

ZARZĄDZENIE Nr 34/2016

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 27 lipca 2016 r.

w sprawie zasad przekazywania przez świadczeniodawców danych w postaci kart kosztowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń, w tym świadczeń w zakresie dializy otrzewnowej, sprężania w komorze hiperbarycznej oraz badania antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku lub komórek krwiotwórczych albo żywych dawców wątroby lub nerki

Na podstawie art. 31 o ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015, poz. 581 z późn. zm.), zarządza się, co następuje.

§ 1.

Wprowadza się zasady przekazywania przez świadczeniodawców, którzy podpisali z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji umowy o przekazywanie danych, danych w postaci kart kosztowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń, w tym świadczeń w zakresie dializy otrzewnowej, sprężania w komorze hiperbarycznej oraz badania antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku lub komórek krwiotwórczych albo żywych dawców wątroby lub nerki, stanowiące załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES
Wojciech J. Matuszewicz
dr n. med. Wojciech J. Matuszewicz

Spis treści:

I.	Instrukcja wypełniania kart kosztowych dla świadczeń innych niż dializa otrzewnowa, terapia hiperbaryczna, badanie antygenów	strona 1
II.	Instrukcja wypełniania kart kosztowych – dializa otrzewnowa	strona 20
III.	Instrukcja wypełniania kart kosztowych – terapia hiperbaryczna	strona 31
IV.	Instrukcja wypełniania kart kosztowych – badanie antygenów	strona 43

I. INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KART KOSZTOWYCH DLA ŚWIADCZEŃ INNYCH NIŻ DIALIZA OTRZEWNOWA, TERAPIA HIPERBARYCZNA, BADANIE ANTYGENÓW

Formularz służy zebraniu informacji na temat średnich kosztów realizacji danego świadczenia, które określone zostało w zakładce "Dane ogólne". Poniesione koszty odnieść należy do roku 2015.

W przypadku, gdy dane świadczenie realizowane jest w skali kraju w bardzo niewielkiej liczbie i nie było realizowane w roku 2015, dopuszczalne jest podanie kosztów za inny rok, jednak każdorazowo wymaga to uzgodnienia z AOTMiT.

Jako świadczenie rozumieć należy:

- w przypadku świadczeń niezabiegowych - produkt rozliczeniowy wskazany w punkcie 2.2 tabeli 2 „charakterystyka świadczenia opieki zdrowotnej”,
- w przypadku świadczeń zabiegowych - produkt rozliczeniowy wskazany w punkcie 2.2 łącznie z procedurą ICD-9 wskazaną w punkcie 2.3 tabeli 2 „charakterystyka świadczenia opieki zdrowotnej”.

Przy wypełnianiu kart kosztowych 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".

W przypadku świadczeń niezabiegowych pomija się wypełnianie tabel w zakładce ZB.

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

w przypadku świadczeń niezabiegowych: <numer ankiety>_<kod produktu>.XLS (np. 000048KK_5.51.01.0005023)

w przypadku świadczeń zabiegowych: <numer ankiety>_<kod produktu>_<kod procedury>.XLS (np. 000048KK_5.51.01.0001034_34.567)

gdzie:

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

<kod produktu> – jest kodem produktu świadczenia wskazanym w załączniku nr 1 do umowy zawartej pomiędzy świadczeniodawcą, a Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

<kod procedury> – jest kodem procedury, której dotyczy karta kosztowa, zgodnie z klasyfikacją ICD-9



I.1. DANE OGÓLNE:

1. Należy wypełnić jedynie pola, które NIE SĄ zaznaczone na szaro.
2. Punkty 2.1, 2.2 i 2.3 - należy wpisać kod i nazwę zakresu świadczeń, kod i nazwę produktu jednostkowego oraz kod i nazwę procedury (dla świadczeń zabiegowych), którego dotyczą dane karty.
3. Punkt 2.4 - w przypadku, gdy poza zasadniczą procedurą w trakcie standardowego leczenia danego przypadku wykonywane są także inne istotne procedury, należy je wskazać w kolejnych wierszach. Przy czym do istotnych procedur NIE NALEŻĄ opieka pielęgniarki, nakłucie żyły itp.
4. Punkt 2.5 - należy wpisać rozpoznanie zasadnicze, w jakim wykonywana jest dana procedura. W przypadku gdy ta sama procedura jest wykonywana w kilku schorzeniach dopuszczalne jest wpisanie kilku kodów ICD-10, jeśli dla każdej z jednostek chorobowych wielkość zaangażowania zasobów i koszt jest taki sam.
5. Punkt 2.6 - należy wpisać wszystkie rozpoznania współistniejące, jakie występują w przeciętnym przypadku, o ile występują.
6. Punkt 2.7 - należy wpisać nazwę oddziału szpitalnego, w którym odbywa się hospitalizacja związana z realizacją wycenianego świadczenia, liczbę hospitalizowanych pacjentów oraz łączną liczbę dni pobytu wszystkich pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia w danym roku. Gdy pacjent zwyczajowo hospitalizowany jest w kilku oddziałach, pobyt w każdym z nich należy wpisać w oddzielnym wierszu. Podać również należy koszt osobodnia, wyliczony z pominięciem kosztów leków, wyrobów medycznych i procedur (tzw. doby hotelowej).
7. Punkt 2.8 - należy wpisać liczbę świadczeń będących przedmiotem wyceny, zrealizowanych w danym roku.
8. Punkt 2.9 - wpisać należy średnią wartość refundacji NFZ za jedno świadczenie (produkt rozliczeniowy).
9. Punkt 2.10 - jeżeli do produktu podstawowego dosumowane były produkty z katalogu 1c, należy wskazać wszystkie te produkty wraz z podaniem krotności i sumarycznej refundacji z NFZ.
10. Punkt 2.11 - w tym miejscu podać można ewentualne dodatkowe informacje doprecyzowujące dany przypadek (np. technikę wykonania zabiegu - sposobem otwartym albo laparoskopowo).

świadczeniodawca wypełnia tylko jasne pola (białe)

1 INFORMACJE OGÓLNE

1.1	Kod oddziałowy świadczeniodawcy	
1.2	Nazwa świadczeniodawcy	

2 CHARAKTERYSTYKA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

2.1a	Kod zakresu świadczenia (wg NFZ)			
2.1b	Nazwa zakresu świadczenia (wg NFZ)			
2.2a	Kod produktu jednostkowego (wg NFZ)			
2.2b	Nazwa produktu jednostkowego (wg NFZ)			
2.3a	Procedura (kod wg ICD-9)			
2.3b	Procedura (nazwa wg ICD-9)			
2.4	Pozostałe istotne procedury (jeśli wystąpiły) (kod i nazwa)			
a	...			
b	...			
c	...			
...	...			
2.5	Rozpoznanie zasadnicze (kod i nazwa wg ICD-10) *			
2.6	Rozpoznanania współistniejące (kod i nazwa)			
a	...			
b				
c				
2.7	Pobyty na oddziałach			
	nazwa oddziału	łącznie liczba dni pobytu wszystkich pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia w roku 2015	koszt osobodnia (bez leków, wyrobów medycznych i procedur)	liczba pacjentów hospitalizowanych w oddziale, którym udzielono wycenianego świadczenia w roku 2015
a	....	....
b	....	....
....				

2.8	Liczba świadczeń zrealizowanych w roku 2015			
2.9	Średnia wartość refundacji uzyskana z NFZ w 2015 r. dla jednego produktu rozliczeniowego (grupy JGP) [PLN]			
2.10	Świadczenia do sumowania (kod i nazwa wg NFZ)	Liczba produktów zrealizowanych w roku 2015	stawka jednostkowa [PLN]	łącznie wartość refundacji [PLN]
a				
b				
...				
2.11	Dodatkowe informacje			

* w przypadku gdy ta sama procedura jest wykonywana w kilku schorzeniach dopuszczalne jest wpisanie kilku kodów ICD-10, jeśli dla każdej z jednostek chorobowych wielkość zaangażowania zasobów i koszt jest taki sam

I.2. ZAKŁADKA PL:

1. W kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie produkty lecznicze zastosowane stosowane w procesie realizacji wycenianego świadczenia w roku 2015, z pominięciem tych używanych w trakcie zabiegu operacyjnego. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w całej grupie pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia.
(Przykład: jeśli lek x stosuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale podaje co 10-mu pacjentowi, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10, bez symbolu %). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.
2. W tabeli tej należy podać jedynie informacje dotyczące produktów leczniczych. Informacje o zużyciu wyrobów medycznych należy wpisać w zakładce WM.
3. W przypadku zużycia jedynie części leku, związanego z koniecznością utylizacji pozostałej ilości, informację taką proszę umieścić w kolumnie „uwagi”.
4. W przypadku preparatów krwi, preparatów krwiopochodnych, płynów dializacyjnych i preparatów żywieniowych w kolumnie J zaznaczyć należy, czy zostały one wykazane do NFZ jako świadczenie do sumowania. Musi to być spójne z pozycją 2.10 z zakładki „dane ogólne”.

