

mMedica- zakres obsługi JGP w AOS.

Od 01.07.2011 Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadza w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej rozliczanie za pomocą systemu JGP. Zmiany wynikają z zarządzenia 029/2011/DSOZ z 16.06.2011 r. Wersja 2.5.6 systemu mMedica wspierać będzie rozliczanie się za pomocą JGP w AOS.

Do prawidłowego rozliczania za pomocą JGP w AOS należy:

1. Zaktualizować system do wersji 2.5.6 lub wyższej– plik instalatora został opublikowany na stronie portalu Centrum Zarządzania Licencjami mMedica w sekcji *mMedica* -> *Pobierz mMedica* (<http://www.mmedica.asseco.pl/MMEDICA.PORTAL/Download.aspx>)
2. Zaimportować charakterystykę JGP dla grupera AOS – plik ten został udostępniony przez nas wraz z publikacją nowej wersji aplikacji na ww stronie internetowej.
3. Zaimportować aktualizację słownika ICD9 publikowaną przez NFZ. Plik ten jest udostępniony przez NFZ na stronie <http://slovniki.nfz.gov.pl>.
4. Zaimportować aktualną umowę z NFZ (plik UMX) na świadczenia w rodzaju 02 (AOS).

Ponieważ słownik ICD9 publikowany przez NFZ zawierać będzie także badania, w części związanej z procedurami ICD9, możliwa będzie ewidencja wykonanych badań.

Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia
85.111	Przeškórná cienkoígtowa biopsja piersi	V	1	27-07-2011	27-07-2011
*C51	Mielogram	V	1	27-07-2011	27-07-2011

W zarządzeniu czytamy:

„Świadczenie specjalistyczne kompleksowe podlega rozliczeniu po podjęciu decyzji diagnostycznej i terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy, wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem i dostarczaniem kolejnych wyników badań dodatkowych. „

Aby umożliwić rozliczenie porady kompleksowej z uwzględnieniem badań zleconych, wykonanych i dostarczonych w ramach wcześniejszych wizyt pacjenta, w systemie mMedica udostępniono funkcjonalność wskazywania badań z innych wizyt. Wskazane pozycje sprawozdawane będą w ramach danej wizyty pacjenta. Dzięki temu możliwe będzie wyznaczenie odpowiedniej JGP dla wizyty kompleksowej.

1. Procedury		2. Rozpoznania					
Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia	Id wizyty zew.	
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	15-07-2011	15-07-2011		

Eksp.	Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia	Id wizyty
<input type="checkbox"/>	85.111	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	15-07-2011	15-07-2011	401821

Funkcjonalność ta umożliwi przypięcie poszczególnych badań do wizyty oraz dodatkowo wskazanie, które z tych badań mają być sprawozdawane w ramach tej wizyty. Badania wykonane bezpośrednio w ramach danej wizyty będą domyślnie sprawozdawane do systemu NFZ w ramach tej wizyty. Na powyższym ekranie dane takie oznaczone są kolorem czarnym. Pozycje bez zaznaczonego pola wyboru, znajdujące się w części archiwalnej to badania z innych wizyt, mogące zostać przypisane do wizyty bieżącej (kolor zielony), ale nie wskazane do sprawozdania w ramach tej wizyty (nie będą brały udziału w wyznaczaniu JGP). W celu wskazania takich badań do sprawozdania w ramach danej wizyty, należy zaznaczyć pole: Eksp.

1. Procedury		2. Rozpoznania					
Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia	Id wizyty zew.	
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	15-07-2011	15-07-2011		

Eksp.	Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia	Id wizyty
<input checked="" type="checkbox"/>	85.111	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	15-07-2011	15-07-2011	401821

Po tej operacji w kolumnie „Eksp.” pojawi się zaznaczone **czarne** pole wyboru, a użytkownik zostanie poinformowany, iż operacja przepięcia może wpłynąć na rozliczenie wizyty pierwotnej. Operacja przepięcia spowoduje, iż w wizycie pierwotnej procedura ta zostanie zablokowana do edycji a w kolumnie: „Id wizyty zew” zostanie podany numer wizyty pod którą została podpisana procedura.

