



Migracja danych do mMedica

Dokumentacja użytkownika

wersja 1.6
data 2007-10-18

Spis treści:

1.	Migracja danych z Pakietu Świadczeniodawcy	3
1.1	Wprowadzenie	3
1.2	Zakres migrowanych danych	3
1.3	Warunki konieczne do spełnienia	3
1.4	Przebieg migracji	8
2.	Migracja danych z KS-SWD.....	15
2.1	Wprowadzenie	15
2.2	Procedura migracji	15
2.3	Import danych o pacjentach i deklaracjach z plików XLS.....	15
3.	Bilans otwarcia	19

1. Migracja danych z Pakietu Świadczeniodawcy

1.1 Wprowadzenie

Dokument zawiera informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i realizacji migracji danych z Pakietu Świadczeniodawcy. Instrukcja została stworzona z myślą o użytkownikach mMedica, w celu wspierania świadczeniodawców w procesie przejścia z Pakietu Świadczeniodawcy na system mMedica. Do czasu otwarcia systemu przez NFZ, Pakiet Świadczeniodawcy był głównym systemem umożliwiającym rozliczenia Świadczeniodawców z NFZ na obszarze obsługiwany przez firmę Sygnity (ComputerLand).

1.2 Zakres migrowanych danych

Ponieważ system mMedica dedykowany jest przede wszystkim do małych przychodni i gabinetów lekarskich, należy zwrócić uwagę na to, że system ten, nie obsługuje zakresu leczenia stacjonarnego oraz nie umożliwia ewidencji danych związanych z chemioterapią i programami terapeutycznymi.

Świadczeniodawcy, którzy realizują świadczenia z powyższych zakresów, powinni wybrać system, który umożliwi ewidencję świadczeń z tych zakresów. W zależności od wielkości jednostki, może to być system miniInfoMedica lub InfoMedica.

Migracja danych z Pakietu Świadczeniodawcy dotyczy danych z lat 2006 – 2007. Dane, które zasilają system mMedica to:

- personel przychodni (wraz z systemem użytkowników),
- struktura organizacyjna przychodni,
- słowniki ogólne,
- słowniki związane z obsługą POZ,
- kartoteka pacjentów,
- dokumenty upoważniające UE,
- decyzje wójta burmistrza,
- kolejki oczekujących - w zakresie związanym z lecnictwem ambulatoryjnym,
- deklaracje POZ
- danych związane z zacytanymi umowami z NFZ,
- dane związane z terminarzem (o ile Świadczeniodawca korzystał z modułu Terminarza),
- dane dotyczące zrealizowanych świadczeń w ramach leczenia ambulatoryjnego (w tym danych rozliczeniowych za lata 2006 i 2007),
- dane dotyczące zrealizowanych świadczeń w ramach leczenia stacjonarnego, w zakresie hospitalizacji jednodniowych (tylko rok 2007)

1.3 Warunki konieczne do spełnienia

Sam proces migracji jest operacją automatyczną i wymaga minimalnej ingerencji użytkownika w początkowej fazie migracji. Aby jednak migracja przebiegła prawidłowo, a dane zmigrowane do systemu mMedica, można było przekazywać do OBNFZ bezpośrednio z nowego systemu, należy spełnić następujące warunki:

1. Na komputerze, gdzie będzie instalowany system mMedica, musi się znaleźć wcześniej zainstalowany Pakiet Świadczeniodawcy,
2. Minimalna wersja Pakietu Świadczeniodawcy to wersja 3.60. Dodatkowo baza Pakietu Świadczeniodawcy powinna dotyczyć tego samego Świadczeniodawcy co baza mMedica.

3. Otrzymanie z OW NFZ nowego identyfikatora instalacji oraz identyfikatora systemu, jednoznacznie identyfikującego system przesyłający dane na poziom OW NFZ,
4. Potwierdzenie wszystkich dotychczas zamkniętych sprawozdań rozliczeniowych w Pakiecie Świadczeniodawcy,
5. Uzupelnienie części VIII i VII kodów resortowych w parametrach wizyt w komórkach – dotyczy tylko Świadczeniodawców, używających modułu Terminarz,
6. Wykonanie kopii zapasowej bazy danych Pakietu Świadczeniodawcy,
7. Zgłoszenie w OW NFZ chęci zbiorczego wycofania po stronie OW NFZ deklaracji przypisanych do dotychczasowego numeru instalacji Pakietu Świadczeniodawcy.
8. Pobranie z OW NFZ kodu do przeprowadzenia migracji danych z Pakietu Świadczeniodawcy.

Poniżej umieszczono szczegółowy opis wymagań, które należy spełnić przed wykonaniem migracji danych z Pakietu Świadczeniodawcy do systemu mMedica:

1. Na komputerze, gdzie będzie instalowany system mMedica, musi się znaleźć wcześniej zainstalowany Pakiet Świadczeniodawcy.

Wymóg powyższy wynika z tego, że w momencie instalacji mMedica instalator sprawdza, czy na komputerze zainstalowany jest Pakiet Świadczeniodawcy i od tego uzależnia instalację słowników związanych z migracją danych. W związku z tym, w przypadku, gdy użytkownik instalować będzie system mMedica na nowym komputerze (bo np. poprzedni komputer nie spełniał minimalnych wymagań mMedica), konieczna będzie wcześniejsza instalacja Pakietu Świadczeniodawcy. W zależności od dotychczasowej infrastruktury informatycznej, może to być instalacja z bazą lokalną (baza na tym samym komputerze) lub instalacja sieciowa, gdzie baza danych Pakietu Świadczeniodawcy, będzie znajdować się na serwerze (innym komputerze). W przypadku instalacji z użyciem bazy lokalnej, konieczne będzie odtworzenie aktualnego stanu bazy danych, aby system mMedica miał aktualny zestaw danych do zmigrowania.

2. Minimalna wersja Pakietu Świadczeniodawcy to wersja 3.60. Dodatkowo baza Pakietu Świadczeniodawcy powinna dotyczyć tego samego Świadczeniodawcy co baza mMedica.

W przypadku, gdy Świadczeniodawca używa Pakietu Świadczeniodawcy w starszej wersji, konieczna jest jego aktualizacja (najlepiej do najnowszej wersji).

Sprawdzenie, czy bazy Pakietu Świadczeniodawcy i mMedica odpowiadają temu samemu Świadczeniodawcy polega na porównaniu kodu Świadczeniodawcy i oddziału NFZ, do którego Świadczeniodawca należy. Dane te w systemie mMedica pochodzą z klucza licencyjnego.

3. Otrzymanie z OW NFZ nowego identyfikatora instalacji oraz identyfikatora systemu, jednoznacznie identyfikującego system przesyłający dane na poziom OW NFZ.

Należy zwrócić uwagę na to, że identyfikator instalacji systemu musi być różny od dotychczasowego numeru instalacji używanego w Pakiecie Świadczeniodawcy.

