczeniodawcy i adres (ulica, miejscowość, kod pocztowy)	<i>np. Szpital Psychiatryczny, ul. Warszawska 123, 12-345 Warszawa</i>
Osoba do kontaktu, Imię i Nazwisko, telefon, adres email	<i>np. Jan Kowalski, tel. 22 123-45-67, jankowalski@szpital.com</i>

Lp.	Nazwa OPK ¹	np. Oddział Chirurgii Ogólnej	np. Oddział Kardiologiczny	itd. - nazwa kolejnego OPK
	Rok	2014	2014	2014
a	<i>Liczba łóżek / miejsc²</i>	<i>np. 38,67</i>		
b	<i>Liczba osobodni³ (suma za rok)</i>	<i>np. 13360,10</i>		
c	<i>Miesiące funkcjonowania danego OPK w roku⁴</i>	<i>np. I-XII</i>	<i>np. I-XII</i>	
d	<i>Liczba sal operacyjnych na bloku⁵</i>	<i>np. 2</i>		
e	<i>Liczba zespołów operacyjnych w gotowości w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy (liczba sal operacyjnych z obsadą pozostających w gotowości w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy)⁶</i>	<i>np. 1</i>		
f	<i>Rzeczywista ilość godzin pracy bloku⁷ (suma za rok)</i>	<i>np. 3000</i>		
g	Liczba etatów zatrudnionego personelu medycznego ogółem⁸ (suma za rok – UWAGA: nie średnia miesięczna)⁹ (dotyczy wszystkich form zatrudnienia: umowa o pracę, kontrakt, umowa o dzieło, umowa zlecenie itd): <i>[UWAGA - pozycja ta nie musi stanowić sumy liczby etatów wyszczególnionych poniżej kategorii personelu czyli pozycji h-j]</i>	<i>np. 367,3</i>		
h	<i>w tym: lekarzy (łącznie z rezydentami)⁹</i>	<i>np. 38,88</i>		
i	<i>w tym: pielęgniarek⁹</i>	<i>np. 135,4</i>		
j	<i>w tym: pozostałego personelu medycznego⁹</i>	<i>np. 98,00</i>		
k	<i>Średni koszt godziny pracy lekarzy¹⁰ [PLN]</i>	<i>np. 70,00</i>		
l	<i>Średni koszt godziny pracy pielęgniarek¹⁰ [PLN]</i>	<i>np. 40,00</i>		
m	<i>Średni koszt godziny pracy pozostałego personelu medycznego¹⁰ [PLN]</i>	<i>np. 40,00</i>		

1- Nazwa OPK powinna korespondować albo z nazwą OPK z pliku FK lub numerem konta OPK z pliku FK

2- rzeczywista liczba łóżek w oddziałach szpitalnych (lub miejsc w oddziałach dziennych). W przypadku gdy liczba łóżek zmieniła się w ciągu roku, prosimy podać średnią za rok

3- rzeczywista liczba osobodni - suma za rok

4- miesiące funkcjonowania danego OPK w roku - ważne w przypadku kiedy dany OPK funkcjonował przez mniejszą niż 12 liczbę miesięcy

5- rzeczywista liczba sal operacyjnych, w których realizowane są zabiegi operacyjne

6- liczba sal operacyjnych, które pełnią dyżur w godzinach nocnych i w dni wolne od pracy, liczba równa jest ilości zespołów operacyjnych pełniących dyżur

7- rzeczywista liczba godzin, w trakcie których realizowane są zabiegi operacyjne, powinna stanowić sumę wszystkich czasów realizacji procedur zabiegowych. Czas ten nie uwzględnia dodatkowego czasu pobytu pacjenta na bloku, związanego z przygotowaniem do zabiegu, znieczuleniem, wybudzeniem oraz monitorowaniem parametrów życiowych – jest to wyłącznie czas realizacji procedur zabiegowych

8- jeśli w Państwa jednostce czy OPK wystąpiły różne formy zatrudnienia personelu (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, kontrakt itd.), prosimy o przeliczenie innych niż etat jednostek naliczania wynagradzania (np. kontrakt, dyżur i inne) na odpowiednik etatu. Jeśli w Państwa OPK wystąpiły etaty i nie-etaty (kontrakt, dyżur i inne), wówczas prosimy o podanie sumy etatów [suma faktycznych etatów + suma odpowiedników etatu w przypadku innych form zatrudnienia (kontrakt, dyżur, inne)].

9 - W pozycjach g-j zamieszczamy sumę etatów za cały rok w poszczególnych kategoriach personelu, np. dla lekarza: 3,5 etatu (styczeń) + 3,6 etatu (luty) + 2,4 etatu (marzec) + ... + 3,0 etatu (grudzień) = 38,88 etatu

10 – średni koszt pracy lekarza/pielęgniarki/pozostałego personelu w przeliczeniu na jedną godzinę (przy założeniu, że etat ma średnio 160 godzin miesięcznie); koszt dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę powinien uwzględniać pochodne (koszty pracodawcy); kalkulacji można dokonać dzieląc koszt wynagrodzeń wskazany (dla danej grupy pracowników w ośrodku kosztów) w pliku FK.OPK... w części podstawowej w wierszu F przez liczbę etatów zamieszczonych w Tab1 i dalej przez ilość godzin w miesiącu (średnio 160 godzin w miesiącu).

Format tabeli Tab2

Kod oddziałowy świadczeniodawcy	<i>np. 3302562</i>
Nazwa świadczeniodawcy i adres (ulica, miejscowość, kod pocztowy)	<i>np. Szpital Psychiatryczny, ul. Warszawska 123, 12-345 Warszawa</i>
Osoba do kontaktu, Imię i Nazwisko, telefon, adres email	<i>np. Jan Kowalski, tel. 22 123-45-67, jankowalski@szpital.com</i>

Kody produktu rozliczeniowego realizowane w poszczególnych OPK wraz z licznością (dane roczne)				
Nazwa OPK¹	Rok	kod zakresu	kod produktu rozliczeniowego	ilość produktów²
<i>np. Oddział Chirurgii Ogólnej</i>	<i>2014</i>			
<i>np. Oddział Kardiologiczny</i>	<i>2014</i>			
<i>itd.</i>	<i>itd.</i>	<i>itd.</i>	<i>itd.</i>	<i>itd.</i>

1- Nazwa OPK powinna korespondować albo z nazwą OPK z pliku FK lub numerem konta OPK z pliku FK

2- ilość produktów rozliczeniowych = ilość JGP lub innych produktów rozliczeniowych

Plik 9, Struktura pliku dotyczącego obrotu magazynowego z apteki szpitalnej – roczne pliki OM, Nazwa pliku:
Kodswiadczeniodawcy_OM_rok.xls

Agencja nie określiła wzoru dla tego pliku ze względu na fakt, iż Świadczeniodawcy korzystają z różnych systemów magazynowych.