1. Procedury		2. Rozpoznania					
Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia	Id wizyty zew.	
85.111	Przeziębienie cieniokłowa biopsja piersi	V	1	15-07-2011	15-07-2011	401822	

Tak zaznaczone badanie można w każdej chwili odznaczyć za pomocą usunięcia z znacznika w polu: Eksp. Po takiej operacji badanie ponownie będzie sprawozdawane w ramach swojej „Wizyty pierwotnej”.

W celu zabezpieczenia użytkownika przed nadmiernym przepisywaniem badań między wizytami, została wprowadzona walidacja, blokująca przepięcie, jeśli badanie zostało już raz przepięte. Objawia się to wyszarzonym polem: „Eksp.”

Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	15-07-2011	15-07-2011

Eksp.	Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia
<input checked="" type="checkbox"/>	85.111	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	15-07-2011 09:38	15-07-2011
<input type="checkbox"/>	89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	13-07-2011	13-07-2011

Przepięcie badania do kolejnej wizyty będzie możliwe dopiero w momencie odłączenia badania w wizycie wcześniejszej.

Uwaga: Każdorazowa zmiana znacznika związanego ze sprawozdawaniem badania wiązać się będzie z ponownym eksportem wizyt związanych z badaniem. Przejęcie badania z innej wizyty może wpływać na rozliczenie poprzednich wizyt w związku z tym po takiej operacji należy zweryfikować rozliczenia.

Ewidencja danych w aplikacji mMedica.

Aplikacja mMedica wyposażona jest w trzy mechanizmy ewidencji danych, o sposobie ewidencji decyduje sam świadczeniodawca.

Mechanizm pierwszy.

1. Użytkownik wskazuje pacjenta i wybiera przycisk: Nowa Wizyta

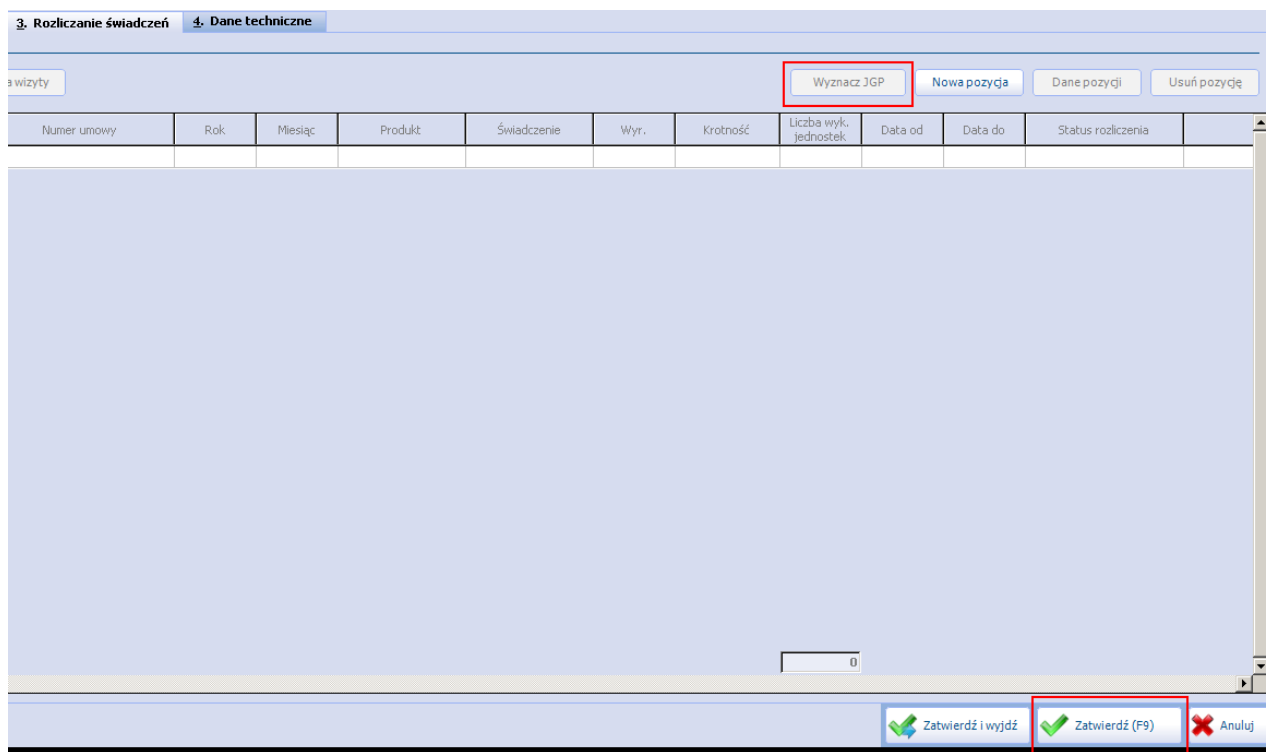
The screenshot shows two windows from the mMedica application. The top window, titled 'Kartoteka pacjentów', has a search bar and a table with columns: Nazwisko, Imię, Data urodzenia, PESEL, and Adres. The bottom window, titled 'Wizyty pacjenta', has a table with columns: Nr świadczenia, Kod świadczenia, Miejsce realizacji, Realizujący, Data rozpoczęcia, and Data zakończenia. Below the table are buttons: 'Nowa wizyta' (highlighted with a red box), 'Nowe wizyty zbiorczo', 'Nowa hospitalizacja', and 'Dane'.