4. Potwierdzenie wszystkich dotychczas zamkniętych sprawozdań rozliczeniowych w Pakiecie Świadczeniodawcy.

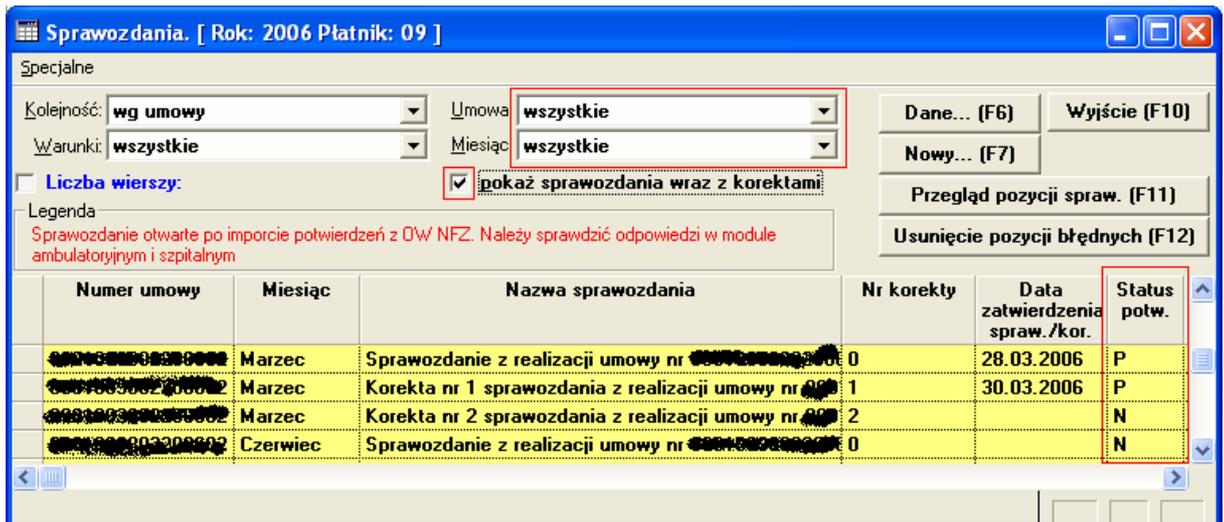
Przed migracją danych wszystkie zamknięte sprawozdania rozliczeniowe wysłane do OW NFZ z Pakietu Świadczeniodawcy powinny być poprawnie potwierdzone. W związku z tym, w Pakiecie Świadczeniodawcy mogą istnieć tylko otwarte sprawozdania, oraz sprawozdania zamknięte i poprawnie potwierdzone. Jeżeli Świadczeniodawca nie otrzymał jeszcze potwierdzeń do zamkniętych sprawozdań, to należy wykonać komunikację z OW NFZ, aby odebrać odpowiednie potwierdzenia. Jeśli w Pakiecie Świadczeniodawcy będą istnieć zamknięte a niepotwierdzone sprawozdania, to migracja nie dojdzie do skutku.

Aby sprawdzić czy sprawozdania są w odpowiednim stanie, należy wywołać okno przeglądu sprawozdań w module Wspomagania rozliczeń, wyświetlić sprawozdania z wszystkich umów i miesiąc z zaznaczonym polem wyboru: **pokaż sprawozdania wraz z korektami**. Wszystkie

wyświetlone pozycje w kolumnie „**Status potw.**” powinny mieć wartość **‘P’** (sprawozdanie zamknięte potwierdzone) lub **‘N’** (sprawozdanie otwarte). Wartości niepożądane to:

- **‘Z’** - sprawozdanie zamknięte niepotwierdzone,
- **‘W’** - sprawozdanie zamknięte wysłane do OWNF, ale jeszcze niepotwierdzone,
- **‘B’** - sprawozdanie zamknięte błędnie potwierdzone.

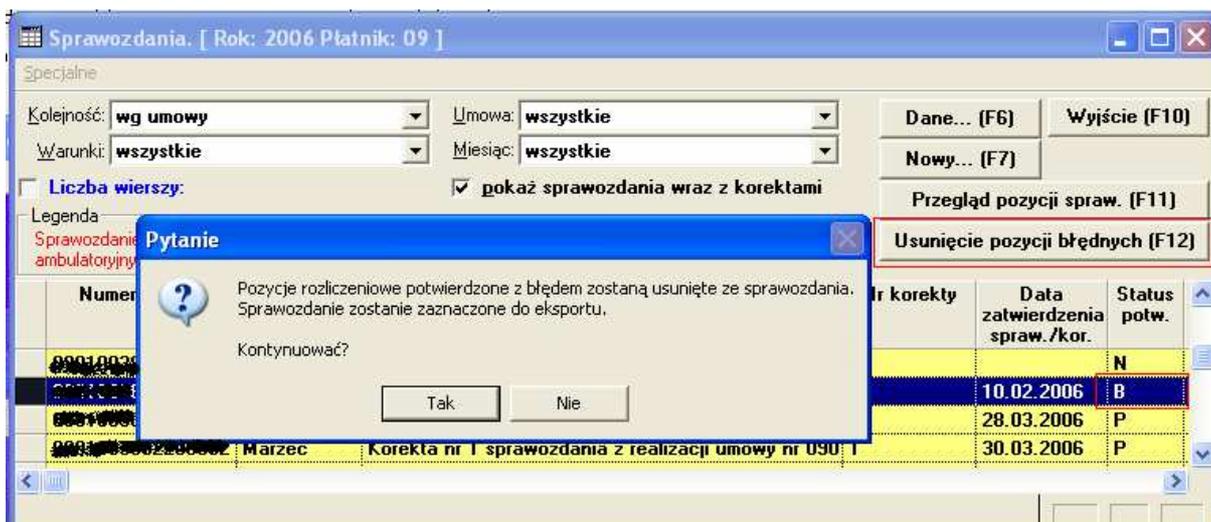
W dalszej części dokumentu opisano kroki potrzebne do wyeliminowania niepożądanych wartości statusów sprawozdań. Należy pamiętać, że opisane sprawdzenie powinno dotyczyć zarówno roku 2006 jak i 2007. Poniższy rysunek przedstawia okno przeglądu sprawozdania z zaznaczonymi elementami, na które należy zwrócić uwagę.



Jeżeli w kolumnie „**Status potw.**” choć jedna z pozycji będzie miała wartość **‘Z’** (sprawozdanie zamknięte niepotwierdzone), to w pierwszej kolejności, należy wykonać komunikację z OW NFZ, wysyłając dane sprawozdania do potwierdzenia, a następnie odebrać potwierdzenia z OW NFZ, w celu potwierdzenia tych sprawozdań.

Jeżeli w kolumnie „**Status potw.**” choć jedna z pozycji będzie miała wartość **‘W’** (sprawozdanie zamknięte wysłane do potwierdzenia), to w pierwszej kolejności, należy odebrać potwierdzenia z OW NFZ, w celu potwierdzenia tych sprawozdań.

Jeżeli w kolumnie „**Status potw.**” jedna z pozycji będzie miała wartość **‘B’** (sprawozdanie zamknięte, błędnie potwierdzone), to należy skorzystać z funkcji dostępnej pod przyciskiem [**Usunięcie pozycji błędnych (F12)**]. Funkcja ta, usuwa błędne pozycje ze sprawozdania, a następnie ustawia sprawozdanie do ponownego wysłania (wartość w kolumnie „**Status potw.**” będzie równa **‘Z’**), w celu poprawnego potwierdzenia w OW NFZ. Po takiej operacji, należy wykonać komunikację z OW NFZ, wysyłając dane sprawozdania do potwierdzenia, a następnie odebrać potwierdzenia z OW NFZ, w celu potwierdzenia tych sprawozdań.



5. Uzupełnienie części VIII i VII kodów resortowych w parametrach wizyt w komórkach – dotyczy tylko Świadczeniodawców, używających modułu Terminarz.

Jeżeli Świadczeniodawca korzysta z modułu Terminarza, należy upewnić się, że wszystkie komórki organizacyjne, dla których prowadzony jest terminarz, mają wypełnione części VIII i VII kodu resortowego. Dane te można uzupełnić w oknie z parametrami wizyt w komórkach, które dostępne jest w module Terminarza w menu: **Administracja -> Przegląd i edycja konfiguracji Terminarza -> (Zakładka: Szablony, komórki) Parametry wizyt w komórkach**.