Leczenie farmakologiczne

Należy uwzględnić wszystkie produkty lecznicze stosowane w procesie realizacji świadczenia (także preparaty żywieniowe, płyny dializacyjne oraz krew i preparaty krwiopochodne) *

Lp.	Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] ¹	Dawka [mg, ml] (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²	łącna liczba dawek (kol. D) podanych wszystkim pacjentom, którym udzielono wycenianego świadczenia w roku 2015	Cena jednostkowa (z kol. E) [brutto, PLN] ³	łącna wartość [PLN] (kol. F x kol. G)	Odsetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c) [jeśli zostało wskazane w polu 2.10 w zakładce Dane ogólne, należy wpisać TAK]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1										
2										
...										
...										

*Z WYŁĄCZENIEM UŻYTYCH PODCZAS ZABIEGU OPERACYJNEGO

¹ Postać preparatu leczniczego: granulát, maść, krem, pasta, żel, roztwór, syrop, emulsja, zawiesina/ butelka, amp, amp-strz, kaps, czop, aerozol, draż, tabl, kropl, proszek, szt, sasz, worek.

² Ilość mg substancji leczniczej zawartej w 1 tabletkie, 1 ampułce, 1 gramie maści, 1 dawce odnośnie aerozolu itd. Preparaty żywieniowe oraz płyny inf. powinny zwierać w dawce informację o objętości worka w ml. Dla preparatów ziołowych wieloskładnikowych oraz probiotyków dozwolone jest wpisanie BRAK. Dopuszczalne jednostki dawki dla odpowiednich postaci: maść/ krem / pasta/żel - mg/ gram, roztwór /syrop/ krople/ emulsja/ inj/zawiesina - mg/ml , kaps - tabl-draż-saszetki-granulat, czopek - miligram, amp / amp-strz - miligram/X ml, aerozol - miligram/ dawkę preparatu wziewnego, proszek/surowiec - gram. Dopuszczalne są ponadto: mcg/ml, mikrogram/gram, jm/ml, jm/gram. Pozostałe jednostki miary należy zastąpić podanymi powyżej jednostkami miary.

³ Cena jednostkowa odpowiada pojedynczej dawce podanej pacjentowi np. 50 mg substancji czynnej, czyli koszt 1 tabl w przypadku preparatu Metocard 50. **Nie podajemy kosztu całego opakowania** np. 50 tabl, 100 amp itp.

Poniżej przedstawiono przykład wypełnienia tabeli dla różnych typów preparatów:

Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] ¹	Dawka [mg, ml] (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²
B	C	D	E
	znak plus rozdziela inne substancje czynne zawarte w danej postaci leku		znak plus rozdziela inne substancje czynne zawarte w danej postaci leku
Smofkabiven Peripheral	brak	płyn odżywczy	1206 ml
Kabiven BF	brak	płyn odżywczy	2053 ml
Aminosteril N-Hepa 8%	amino acids	płyn inf.	500 ml
Natrium Chloratum 9% 500 ml	Sodium chloride	płyn inf.	500 ml
Natrium Chloratum 9%250 ml	Sodium chloride	płyn inf.	250 ml
SEREVENT	Salmeterolum	aerozol	0,025 mg/dawka
Flixotide Dysk	Fluticasonum	aerozol	0,25 mg/dawka
Miflonide	Budesonidum	kaps	400 mcg
Detreomycyna, 5 g	Chloramphenicolium	maść	10 mg/g

<i>DEXAVEN, amp, 1ml</i>	<i>Natrium dexamethasonum phosphoricum</i>	<i>amp</i>	<i>4 mg/ml</i>
<i>DEXAVEN, amp, 2 ml</i>	<i>Natrium dexamethasonum phosphoricum</i>	<i>amp</i>	<i>8 mg/2ml</i>
<i>Floxal, butelka 5 ml</i>	<i>Ofloxacinum</i>	<i>krople</i>	<i>3 mg/g</i>
<i>Metocard 50</i>	<i>Metoprololum</i>	<i>tabl</i>	<i>50 mg</i>
<i>Lacidofil</i>	<i>brak</i>	<i>kaps</i>	<i>BRAK</i>
<i>Heparizen 1000, 100 g</i>	<i>Sodium heparinum</i>	<i>żel</i>	<i>1000 jm/g</i>
<i>Alantan-Plus, 35 gr</i>	<i>Allantoinum + Dexpanthenolum</i>	<i>maść</i>	<i>(20 mg+ 50mg)/g</i>
<i>Gensulin M30, fiołka, 10 ml</i>	<i>Insulinum humonum</i>	<i>inj</i>	<i>100 jm/ml</i>

I.3. ZAKŁADKA WM 1:

1. Tabela dotyczy wyrobów medycznych stosowanych jednorazowo (np. jednorazowe cewniki itp.).
2. W kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie wyroby medyczne zastosowane w procesie realizacji wycenianego świadczenia w roku 2015, z pominięciem tych używanych w trakcie zabiegu operacyjnego. W tabeli tej wskazać należy jedynie te wyroby, które pacjent otrzymuje w trakcie pobytu w oddziale. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w całej grupie pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia. (Przykład: jeśli wyrób x stosuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale podaje co 10-mu pacjentowi, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10, **bez symbolu %**). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.
3. Kolumna C: przez typ rozumie się wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Jeśli dany wyrób nie posiada różnych wariantów, wersji itd., dopuszcza się pozostawienie pola bez wypełnienia.

Wyroby medyczne używane jednorazowo w trakcie realizacji świadczenia *

Należy uwzględnić wszystkie wyroby używane jednorazowo (np. specjalistyczne materiały opatrunkowe itp)

Lp.	nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	typ ²	producent/dystrybutor	podstawowa jednostka miary ³	łączna liczba podstawowych jednostek miary (kol. E) podanych wszystkim pacjentom, którym udzielono wycenianego świadczenia w roku 2015	Cena podstawowej jednostki miary (z kol. E) [brutto, PLN] ⁴	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. F x kol. G)	Odsetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c) [jeśli zostało wskazane w polu 2.10 w zakładce Dane ogólne, należy wpisać TAK]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1										
2										
...										
...										

*Z WYŁĄCZENIEM UŻYTYCH PODCZAS ZABIEGU OPERACYJNEGO

¹ Nazwa rodzajowa mówi o rodzaju danego wyrobu medycznego lub jego przeznaczenie ogólne np. cewnik urologiczny Foley, CH8, stent samorozprężalny, klej tkankowy itp.. Ponadto NIE NALEŻY w tym miejscu wykazywać kosztów sterylizacji danego wyrobu.

² Typ - wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Np.: wyrób – cewnik, typ – gumowy.

³ Przez podstawową jednostkę miary należy rozumieć: 1 worek, 1 sztukę danego wyrobu medycznego itp..

⁴ Cena jednostkowa odpowiada podstawowej jednostce miary podanej pacjentowi np. 1 sztuka - nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 plastrów, 100 rękawiczek itp.

I.4. ZAKŁADKA WM 2:

1. Tabela dotyczy wyrobów medycznych, które mogą być zastosowane kilkakrotnie u danego pacjenta albo u kilku pacjentów (np. *elektroda nasierdziowa, która może być użyta 10 razy - stosowana jest np. dwa razy w jednym procesie leczenia, więc może być użyta w pięciu przypadkach*).
2. W kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie wyroby medyczne stosowane w procesie realizacji świadczenia w roku 2015, z pominięciem tych używanych w trakcie zabiegu operacyjnego. W tabeli tej wskazać należy jedynie te wyroby, które pacjent otrzymuje w trakcie pobytu w oddziale. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w całej grupie pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia. (Przykład: *jeśli wyrób x stosuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale u co 10-go pacjenta, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10, bez symbolu %*). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.
3. W odniesieniu do każdego wyrobu należy wpisać informację o liczbie użyć danego wyrobu w trakcie całego okresu jego eksploatacji, a także o łącznej liczbie użyć w trakcie realizacji wszystkich świadczeń, których dotyczy wycena. W przypadku braku możliwości dokładnego określenia ogólnej liczby użyć wyrobu, dopuszcza się podanie liczby szacunkowej.

Wyroby medyczne i inne materiały zużywane wielorazowo*

Należy uwzględnić wszystkie wyroby medyczne i materiały wielorazowego użytku stosowane w procesie realizacji świadczenia

Lp.	nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	typ ²	producent/ dystrybutor	Cena jednostkowa [PLN]	liczba użyć ogółem w trakcie całego okresu eksploatacji (użyteczność sprzętu) ³	łączna liczba użyć w trakcie realizacji wszystkich świadczeń, których dotyczy wycena, w roku 2015	Odsetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1								
2								
...								
...								

*Z WYŁĄCZENIEM UŻYTYCH PODCZAS ZABIEGU OPERACYJNEGO

¹ Nazwa rodzajowa mówi o rodzaju danego wyrobu medycznego lub jego przeznaczenie ogólne np. cewnik urologiczny Foley, CH8, stent samorozprężalny, klej tkankowy itp.

Ponadto NIE NALEŻY w tym miejscu wykazywać kosztów sterylizacji danego wyrobu.

² Typ - wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Np.: wyrób – cewnik, typ – gumowy.

³ Np. pulsoksymetr użyty został 450 razy w roku w związku z realizacją wycenianego świadczenia a użyteczność sprzętu medycznego pozwala 750 razy wykonać pomiar saturacji krwi, zatem w kolumnie F wpisać należy 750, natomiast w kolumnie G - 450.