2. Użytkownik dokonuje ewidencji danych poprzez wypełnienie zakładki nr 1. Realizacja

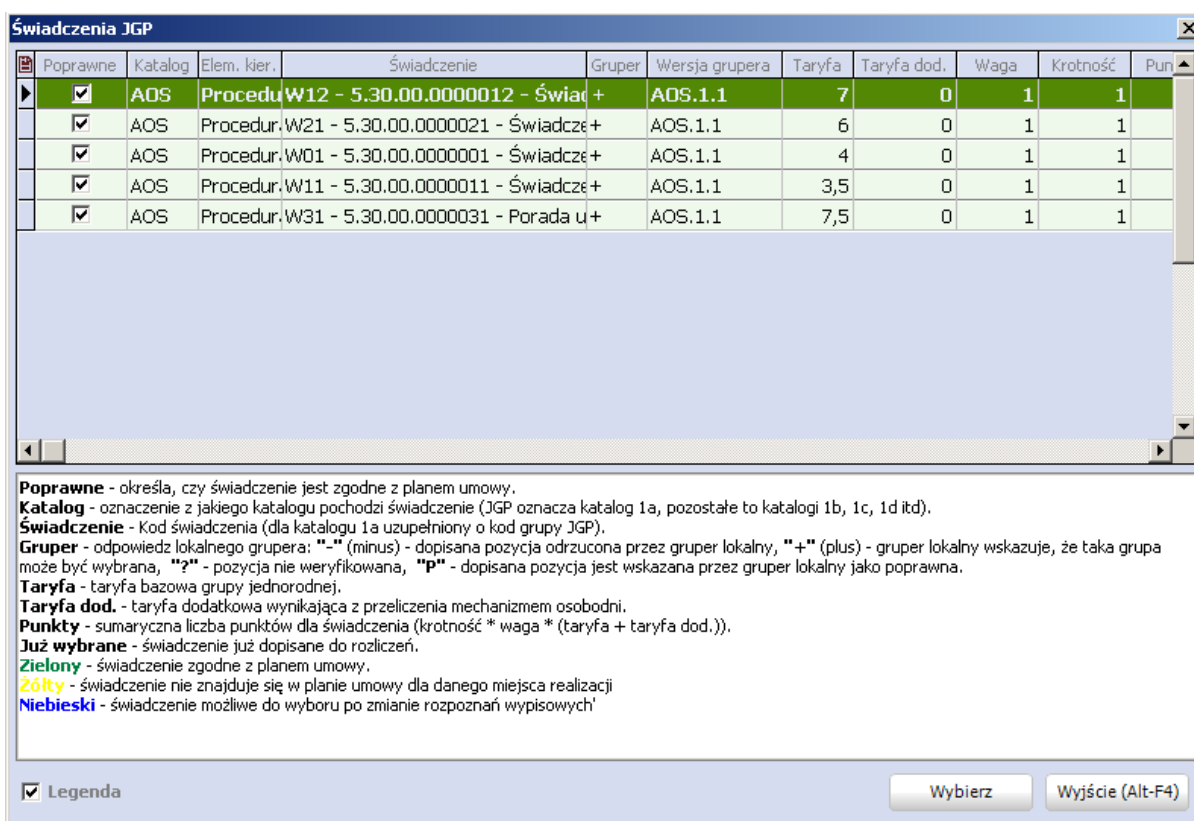
The screenshot shows the 'Realizacja' tab in the mMedica application. It includes a header with 'Rozpozn.' and 'Rodzaj danych' (recepta, skierowanie, realizacja), 'Przyjęcie: Bez skierowania', and 'Tryb przyj.: Planowe bez skier.'. Below are tabs for '1. Realizacja', '2. Skierowanie', '3. Rozliczanie świadczeń', and '4. Dane techniczne'. Under '1.1. Dane podstawowe', there are fields for 'Data realizacji od: 2011-09-08 09:01' to '2011-09-08', 'Liczba dni: 1', 'Czy ratujące życie', and 'Czy eksport'. There are also fields for 'Realizujący: ID.', 'Wizyta: Specjalistyczna', 'Komórka realizująca', and 'Kod świadczenia'. At the bottom, there is a table with columns: Kod procedury, Nazwa, Edycja, Krotkość, Data wykonania, and Data zakończenia. A row is selected with '09.522', 'Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)', 'V', '1', '2011-09-08', and '2011-09-08'. To the right of the table are buttons 'Dodaj...', 'Usuń', and 'Archiwalne'. At the bottom right are buttons 'Zatwierdź i wyjdź', 'Zatwierdź (F9)', and 'Anuluj'.

