

## Zasady wypełniania przez świadczeniodawców plików z danymi niezbędnymi do ustalenia taryfy świadczeń (karty kosztorysowe - losowanie)

Formularze służą zebraniu informacji na temat kosztów realizacji poszczególnych świadczeń stanowiących przedmiot umowy. Przekazać należy informacje dotyczące kosztów leczenia każdego pojedynczego pacjenta, wylosowanego i wskazanego przez Agencję.

Jako świadczenie rozumieć należy:

- w przypadku świadczeń niezabiegowych - produkt rozliczeniowy zgodnie z katalogiem JGP,
- w przypadku świadczeń zabiegowych - produkt rozliczeniowy zgodnie z katalogiem JGP łącznie z procedurą ICD-9 zgodnie z charakterystyką danej grupy.

**Przy wypełnianiu kart kosztorysowych należy zachować następujące zasady:**

Przed rozpoczęciem wypełniania należy zapoznać się z niniejszą instrukcją oraz wszelkimi adnotacjami pod tabelami. Pozwoli to na prawidłowe wpisanie danych oraz uniknięcie wielu wątpliwości i pytań.

Prosimy o:

- nie dokonywanie żadnych zmian w układzie tabel, kolejności kolumn itp.,
- nie zmienianie formatu komórek na inne niż „ogólne”,
- nie dodawanie kolejnych zakładek (arkuszy).

**NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA WE WSZYSTKICH TABELACH.** Brak wypełnienia dopuszczalny jest jedynie wtedy, jeśli w realizacji świadczenia nie mają zastosowania którekolwiek z elementów (zasobów). Wówczas w odpowiedniej tabeli wpisać należy "nie dotyczy".

Ważne jest aby przekazać dane odnośnie wszystkich wylosowanych przez AOTMiT pacjentów w danym świadczeniu. W przypadku przekazywania danych odnośnie więcej niż jednego świadczenia, wskazane jest aby informacje o pacjentach z kolejnych świadczeń uzupełniać dopiero po wpisaniu danych o wszystkich wylosowanych pacjentach, którym udzielono poprzedniego świadczenia.

Informacje o wszystkich wylosowanych pacjentach, do których przekazywane są dane, zawrzeć należy w jednym pliku, wpisując w odrębnym wierszu dane dotyczące każdego z pacjentów.

### Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<numer ankiety>

gdzie:

<numer ankiety> – jest numerem nadanym przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

## I. GRUPY ZABIEGOWE

Należy wypełnić wszystkie pola, zamieszczając w odrębnych wierszach informacje dotyczące poszczególnych wylosowanych pacjentów. W jednym wierszu powinny znaleźć się dane dotyczące pojedynczego pacjenta, u którego zrealizowano daną procedurę w ramach danego produktu (grupy JGP). W przypadku gdy zrealizowane zostały więcej niż jedna procedura, informację taką zamieścić należy w zakładce PR.

Wypełnić należy każdą z części tabeli: charakterystykę świadczenia, koszty oraz składowe kosztów hospitalizacji, koszty oraz składowe kosztów procedury zabiegowej. W ostatniej kolumnie podać należy sumę średniego kosztu realizacji danego świadczenia.

Informacje ogólne							
Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu	Kod ICD-9 procedury	OW NFZ [numer]	Nazwa świadczeniodawcy	Kod świadczeniodawcy	Liczba świadczeń objętych analizą zrealizowanych w 2016 roku
LEGENDA	<i>identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT</i>					<i>Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ</i>	<i>Dotyczy liczby pacjentów zadeklarowanych przez świadczeniodawcę w ankiecie lub wysłosowanych, o których dane wystąpi AOTMiT</i>
a	b	c	d	e	f	g	h
1							
2							

Hospitalizacja, w tym:										
Czas trwania hospitalizacji	Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Osobodzeń na oddziale [zł]	Obłożenie oddziału [%]	Średnie wynagrodzenie - Lekarz	Średnie wynagrodzenie - Pielęgniarka	Średnie wynagrodzenie - Pozostały personel medyczny	Łączny koszt - leki	Łączny koszt - wyroby medyczne	Łączny koszt - procedury (z wyłączeniem procedur zabiegowych)