I.5. ZAKŁADKA PR 1:

1. W tabeli w kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie procedury wykonane na rzecz pacjentów w trakcie realizacji świadczenia w roku 2015.
2. Uwzględnić należy procedury takie jak: badania laboratoryjne, diagnostyka nielaboratoryjna (obrazowa), a także inne świadczenia realizowane przez podwykonawców (np. konsultacje, transport medyczny). Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w całej grupie pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia. (Przykład: jeśli badanie x wykonuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale co 10-mu pacjentowi, w kolumnie ""częstość stosowania"" należy wpisać 10, bez symbolu %). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.
3. NIE NALEŻY wpisywać konsultacji lekarskich realizowanych przez personel zatrudniony u świadczeniodawcy w innym oddziale niż ten, w którym realizowane jest świadczenie.

Badania laboratoryjne i diagnostyka nielaboratoryjna, a także świadczenia wykonane przez podwykonawców (np. konsultacje, transport medyczny)

Należy uwzględnić wszystkie procedury, badania itp. stosowane w procesie realizacji świadczenia

Lp.	ICD-9 (jeśli istnieje) *	Nazwa	Łączna liczba procedur wykonanych u wszystkich pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia w roku 2015.	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. D x kol. E)	Odsetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H
1							
2							
...							
...							

* w przypadku braku procedury w klasyfikacji ICD-9, dopuszczalne jest wpisanie kodu własnego świadczeniodawcy

I.6. ZAKŁADKA PR 2:

1. W kolejnych wierszach tabeli wpisać należy konsultacje realizowane przez personel zatrudniony u świadczeniodawcy w innym oddziale niż ten, w którym realizowane jest świadczenie. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w całej grupie pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia (liczba od 0 do 100, bez symbolu %). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.
2. W przypadku, gdy jedna konsultacja odbywa się z udziałem różnych kategorii personelu (np. lekarza z pielęgniarką albo lekarza z psychologiem), koszt odnoszący się do każdej z kategorii personelu należy wpisać w odpowiedniej komórce - o ile możliwe jest przypisanie kosztu do danej kategorii personelu.
3. Cena jednostkowa oraz czas trwania dotyczą całości pojedynczej konsultacji.

UWAGA: w przypadku wynagrodzeń należy podać kwoty uwzględniające wszelkie pochodne (tzw. brutto brutto).

Konsultacje specjalistyczne personelu zatrudnionego poza oddziałem, na którym przebywa pacjent

Należy uwzględnić konsultacje wewnętrzne stosowane w procesie realizacji świadczenia

Lp.	Nazwa	Łączna liczba konsultacji zrealizowanych na rzecz pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia w roku 2015	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. C x kol. D)	Łączny czas trwania [GG:MM]	Łączny koszt lekarza * (dla konsultacji) [PLN]	Łączny koszt pielęgniarki/położnej * (dla konsultacji) [PLN]	Łączny koszt pozostałego personelu * (dla konsultacji) [PLN]	Odsetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1										
2										
...										
...										

I.7. ZAKŁADKA ZB:

Zakładka ta dotyczy wyłącznie świadczeń rozliczanych grupą zabiegową.

1. W tej zakładce podać należy wszystkie zasoby i koszty związane z realizacją zabiegu operacyjnego - bez kosztów ponoszonych w związku z pobytem pacjenta w oddziale szpitalnym.
2. Punkt 1 - podać należy łączne roczne koszty funkcjonowania bloku operacyjnego, w tym koszty osobowe (dotyczące personelu zatrudnionego na bloku), a także łączną teoretyczną i rzeczywistą liczbę godzin pracy bloku.
3. Punkt 2 - należy podać informacje o rodzaju i średnim czasie trwania znieczulenia oraz o średnim czasie trwania samego zabiegu operacyjnego, a także o całkowitym średnim czasie przebywania pacjenta na bloku. Jako średni czas rozumieć należy łączny czas wszystkich przypadków rozliczonych wycenianym świadczeniem w roku 2015 podzielony przez liczbę tych przypadków.
4. W kolejnych tabelach podać należy informacje o zastosowanych produktach leczniczych, wyrobach medycznych oraz rodzaju i czasie zaangażowania personelu - odrębnie dla znieczulenia i dla zabiegu operacyjnego.
5. W punkcie 3 w kolumnie H zamieścić należy informację, czy dany personel jest przypisany organizacyjnie i kosztowo do bloku operacyjnego czy oddziału.

UWAGA: w przypadku wynagrodzeń należy podać kwoty uwzględniające wszelkie pochodne (tzw. brutto brutto).

6. W punkcie 4 wpisać należy wszystkie środki trwałe (sprzęt medyczny) o rocznym koszcie utrzymania powyżej 12 000 zł, znajdujące się na bloku operacyjnym, zaangażowane w realizację danego zabiegu operacyjnego. Podać należy również średnią roczną liczbę zabiegów operacyjnych realizowanych z użyciem tego środka trwałego.
 - a. Wartość początkowa - w przypadku środków trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia).
 - b. Koszt utrzymania powinien uwzględniać sumę kosztów amortyzacji, opłat z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłat serwisowych oraz ewentualnie innych kosztów związanych z utrzymaniem pomieszczeń i sprzętu.
7. Punkty 6 i 7 - jeżeli w opisywanym zabiegu operacyjnym używa się wymiennie kilku rodzajów/ typów wyrobu (np. stentów, rozruszników serca, endoprotez) to należy podać wszystkie te typy, a w kolumnie I wpisać częstotści ich użycia (**liczba od 0 do 100, bez symbolu %**).

Procedury zabiegowe wraz z procedurą znieczulenia

1 koszt funkcjonowania bloku

1.1	roczne koszty bloku ogółem [PLN]	
1.2	w tym koszty osobowe [PLN]	
1.3	liczba sal operacyjnych na bloku (w których realizowane są wszystkie zabiegi operacyjne)	
1.4	łącznie teoretyczny czas pracy wszystkich sal operacyjnych w roku 2015 [w formacie: GGGGGG:MM]	
1.5	rzeczywisty czas trwania wszystkich operacji zrealizowanych w roku 2015 (niezależnie od rodzaju operacji, w godzinach - wg książki operacyjnej) [w formacie: GGGGGGG:MM] *	

* rzeczywista liczba godzin, w trakcie których realizowane są zabiegi operacyjne, powinna stanowić sumę wszystkich czasów realizacji procedur zabiegowych. Czas ten nie uwzględnia dodatkowego czasu pobytu pacjenta na bloku, związanego z przygotowaniem do zabiegu, znieczuleniem, wybudzeniem oraz monitorowaniem parametrów życiowych – jest to wyłącznie czas realizacji procedur zabiegowych

2 Informacje na temat procedury

2.1	Kod ICD-9 procedury zabiegowej	
2.2	Rodzaj znieczulenia	
2.3	Średni czas trwania zabiegu operacyjnego [h]	
2.4	Średni czas trwania znieczulenia [h]	
2.5	Średni czas przebywania pacjenta na bloku operacyjnym	

3 Zaangażowany personel

Lp.	Grupa zawodowa personelu medycznego [także personel niemedyczny]	Kategoria personelu [wpisać właściwe: lekarz anestezjolog pielęgniarka anestezjologiczna operator/ asysta instrumentariuszka pielęgniarka pozostały personel]	Liczba osób personelu medycznego biorącego udział przy zabiegu	Średni łączny czas zaangażowania wszystkich osób z danej grupy zawodowej przy zabiegu (w godzinach)	Wynagrodzenie personelu medycznego z danej grupy zawodowej za godzinę pracy w 2015 r. * [PLN]	Średnie łączne koszty personelu z danej grupy zawodowej przy zabiegu * [PLN] (kol. E x kol. F)	koszty personelu ewidencjonowane na koncie bloku operacyjnego TAK/ NIE	w przypadku odpowiedzi NIE w kolumnie H, wskazać ośrodek powstawania kosztów, w którym ewidencjonowane są koszty personelu
A	B	C	D	E	F	G	H	I
DLA ZNIECZULENIA:								
1								
2								
...								
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO								
1								
2								
3								
...								

* należy podać kwoty ze wszystkimi pochodnymi (tzw. brutto brutto)

4 Zaangażowane środki trwałe, których roczny koszt utrzymania wynosi co najmniej 12 000 zł

Lp.	Nazwa środka trwałego	Wartość początkowa [PLN] *	Roczny koszt utrzymania [PLN] **	Roczna liczba zabiegów operacyjnych wykonanych z użyciem środka trwałego
1				
2				
3				
4				
...				

* Wartość początkowa - w przypadku śr. trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia)

** Koszt powinien uwzględniać sumę kosztów amortyzacji, opłat z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłat serwisowych oraz ewentualnie innych kosztów związanych z utrzymaniem pomieszczeń i sprzętu

5 Produkty lecznicze zużyte podczas zabiegu, w tym preparaty żywieniowe, płyny dializacyjne oraz krew i preparaty krwiopochodne

Lp.	Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] ¹	Dawka [mg, ml] (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²	Łączna liczba dawek (kol. D) podanych wszystkim pacjentom, którym udzielono wycenianego świadczenia w roku 2015	Cena jednostkowa (z kol. E) [brutto, PLN] ³	Łączna wartość [PLN] (kol. F x kol. G)	Odsetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c) [jeśli zostało wskazane w polu 2.10 w zakładce Dane ogólne, należy wpisać TAK]	Uwa gi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
DLA ZNIECZULENIA:										
1										
2										
...										
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO										
1										
2										
3										
...										