Dane te powinny być ewidencjonowane zgodnie z załącznikiem nr 7 do zarządzenia nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu zdrowia z dnia 14 czerwca 2011

- Użytkownik dokonuje zatwierdzenia wprowadzonych informacji poprzez przycisk: Zatwierdź, który uaktywni przycisk: Wyznacz JGP. Przycisk: „Wyznacz JGP” jest nieaktywny jeśli wizyta jest nie zatwierdzona.



- Wykonanie przez użytkownika zatwierdzenia wizyty poprzez przycisk: Zatwierdź, uaktywnia przycisk: Wyznacz JGP. Wybranie przycisku: „Wyznacz JGP” uruchamia symulację podpowiadając grupy mogące posłużyć do rozliczenia zaewidencjonowanych danych.



Kolumna: „Poprawne” informuje użytkownika, czy wyznaczona grupa znajduje się w posiadanym przez użytkownika planie umowy. Puste pole w kolumnie: Poprawne oznacza że zaewidencjonowane dane spełniają warunki grupy, jednakże świadczenie to nie występuje w planie umowy użytkownika.

- Użytkownik wybiera grupę świadczenia, za pomocą którego chce rozliczyć wizytę poprzez „dwu-klik”. Operacja ta spowoduje automatyczne przejście do danych pozycji rozliczeniowej i wypełnienie wymaganych pól.

nr: 02.1030.001.02 ... ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII
 ie: 5.30.00.0000001 ... W01 ŚWIADCZENIE POHOSPITALIZACYJNE
 ik: 1 Waga: 1 Współczynnik: Świadczenie ratujące życie: Nie
 ry: Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)
 na: 1 Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczba wyk. jedn.: 4 Koszt:
 Ubezpieczyciel: 05 - Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia
 Status osoby:
 Sygnatura pisma zgody: Typ zgody:
 Identyfikacja dodatkowej dokumentacji:

1. Wartość (taryfy JGP)	
Nr wersji grupera: AOS.1.1	1
Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOŚĆ)	
Wartości podstawowe	Wartości po przemnożeniu
Taryfa: 4	4
Taryfa dodatkowa: 0	0
Suma taryf: 4	4

Zatwierdź (F9) Anuluj

Zostaną uzupełnione informacje odnośnie grupera, których podstawą jest załącznik 5a do zarządzenia Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011r.

- Wybrać przycisk: Zatwierdź, który spowoduje dodanie pozycji rozliczeniowej do wizyty
- Wybrać przycisk: „Zatwierdź i wyjdź” dla wizyty, który spowoduje zapisanie całej wizyty i wyjście do kartoteki pacjenta.