Wyliczyć należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w systemie dziesiętnym	Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych		Średni koszt rzeczywisty osobodnia na oddziale w 2016 roku, <b>Z WYŁĄCZENIEM</b> kosztów procedur medycznych oraz kosztów leków i wyrobów medycznych stanowiących bezpośrednio koszt pacjenta, wyliczony zgodnie z następującym wzorem: (koszty całkowite oddziału (bezpośrednie i pośrednie, w tym koszty zarządu) - koszty leków i wyrobów medycznych stanowiące bezpośredni koszt pacjenta - koszty procedur medycznych [zewnętrznych oraz alokowane koszty ośrodków realizujących procedury medyczne])/ rzeczywista liczba osobodni na oddziale	Średnie obciążenie oddziału w 2016 roku, liczone wyłącznie w odniesieniu do miesięcy funkcjonowania oddziału [niezależnie od realizowanego kodu produktu]	Koszty personelu stanowiące składową kosztu osobodnia przedstawionego w kolumnie L; koszty personelu powinny uwzględniać wszystkie składowe (w tym koszty pracodawcy); wynagrodzenia powinny zostać przeliczone dla jednego osobodnia - tj. na przykład, średnie wynagrodzenie lekarza przypadające na jeden osobodzień hospitalizacji wyliczone jako: całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za pracę na danym oddziale (w tym dyżury) w danym okresie podzielone przez rzeczywistą liczbę osobodni zrealizowanych na tym oddziale w tym okresie			Łączny koszt leków/ wyrobów medycznych/ procedur z wyłączeniem tych rozliczanych w ramach katalogu 1c; koszty przedstawione w kolumnach Q-S nie są ujęte w kosztach osobodnia. Koszty powinny zostać podane jako wartość dla hospitalizacji ( <b>nie na osobodzień!</b> ). Koszt procedur w kolumnie S powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych itd., które nie zostały uwzględnione w kosztach osobodnia ( <u>proszę nie doliczać kosztów procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, nakłucie żyły czy opieka pielęgniarki</u> )		
i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s

Procedura zabiegowa, w tym:															
Czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej	Czas trwania zabiegu/operacji	Kod resortowy pracowni/bloku/ sali operacyjnej	Nazwa pracowni/bloku/ sali operacyjnej	Koszt infrastruktury bloku/sali zabiegowej przypadająca na	Liczba operatorów biorących udział w zabiegu	Wynagrodzenie operatorów w za zabieg	Liczba pielęgniarek biorących udział w zabiegu	Wynagrodzenie pielęgniarek za zabieg	Pozostały personel medyczny	Wynagrodzenie pozostałego personelu medycznego za zabieg	Koszt - leki (bez leków anestetycznych)	Koszt - wyroby medyczne	Koszt - procedury diagnostyczne	Rodzaj zastosowanego znieczulenia	Koszt procedury znieczulenia/anestezji

<i>Rozumiany jako czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej, zwiqzany z przygotowaniem i realizacjq procedury zabiegowej. Czas przedstawiony w minutach jako liczba całkowita</i>	<i>Czas trwania zabiegu/operacji. Czas przedstawiony w minutach jako liczba całkowita</i>	<i>Kod charakteryzujqcy specjalnořć komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych</i>		<i>jedną procedurę</i>		<i>Proszę o podanie wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymujq wszyscy operatorzy wskazani w kolumnie Y za wykonanq procedurę</i>		<i>Proszę o podanie wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymujq wszystkie pielęgniarki i wskazane w kolumnie AA za wykonanq procedurę</i>		<i>Proszę o podanie wynagrodzenia, jakie łącznie otrzymuje personel wskazany w kolumnie AC za wykonanq procedurę</i>	<i>Łączny koszt przypadający na jedną procedurę [PLN]</i>			<i>Pełny koszt procedury znieczulenia zawierający koszty leków, wyrobów medycznych, personelu, środków trwałych i innych zasobów zużywanyc w procedurze</i>	
<i>t</i>	<i>u</i>	<i>v</i>	<i>w</i>	<i>x</i>	<i>y</i>	<i>z</i>	<i>aa</i>	<i>ab</i>	<i>ac</i>	<i>ad</i>	<i>ae</i>	<i>af</i>	<i>ag</i>	<i>ah</i>	<i>ai</i>

<b>Łączny koszt realizacji świadczenia</b>
<i>Suma wszystkich kategorii kosztów: personel, leki wyroby medyczne, procedury, koszty infrastruktury oraz osobodnia przemnożone przez średniq długość hospitalizacji [(ixl)+q+r+s+x+z+ab+ad+ae+af+ag+ai]</i>
<i>aj</i>
0
0

## II. GRUPY ZACHOWAWCZE

Należy wypełnić wszystkie pola, zamieszczając w odrębnych wierszach informacje dotyczące poszczególnych wylosowanych pacjentów. W jednym wierszu powinny znaleźć się dane dotyczące pojedynczego pacjenta, u którego zrealizowano daną procedurę w ramach danego produktu (grupy JGP).

