

ZARZĄDZENIE Nr 42/2016

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 18 października 2016 r.

**w sprawie zasad przekazywania przez świadczeniodawców danych niezbędnych do
ustalenia taryfy świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne dla świadczeń z grup JGP Q46
oraz Q47 (zabiegi endowaskularne grupa 6. i 7)**

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 niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń w rodzaju leczenie dla świadczeń z grup JGP Q46 oraz Q47 (zabiegi endowaskularne grupa 6. i 7), stanowiące **Załącznik** do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES

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

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KART KOSZTOWYCH

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:

- niedokonywanie żadnych zmian w układzie tabel, kolejności kolumn itp.,
- niezminianie formatu komórek na inne niż „ogólne”,
- niedodawanie 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. 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 krotkości i sumarycznej refundacji z NFZ.
10. Punkt 2.11 - w tym miejscu podać można ewentualne dodatkowe 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	Rozpoznanie współistniejące (kod i nazwa)			
a	...			
b				
c				
2.7	Pobyty na oddziałach			
	nazwa oddziału	łączna 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]	łączna 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*

II. ZAKŁADKA PL:

1. W kolejnych wierszach wpisać należy wszystkie produkty lecznicze zastosowane w procesie realizacji wycenianego świadczenia w roku 2015, z pominięciem tych używanych w trakcie zabiegu operacyjnego. Do każdej pozycji określić 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 krwio pochodnych, płynów dializacyjnych i preparatów żywnościowych 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 krwio pochodnej) *

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 jednostkow a (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]	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., kropli, proszek, szt, sasz, worek.
- 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 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, czopke - 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:

Lp.	Nazwa handlowa [należy podać dodatkowe informacje opisujące lek takie jak postać, pojemność, dawkę, wielkość opakowania]	Nazwa międzynarodowa	Postać [tabl., amp., itd.] ¹	Dawka [mg, ml] (w odniesieniu do postaci wskazanej w kolumnie D) ²
A	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
1	Smofkabiven Peripheral	brak	płyn odżywczy	1206 ml
2	Kabiven BF	brak	płyn odżywczy	2053 ml
3	Aminosteril N-Hepa 8%	amino acids	płyn inf.	500 ml
4	Natrium Chloratum 9% 500 ml	Sodium chloride	płyn inf.	500 ml
5	Natrium Chloratum 9%250 ml	Sodium chloride	płyn inf.	250 ml
6	SEREVENT	Salmeterolum	aerozol	0,025 mg/dawka
7	Flixotide Dysk	Fluticasonum	aerozol	0,25 mg/dawka
8	Miflonide	Budesonidum	kaps	400 mcg

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

III. ZAKŁADKA WM:

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. (*Przykłady: jeśli wyrób x stosuje się zwykle 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.
4. **UWAGA:** materiały niskocenne, o koszcie jednostkowym nie przekraczającym 5 PLN, można wykazać łącznie jako jedną pozycję "pozostate".

Wyroby medyczne używane jednorazowo w trakcie realizacji świadczenia *

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

Lp.	nazwa rodzajowa wyrobu medycznego ¹	typ ²	producent/ dystybutor	podstawowa jednostka miary ³	łąączna 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 plasterów, 100 rękawiczek itp.

IV. 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 także częstość zastosowania w całej grupie pacjentów, którym udzielono wycenianego świadczenia. (Przykład: jeśli badanie x wykonuje się z wyjątkowo w danym procesie leczenia ale co 10-tu 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

V. 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 wyenanego 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 przypisane 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 wyenanego 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										
...										
...										

VI. 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 pobytom 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.

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 <u>wszystkie</u> zabiegi operacyjne)
1.4	łączny teoretyczny czas pracy wszystkich sal operacyjnych w roku 2015 [w formacie: GGGGGG:MM]
1.5	rzeczywisty czas trwania <u>wszystkich</u> operacji zrealizowanych w roku 2015 (niezależnie od rodzaju operacji; w godzinach - wg książki operacyjnej) [w formacie: GGGGGG: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

3. Punkt 2 - należy podać informacje o rodzaju i średnim czasie trwania 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.

2 Informacje na temat procedury

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

4. Punkt 3 – podać należy informacje o rodzaju i średnim czasie trwania znieczulenia (jako średni czas rozumieć należy łączny czas wszystkich przypadków rozliczonych wycenianym świadczeniem w roku 2015 podzielony przez liczbę tych przypadków), koszcie znieczulenia (z wyszczególnieniem kosztów osobowych oraz leków i wyrobów medycznych) oraz liczbie personelu zaangażowanego przy jego realizacji.

3 Informacje na temat znieczulenia

3.1	Rodzaj znieczulenia	
3.2	Średni czas trwania znieczulenia [h]	
3.3	koszt znieczulenia, w tym:	
3.3a	<i>koszty osobowe</i>	
3.3b	<i>koszty leków</i>	
3.3c	<i>koszty wyrobów medycznych</i>	
3.4	liczba personelu zaangażowanego w realizację znieczulenia	
3.4a	<i>lekarz</i>	
3.4b	<i>pielęgniarka</i>	

5. W kolejnych tabelach podać należy informacje o zastosowanych produktach leczniczych, wyrobach medycznych oraz rodzaju i czasie zaangażowania personelu – dla zabiegu operacyjnego.

6. W punkcie 4 w kolumnie H zamieścić należy informacje, 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).

4 Zaangażowany personel

Lp.	Grupa zawodowa personelu medycznego [także personel niemedyyczny]	Kategoria personelu [wpisać właściwie: operator/ asysta instrumentarzystka 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
1								
2								
3								
...								

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

7. W punkcie 5 wpisać wszystkie środki trwałe (sprzęt medyczny) 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.
- 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.

5 Zaangażowane środki trwałe

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

8. Punkt 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 częstości ich użycia (liczba od 0 do 100, bez symbolu %). Materiały niskocenne, o koszcie jednostkowym nie przekraczającym 5 PLN, można wykazać łącznie jako jedną pozycję "pozostałe".

6 Produkty lecznicze zużyte podczas zabiegu, w tym preparaty żywieniowe, płynny dializacyjny oraz krew i preparaty krwio pochodne

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)	Odszetek 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										
...										

¹ Postać preparatu leczniczego: granulat, 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 tablecie, 1 ampułce, 1 gramie maści; 1 dawce odnośnie aerozolu itd. Preparaty żywieniowe oraz płynny 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 wzięwnego, proszek/surowiec - gram. Dopuszczalne są ponadto: mcg/ml, mikrogram/gram, j/m/ml, j/m/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

7 Wyroby medyczne zużywane 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
1										
2										
...										

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.

UWAGA: materiały niskocenne, o koszcie jednostkowym nie przekraczającym 5 PLN, można wykazać jako jedną pozycję "pozostałe"

VII. Zakładka Gotowość

Prosimy o podanie całkowitego kosztu gotowości w danym roku, liczby zrealizowanych świadczeń oraz kosztu gotowości przypadającego na jedno świadczenie.

Prosimy również o opisanie sposobu/ metody obliczenia tej gotowości.