1. Realizacja 2. Skterowanie 3. Rozliczenie świadczeń 4. Dane techniczne
 Pozycje rozliczeniowe
 Stomatologia Weryfikacja wizyty Wyznacz JGP Nowa pozycja Dane pozycji Usuń pozycję

Rok	Miesiąc	Produkt	Świadczenie	Wyr.	Krotność	Liczba wyk. jednostek	Data od	Data do	Status rozliczenia	Podstawa ubezpieczenia
2011	9	02.1600.001.02	5.30.00.0000012	1	1	7	2011-09-06	2011-09-06	Niepotwierdzone	U - Pacjenci ubezpieczeni z wyłączeniem koordynacji

Suma jednostek: 7

Zatwierdź i wyjdź Zatwierdź (F9) Anuluj

II. Mechanizm drugi: Uzupełnianie Świadczeń

1. Użytkownik dokonuje ewidencji danych poprzez wypełnienie zakładki nr 1. Realizacja

Form fields include: Nr świadcz., Pacjent: PESEL, Wizyta: Wybierz, Rozpozn., Rodzaj danych: recepta, skierowanie, realizacja, Przyjęcie: Bez skierowania, Tryb przyji.: Planowe bez skie.

1. Realizacja 2. Skierowanie 3. Rozliczenie świadczeń 4. Dane techniczne

1.1. Dane podstawowe 1.2. POZ 1.3. Ratownictwo medyczne

Dane realizacji

Data realizacji od: 2011-09-08 09:28 do: 2011-09-08 Liczba dni: 1 Czy ratujące życie: Czy eksport:

Realizujący: ID, Wizyta: Specjalistyczna

Komórka realizująca: Kod świadczenia:

Sesja: Podtyp świadczenia: Wersja: rozp. MZ 20.06.2008

Upraw. dod.: Uprawnienie:

Kod procedury	Nazwa	Edycja	Krotność	Data wykonania	Data zakończenia
89.522	Elektrokardiogram z 12 lub więcej odprowadzeniami	v	1	2011-09-08	2011-09-08

Buttons: Dodaj..., Usuń, Edycja: v, Archiwalne:

Footer: Zatwierdź i czyść, Zatwierdź (F9), Anuluj

Dane te powinny być ewidencjonowane zgodnie z załącznikiem nr 7 do zarządzenia nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu zdrowia z dnia 14 czerwca 2011

2. Użytkownik dokonuje zatwierdzenia wprowadzonych informacji poprzez przycisk: Zatwierdź, który uaktywni przycisk: Wyznacz JGP. Przycisk: „Wyznacz JGP” jest nieaktywny jeśli wizyta jest nie zatwierdzona.

Form fields include: Nr świadcz., Pacjent: PESEL, Wizyta: Wybierz, Rozpozn., Rodzaj danych: recepta, skierowanie, realizacja, Przyjęcie: Bez skierowania, Tryb przyji.: Planowe bez skie.

1. Realizacja 2. Skierowanie 3. Rozliczenie świadczeń 4. Dane techniczne

Pozycje rozliczeniowe

Buttons: Wyznacz JGP, Nowa pozycja, Dane pozycji, Usuń pozycję

Id. rozliczenia	Id. rozliczenia kontraktowego	Numer umowy	Rok	Miesiąc	Produkt	Świadczenie	Wyr.	Krotność	Liczba wyk. jednostek	Data od	Data do	Status rozliczenia
-----------------	-------------------------------	-------------	-----	---------	---------	-------------	------	----------	-----------------------	---------	---------	--------------------

Suma jednostek: 0

Footer: Zatwierdź i czyść, Zatwierdź (F9), Anuluj

3. Wykonanie przez użytkownika zatwierdzenia wizyty poprzez przycisk: Zatwierdź, uaktywnia przycisk: Wyznacz JGP. Wybranie przycisku: Wyznacz JGP uruchamia symulację podpowiadając grupy mogące posłużyć do rozliczenia zaewidencjonowanych danych.

Poprawne	Katalog	Elem. kier.	Świadczenie	Gruper	Wersja grupera	Taryfa	Taryfa dod.	Waga	Krotność	Pun
<input checked="" type="checkbox"/>	AOS	Procedur	W12 - 5.30.00.0000012 - Świadcze	+	AOS.1.1	7	0	1	1	
<input checked="" type="checkbox"/>	AOS	Procedur	W21 - 5.30.00.0000021 - Świadcze	+	AOS.1.1	6	0	1	1	
<input checked="" type="checkbox"/>	AOS	Procedur	W01 - 5.30.00.0000001 - Świadcze	+	AOS.1.1	4	0	1	1	
<input checked="" type="checkbox"/>	AOS	Procedur	W11 - 5.30.00.0000011 - Świadcze	+	AOS.1.1	3,5	0	1	1	
<input checked="" type="checkbox"/>	AOS	Procedur	W31 - 5.30.00.0000031 - Porada u	+	AOS.1.1	7,5	0	1	1	