Wypełnić należy każdą z części tabeli: charakterystykę świadczenia, koszty oraz składowe kosztów hospitalizacji, koszty oraz składowe kosztów procedury zabiegowej. W ostatniej kolumnie podać należy sumę średniego kosztu realizacji danego świadczenia

Informacje ogólne						
Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu	OW NFZ [numer]	Nazwa świadczeniodawcy	Kod świadczeniodawcy	Liczba świadczeń objętych analizą zrealizowanych w 2016 roku
LEGENDA	<i>identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT</i>				Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ	
a	b	c	d	e	f	g
1						
2						

Hospitalizacja, w tym:										
Czas trwania hospitalizacji	Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Osobodzeń na oddziale [zł]	Obłożenie oddziału [%]	Średnie wynagrodzenie - Lekarz	Średnie wynagrodzenie - Pielęgniarka	Średnie wynagrodzenie - Pozostały personel medyczny	Łączny koszt - leki	Łączny koszt - wyroby medyczne	Łączny koszt - procedury (z wyłączeniem procedur zabiegowych)
Wyliczyć należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w systemie dziesiętnym	Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych			Średni koszt rzeczywisty osobodnia na oddziale w 2016 roku, <b>Z WYŁĄCZENIEM</b> kosztów procedur medycznych oraz kosztów leków i wyrobów medycznych stanowiących bezpośrednio koszt pacjenta, wyliczony zgodnie z następującym wzorem: (koszty całkowite oddziału (bezpośrednie i pośrednie, w tym koszty zarządu) - koszty leków i wyrobów medycznych stanowiące bezpośredni koszt pacjenta - koszty procedur medycznych	Średnie obłożenie oddziału w 2016 roku, liczone wyłącznie w odniesieniu do miesięcy funkcjonowania oddziału [niezależnie od realizowanego kodu produktu]	Koszty personelu stanowiące składową kosztu osobodnia przedstawionego w kolumnie K; koszty personelu powinny uwzględniać wszystkie składowe (w tym koszty pracodawcy); wynagrodzenia powinny zostać przeliczone dla jednego osobodnia - tj. na przykład, średnie wynagrodzenie lekarza przypadające na jeden osobdzień hospitalizacji wyliczone jako: całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za pracę na danym oddziale (w tym dyżury) w danym okresie podzielone przez rzeczywistą liczbę osobodni zrealizowanych na tym oddziale w tym okresie			Łączny koszt leków/ wyrobów medycznych/ procedur <b>z wyłączeniem</b> tych rozliczanych w ramach katalogu 1c; koszty przedstawione w kolumnach P-R nie są ujęte w kosztach osobodnia. Koszty powinny zostać podane jako średnia wartość dla hospitalizacji ( <b>nie na osobodzień!</b> ). Koszt procedur w kolumnie R powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych itd., które nie zostały uwzględnione w koszcie osobodnia ( <b>proszę nie doliczać kosztów procedur realizowanych standardowo w</b>	

			[zewnętrznych oraz alokowane koszty ośrodków realizujących procedury medyczne)]/ rzeczywista liczba osobodni na oddziale					<u>trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, nakłucie żyły czy opieka pielęgniarki)</u>		
<i>h</i>	<i>i</i>	<i>j</i>	<i>k</i>	<i>l</i>	<i>m</i>	<i>n</i>	<i>o</i>	<i>p</i>	<i>q</i>	<i>r</i>

<b>Łączny koszt realizacji świadczenia</b>	
Suma wszystkich kategorii kosztów: personel, leki wyroby medyczne, procedury, koszty infrastruktury oraz osobodnia przemnożone przez średnią długość hospitalizacji [(h+k)+p+q+r]	
<i>s</i>	
	0
	0

### III. PL

Poza ogólnymi danymi o kosztach leczenia poszczególnych pacjentów, przedstawionymi w odpowiednich zakładkach „Grupy\_zabiegowe” bądź „Grupy\_zachowawcze”, w zakładce tej wskazać należy informacje o produktach leczniczych stosowanych w realizacji danego świadczenia u danego wylosowanego pacjenta: rodzaju tych produktów oraz zużyciu w procesie realizacji świadczenia, a także o częstotliwości zastosowania w całej populacji. Każdy z produktów leczniczych wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie B wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczą dane.

