

Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie; świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie; świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie; świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie.



A) DANE ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa

Imię

Nazwisko

Zajmowane stanowisko

Adres korespondencyjny:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kod świadczeniodawcy wg NFZ

Numer księgi rejestrowej podmiotu
wykonującego działalność leczniczą

Kod formy organizacyjno-prawny
(część IV kodu resortowego)

Dane osoby do kontaktu:

Imię

Nazwisko

Zajmowane stanowisko

Numer telefonu

Adres email

B) INFORMACJA O LICZBIE ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ

B1) Liczba osobodni zrealizowanych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/ w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Rok 2013

Rok 2014

B2) Liczba osobodni zrealizowanych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie / w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie

Rok 2013

Rok 2014

B3) Liczba osobodni zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Rok 2013

Rok 2014

B4) Liczba osobodni zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie

Rok 2013

Rok 2014

C) INFORMACJA O SZCZEGÓLNOŚCI GROMADZENIA DANYCH KOSZTOWYCH

DANE DOTYCZĄCE WYLOSOWANYCH PACJENTÓW / maksymalnie 4 pacjentów w każdym produkcie rozliczeniowym

C1) Dla ilu procent pacjentów bylibyście Państwo w stanie wskazać informacje charakteryzujące wykonane im świadczenie (takie jak data realizacji świadczenia, kod zakresu, kod produktu, rozpoznanie, ilość produktów) w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C2) Ile procent leków bylibyście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentów w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C3) Ile procent wyrobów medycznych oraz środków pomocniczych wartościowo bylibyście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentów w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C4) Ile procent rodzajów procedur medycznych [diagnostycznych, pielęgnacyjnych, zabiegowych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych; w tym również realizowanych przez podmiot zewnętrzny] bylibyście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentów w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

DANE DOTYCZĄCE KOSZTU ŚWIADCZEŃ

C5) Dla ilu procent rodzajów procedur medycznych [diagnostycznych, pielęgnacyjnych, zabiegowych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych] byłoby Państwo w stanie określić rodzaj personelu zaangażowanego w procedurę, czas zaangażowania oraz łączny koszt wynagrodzenia personelu przypisanego do danej procedury?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C6) Dla ilu procent spośród realizowanych rodzajów procedur medycznych (diagnostycznych, pielęgnacyjnych, zabiegowych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych) jesteście Państwo w stanie podać średni koszt jednostkowy?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

POZOSTAŁE DANE

C7) Czy jesteście Państwo w stanie przekazać dane z dokładnością do ośrodka powstawania kosztów (oddział) zawierające informacje analityczne przynajmniej o wszystkich następujących kosztach:

- koszty według rodzaju:
 - w tym koszty leków,
 - w tym koszty jednorazowych wyrobów medycznych,
 - w tym wynagrodzenia w podziale na lekarzy (łącznie z rezydentami), pielęgniarki oraz pozostały personel,
 - w tym kontrakty w podziale na lekarzy, pielęgniarki oraz pozostały personel,
 - w tym usługi obce wynikające z zakupu procedur medycznych,
- koszty pośrednie w podziale na ośrodki kosztów działalności podstawowej i pomocniczej
- koszty ogólnego zarządu.

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C8) Czy jesteście Państwo w stanie przekazać wybrane dane niefinansowe takie jak:

- liczba personelu zatrudnionego na oddziale w przeliczeniu na pełne etaty według grup zawodowych wraz z łącznym wynagrodzeniem (lekarze, pielęgniarki, pozostały personel)

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

D) DEKLARACJA O RODZAJU PODPISANEJ UMOWY:

W przypadku wybrania Podmiotu do współpracy, wyrażam chęć podpisania umowy o przygotowanie i przekazanie danych kosztowych: (do wybrania jedno z dwóch)

Odpłatnie

Nieodpłatnie

E) DEKLARACJA O RODZAJU PODPISANEJ UMOWY:

Czy chcielibyście Państwo współpracować z Agencją w zakresie przygotowywania i przekazywania danych w 2016 roku.: (do wybrania jedno z dwóch)

TAK

NIE

Czy chcielibyście Państwo współpracować z Agencją w zakresie przygotowywania i przekazywania danych w 2017 roku.: (do wybrania jedno z dwóch)

TAK

NIE

F) WPROWADZENIE STANDARDU RACHUNKU KOSZTÓW

Czy będziecie Państwo wprowadzać standard rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców już od 2016 r.?: (do wybrania jedno z dwóch)

TAK

NIE

Jeśli nie to od kiedy bylibyście państwo w stanie wprowadzić standard rachunku kosztów o którym mowa powyżej?

G) ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA PACJENTA

Czy prowadzą Państwo elektroniczną dokumentację pacjenta?: (do wybrania jedno z dwóch)

TAK

NIE

Jeśli nie to od kiedy bylibyście Państwo w stanie wprowadzić elektroniczną dokumentację pacjenta?

data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy zgodnie z KRS

DANE DO UMOWY

Typ działalności

H1) OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

Imię	Nazwisko
Adres zamieszkania	
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Seria i numer dowodu osobistego	
Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej	
Adres siedziby prowadzonej działalności gospodarczej	
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON

H2) SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Pełna nazwa spółki	
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer KRS	
Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw	
Numer wydziału Gospodarczego Krajowego Rejestru Sądowego	Siedziba sądu - miejscowość
NIP	REGON
Wysokość kapitału zakładowego	
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej	

H3) SPÓŁKA JAWNA

Pełna nazwa spółki

Ulica

Numer domu

Miejscowość

Numer KRS

Nazwa sądu
prowadzącego rejestr
przedsiębiorstw

Numer wydziału
Gospodarczego
Krajowego Rejestru
Sądowego

NIP

Imię i nazwisko oraz
funkcja osoby
reprezentującej

Numer lokalu

Kod pocztowy

Siedziba sądu -
miejscowość

REGON

H4) SPÓŁKA CYWILNA Wspólnik 1:

Imię

Ulica

Numer domu

Miejscowość

Numer PESEL

Nazwa prowadzonej
działalności
gospodarczej

Nazwisko

Numer lokalu

Kod pocztowy

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica

Numer domu

Miejscowość

NIP

Czy wspólnik
reprezentuje spółkę

tak

nie

Numer lokalu

Kod pocztowy

REGON

Wspólnik 2:

Imię	Nazwisko
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer PESEL	
Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej	

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON
Czy wspólnik reprezentuje spółkę	tak nie
Nazwa działalności wspólnej na podstawie umowy spółki cywilnej	

Adres siedziby spółki:

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON

H5) STOWARZYSZENIE, PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDOROWOTNEJ, FUNDACJA

Pełna nazwa podmiotu

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer KRS	
Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw	
Numer wydziału Gospodarczego KRS	Siedziba sądu - miejscowość
NIP	REGON
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej	

H6) INNA FORMA PRAWNA

Inna forma prawna

H7) DANE DO UMOWY (wypełniane automatycznie)

Tekst komparycji