Poprawne - określa, czy świadczenie jest zgodne z planem umowy.
Katalog - oznaczenie z jakiego katalogu pochodzi świadczenie (JGP oznacza katalog 1a, pozostałe to katalogi 1b, 1c, 1d itd).
Świadczenie - Kod świadczenia (dla katalogu 1a uzupełniony o kod grupy JGP).
Gruper - odpowiedź lokalnego grupera: "-" (minus) - dopisana pozycja odrzucona przez gruper lokalny, "+" (plus) - gruper lokalny wskazuje, że taka grupa może być wybrana, "?" - pozycja nie weryfikowana, "P" - dopisana pozycja jest wskazana przez gruper lokalny jako poprawna.
Taryfa - taryfa bazowa grupy jednorodnej.
Taryfa dod. - taryfa dodatkowa wynikająca z przeliczenia mechanizmem osobodni.
Punkty - sumaryczna liczba punktów dla świadczenia (krotność * waga * (taryfa + taryfa dod.)).
Już wybrane - świadczenie już dopisane do rozliczeń.
Zielony - świadczenie zgodne z planem umowy.
Żółty - świadczenie nie znajduje się w planie umowy dla danego miejsca realizacji
Niebieski - świadczenie możliwe do wyboru po zmianie rozpoznai wypisowych

Legenda

Kolumna: „Poprawne” informuje użytkownika, czy wyznaczona grupa znajduje się w posiadanym przez użytkownika planie umowy. Puste pole w kolumnie: Poprawne oznacza że zaewidencjonowane dane spełniają warunki grupy, jednakże świadczenie to nie występuje w planie umowy użytkownika.

4. Użytkownik wybiera grupę świadczenia, za pomocą którego chce rozliczyć wizytę poprzez „dwu-klik”. Operacja ta spowoduje automatyczne przejście do danych pozycji rozliczeniowej i wypełnienie wymaganych pól.

nr: 02.1030.001.02 ... ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII
 ie: 5.30.00.0000001 ... W01 ŚWIADCZENIE POHOSPITALIZACYJNE
 ik: 1 Waga: 1 Współczynnik: Świadczenie ratujące życie: Nie
 ry: Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)
 na: 1 Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczba wyk. jedn.: 4 Koszt:

ęce do realizacji świadczenia
 ia: U - Pacjenci ubezpieczeni z wyłączeniem koordynacji Ubezpieczyciel: 05 - Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia
 UE: Status osoby:
 za: Sygnatura pisma zgody: Typ zgody:
 cy: Identyfikacja dodatkowej dokumentacji:

natologia 2. Hemodializa 3. Dane dodatkowe świadczenia POZ 4. Rozliczenia z tytułu OC 5. Wartość (taryfy JGP)

Nr wersji grupera:	AOS.1.1	Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOSC):	1
Taryfa:	4	Wartości podstawowe:	4
Taryfa dodatkowa:	0	Wartości po przemnożeniu:	0
Suma taryf:	4		4

Zostaną uzupełnione informacje odnośnie grupera, których podstawą jest załącznik 5a do zarządzenia Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011r.

5. Wybrać przycisk: Zatwierdź, który spowoduje dodanie pozycji rozliczeniowej do wizyty

6. Wybrać przycisk: „Zatwierdź i czyść” dla wizyty, który spowoduje zapisanie całej wizyty i przygotowanie okna „Uzupełnianie Świadczeń” do ewidencji kolejnego pacjenta.

The screenshot shows a software interface for recording a medical visit. At the top, there are input fields for 'Nr świadcz.', 'Pacjent: PESEL', and 'Wizyta: Wybierz'. Below these are 'Rodzaj danych:' with radio buttons for 'recepta', 'skierowanie', and 'realizacja', and 'Przyjęcie: Bez skierowania'. A 'Tryb przyji:' dropdown is set to 'Planowe bez skie'. The main area has tabs for '1. Realizacja', '2. Skierowanie', '3. Rozliczenie świadczeń', and '4. Dane techniczne'. Under '1. Realizacja', there are sub-tabs for 'Stomatologia' and 'Weryfikacja wizyty'. A table with columns like 'Id. rozliczenia', 'Numer umowy', 'Rok', 'Mesiąc', 'Produkt', 'Świadczenie', 'Wyr.', 'Krotność', 'Liczba wyk. jednostek', 'Data od', 'Data do', and 'Status rozliczenia' is present. At the bottom right, a red box highlights the 'Zatwierdź i czyść' button, along with 'Zatwierdź (F9)' and 'Anuluj'.

