



Warszawa, dnia .....

.....  
.....  
.....

## Wzór Wniosku o udostępnienie Danych nr AOTMiT/35/...../2018/WT

Działając na podstawie art. 31lc ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) wnoszę o:

- 1) nieodpłatnie udostępnienie danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń w zakresie określonym w załączniku nr 1 do pisma, zgodnie z *Zarządzeniem nr .../2018 z dnia ... stycznia 2018 roku Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących świadczeń w zakresie replantacji kończyny górnej*, opublikowanym na stronie internetowej Agencji, zwanego dalej „**Zarządzeniem**”, na które składają się dane:
  - a) zawarte w formularzu FK za okres od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia 31 grudnia 2016 roku (które nie zostały przekazane Agencji w ramach dotychczasowej współpracy), obejmującym dane kosztowe w zakresie informacji finansowo-księgowych oraz innych informacji niefinansowych dla medycznych ośrodków powstawania kosztów realizujących świadczenia określone w załączniku nr 1 (replantacji kończyny górnej) z działalności podstawowej i pomocniczej (blok operacyjny) w rodzaju leczenie szpitalne, w terminie do dnia 19 marca 2018 roku,
  - b) zawarte w karcie kosztorysowej, o wszystkich świadczeniach w rodzaju leczenie szpitalne, na które składają się informacje ogólne identyfikujące świadczenie w ujęciu na pojedynczego pacjenta, dane dotyczące hospitalizacji, dane dotyczące procedury zabiegowej, dane dotyczące produktów leczniczych, dane dotyczące wyrobów medycznych, dane dotyczące procedur, dla wszystkich świadczeniobiorców, którzy



zakończyli hospitalizację w okresie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku, w terminie do dnia 19 marca 2018 roku,

zwanych dalej „**Danymi**”.

- 2) przekazanie podpisanego Oświadczenia Podmiotu, regulującego zasady współpracy Państwa Podmiotu z Agencją, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do pisma niezwłocznie, nie później niż do dnia 31 stycznia 2018 roku, na adres:

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
ul. I. Krasickiego 26  
02-611 Warszawa

- 3) uzupełnienie i przekazanie listy OPK, do dnia 31 stycznia 2018 roku, za pomocą kanału dostępowego <https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl>.

W celu realizacji nieodpłatnego udostępnienia danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń w załączeniu przekazuję Oświadczenie regulujące zasady współpracy Państwa Podmiotu z Agencją (załącznik nr 3 do pisma). Jednocześnie wskazuję dane dostępu do kanału dostępowego:

- 1) <https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl>, zawierający informacje w zakresie zasad udostępnienia danych, wzorów struktur danych podlegających udostępnieniu (pliki xls) oraz będący kanałem za pomocą którego zostanie przekazana lista OPK (zgodnie z pkt 3 niniejszego Wniosku) oraz udostępnienie danych finansowo-księgowych objętych niniejszym Wnioskiem (o których mowa w pkt 1 lit. a niniejszego Wniosku).

Login: .....

Hasło: .....

Dane do logowania (hasło) do systemu [dane-kosztowe.aotm.gov.pl](https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl) nie ulegają zmianie od poprzedniego postępowania, w którym Państwo uczestniczyli.

- 2) <https://fptaryfikacja.aotm.gov.pl> (FTP), będący kanałem dostępowym umożliwiającym udostępnienie danych o wszystkich świadczeniach objętych niniejszym Wnioskiem (o których mowa w pkt 1 lit. b niniejszego Wniosku).

Login FTP: .....

Hasło FTP: .....

Załączniki:

- 1) Zakres udostępnianych Danych,
- 2) Oświadczenie Podmiotu,
- 3) Oświadczenie Wnioskodawcy,