Dla każdej pozycji wyświetlanej w tabelce wybieramy przycisk [**Dane... (F6)**] i uzupełniamy część VIII i VII kodu resortowego określonej komórki organizacyjnej.



Edycja parametrów wizyty w komórce

Kody resortowe:
 Część VIII: 1000 Część VII: 001

Kod: CHW pozycja aktualna

Nazwa: Poradnia chorób wewnętrznych

Typowe długości wizyt (w minutach):

Standardowa:	<input type="text" value="15"/>	Nazwa:	<input type="text" value="standardowa"/>
Krótką:	<input type="text" value="5"/>	Nazwa:	<input type="text" value="krótka"/>
Długa:	<input type="text" value="30"/>	Nazwa:	<input type="text" value="długa"/>

rezerwacja z podziałem na godziny

Modyfikacja

Operator: Data:

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

Zatwierdzenie danych

- Wykonanie kopii zapasowej bazy danych Pakietu Świadczenodawcy.

Kopię zapasową bazy danych można wykonać za pomocą modułu Administrator..

- Zgłoszenie w OW NFZ chęci zbiorczego wycofania po stronie OW NFZ deklaracji przypisanych do dotychczasowego numeru instalacji Pakietu Świadczenodawcy.

Migracja deklaracji polega na przeniesieniu aktywnych deklaracji z Pakietu Świadczenodawcy do systemu mMedica i oznaczenie ich nowym numerem instalacji (wynika to z założeń przyjętych w NFZ). Po wykonaniu migracji do mMedica, Świadczenodawca powinien skontaktować się z OW NFZ i zgłosić potrzebę zbiorczego wycofania deklaracji po stronie OOWNFZ dla instalacji Pakietu Świadczenodawcy. Numer instalacji Pakietu Świadczenodawcy można odczytać między innymi w oknie głównym modułu Deklaracje POZ:

Wersja pakietu:

Użytkownik:

Nr instalacji:

Wyloguj (F2)

W związku z powyższym do systemu mMedica zmigrowane zostaną tylko deklaracje należące do danej instalacji Pakietu Świadczenodawcy. Deklaracje zaimportowane do Pakietu Świadczenodawcy z innych instalacji nie będą migrowane, ponieważ w przypadku zmiany

systemu w tamtych instalacjach, wspomniane deklaracje i tak zostaną wycofane w OWNFZ i nadane im zostaną identyfikatory związane z numerem instalacji nowego systemu.

1.4 Przebieg migracji

Poniżej przedstawiono opis przebiegu migracji wraz ze zrzutami poszczególnych okien.

1. Logowanie do systemów.

Po uruchomieniu migracji, na ekranie pojawia się poniższe okno logowania:

Logowanie - Migracja z PŚ do mMedica

Logowanie do Pakietu Świadczeniodawcy

Baza:

Użytkownik:

Hasło:

Logowanie do systemu mMedica

Baza:

Ze względu na ustawę o ochronie danych osobowych,
proszę podać Imię i nazwisko osoby dokonującej migracji.

Nazwisko:

Imię:

Dane związane z logowaniem do bazy Pakietu Świadczeniodawcy, uzupełnią się automatycznie, na podstawie informacji odczytanych z zainstalowanego na komputerze Pakietu Świadczeniodawcy. Jeśli użytkownik zdecyduje, że migracja ma nastąpić z innej bazy, niż baza podpowiedziana przez program, może tego dokonać poprzez wybór przycisku [Inna instalacja] lub przez ręczne wpisanie parametrów bazy Pakietu Świadczeniodawcy. Do lokalizacji systemu mMedica wystarczy podanie nazwy bazy danych (np. MMEDICA). Dodatkowo, ze względu na ustawę o ochronie danych osobowych, konieczne jest podanie nazwiska i imienia osoby dokonującej migracji.

2. Główne okno migracji

Po zatwierdzeniu okna logowania na ekranie pojawia się okno główne migracji:

Migracja danych z Pakietu Świadczeniodawcy do mMedica

Podstawowy zakres migracji - dane z roku bieżącego w zakresie leczenia ambulatoryjnego

Migruj dodatkowo dane rozliczeniowe z roku 2006

Migruj hospitalizacje w trybie jednodniowym z roku 2007 (dotyczy tylko mMedica Standard)

Postęp bieżącego zadania:

Postęp wszystkich zadań ogółem:

Dane diagnostyczne migracji:

Migruj dane Zamknij

Podstawowy zakres migracji dotyczy danych leczenia ambulatoryjnego za rok 2007. Dodatkowo użytkownik może zmigrować dane leczenia ambulatoryjnego za rok 2006. W przypadku leczenia stacjonarnego możliwa jest migracja tylko danych za rok 2007 i to tylko danych dotyczących hospitalizacji w trybie jednodniowym. Hospitalizacje w trybie jednodniowym rozpoznawane są po kodzie produktu, który w 2007 roku miał postać: 03.%088.02, gdzie znak % określa dowolną kombinację cyfr.

Uwaga!

W przypadku, gdy Świadczeniodawca realizuje świadczenia w zakresie leczenia stacjonarnego ale nie tylko w trybie jednodniowym, system mMedica nie jest systemem dedykowanym dla takiego Świadczeniodawcy. W takim przypadku należy zastanowić się nad wyborem systemu miniInfoMedica lub InfoMedica. Wynika to z tego, że migracja obejmuje tylko pewien podzbiór danych (tryb jednodniowy) blokując jednocześnie eksport danych z Pakietu Świadczeniodawcy. Rozwiązaniem w takiej sytuacji może być brak migracji z Pakietu Świadczeniodawcy do mMedica i skorzystanie z funkcji określania bilansu otwarcia (patrz punkt: Bilans otwarcia), ale takie rozwiązanie nie jest zalecane.

Pomimo tego, że system mMedica umożliwia ewidencję danych związanych z hospitalizacjami bez ruchu międzyoddziałowego, nie jest możliwa migracja takich danych z Pakietu Świadczeniodawcy. W takich sytuacjach, przy przejściu z Pakietu Świadczeniodawcy na system mMedica nie należy migrować danych i skorzystać z funkcji określania bilansu otwarcia w mMedica (patrz punkt: Bilans otwarcia).

Aby rozpocząć migrację danych należy wybrać przycisk [Migruj dane]. W czasie migracji, w części głównej okna, prezentowane są informacje o aktualnym stanie procesu migracji. Zawarte tam informacje dotyczą zakresu danych, który aktualnie jest migrowany. W górnej części okna znajdują się paski postępu informujące o zaawansowaniu procesu.

Uwaga!

W pierwszej fazie migracji potrzebna będzie ingerencja użytkownika, w zakresie zatwierdzenia nazw użytkowników systemu oraz przyporządkowaniu komórek

organizacyjnych do parametrów wizyt z Terminarza (to drugie dotyczy tylko tych Świadczeniodawców, którzy używają Terminarza). Dopiero po wykonaniu tych czynności proces migracji nie wymaga ingerencji użytkownika i może być wykonywany bez nadzoru użytkownika.