W przypadku wypełniania tabeli w odniesieniu do grup zachowawczych, pominąć należy kolumny E-J.

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP					
	<i>identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMIT</i>			Kod <b>pierwszej</b> procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Nazwa <b>pierwszej</b> procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Kod <b>towarzyszącej</b> procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Nazwa <b>towarzyszącej</b> procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Kod <b>kolejnej</b> procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Nazwa <b>kolejnej</b> procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy
				<i>Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "d" i "e"; jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "d" i "e" proszę wpisać procedurę wiodącą, zaś w kolejne kolumny pozostałe procedury; jeśli rozliczenie danej grupy nie jest uwarunkowane wykonaniem procedury kierunkowej proszę pozostawić pola puste</i>					
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
1									
2									

Nazwa handlowa produktu leczniczego*	Nazwa międzynarodowa*	Jednostka miary*	Dawka*	Łączna liczba dawek podanych pacjentowi **	Liczba wszystkich przypadków, w których zrealizowano daną procedurę kierunkową/ świadczenie w danym okresie	Kategoria/zastosowanie produktu leczniczego* - OPCJONALNIE
		<i>np. tabletki, ampułki-strzykawka, opakowanie, flakon, ampułka</i>	<i>np. [mg, ml] (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie M)</i>		<i>wartość bezwzględna</i>	
k	l	m	n	o	p	q
<i>np. Curosurf</i>	<i>Surfactantum</i>	<i>1 fiol. 1,5 ml</i>	<i>120mg/1,5 ml</i>			<i>np. surfaktant</i>

<i>np. Mycamine</i>	<i>Micafungin</i>	<i>1 fiol. 10 ml</i>	<i>50mg/10 ml</i>		<i>np. przeciwgrzybiczy</i>
<i>np. Ambisome</i>	<i>Amphotericinum B</i>	<i>fiol.10 ml</i>	<i>50mg/10 ml</i>		<i>np. przeciwgrzybiczy</i>
<i>np. ANTITHROMBIN III 500J.M.</i>	<i>Antithrombinum humanum</i>	<i>amp.1 ml</i>	<i>500 j.m./ml</i>		<i>np. przeciwzakrzepowy</i>
<i>np. Tlenek azotu w N2 MED. 10 L 1,5 M3</i>	<i>Dinitrogenii oxidum</i>	<i>1 but. 7 kg</i>	<i>-</i>		<i>np. gaz medyczny</i>
<i>np. PEDEA 10 MG/2ML INJ. X 4 AMP.</i>	<i>Ibuprofenum</i>	<i>amp. 2ml</i>	<i>10mg/2ml</i>		<i>np. leczenie przetrwałego przewodu tętniczego</i>

\* Tabela zawiera przykłady prawidłowo sprawozdanych leków - na czerwono

\*\* w przypadku gdy nie zużyto całej ampułki/worka należy uwzględnić straty danego produktu leczniczego

#### IV. WM

Poza ogólnymi danymi o kosztach leczenia poszczególnych pacjentów, przedstawionymi w odpowiednich zakładkach „Grupy\_zabiegowe” bądź „Grupy\_zachowawcze”, w zakładce tej wskazać należy informacje o wyrobach medycznych stosowanych w realizacji danego świadczenia u danego wylosowanego pacjenta: rodzaju tych wyrobów oraz zużyciu w procesie realizacji świadczenia, a także o częstości zastosowania w całej populacji. Każdy z wyrobów medycznych wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie B wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczą dane.

W przypadku wypełniania tabeli w odniesieniu do grup zachowawczych, pominać należy kolumny E-J.