III. Mechanizm trzy. Wykorzystywanie przycisku: Nowa Pozycja.

1. Użytkownik dokonuje ewidencji danych poprzez wypełnienie zakładki nr 1. Realizacja

The screenshot shows a software interface for recording a medical visit. At the top, there are input fields for 'Rodzaj danych:' with radio buttons for 'recepta', 'skierowanie', and 'realizacja', and 'Przyjęcie: Bez skierowania'. A 'Tryb przyji:' dropdown is set to 'Planowe bez skie'. The main area has tabs for '1. Realizacja', '2. Skierowanie', '3. Rozliczenie świadczeń', and '4. Dane techniczne'. Under '1. Realizacja', there are sub-tabs for '1.1. Dane podstawowe', '1.2. POZ', and '1.3. Ratownictwo medyczne'. The 'Dane realizacji' section includes 'Data realizacji od: 2011-09-08 09:52 do: 2011-09-08', 'Liczba dni: 1', and 'Czy ratujące życie' checkbox. Other fields include 'Realizujący: ID.', 'Wizyta: Specjalistyczna', 'Komórka realizująca:', 'Kod świadczenia:', 'Sesja:', 'Podtyp świadczenia:', 'Wersja: rozp. MZ 20.06.2008', and 'Uprawnienie:'. Below this is a table with columns for 'Kod procedury', 'Nazwa', 'Edycja', 'Krotność', 'Data wykonania', and 'Data zakończenia'. At the bottom right, a red box highlights the 'Dodaj...' button, along with 'Usuń', 'Edycja: v', and 'Archiwalne' checkbox.

Dane te powinny być ewidencjonowane zgodnie z załącznikiem nr 7 do zarządzenia nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu zdrowia z dnia 14 czerwca 2011

- Użytkownik przechodzi do zakładki nr 3. Rozliczanie świadczeń i wybiera przycisk: Nowa pozycja . Dokonuje ewidencji danych poprzez określenie: Produktu Kontraktowego, wybranie produkty jednostkowego określającego grupę do rozliczenia.

Kod	Nazwa	Waga efekt.	Schemat krotności	Schemat miesiąca
5.05.00.0000050	UROFLOMETRIA CEWKOWA	6	K1	P
5.06.00.0000721	BADANIE URODYNAMICZNE KOMPLEKSOWE Z PROFILO...	45	K1	P
5.30.00.0000001	W01 ŚWIADCZENIE POHOSPITALIZACYJNE	1	K1	P
5.30.00.0000011	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 1-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000012	W12 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 2-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000013	W13 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 3-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000014	W14 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 4-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000021	W21 ŚWIADCZENIE KOMPLEKSOWE 1-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000022	W22 ŚWIADCZENIE KOMPLEKSOWE 2-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000023	W23 ŚWIADCZENIE KOMPLEKSOWE 3-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000024	W24 ŚWIADCZENIE KOMPLEKSOWE 4-GO TYPU	1	K1	P
5.30.00.0000031	W31 PORADA UDZIELANA W MIEJSCU POBYTU ŚWIAD...	1	K1	P
5.31.00.0000001	Z01 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 1	1	K1	P
5.31.00.0000002	Z02 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 2	1	K1	P
5.31.00.0000003	Z03 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 3	1	K1	P
5.31.00.0000017	Z17 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 17	1	K1	P
5.31.00.0000018	Z18 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 18	1	K1	P
5.31.00.0000025	Z25 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 25	1	K1	P

- Aplikacja automatycznie uzupełni pola definiujące Taryfę JGP na podstawie zacytanego pliku parametryzującego i umowy.

02.1030.001.02 ... ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII

5.30.00.0000001 ... W01 ŚWIADCZENIE POHOSPITALIZACYJNE

Waga: 1 Współczynnik: Świadczenie ratujące życie: Nie

Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)

Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczba wyk. jedn.: 4 Koszt:

Ubezpieczyciel: 05 - Łódzki Oddział Narodowego Funduszu

Wartość (taryfy JGP)

Nr wersji grupera: AOS.1.1

Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOŚĆ): 1

Wartości podstawowe:

Taryfa:	4
Taryfa dodatkowa:	0
Suma taryf:	4

Wartości po przemnożeniu:

	4
	0
	4

Wyznacz taryfę

Zmodyfikował: Zatwierdź (F9) Anuluj

Jeśli użytkownik nie chce korzystać z przycisku: Wyznacz taryfę może sam dokonać wpisania taryfy poprzez określenie pól: Nr wersji grupera, Taryfa, Taryfa Dodatkowa.