3. Scenariusze możliwości przejścia na system mMedica z punktu widzenia migracji danych z Pakietu Świadczeniodawcy:

Zakres realizowanych świadczeń				Uwagi
lecznictwo ambulatoryjne	lecznictwo stacjonarne w trybie jednodniowym (zakres świadczeń: 03.%.088.02)	lecznictwo stacjonarne bez ruchu międzyoddziałowego	lecznictwo stacjonarne z ruchem międzyoddziałowym	
X				Możliwa migracja danych zarówno z 2007 jaki i 2006 roku. Rozliczanie i korygowanie rozliczeń zmigrowanych z Pakietu Świadczeniodawcy należy obsługiwać w systemie mMedica
	X			Możliwa migracja danych tylko z roku 2007. Rozliczanie i korygowanie rozliczeń wprowadzonych zmigrowanych z Pakietu Świadczeniodawcy należy obsługiwać w systemie mMedica. Rozliczanie i korygowanie rozliczeń wprowadzonych w Pakiecie Świadczeniodawcy, które nie zostały zmigrowane do mMedica (dane z roku 2006), należy obsługiwać w Pakiecie Świadczeniodawcy.
		X		Możliwa migracja danych tylko z roku 2007. Rozliczanie i korygowanie rozliczeń wprowadzonych zmigrowanych z Pakietu Świadczeniodawcy należy obsługiwać w systemie mMedica. Rozliczanie i korygowanie rozliczeń wprowadzonych w Pakiecie Świadczeniodawcy, które nie zostały zmigrowane do mMedica (dane z roku 2006), należy obsługiwać w Pakiecie Świadczeniodawcy.
			X	Nie obsługiwane przez system mMedica. Nie ma możliwości migracji.
X	X			Możliwa migracja danych tylko z roku 2007. Dane z roku 2006 należy rozliczać i korygować w Pakiecie Świadczeniodawcy.

Zakres realizowanych świadczeń				Uwagi
lecznictwo ambulatoryjne	lecznictwo stacjonarne w trybie jednodniowym (zakres świadczeń: 03.%.088.02)	lecznictwo stacjonarne bez ruchu międzyoddziałowego	lecznictwo stacjonarne z ruchem międzyoddziałowym	
X		X		<p>Nie ma możliwości migracji danych z Pakietu Świadczeniodawcy.</p> <p>W mMedica należy skorzystać z funkcji bilansu otwarcia i ewidencjonować i rozliczać tylko dane wprowadzone do mMedica.</p> <p>Rozliczanie i korygowanie rozliczeń wprowadzonych w Pakiecie Świadczeniodawcy należy obsługiwać w Pakiecie Świadczeniodawcy</p>
X			X	<p>Obsługiwane przez system mMedica tylko w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego.</p> <p>Nie ma możliwości migracji.</p> <p>Można skorzystać z funkcji bilansu otwarcia i ewidencjonować w mMedica tylko dane związane z leczeniem ambulatoryjnym.</p> <p>Zalecane przejście na inny system np. miniInfoMedica lub InfoMedica</p>
	X	X		<p>Obsługiwane przez system mMedica.</p> <p>Nie ma możliwości migracji.</p> <p>Można skorzystać z funkcji bilansu otwarcia i ewidencjonować i rozliczać dane ręcznie wprowadzone do mMedica.</p> <p>Możliwe przejście na inny system (np. miniInfoMedica lub InfoMedica).</p>
	X		X	<p>Obsługiwane przez system mMedica tylko w zakresie hospitalizacji jednodniowych.</p> <p>Nie ma możliwości migracji.</p> <p>Można skorzystać z funkcji bilansu otwarcia i ewidencjonować i rozliczać dane ręcznie wprowadzone do mMedica, ale tylko z zakresu hospitalizacji w trybie jednodniowym.</p> <p>Zalecane przejście na inny system (np. miniInfoMedica lub InfoMedica).</p>

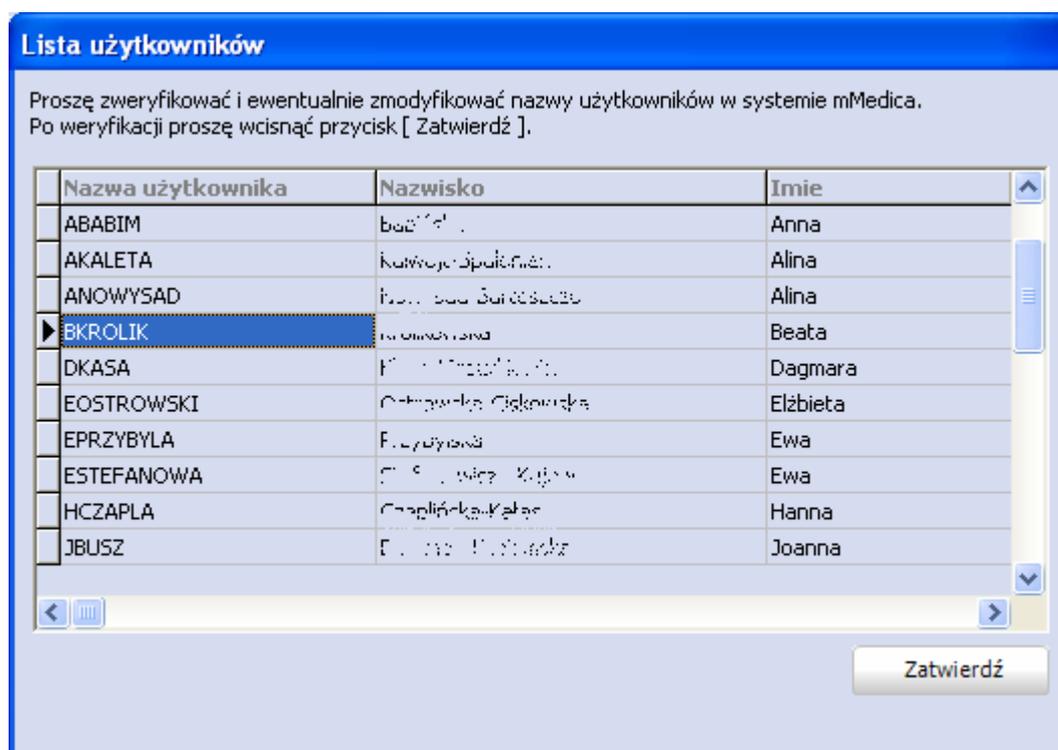
4. Zatwierdzenie nazw użytkowników systemu mMedica

W pierwszej kolejności migrowane są informacje o personelu oraz użytkownikach systemu. Każdy personel wewnętrzny zatrudniony u danego Świadczeniodawcy zostaje użytkownikiem

systemu mMedica. Domyślnie podczas migracji, nazwy użytkowników tworzone są za pomocą pierwszej litery imienia oraz pełnego nazwiska. Maksymalna długość nazwy użytkownika to 16 znaków, w związku z tym w przypadku dłuższych nazwisk, nazwy użytkowników zostają ograniczone do 16 znaków. W przypadku powtarzających się nazw użytkowników (np. dla osób Adam Nowak, Andrzej Nowak), system generuje nazwy użytkowników z użyciem cyfr, np. A0NOWAK, A1NOWAK. W takich sytuacjach najlepiej samemu zaproponować nazwy użytkowników. Służy do tego okno z listą użytkowników. Wartości w kolumnie 'Nazwa użytkownika' można modyfikować. Po pojawieniu się poniższego okna, należy zweryfikować i ewentualnie zmodyfikować nazwy użytkowników w systemie mMedica. Aby zatwierdzić listę nazw użytkowników należy wybrać przycisk [Zatwierdź].

Uwaga!

Po zatwierdzeniu nazw użytkowników, nie będzie już możliwości ich zmiany w systemie mMedica.