¹ Postać preparatu leczniczego: granulaty, maść, krem, pasta, żel, roztwór, syrop, emulsja, zawiesina/ butelka, amp, amp-strz, kaps, czop, aerozol, draż, tabl, kropl, proszek, szt, sasz, worek.

² Ilość mg substancji leczniczej zawartej w 1 tabletku, 1 ampule, 1 gramie maści, 1 dawce odnośnie aerozolu itd. Preparaty żywieniowe oraz płyny inf. powinny zawierać w dawce informację o objętości worka w ml. Dla preparatów ziołowych wieloskładnikowych oraz probiotyków dozwolone jest wpisanie BRAK. Dopuszczalne jednostki dawki dla odpowiednich postaci: maść/ krem / pasta/żel - mg/ gram, roztwór /syrop/ krople/ emulsja/ inj/zawiesina - mg/ml, kaps - tabl-draż-saszetki-granulat, czopek - miligram, amp / amp-strz - miligram/X ml, aerozol - miligram/ dawkę preparatu wziewnego, proszek/surowiec - gram. Dopuszczalne są ponadto: mcg/ml, mikrogram/gram, jm/ml, jm/gram. Pozostałe jednostki miary należy zastąpić podanymi powyżej jednostkami miary.

³ Cena jednostkowa odpowiada pojedynczej dawce podanej pacjentowi np. 50 mg substancji czynnej, czyli koszt 1 tabl. w przypadku preparatu Metocard 50. **Nie podajemy kosztu całego opakowania** np. 50 tabl., 100 amp itp.

PRZYKŁADOWY SPOSÓB WYPEŁNIENIA W ODNIESIENIU DO RÓŻNEGO RODZAJU PREPARATÓW PODANY ZOSTAŁ W ZAKŁADCE PL

6 Wyroby medyczne używane jednorazowo w trakcie zabiegu

Lp.	nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	typ ²	producent/dystrybutor	podstawowa jednostka miary ³	Łączna liczba podstawowych jednostek miary (kol. E) podanych wszystkim pacjentom, którym udzielono wycenianego świadczenia w roku 2015	Cena podstawowej jednostki miary (z kol. E) [brutto, PLN] ⁴	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. F x kol. G)	Odsetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c) [jeśli zostało wskazane w polu 2.10 w zakładce Dane ogólne, należy wpisać TAK]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
DLA ZNIECZULENIA:										
1										
2										
...										
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO										
1										
2										
3										
...										

¹ Nazwa rodzajowa mówi o rodzaju danego wyrobu medycznego lub jego przeznaczenie ogólne np. cewnik urologiczny Foley, CH8, stent samorozprężalny, klej tkankowy itp.. Ponadto NIE NALEŻY w tym miejscu wykazywać kosztów sterylizacji danego wyrobu.

² Typ - wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Np.: wyrób – cewnik, typ – gumowy.

³ Przez podstawową jednostkę miary należy rozumieć: 1 worek, 1 sztukę danego wyrobu medycznego itp..

⁴ Cena jednostkowa odpowiada podstawowej jednostce miary podanej pacjentowi np. 1 sztuka - nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 plastrów, 100 rękawiczek itp.

7 Wyroby medyczne i inne materiały zużywane wielorazowo

Lp.	nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	typ ²	producent/ dystrybutor	Cena jednostkowa [PLN]	liczba użyczeń ogółem w trakcie całego okresu eksploatacji (użyteczność sprzętu) ³	łączna liczba użyczeń w trakcie realizacji wszystkich świadczeń, których dotyczy wycena, w roku 2015	Odsetek pacjentów, u których zastosowano [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I
DLA ZNIECZULENIA:								
1								
2								
...								
DLA ZABIEGU OPERACYJNEGO								
1								
2								
3								
...								

¹ Nazwa rodzajowa mówi o rodzaju danego wyrobu medycznego lub jego przeznaczenie ogólne np. cewnik urologiczny Foley, CH8, stent samorozprężalny, klej tkankowy itp.

Ponadto NIE NALEŻY w tym miejscu wykazywać kosztów sterylizacji danego wyrobu.

² Typ - wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Np.: wyrób – cewnik, typ – gumowy.

³ Np. pulsoksymetr użyty został 450 razy w roku w związku z realizacją wycenianego świadczenia a użyteczność sprzętu medycznego pozwala 750 razy wykonać pomiar saturacji krwi, zatem w kolumnie F wpisać należy 750, natomiast w kolumnie G - 450.

II. INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KART KOSZTOWYCH – DIALIZA OTRZEWNOWA

Formularz służy zebraniu informacji na temat średnich kosztów związanych z realizacją świadczenia dializa otrzewnowa. Wszelkie informacje, w tym również kosztowe, powinny odnosić się do roku 2015.

Przy wypełnianiu kart kosztowych należy zachować następujące zasady:

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".

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

w przypadku świadczeń niezabiegowych: <numer ankiety>_<kod produktu>.XLS (np. **000048KK_S.51.01.0005023**)

gdzie:

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

<kod produktu> – jest kodem produktu wskazanym w załączniku nr 1 do umowy zawartej pomiędzy świadczeniodawcą, a Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

II.1. DANE OGÓLNE:

Należy wypełnić jedynie pola, które NIE SĄ zaznaczone na szaro.

2 CHARAKTERYSTYKA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

2.1a	Kod zakresu świadczenia (wg NFZ)	
2.1b	Nazwa zakresu świadczenia (wg NFZ)	
2.2a	Kod produktu jednostkowego (wg NFZ)	
2.2b	Nazwa produktu jednostkowego (wg NFZ)	
2.3	Rozpoznanie zasadnicze (kod i nazwa wg ICD-10) *	

Punkty 2.1, 2.2 i 2.3 - należy wpisać kod i nazwę zakresu świadczeń, kod i nazwę produktu jednostkowego oraz kod i nazwę rozpoznania zasadniczego wg ICD-10.

3 INFORMACJE STATYSTYCZNE I ROZLICZENIOWE

		ADO	CADO
3.1	Liczba dializ w ciągu doby u jednego pacjenta		
3.2	Koszt pojedynczej dializy		
3.3	Liczba pacjentów w roku 2015		
3.4	Liczba świadczeń (osobodni) zrealizowanych w roku 2015		
3.5	Średnia wartość refundacji uzyskana z NFZ w 2015 r. dla produktu podstawowego [PLN]		
3.6	Świadczenia do sumowania (kod i nazwa wg NFZ)	Liczba produktów zrealizowanych	Łączna wartość refundacji [PLN]
a	...	...	...
b	....	...	....
...
3.7	Dodatkowe informacje	.....

W powyższej tabeli podać należy informacje o:

1. liczbie dializ zrealizowanych w roku 2015,
2. liczbie pacjentów poddawanych dializom,
3. liczbie dializ wykonanych średnio u jednego pacjenta,
4. średniej wysokości refundacji uzyskanej z NFZ za jedno świadczenie
5. podać należy własny koszt pojedynczej dializy u jednego pacjenta.

W przypadku gdy w trakcie realizacji dializ dosumowywane były świadczenia z katalogu do sumowania (1c), należy je wskazać w punkcie 3.6, wraz liczbą tych produktów i kwotą refundacji.

WAŻNE: wszelkie informacje przedstawić należy odrębnie dla ADO i CAD0.

Punkt 3.7 to miejsce na podanie ewentualnych innych istotnych informacji.

4 KOSZT FUNKCJONOWANIA OŚRODKA

		Dane za rok 2015	Dane za rok 2015	Dane za rok 2015
4.1	Miejsce realizacji świadczenia - nazwa ośrodka powstawania kosztów	OPK1	OPK2	...
4.2	Roczne koszty ogółem [PLN]			
4.2a	w tym koszty osobowe wraz z pochodnymi [PLN]			
4.2b	w tym koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych [PLN]			
4.2c	w tym koszty procedur (badania diagnostyczne itp.) i transportu [PLN]			
4.2d	w tym koszty amortyzacji [PLN]			
4.2e	w tym koszty zarządu [PLN]			
4.3	całkowity czas pracy w roku (liczba dni x liczba godzin) [h]			
4.4	roczny czas realizacji dializ otrzewnowych (wykonywanych w ośrodku) [h]			
4.5	liczba wszystkich stanowisk do dializ			
4.6	liczba stanowisk do dializy otrzewnowej			

4.7	liczba wszystkich dializ zrealizowanych w roku 2015			
4.8	liczba dializ otrzewnowych <u>wykonanych w ośrodku</u> w roku 2015 (z wyłączeniem dializ domowych)			

W powyższej tabeli należy podać informacje na temat:

1. rocznych kosztów funkcjonowania ośrodka dializ,
2. czasu pracy ośrodka w trakcie roku,
3. liczbie stanowisk do dializy oraz liczbie zrealizowanych świadczeń.

W punktach 4.3, 4.5 i 4.7 podać należy informacje o wszystkich dializach (hemodializach i dializach otrzewnowych, jeśli w ośrodku wykonywane są oba rodzaje), a w punktach 4.4, 4.6 i 4.8 wyłącznie w odniesieniu do dializ otrzewnowych.