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP					
	<i>identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT</i>			Kod <i>pierwszej</i> procedury ICD-9 w relizacji której użyto wyrób medyczny	Nazwa <i>pierwszej</i> procedury ICD-9 w relizacji której użyto wyrób medyczny	Kod <i>towarzyszącej</i> procedury ICD-9 w relizacji której użyto wyrób medyczny	Nazwa <i>towarzyszącej</i> procedury ICD-9 w relizacji której użyto wyrób medyczny	Kod <i>kolejnej</i> procedury ICD-9 w relizacji której użyto wyrób medyczny	Nazwa <i>kolejnej</i> procedury ICD-9 w relizacji której użyto wyrób medyczny
				<i>Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "d" i "e"; jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "d" i "e" proszę wpisać procedurę wiodącą, zaś w kolejne kolumny pozostałe procedury;</i>					
				<i>jeśli rozliczenie danej grupy nie jest uwarunkowane wykonaniem procedury kierunkowej proszę pozostawić pola puste</i>					
<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>e</i>	<i>f</i>	<i>g</i>	<i>h</i>	<i>i</i>	<i>j</i>
1									
2									
3									



Nazwa rodzajowa wyrobu medycznego*	1 - jednorazowego użytku 2 - wielorazowego użytku^	Jednostka (szt./kompl./zestaw/opakowanie/opakowanie zbiorcze)	Opis umożliwiający identyfikację**	Cena jednostkowa***	Liczba jednostek wykorzystanych na rzecz pacjenta	Liczba wszystkich przypadków, w których zrealizowano daną procedurę kierunkową/ świadczenie w danym okresie	Uwagi
<i>k</i>	<i>l</i>	<i>m</i>	<i>n</i>	<i>o</i>	<i>p</i>	<i>q</i>	<i>r</i>
<i>np. Układ oddechowy do respiratora transportowego</i>	1	komplet	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar				
<i>np. Zestaw do drenażu opłucnej</i>	1	zestaw	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar				
<i>np. proteza trzonu kręgu</i>	1	szt.	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar				
<i>np. implanty</i>	1	kompl.	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar, elementy i liczba sztuk w komplecie				
<i>np. elektroda do neuromonitoringu</i>	1	szt.	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar				
<i>np. zestaw zabiegowy na kończynie</i>	1	zestaw	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar, elementy i liczba sztuk w komplecie				
<i>np. gąbka kolagenowa z gentamycyną</i>	1	opakowanie zbiorcze	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, liczba sztuk w opakowaniu				
<i>np. nici chirurgiczne wchłanialne</i>	1	opakowanie zbiorcze	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, liczba sztuk w opakowaniu				
<i>np. zestaw do znieczulenia</i>	2	zestaw	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar, elementy i liczba sztuk w komplecie				
<i>np. cement kostny</i>	1	opakowanie	Nazwa handlowa®, typ, producent, rodzaj, rozmiar opakowania (cm <sup>3</sup> , g)				

## V. PR

Poza ogólnymi danymi o kosztach leczenia poszczególnych pacjentów, przedstawionymi w odpowiednich zakładkach „Grupy\_zabiegowe” bądź „Grupy\_zachowawcze”, w zakładce tej wskazać należy informacje o procedurach oraz konsultacjach wykonanych w realizacji danego świadczenia u danego wylosowanego pacjenta: rodzaju tych procedur oraz liczbie wykonanych w procesie realizacji świadczenia, a także o częstotliwości wykonania w całej populacji. Każda z procedur wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnie B wskazując identyfikator pacjenta, którego dotyczą dane.

W przypadku wypełniania tabeli w odniesieniu do grup zachowawczych, pominąć należy kolumny E-J.

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP					
	<i>identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT</i>			Kod pierwszej procedury ICD-9	Nazwa pierwszej procedury ICD-9	Kod towarzyszącej procedury ICD-9	Nazwa towarzyszącej procedury ICD-9	Kod kolejnej procedury ICD-9	Nazwa kolejnej procedury ICD-9
				<i>Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "d" i "e"; jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "d" i "e" proszę wpisać procedurę wiodącą, zaś w kolejne kolumny pozostałe procedury; jeśli rozliczenie danej grupy nie jest uwarunkowane wykonaniem procedury kierunkowej proszę pozostawić pola puste</i>					
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
1									
2									

Procedury obrazowe i laboratoryjne oraz konsultacje wykonane w trakcie hospitalizacji					
Kod wykonanej procedury ICD-9	Nazwa wykonanej procedury ICD-9	Cena jednostkowa	Liczba procedur (zdefiniowanych w kolumnie K, L) wykonanych na rzecz pacjenta	Liczba wszystkich przypadków, w których zrealizowano daną procedurę kierunkową (z kolumny E)/ świadczenie w danym okresie	Uwagi
k	l	m	n	o	p