5. Skojarzenie komórek organizacyjnych z parametrami wizyt z Terminarza.

Po migracji personelu (i użytkowników), następuje migracja komórek organizacyjnych. W przypadku, gdy Świadczeniodawca korzystał z modułu Terminarza, konieczne będzie skojarzenie poszczególnych wpisów dotyczących parametrów w Terminarzu z komórkami organizacyjnymi po stronie mMedica. Do tego celu służy poniższe okno (jeśli Świadczeniodawca nie korzystał z Terminarza, poniższe okno nie pojawi się podczas migracji):

Parametry wizyty

Proszę przyporządkować komórki organizacyjne do poszczególnych pozycji w tabelce.

Zapisz

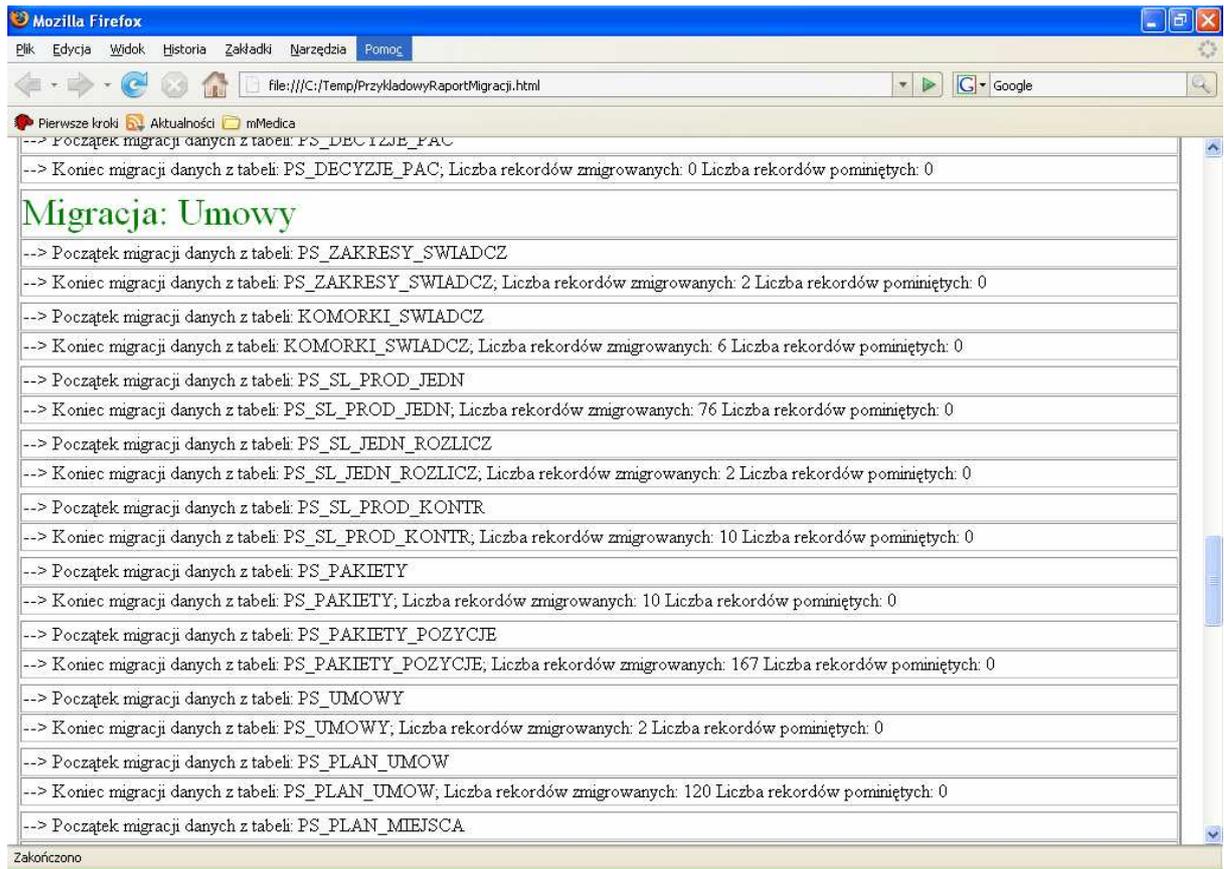
Kod	Nazwa	Cz. VIII	Cz. VII	Komórka organizacyjna
ENDOKR	Poradnia endokrynologiczna	1030	010	ENDKR1- PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA [Cz. VIII: 1030] [Cz VII: 0]
GINPOL	Poradnia ginekologiczno - poł...	1450	013	GINPO1- PORADNIA GINEKOLOGICZNA [Cz. VIII: 1450] [Cz VII: 013]

Domyślnie pozycje kojarzone są po kodach VIII i VII kodu resortowego, jednak w przypadku, gdy skojarzenie takie nie jest możliwe (lub automatyczna odpowiedź nie odpowiada rzeczywistości), należy ręcznie skojarzyć poszczególne pozycje ze sobą. Po przyporządkowaniu wszystkich pozycji należy wybrać przycisk [Zapisz].

Po weryfikacji nazw użytkowników i powiązania komórek organizacyjnych z parametrami w Terminarzu, pozostała część migracji nie wymaga interakcji z użytkownikiem.

6. Zakończenie migracji.

Po zakończeniu migracji, użytkownik ma możliwość zapisania raportu z migracji do pliku o rozszerzeniu html. Fragment przykładowego pliku raportu przedstawiony został poniżej:



Jeżeli Świadczeniodawca odtworzył bazę danych tylko na potrzeby migracji (domyślnie używał Pakietu Świadczeniodawcy na innym komputerze i innej bazie danych), do dalszej pracy z Pakietem Świadczeniodawcy należy używać bazy danych oraz plików Rumkat.ini i rumkat.xx (gdzie xx oznacza kod oddziału NFZ) wykorzystywanych do migracji. Wynika to z faktu, że po zakończonej migracji następuje zablokowanie eksportu danych z Pakietu Świadczeniodawcy.

Proces migracji jest operacją jednorazową. W przypadku, gdy z raportu końcowego będzie wynikać, że spora liczba danych nie została przeniesiona ze względu na konieczność uzupełnienia po stronie Pakietu Świadczeniodawcy, ponowną migrację należy wykonać na nowej bazie mMedica. W takim wypadku w pierwszej kolejności należy odinstalować system mMedica i zainstalować go ponownie.

Uwaga!

- Istnieje możliwość migracji danych z Pakietu Świadczeniodawcy bez migracji danych z Terminarza.
- Istnieje opcja migracji wyłącznie takich danych jak: personel, struktura organizacyjna, pacjenci, umowy i słowniki.

2. Migracja danych z KS-SWD

2.1 Wprowadzenie

Dokument zawiera informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i realizacji migracji danych z aplikacji KS-SWD firmy Kamssoft. Instrukcja została stworzona z myślą o użytkownikach mMedica, w celu wspierania świadczeniodawców w procesie przejścia z KS-SWD na system mMedica.

2.2 Procedura migracji

1. Wyeksportować informacje o pacjentach i deklaracjach z aplikacji KS-SWD do pliku XLS.
2. Zainstalować i skonfigurować aplikację mMedica.
 - a. wczytać licencje
 - b. utworzyć użytkowników – menu *Zarządzanie -> Konfiguracja -> Użytkownicy systemu*
 - c. uzupełnić listę personelu – uzupełniona lista personelu jest niezbędna dla wykonania prawidłowego importu deklaracji z pliku XLS. Personel identyfikowany jest poprzez numer PESEL lub numer prawa wykonania zawodu, dlatego niezbędne jest prawidłowe uzupełnienie tych danych. Menu *Zarządzanie -> Konfiguracja -> Rejestr personelu*
 - d. wczytać obowiązujące pliki umów. Menu *Komunikacja -> Import danych*
3. Zaimportować pliki XLS, wygenerowane z aplikacji KS-SWD, do programu mMedica. Funkcjonalność dostępna w menu *Komunikacja -> Import danych z formatu XLS -> Import pacjentów i deklaracji POZ (format Kamssoft)*. Import nie obejmuje deklaracji z listy Medycyna szkolna. Lista aktywna Medycyna szkolna ze względu na szerszy zakres importowanych danych jest wczytywana z menu *Ewidencja -> Deklaracje -> Import danych z pliku XLS*.