WAŻNE: jeżeli świadczenia realizowane są w więcej niż jednym ośrodku/ stacji dializ, informacje dla każdego ośrodka powstawania kosztów należy przedstawić odrębnie, w kolejnych kolumnach.

II.2. DANE DOTYCZĄCE ADO/ CADO

W formularzu kosztowym dane istnieją dwa osobne arkusze dotyczące dializ ADO i CADO. Proszę o wpisywanie danych do właściwych arkuszy.

1 Informacje na temat procedury

		w warunkach ambulatoryjnych	w warunkach domowych
1.1	Czas trwania pojedynczej dializy [h]		
1.2	Liczba dializ (osobodni)		

W powyższej tabeli wpisać należy informacje o liczbie i łącznym czasie trwania dializ wykonywanych w ośrodku/ stacji dializ oraz w warunkach domowych.

2 Zaangażowany personel - w odniesieniu do pojedynczej dializy

Lp.	Grupa zawodowa personelu	Liczba osób personelu biorącego udział przy dializie otrzewnowej w warunkach ambulatoryjnych	Łączny czas zaangażowania wszystkich osób z danej grupy zawodowej przy dializie otrzewnowej w warunkach ambulatoryjnych (w formacie GG:MM)	Liczba osób personelu biorącego udział przy dializie otrzewnowej w warunkach domowych	Łączny czas zaangażowania wszystkich osób z danej grupy zawodowej przy dializie otrzewnowej w warunkach domowych (w formacie GG:MM)	Wynagrodzenie personelu z danej grupy zawodowej za godzinę pracy w 2015 r. [PLN]	Uwagi
1							
2							
...							

W powyższej tabeli należy umieścić informacje o rodzaju i liczbie personelu zaangażowanego w realizację świadczenia – odrębnie dla świadczeń realizowanych w warunkach domowych oraz w ośrodku/ stacji dializ.

3 Zaangażowane środki trwałe

Lp.	Nazwa środka trwałego	wyposażenie stanowiska do dializy otrzewnowej realizowanej ambulatoryjnie			wyposażenie stanowiska do dializy otrzewnowej realizowanej w warunkach domowych		
		Wartość początkowa [PLN] *	Roczny koszt utrzymania [PLN] **	Roczna liczba dializ wykonanych z użyciem środka trwałego	Wartość początkowa [PLN] *	Roczny koszt utrzymania [PLN] **	Roczna liczba dializ wykonanych z użyciem środka trwałego
1							
2							

3									
4									
...									

* Wartość początkowa - w przypadku śr trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia)

** Koszt powinien uwzględniać sumę kosztów amortyzacji, opłat z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłat serwisowych oraz ewentualnie innych kosztów związanych z utrzymaniem pomieszczeń i sprzętu

W tabeli wskazanej powyżej należy umieścić informacje o wszystkich stanowiskach do dializy otrzewnowej – odrębnie dla świadczeń realizowanych w ośrodku. Stacji dializ oraz w warunkach domowych.

4 Produkty lecznicze używane podczas dializy (także preparaty żywieniowe, płyny dializacyjne oraz krew i preparaty krwiopochodne)

Lp.	Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] ¹	Dawka (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²	Łączna liczba dawek (kol. E) podanych wszystkim pacjentom, którym udzielono wycenianego świadczenia [liczba]	Cena jednostkow a (z kol. E) [brutto, PLN] ³	Łączna wartość [PLN] (kol. F x kol. G)	Częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby dializ [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Rozliczone z NFZ jako świadczenie do sumowania (katalog 1c) [jeśli zostało wskazane w polu 2.10 w zakładce Dane ogólne, należy wpisać TAK]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K

114

¹ Postać preparatu leczniczego: tabl, amp, amp-strz, granulát, maść, krem, pasta, żel, roztwór, płyn odżywczy, płyn, syrop, emulsja, zawiesina, inj, wlewka, kaps, czopek, aerozol, draż, krople, proszek, sasz. Nie jest dozwolony wpis na opakowanie np. opak.

² Ilość mg substancji leczniczej zawartej w 1 tabletkę, 1 ampułce, 1 gramie maści, 1 dawce odnośnie aerozolu itd. Preparaty żywieniowe oraz płyny inf. powinny zwierać w dawce informację o objętości worka w ml. Dla preparatów ziołowych wieloskładnikowych oraz probiotyków dozwolone jest wpisanie BRAK.

² Dopuszczalne jednostki dawki dla odpowiednich postaci: maść/ krem / pasta/żel - mg/ gram, roztwór /syrop/ krople/ emulsja/ inj/zawiesina - mg/ml , kaps - tabl-draż-saszetki-granulat, czopek - miligram, amp / amp-strz - miligram/X ml, aerozol - miligram/ dawkę preparatu wziewnego, proszek/surowiec - gram. Dopuszczalne są ponadto: mcg/ml, mikrogram/gram, jm/ml, jm/gram. Pozostałe jednostki miary należy zastąpić podanymi powyżej jednostkami miary.

³ Cena jednostkowa odpowiada pojedynczej dawce podanej pacjentowi np. 50 mg substancji czynnej, czyli koszt 1 tabl w przypadku preparatu Metocard 50. Nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 tabl, 100 amp itp.

W powyższej tabeli wskazać należy wszystkie produkty lecznicze, jakie podawane są pacjentowi w trakcie realizacji świadczenia. W tym miejscu wskazać należy także informacje o płynach dializacyjnych oraz krwi i preparatach żywieniowych – o ile mają zastosowanie.

Przykładowy sposób wpisania informacji o produktach leczniczych przedstawia poniższa tabela:

Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] ¹	Dawka (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²
B	C	D	E
	<i>znak plus rozdziela inne substancje czynne zawarte w danej postaci leku</i>		<i>znak plus rozdziela inne substancje czynne zawarte w danej postaci leku</i>
Smofkabiven Peripheral	brak	płyn odżywczy	1206 ml
Kabiven BF	brak	płyn odżywczy	2053 ml
Aminosteril N-Hepa 8%	amino acids	płyn inf.	500 ml
Natrium Chloratum 9% 500 ml	Sodium chloride	płyn inf.	500 ml
Natrium Chloratum 9%250 ml	Sodium chloride	płyn inf.	250 ml
SEREVENT	Salmeterolum	aerozol	0,025 mg/dawka
Flixotide Dysk	Fluticasonum	aerozol	0,25 mg/dawka
Miflonide	Budesonidum	kaps	400 mcg
Detreomycyna, 5 g	Chloramphenicolum	maść	10 mg/g
DEXAVEN, amp, 1ml	Natrium dexamethasonum phosphoricum	amp	4 mg/ml
DEXAVEN, amp, 2 ml	Natrium dexamethasonum phosphoricum	amp	8 mg/2ml
Floxał, butelka 5 ml	Ofloxacinum	krople	3 mg/g
Metocard 50	Metoprololum	tabl	50 mg
Lacidofil	brak	kaps	BRAK

Heparizen 1000, 100 g	Sodium heparinum	żel	1000 jm/g
Alantan-Plus, 35 gr	Allantoinum + Dexpanthenolum	maść	(20 mg+ 50mg)/g
Gensulin M30, fiolka, 10 ml	Insulinum humanum	inj	100 jm/ml

5 Wyroby medyczne używane jednorazowo w trakcie dializy

Lp.	nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	typ ²	producent / dystrybut or	podstawowa jednostka miary ³	łącna liczba podstawowych jednostek miary (kol. E) podanych wszystkim pacjentom, którym udzielono wycenianego świadczenia	Cena podstawowej jednostki miary (z kol. E) [brutto, PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. F x kol. G)	Częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby dializ [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	K

WAŻNE: jeżeli w opisywanym świadczeniu używa się wymiennie kilku rodzajów/ typów wyrobu to w kolumnie I należy podać wszystkie te typy wraz z przypisaniem częstości ich użycia (w % wszystkich przypadków)

¹ Nazwa rodzajowa mówi o rodzaju danego wyrobu medycznego lub jego przeznaczenie ogólne np. cewnik urologiczny Foley, CH8, stent samorozprężalny, klej tkankowy itp.. Ponadto NIE NALEŻY w tym miejscu wykazywać kosztów sterylizacji danego wyrobu

² Typ - wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Np.: wyrób – cewnik, typ – gumowy lub silikonowy .

³ Przez podstawową jednostkę miary należy rozumieć: 1 worek, 1 sztukę danego wyrobu medycznego itp.. Jednostką miary ma nie być opakowanie np. opak.

Cena jednostkowa odpowiada podstawowej jednostce miary podanej pacjentowi np. 1 sztuka - nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 plastrów, 100 rękawiczek itp.

W powyższej tabeli zawrzeć należy informacje o wszystkich wyrobach medycznych, jakie zużywane są w trakcie realizacji świadczenia.

6 Wyroby medyczne i inne materiały zużywane wielorazowo (niebędące środkami trwałymi)

Lp.	nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	typ ²	producent/ dystrybutor	Cena jednostkowa [PLN]	liczba użyć ogółem w trakcie całego okresu eksploatacji (użyteczność sprzętu) ³	łącznie liczba użyć w trakcie realizacji wszystkich świadczeń, których dotyczy wycena	Częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby dializ [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I

¹ NIE NALEŻY w tym miejscu wykazywać kosztów sterylizacji danego wyrobu/sprzętu medycznego

² Typ - wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Np.: wyrób – cewnik, typ – gumowy lub silikonowy.