Miejsce realizacji: PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA

Zakres świadczeń: * 02.1030.001.02 ... ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII

Świadczenie: * 5.30.00.0000022 ... W22 ŚWIADCZENIE KOMPLEKSOWE 2-GO TYPU

Wyróżnik: * 1 Waga: 1 Współczynnik:

Numer umowy: * Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)

Krotność faktyczna: * 1 Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczb

Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia

Podstawa ubezpieczenia: U - Pacjenci ubezpieczeni z wyłączeniem koordynacji

Dokument UE:

Decyzja wójta/burmistrza:

Dokument uprawniający:

1. Umiejscowienie i stomatologia 2. Hemodializa 3. Dane dodatkowe świadczenia POZ 4. Rozliczenia z tytułu OC 5. Wartość (taryfy JGP)

Nr wersji grupera: Wartości podstawowe: Taryfa: Taryfa dodatkowa: Suma taryf: 0

Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOŚĆ): 1

Wartości po przemnożeniu: 0

Wyznacz taryfę

Wypełnia pola:

- Nr wersji grupera: wartość dla obowiązującego grupera to: AOS.1.1
- Taryfa: wartość uzupełniania na podstawie załącznika 5a do zarządzenia Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011r, jest to wartość w kolumnie: Wartość punktowa.

Dla powyższego przykładu wybrano grupę W22 co oznacza że w polu: Taryfa należy wpisać: 14,5

lp.	Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy systemu Jednorodnych Grup Pacjentów realizowanych w trybie ambulatoryjnym	Wartość punktowa	0. Świadczenia w zakresie chorób metabolicznych	1. Świadczenia w zakresie alergologii	2. Świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci	3. Świadczenia w zakresie diabetologii	4. Świadczenia w zakresie diabetologii dla dzieci	5. Świadczenia w zakresie endokrynologii	6. Świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci	7. Świadczenia w zakresie gastroenterologii	8. Świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci	9. Świadczenia w zakresie geriatрії	10. Świadczenia w zakresie hematologii	11. Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej	12. Świadczenia w zakresie immunologii	13. Świadczenia w zakresie kardiologii
1	W01	5.30.00.0000001	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	4,0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	W11	5.30.00.0000011	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	3,5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	W12	5.30.00.0000012	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	7,0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	W13	5.30.00.0000013	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	13,0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	W14	5.30.00.0000014	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	17,0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	W21	5.30.00.0000021	W21 Świadczenie kompleksowe 1-go typu	6,0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	W22	5.30.00.0000022	W22 Świadczenie kompleksowe 2-go typu	14,5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

- Taryfa dodatko: 0

4. Wybrać przycisk: Zatwierdź, który spowoduje dodanie pozycji rozliczeniowej do wizyty
5. Wybrać przycisk: „Zatwierdź i czyść” lub „Zatwierdź i wyjdź” , który dla wizyty spowoduje zapisanie całej wizyty.

!!!Uwaga!!!

Dodawanie pozycji rozliczeniowych poprzez przycisk: Nowa pozycja i nie wypełnienie pól: Nr wersji grupera, Taryfa, Taryfa dodatkowa lub wypełnienie pól: Nr wersji grupera, Taryfa, Taryfa dodatkowa niezgodnie z załącznikiem 5a do zarządzenia Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011r spowoduje, iż wysyłka takich świadczeń do systemu OBNFZ zostanie zwrócona z komunikatem:

<problem waga="B" kod="2040483" opis="Błąd określenia grupy JGP. Kod:8 Nieprawidłowa taryfa dla produktu jednostkowego x.xx.xx.xxxxxxx w rozliczeniu xx/xx/xx do xx/xx/xx.

W przypadku otrzymania powyższego komunikatu błędu należy sprawdzić dane wpisane w pola: Nr wersji grupera, Taryfa, Taryfa dodatkowa w zakładce: Wartość (taryfa JGP) dla pozycji rozliczeniowej.