Do przeniesienia informacji o pacjentach i deklaracjach poprzez import pliku XLS niezbędny jest zainstalowany program MS Excel wchodzący w skład pakietu MS Office.

4. Jeżeli przejście następuje w połowie roku rozliczeniowego, niezbędne jest odnotowanie w systemie mMedica informacji o dotychczas rozliczonych świadczeniach, tzw. bilans otwarcia (liczba punktów i wartość dla odpowiednich pozycji planu umowy). Funkcjonalność taka udostępniona jest w menu: *Rozliczenia -> Przegląd bilansu otwarcia*.

2.3 Import danych o pacjentach i deklaracjach z plików XLS.

Program mMedica umożliwia import pacjentów i deklaracji z pliku XLS. Format pliku XLS zgodny jest z formatem generowanym przez program KS-SWD firmy Kamssoft. Opcja ta umożliwia import danych o pacjentach, a także import deklaracji z list: lekarz rodzinny, pielęgniarka środowiskowa, położna środowiskowa. Za pomocą tego importu nie jest możliwe zacytowanie deklaracji medycyny szkolnej. Do importu deklaracji z listy medycyny szkolnej istnieje dedykowany format pliku XLS, który można zaimportować z poziomu menu *Ewidencja -> Deklaracje -> Import deklaracji z pliku XLS*.

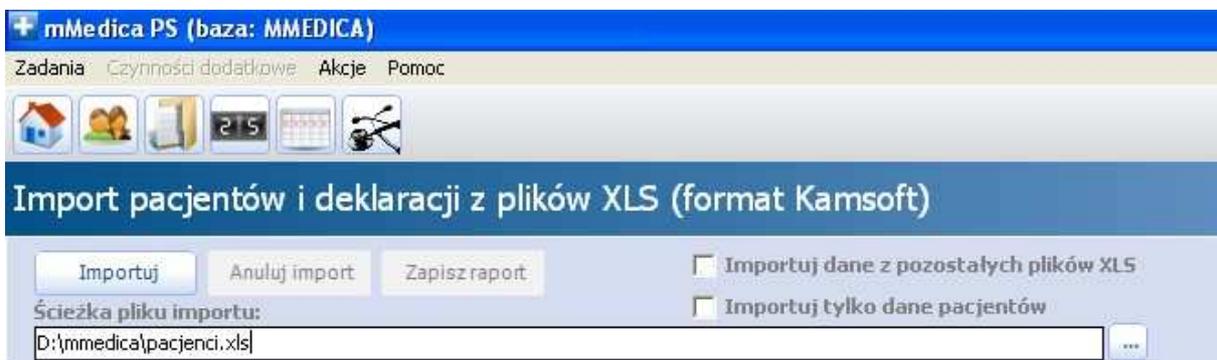
Opcja importu pacjentów i deklaracji zlokalizowana jest w menu *Komunikacja -> Import danych z formatu XLS -> Import pacjentów i deklaracji POZ (format Kamssoft)*.

Do wykonania importu niezbędny jest zainstalowany program Excell wchodzący w skład pakietu MS Office. Import umożliwia tylko dodanie nowych pozycji do systemu mMedica. Za pomocą tego importu nie jest możliwe modyfikowanie danych istniejących już w systemie mMedica.

Przed wykonaniem importu informacji o deklaracjach niezbędne jest uzupełnienie danych o personelu medycznym, który przypisany jest do poszczególnych deklaracji występujących w importowanym pliku XLS. Personel dodajemy z w menu *Zarządzanie -> Konfiguracja -> Rejestr personelu*. Brak w programie mMedica personelu wymienionego w deklaracjach zawartych w importowanym pliku uniemożliwia zaimportowanie deklaracji, na której dany personel występuje. Podczas importu danych, personel kojarzony jest na podstawie numeru prawa wykonywania zawodu lub niezerowego numeru PESEL.



W celu zaimportowania pliku z pacjentami i deklaracjami należy w pierwszej kolejności wskazać jego lokalizację. W polu *Ścieżka pliku importu* podajemy jego lokalizację wpisując ją bezpośrednio w pole lub używając klawisza [...], który umożliwia wskazanie pliku przy pomocy eksploratora systemu Windows.



Zaznaczenie opcji *Importuj tylko dane pacjentów* spowoduje dopisanie danych zawartych w importowanym pliku jedynie do listy pacjentów programu mMedica. Gdy opcja ta nie zostanie zaznaczona, uzupełniona zostanie lista zarówno pacjentów jak i deklaracji.

Zaznaczenie opcji *Importuj dane z pozostałych plików XLS* spowoduje zacytowanie danych z plików XLS znajdujących się w wskazanym folderze.

Wybranie klawisza *Importuj* rozpocznie proces zacytywania danych do bazy programu mMedica. Przed samym importem sprawdzane jest, czy wskazany plik jest w odpowiednim formacie (kontrola tekstów w nagłówkach kolumn oraz sprawdzenie, czy dane rozpoczynają się od komórki D7).

Po zakończeniu importu wygenerowany zostaje raport, którego zawartość wyświetlona jest na ekranie. Raport ten zawiera informacje ilościowe i jakościowe dotyczące wykonanego importu. [Błąd] oznacza, że dana pozycja nie została zacytowana do programu. [Informacja] jest jedynie ostrzeżeniem o wystąpieniu nieprawidłowości podczas importu, pozycje te są jednak do programu importowane. Błędne pozycje należy odpowiednio zmodyfikować i ponownie zacytować do aplikacji mMedica. Raport po imporcie można zapisać używając klawisza *Zapisz raport*. Raport zapisywany jest w formacie *.txt w miejscu wskazanym przez użytkownika.

Zakres danych możliwych do zaimportowania:

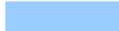
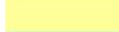
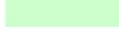
Dane pacjentów:

- PESEL
- nazwisko i imię
- data urodzenia
- płeć
- ubezpieczyciel pacjenta
- adres zamieszkania (miejscowość, kod pocztowy, kod miejscowości, ulica, nr domu, nr lokalu, kod terytorialny)
- PESEL opiekuna
- uwagi
- dodatkowe uprawnienia pacjenta
- nr karty ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ)
- nr paszportu
- telefon

Dane deklaracji:

- PESEL podopiecznego
- nazwisko i imię podopiecznego
- data urodzenia podopiecznego
- płeć podopiecznego
- status deklaracji
- typ deklaracji (lista aktywna)
- data podpisania
- personel na deklaracji (na podstawie nr prawa wykonywania zawodu lub nr PESEL)
- miejsce złożenia deklaracji
- kod podopiecznego

Załącznikiem do niniejszego dokumentu jest wzorcowy plik XLS, wraz z opisem pól i ich wymagalnością (*mM - KS-SWD wzór pliku eksportu danych dotyczących pacjentów i deklaracji.xls*). Pola uwzględniane podczas importu do systemu mMedica oznaczone zostały kolorami:

-  dane dotyczące pacjentów
-  dane dotyczące deklaracji
-  dane dotyczące pacjentów i deklaracji



mM - KS-SWD wzór
pliku eksportu danych

Jeżeli podczas importu pacjentów i/lub deklaracji z pliku XLS (format Kamssoft) aplikacja zgłasza błąd:

"<nazwa pliku> - Błędna struktura pliku
Kolumna <nr kolumny>: oczekiwano: <oczekiwany nagłówek kolumny> napotkano: <nagłówek kolumny w importowanym pliku XLS>"

należy:

1. Upewnić się, że plik XLS jest zgodny ze strukturą opisaną powyżej, tzn. czy wskazany plik jest w odpowiednim formacie (kontrola tekstów w nagłówkach kolumn oraz sprawdzenie, czy dane rozpoczynają się od komórki D7).
2. Jeżeli plik XLS posiada poprawną strukturę, a problem występuje tylko w niezgodności kolumn, należy przekopiować wiersz nr 6 z pliku wzorcowego i wstawić go w miejsce wiersza nr 6 w pliku, z którego mają być importowane dane.