³ Np. pulsoksymetr użyty został 150 razy na realizację wszystkich dializ otrzewnowych, a użyteczność sprzętu medycznego pozwala 750 razy wykonać pomiar saturacji krwi; zatem w kolumnie F wpisać należy liczbę 750, natomiast w kolumnie G - 150

Powyzsza tabela ma na celu zebranie informacji o wyrobach wielorazowych, które są zużywane w trakcie wykonywania dializ otrzewnowych.

7 Badania laboratoryjne i diagnostyka nielaboratoryjna, a także świadczenia wykonane przez podwykonawców (np. konsultacje, transport medyczny)

Lp.	ICD-9 (jeśli istnieje) *	Nazwa	Łączna liczba wykonana w roku 2015 w związku z realizacją świadczenia	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (łączna liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Częstość zastosowania w cw odniesieniu do ogólnej liczby dializ [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Uwagi

W powyższej tabeli należy zawrzeć informację o wszystkich badaniach diagnostycznych i konsultacjach zrealizowanych w roku 2015 w związku z realizacją wszystkich dializ otrzewnowych.

8 Pozostałe koszty związane z realizacją świadczenia, nieujęte powyżej

Lp.	Rodzaj kosztu	Wielkość kosztu w przeliczeniu na jedną dializę

Tabela nr 8 to miejsce na podanie informacji o wszelkich innych kosztach związanych z realizacją świadczenia, które nie zostały ujęte w żadnej z poprzednich tabel.

III. INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KART KOSZTOWYCH – TERAPIA HIPERBARYCZNA

Formularz służy zebraniu informacji na temat średnich kosztów realizacji świadczenia polegającego na sprężeniu w komorze hiperbarycznej. Wszelkie informacje, w tym o poniesionych kosztach, powinny dotyczyć roku 2015.

Przy wypełnianiu kart kosztowych należy zachować następujące zasady:

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".

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

w przypadku świadczeń niezabiegowych: <numer ankiety>_<kod produktu>.XLS (np. 000048KK_5.10.00.0000005.xls)

gdzie:

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

<kod produktu> – jest kodem produktu świadczenia wskazanym w załączniku nr 1 do umowy zawartej pomiędzy świadczeniodawcą, a Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji



III.1. Dane ogólne:

11. Należy wypełnić jedynie pola, które NIE SĄ zaznaczone na szaro.
12. Punkty 2.1, 2.2 - należy wpisać kod i nazwę zakresu świadczeń oraz kod i nazwę produktu jednostkowego.
13. Punkt 2.3 - należy wpisać rozpoznanie zasadnicze, w jakim wykonywana jest dana procedura. W przypadku gdy ta sama procedura jest wykonywana w kilku schorzeniach dopuszczalne jest wpisanie kilku kodów ICD-10, jeśli dla każdej z jednostek chorobowych wielkość zaangażowania zasobów i koszt jest taki sam.
14. Punkt 2.4 - należy wpisać wszystkie rozpoznania współistniejące, jakie występują w przeciętnym przypadku, o ile występują.
15. Punkt 3.1 – należy podać informację o liczbie pacjentów, którym udzielono świadczeń w roku 2015.
16. Punkt 3.2 – należy podać łączną liczbę sprzężeń zrealizowanych na rzecz wszystkich pacjentów.
17. Punkt 3.3 – należy podać średnią wartość refundacji uzyskaną z NFZ za jedno sprzężenie w roku 2015.
18. Punkt 3.4 - w tym miejscu podać można ewentualne dodatkowe informacje doprecyzowujące dany przypadek.
19. Punkt 4.2 - podać należy łączne roczne koszty funkcjonowania ośrodka hiperbarii, w tym wybrane kategorie kosztów.
20. Punkty 4.3 – 4.9 – należy podać informacje o liczbie komór jednoosobowych i wieloosobowych, liczbie stanowisk w komorach wieloosobowych, liczbie pacjentów i sprzężeń w podziale na rodzaj komory.
21. Punkty 4.10 – 4.11 – należy podać informację i możliwym oraz rzeczywistym rocznym czasie pracy ośrodka.

1 INFORMACJE OGÓLNE

1.1	Kod oddziałowy świadczeniodawcy	
1.2	Nazwa świadczeniodawcy	

2 CHARAKTERYSTYKA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

2.1a	Kod zakresu świadczenia (wg NFZ)	
2.1b	Nazwa zakresu świadczenia (wg NFZ)	
2.2a	Kod produktu jednostkowego (wg NFZ)	
2.2b	Nazwa produktu jednostkowego (wg NFZ)	
2.3	Rozpoznanie zasadnicze (kod i nazwa wg ICD-10) *	
2.4	Rozpoznanie współistniejące (kod i nazwa)	
a	...	

b	...	
c	...	
...		

3 INFORMACJE STATYSTYCZNE I ROZLICZENIOWE

3.1	Liczba pacjentów w roku 2015	
3.2	Liczba świadczeń (sprzężeń) zrealizowanych w roku 2015	
3.3	Średnia wartość refundacji uzyskana z NFZ w 2015 r. dla jednego sprzężenia [PLN]	
3.4	Dodatkowe informacje	.....

** w przypadku gdy ta sama procedura jest wykonywana w kilku schorzeniach dopuszczalne jest wpisanie kilku kodów ICD-10, jeśli dla każdej z jednostek chorobowych wielkość zaangażowania zasobów i koszt jest taki sam*

4 KOSZT FUNKCJONOWANIA OŚRODKA

		Dane za rok 2015
4.1	Miejsce realizacji świadczenia - nazwa ośrodka powstawania kosztów	
4.2	roczne koszty funkcjonowania ośrodka hiperbarii w roku 2015 [PLN]	
4.2a	w tym koszty osobowe wraz z pochodnymi [PLN]	

4.2b	w tym koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych [PLN]	
4.2c	w tym koszty procedur (badania diagnostyczne itp.) i transportu [PLN]	
4.2d	w tym koszty amortyzacji [PLN]	
4.2e	w tym koszty zarządu [PLN]	
4.3	liczba komór jednoosobowych	
4.4	liczba komór wieloosobowych	
4.5	łącznie liczba stanowisk w komorach wieloosobowych	
4.6	liczba sprzężeń wykonanych w 2015 roku w komorach jednoosobowych	
4.7	liczba sprzężeń wykonanych w 2015 roku w komorach wieloosobowych	
4.8	liczba pacjentów leczonych w 2015 roku w komorach jednoosobowych	
4.9	liczba pacjentów leczonych w 2015 roku w komorach wieloosobowych	
4.10	teoretyczny możliwy czas pracy ośrodka [łącznie liczba godzin w roku] [w formacie GGGGGGGGGG:MM]	
4.11	rzeczywisty czas pracy ośrodka [łącznie liczba godzin w roku] * [w formacie GGGGGGGGGG:MM]	

* rzeczywista liczba godzin, w trakcie których realizowane są sprzężenia powinna stanowić sumę wszystkich czasów realizacji procedur.

III.2. Zakładka ZB

W tej zakładce podać należy wszystkie zasoby i koszty związane z realizacją procedury sprzężenia.

III.2.1. Informacje na temat procedury.

W tym miejscu podać należy informację o średnim czasie trwania jednego sprzężenia.

1 Informacje na temat procedury

1.1	Czas trwania pojedynczego sprzężenia (średnio)	
-----	--	--

III.2.2. Zaangażowany personel - w odniesieniu do pojedynczego sprzężenia.

W tabeli należy wymienić wszystkie kategorie personelu biorącego bezpośredni udział w realizacji procedury sprzężenia, koszt godziny pracy oraz łączny czas i koszt pracy przy realizacji jednej procedury.

2 Zaangażowany personel - w odniesieniu do pojedynczego sprzężenia

Lp.	Grupa zawodowa personelu	Liczba osób personelu biorącego udział przy procedurze	Łączny czas zaangażowania wszystkich osób z danej grupy zawodowej przy procedurze (w formacie GG:MM)	Wynagrodzenie personelu z danej grupy zawodowej za godzinę pracy w 2015 r. [PLN]	Wynagrodzenie personelu z danej grupy zawodowej za całość procedury. (kol.D x kol.E) [PLN]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G
1						
2						
...						

III.2.3. Zaangażowane środki trwałe - komory hiperbaryczne.

Wpisać należy wszystkie komory hiperbaryczne znajdujące się w ośrodku.

- a) Wartość początkowa - w przypadku środków trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia).

- b) Koszt utrzymania powinien uwzględniać sumę kosztów amortyzacji, opłat z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłat serwisowych oraz ewentualnie innych kosztów związanych z utrzymaniem pomieszczeń i sprzętu.

3 Zaangażowane środki trwałe - komory hiperbaryczne

Lp.	Nazwa środka trwałego	Wartość początkowa [PLN] *	Roczny koszt utrzymania [PLN] **	Liczba stanowisk w komorze	Maksymalna roczna liczba sprężeń możliwych do realizacji w komorze	Roczna liczba sprężeń faktycznie realizowanych
A	B	C	D	E	F	G
1						
2						
3						
4						
...						

* Wartość początkowa - w przypadku śr trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia)

** Koszt powinien uwzględniać sumę kosztów amortyzacji, opłat z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłat serwisowych oraz ewentualnie innych kosztów związanych z utrzymaniem pomieszczeń i sprzętu

III.2.4. Produkty lecznicze używane podczas jednego sprężenia.

- W kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie produkty lecznicze stosowane w procesie realizacji świadczenia. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w stosunku do łącznej liczby sprężeń wykonanych w danym roku. (Przykład: jeśli lek x stosuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale podaje co 10-te sprężenie, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10, bez symbolu %). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.
- W tabeli tej należy podać jedynie informacje dotyczące produktów leczniczych. Informacje o zużyciu wyrobów medycznych należy wpisać w zakładce WM.
- W przypadku zużycie jedynie części leku, związanego z koniecznością utylizacji pozostałej ilości, informację taką proszę umieścić w kolumnie „uwagi”.

4 Produkty lecznicze używane podczas jednego sprzężenia, także preparaty żywieniowe, płyny dializacyjne oraz krew i preparaty krwiopochodne (jeśli nie ma zastosowania wpisać "nie dotyczy")

Lp.	Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] ¹	Dawka (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²	Łączna liczba dawek (kol. E) podanych wszystkim pacjentom, którym udzielono wycenianego świadczenia [liczba]	Cena jednostkowa (z kol. E) [brutto, PLN] ₃	Łączna wartość [PLN] (kol. F x kol. G)	Częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby sprzężeń [liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J

¹ Postać preparatu leczniczego: tabl, amp, amp-strz, granulát, maść, krem, pasta, żel, roztwór, płyn odżywczy, płyn, syrop, emulsja, zawiesina, inj, wlewka, kaps, czopek, aerozol, draż, krople, proszek, sasz. Nie jest dozwolony wpis na opakowanie np. opak.

² Ilość mg substancji leczniczej zawartej w 1 tabletku, 1 ampulce, 1 gramie maści, 1 dawce odnośnie aerozolu itd. Preparaty żywieniowe oraz płyny inf. powinny zwracać w dawce informację o objętości worka w ml. Dla preparatów ziołowych wieloskładnikowych oraz probiotyków dozwolone jest wpisanie BRAK.

² Dopuszczalne jednostki dawki dla odpowiednich postaci: maść/ krem / pasta/żel - mg/ gram, roztwór /syrop/ krople/ emulsja/ inj/zawiesina - mg/ml , kaps - tabl-draż-saszetki-grulát, czopek - miligram, amp / amp-strz - miligram/X ml, aerozol - miligram/ dawkę preparatu wziewnego, proszek/surowiec - gram. Dopuszczalne są ponadto: mcg/ml, mikrogram/gram, jm/ml, jm/gram. Pozostałe jednostki miary należy zastąpić podanymi powyżej jednostkami miary.

³ Cena jednostkowa odpowiada pojedynczej dawce podanej pacjentowi np. 50 mg substancji czynnej, czyli koszt 1 tabl w przypadku preparatu Metocard 50. Nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 tabl, 100 amp itp.

Przykładowy sposób wpisania informacji o produktach leczniczych przedstawia poniższa tabela:

Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawka, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] ¹	Dawka (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²
B	C	D	E
	<i>znak plus rozdziela inne substancje czynne zawarte w danej postaci leku</i>		<i>znak plus rozdziela inne substancje czynne zawarte w danej postaci leku</i>
Smofkabiven Peripheral	brak	płyn odżywczy	1206 ml
Kabiven BF	brak	płyn odżywczy	2053 ml
Aminosteril N-Hepa 8%	amino acids	płyn inf.	500 ml
Natrium Chloratum 9% 500 ml	Sodium chloride	płyn inf.	500 ml
Natrium Chloratum 9%250 ml	Sodium chloride	płyn inf.	250 ml
SEREVENT	Salmeterolum	aerozol	0,025 mg/dawka
Flixotide Dysk	Fluticasonum	aerozol	0,25 mg/dawka
Miflonide	Budesonidum	kaps	400 mcg
Detreomycyna, 5 g	Chloramphenicolum	maść	10 mg/g
DEXAVEN, amp, 1ml	Natrium dexamethasonum phosphoricum	amp	4 mg/ml
DEXAVEN, amp, 2 ml	Natrium dexamethasonum phosphoricum	amp	8 mg/2ml
Floxal, butelka 5 ml	Ofloxacinum	krople	3 mg/g
Metocard 50	Metoprololum	tabl	50 mg
Lacidofil	brak	kaps	BRAK
Heparizen 1000, 100 g	Sodium heparinum	żel	1000 jm/g
Alantam-Plus, 35 gr	Allantoinum + Dexpanthenolum	maść	(20 mg+ 50mg)/g
Gensulin M30, fiolka, 10 ml	Insulinum humanum	inj	100 jm/ml

III.2.5. Wyroby medyczne używane jednorazowo w trakcie jednego sprzężenia.

- Tabela dotyczy wyrobów medycznych stosowanych jednorazowo (np. jednorazowe cewniki itp.).
- W kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie wyroby medyczne stosowane w procesie realizacji świadczenia. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w stosunku do łącznej liczby sprzężeń wykonanych w danym roku. (Przykład: jeśli wyrób x stosuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale podaje co 10-te sprzężenie, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10, bez symbolu %). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.
- Kolumna C: przez typ rozumie się wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Jeśli dany wyrób nie posiada różnych wariantów, wersji itd., dopuszcza się pozostawienie pola bez wypełnienia.

5 Wyroby medyczne używane jednorazowo w trakcie jednego sprzężenia (jeśli nie ma zastosowania wpisać "nie dotyczy")

Lp.	nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	typ ²	producent/ dystrybutor	podstawowa jednostka miary ³	łączna liczba podstawowych jednostek miary (kol. E) podanych wszystkim pacjentom, którym udzielono wycenianego świadczenia	Cena podstawowej jednostki miary (z kol. E) [brutto, PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN] (kol. F x kol. G)	Częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby sprzężeń [[liczba między 0 a 100, bez symbolu %]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I	K

WAŻNE: jeżeli w opisywanym świadczeniu używa się wymiennie kilku rodzajów/ typów wyrobu to w kolumnie I należy podać wszystkie te typy wraz z przypisaniem częstości ich użycia (w % wszystkich przypadków)

¹ Nazwa rodzajowa mówi o rodzaju danego wyrobu medycznego lub jego przeznaczenie ogólne np. cewnik urologiczny Foley, CH8, stent samorozprężalny, klej tkankowy itp.. Ponadto NIE NALEŻY w tym miejscu wykazywać kosztów sterylizacji danego wyrobu

² Typ - wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Np.: wyrób – cewnik, typ – gumowy lub silikonowy .

³ Przez podstawową jednostkę miary należy rozumieć: 1 worek, 1 sztukę danego wyrobu medycznego itp.. Jednostką miary ma nie być opakowanie np. opak.

Cena jednostkowa odpowiada podstawowej jednostce miary podanej pacjentowi np. 1 sztuka - nie podajemy kosztu całego opakowania np. 50 plastrów, 100 rękawiczek itp.

III.2.6. Wyroby medyczne i inne materiały zużywane wielorazowo.

- Tabela dotyczy wyrobów medycznych, które mogą być zastosowane kilkakrotnie u danego pacjenta albo u kilku pacjentów (np. elektroda nasierdziowa, która może być użyta 10 razy - stosowana jest np. dwa razy w jednym procesie leczenia, więc może być użyta w pięciu przypadkach).
- W kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie wyroby medyczne stosowane w procesie realizacji świadczenia. Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w stosunku do łącznej liczby sprzężeń wykonanych w danym roku. (Przykład: jeśli wyrób x stosuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale podaje co 10-te sprzężenie, w kolumnie "częstość stosowania" należy wpisać 10, bez symbolu %). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.
- W odniesieniu do każdego wyrobu należy wpisać informację o liczbie użyć danego wyrobu w trakcie całego okresu jego eksploatacji, a także o liczbie użyć tego wyrobu na rzecz pojedynczego sprzężenia. W przypadku braku możliwości dokładnego określenia ogólnej liczby użyć wyrobu, dopuszcza się podanie liczby szacunkowej.

6 Wyroby medyczne i inne materiały zużywane wielorazowo

Lp.	nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	typ ²	producent/ dystrybutor	Cena jednostkowa [PLN]	liczba użyć ogółem w trakcie całego okresu eksploatacji (użyteczność sprzętu) ³	łączna liczba użyć w trakcie realizacji wszystkich świadczeń, których dotyczy wycena	Częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby sprzężeń [liczba od 0 do 100, bez symbolu %]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1								
2								
3								
...								

¹ NIE NALEŻY w tym miejscu wykazywać kosztów sterylizacji danego wyrobu/sprzętu medycznego

² Typ - wariant lub model wyrobu (różniący się wersją wykonania, wyposażeniem, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem itp.). Np.: wyrób – cewnik, typ – gumowy lub silikonowy.