Kolejnym załącznikiem jest wzorcowy plik XLS do importu deklaracji medycyny szkolnej (*mM - szablon importu deklaracji medycyny szkolnej.xls*)



mM - szablon importu
deklaracji medycyny s

3. Bilans otwarcia

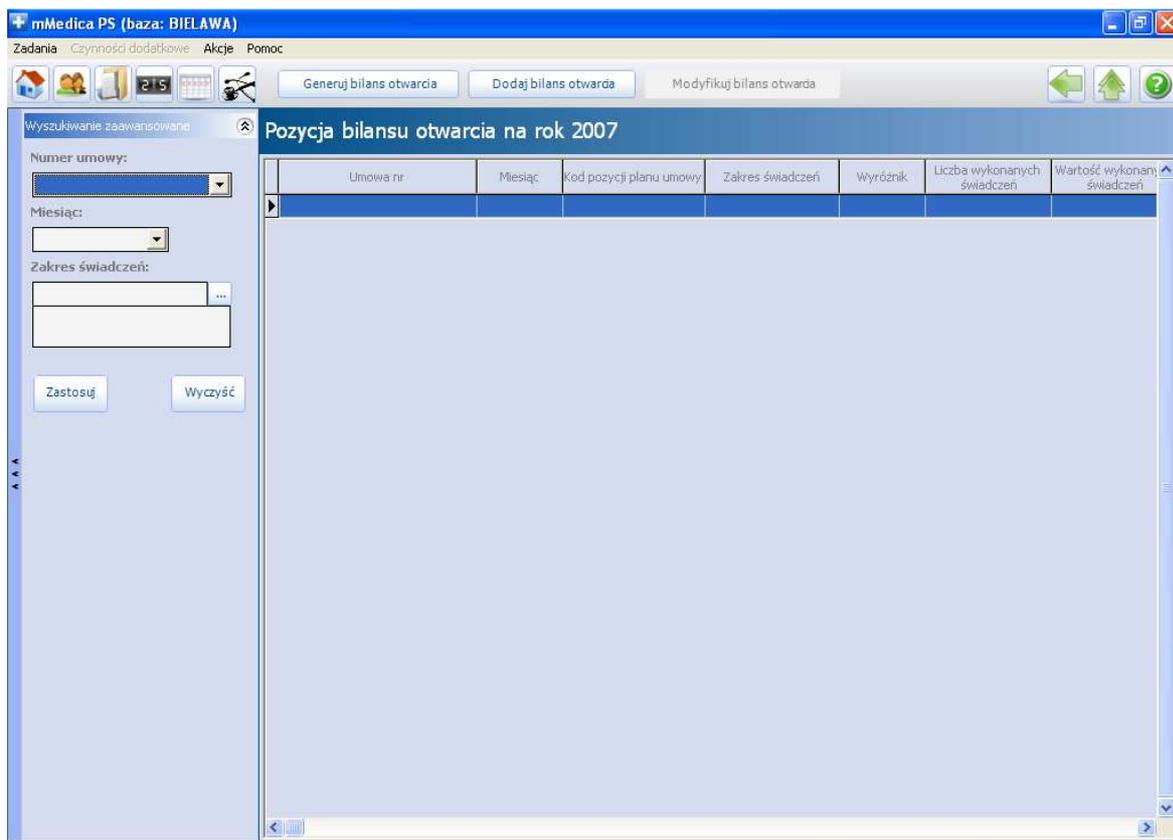
Funkcja bilansu otwarcia umożliwia Świadczeniodawcy przejście z dotychczas używanego systemu do systemu mMedica, w sytuacji, gdy nie jest możliwe zmigrowanie danych rozliczeniowych do systemu mMedica. Określając bilans otwarcia, Świadczeniodawca informuje system mMedica, jaka część pozycji rozliczeniowych została rozliczona w poprzednim systemie. Informacje te zostaną następnie wykorzystane do sprawdzania limitu podczas oznaczania świadczeń do rozliczeń. Świadczeniodawca określa zarówno liczbę jak i wartość pozycji rozliczonych w poprzednim systemie. Parametry te należy podać z dokładnością do pozycji planu umowy tzn. konieczne jest także podanie: roku rozliczeniowego, numeru umowy, miesiąca rozliczeniowego oraz kodu pozycji (zakres świadczeń wraz z wyróżnikiem). Poszczególne parametry można wprowadzić zarówno z uwzględnieniem podziału na poszczególne miesiące rozliczeniowe, jak i sumarycznie, wprowadzając całą kwotę rozliczenia w jednym miesiącu. Przed określeniem bilansu otwarcia, należy do mMedica wczytać aktualny plik umowy z NFZ (Menu *Komunikacja* -> *Import danych* -> [*Import z pliku*])

Bilans otwarcia może być także wykorzystany w sytuacji, gdy umowa realizowana jest w kilku jednostkach posiadających oddzielne instalacje mMedica. W takim przypadku bilans otwarcia może służyć do określania wartości rozliczeń w pozostałych jednostkach. Dzięki temu, w łatwy sposób kontrolować można sumaryczne wykorzystanie limitu we wszystkich jednostkach.

W celu określenia bilansu otwarcia, wybrać należy pozycję „Przeгляд bilansu otwarcia” z menu „Rozliczenia”:

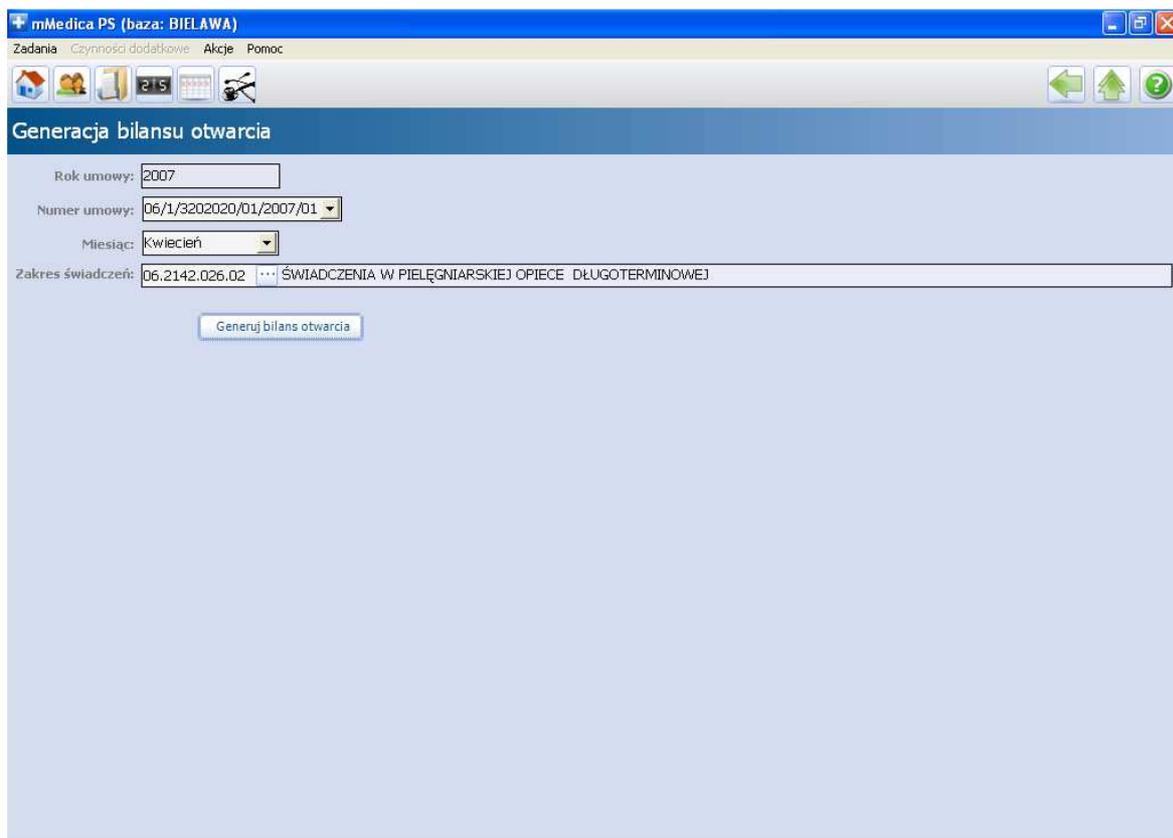


Po wybraniu pozycji z menu, na ekranie pojawi się okno umożliwiające przeгляд wprowadzonych pozycji bilansu otwarcia. Użytkownik ma możliwość filtrowania danych po numerze umowy, miesiącu rozliczeniowym oraz zakresie świadczeń.



Dodatkowo dostępne są funkcje:

- Generuj bilans otwarcia – umożliwia wygenerowanie pozycji bilansu otwarcia od stycznia do określonego miesiąca. Jeśli użytkownik nie określi zakresu świadczeń, to wygenerowane zostaną pozycje dla każdej pozycji planu umowy.



Liczba i wartość rozliczonych świadczeń wypełniana jest wartością 0. Po tej operacji, użytkownik może zmodyfikować konkretne pozycje bilansu.

Umowa nr	Miesiąc	Kod pozycji planu umowy	Zakres świadczeń	Wyróżnik	Liczba wykonanych świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń
06/1/3202020/01/2007/01	1	06.2142.026.021	06.2142.026.02	1	0	0
06/1/3202020/01/2007/01	2	06.2142.026.021	06.2142.026.02	1	0	0

- Dodaj bilans otwarcia – umożliwia dodanie nowej pozycji bilansu otwarcia za określony miesiąc.
- Modyfikuj bilans otwarcia – umożliwia modyfikację liczby i wartości bilansu otwarcia dla wybranej pozycji.

Rok umowy: 2007

Numer umowy: 06/1/3202020/01/2007/01

Miesiąc: Marzec

Kod pozycji: 06.2142.026.021

Ilość: 23

Wartość: 138

Bilans otwarcia ma wpływ na sprawdzanie limitu wykonań.
 Poniżej przedstawiono wpływ bilansu otwarcia na liczbę pozycji rozliczeniowych możliwych do oznaczenia do rozliczenia:

mMedica PS (baza: BIELAWA)
 Zadania Czynności dodatkowe Akcje Pomoc

Oznaczenie pozycji do sprawozdania z umowy nr 06/1/3202020/01/2007/01
 06.2142.026.02 ŚWIADCZENIA W PIELEŃNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ Marzec 2007

Wyróżnik: 1 Schemat rozliczeniowy: limity narastająco

	Limit		Realizacja		Różnica	
	Ilościowo	Wartościowo	Ilościowo	Wartościowo	Ilościowo	Wartościowo
Miesięcznie w okresie sprawozdawczym:	1255	7530	1182	7092	73	438
Narastająco do miesiąca rozliczeniowego:	3765	22590	3603	21618	162	972
W okresie obowiązywania umowy:	15056	90336	8772	52632	6284	37704

Pozycje do rozliczenia
 Korygujące UE (koordynacja) Do limitu narastająco
 Ratuujące życie Decyzja wójta / burmistrza Wszystkie

Kolejność: ratujące życie, data końca realizacji

Rozlicz	Identyfikator świadczenia	PESEL	Nazwisko	Świadczenie	Cena	Lb. wyk. jedn. rozl.	Wartość	Data od	Data do	
<input checked="" type="checkbox"/>	276			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	282			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	281			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	280			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	277			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	270			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	275			5.15.00.0000020	6	15	90	01-03-2007	05-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	274			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	273			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	272			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	271			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	278			5.15.00.0000020	6	75	450	07-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	269			5.15.00.0000020	6	75	450	07-03-2007	31-03-2007	Ubezp

Na powyższym rysunku widać, że przed określeniem bilansu otwarcia, użytkownik ma możliwość oznaczenia jeszcze pozycji rozliczeniowych na łączną sumę 162 punktów (972 zł).

mMedica PS (baza: BIELAWA)
 Zadania Czynności dodatkowe Akcje Pomoc

Oznaczenie pozycji do sprawozdania z umowy nr 06/1/3202020/01/2007/01
 06.2142.026.02 ŚWIADCZENIA W PIELEŃNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ Marzec 2007

Wyróżnik: 1 Schemat rozliczeniowy: limity narastająco

	Limit		Realizacja		Różnica	
	Ilościowo	Wartościowo	Ilościowo	Wartościowo	Ilościowo	Wartościowo
Miesięcznie w okresie sprawozdawczym:	1232	7392	1182	7092	50	300
Narastająco do miesiąca rozliczeniowego:	3742	22452	3603	21618	139	834
W okresie obowiązywania umowy:	15033	90198	8772	52632	6261	37566

Pozycje do rozliczenia
 Korygujące UE (koordynacja) Do limitu narastająco
 Ratuujące życie Decyzja wójta / burmistrza Wszystkie

Kolejność: ratujące życie, data końca realizacji

Rozlicz	Identyfikator świadczenia	PESEL	Nazwisko	Świadczenie	Cena	Lb. wyk. jedn. rozl.	Wartość	Data od	Data do	
<input checked="" type="checkbox"/>	276			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	282			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	281			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	280			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	277			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	270			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	275			5.15.00.0000020	6	15	90	01-03-2007	05-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	274			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	273			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	272			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	271			5.15.00.0000020	6	93	558	01-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	278			5.15.00.0000020	6	75	450	07-03-2007	31-03-2007	Ubezp
<input checked="" type="checkbox"/>	269			5.15.00.0000020	6	75	450	07-03-2007	31-03-2007	Ubezp

Po uwzględnieniu bilansu otwarcia, który dla danej pozycji rozliczeniowej miał następujące wartości:

styczeń: liczba 0, wartość: 0,
luty: liczba 0, wartość: 0,
marzec: liczba 23, wartość 138,

widzimy, że bilans ten został uwzględniony w limicie. W tym momencie użytkownik może oznaczyć do rozliczenia tylko świadczenia na łączną sumę 139 punktów (834 zł).