³ Np. pulsoksymetr użyty został 150 razy na realizację wszystkich dializ otrzewnowych, a użyteczność sprzętu medycznego pozwala 750 razy wykonać pomiar saturacji krwi; zatem w kolumnie F wpisać należy liczbę 750, natomiast w kolumnie G - 150

III.2.7. Badania laboratoryjne i diagnostyka nielaboratoryjna, a także świadczenia wykonane przez podwykonawców (np. konsultacje, transport medyczny).

- W tabeli w kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie procedury wykonywane na rzecz pacjenta w trakcie realizacji świadczenia.
- Uwzględnić należy procedury takie jak: badania laboratoryjne, diagnostyka nielaboratoryjna (obrazowa), a także inne świadczenia realizowane przez podwykonawców (np. konsultacje, transport medyczny). Do każdej pozycji określić należy także częstość zastosowania w stosunku do łącznej liczby sprzężeń wykonanych w danym roku. (Przykład: jeśli badanie x wykonuje się zwyczajowo w danym procesie leczenia ale co 10-te sprzężenie, w kolumnie ""częstość stosowania"" należy wpisać 10, bez symbolu %). W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej częstości zastosowania, dopuszcza się podanie wartości szacunkowej.

7 Badania laboratoryjne i diagnostyka nielaboratoryjna, a także świadczenia wykonane przez podwykonawców (np. konsultacje, transport medyczny)

Lp.	ICD-9 (jeśli istnieje) *	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość (Liczba x cena jednostkowa) [PLN]	Częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby sprzężeń [liczba od 0 do 100, bez symbolu %]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G	H

III.2.8. Pozostałe koszty związane z realizacją świadczenia, nieujęte powyżej.

W tym miejscu podać należy informację o wszelkich innych kosztach, w przeliczeniu na jedno sprzężenie.

8 Pozostałe koszty związane z realizacją świadczenia, nieujęte powyżej

Lp.	Rodzaj kosztu	Wielkość kosztu w przeliczeniu na jedno sprzężenie
A	B	C

IV. INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KART KOSZTOWYCH – BADANIE ANTYGENÓW

Formularz służy zebraniu informacji na temat średnich kosztów realizacji świadczenia polegającego na badaniu antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku lub komórek krwiotwórczych albo żywych dawców wątroby lub nerki.

Przy wypełnianiu kart kosztowych należy zachować następujące zasady:

Prosimy o:

- nie dokonywanie żadnych zmian w układzie tabel, kolejności kolumn itp.,
- nie zmienianie formatu komórek na inne niż „ogólne”,

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".

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

w przypadku świadczeń niezabiegowych: <numer ankiety>_<kod produktu>.XLS (np. 000048KK_5.10.00.0000016.xls)

gdzie:

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

<kod produktu> – jest kodem produktu świadczenia wskazanym w załączniku nr 1 do umowy zawartej pomiędzy świadczeniodawcą, a Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

IV.1. Dane ogólne:

Należy wypełnić jedynie pola, które NIE SĄ zaznaczone na szaro.

IV.1.1. INFORMACJE OGÓLNE

Punkty 1.3, 1.4 - należy wpisać kod i nazwę zakresu świadczeń oraz kod i nazwę produktu jednostkowego.

1 INFORMACJE OGÓLNE

1.1	Kod oddziałowy świadczeniodawcy	
1.2	Nazwa świadczeniodawcy	
1.3a	Kod zakresu świadczenia (wg NFZ)	
1.3b	Nazwa zakresu świadczenia (wg NFZ)	
1.4a	Kod produktu jednostkowego (wg NFZ)	
1.4b	Nazwa produktu jednostkowego (wg NFZ)	

IV.1.2. INFORMACJE STATYSTYCZNE I ROZLICZENIOWE

- W punkcie 2.1 należy wymienić wszystkie badania, jakie wykonywane są w procedurze badania antygenów zgodności tkankowej oraz podać liczbę tych badań wykonana w roku 2015 – odrębnie dla dawców szpiku i komórek krwiotwórczych oraz dla dawców nerki i wątroby. W kolejnych kolumnach określić należy odsetek badań wykonywanych powtórnie, z powodu błędów technicznych bądź merytorycznych.
- W punkcie 2.2 podać należy liczbę procedur badania antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku lub komórek krwiotwórczych albo żywych dawców wątroby lub nerki, zrealizowanych w roku 2015, natomiast w punkcie 2.3 średnią wartość refundacji uzyskaną z NFZ za jedną procedurę.

2 INFORMACJE STATYSTYCZNE I ROZLICZENIOWE

2.1	rodzaj (nazwa badania)	liczba badań zrealizowanych w roku 2015		odsetek badań powtarzanych z powodu błędów technicznych bądź merytorycznych	
		badanie potencjalnych żywych dawców wątroby i nerek	badanie potencjalnych dawców szpiku/kk	badanie potencjalnych żywych dawców wątroby i nerek	badanie potencjalnych dawców szpiku/kk
a	HLA-A				
b	HLA-B				
c	HLA-DRB1				
d	HLA-C				
e	HLA-DQB1				
...	<i>inne (wymienić)</i>				
2.2	Liczba świadczeń (produktów jednostkowych, poszukiwań dawcy) zrealizowanych w roku				

	2015		
2.3	Średnia wartość refundacji uzyskana z NFZ w 2015 r. dla jednego świadczenia [PLN]		
2.4	Dodatkowe informacje	.....	.....

IV.1.3. KOSZT FUNKCJONOWANIA OŚRODKA

W tym miejscu podać należy całkowite roczne koszty funkcjonowania laboratorium (bezpośrednie, pośrednie, z narzutami). Ponadto prosimy o wyodrębnienie kosztów osobowych (wynagrodzenia z pochodnymi) oraz kosztów aparatury i sprzętu używanego do badań.

3 KOSZT FUNKCJONOWANIA OŚRODKA

		Koszty roczne (2015)
3.1	koszty funkcjonowania laboratorium (wraz z kosztami zarządu i innymi narzutami) [PLN]	
	<i>w tym koszty osobowe wraz z pochodnymi [PLN]</i>	
	<i>w tym koszty aparatury i urządzeń [PLN]</i>	
3.2	liczba wszystkich badań realizowanych rocznie w laboratorium	

IV.1.4. APARATY I URZĄDZENIA SŁUŻĄCE DO WYKONYWANIA PRZEDMIOTOWYCH BADAŃ

W tabeli należy wymienić wszystkie aparaty i inne urządzenia wykorzystywane do wykonywania badań zgodności tkankowej, całkowitą roczną liczbę badań wykonywanych na każdym aparacie (niezależnie od tego, czy są to badania zgodności tkankowej czy nie)

- Wartość początkowa - w przypadku środków trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia).
- Koszt utrzymania powinien uwzględniać sumę kosztów amortyzacji, opłat z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłat serwisowych oraz ewentualnie innych kosztów związanych z utrzymaniem pomieszczeń i sprzętu.

4 APARATY I URZĄDZENIA SŁUŻĄCE DO WYKONYWANIA PRZEDMIOTOWYCH BADAŃ

Lp.	Nazwa aparatu	Wartość początkowa [PLN] *	Roczny koszt utrzymania [PLN] **	Roczna liczba wszystkich badań wykonywanych na aparacie
1				
2				
3				

4			
...			

* Wartość początkowa - w przypadku śr trwałych i nieruchomości wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia)

** Koszt powinien uwzględniać sumę kosztów amortyzacji, opłat z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłat serwisowych oraz ewentualnie innych kosztów związanych z utrzymaniem pomieszczeń i sprzętu

IV.2. Zakładka ZB

Dla każdego badania wypełnić należy odrębną zakładkę.

Zakładkę ZB skopiować należy tyle razy, dla ilu badań podane będą koszty materiałowe i osobowe.

IV.2.1. Informacje na temat procedury.

W tym miejscu podać należy informację o średnim czasie realizacji jednego badania.

1 Informacje na temat procedury

1.1	nazwa badania	
1.2	czas wykonywania badania [GG:MM]	

IV.2.2. Zaangażowany personel - w odniesieniu do pojedynczego sprzężenia.

W tabeli należy wymienić wszystkie kategorie personelu biorącego bezpośredni udział w wykonywaniu badania, koszt godziny pracy oraz łączny czas i koszt pracy przy realizacji jednego badania.

2 Zaangażowany personel - w odniesieniu do pojedynczego badania

Lp.	Grupa zawodowa personelu	Wynagrodzenie godzinowe personelu z danej grupy zawodowej za cały rok 2015 r. [PLN]	Liczba osób personelu biorącego udział przy badaniu	Łączny czas zaangażowania w wykonywanie badania (liczba osób x czas wykonywania badania) [GG:MM]	Wysokość wynagrodzenia na jedno badanie (kol C x kol E) [PLN]	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G
1						
2						
...						

IV.2.3. Odczynniki

IV.2.4. Pozostałe materiały

W kolejnych dwóch tabelach wpisać należy informacje o odczynnikach oraz innych materiałach zużywanych podczas wykonywania badania, w przeliczeniu na jedno badanie.

3 Odczynniki

Lp.	Nazwa	jednostka miary	cena jednostki miary	wielkość zużycia na jedno badanie	koszt zużycia na jedno badanie	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G

4 Pozostałe materiały

Lp.	Nazwa	jednostka miary	cena jednostki miary	wielkość zużycia na jedno badanie	koszt zużycia na jedno badanie	Uwagi
A	B	C	D	E	F	G